

Dr. Petra Hempel

# Konzeptentwicklung der Imaginativen sozialen Therapie



Dissertation an der Universität Kassel  
im Fachbereich Sozialwesen

Band II



Cuvillier Verlag Göttingen  
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

**U N I K A S S E L  
V E R S I T Ä T**

# **Konzeptentwicklung der Imaginativen sozialen Therapie**

Dissertation im Fachbereich Sozialwesen, Bereich Soziale Therapie  
der Universität Kassel, von Dr. phil. Petra Hempel

Kassel 01.02.2010

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen: Cuvillier, 2010

Zugl.: Kassel, Univ., Diss., 2010

ISBN: 978-3-86955-177-7

Autorin: Dr. phil. Petra Hempel

Titel: **Konzeptentwicklung der Imaginativen sozialen Therapie**

**Dissertation an der Universität Kassel**

Band II

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2010

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

[www.cuvillier.de](http://www.cuvillier.de)

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopien, Mikrokopien) zu vervielfältigen.

1. Auflage 2010

Gedruckt auf säurefreiem Papier

ISBN: 978-3-86955-177-7

***„Die Knospe verschwindet in dem hervorbrechen der Blüte, und man könnte sagen, dass jene von dieser widerlegt wird; ebenso wird durch die Frucht die Blüte für ein falsches Dasein der Pflanze erklärt, und als ihre Wahrheit tritt jene Stelle von dieser. Diese Formen unterscheiden sich nicht nur, sondern verdrängen sich auch als unverträglich miteinander. Aber ihre flüssige Natur macht sie zugleich zu Momenten der organischen Einheit, worin sie sich nicht nur nicht widerstreiten, sondern eins so notwendig als das andere ist; und diese gleiche Notwendigkeit macht erst das Leben des Ganzen aus.“***

Georg W. F. Hegel

### **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei Herrn Prof. Dr. Rumpf, der mich immer wieder bestärkt hat, ein Konzept der Imaginativen sozialen Therapie, eine neue Interventionsmethode aus dem Bereich der Sozialen Therapie, zu entwickeln und sie somit vielen Beratern, Therapeuten und Pädagogen zugänglich zu machen. Herrn Prof. Dr. Warsitz gilt für die gute Unterstützung und Zusammenarbeit ebenso mein Dank, da er sich für das Thema eingesetzt hat und recht kurzfristig bereit war, mein Zweitleser zu sein.

Nicht zuletzt sei auch meiner Familie gedankt, die auf so manches an Zeit mit mir verzichten musste. Ich danke ihnen für die Geduld und das Verständnis gegenüber mir und meiner Arbeit.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>11</b>
1. Definitionen relevanter Begriffe	17
1.1 Beratung und Therapie	17
1.2 Soziale Therapie	23
1.3 Imagination	26
<b>I. Die Imaginative soziale Therapie</b>	<b>29</b>
1. Theoretische Grundlagen der Imaginativen sozialen Therapie	29
1.1 Grundlagen der Hermeneutik	32
1.1.1 Den Fall strukturieren, interpretieren und verstehen	34
1.1.2 Die Verlaufskurve entdecken und daran arbeiten	35
1.1.3 Anwendung in der Imaginativen sozialen Therapie	36
1.2 Lerntheoretische Grundlagen	38
1.2.1 Motivation	41
1.2.2 Leistungsmotivation	42
1.2.3 Das Spiel	44
1.2.4 Erkenntnisse gewinnen	47
1.2.5 Bezug zur Imaginativen sozialen Therapie	49
2. Erkennen von Körpersprache, Erscheinungsbild, Sprach- und Verhaltensmuster und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	53
2.1 Die Körpersprache und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	56
2.2 Das Sprachmuster und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	60
2.3 Auffallende Verhaltensformen und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	63
2.4 Das äußere Erscheinungsbild und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	64
2.5 Reflexion	65
3. Problemanalyse	67
3.1 Problemstrukturierung	68
3.2 Bedingungsanalyse	69
4. Vorgehensweise	70
4.1 Die Anamnese und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	76
4.1.1 Anwendung der Gedächtnisprotokolle	82
4.2 Die Problemanalyse und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	84
4.3 Die Imagination und die Nutzung von Arbeitsmaterial	87
4.3.1 Anwendung der teilnehmenden Beobachtung	91
4.4 Das Durcharbeiten und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	93
4.5 Der Abschluss und die Erfassung in Form von standardisiertem Material	95
4.5.1 Anwendung der informellen, nicht-standardisierten Telefoninterviews	97
4.6 Reflexion	98

<b>II.</b>	<b>Standardisierung der imaginativen Motive</b>	<b>99</b>
1.	Die Einordnung von sprachlichen Metaphern	99
2.	Die Arbeit mit Metaphern im Therapieprozess	101
3.	Die Standardisierung der Motive	104
3.1	Motiv 1 – Der Spaziergang	106
3.1.1	Die Arbeitsmethode	107
3.1.2	Einsatzmöglichkeiten	108
3.2	Motiv 2 – Rote Luftballons	109
3.2.1	Die Arbeitsmethode	110
3.2.2	Einsatzmöglichkeiten	112
3.3	Motiv 3 – Roter Faden	113
3.3.1	Die Arbeitsmethode	114
3.3.2	Einsatzmöglichkeiten	115
3.4	Motiv 4 – Die Stadt	116
3.4.1	Die Arbeitsmethode	117
3.4.2	Einsatzmöglichkeiten	118
3.5	Motiv 5 – Die Treppe	119
3.5.1	Die Arbeitsmethode	119
3.5.2	Einsatzmöglichkeiten	120
3.6	Motiv 6 – Der Bach	122
3.6.1	Die Arbeitsmethode	123
3.6.2	Einsatzmöglichkeiten	123
3.7	Motiv 7 – Gewichte	124
3.7.1	Die Arbeitsmethode	124
3.7.2	Einsatzmöglichkeiten	125
3.8	Motiv 8 – Die Brille	126
3.8.1	Die Arbeitsmethode	126
3.8.2	Einsatzmöglichkeiten	127
3.9	Motiv 9 – Die Wiese	128
3.9.1	Die Arbeitsmethode	128
3.9.2	Einsatzmöglichkeiten	129
4.	Übersichtstabellen der standardisierten Motive mit den Anwendungsbereichen und Reflexion	130

<b>III.</b>	<b>Beschreibung von 10 Fällen</b>	<b>143</b>
1.	Die Darstellung der Fallbeschreibung	143
2.	Fall 1 unter Nutzung von Motiv 1	145
2.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll	145
2.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung	150
2.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination	154
2.4	Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle	154
2.5	Der Abschluss	156
2.5.1	Der Vorher-Nachher-Vergleich	157
2.5.2	Die Lösung des Problems	158
2.5.3	Die Zukunftsorientierung	158
2.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen	158
2.7	Die Wirkungsweise	160
2.8	Die Reflexion	160
3.	Fall 2 unter Nutzung von Motiv 2	162
3.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll	162
3.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung	166
3.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination	170
3.4	Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle	171
3.5	Der Abschluss	173
3.5.1	Der Vorher-Nachher-Vergleich	173
3.5.2	Die Lösung des Problems	174
3.5.3	Die Zukunftsorientierung	175
3.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen	175
3.7	Die Wirkungsweise	176
3.8	Die Reflexion	177
4.	Fall 3 unter Nutzung von Motiv 3	178
4.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll	178
4.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung	184
4.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination	189
4.4	Die einzelnen Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen	190
4.5	Der Abschluss	197
4.5.1	Der Vorher-Nachher-Vergleich	198
4.5.2	Die Lösung des Problems	199
4.5.3	Die Zukunftsorientierung	199
4.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen	200
4.7	Die Wirkungsweise	201
4.8	Die Reflexion	201
5.	Fall 4 unter Nutzung von Motiv 4	202
5.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll	202
5.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung	207



5.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination_____	211
5.4	Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle_____	211
5.5	Der Abschluss_____	213
	5.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich_____	214
	5.5.2 Die Lösung des Problems_____	215
	5.5.3 Die Zukunftsorientierung_____	215
5.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen_____	215
5.7	Die Wirkungsweise_____	216
5.8	Die Reflexion_____	217
6.	Fall 5 unter Nutzung von Motiv 5_____	218
6.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll_____	218
6.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung_____	222
6.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination_____	226
6.4	Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle_____	227
6.5	Der Abschluss_____	229
	6.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich_____	229
	6.5.2 Die Lösung des Problems_____	230
	6.5.3 Die Zukunftsorientierung_____	230
6.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen_____	231
6.7	Die Wirkungsweise_____	232
6.8	Die Reflexion_____	232
7.	Fall 6 unter Nutzung von Motiv 6_____	234
7.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll_____	234
7.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung_____	239
7.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination_____	243
7.4	Die einzelnen Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen_____	244
7.5	Der Abschluss_____	251
	7.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich_____	252
	7.5.2 Die Lösung des Problems_____	252
	7.5.3 Die Zukunftsorientierung_____	252
7.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen_____	252
7.7	Die Wirkungsweise_____	253
7.8	Die Reflexion_____	253
8.	Fall 7 unter Nutzung von Motiv 7_____	255
8.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll_____	255
8.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung_____	263
8.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination_____	266
8.4	Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle_____	267
8.5	Der Abschluss_____	269
	8.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich_____	270
	8.5.2 Die Lösung des Problems_____	270
	8.5.3 Die Zukunftsorientierung_____	270
8.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen_____	271

8.7	Die Wirkungsweise	271
8.8	Die Reflexion	271
9.	Fall 8 unter Nutzung von Motiv 8	273
9.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll	273
9.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung	276
9.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination	278
9.4	Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle	278
9.5	Der Abschluss	280
	9.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich	281
	9.5.2 Die Lösung des Problems	282
	9.5.3 Die Zukunftsorientierung	282
9.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen	282
9.7	Die Wirkungsweise	283
9.8	Die Reflexion	283
10.	Fall 9 unter Nutzung von Motiv 9	284
10.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll	284
10.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung	288
10.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination	291
10.4	Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle	291
10.5	Der Abschluss	292
	10.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich	293
	10.5.2 Die Lösung des Problems	294
	10.5.3 Die Zukunftsorientierung	294
10.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen	295
10.7	Die Wirkungsweise	295
10.8	Die Reflexion	296
11.	Fall 10 unter Nutzung von Motiv 7	297
11.1	Das Erstgespräch – Gedächtnisprotokoll	297
11.2	Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung	302
11.3	Das Durcharbeiten – Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination	304
11.4	Die einzelnen Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen	305
11.5	Der Abschluss	310
	11.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich	310
	11.5.2 Die Lösung des Problems	311
	11.5.3 Die Zukunftsorientierung	311
11.6	Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen	311
11.7	Die Wirkungsweise	312
11.8	Die Reflexion	313

<b>IV.</b>	<b>Einbindung der Imaginativen sozialen Therapie in die Soziale Arbeit</b>	<b>314</b>
1.	Die Klientel	314
2.	Der Berater	316
3.	Die Gebührenerstattung	319
4.	Einsatzmöglichkeiten	321
<b>V.</b>	<b>Ausblick auf weitere Forschungsfelder im Bereich der Sozialen Therapie</b>	<b>323</b>
1.	Studien über verwandte Therapien	323
2.	Die Wirksamkeit von Imagination	326
3.	Forschung im Bereich der Imaginativen sozialen Therapie	327
<b>VI.</b>	<b>Anhang</b>	<b>329</b>
1.	Kodierpläne zur Erfassung von Körpersprache, Erscheinungsbild, Sprach- und Verhaltensmuster	329
1.1	Tabelle 1 (T 1) und Kodierung (K ...)	329
1.2	Tabelle 2 (T 2) und Kodierung (K ...)	332
1.3	Tabelle 3 (T 3) und Kodierung (K ...)	334
1.4	Tabelle 5 (T 5) und Kodierung (K ...)	336
2.	Standardtabelle 4: Auffallende Verhaltensformen im Original	337
3.	Standardisierte Arbeitsmaterialien	338
3.1	Anamnesebogen Blatt <b>A</b>	338
3.2	Ergänzungsblatt <b>B</b> für Blatt <b>A</b> und Blatt <b>G</b>	339
3.3	Ergänzungsblatt <b>C</b> für Blatt <b>A</b>	340
3.4	Problemanalyse, Blatt <b>D</b>	341
3.5	Planung der Imagination, Blatt <b>E</b>	342
3.6	Ablauf der Imagination, Blatt <b>F</b>	343
3.7	Folgesitzungen, Blatt <b>G</b>	344
3.8	Abschlusssitzung, Blatt <b>H</b>	345
<b>VII.</b>	<b>Literaturliste</b>	<b>346</b>
<b>VIII.</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>351</b>

## Einleitung

Bereits seit ca. 1929 wird *Sozialtherapie* als eine Methode verstanden Patienten eine Verbesserung ihrer Befindlichkeit durch Veränderung des sozialen Umfeldes zu ermöglichen<sup>1</sup>. Anfang der 70-er Jahre wird *Sozialtherapie* auch als *Soziotherapie* bezeichnet und häufig in Zusammenhang mit der Arbeit in Psychiatrien oder dem Strafvollzug gebracht. Sie wurde als eine Mischung aus medizinischen, psychologischen Verfahren, unter Nutzung pädagogischer Mittel angesehen<sup>2</sup>. Noch 1975 wird *Sozialtherapie/Soziotherapie* mit ihren Interventionsmethoden lediglich auf Wirkungsstätten wie Anstalten und Organisationen beschränkt<sup>3</sup>. „1984 wurde der Aufbaustudiengang ‘Soziale Therapie’ an der Universität Kassel im Fachbereich Sozialwesen angeboten (...)“<sup>4</sup>

Angestrebt wurde damit der Sozialpädagogik mehr Raum im Bereich der Therapie zu eröffnen, und der sozialen Arbeit einen weiteren Sektor der ‘Sozialen Therapie’ beizustellen. Die ‘Soziale Therapie’ findet ihren Schwerpunkt in Milieugestaltung, Gruppenarbeit, in offenen ambulanten Einrichtungen, halb offenen stationären Einrichtungen und geschlossenen Einrichtungen<sup>5</sup>. Im Gegensatz zur ‘Sozialen Therapie’, die keinen bestimmten Klientenkreis impliziert, beschränkt sich die Soziotherapie<sup>6</sup>, die seit dem 01.01.2000 vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen<sup>7</sup> gesetzlich geregelt ist, auf einen ausgewiesenen Patientenkreis mit (chronisch) psychischen Erkrankungen und sie ist durch die Krankenkassen bezüglich ihrer Wirksamkeit zur Verminderung stationärer Wiederaufnahmen chronisch psychisch Kranker anerkannt.

Die Entwicklung der Forschungslage, die sich im Moment eher auf Wirksamkeitsanalysen, u. a. die Wirksamkeit von Therapien und Methoden bezüglich bestimmter Klienten- bzw. Patientengruppen (Evidenz-Base-Studies) beschränkt, ist sicherlich zum Teil darauf zurückzuführen, dass im Zuge der Gesundheitsdebatten und -reformen die Kostenübernahme von Krankenkassen von größter Bedeutung sind. So z. B. die Wirksamkeitsanalysen zur ‘Klientenzentrierten Psychotherapie’<sup>8</sup>, Wirksamkeitsstudien zur ‘Systemischen Therapie’<sup>9</sup> anhand von RCT-Studien (Randomized Control Trial<sup>10</sup>) oder die Evaluationsstudie zur Wirksamkeit der ‘Integrativen Gestalttherapie’ von Dr. Schigl<sup>11</sup>.

Wieder andere Forschungen streiten über die Methode, mit der derzeit Wirksamkeitsstudien erbracht werden. Hauptkritik liegt dabei auf den RCT-Studien, die von der Pharmaindustrie bezüglich ihrer Medikamente entwickelt worden sind, aber möglicherweise nicht auf den zumeist psychotherapeutischen Bereich übertragen werden können<sup>12</sup>.

Somit wären die zurzeit geringen Forschungsaktivitäten im Bereich der Entwicklung neuer Methoden u. a. der Sozialpädagogik, damit auch der ‘Sozialen Therapie’, verständlich<sup>13</sup>. Forschung im Sinne der Innovation ist meiner Meinung nach jedoch gefordert, um Therapien im Allgemeinen und natürlich die ‘Soziale Therapie’ im Besonderen, effektiv zu gestalten und dem sich stetig verändernden Klientel anzupassen.

---

<sup>1</sup> Eicke, Dieter 1980

<sup>2</sup> Schwendter, Rolf 2000

<sup>3</sup> Ebd.

<sup>4</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 18; alle Textstellen, die aus meinem Buch „Die Imaginative soziale Therapie“ entnommen sind, werden in Folge als einzeiliger Text wiedergegeben und am Ende mit einer Fußnote versehen, die aufzeigt auf welcher Seite die Textstellen im Buch zu finden sind. Z. T. sind längere Passagen entnommen worden, da sie in diesem Rahmen zum Verständnis herangezogen werden mussten. Diese Textstellen werden einzeilig und nicht kursiv wiedergegeben (Begründung folgt a. a. O.). Rechtschreibkorrekturen behalte ich mir vor.

<sup>5</sup> Schwendter, Rolf 2000

<sup>6</sup> Sozialpädagogen können Soziotherapie nur anbieten, wenn sie eine mindestens dreijährige Berufspraxis an einem psychiatrischen Krankenhaus (davon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung und ein Jahr in einer ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung) nachweisen können (Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, Nov. 2001).

<sup>7</sup> Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, November 2001

<sup>8</sup> Elliott/Greenberg/Lietaer, 2004

<sup>9</sup> Bühring, Petra 2006

<sup>10</sup> RCT-Studien sind erprobte Wirksamkeitsstudien aus dem Pharmabereich. Dabei werden, aus einer Gruppe von Patienten, einige willkürlich einer Patientengruppe zugeordnet, die ein neues Medikament zur Erprobung der Wirksamkeit verabreicht bekommen, die anderen bekommen dagegen Placebos (Mittel ohne medikamentösen Inhalt und Wirkung).

<sup>11</sup> Schigl, Dr. Birgit 1998

<sup>12</sup> Fydrich, T. & Schneider, W. 2007

<sup>13</sup> Hanses, Andreas in: Schweppe, Cornelia 2003

Im Berufsfeld des Sozialpädagogen<sup>14</sup> wird erwartet, dass sich dieser relativ schnell auf einen Fall einstellen kann, um z. B. in der Beratungspraxis, i. d. R. in unterschiedlichen Institutionen von Staat, Kirche, Verein usw., als Dienstleister effektive *Gefühlsarbeit*<sup>15</sup> anzubieten. Vorrangiges Ziel ist dabei Menschen, die sich Not-, Leidenssituationen oder Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung allein nicht gewachsen fühlen, Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten und so die Integration und Reintegration der Klienten<sup>16</sup> in die Gesellschaft zu fördern<sup>17</sup>. Systematisch, methodisch und zielorientiert wird u. a. der Frage nachgegangen, wie Gruppen oder einzelne Individuen mit z. T. individuell gestalteten Bedingungen und Einflüssen umgehen. Therapiekonzepte sind jedoch oft starr und nicht immer in der Praxis anwendbar, weil die unmittelbar in der Praxis entstehenden Assoziationen und Imaginationen kaum berücksichtigt werden. Was sich in der Beratungspraxis bei der Umsetzung, am direkten, individuellen Fall, mitunter schwierig gestaltet, weil die unmittelbaren Ereignisse in der Praxis oft nicht lebendig genug aufgegriffen werden können und die Beratungspraxis oft zu stark am äußerlich sichtbaren Mangelzustand orientiert ist. Die übliche Beratungspraxis ist methodisch oft zu eingengt und zu sehr auf das soziale Problem orientiert, es bedarf dringend der Erweiterung auf individuelle und gesellschaftliche Beziehungen und auf ein Verständnis tieferer Ursachen für das Fehlverhalten und das individuelle Leiden. Einen entscheidenden Ansatz dazu bietet die 'Soziale Therapie' als eine Erweiterung der sozialpädagogischen Beratungspraxis.

„'Soziale Therapie' ist die Rekonstruktion eines Falls und ist „(...) die Reflexion auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen je bestehender Leidenserfahrungen, verbunden mit dem Ensemble möglicher Interventionen zur Behebung oder doch Minderung dieser.“<sup>18</sup> Anders ausgedrückt bedeutet 'Soziale Therapie': Das Leid der Klienten in all seinen Zusammenhängen zu verstehen, in denen es entstanden ist und weiter besteht und diese durch sozialtherapeutisches Intervenieren auf allen Ebenen<sup>19</sup> zu vermindern oder zu beheben. (...) 'Soziale Therapie' ist für Schwendter eine *Wissenschaft von Beziehungen*<sup>20</sup>.<sup>21</sup> Praktische Probleme haben immer auch psychische Hintergründe, die es zu beheben gilt, um nicht einer Symptombehandlung zu erliegen, bei der die Wirkung der Hilfe oft nur von kurzer Dauer ist. Es geht um die Ursachenbehebung.

Das Erkennen des eigentlichen Problems nimmt oft längere Zeit in Anspruch, weil der Klient sein eigenes Problem nicht tief oder präzise genug äußern kann und weil assoziative Methoden der sozialtherapeutischen Gesprächsführung evtl. falsche Spuren legen oder das Zentralproblem nicht schnell genug zu treffen vermögen.

<sup>14</sup> Im Kontext möchte ich die Termini »Sozialtherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagogin, Therapeut und Berater« als Berufsbezeichnung verstanden wissen und nicht als geschlechtlich zugeordnete Worte. Sollte ich im Kontext ein spezielles Geschlecht meinen, werde ich dies bes. vermerken. Zudem werde ich durchgängig den Terminus *Therapeut und Berater* in Kombination benutzen, sodass sich damit alle genannten Personengruppen angesprochen fühlen können.

<sup>15</sup> In einem Artikel von Strauss (Strauss, Anselm u. a. in: Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 32/1980; S. 629-651) wird Gefühlsarbeit in Bezug auf die Arbeit von Menschen an und mit Menschen in Krankenhäusern untersucht. Wobei auf die Vielfältigkeit von Gefühlsarbeit verwiesen wird. So wird Gefühlsarbeit definiert „(...) als Arbeit, die speziell unter Berücksichtigung der Antworten der bearbeiteten Person oder Personen geleistet wird und die im Dienst des Hauptarbeitsverlaufs erfolgt. Auch kann ein Teil dieser Arbeit vom Arbeitenden an sich selbst oder an anderen Arbeitenden geleistet werden, und zwar immer im Dienst des Hauptarbeitsverlaufs.“ (ebd.; S. 629). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Gefühlsarbeit in anderen Berufen fokussiert werden sollte, denn Gefühlsarbeit sei „(...) überall da, wo mit Menschen und an Menschen gearbeitet wird.“ (ebd.; S. 649).

<sup>16</sup> a) Der Terminus *der Klient* wird im gesamten Werk nicht geschlechtlich zugeordnet, sondern wird als geschlechtsloser Begriff verwandt.

b) Im Kontext möchte ich von Menschen, die eine Beratungsstelle aufsuchen von Klienten sprechen. Diese Menschen sind nicht unbedingt krank, im medizinischen Sinne, sie sind also nicht als Patienten zu bezeichnen, sie sind aber auch keine Kunden, da sie kein Produkt kaufen, sondern Dienstleistung in Anspruch nehmen. Sie könnten eher als Auftraggeber bezeichnet werden, aber dieser Begriff ist derzeit wenig geläufig. Infolgedessen erscheinen mir die Begriffe »Klient/in, Klienten oder Klientel«, durchaus als geeignete Begriffe im Kontext der Beratungspraxis ebenso wie in diesem Text.

<sup>17</sup> Schmidt-Grunert, Marianne 3/99

<sup>18</sup> Schwendter, Rolf 2000; S. 15; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 18

<sup>19</sup> Schwendter, Rolf (2000) benennt u. a. die gesamtgesellschaftliche, kulturelle, umweltbezogene, soziale, physische und psychische Ebene des einzelnen Individuums die bei sozialtherapeutischen Interventionen einzubeziehen sind.

<sup>20</sup> Schwendter, Rolf (2000) benennt sieben Kategorien und vier Ebenen, auf Grundlage der Arbeiten von Klaus Mollenhauer und Bernd Achterberger, die dazu beitragen die vom Klienten genannten Äußerungen und Fakten, nicht mit „(...) Vorurteilen, Deutungen und Stigmatisierungsmechanismen (...)“ (ebd.; S. 174) zu belegen.

<sup>21</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 18 f.

Spätestens in der Praxisarbeit stellen sich dem Sozialtherapeuten „(...) u. a. die Fragen:

Wie kann

a) der Kern des Problems (*roten Faden*) möglichst [schnell] erfasst werden?“<sup>22</sup>

b) der Sozialtherapeut sich möglichst schnell in die Dynamik des Problems hineinversetzen? Und

„c) eine baldige Verhaltensänderung durch Gewinnen von Einsicht, Lernbereitschaft und Veränderungswillen bei Klienten herbeiführt werden?“<sup>23</sup>

Für Klienten sind kreative Sozialtherapeuten wünschenswert, die eine Beratungssituation bzw. eine sozialtherapeutische Situation, unter Nutzung verschiedener Methoden, aus verschiedenen Blickwinkeln erfassen und flexibel damit umgehen können. Ähnliche Überlegungen und Fragen haben mich dazu angeregt die `Soziale Therapie`, um eine Methode, die der Zuhilfenahme der Imagination in der sozialen Therapie (in Folge `Imaginative soziale Therapie` genannt, um deutlich zu machen, mit welchem Methodenansatz gearbeitet wird) zu erweitern.

In der Imaginativen sozialen Therapie werden u. a. die Möglichkeiten ergriffen, im Visualisieren, Erleben, Fühlen, Tasten und Kommunizieren möglichst viele Ebenen beim Klienten anzusprechen, um so das Erkennen von bisherigen Lebensweisen, Verhaltensmustern und Umwelteinflüssen verschiedener Art beim Klienten herbeizuführen.

Das Neue an dieser `Imaginativen sozialen Therapie` besteht in dem Hinzufügen der Imagination innerhalb der sozialtherapeutischen Beratungspraxis.

Die imaginativen Anteile bestehen insbesondere in

a) der Verlagerung des Beratungsraumes in angrenzende Räumlichkeiten, wie z. B. Natur, Gebäude und Gebäudeteile, ferner

b) die hinzugezogene Nutzung der vom Sozialpädagogen eingebrachten realen Materialien und Gegenstände und

c) die an diesen Gegenständen und Situationen entwickelte Imagination.

So wird der Spaziergang in der Natur zum imaginativen Lebensweg, indem reale Gegenstände und Gegebenheiten mit Situationen des Lebens assoziativ verbunden werden, wie z. B. ein freies Feld, als der fehlende Vater. Entsprechend beschriftete Luftballons können als Träger von Problemen und Sorgen imaginativ verstanden werden und an somatisch beeinträchtigte Körperstellen angebracht werden.

Die `Imaginative soziale Therapie` gibt sowohl Lösungsansätze äußerer, gesellschaftlicher und sozialer Art als auch individueller und innerlicher Art und fasst, mittels der Erweiterung der sozialen Therapie durch die Methode der Imagination, den sozialpädagogischen und den therapeutischen Ansatz zusammen.

Die `Imaginative soziale Therapie` ist

a) ein therapeutischer Prozess sowie

b) sozialpädagogische Beratung und Intervention, und besteht aus vier Teilen:

„Erster Teil: Erstellung der Anamnese, eine chronologische Aufzeichnung dessen, was die Klienten zu ihrem Lebenslauf oder ihrer Leidensgeschichte erzählen. (...)“

Zweiter Teil: Die Imagination (dem Wiederholen der Vergangenheit oder der Istsituation und einer Zukunftsorientierung), [in der Mehrheit; P. H.] außerhalb des Beratungsraumes.

Dritter Teil: Die weiteren Sitzungen im Beratungsraum zum Durcharbeiten der Imagination und des Problems. (...)

Vierter Teil: Die Abschlusssitzung mit der Formulierung der Lösung des Problems und der Zukunftsorientierung.“<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 7 f.

<sup>23</sup> Ebd.; S. 8

<sup>24</sup> Ebd.; S. 48

Theoretische Grundlagen der 'Imaginativen sozialen Therapie' sind u. a. die hermeneutische Arbeitsmethode und die Prinzipien der psychologischen Lerntheorien.

Die 'Objektive Hermeneutik', deren Hauptinitiator Anfang der 60-er Jahre Anselm Strauss mit seiner *Grounded Theory* war, ist eine Methode, in der die relevanten Daten des Klienten vom Therapeuten schriftlich aufgezeichnet werden. In der hermeneutischen Vorgehensweise werden daran anschließend, in weiteren schriftlichen Arbeitsschritten, die zuvor gewonnenen Daten zerlegt und zergliedert, um den Weg zum *roten Faden* des Falls zu entdecken. Im nächsten Schritt werden u. a. allgemeingültige, gesellschaftlich relevante Bezüge abgeleitet. Es werden Theorien entwickelt in Bezug auf die Erklärungen für menschliches Verhalten, -muster, soziale Prozesse wie Interaktionsverhalten und Erfahrungen von Menschen, sowie die Abwandlung/Einschränkung/Ausweitung bestehender Theorien erarbeitet.

Die Prinzipien der psychologischen Lerntheorien gründen sich darauf, dass der Mensch dauernd und lebenslang sein Verhalten ändert. Diese Verhaltensänderungen können zu seinem Vorteil gereichen, wenn der Mensch Einsicht in sein bisheriges Verhaltensmuster gewinnt, aber auch zu seinem Nachteil, wenn er in seinem Reifungsprozess (wie auch immer definiert) stagniert oder gar zurückfällt.

Diese Prinzipien finden, ebenso wie die Arbeitsweise der 'Objektiven Hermeneutik', in der 'Imaginativen sozialen Therapie' in abgewandelter, vor allem in verkürzter Form Anwendung.

Die 'Imaginative soziale Therapie' fasst den sozialen und den therapeutischen Ansatz zusammen. Sie gibt sowohl Lösungsansätze äußerer, gesellschaftlicher und sozialer Art, als auch individueller, innerlicher und tiefenpsychologischer Art. Des Weiteren stellt die 'Imaginative soziale Therapie' eine Kombination von 'Sozialer Therapie' und Beratung dar und ist somit eine Erweiterung der bisherigen Interventionsmethoden in der Beratungspraxis.

Im Vordergrund meiner bisherigen Arbeit<sup>25</sup> stand die Vorstellung der Wirkungsweise der 'Imaginativen sozialen Therapie' anhand von zwei ausführlich dargelegten Fallbeispielen.

Diese Arbeit führte zu dem Fazit, dass die 'Imaginative soziale Therapie'

- a) dem Sozialtherapeuten und Klienten mit Beginn der Imagination eine gemeinsame Wissens- und Erlebnisbasis vermittelt,
- b) Zugang zur Leidensgeschichte und zum Istzustand des Klienten herstellt,
- c) dem Klienten neue Einsichten vermittelt, wodurch sein Veränderungswille und seine Lernbereitschaft auf Dauer gestärkt werden.

Für die nun vorliegende Forschungsarbeit wurde eine reine, qualitative Methode gewählt, bei der die Population der Klienten meiner Beratungspraxis die Grundlage der qualitativen Forschung bildet.

Die Methode der 'Imaginativen sozialen Therapie' ist eine direkte, interventionsbezogene Methode, beinhaltet Elemente der einzelfall- und primärgruppenbezogenen Methoden (u. a. soziale Einzelfallhilfe, sozialpädagogische Beratung, klientenzentrierte Beratung, rekonstruktive Sozialarbeit) und wird kombiniert mit einem Element aus den gruppen- und sozialraumbezogenen Methoden (Erlebnispädagogik)<sup>26</sup>.

Die benutzten Methoden aus der qualitativen Sozialforschung sind:

Einzelfallstudie (teilnehmende Beobachtung, Gesprächsprotokolle), hermeneutische Verfahren, informelle Interviews (telefonisch, nicht-standardisiert, Gedächtnisprotokolle), Primär- und Sekundärliteratur.

Die 'Imaginative soziale Therapie' ist eine mehrdimensionale Methode, die u. a. imaginative, kognitive, psycho- und verhaltenstherapeutische Elemente integrativ in abgewandelter oder in verkürzter Form einbindet, was an entsprechender Stelle noch näher ausgeführt und begründet wird.

<sup>25</sup> Vorgestellt wird diese in Hempel, Petra (2008; Band 1): Imaginative soziale Therapie

<sup>26</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001

Folgende Erhebungsmethoden sind den Kapiteln zuzuordnen:

Kapitel	Thema	Methoden
	Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primär- und Sekundärliteratur</li> </ul>
I.	Die `Imaginative soziale Therapie`	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primär- und Sekundärliteratur</li> <li>• Hermeneutische Verfahren</li> <li>• Einzelfallstudie</li> <li>• Informelle Interviews</li> </ul>
II.	Standardisierung der imaginativen Motive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primär- und Sekundärliteratur</li> </ul>
III.	Beschreibung der 10 Fälle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primär- und Sekundärliteratur</li> <li>• Einzelfallstudie</li> <li>• Informelle Interviews</li> </ul>
IV.	Einbindung der `Imaginativen sozialen Therapie` in die `Soziale Arbeit`	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primär- und Sekundärliteratur</li> </ul>
V.	Ausblick auf weitere Forschungsfelder im Bereich der `Sozialen Therapie`	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundärliteratur</li> </ul>

Tab.: 1

Ziel ist, eine Innovation im Bereich der `Sozialen Therapie` darzustellen, welche die Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der sozialtherapeutischen Beratungspraxis um einen Aspekt, den der Imagination, erweitert (was keinesfalls eine Neusituierung der `Sozialen Therapie` darstellen soll).

Eine solche Vorgehensweise, der Erweiterung etablierter Therapien, ist bekannt:

In der Psychotherapie z. B. hat Hanscarl Leuner<sup>27</sup> die Psychotherapie um den Aspekt des `Katathym-imaginativen Bilderlebens` (KIP) erweitert und im Bereich der Psychoanalyse hat Luise Reddemann<sup>28</sup> die Traumatherapie mithilfe von Imaginationen ausgebaut, die `Psychodynamische imaginative Traumatherapie` (PITT).

Ziele sind ferner:

- a) Den Schwerpunkt `Soziale Therapie` für die Beratungspraxis besser anwendbar zu machen,
- b) Sozialtherapeuten mit der `Imaginativen sozialen Therapie` eine neuartige Hilfe- und Interventionsmöglichkeit im bisherigen Beratungsalltag zu eröffnen,
- c) zur besseren Anwendbarkeit der `Imaginativen sozialen Therapie` Standardmotive für die Imagination zu entwickeln,
- d) sozialtherapeutisch wirksames Material zu entwickeln und
- e) einen Leitfaden der `Imaginativen sozialen Therapie` zu erstellen.

In meiner Beratungspraxis nehme ich, durch die Interaktion mit den Klienten, nicht nur Daten (Geburtsdaten, Familienstand, Anzahl der Kinder usw.), sondern auch subjektive Eindrücke auf. Letztere werden nach jedem Gespräch (und jeder Imagination) möglichst objektiv in standardisiertem Arbeitsmaterial oder Gedächtnisprotokollen erfasst (ebenso wie die Daten), somit für die weitere Arbeit am Fall aufbereitet, um dadurch klientenzentriert (z. B. mit einer auf den Fall angepassten Imagination) intervenieren zu können.

Diese Vorgehensweise bedarf, angesichts der Brisanz subjektiv gewonnenen Materials auf dem Gebiet der Forschung<sup>29</sup>, immer wieder der kritischen Reflexion der Methode der `Imaginativen sozialen Therapie`, aber auch der kritischen Selbstreflexion, beide fließen an entsprechenden Stellen ein.

Zu Beginn der Einleitung werden relevante Begriffe erörtert, da die `Imaginative soziale Therapie` lediglich als Erweiterung der `Sozialen Therapie` entwickelt wurde, nicht zur Neusituierung `Sozialer Therapie` als reine Therapieform geeignet und auch nicht angedacht ist. Um dies deutlich werden zu lassen,

<sup>27</sup> Leuner, Hanscarl 1994

<sup>28</sup> Reddemann, Luise 2000

<sup>29</sup> Vgl. Ingenkamp, Karlheinz 1997; Hanses, Andreas in: Schweppe, Cornelia 2003; Mayring, Dr. phil. habil. M. A. Philipp 2003



ist es notwendig den Unterschied zwischen Therapie und Beratung herauszuarbeiten, 'Soziale Therapie' und in letzterem Zusammenhang den Begriff der Imagination zu definieren.

Im ersten Teil werden die beiden methodischen Grundlagen der 'Imaginativen sozialen Therapie', die hermeneutische Arbeitsmethode und die Prinzipien der Lerntheorien erläutert. Beide Grundlagen fließen in die 'Imaginative soziale Therapie' in veränderter, verkürzter und praxisorientierter Form ein.

In der 'Imaginativen sozialen Therapie' ist es wichtig die vom Klienten genannten Daten und Ereignisse zu chronologisieren, um sie für die Imagination nutzbar zu machen. Angelehnt ist diese Arbeitsmethode an die 'Objektive Hermeneutik' von Ulrich Oevermann aus dem Jahr 1969<sup>30</sup>. Sie ist eine biografische Methode, in der die relevanten Daten des Klienten vom Therapeuten schriftlich aufgezeichnet werden. In der hermeneutischen Vorgehensweise werden daran anschließend, in weiteren schriftlichen Arbeitsschritten, die zuvor gewonnenen Daten zerlegt und zergliedert, um den Weg zum *roten Faden* des Falls zu entdecken. Im nächsten Schritt werden dann allgemeingültige, gesellschaftlich relevante Bezüge abgeleitet.

Die Prinzipien der Lerntheorien und deren Methoden gründen sich darauf, dass der Mensch dauernd und lebenslang sein Verhalten ändert. Diese Verhaltensänderungen können zu seinem Vorteil gereichen, wenn der Mensch Einsicht in sein bisheriges Verhaltensmuster gewinnt, aber auch zu seinem Nachteil, wenn er seinen Reifungsprozess (wie auch immer definiert) stagniert oder gar zurückfällt.

Karl Hofmann, Sigurd Baumann, Frank Grube u. a. zeigen auf, dass es zur Verhaltensänderung durch Lernen Einflüssen bedarf, wie der Motive, der Motivation und der Leistungsmotivation<sup>31</sup>.

Das Spiel aus dem Bereich der Lerntheorien ist in der 'Imaginativen sozialen Therapie' bei der Kreation, Umsetzung und Wirkung der Imagination von Bedeutung, ebenso wichtig wie die vorherigen Einflüsse. Ziel ist es durch Lernmethoden den Klienten zur Einsicht in seine bisherigen Verhaltensmuster zu bewegen, um für ihn Verhaltensänderungen eröffnen zu können, Empowerment zu ermöglichen. An die Beobachtungen von Körpersprache, Sprachmuster usw., der theoretischen Einordnung sowie der Entwicklung einer Erfassung in Form von standardisiertem Arbeitsmaterial und der Reflexion dieser Bereiche, welche für die Bearbeitung und Einschätzung jedes einzelnen Falls, dessen Problemfassung und die Bedingungsanalyse wichtig sind, schließt sich die Vorgehensweise der 'Imaginativen sozialen Therapie' mit der Reflexion der Vorgehensweise und der Reflexion an.

Verbindung bzw. Anteile u. a. des 'Katathymen Bilderlebens' nach Hanscarl Leuner<sup>32</sup>, der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' nach Aaron T. Beck<sup>33</sup>, der 'Systemischen Therapie', des Psycho- und Soziodramas und der Biografiearbeit zur 'Imaginativen sozialen Therapie' werden in die Darstellung eingebunden.

Im zweiten Teil wird vor allem die Arbeit mit sprachlichen Metaphern in Therapien zur Bildung von Standardmotiven für die Imagination herangezogen. Die anschließende Standardisierung von Motiven für bestimmte Anwendungsbereiche wird in Form einer Übersichtstabelle zusammengefasst und reflektiert, was den Abschluss des zweiten Teils bildet.

Im dritten Teil werden 10 Fälle aus meiner Beratungspraxis vorgestellt (in Bezug zu Kapitel II.) an denen die Standardmotive und Standardmaterialien entwickelt wurden.

An jede Falldarstellung schließt sich die Wirkungsweise, die Darstellung der Veränderungen im Fall (Vorher-Nachher-Vergleich) und eine Reflexion an.

Kapitel IV. wird zeigen, wie sich die 'Imaginative soziale Therapie' in die 'Soziale Arbeit' einbinden lässt und ferner werden in Kapitel V. Studien über verwandte Therapien herangezogen, wird ein Ausblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten im Bereich der Imaginativen sozialen Therapie gegeben, sowie Forschung im Bereich der 'Imaginativen sozialen Therapie' bezüglich der Wirksamkeit von Imagination dargestellt.

<sup>30</sup> Vgl. Kraimer, Klaus 1966 ; Bohnsack, Ralf 1991

<sup>31</sup> Vgl. Hofmann, Karl 1980; Baumann, Sigurd 1993; Grube, Frank u. a. 1973

<sup>32</sup> Leuner, Hanscarl 1974

<sup>33</sup> Beck, Aaron T. 1986

## 1. Definitionen relevanter Begriffe

‘Soziale Therapie’ ist nicht als Therapie im eigentlichen Sinne zu verstehen und hat im Fachbereich Sozialwesen bereits zu vielfältigen Diskussionen geführt. Damit der Begriff deutlicher wird und auch die Erweiterung, durch die der Imagination eingeordnet werden kann, ist es unerlässlich die Termini Beratung und Therapie voneinander abzugrenzen, ‘Soziale Therapie’ ebenso wie den Terminus Imagination zu definieren. Da bereits jeder Begriff ein inhaltlich komplexer, wissenschaftlich z. T. kontrovers diskutierter und unterschiedlich definierter Bereich ist, werde ich allerdings an dieser Stelle den wissenschaftlichen Diskussions- und Erkenntnisstand in seiner Tiefe und Breite nicht nachvollziehen können.

### 1.1 Beratung und Therapie

Beratung hat eine lange Tradition, je nachdem, wie Beratung definiert wird. Generell ist Beratung in der Kommunikation ein integriertes Element im Alltag, aber auch in speziellen gesellschaftlichen Bereichen wie Politik, Beruf usw.

Wobei Beratung und Ratschlag zu unterscheiden wären. Beeinflussung resultiert eher aus dem Ratschlag. Werden Gedanken an eine objektiv vorhandene Welt bewusst subjektiviert, muss festgestellt werden, dass kein Mensch weder physisch noch psychisch, weder gedanklich noch emotional dem Anderen gleicht, unter keinen Umständen mit anderen vergleichbar ist und so kann ein Ratschlag, der dem Ratgeber als passend oder hilfreich für den Ratsuchenden erscheint, eben genau dieses nicht sein. Dem Menschen muss es selbst gelingen aus seinem Denken heraus seine ganz persönlichen, subjektiven Lösungen zu erarbeiten und an deren Passung zur subjektiven Welt zu arbeiten<sup>34</sup>.

Seit 1788 wird Beratung im praktischen Bereich, in institutionalisierter, organisierter Vorbereitung von Entscheidungsfindung in der Armenhilfe erwähnt, ca. 100 Jahre später in der Seemannsfürsorge und um 1900 wurde Beratung z. B. in der Fürsorge in verschiedene Aufgabenbereiche unterteilt<sup>35</sup>.

Der lateinische Terminus *Konferenz* bedeutet Beratung, Besprechung, Sitzung, Tagung oder Verhandlung, d. h. Beratungen etc. werden im Miteinander, durch Interaktion mit anderen abgehalten bzw. gestaltet. Im Duden findet sich unter *Beratung* folgender Eintrag: „(...) 1. a) *Erteilung eines Rates od. von Ratschlägen: fachärztliche B.: b) Besprechung, Unterredung.* 2. *Auskunft (Beratungsstelle).*“<sup>36</sup>

An dieser Stelle möchte ich, wie bereits oben angesprochen, Beratung von Ratschlag abkoppeln.

Ratschläge folgen allgemeingültiger, objektiver und als optimal erscheinenden Lösungen, die universal mit ähnlich positiven Ergebnissen anzuwenden sind. Diese werden nur dann umgesetzt, wenn sie rational zu rechtfertigen sind und emotional als passend eingeordnet werden können. Erst dann gelingt es die Lösung als vernünftig anzusehen, kann diese vor sich selbst und anderen argumentativ begründet oder verteidigt werden. Akzeptiert werden dabei lediglich die Lösungen, die kompatibel sind mit eigenen Erfahrungen, Vorlieben, positiv besetztem Handeln und für die Erfüllung der individuellen Ziele und Wünsche als zweckmäßig erachtet wird<sup>37</sup>.

Ganz anders gestaltet sich Beratung, die der zentrale Begriff für ‘Soziale Arbeit’ und ‘Soziale Therapie’ ist. In der sozialen Beratungsarbeit tritt der Berater in Interaktion mit einem Hilfe- oder Ratsuchenden, dem Klienten<sup>38</sup>. Diese Interaktion sollte wünschenswerterweise in einer offenen, demokratischen, individuell angepassten Situation (klientenzentriert) stattfinden, ist dabei problemzentriert u. a. unter dem Aspekt der Erweiterung von Wissen oder des nachholenden Wissensaufbaus, der Entwicklung von Alternativen, der Hilfe bei der Entscheidungsfindung und der letztendlich, individuellen Problemlösung beim Klienten, ohne dabei Einfluss auf die Entscheidungen des Klienten auszuüben. „*Ein ganzheitlich orientiertes Beratungsmodell aktiviert Klienten zur bewussten Gestaltung ihrer Lebenssituation und des sozialen Umfeldes.*“<sup>39</sup>

<sup>34</sup> Radatz, Sonja 2003

<sup>35</sup> Vgl. Kreft/Mielenz 1996; Rogers, Carl 1972

<sup>36</sup> Duden 2001; S. 262

<sup>37</sup> Radatz, Sonja 2003

<sup>38</sup> In den meisten Fachbüchern wird der Terminus *Klient* für den Hilfe- bzw. Ratsuchenden benutzt. Es gibt jedoch die Überlegungen den Terminus *Kunde* im Bereich der Beratung zu etablieren. Diese Diskussion möchte ich hier nicht weiterführen, dies sollte hier jedoch kurz bemerkt sein.

<sup>39</sup> Kreft/Mielenz 1998; S.103

Beratung ist auf regionaler Ebene und problemgruppenbezogene Hilfe zur Selbsthilfe und Handlungsfähigkeit im Alltagsbezug und im Rahmen der gesellschaftlichen Normen. „*Sie ist offen für unterschiedlichste Angebotsformen und vielfältige Adressatengruppen.*“<sup>40</sup> Dabei ist Voraussetzung, dass der Berater durch eine soziale Anamnese Wissen über mögliche Ursachen und Kausalitäten erhält, Kenntnisse über das Problem und evtl. seine Entstehung, das soziale Umfeld (Lebensverhältnisse und –umstände), den vielschichtigen, sozioökonomischen Alltag des Klienten erlangt und das Beratungsinteresse kennt. Beratung ist daher tendenziell als *alltagsnah* zu bezeichnen<sup>41</sup>.

Unter Beachtung von Seele (Ort der Emotionen<sup>42</sup>), Geist (Ort des Denkens und der kognitiven Wahrnehmung<sup>43</sup>) und Sozialkörper<sup>44</sup>, dem emotionalen Leiden des Klienten u. a. bedingt durch mangelhafte oder fehlende Lern- oder Wahrnehmungsbereitschaft sowie Lern- oder Wahrnehmungsfähigkeit, geistige Flexibilität oder Intelligenz und der mitunter daraus resultierenden Integrationsproblematiken, sozialen Defiziten usw. im sozialen Umfeld des Klienten, kann der Berater gezielt auf persönliche, soziale und sozioökonomische Entwicklung, Änderung der Einstellung und Verhaltensänderung, durch Information und Motivation zum Nachdenken, Lernen, Reflektieren, neu ordnen usw. hinwirken.

Beratung bewirkt auf diese Art bestenfalls eine hilfreiche Irritation des Klienten, dessen Wirkungsweise der Berater nicht absehen kann. So wird der Berater entlastet von der Suche nach Konzepten, Lösungen, Ideen oder Ratschlägen, die in der Mehrheit für den Klienten ohnehin nicht infrage gekommen wären. Beratung zieht ihre Wirkung aus der Aufmerksamkeit und der Suche nach Anknüpfungspunkten bei dem Klienten: Welche Sprach- und Denkmuster, Erlebnisse und Erfahrungen positiver oder negativer Art hat er gemacht und welcher Ansatz, welche Kriterien können für eine positive Lösung im individuellen Fall nützlich sein? Wenn der Berater beim Klienten anknüpft, kann mit großer Wahrscheinlichkeit die hilfreiche Irritation ausgelöst werden<sup>45</sup>.

Die Beratungsklientel leidet i. d. R. an Schädigungen durch ihre Lebensumwelt, eingeschränkter Handlungsfähigkeit durch z. B. Stressfaktoren, Benachteiligungen und Einschränkungen körperlicher, geistiger oder sozialer Art, durch Über- oder Unterforderung. Daraus resultieren, als Ergebnis der aktuellen Belastungssituation, Angst, Minderwertigkeitsgefühl oder Hemmungen unterschiedlichster Art.

Typische Arbeitsfelder in der Beratung sind heute, so meine Recherchen im Internet, beim Statistischen Bundesamt und in der Literatur, „(...) in Institutionen wie der Kirche, den Vereinen, dem Staat, gemeinnützigen Hilfsorganisationen und deren Einrichtungen oder anderen Selbsthilfe- und Hilfeeinrichtungen wie der Gemeinwesenarbeit verankert und soziale Beratung ist in den Institutionen i. d. R. auch heute noch für die Klienten kostenfrei<sup>46</sup>. Die meisten der institutionellen sozialen Beratungspraxen sind hauptsächlich darum bemüht Hilfe abzustimmen und zu planen, sie zu strukturieren. Es geht in der Mehrheit darum Angebote abzustimmen „(...) Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und strukturelle Grundlagen für konkrete Interventionsprozesse (...)“<sup>47</sup> zu schaffen.<sup>48</sup> „Dies umfasst eine bewusste und gezielte Konzentration auf den Zweck, den die Träger-Institution verfolgt, und auf die Bedürfnisse der Gruppe, wie sie von den Mitgliedern geäußert werden und sich aus ihrem Verhalten ergeben.“<sup>49</sup>

<sup>40</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001; S. 156

<sup>41</sup> Ebd.

<sup>42</sup> Emotionen im Bereich der Seele einzuordnen ist sicherlich u. a. philosophisch und theologisch diskussionswürdig, was an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden soll. Jeder hat hier evtl. seine eigene Anschauung entwickelt, die ich nicht infrage stellen möchte. Samy Molcho sagt dazu „*Der Körper ist der Handschuh der Seele*“ (Molcho, Samy 1998; S. 23) und meint damit, dass alle Emotionen, innere Wünsche und Bewegungen aus der Seele heraus sich nach Außen im Körperausdruck bemerkbar machen.

<sup>43</sup> Der Geist beinhaltet außer dem Denken, dem Abstraktions- und Reflexionsvermögen (nach Georg W. F. Hegel dem subjektiven Geist) und der kognitiven Wahrnehmung, der Wissenschaft, der Sprache, der Künste, den sog. sozial bezogenen Tätigkeiten (nach Georg W. F. Hegel dem objektiven Geist) auch noch das *sich selbst begreifen*, der sich offenbarende Geist in Kunst, Philosophie und Religion, mit Georg W. F. Hegels Worten der Geist an und für sich (vgl. Hegel, Georg W. F.; ohne Erscheinungsjahr).

<sup>44</sup> Als Sozialkörper ist der Mensch in seiner sozioökonomischen Alltagswelt, in seiner belebten und unbelebten Umwelt gemeint, welche ihn in stetiger Interaktion entsprechend beeinflusst z. T. verändert (seelischer, geistiger oder körperlicher Art z. B. durch die Folgen eines Autounfalls, durch die der Mensch evtl. mehr oder weniger *genötigt* wird, ein neues sozioökonomisches Umfeld zu erlangen oder es in sein Bisheriges zu integrieren.)

<sup>45</sup> Radatz, Sonja 2003

<sup>46</sup> Vgl. Petzhold, Hilarion 1987; Schwendter, Rolf 2000

<sup>47</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001; S.110; et al. Hempel, Petra 2008; S. 13

<sup>48</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 13. Zur besseren Übersicht sind die übernommenen Textstellen nicht kursiv, da sie oft Zitate enthalten, die in kursiver Schrift vom Text abgesetzt werden.

<sup>49</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001; S. 151; et al. Hempel, Petra 2008; S. 13

Dies bedeutet: Der Berater ermittelt das Problem und bietet Lösungen, Auswege, andere Sichtweisen oder Ratschläge an, die nicht individuell und klientenzentriert sind<sup>50</sup>, sondern durch die Trägerinstitution vorgegeben und unter wirtschaftlichen Aspekten erfolgen. Der Klient ist vom Fachmann abhängig und (sollte er sich diesem System unterordnen) wird zum passiven Problemlöser, da er lediglich Anweisungen oder Ratschlägen folgt. Für den Berater bedeutet dies u. a., den Druck zu haben als *Fachmann* angesehen zu werden, der wisse, wie andere ihr Leben gestalten sollten. Da kein Berater für sich in Anspruch nehmen kann, der Systemexperte (u. a. von inneren wie äußeren Regeln und Grenzen, bestimmten Prozessstrukturen, Abläufen, Handlungen, Beziehungen und Kommunikation) schlecht hin zu sein, können Lösungen, die er für sein Klientel erarbeitet, in den seltensten Fällen passen. Es besteht für den Klienten die Notwendigkeit diesen Ratschlag argumentativ und rechtfertigend in sein System einzubauen, was selten gelingt oder häufig sehr unbefriedigend wirksam wird. Der Berater wiederum unterliegt dem Frust, auch unter größtmöglichen Mühen, selten wirklich Hilfe leisten zu können<sup>51</sup>.

Jeder Klient hat seine eigenen Weltvorstellungen (sei es z. B. im sozialen, politischen oder universellen Bereich) und versucht neue Ideen, Ratschläge usw., meist unbewusst, auf Passung zu seinen Vorstellungen zu untersuchen. Dementsprechend entspringen vom Klienten selbst entwickelte Lösungen von vornherein seinem individuellen Vorstellungssystem, das nicht nur die Grundlage bei der Lösungsfindung bildet<sup>52</sup>.

Der Berater/Therapeut kann jedoch nach seiner Intervention das Problem des Klienten an diesen abgeben, ist selten verantwortlich zu machen für seine Interventionen oder das Handeln seiner Klienten.

Es wird Distanz gehalten, der Berater bringt seine Fachkenntnisse ein, nicht seine Persönlichkeit und kann jederzeit an andere Stellen verweisen<sup>53</sup>. Besonders Letzteres impliziert die Strategie der Entlastung<sup>54</sup>. Beratung unterliegt weder Einschränkungen noch einem Qualifikationszwang<sup>55</sup> und kann von jedem angeboten werden. Carl Rogers äußert sich zur Unterscheidung von Beratung und Psychotherapie folgendermaßen: *„Es bestand die Tendenz, den Terminus Beratung mehr für gelegentliche oder oberflächliche Interviews zu benutzen und den Begriff Psychotherapie den intensiveren und länger dauernden Kontakten vorzubehalten, die eine tiefere Reorganisation der Persönlichkeit zum Ziele hatten. (...) es lässt sich aber nicht bestreiten, dass intensive und erfolgreiche Beratung von intensiver und erfolgreicher Psychotherapie nicht zu unterscheiden ist. Beide Begriffe werden deshalb benutzt werden, da beide in diesem Fachbereich allgemein üblich sind.“*<sup>56</sup> Wobei *„[d]er Terminus »Beratung« (...) besonders im pädagogischen Bereich immer häufiger benutzt [wird; P.H.]. Kontakte mit dem Ziel der Heilung und Wiederherstellung kann man als »Psychotherapie« bezeichnen; (...)“*<sup>57</sup> Der Begriff Therapie ist zudem durch das Therapeutengesetz (BGB PsychThG) geschützt.

Jürgen Margraf schreibt in seinem Lehrbuch der Verhaltenstherapien, *„(...) bei vielen Störungen ist sie die Methode der Wahl. (...) Ihre kompetente Anwendung setzt daher eine fundierte Ausbildung voraus.“*<sup>58</sup> Und weiter *„Die Verhaltenstherapie ist ein genuin klinisch-psychologischer Heilkundeansatz, der inzwischen eine große Anzahl unterschiedlicher spezifischer Techniken und Behandlungsmaßnahme in sich vereinigt.“*<sup>59</sup> Therapie impliziert, dass der Mensch, der eine Therapie in Anspruch nimmt bzw. nehmen muss, in irgendeiner Form krank und zu heilen ist. *„Therapie leitet sich her vom griechischen Verbum therapeúo (...), dienen, Dienst tun, pflegen, aufwarten, besorgen) und dem Substantiv Therápoon (...), der Diener, Genosse, Gefährte; die Therapóntes Diós (...), die Gefährten des Zeus, waren Fürsten, also edle Geister, womit auf die adlige Gesinnung des Therapeuten hingewiesen ist. (...) Therapie ist Dienen, Dienst am Kranken. (...) Der Therapeut jedoch nimmt keine Befehle entgegen. (...) aber er muß hören, zuhören können, selbstlos hören in einem Zustand der eigenen Leere, der dennoch das eigene*

<sup>50</sup> Rogers, Carl in: Schmid, Peter F. 1995

<sup>51</sup> Radatz, Sonja 2003

<sup>52</sup> Ebd.

<sup>53</sup> Rogers, Carl in: Schmid, Peter F. 1995

<sup>54</sup> Japp, Klaus Peter und Olk, Thomas 1980

<sup>55</sup> Über ein Beratungsgesetz wird seit Jahren nachgedacht und eine Vielzahl von Artikeln zu diesbezüglichen Überlegungen befinden sich u. a. im Internet.

<sup>56</sup> Rogers, Carl 1972; S. 17

<sup>57</sup> Ebd.; S. 17

<sup>58</sup> Margraf, Jürgen 2000; S. VII

<sup>59</sup> Ebd.; S. 3

Gefühl wahrnimmt.“<sup>60</sup> Im Fremdwörterlexikon von 1968 (Dultz) wird Therapie als eine Lehre von der Krankenbehandlung bezeichnet und der Therapeut als derjenige, der als Arzt oder Heilkundiger die Behandlung des Kranken übernimmt<sup>61</sup>. Und im Jahr 2000 ist im Brockhaus folgender Eintrag zu lesen: „(...) *Behandlung der Krankheit. Symptomat. T.* [Symptomatische Therapie; P. H.] *erstrebt eine Linderung der Krankheitserscheinungen. Kausale T.* [Therapie; P. H.] *sucht die Krankheitsursache zu beseitigen; sie kann spezifisch (d. h. auf den Krankheitserreger abgestimmt) oder unspezifisch sein, d. h. die Heilkräfte des Körpers unterstützen. (...)*“<sup>62</sup> Interessant mag an dieser Stelle sein, dass unter *Beratung* kein Eintrag im Brockhaus zu finden ist. Im Duden ist unter *Therapie* Folgendes zu finden: „(...) [D]as *Dienen; Dienst (...)* (Med.; Psych. [Medizin; Psychologie; P. H.]): *Heilbehandlung: eine gezielte, erfolgreiche, medikamentöse T.* [Therapie; P. H.]: *Eine T.* [Therapie; P. H.] *anwenden.*“<sup>63</sup> Derartige Definitionen machen u. a. deutlich, weshalb Wirksamkeitsstudien zu Therapiemethoden in Auftrag gegeben werden, um als eigenständige Therapie zu gelten und im Bereich der Gebühren von den Krankenkassen als erstattungswürdig genehmigt zu werden, denn eine (durch die Krankenkassen anerkannte) Therapiemethode muss Heilung bringen, erfolgreich sein und nach einem bestimmten Plan verlaufen. Wobei sich über die zumeist unabdingbare Kombination der Medikation sicherlich diskutieren ließe.

Im Geleitwort zu Dr. med. Rudolf Klußmanns Buch „Psychosomatische Medizin“<sup>64</sup> schreibt Prof. Dr. W. Wesiack: „Seit 150 Jahren ist die Medizin durch ein merkwürdiges Spaltungsphänomen charakterisiert: Einer (...) *biotechnischen Medizin* steht eine (...) *psychologische bzw. psychotherapeutische Medizin* gegenüber.“<sup>65</sup> Er nennt diese beiden Disziplinen „*getrennte, medizinische Kulturen*“, die heute unter dem Begriff „*Psychosomatische Medizin*“ vereint werden sollen<sup>66</sup>. Gesellschaftlich legitimierte Gesundheitsexperten (in dem Falle die Mediziner und Therapeuten) bestimmen in Wertaussagen in Form einer Diagnose über Funktionsfähigkeit, Gesundheit, Krankheit, Symptome und weisen bestimmten Symptomen bestimmte Krankheitsbilder zu, wobei deren Namensgebung einer Etikettierung gleicht. Denn unter medizinisch versierten Personen ist jedem unter Nennung der Krankheitsbezeichnung der mögliche Verlauf, die Medikation und andere evtl. zu ergreifende Maßnahmen bekannt. Mediziner und Therapeuten sehen Krankheitsursachen häufig als Störungen biochemischer und neurophysiologischer Prozesse, wobei Krankheit als Abweichung von messbarer biologisch-somatischer Gesundheitsnorm angesehen wird und versuchen diese mit Medikamenten oder andersgearteten, zielgerichteten Interventionen zu beheben, der Gesundheitsnorm wieder anzupassen<sup>67</sup>.

Noch Jahrhunderte nach Descartes gibt es in der medizinischen Wissenschaft häufig noch die Auffassung, dass der Körper des Menschen einer Maschine gleicht, die bedingt durch eine krankmachende Ursache nicht mehr richtig funktioniert und durch medizinische Hilfe repariert werden muss.

Die medizinische Therapie ist um die Heilung des Körpers, mithilfe von Präparaten und deren Dosierungsrichtlinien, Physiotherapien, operativen Eingriffen u. v. m. bemüht<sup>68</sup> und somit eher als *alltagsfern* zu bezeichnen<sup>69</sup>.

Angestrebt wird in der Medizin *Gesundheit*, wobei es hierzu viele Studien und Gesundheitstheorien<sup>70</sup> gibt, die zusammengenommen keine eindeutige Klärung des Begriffs von Gesundheit erreichen. An dieser Stelle soll die derzeitige Auffassung der WHO zum Begriff Gesundheit genügen, da die Begriffsklärung nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist. Gesundheit ist demnach ein funktioneller, positiver Gesamtzustand des Menschen im Sinne eines biopsychologischen Gleichgewichtszustandes, der dynamisch verläuft und erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden sollte.

<sup>60</sup> Petersen, Peter in: Petzold, Prof. Dr. Dr. Hilarion (Hrsg.) 1987; S. 14 f.

<sup>61</sup> Dultz, Wilhelm 1968

<sup>62</sup> Der Brockhaus 2000; S. 905

<sup>63</sup> Duden 2001; S. 1576

<sup>64</sup> Klußmann, Rudolf 1998; Geleitwort (ohne Seitenangabe)

<sup>65</sup> Ebd.

<sup>66</sup> Ebd.

<sup>67</sup> Vgl. Flick, U. 1998; Trojan, A./Stumm, B. 1992 (Hrsg.); Herzlich, C. 1973; Hurrelmann 2000

<sup>68</sup> Lust, Franz/Pfaundler 1980

<sup>69</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001

<sup>70</sup> Vgl. Flick, U. 1998; Trojan, A./Stumm, B. 1992 (Hrsg.); Herzlich, C. 1973; Hurrelmann 2000

Um Gesundheit zu erhalten oder herzustellen bedarf es der ursächlichen, kausalen, symptomatischen Behandlung bzw. Therapie, die auf die Beseitigung von Beschwerden zielt oder vorbeugend auf Anzeichen gerichteter Behandlung abzielt. Die dazugehörige Diagnosestellung enthält eine klinische Anamnese, körperliche und psychologische Untersuchung, was in der Psychosomatik z. T. durch Testverfahren ergänzt wird, mit folgenden Zielen<sup>71</sup>:

- *„Diagnostisches Ziel: Die der Krankheit zugrunde liegende neurotische Störung muss mit Hilfe positiver Kriterien nachgewiesen werden, indem ein schlüssiger Zusammenhang zwischen der krankheitsauslösende Konfliktsituation, der äußeren Lebens- und inneren Erlebensgeschichte herausgefunden werden muss.*
- *Prognostisches Ziel: Es geht um die Frage, ob die Erkrankung mit Hilfe psychotherapeutischer Verfahren (und mit welchen) beeinflussbar ist.*
- *Das Ziel eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient ebenso wie zwischen dem Untersucher und dem weiterbetreuenden Kollegen.“<sup>72</sup>*

Therapien müssen verordnet werden (Gutachten über Therapiebedürftigkeit müssen bei den Krankenkassen eingereicht werden, welche die Therapie genehmigen oder ablehnen kann), enthält dabei nicht unbedingt immer Freiwilligkeit, Therapien können z. B. gerichtlich angeordnet werden, Beratungen dagegen sind i. d. R. freiwillig.

Während der Therapien sind Patient und Therapeut oder Mediziner Interaktionspartner<sup>73</sup>. Dabei bestimmt meist der Mediziner oder Therapeut über Behandlungsform, Dauer (den Behandlungsprozess) und das zu erreichende Behandlungsziel<sup>74</sup>, was der Patient jedoch auch ablehnen kann, sofern er körperlich und geistig dazu in der Lage ist.

Mithilfe von Therapien werden innere und äußere Verhaltensweisen des Menschen auf ihre Ursprünge hin untersucht und gezielt zur Heilung gebracht. Sie kann sich über Monate und Jahre hinziehen, Therapiesitzungen finden in klar geregelten Zeitabständen statt.

Die Psychotherapie<sup>75</sup>, der die Psychiatrie untergeordnet ist, behandelt Seele und Geist, völlig ausgeglichener als auch aus dem Gleichgewicht geratener Menschen<sup>76</sup>, um entweder das seelische und geistige Gleichgewicht zu erhalten oder wieder herzustellen.

Psychosomatische Therapien finden im Gegensatz zu Beratung vorwiegend in privaten Praxen, Kliniken oder an Kliniken angegliedert statt.

Tabellarisch zusammengefasst unterscheidet sich die Therapie von der Beratung, wie in Tab.: 1.2 den beiden Folgeseiten dargestellt, in mehreren Bereichen.

---

<sup>71</sup> Klußmann, Rudolf 1998

<sup>72</sup> Ebd.; S. 49

<sup>73</sup> Margraf, Jürgen 2000

<sup>74</sup> Rogers, Carl 1983

<sup>75</sup> »Psyche« kommt aus der griechischen Linguistik und bedeutet Seele.

<sup>76</sup> Daco, Pierre 1998

	<b>Therapie</b>	<b>Beratung</b>
<b>Vorrangiger Ort der Maßnahme</b>	Private Praxis oder Klinik	Institutionalisiert, selten privat
<b>Vorrangiger Arbeitsbereich</b>	Seele, Geist und/oder Körper werden je nach Fachrichtung behandelt und geheilt, der Gesundheitsnorm wieder angepasst.	Bei der Beratung fließt die Beachtung von Seele, Geist und Sozialkörper zwecks Entscheidungsfindung, persönlicher, sozialer und sozioökonomischer Entwicklung ein. Sie soll Hilfe zur Selbsthilfe, die Bewältigung von aktuellen und konkreten Belastungssituationen sowie das Erreichen von Handlungsfähigkeit beim Klienten wieder herstellen.
<b>Rahmenbedingungen</b>	Die Behandlung findet im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (durch das Gesundheitsministerium, Krankenkassengesetz, durch die Gebührenordnung usw.) statt.	Die Beratung findet i. d. R. im Rahmen der Vorgaben der Trägerinstitution und den wirtschaftlichen, sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen statt.
<b>Gebührenerstattung</b>	I. d. R. werden die Kosten von Krankenkassen übernommen.	Gebühren werden entweder privat bezahlt oder die Trägerinstitution kommt dafür auf.
<b>Zulassung</b>	Es gibt gesetzliche Regelungen, wer welche Therapie ausüben darf.	Beratung kann jeder anbieten, es gibt keine gesetzliche Regelung.
<b>Verhältnis der Interaktionspartner</b>	Patient – Therapeut/Mediziner	Klient – Berater Kunde – Berater <sup>77</sup>
<b>Art und Dauer der Intervention</b>	Sie ist thematisch durch die Therapieart in ihrer Adressatengruppe eingeschränkt und tendenziell <i>alltagsfern</i> . Symptomatische, kausale, ursächliche, Behandlung und heilungszentriert. Sie kann sich über Monate und Jahre hinziehen. Therapiesitzungen finden in klar geregelten Zeitabständen statt.	Sie ist offen für unterschiedlichste Angebotsformen und vielfältige Adressatengruppen und tendenziell <i>alltagsnah</i> . Beachtung und Einbezug aller sozioökonomischen Umweltfaktoren, von Ursachen und Kausalitäten. Sie ist klientenzentriert oder/und problemzentriert. Sie ist i. d. R. kürzer als eine Therapie, findet eher sporadisch und nach Bedarf statt.
<b>Freiwilligkeit</b>	Nicht immer freiwillig, der Patient kann eingewiesen werden, Therapien können gerichtlich angeordnet werden.	Freiwilligkeit ist gegeben, es gibt i. d. R. keinen Beratungszwang.
<b>Einflussnahme</b>	Therapeut gibt i. d. R. die Therapieform, Dauer und das Ziel vor.	Der Berater tritt in Interaktion mit dem Hilfesuchenden, die Ziele sind offen, werden durch den Hilfesuchenden bestimmt.
<b>Ablauf</b>	Klinische Anamnese → Diagnose → Gutachten über Therapiedürftigkeit → Behandlungsziel → Therapie → Heilung	Soziale Anamnese → Hilfe zur Selbsthilfe im Rahmen der gesellschaftlichen Normen → Handlungsfähigkeit
<b>Übernahme von Verantwortung</b>	Der Therapeut ist für die Therapiefortschritte verantwortlich.	Der Berater kann selten für den Verlauf der Beratung verantwortlich gemacht werden.

Tab.: 1.2

<sup>77</sup> Wie der Ratsuchende in der Beratung zu bezeichnen ist, unterliegt immer noch einer heftigen Diskussion, wobei eine eindeutige Regelung noch nicht in Sicht ist und ich zu Beginn bereits meine diesbezügliche Entscheidung auf den Terminus *Klient* begründet habe.

Susanne Nußbeck<sup>78</sup> fasst in ähnlicher Form die Unterschiede von Therapie und Beratung in Hinblick auf einen weiteren Vergleich zu Mediation, den ich an dieser Stelle nicht übernehmen werde, tabellarisch zusammen (s. Tab.: 1.3).

	Therapie	Beratung
<b>Zuordnung</b>	Heilkunde	Außerhalb der Heilkunde
<b>Zugang</b>	Gutachten über Therapiebedürftigkeit	Offener Zugang für alle Ratsuchenden
<b>Inhalt</b>	Fehlanpassung/Störung	Wiedererlangen von Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit
<b>Fokus</b>	Veränderung der Person	Lösung des Problems, Stärken und Ressourcen
<b>Kostenübernahme</b>	Krankenkassen	Kostenfrei im Rahmen der psychosozialen Betreuung, SGB

Tab.: 1.3; Quelle: Nußbeck, Susanne (2006). S. 24; Tab.: 1

Diese Unterschiede von Beratung und Therapie sind für die Definition der 'Sozialen Therapie' unablässig. Im Nachfolgenden wird deutlich, weshalb die 'Soziale Therapie' nicht im Bereich der Therapie, sondern im Bereich der Beratung einzuordnen ist.

## 1.2 Soziale Therapie

„'Soziale Therapie' ist nach wie vor vom Gesetz her therapeutisch nicht anerkannt. Sie ist als Studienfach eine relativ junge wissenschaftliche Ausbildung, die ihre Wurzeln in der aus den USA übernommenen sozialen Arbeit hat, welche nach dem Zweiten Weltkrieg als *Importartikel* nach Deutschland kam<sup>79</sup>. Vor dem Zweiten Weltkrieg oblag soziale Hilfe u. a. den Kirchen, ehrenamtlichen Helfern, der Nachbarschaft und der Familie. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich der Beruf der Fürsorger/in und Jugendleiter/in. Gertrud Bäumer<sup>80</sup> schilderte die Anfänge der 'Sozialen Arbeit' als Entwicklung auf dem Gebiet der Erziehungshilfe im gesellschaftlichen und staatlichen Bereich.

Aus der *Nothilfe* entwickelte sich, so Gertrud Bäumer, die 'Soziale Arbeit' zur Fürsorge, die sich durch erziehungswissenschaftliche Methoden auszeichnete. Die 'Soziale Arbeit' begann ihrer Ansicht nach „(...) in einer summarisch, mehr wirtschafts- als erziehungsfürsorgliche Betrachtungsweise die Linien einer genaueren Typisierung ihrer Schützlinge einzuzeichnen und sie bei ihren Maßnahmen – Unterbringung, Berufsberatung, Schutzaufsicht usw. – zu berücksichtigen.“<sup>81</sup>

Die Methodisierung der 'Sozialen Arbeit' wurde alsbald an den höheren Fachschulen und in den Anfängen der 70-er als Studiengang Sozialpädagogik an Fach- und Gesamthochschulen sowie Universitäten gelehrt<sup>82</sup>. Erziehung bedeutet auf gesellschaftliche Defizite reagieren, die sich im Laufe der Geschichte verändern, dort wo es nötig ist; an „sozialen Brennpunkten“<sup>83</sup>.

Mit fallbezogenem Sachverhalt erzieherisch handeln, das ist laut Kraimer<sup>84</sup> Sozialpädagogik. „*Im einen Fall hilft Sozialarbeit, Armut zu überwinden, im anderen Verwahrlosung aufzuheben. Eindeutig ist hier wie da immer: Sozialarbeit hilft.*“<sup>85</sup>

<sup>78</sup> Nußbeck, Susanne 2006

<sup>79</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001

<sup>80</sup> Bäumer, Gertrud 1929

<sup>81</sup> Ebd.; S. 17; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 17

<sup>82</sup> Schmidt-Grunert, Marianne 1999

<sup>83</sup> Kraimer, Klaus 1966; S. 22; als „soziale Brennpunkte“ bezeichnet Klaus Kraimer wenn mehrere Mängelzustände zusammenkommen, was Soziales verkümmern lässt und im Resultat zu „beschädigtem“ Leben und einer gestörten „Lebenspraxis“ (Kraimer 1966; S. 22) führt, wie z. B. der soziale Wandel und dem daraus resultierenden Ungleichgewicht von sozialen Lagen, die problematisch veränderten Lebenssituationen von vielen Kindern, Jugendlichen und Familien und u. a. auch Mängel in der Erziehung. Was hier verloren geht, ist die Bildung von Sinn, das Erzeugen von Sinn und die Sinnverständigung durch subjektives Erlernen von Sozialem dem Sprechen und dem Teilhaben an Kultur.

<sup>84</sup> Ebd.

<sup>85</sup> Ebd.; S. 169; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 17 f.



1980 beschäftigten sich Japp und Olk<sup>86</sup> mit dem Thema: „*Wachsende Bedürfnisbefriedigung oder Kontrolle durch soziale Dienstleistungen? – Normative versus funktionale Begründung von Entwicklungstrends des Dienstleistungssystems*“ und stellten fest, dass im sozialen Dienst der Sozialarbeit eine Dezentralisierung wahrscheinlich würde. Dies bedeute, dass es immer mehr spezialisierte Sozialarbeiter in immer weiter ausdifferenzierten Arbeitsbereichen wie heute schon in dem Bereich z. B. Sucht in Alkohol-, Drogen- und Medikamentensucht geben wird. Die Klientel würde sortiert und „[a]uf diese Weise wird eine grundsätzlich turbulente Umwelt – deren Probleme kumulieren, sich verdichten, überlagern können – unter Kontrolle gebracht.“<sup>87</sup> Japp und Olk waren der Überzeugung, dass die Professionalisierungsmöglichkeiten in der `Sozialen Arbeit` strukturbedingt nur begrenzt möglich seien, wie die Diskussion um die `Soziale Therapie` zeigen würde.

1984 wurde der Aufbaustudiengang `Soziale Therapie` an der Universität Kassel im Fachbereich Sozialwesen angeboten (...).<sup>88</sup> Die übliche Beratungspraxis war methodisch zu eingengt und zu sehr auf das soziale Problem orientiert, es bedurfte dringend einer Erweiterung auf individuelle und gesellschaftliche Beziehungen und auf ein Verständnis tieferer Ursachen für das gesellschaftliche Fehlverhalten und das individuelle Leiden. Praktische Probleme haben immer auch psychische Hintergründe, die es zu beheben gilt, um nicht einer Symptombehandlung zu erliegen, bei der die Wirkung der Hilfe oft nur von kurzer Dauer ist. Es geht um die Ursachenbehebung. Angestrebt wurde der Sozialpädagogik mehr Raum im Bereich der Therapie zu eröffnen und der `Sozialen Arbeit` einen weiteren Sektor, den der `Sozialen Therapie`, beizustellen. „Den Sozialpädagogen dieses Aufbaustudiums eröffnet sich ein Aspekt, der in der Sozialpädagogik kaum Raum einnimmt und `Soziale Therapie` von der `Sozialen Arbeit` unterscheidet: `Soziale Therapie` ist „(...) die Reflexion auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen je bestehender Leidenserfahrungen, verbunden mit dem Ensemble möglicher Interventionen zur Behebung oder doch Minderung dieser.“<sup>89</sup> Anders ausgedrückt bedeutet `Soziale Therapie`: Das Leid der Klienten in all seinen Zusammenhängen zu verstehen, in denen es entstanden ist und weiter besteht und dieses durch sozialtherapeutisches Intervenieren auf allen Ebenen<sup>90</sup> zu vermindern oder zu beheben. „Zu einer der vielen Aufgaben und Interventionsformen Sozialer Therapie wird eine Art „Beratungsberatung“, d. h. überhaupt erst die Übersicht herzustellen, welche Möglichkeiten für welche Personen oder Personengruppen optimal sein könnten.“<sup>91</sup>

`Soziale Therapie` kann sich auf ein Individuum, ein Team, eine Gruppe, eine Institution, einen sozialen Brennpunkt, eine Gemeinde u. ä. beziehen, also auf Untergruppen der Gesellschaft, nicht aber auf die Gesamtgesellschaft, was eine schlichte Überforderung sozialtherapeutischer Intervention wäre und somit zugleich auch ihre Grenzen aufzeigt<sup>92</sup>.

`Soziale Therapie` ist für Schwendter eine „Wissenschaft von Beziehungen“<sup>93</sup>. In allen therapeutischen Disziplinen am Menschen, sei es z. B. beim Arzt oder Psychotherapeuten, ist eine Anamnese i. d. R. Grundlage der weiteren Behandlung und Hilfe.

Ohne Anamnese wären Leidenserfahrungen und Regelkreise, in denen ein Leid das andere nach sich zieht oder andere Lebensbereiche beeinflusst für den Sozialtherapeuten kaum erkennbar, eine adäquate, zielgerichtete Hilfe kaum möglich, so Schwendter [2000; P. H.].<sup>94</sup>

Im Hinblick auf die Ausführungen zur Unterscheidung von Therapie und Beratung unter Kapitel 1.1 können folgende Hauptziele von `Sozialer Therapie`, Beratung, rein medizinischer Therapie und anderen psychosomatisch ausgerichteten Therapien angenommen und gegenübergestellt werden:

<sup>86</sup> Japp, Klaus Peter und Olk, Thomas 1980

<sup>87</sup> Ebd.; S. 70; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 18

<sup>88</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 16 ff.

<sup>89</sup> Schwendter, Rolf 2000; S. 15; et al. Hempel, Petra 2008; S. 18

<sup>90</sup> Schwendter, Rolf (2000) benennt u. a. die gesamtgesellschaftliche, kulturelle, umweltbezogene, soziale, physische und psychische Ebene des einzelnen Individuums, die bei sozialtherapeutischen Interventionen einzubeziehen sind.

<sup>91</sup> Ebd.; S. 11; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 19

<sup>92</sup> Ebd.

<sup>93</sup> Schwendter, Rolf (2000) benennt sieben Kategorien und vier Ebenen, auf Grundlage der Arbeiten von Klaus Mollenhauer und Bernd Achterberger, die dazu beitragen die vom Klienten genannten Äußerungen und Fakten, nicht mit „(...) Vorurteilen, Deutungen und Stigmatisierungsmechanismen (...)“ (ebd.; S. 174) zu belegen.

<sup>94</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 18 f.

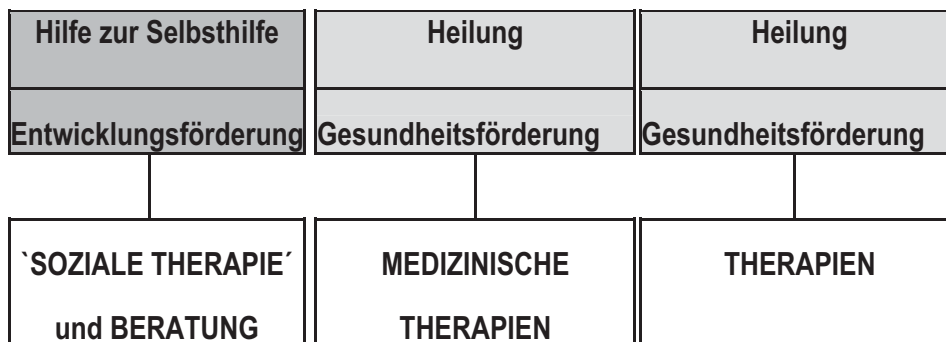


Abb.: 1.1

Das Hauptunterscheidungsmerkmal besteht darin, worauf der Fokus bei der Intervention gelegt wird: 'Soziale Therapie' und Beratung haben als Hauptziel Empowerment, Therapien dagegen als Hauptziel die Heilung. Bei der 'Sozialen Therapie' und der Beratung geht es darum, Seele, Geist und Sozialkörper zu beachten und durch die Intervention, Verbesserung der Integration in die sozioökonomische Alltagswelt zu erreichen (Sozialkörper), Wissenserweiterung und Lernen (Geist) zu ermöglichen und damit das Wohlbefinden zu fördern (Seele). Wobei diese Arbeit als eine Art Präventionsmaßnahme (wie z. B. die Suchtberatung, Ehe- und Familienberatung) gegen Krankheit gesehen werden kann, denn es ist hinlänglich bewiesen, dass u. a. sozial instabile oder an ihren Problemen, Entwicklungsdefiziten usw. leidende Menschen körperlich und/oder seelisch krank werden können, viele Suchtmittel, Medikamente u. v. m. krankmachende, schädigende Nebenwirkungen besitzen.

Die medizinischen Therapien zielen in der Hauptsache auf Gesundung ab, ihr Fokus liegt auf dem Körper des Menschen, während psychosomatische Therapien zwar auch die Symptome des Körpers beachten, aber die Ursachen eher in Geist und Seele suchen, um durch diesen Fokus im Umkehrschluss den Körper zu heilen.

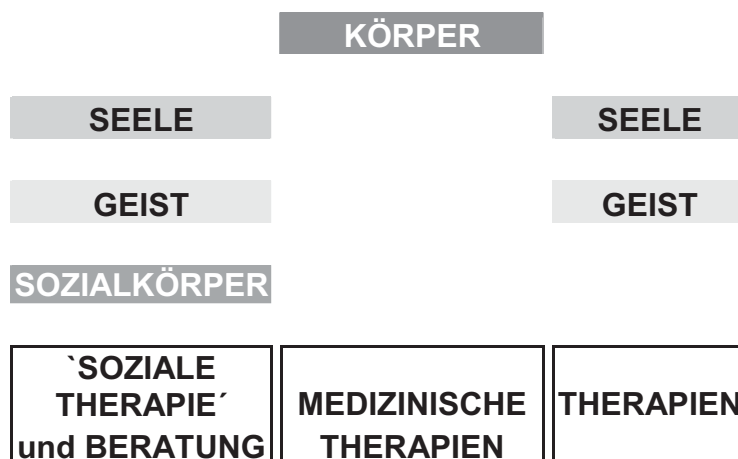


Abb.: 1.2

### 1.3 Imagination

„*Imaginationen. Ihre äußere Eigenart liegt in ihrer Farbigkeit, Plastizität und Gefühlsgetragenheit, im Gegensatz zu den einfachen Vorstellungen des Alltags.*“<sup>95</sup>

Bereits zwischen 1882 bis 1888 wandte Sigmund Freud die „(...) *Methode der induzierten Imagination zur Förderung unbewussten Materials an.*“<sup>96</sup>

Und 1895 hat Sigmund Freud „(...) *in den Studien zur Hysterie die von ihm damals als besonders erfolgreich geschilderte Methode der Förderung optischer Phantasien (...).*“<sup>97</sup>, beschrieben.

Sigmund Freud hat in seiner Arbeit der freien Assoziationen, einer psychoanalytischen Methode, seine Patienten dazu angeregt zu Begebenheiten, Personen, Gegenständen usw. frei und tabulos zu assoziieren, symbolisieren<sup>98</sup>.

Ca. 1908 wurde diese Technik in die der Traumdeutung integriert. Sigmund Freud forderte seine Patienten dazu auf ihre Träume zu erzählen, damit die Traumsymbole gemeinsam mit dem Patienten gedeutet werden konnten. Er ging davon aus, dass die nächtlichen Imaginationen (die Träume) seiner Patienten mit ihrer Symbolik, von ihm gedeutet bzw. *übersetzt*, bei der Heilung seiner nervösen Patienten hilfreich sein konnten<sup>99</sup>. Auch die Forschung von C. G. Jung, einem Schüler von Freud, macht deutlich, der Mensch ist in der Lage, bei bestimmten Worten, Bilder und dazugehörige Assoziationen abzurufen. Imaginationen sind den Menschen nicht fremd, und unabhängig von ihrer Geschichte und Kultur sind in allen Märchen, Mythen, Symbolen, Motiven, Vorstellungen und Ausdrucksformen kollektiv-unbewusste Urbilder (Jung nannte diese Urbilder *Archetypen*) universell vorhanden<sup>100</sup>.

Joseph Wolpe hat 1958 die systematische Desensibilisierungsmethode im Rahmen der Verhaltenstherapie entwickelt. Zu Beginn seiner Forschung konfrontierte er, nach vorher eingeübten Entspannungsübungen mit den Patienten, diese peu á peu mit deren realen und gefürchteten Lebenssituationen (*in vivo*) unter Nutzung der Entspannungstechniken. Er ging jedoch relativ bald dazu über diese Angst auslösenden Lebenssituationen durch imaginative Situationen (reine Vorstellung der betreffenden Situation auch *in sensu* genannt) zu ersetzen. Sie waren für ihn und seine Patienten leichter zu kontrollieren und besser zu verwirklichen<sup>101</sup>. Denn die imaginierende Person bleibt in Bezug auf Zeit, Raum und eigener Körperlichkeit absolut orientiert<sup>102</sup>. Aber „[m]it dieser Technik [gemeint ist die Technik der Imagination; P. H.] können innere Konflikte sichtbar und konkret gemacht werden (...) der Darsteller kann sich dadurch über die eigenen Gefühle und innere Konflikte bewusst werden.“<sup>103</sup>

Roger Schaller geht davon aus, dass die Welt des materiellen, die der psychischen Zustände und die „(...) *der Bedeutungen oder der Erzeugnisse des menschlichen Geistes (...)*“<sup>104</sup> in ständiger Wechselwirkung stehen. „*Das bedeutet: Eine Welt verändert die andere.*“<sup>105</sup> Genau diesen Umstand nutzt die ‚Imaginative soziale Therapie‘, wobei bei dieser Methode die Angst auslösenden Faktoren nicht gezielt mental imaginiert werden, sondern in die imaginierte Situation an realen Gegenständen und in realen Örtlichkeiten integriert werden. Besonders fließen Ideen von Hanscarl Leuner in die ‚Imaginative soziale Therapie‘ ein. Er publizierte ca. 1954 sein Verfahren mit seiner damals noch sog. *Tagtraumtechnik*, die er später als ‚*Katathymes Bilderleben*‘ etablierte<sup>106</sup>. Hanscarl Leuner arbeitet mit den Patienten in aufbauend-imaginativer Form, die sich in Grundstufe, Mittelstufe und Oberstufe unterteilt und einen, wie er es nennt, dauernden, kreativen Prozess darstellt<sup>107</sup>.

<sup>95</sup> Leuner, Hanscarl 1994; S. 42

<sup>96</sup> Ebd.; S. 42

<sup>97</sup> Ebd.; S. 22

<sup>98</sup> Freud, Sigmund 1975

<sup>99</sup> Freud, Sigmund 2003

<sup>100</sup> Jung, Carl Gustav 2001

<sup>101</sup> Margraf, Jürgen 2000

<sup>102</sup> Leuner, Hanscarl 1994

<sup>103</sup> Schaller, Roger 2006; S. 25

<sup>104</sup> Ebd.; S. 12

<sup>105</sup> Ebd.; S. 13

<sup>106</sup> Leuner, Hanscarl 1994

<sup>107</sup> Ebd.; S. 41

Erst die im Laufe des Dreistufenprozesses entwickeln sich nach Hanscarl Leuner eine voll entwickelte Imagination bzw. eine „bildsymbolische Projektion des Innenlebens“<sup>108</sup>. Er beruft sich dabei auf Freud, der zwischen 1882 bis 1888 mit der induzierten Imagination, als einer der Ersten, mit Imaginationen arbeitete und unbewusstes Material beim Patienten ins Bewusstsein förderte.

Die Beschreibung Hanscarl Leuners Therapieform ist Ideengeber der `Imaginativen sozialen Therapie` und in ihrer Wirkungsweise ähnlich.

Die Imagination der `Imaginativen sozialen Therapie` ist eine Art Tagtraum, vom Berater/Therapeuten, im Gegensatz zu Hanscarl Leuners Methode an realen Gegenständen und Örtlichkeiten initiiert und enthält wie bei Hanscarl Leuner Aufgaben für den Klienten, wobei in der Imagination der `Imaginativen sozialen Therapie` die Aufgabe u. a. darin bestehen kann, etwas zu suchen, Symbole selbst zu definieren, Dinge wahrzunehmen und Lösungen zu entwickeln. Hanscarl Leuner führt dagegen seine Klienten mit Entspannungsübungen in den Tagtraum und leitet den Klienten direktiv durch die Motive hindurch. Sicherlich ist dies darin begründet, dass Hanscarl Leuner seine Methode für psychisch Kranke entwickelt hat. In dieser Methode steht das bewusst machen verdrängter, ungelöster Themen zumeist aus der Vergangenheit des Patienten im Vordergrund, um damit zu ermöglichen, dass diese verarbeitet werden können, was u. a. das Leiden des Klienten vermindern hilft. Zudem sei hier darauf hingewiesen, dass von Hanscarl Leuner strukturiert darauf hingearbeitet wird, eine voll entwickelte Imagination, bzw. eine „bildsymbolische Projektion des Innenlebens“ beim Patienten zu erreichen. In der `Imaginativen sozialen Therapie` steht im Vordergrund, dem Klienten seine sozialen Umstände oder eigene Verhaltensmuster bewusst werden zu lassen, damit er Einsicht gewinnen kann, was dann in diesem zumeist Lernverhalten und Veränderungswille hervorruft und sich somit, durch die Methode der `Imaginativen sozialen Therapie`, Empowerment entwickelt. Dies geschieht nicht (wie in Therapien) zielgerichtet, sondern der weitere Verlauf und das Ergebnis der Beratung wird vom Klienten durch dessen Einsichts- und Lernverhalten, sowie den daraus resultierenden Verhaltensweisen bestimmt.

Hanscarl Leuner beweist mit seiner Methode, dass der Mensch durchaus in der Lage ist, Imaginationen nachzuempfinden und sich damit zu identifizieren, d. h. Unbewusstes in die Imagination einfließen lassen kann, Imagination dem Menschen ermöglicht seinem Seelenzustand näher zu kommen als in der Realwelt. Und der Mensch kann zwischen der Imagination und seinem Leben Parallelen entdecken, sich selbst aus der Distanz anders wahrnehmen.

Doch „[i]n unserem Kulturkreis und damit auch in der abendländischen Wissenschaft blieb, auch in der Psychologie, (...) die Beschäftigung mit Imaginationen, ein Stiefkind. Das Katathyme Bilderleben hat seit seinem Bekanntwerden trotz vielfältiger Publikationen 15 Jahre ein Schlummerdasein in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit geführt.“<sup>109</sup> In jüngerer Zeit hat sich die Imaginationstechnik im Rahmen der `Psychodynamischen Imaginativen Traumatherapie` (PITT) von Luise Reddemann etabliert. Dabei lässt sie ihre Patienten auf einer imaginären, inneren Bühne hilfreiche Bilder entwickeln, die in Stresssituationen jederzeit aufgesucht werden können<sup>110</sup>.

Imagination wird im Sinne von bildhaftem Denken eingesetzt, kann aber auch laut Duden<sup>111</sup> mit Fantasie und Einbildungskraft übersetzt werden. Imaginativ möchte ich im Sinne der Imagination (aus dem französischen und *Imaginatio*, aus dem lateinischen, dem bildhaften Denken, der Erfindungsgabe und dem Vorstellungsvermögen) sowie dem Imaginieren in Form von anschaulich machen, bildlich vorstellen, Vorstellungen in Bildern entwerfen, etwas ausdenken und ersinnen verstanden wissen<sup>112</sup>. Durch die Imagination können unterschiedliche Elemente in einer neuen Beziehungskonstellation wahrgenommen werden, Lösungen, Einsichten, neue Erfahrungen können dabei zu *Aha-Erlebnissen* führen.

Denn, „[w]enn eine Erfahrung von der Gewährwerdung ausgeschlossen wurde, weil sie mit dem Selbstkonzept nicht zu vereinbaren war, kann sie während der Therapie plötzlich ins Bewusstsein einbrechen. Dies ist das Phänomen des »Getroffenwerdens« von einem Gefühl. Es bedeutet das volle, unmittelbar gegenwärtige Erleben einer empfundenen Bedeutung und spielt eine wichtige Rolle als Veränderungs-

<sup>108</sup> Ebd.; S. 41

<sup>109</sup> Ebd.; S. 21

<sup>110</sup> Reddemann, Luise 2003

<sup>111</sup> Duden 2001

<sup>112</sup> Dultz (Hrsg.) 1965; S. 323

faktor.“<sup>113</sup> Wir können anhand diesbezüglicher Forschung davon ausgehen, dass die Wirklichkeit von Menschen in Form eines subjektiven, individuellen Konstrukts hergestellt wird, dieses lediglich das Ergebnis individueller Erfahrungen und ebensolcher Denkprozesse ist, welche wiederum individuell begrenzt sind. Wird diese Wirklichkeit, so wie sie ist, ohne Wenn und Aber, müssen, nicht-müssen, dürfen und nicht-dürfen, Schuldzuweisungen usw. akzeptiert, können neue Varianten zwecks Veränderung der bisherigen Situation, durch das Erleben alternativer Sichtweisen, zugelassen werden. Die Imagination verschafft ein solches Erleben alternativer Sichtweisen, im Fall der `Imaginativen sozialen Therapie` bezogen auf die individuelle Vergangenheit und Gegenwart des Klienten, zeigt und erklärt Ereignisse u. ä. unter anderen Gesichtspunkten und Rahmenbedingungen. Für den Klienten wird durch die Imagination, einer Kombination von veränderten Perspektiven (auch bezüglich Ort und Raum) und der Sichtweise/Beschreibung des Beraters/Therapeuten, seine Lebenssituation in einem anderen Bezug (Größe/Bedeutung) deutlich. Er kann nun Vergleiche zu seiner bisherigen Wirklichkeit herstellen und reflektieren. Dies ermöglicht dem Klienten eine Neubewertung und öffnet so Handlungsmöglichkeiten, die ihm bisher verschlossen waren<sup>114</sup>. *„Wenn wir etwas direkt erfahren können, ohne es durch Urteile oder Bewertungen zu kontaminieren, sind unsere Reflexionen über die betreffende Erfahrung wesentlich gehaltvoller und bedeutungsvoller.“*<sup>115</sup> Hierbei ist u. a. Intuition bzw. Eingebung und Kreativität gefordert. Dies sieht Wolfgang Hekele in seinem Artikel „Dialog zwischen Fantasie und Realität. Therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht“ von 2004 ähnlich. Der Berater/Therapeut muss in der Lage sein sich auch auf die Welt eines psychisch Kranken, und sei sie noch so abstrakt, emotional eingehen zu können und sich individuell auf ihn einzustellen<sup>116</sup>. Er muss in der Lage sein den Klienten in Bezug zu seinen inneren wie äußeren Erfahrungen aufzufassen, und empathisch nachzuleben<sup>117</sup>.

Um das Thema der Veränderung der emotionalen Selbstwahrnehmung und der Intuition bemüht sich die Wissenschaft noch relativ wenig. Die wenigen Ansätze lassen jedoch vermuten, dass heutige medizinische Geräte und experimentelle Tests offenbar zu ungenauem oder wenig stichhaltigem Material liefert<sup>118</sup>. Im Zusammenhang mit Kreativität allerdings wird am Rande bemerkt, dass zur Kreativität weit mehr Intuition gehöre als Intelligenz<sup>119</sup>.

Hanscarl Leuner<sup>120</sup> entdeckte bei seiner Arbeit mit den Patienten, dass von ihnen bereits 90 %<sup>121</sup> in der ersten Sitzung spontan in der Lage waren sich eine Blume in Farbe, Duft und Form vorzustellen und sich emotional angesprochen fühlten. *„Fast jeder Mensch ist fähig, in sich derartige Inhalte des Bildbewusstseins vor dem »geistigen Auge« aufsteigen zu lassen. Während künstlerisch empfindende und optisch begabte Personen diese Erscheinungen zum alltäglichen Erfahrungsgut rechnen, bedürfen andere, etwa mehr schizothym oder stark rational eingestellte Menschen, oft längere Zeit der Übung, um die Ebene des Bildbewusstseins zu erreichen. Bezeichnenderweise entwickeln sich derartige katathymen Imaginationen am besten in Gegenwart eines »Führers« durch die seelische Innenwelt des Patienten.“*<sup>122</sup>

Der Philosoph Hans Blumenberg<sup>123</sup>, der sich u. a. mehrfach mit dem Thema Metaphern beschäftigte, glaubte zu wissen, dass der Mensch sich in der realen Welt und angesichts seiner Gebrechlichkeit und Sterblichkeit nur behaupten kann, wenn er als Gegenpol zur absoluten Wirklichkeit Hilfsmittel in Form von Imaginationen, Metaphern oder Mythen benutzt. Diese Hilfsmittel beinhalten auf der einen Seite eine Distanzierungsmöglichkeit zur Wirklichkeit, geben aber auf der anderen Seite auch Orientierungshilfe und können somit entlastend wirken.

<sup>113</sup> Rogers, Carl 1983; S. 43

<sup>114</sup> Radatz, Sonja 2003

<sup>115</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 25

<sup>116</sup> Hekele, Wolfgang 2004

<sup>117</sup> Kannonier-Finster, Waltraud/Ziegler, Meinrad 1998

<sup>118</sup> Rogers, Carl 1972

<sup>119</sup> Schwarz, Friedhelm 2004

<sup>120</sup> Hanscarl Leuner (1994) hat die Psychotherapie um die Methode des Katathymen Bilderlebens erweitert. Er nennt seine Methode die `Katathym-imaginative Psychotherapie`.

<sup>121</sup> Leuner, Hanscarl 1994; S. 48

<sup>122</sup> Ebd.; S. 43

<sup>123</sup> Blumenberg, Hans 1979 und 1989

## I. Die Imaginative soziale Therapie

### 1. Theoretische Grundlagen der Imaginativen sozialen Therapie

Carl R. Rogers hat bezüglich seiner neu entwickelten klientenzentrierten Theorie geschrieben: „(...), daß sie nicht am Schreibtisch oder im Labor konzipiert wurde, sondern sich aus der fortgesetzten Beschäftigung mit einem wachsenden Kreis von Klientel heraus entwickelt hat und 2., daß sie sich flexibel und wandlungsfähig gezeigt hat und die immer umfassenderen (...) Erfahrungen mit neuen Kategorien von Klienten berücksichtigt hat.“<sup>124</sup> Dem ist für die Methode der Entwicklung der `Imaginativen sozialen Therapie` nichts hinzuzufügen, da sie ebensolche identische Merkmale aufweist.

Zudem ist die `Imaginative soziale Therapie` eine Methodensammlung und basiert auf ausgewählten wissenschaftlichen Theorien und Annahmen, die für die berufspraktische Anwendung z. T. erheblich verändert wurden. Karl Benien hat bezüglich seiner erlebnisaktivierenden Methoden im Kommunikationstraining Folgendes bemerkt: „Das vorgestellte integrative Vorgehen verschiedener Interventionsmethoden und –techniken sollte einerseits nicht auf Grund mangelnder Exploration, Methodenkompetenz und Einfühlung zu einem Einheits-Szenario intervenierender Aktivitäten zusammenschrumpfen, das routinemäßig in allen Situationen und bei sämtlichen Problemstellungen zur Anwendung kommt – andererseits stellt es kein beliebiges Potpourri dar, welches jede Indikationsfrage überflüssig macht. Ich verstehe „integrativ“ im Sinne einer Eklektik, die jedem Einzelfall die ihm optimale Kombination von Interventionsformen zukommen lässt.“<sup>125</sup> Dieses Zitat ist uneingeschränkt auf die nun folgende Konzeptualisierung der `Imaginativen sozialen Therapie` zu beziehen. Auch Hilarion Petzhold, der Gründer des Fritz-Perls-Instituts in Düsseldorf vertritt seit Langem die Meinung, dass reine Therapieformen den Menschen nicht gerecht würden. Dabei geht es nicht darum dazu aufzufordern wahllos Strategien zu mischen, sondern um die flexible Nutzung und Zusammenstellung vorhandener, erprobter, empirisch bewährter Techniken (im Fachjargon *Matching* genannt).

Die `Imaginative soziale Therapie` integriert in Anteilen mehrere Therapieansätze oder Methoden, ohne dabei den Anspruch zu erheben, als wissenschaftlich geschlossene Theorie zu gelten.

Die `Imaginative soziale Therapie` integriert in Anteilen<sup>126</sup> und in zumeist veränderter Form folgende Methoden:

1. `Objektive Hermeneutik`
2. Lerntheorien
3. Einzelfallstudie in Form von Anamneseerstellung, Problemanalyse, teilnehmender Beobachtung, informellem (nicht-standardisiertem) Telefoninterview und Gedächtnisprotokoll
4. `Kognitive Verhaltenstherapie` nach Beck
5. Biografiearbeit
6. Sozio- und Psychodrama
7. `Katathym-imaginative Psychotherapie` nach Hanscarl Leuner
8. `Systemische Therapie`
9. Erlebnispädagogik

In dem Bereich der Beratungsarbeit korrespondiert die `Imaginative soziale Therapie` mit der nicht-direktiven Gesprächsführung nach Carl Rogers.

Die `Imaginative soziale Therapie` versteht sich als eine Erweiterung, eine Art zusätzliches *Werkzeug* der bisherigen Praxisarbeit von Sozialpädagogen und –therapeuten. Erweiterungen im Bereich psychotherapeutischer Methoden sind z. B. durch Hanscarl Leuners Methode des `Katathym-imaginativen Bilderlebens`<sup>127</sup> ebenfalls bekannt.

Hauptanliegen ist es Menschen Erkenntnisgewinn, Lernverhalten und Verhaltensveränderungen zu ermöglichen. „Die Methoden sind wichtig, sollten aber nicht zu strategischen Manövern erkalten.“

<sup>124</sup> Rogers, Carl R. 1983; S. 40

<sup>125</sup> Benien, Karl 2005; S. 251

<sup>126</sup> In *Anteilen* kann bedeuten, dass von manchen Therapien, die Therapieansätze dem der `Imaginativen sozialen Therapie` entsprechen oder die Ziele sich sehr ähnlich sind, dass Methoden anders umgesetzt werden, inhaltliche Übereinstimmungen zu erkennen sind o. ä., was an entsprechenden Stellen im Text vermerkt wird.

<sup>127</sup> Leuner, Hanscarl 1994

Damit der „Griff nach der Psyche“ nicht zu einer dubiosen klinisch-kalten Operation entartet, ist eine verantwortungsvolle, wohlwollende Haltung entscheidend. Eine gute Intervention wird erst durch Güte gut.“<sup>128</sup> Dementsprechend wichtig ist es, Lerntheorien in die Praxis umsetzen zu können.

Mit der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ werden Veränderungen beim Klienten u. a. durch den Prozess der Mikrokatharsis erzeugt<sup>129</sup>, die i. d. R. frei von Abwehr ist, auch dadurch bedingt, dass die Imagination an Spiel erinnert und häufig vom Klienten als solches wahrgenommen wird. Durch den Aspekt des Spiels, ähnlich den Methoden des Sozio- und Psychodramas, erlangt der Klient emotionale Entlastung, wodurch die Reorganisation der bisherigen Wahrnehmung erlangt werden kann. Durch die in der Imagination integrierten Stufen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ist immer auch Biografiearbeit ein Bestandteil dieser Methode.

Biografiearbeit und ‚Soziale Arbeit‘ vereinen sich nicht erst in der Methode der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘, sondern seit Langem bereits z. B. in der sozialen Einzelfallhilfe in Form der rekonstruktiven Sozialpädagogik<sup>130</sup>. „Biografisches Arbeiten ist immer Erinnerungsarbeit mit dem Blick in die Zukunft. Sie kann qualvoll sein, weil sie auch die Mühen der Vergangenheit anspricht. Sie ist freundlich, weil sie das Schwere mit dem Gelungenen in Verbindung bringt.“<sup>131</sup> und den Klienten mithilfe vieler Eindrücke zum Lernen motiviert. Lernen über möglichst viele Lernwege (in die Imagination der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ fließen u. a. Erfahrungen mit Lernwegen aus der Erlebnispädagogik ein) und unter Nutzung bekannter Zusammenhänge von z. B. Motiv – Motivation und Leistungsmotivation ist für die Arbeit mit Klienten unabdingbar, um andauernde Lernerfolge oder Verhaltensänderungen in Gang zu setzen.

„Das erlernte Wissen und die Arbeit mit der Methode, der objektiven Hermeneutik im Studium der Sozialpädagogik ist, im Beratungsalltag hilfreich, da dies die Möglichkeit bietet den Sozialtherapeuten dahin gehend zu sensibilisieren, dass es z. B. Verlaufskurven des Leidens, bestimmte Verhaltensmuster oder eine zentrale Problematik im Fall gibt, die es zu entdecken gilt, um daraus Hilfe entwickeln zu können, die dem Individuum Wege aufzeigt bisherige Muster zu verlassen, Lernverhalten [und Verhaltensänderungen in Gang zu setzen; P. H.]. (...) In der Beratungspraxis ist es zeitlich gesehen kaum möglich jeden Fall genau nach den wissenschaftlichen Regeln der objektiven Hermeneutik darzustellen und auszuarbeiten, aber das Wissen um diese wissenschaftliche Technik kann den Umgang mit den Klienten und deren Lebens- und Leidensgeschichten erleichtern, es formt und fördert beim Berater/Therapeuten mitunter das genaue Hinhören, die Feinhörigkeit<sup>132</sup> und macht evtl. sensibler für das Entdecken von Verlaufskurven des Leidens.“<sup>133</sup>

Mit den Worten des Philosophen Georg W. Hegel ausgedrückt: „Wenn man nach einem königlichen Wege zur Wissenschaft gefragt würde, so kann kein bequemerer angegeben werden, als der, sich auf den gesunden Menschenverstand zu verlassen (...).“<sup>134</sup>

In diesem Sinne wird in der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ die wissenschaftliche Methode der Hermeneutik praxisbezogen eingesetzt. Es werden in der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ die erstellten Anamnesen, Gedächtnisprotokolle, standardisierte Materialien zur Erfassung von der Sprache, Körpersprache usw. benutzt, um daraus eine Problemerkennung und Problemanalyse entwickeln zu können, die dann zur weiteren Bearbeitung des Falles dient.

„Wichtig erscheint mir im Praxisbezug, unter Berücksichtigung der hermeneutischen Technik, von den Klienten bezüglich des Lebenslaufs, der Leidensgeschichten, ihres sozialen Umfeldes oder des momentanen Problems so gut als möglich einen Sinn zu erkennen.“<sup>135</sup>

<sup>128</sup> Benien, Karl 2005; S. 261

<sup>129</sup> Dem Klienten wird sein Problem in, für ihn so meist vorher noch nie da gewesener, übertriebener, körperlich spürbarer, visualisierter und erlebbarer Art und Weise aufgezeigt.

<sup>130</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001

<sup>131</sup> Ruhe, Hans Georg 2007; S. 8

<sup>132</sup> In dem Artikel von Peter Petersen „Übertragung und Begegnen im therapeutischen Dialog“ (In: Petzhold 1987; S. 13-35), zitiert Peter Petersen Seidmann (1973) wie folgt: „Feinhörigkeit ist nicht einfach nur genaues Hinhören, sondern gliedernde Aufdeckung und Korrelierung von undurchschauten Gegensätzen und Widersprüchen.“ (Petersen in: Petzhold (Hrsg.) 1987; S. 27) Und weiter: Im Miteinander „(...) realisiert sich Feinhörigkeit nur, indem der zuhörende Mensch gleichsam durch Stimme und Sprache des Leidenden hindurch in die von verfehlten Widerständen abgeriegelte Tiefenseele hinabhört. Das bedeutet: Feinhörigkeit verwirklicht sich bei aller von Distanz durch Hineingehen-in-anderes, in fremdes, widerständiges, unerhelltes gequältes Leben.“ (ebd.; S. 27)

<sup>133</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 43

<sup>134</sup> Hegel, Georg W. F.; ohne Erscheinungsjahr

Ein in Fachkreisen sehr kritisch angesehener Familientherapeut Bert Hellinger geht davon aus, dass bei einem „tragischen Verlauf“<sup>136</sup> der Sinn sich so und nicht anders zu verhalten darin liegt, dass der Mensch in einem Rangordnungssystem (jedweder Gruppe) gegen die Ursprungsordnung verstößt.

„Das heißt, er hat sich etwas angemäßt, was Vorgeordneten vorbehalten bleiben muss. Die Anmaßung ist oft nur objektiv, nicht subjektiv.“<sup>137</sup> Thomas Schäfer ergänzt dazu: „Hellinger zufolge sind wir nicht so frei, wie wir gerne glauben. Wenn wir ohne die Anerkennung unserer Bindungen handeln, ist das kein freies, sondern ein blindes Handeln. Ein Handeln in Freiheit ergibt sich erst durch die Zugehörigkeit zu einem System (Familie). Ein System definiert sich durch eine Menge von Elementen, zwischen denen bestimmte Beziehungen bestehen. Jede Veränderung eines Elements hat automatisch auch eine Wirkung auf die anderen Elemente. Jeder Mensch ist Teil eines Familiensystems und damit eines Beziehungszusammenhangs. Dadurch hat er Anteil an den Problemen der anderen Familienmitglieder, gleichgültig, ob ihm das bewusst ist oder nicht.“<sup>138</sup>

Es erscheint problematisch die ‚Systemische Therapie‘ darauf zu reduzieren die Ursachen aller menschlichen Dramen auf den Ursprung des Ordnungssystems in der Familie und deren Vorfahren zu suchen, aber der Ansatz, dass jede Gruppe ein Ordnungssystem hat und Veränderungen im Interaktionssystem Auswirkungen haben, sollten bei der Betrachtung und der Problemanalyse eines Falls Beachtung finden. Allerdings ist ebenfalls zu bedenken:

Die Ordnungssysteme haben untereinander Verbindung, greifen z. T. ineinander, haben jedes für sich unterschiedliche Wirkung auf das Individuum. So sind Fälle oft weit komplexer als es Hellinger glauben machen möchte<sup>139</sup>. Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer sehen dies ähnlich und beziehen das ganze soziale System einer Person in ihre Überlegungen und Behandlungen ein. Sie vergleichen das soziale System mit einem Mobile – bewegt sich ein Teil, wird etwas verändert, bewegen sich automatisch andere mit<sup>140</sup>.

Die in der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ erstellten Anamnesen, Gedächtnisprotokolle, standardisiertes Material zur Erfassung von der Körpersprache, Sprache, usw. werden benutzt, um daraus mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials eine Problemerkennung und Problemanalyse entwickeln zu können, zu entdecken welche Verlaufskurve, welches Grundproblem<sup>141</sup>, welche verstärkende oder mindernde Situation erkennbar ist, welche Personen, in der einen oder anderen Art, involviert sind und welche Ursache<sup>142</sup> dahinter verborgen sein könnte, um intervenieren zu können.

Robert B. Dilts bemerkt dazu: „Ursachen sind die für Entstehung und Aufrechterhaltung eines Phänomens oder einer Situation verantwortliche Faktoren. Die Lösung von Problemen beispielsweise erfordert, dass die Ursache eines bestimmten Symptoms oder einer Gruppe von Symptomen gefunden und behandelt wird.“<sup>143</sup>

<sup>135</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 44

<sup>136</sup> Hellinger, Bert 2002; S. 51

<sup>137</sup> Ebd.; S. 51

<sup>138</sup> Schäfer, Thomas (2003); S. 20

<sup>139</sup> Die psychotherapeutische Arbeit von Bert Hellinger kritisch zu reflektieren ist nicht Gegenstand dieser Ausführungen und wird in diesem Zusammenhang nicht weiter diskutiert.

<sup>140</sup> v. Schlippe, Arist/Schweitzer, Jochen 1997

<sup>141</sup> Unter Grundproblem möchte ich Folgendes verstanden wissen: Dies ist z. B. eine Charakterschwäche, ein erlerntes Verhaltensmuster oder ein emotionales Problem, die immer wieder zu Handlungen führen können, die für den Klienten problematisch werden oder zum Problem selbst werden können. Der Klient sieht jedoch oft seine, mitunter bereits *automatisierte Handlung* oder das Resultat seiner Handlung als Problem an, ohne zu wissen oder zu ahnen, welche Ursache dahinter verborgen ist.

<sup>142</sup> Ursachen können a) nach Aristoteles Wirkursachen bzw. vorangehende Ursachen haben (hier wird das Problem mit der Ursache in der Vergangenheit gesehen), b) einschränkende Ursachen bzw. Stoffursachen haben (hier wird das Problem als durch langfristig bestehende Bedingungen genährt), c) Zweckursachen haben (hier wird das Problem als Ergebnis resultierend aus Motiven und Intentionen aller beteiligten Personen gesehen) und d) Formursachen haben, bei denen nach der Definition, Annahme oder Intuition des Problems geforscht wird.

<sup>143</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 114



## 1.1 Grundlagen der Hermeneutik

„Hermeneutik kommt vom griechischen Wort *hermeneutike techne*, d. h. die Kunst der Auslegung, Verdolmetschungskunst, Erklärungskunst.“<sup>144</sup> „Es geht darum, Entwicklungen und Werke der geschichtlichen, geistigen, seelischen Welt zu »verstehen« gegenüber dem »Erklären« naturwissenschaftlicher Art.“<sup>145</sup> Der Begriff entstammt der griechischen Mythologie, als der Halbgott Hermes zwischen den Göttern und den Menschen zu vermitteln suchte. Dabei bedurfte es der Fähigkeit des Verstehens und Verständigens. Zuerst bedienten sich die Sprachwissenschaftler der Technik des Verstehens bei der Textbearbeitung<sup>146</sup>.<sup>147</sup> Wobei an dieser Stelle kurz darauf hingewiesen sei, dass zwischen Text und Protokoll zu unterscheiden ist: „Aus der Perspektiv des methodischen Zugriffs stellen Texte Protokolle der Wirklichkeit dar. Ein Protokoll ist nichts anderes als eine vertextete soziale Wirklichkeit. Text- und Protokollbegriff bezeichnen also denselben Sachverhalt aus unterschiedlicher Perspektive. Der Textbegriff ist in einer Konstitutionstheorie der sinnhaften Welt angesiedelt, während der Protokollbegriff den empirisch-methodischen Zugriff auf diese Welt thematisiert.“<sup>148</sup>

„In vielen Einzelfallstudien wurden bisher folgende zwei Verfahren benutzt: a) „(...) die von Oevermann entwickelte (...) objektive Hermeneutik, mit welcher ein analytisch-rekonstruktionslogisches Verstehen von Bedeutungs- und Sinnstrukturen (...)“<sup>149</sup> möglich wird und b) „(...) die von Schütze (...)“ entwickelte „(...) Narrationsanalyse, die auf Verstehen abzielt (...)“<sup>150, 151</sup>

Heute wird die Hermeneutik z. T. erweitert angewandt, es werden [Textinhalt; P. H.], Sprache, Gestik, Mimik usw. eines Menschen in einen Gesamtzusammenhang gesehen und in seiner Gesamtheit erfasst<sup>152</sup>.<sup>153</sup>

„Die Sozialforschung „(...) entdeckt, beschreibt, zeigt auf, analysiert, erklärt Handlungs-, Erleidens-, Lebensprobleme konkreter Menschen und konkreter sozialer Gruppen.“<sup>154</sup>

Und dies auch im gesamt- und weltgesellschaftlichen Problemzusammenhang, sofern die genannten Probleme Auswirkungen auf den speziellen Fall haben. Dabei wird das Problem definiert und es wird versucht dieses ohne Polemisierung zu erkunden, zu bearbeiten und zu triangulieren. Neue Problematiken werden beschrieben, analysiert und untersucht unter Berücksichtigung schon bekannter Probleme und deren Interaktions- und Bearbeitungsmustern.“<sup>155</sup>

„In der Fallanalytik kommt es darauf an Allgemeines und Besonderes zu erarbeiten, Schlussfolgerungen zu ziehen [und Theorien zu bilden; P. H.].“<sup>156</sup>

„Die Sozialforschung bietet, [laut Fritz Schütze (1999); P. H.], Möglichkeiten der Bearbeitung durch kritisches Abwägen der vielfältigen Interventionsmöglichkeiten im Kontext der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie erkennt, erfasst und untersucht, aus welchen alten Mustern sich neue kreative Prozesse im sozialen Leben der Gesellschaft entwickeln, ohne diese zu werten oder Einfluss auf diese zu nehmen. Dabei werden generelle, beobachtbare Handlungsmuster und Merkmale erfasst und auf ihre gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen hin in empirischen Forschungen z. T. bis ins kleinste Detail untersucht und Theorien gebildet“<sup>157</sup>.<sup>158</sup>

Philipp Mayring bemängelt allerdings, dass neue Methodenansätze Probleme aufweisen mit dem gesammelten Material auswertungstechnisch zurechtzukommen<sup>159</sup> und nach Otto Nigsch ist außerdem zu bedenken, dass die Theoriebildung eine soziale Konstruktion und Interaktion ist, „(...) denn ihre Rezep-

<sup>144</sup> Banki, Farsin und Rothe, Friedrich Karl 1979; S. 21; et al. Hempel, Petra 2008; S. 35

<sup>145</sup> Kreft/Mielenz 1996; S. 646; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 35

<sup>146</sup> Ebd. 1996

<sup>147</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 35

<sup>148</sup> Bohnsack, Ralf/Lüders, Christian/Reichert, Jo (Hrsg.) 2000; S. 12

<sup>149</sup> Kraimer, Klaus 1966; S. 28

<sup>150</sup> Ebd.; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 36

<sup>151</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 36

<sup>152</sup> Kreft/Mielenz 1996

<sup>153</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 36

<sup>154</sup> Schütze, Fritz 1999; S. 325; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 35

<sup>155</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 35

<sup>156</sup> Ebd.; S. 36

<sup>157</sup> Schütze, Fritz 1999

<sup>158</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 35 f.

<sup>159</sup> Mayring, Philipp 2003

tion ist davon abhängig, dass sie die kulturellen Voraussetzungen einer Zeit und eines bestimmten akademischen Publikums teilt, das als Adressatenkreis mit im Spiel ist.“<sup>160</sup> Dies mag nicht unbedingt als Kritik gelten, aber nicht wenige Autoren warnen vor zu viel Optimismus, was u. a. die Wahrheitsfindung und Theoriebildung durch hermeneutische Verfahrenstechniken anbelangt:

a) Bei der hermeneutischen Forschungsmethode ist nicht ganz unproblematisch, dass der Autor durch die Vertextung einer ihm erzählten Geschichte diese interpretiert und nach ihm, im zweiten Schritt die Textwiedergabe durch einen Erzähler oder die Textaufnahme durch einen Leser bereits eine weitere Interpretation beinhaltet und es den *Urtext* in Reinform kaum geben kann. Die ‚Objektive Hermeneutik‘ unterliegt der individuellen Interpretation des Wissenschaftlers<sup>161</sup>.

So wäre das Resultat der Schlussfolgerungen keinesfalls eine unantast- und unverrückbare Tatsache. „(...) b) der Mensch wird wie unter einem Mikroskop zu einem fixierten Objekt, bei dem man nur zum derzeitigen Stand eine Aussage treffen kann. Menschen entwickeln sich im Laufe der Zeit und dem wird mit dieser analytischen Technik, sollte sie zwecks empirischer Forschung zur Herstellung von allgemeingültigen Aussagen dienen, wenig Rechnung getragen<sup>162</sup> (...)“<sup>163</sup>, mit Hegel ausgedrückt: *„Die Momente, die den Inhalt des Gesetzes ausmachen, sind einerseits die Individualität selbst, andererseits ihre allgemeine unorganische Natur, nämlich die vorgefundenen Umstände, Lage, Gewohnheiten, Sitten, Religion usw.; aus diesen ist die bestimmte Individualität zu begreifen. Sie enthalten Bestimmtes ebenso wie Allgemeines, das sich der Beobachtung darbietet und sich an der andern Seite in Form der Individualität ausdrückt.“*<sup>164</sup>

c) Die Hermeneutik birgt die Gefahr, dass im analytischen Verfahren lediglich einzelne Sequenzen aus dem Gesamtzusammenhang herausgelöst betrachtet werden und der Gesamtüberblick verloren wird. „(...) nicht nur Laien, sondern auch Fachleute glauben, dass sich die meisten psychischen Prozesse eindeutig definieren und verallgemeinern lassen. (...) Dass diese Eindrücke nur aus bestimmten Situationen stammen und in einem anderen Kontext vollkommen anders ausgelegt werden könnten oder überhaupt nicht in Erscheinung treten, kommt uns kaum in den Sinn.“<sup>165</sup>

d) Es gibt „(...) bisher in der sozialwissenschaftlichen Methodenliteratur keine systematische, umfassende Anleitung zur Auswertung komplexeren sprachlichen Materials (...), aus der man klare Interpretationsregeln ableiten könnte (...) die philosophische Hermeneutik bleibt zu vage, zu unsystematisch, die sprachwissenschaftliche Textanalyse beschränkt sich meist auf Textstruktur; die kommunikationswissenschaftliche Inhaltsanalyse (content analysis) hat nur sehr spezielle quantitative Techniken entwickelt.“<sup>166</sup>

e) *„Die Vertiefung in das Individuelle könnte die Konfrontation mit Eigenschaften und Eigenheiten mit sich bringen, die im vorweg bestimmten Begriffs- und Hypothesenraster nicht vorgesehen sind. Diese neuen Erfahrungen könnten aber ohnehin methodentechnisch nicht verarbeitet werden, weil keine Instrumente dafür operationalisierbar sind.“*<sup>167</sup>

<sup>160</sup> Nigsch, Otto 1998 in: Kannonier-Finster, Waltraud/Ziegler, Meinrad; S. 248

<sup>161</sup> Reich, Kersten 1978

<sup>162</sup> Banki, Farsin und Rothe, Friedrich Karl 1979

<sup>163</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 44

<sup>164</sup> Hegel, Georg W. F.; ohne Erscheinungsjahr

<sup>165</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 89 f.

<sup>166</sup> Mayring, Philipp 2003; S. 10

<sup>167</sup> Kannonier-Finster, Waltraud 1998 in: Kannonier-Finster, Waltraud /Ziegler, Meinrad; S. 41

### 1.1.1 Den Fall strukturieren, interpretieren und verstehen

„Sozialpädagogisches Fallverstehen bedeutet nach Kraimer<sup>168</sup> durch „(...) Verstehen und Forschen (...) eine gestörte Lebenspraxis, beschädigtes Leben (...)“<sup>169</sup> zu rekonstruieren und Strukturen zu entdecken.“<sup>170</sup> „Mit anderen Worten: Es geht immer um die Überzeugung, daß durch eine intensive Erfassung des Einzelfalls ein geeignetes Wissen über ein Phänomen erlangt werden könne.“<sup>171</sup> „Die Orientierung liegt dabei auf dem Grundgedanken der Pädagogik. Der Fokus liegt auf gesellschaftlichen Erziehungsaufgaben im sozialen Brennpunkt. Ziel ist es Gesetzmäßigkeiten aus der Kinder- und Jugendzeit zu erforschen, Krisen in Entwicklung oder Erziehung zu analysieren, Sinnzusammenhänge zu verdeutlichen und zu erschließen, Alternativen der Deutung zu zeigen, die Erweiterung von Perspektiven zu erreichen und Veränderung möglich zu machen“<sup>172</sup>.

Arbeitstechnisch sollte zuerst deutlich gemacht werden, was ein Fall ist und welche Erhebungsmethode angewandt wurde. Danach, im zweiten Arbeitsschritt wird der Fall nach bestimmten „(...) Regeln, z. B. (...) der Sequenzanalyse, bearbeitet.“<sup>173</sup> Bei einem Interview wird z. B. das, was eine Person sagt rekonstruiert und subjektiv wichtig Erscheinendes deutlich gemacht. Dies kann nun mit objektiven Bedeutungsmustern abgeglichen werden, mit dem Ziel eine Strukturhypothese festzumachen. „Dies führt (...) zur Theoriebildung, indem empirisch gesättigte Fallanalysen eine Strukturerschließung eines Gegenstandsbereiches ergeben, die etwas Neues, vorher so nicht Bekanntes sehen lässt.“<sup>174</sup>

Hierzu benennt Kraimer folgendes Stufenmodell der Fallkonstruktion<sup>175</sup>:

- „1. Bestimmung des Falles (Was ist der Fall?) Ist eine Intervention geplant: Bestimmung des Handlungsproblems (Was ist das Handlungsproblem?)
2. Welches Ausdrucksmaterial ist relevant? (Wie wird der Fall erhoben?)
3. Interpretation objektiver Daten (z. B. Genogramm, Organigramm, biographische Fakten, wie Geburtsort und -jahr, Schul- und Berufsabschluss) sowie der ersten Sequenz des erhobenen Interview- bzw. Ausdrucksmaterials
4. Formulierung einer ersten Kernaussage über den Fall (Fallhypothese)
5. Weitere sequenzielle Materialrekonstruktion zur Überprüfung der Fallhypothese und evtl. Modifikation des eingangs bestimmten Handlungsproblems
6. Fallkontrastierung, Typen- und Theoriebildung
7. Ggf. Begründung einer sachangemessenen Interventionspraxis (z. B. biographische Beratung).“<sup>176</sup>

Als Kritik sei angemerkt, eine Methode, „(...) die die Forschenden bei der Begegnung mit ihrem Untersuchungsfeld auf rigide Einhaltung einer Abfolge von bestimmten Operationen verpflichtet, ist geeignet, Illusion zu erwecken. (...) Sie will glauben mache, dass die Tatsache als solche eine bestimmte Aussage oder Schlussfolgerung nahe legt. In Wahrheit sind es aber die Forschenden, die – als Autoren – die als relevant erachtenden Tatsachen so auswählen und zusammenstellen, dass sie bestimmte Urteile und Erkenntnisse nahe legen und stützen.“<sup>177</sup>

<sup>168</sup> Kraimer, Klaus 1966

<sup>169</sup> Ebd.; S. 15; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 40

<sup>170</sup> Hempel, Petra 2008; S. 40

<sup>171</sup> Kannonier-Finster, Waltraud 1998 in: Kannonier-Finster, Waltraud /Ziegler, Meinrad; S. 43

<sup>172</sup> Kraimer, Klaus 1966

<sup>173</sup> Ebd.; S. 31; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 40

<sup>174</sup> Ebd.; S. 32; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 40

<sup>175</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 40 f.

<sup>176</sup> Kraimer, Klaus 1966S. 32; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 40 f.

<sup>177</sup> Ziegler Meinrad 1998 in: Kannonier-Finster, Waltraud/Ziegler, Meinrad; S. 73 f.

### 1.1.2 Die Verlaufskurve entdecken und daran arbeiten

„Prozesse des Erleidens haben und entwickeln nach Schütze ihre eigene Dynamik, indem sie Handeln z. T. unmöglich machen. Diese Destabilisierung des eigenen Handelns wird oft vom Betroffenen nicht erkannt, sodass er bald nur noch reagiert statt agiert<sup>178</sup>.

Unter stetigen Versuchen sein Gleichgewicht wieder herzustellen, handlungsfähig zu werden, so Schütze, werden die letzten Handlungsenergien verbraucht, demzufolge fügen sich rasch eine Reihe von destabilisierenden Umständen hinzu. Die Bestimmung der eigenen Identität wird gefährdet, was sich auf alle Lebensbereiche auswirkt. Der Alltag wird phasenweise zum Fiasko, kann nicht mehr beherrscht werden.<sup>179</sup> (...) [Dazu gibt es einen Fall aus meiner Praxis, der in Fall 7 beschrieben ist. Dieser dort beschriebene Klient; P. H.] war in seinen Gedanken<sup>180</sup>, ebenso wie in seinen Taten vollkommen unstrukturiert, was sich auf sein ganzes Leben auswirkte. (...) In solchen und anderen Fällen setzt die Fallanalyse, mit ihrer zumeist offenen, deskriptiven und interpretativen Forschungsweise, reflektorisch an<sup>181</sup>.

Professionelle Helfer tragen dann dazu bei, dass an der Verlaufskurve der jeweiligen Person gearbeitet und die Identität im Leibesbezug<sup>182</sup> rekonstruiert werden kann<sup>183</sup>. Wobei an dieser Stelle die Hermeneutik an ihre Grenzen stoßen kann:

a) Jeder Forscher, jedes Individuum, hat im Laufe seiner eigenen Lebensgeschichte seine eigene Denkweise, -kategorien, -struktur, Wahrnehmung und Sprache entwickelt aus denen heraus er Verstehen entwickelt. Und so ist es fraglich, ob bei der hermeneutischen Bearbeitung eines Falles nicht jeder Forscher mit seiner ureigenen Lebensgeschichte, eigener Denkweise, -kategorien, -struktur, Wahrnehmung und Sprache zu jeweils unterschiedlichen Ergebnissen gelangen wird<sup>184</sup>.<sup>185</sup>

Und b): *„Ein Merkmal hermeneutischer Wissenschaft ist, dass wenig versucht wird, einzelne Techniken des Verstehens zu entwickeln, sondern eher die Grundstrukturen auszuführen. Dadurch bleibt die hermeneutische Methodologie meist sehr theoretisch, abstrakt.“<sup>186</sup>*

---

<sup>178</sup> Schütze, Fritz 1999

<sup>179</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 41

<sup>180</sup> Die Konfusion seiner Gedanken spiegelte sich in konfusen, kaum nachvollziehbaren Gesprächen, z. T. mit scheinbar unzusammenhängenden Gesprächsfetzen, einem ständigen, sprunghaften Themenwechsel und sehr schneller Sprache wieder.

<sup>181</sup> Mayring, Philipp 2003

<sup>182</sup> Der Leib ist Besitzum, die Biosubstanz der „(...) *biographischen Identität* (...) ist geprägt durch *biographische Erfahrung und biographische Arbeit* (...)“ (Schütze 1999; S. 328 in: Kirsch/Tennstedt (Hrsg.)). Hinzu kommt die Individualität des Körpers, mit all seinen Möglichkeiten oder Unmöglichkeiten die, je nach Veränderung, neue Perspektiven eröffnen. Je älter der Mensch wird, umso mehr Möglichkeiten der Biographiearbeit und der leibesbiographischen Arbeit ergeben sich (ebd.).

<sup>183</sup> Schütze, Fritz 1999

<sup>184</sup> Banki, Farsin und Rothe, Friedrich Karl 1979

<sup>185</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 42

<sup>186</sup> Mayring, Philipp 2003; S. 28

### 1.1.3 Anwendung in der Imaginativen sozialen Therapie

„Das vom Klienten Gesagte chronologisieren können, einzelne Aussagen genauer wahrzunehmen, möglichst objektiv<sup>187</sup> Thesen zu bilden, objektiv bleiben zu können ist das, was die `Objektive Hermeneutik` für die Praxis vermittelt und was einen Teil der Methode der `Imaginativen sozialen Therapie` ausmacht.“<sup>188</sup> Denn „[u]m Menschen helfen zu können, ihre Ziele zu erreichen, (...), müssen wir in der Lage sein, dieses ganze System von Überzeugungen bzw. Glaubenssätzen zu beeinflussen.“<sup>189</sup> Und „[u]m die Verhältnisse zu ändern müssen wir sie verstehen. Viele glauben sich auszukennen, während sie alles nur durch ihr deformiertes Ich betrachten.“<sup>190</sup>

In der Praxisarbeit am Klienten, zwecks Empowerment, ist vorrangig keine Forschungsarbeit möglich. Es werden i. d. R. keine Statistiken geführt, keine Texte sequenziert usw., um wissenschaftlich relevantes Material zur Erforschung von allgemeingültigen Aussagen zu treffen. Aber die hermeneutischen Techniken des methodisch kontrollierten Fremdverstehens helfen genauer hinzusehen, Lebensgeschichten feinfühlig, differenziert und reflektiert zu betrachten und dementsprechend professionell zu handeln.

Weiteren Einfluss hat die hermeneutische Methodik auf die `Imaginative soziale Therapie` wie folgt:

1. Eine Anamnese mit persönlichen Daten wird a) anhand dessen was der Klient bereit ist von sich zu erzählen erstellt, wobei nur absolut notwendige Daten nachgefragt werden b) das Klienteninteresse an der Beratung führt zumeist zu weiteren Anhaltspunkten für die Anamnese und c) die im Laufe der weiteren Gespräche erhaltenen Daten ergänzen die Anamnese stetig.

2. Die aus dem Erst- und z. T. Zweitgespräch in Gedächtnisprotokollen festgehaltenen Gesprächsinhalte werden chronologisiert. Zur Strukturierung des Falles wird das Gesagte, mithilfe des infolge vorgestellten standardisierten Arbeitsmaterials bearbeitet und eine Problemanalyse durchgeführt.

3. Nach weiteren Sitzungen können entweder Gedächtnisprotokolle erstellt werden oder der Berater/Therapeut nutzt die Stichwortliste aus jeder weiteren Sitzung, die direkt nach dem Gespräch ergänzt wird, und trägt weitere Daten, die ihm wichtig erscheinen, in das vorhandene standardisierte Arbeitsmaterial ein.

Punkt 1. und 2. sind angelehnt an die Biografiearbeit, die weniger Interpretationsarbeit als eher Spiegel des sich Erinnernden oder des erinnerten ist. Sie ist notwendiger Bestandteil, denn „*Industrialisierung, Atomisierung und Isolierung führen nicht zu Klärung und Selbstfindung, sondern zu Desorientierung, Ahnungslosigkeit und Fremdheit. Erklären können sich Menschen nur sozial. Je mehr das soziale System versagt, desto heimatloser und fremder wird der Mensch. Biografiearbeit ist überall dort möglich und nötig, wo es keine selbstverständlichen Lebenszusammenhänge mehr gibt, wo das Leben unübersichtlich geworden und die Orte des Einzelnen nicht erkennbar sind. Menschen müssen sich ihrer selbst vergewissern, müssen einen Platz finden, der eine Begründung für ihre Vergangenheit und eine Legitimation für ihre Zukunft hergibt.*“<sup>191</sup>

Klienten erinnern sich (Erinnerungsarbeit) oft Stück für Stück, nennen unmittelbar schwierige Lebenssequenzen, die häufig darin münden, dass aus ihnen viele neue Themen ins Bewusstsein drängen, die oft im Gesprächsfluss ohne einen chronologischen Zusammenhang erscheinen. Der Berater/Therapeut der `Imaginativen sozialen Therapie` setzt aus den Erzählungen eine chronologische Biografie zusammen die

a) umgesetzt wird in eine Imagination (in unterschiedlich vielen Sequenzen), was dem Klienten ermöglicht seine Vergangenheit und Gegenwart wahrzunehmen, um daraufhin Begründungen zu ermöglichen, weshalb die Zukunft lebens- und lohnenswert ist<sup>192</sup> oder

<sup>187</sup> „Objektivität ist eines der erstrebenswertesten Ziele. Ohne sie glaubt man zu verstehen, während man nur durch ein blockiertes Ich sieht. Objektivität ist nur durch Selbstbefreiung und Gelöstheit gegenüber unbewussten Problemen möglich. (...) In der Objektivität und Verstandesklarheit erlangt der Mensch seine Ausstrahlung, seine ruhige, gebende Kraft, die er in der Angst und Schwäche niemals finden kann, sondern nur in der geistigen Freiheit und Gelöstheit, in der sich der Mensch seinen Problemen nicht mehr zu entziehen braucht; denn diese sind bewusst geworden und haben dadurch ihre Zerstörungsmacht verloren.“ (Daco, Pierre 1998; S. 362)

<sup>188</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 43

<sup>189</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 106

<sup>190</sup> Daco, Pierre 1998; S. 356

<sup>191</sup> Ruhe, Hans Georg 2007; S. 9

<sup>192</sup> Ebd.

b) dazu dient bestimmte Verhaltens- oder Denkmuster herauszufiltern, um sie dann dem Klienten in einer Imagination über Vergangenheits- und Gegenwartsverhalten und -denken bewusst werden zu lassen, um die gleiche Begründung wie bei a) herzustellen.

Nach der Imagination der `Imaginativen sozialen Therapie`, die eine andere Intention hat als Therapien (s. Kapitel 1./1.1/ 1.2), geht es jedoch entgegen der Biografiearbeit nicht darum die Biografie z. B. strukturiert, wie in Therapien mit Biografiearbeit üblich, unter Anleitung des Beraters/Therapeuten, stetig zu vervollständigen, deutlicher werden zu lassen und zu integrieren<sup>193</sup>, sondern darum die Gegenwarts-situation zu verbessern und die Zukunftsorientierung neu zu definieren. Das hierbei immer auch ein Abgleich mit der Imagination und der darin enthaltenen eigenen Biografie stattfindet ist dabei beabsichtigt, dabei steht jedoch die Biografie nach der Imagination im Gegensatz zu Therapien mit Biografien nicht mehr im Vordergrund. Aber „[d]er Blick auf die Biografie dient zusätzlich dem besseren Verständnis von Familienmitgliedern und Freunden (...)“<sup>194</sup>, sowie außerhalb der Arbeit mit alten Menschen dient sie u. a. auch dem besseren Verständnis von Mitarbeitern, Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Die Biografie wird in der `Imaginativen sozialen Therapie` dazu benutzt, um den Klienten Selbsterkenntnis und –verständnis zu ermöglichen und dies wiederum „(...) eröffnet ihnen neue Wege der Selbst-Thematisierung, stärkt deren Selbst-Bewusstsein und Selbst-Wertgefühl und fördert die Entfaltung bislang vernachlässigter oder zurückgestellter Interessen.“<sup>195</sup>

4. Die Beachtungen von Körpersprache, Erscheinungsbild, Sprach- und Verhaltensmuster werden in standardisiertem Arbeitsmaterial festgehalten und analysiert.

5. Punkt 1. und 2. werden bezüglich der Überlegungen zur Problemanalyse (s. Kapitel I.3. f.) zusammen betrachtet.

6. Es wird gezielt nach immer wiederkehrenden, situativ bedingten oder sporadisch auftretenden Handlungsmustern, die z. B. auffallen, stören, untypisch sind und nach Störfaktoren, Einstellungen usw. in der Geschichte der Klienten gesucht.

7. Konnten bestimmte Faktoren entdeckt werden, gilt es nun dem Klienten seine Handlungsweise, seinen *roten Faden* in einem neuen Rahmen, dem dazu entsprechend ausgewählten Imaginationsmotiv, bewusst zu machen.

---

<sup>193</sup> Hierzu werden unterschiedliche Spiele, Fragebögen, themenzentrierte Übungen usw. benutzt. Es geht in der Biografiearbeit vorrangig darum Erinnerungen aufzuschließen, für den Klienten wieder verfügbar werden zu lassen, und ist gerade in der Arbeit z. B. mit Demenzkranken von eminenter Wichtigkeit, um Erinnerung oder Fähigkeiten u. v. m. nicht ganz zu verlieren oder zumindest verzögert zu verlieren (vgl. ebd.).

<sup>194</sup> Klingenberg, Hubert 2003; S. 11

<sup>195</sup> Ebd.; S. 11

## 1.2 Lerntheoretische Grundlagen

„Das Gehirn ist das veränderlichste Organ des Menschen überhaupt. Wenn der einzelne Mensch sich ändert oder sich neuen Aufgaben stellen muss, wird sich auch sein Gehirn ändern.“<sup>196</sup>

Dies beinhalten mind. zwei Aspekte:

1. Wenn sich der Mensch an seine Umwelt anpasst, muss nicht jeder dieser Vorgänge in Lernen münden, sondern kann Veränderungen am Körper zur Folge haben<sup>197</sup> und

2. es ist nicht einfach damit getan, das Verhalten von Erwachsenen lediglich auf Kindheitserfahrungen zurückzuführen. Der Mensch lernt ein Leben lang, indem er Veränderungen in der Umwelt auf- und wahrnimmt. Er wird immer wieder mit Erlebnissen konfrontiert, die sich bei ihm einprägen und möglicherweise zu Wissens- und Verhaltensänderungen führen. „Lernen, durch Erfahrungen entstandene Verhaltensveränderungen und –möglichkeiten, die Organismen befähigt, aufgrund früherer und weiterer Erfahrungen situationsangemessen zu reagieren. Generell wird unterschieden zw. [zwischen; P. H.] einsichtigem L. [L. = Lernen; P. H.], das Bewusstsein voraussetzt, L. durch Dressur und L. durch Versuch und Irrtum. Menschl. L. [Menschliches; P. H.] ist eine überwiegend einsichtige, aktive, sozial vermittelte Aneignung von Kenntnissen.“<sup>198</sup> Lernen, sich den veränderten Bedingungen anzupassen, geschieht nach Bandura<sup>199</sup> durch drei Vorgänge:

a) Der Mensch macht direkte Erfahrungen was einer klassischen, operanten Konditionierung entspricht,  
b) er kann stellvertretend Erfahrungen sammeln, was durch Beobachtungslernen ermöglicht wird und  
c) er kann durch symbolische Erfahrungen lernen, z. B. durch verbale oder bildliche Anleitung oder Animation.

„Kugemann<sup>200</sup> kann an dieser Stelle ergänzend genannt werden, wenn er und seine Kollegen beschreiben, welche Voraussetzungen zum Lernen gegeben sein müssen. So sind die Autoren der Meinung, dass nur wenn alle Grundbedingungen, die jeder Mensch habe, wie essen, trinken, schlafen, atmen, bewegen, sehen, tasten, fühlen, soziale Kontakte usw. erfüllt sind, Menschen optimal lernen. »Diese Lernwege«, wie die Autoren Hören, Sehen, Tasten usw. nennen, sind eine Hauptvoraussetzung für ungestörte Wahrnehmung und optimalen Lernerfolg.“<sup>201</sup> „Von den Lernwegen Hören – zu Lesen – zu Sehen – zu Handeln nimmt (...) die Anschaulichkeit stetig zu. (...) Je anschaulicher der Lernweg allerdings ist, umso leichter lernt man.“<sup>202</sup>

Denn der Vorteil des Lernwegs Sehen ist „(...) die Anschaulichkeit. Hier müssen nicht erst Worte im Gehirn umgesetzt werden. Bilder und Symbole verstehen auch Ausländer, unabhängig von der Sprache.“<sup>203</sup>

Die visuelle Intelligenz<sup>204</sup>, interagiert mit rationaler und emotionaler Intelligenz, geht ihnen in den meisten Fällen voraus und treibt sie an. Laut der Wahrnehmungsforschung ist Sehen, das zwei Drittel aller Reize und Informationen aufnimmt, sie in Gedankenbilder umsetzt und mit Emotionen dazu verbindet, wesentlich komplexer als die Sprache. Sehen wird mittlerweile nicht mehr nur als passiver Vorgang der Wahrnehmung gesehen, sondern als größtenteils unbewusster, kontinuierlicher Prozess die Wirklichkeit aktiv zu konstruieren.

Optimale Lernerfolge können, wie die Wahrnehmungsforschung zeigt, dadurch möglich gemacht werden. „Aus der Sinnerfahrung, mit deren Hilfe wir uns in erster Linie neue Informationen über die Wirklichkeit aneignen, die wir dann in unsere Landkarte der Welt hinzufügen, filtert unser bereits vorhandenes inneres Wissen häufig potenziell wertvolle neue sensorische Informationen aus.“<sup>205</sup>

<sup>196</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 92

<sup>197</sup> Kugemann, Walter u. a. 1978: Kugemann erwähnt in diesem Zusammenhang Charles Darwin. Er hat in seiner *Selektionstheorie* eindrucksvoll geschildert, wie sich Tiere auf sich verändernde Umweltbedingungen mit der Zeit körperlich anpassen, nicht adäquat angepasste Tiergattungen aussterben oder nicht adäquat angepasste Tiere keine Nachkommen zeugen können und diese dann ebenfalls auf Dauer nicht überlebensfähig sind.

<sup>198</sup> Der Brockhaus 2000; S. 548

<sup>199</sup> Bandura 1979

<sup>200</sup> Kugemann, Walter F. u. a. 1978

<sup>201</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 84

<sup>202</sup> Kugemann, Walter F. u. a. 1978; S. 92; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 84

<sup>203</sup> Ebd.; S. 91

<sup>204</sup> Hoffman, Donald D. 2002

<sup>205</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 24

Aus der Sicht der Psychophysiologie wirken auf unsere Sinnesorgane unterschiedlich angeordnete Energiefelder, die für den Menschen nicht als Muster, sondern i. d. R. als Objekte wahrgenommen werden. *„Ein Muster besteht aus einer relativ bedeutungslosen Anordnung von Merkmalen. Objekte dagegen besitzen außer ihren sensorischen Merkmalen eine Fülle anderer Charakteristika. Sie besitzen Vergangenheit und Zukunft, sie verändern und beeinflussen sich gegenseitig, und sie haben verborgene Aspekte, welche erst unter anderen Bedingungen in Erscheinung treten.“*<sup>206</sup>

Die Erfahrungen, die mit den Objekten gesammelt werden, und helfen sie einzuordnen, liegen im Bereich der Lernvorgänge, das reine Aufnehmen der Objektreize ist sensomotorisch begründet. Deutlich wird dies bei Objekten, die sich in ihrem Aussehen stark ähneln und erst durch ihre unterschiedliche Struktur, Handhabung oder Verwendungsart in ihrem Nutzen, der Wirkung auf das Umfeld und die Umwelt bestimmt werden, wie z. B. bei einer Kanüle und einer Nähnadel<sup>207</sup>. *„Wir nehmen die Welt nicht nur durch die zur Zeit gerade gegebenen sensorischen Informationen wahr, sondern wir benutzen diese Information vielmehr dazu, um Hypothesen über das, was vor uns liegt, zu prüfen. Wahrnehmung wird so zu einer Angelegenheit der Hypothesenbildung und -prüfung.“*<sup>208</sup>

Forschungen von Daniel Kahneman und Amos Tversky von 2002 zeigen, dass der Mensch dazu neigt, neue Dinge wie Informationen und Erinnerungen besonders offen und aufmerksam, fast euphorisch aufzunehmen und sie sehr hoch einzuschätzen<sup>209</sup>. Andererseits ist der Reflex bekannt etwas Angebotenes anzunehmen, was ein unbewusster Vorgang ist und wird es bemerkt, spürt man, worum es geht, hat man Mühe es rückgängig zu machen.

Der Physiologe Pawlow stellte folgende These auf: Lernen, eine Verhaltensänderung entsteht nur nach vorherigem Reiz, dem *Stimuli*<sup>210</sup>. Und mit Robert Gagné wäre zu ergänzen, *„Je weniger Zeit zwischen dem zu erlernenden Verhalten und der Bestärkung verstreicht, um so eher stellt sich das Lernereignis ein.“*<sup>211</sup> Der Reiz bewirkt die Reaktion und je lebhafter und deutlicher der Reiz ist, umso schneller erfolgt das Lernen<sup>212</sup>, wobei dieses Lernen über Reiz und Reaktion *„(...) resistent gegenüber Vergessen zu sein [scheint; P. H.]“*<sup>213</sup> Und wie O. H. Mowrer feststellte, ist der Erfolg dieser Methode möglicherweise nur gegeben, weil der Mensch mit dem Reiz Emotionen verbindet, wie z. B. Hoffnung, Freude oder Angst. Denn seiner Meinung nach ist es für den Menschen durchaus wichtig nach dem Reiz z. B. eine Verminderung von Furcht oder Angst oder eine Vermehrung von Freude oder Hoffnung zu erleben, was die Bedingung für Bestärkung im Reiz-Reaktions-Lernen wäre<sup>214</sup>. *„Ein Lernvorgang findet also statt, wenn die Reizsituation auf den Lernenden in einer Weise wirkt, dass sich seine Leistung von einem Zeitpunkt vor dieser Situation zu einem Zeitpunkt nach dieser Situation ändert. Es ist die Änderung der Leistung, die zum Schluß führt, dass Lernen stattgefunden hat.“*<sup>215</sup> In der Alltagssprache wird Lernen häufig nur mit Gedächtnisleistung in Verbindung gebracht. Lernen bedeutet aber auch auf Erfahrungen mit möglichst dauerhaften Verhaltensänderungen oder -möglichkeiten zu reagieren<sup>216</sup>.

„Lernen lediglich auf ein Reiz-Reaktionsprinzip zu beschränken würde dem komplexen Lerngeschehen allerdings nach heutigem Standpunkt wenig gerecht, denn beim Lernprozess spielen (...)“<sup>217</sup> u. a. ebenso Motivation, Leistungsmotivation, Lernen durch Spiel und Einsicht gewinnen eine Rolle, aber sie ist die wesentliche Grundlage für die Voraussetzung zum Lernen<sup>218</sup>.

---

<sup>206</sup> Gregory, R. L. 1966; S. 220

<sup>207</sup> Ebd.

<sup>208</sup> Ebd.; S. 222 f.

<sup>209</sup> Kahneman, Daniel/Tversky, Amos 2002

<sup>210</sup> Bodenmann, Guy u. a. 2004

<sup>211</sup> Gagné, Robert M. 1965; S. 66

<sup>212</sup> Ebd.

<sup>213</sup> Ebd.; S. 69

<sup>214</sup> Mowrer, O. H. 1960

<sup>215</sup> Gagné, Robert M. 1965; S. 11 f.

<sup>216</sup> Zeier, Hans 1984

<sup>217</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 85

<sup>218</sup> Gagné, Robert M. 1965



„Lerntheorien versuchen in der Regel nicht nur den Lernprozeß zu erklären, sondern auch den gesamten Anpassungsprozeß (...) des Organismus an seine Umwelt. Deshalb sind sie meist mehr oder weniger allgemeine Verhaltenstheorien.“<sup>219</sup>

„Zwei Haupttheorien lassen sich klar voneinander abgrenzen:

a) Die S-R-Theorie oder Reiz-Reaktionstherapie von Pawlow<sup>220</sup> 1927, der die Konditionierung zugrunde liegt und Skinner 1938, der die Theorie der operanten Konditionierung von Edward Thorndike vertrat und weiterentwickelte, die auf „Lernen am Erfolg“ basierte<sup>221</sup> und

b) der kognitive Theorieansatz, dem zielgerichteten Verhalten durch Gewinnen von Einsicht und dem daraus resultierendem Lernen zu deren Vertretern E. C. Tolman<sup>222</sup> [und A. T. Beck zählen; P. H.].

Neben diesen beiden Hauptkategorien haben sich viele Mischformen von Lerntheorien entwickelt, die mehrheitlich als Grundlage eine der Haupttheorien haben wie z. B. die `Systemische Desensibilisierung` von Joseph Wolpe (1958)<sup>223</sup>, die dazu dient Phobikern und Angstpatienten auf Grundlage der klassischen Konditionierung in einem bestimmten Lernprogramm schrittweise und kombiniert mit einer Muskelentspannungstechnik an Angst auslösende Situationen zu gewöhnen.

Die `Integrative Gestalttherapie`<sup>224</sup>, eine Psychotherapie, ist ebenfalls eine Mischform und hat den kognitiven Ansatz zur Grundlage. Im Gegensatz zum Behaviorismus<sup>225</sup> besteht in der `Integrativen Gestalttherapie` die Hauptannahme<sup>226</sup> „Wahrnehmen und Denken vollzieht sich (...) nicht als Summation einzelner Grundelemente, sondern durch Strukturbildung, innerhalb deren die einzelnen Elemente einen spezifischen Sinnzusammenhang bilden.“<sup>227</sup>

Das würde die Ausführungen von Walter F. Kugemann stützen, der davon ausgeht, dass Erwachsene die Lerntechniken anwenden, die sie als Schüler gelehrt bekamen, obwohl sie als Erwachsenen i. d. R. eigenständig entscheiden können, ob, was und weshalb sie lernen und welche Lernwege sie wählen. Die Wünsche bezüglich ihres Lernens können Erwachsene steuern und beeinflussen, was ihnen leichter fällt, wenn das neue Wissen sinnvoll in bisherige Lebenserfahrungen eingeordnet werden kann, dies somit anwendbar wird<sup>228</sup>.

<sup>219</sup> Bodenmann, Guy u. a. 2004; S. 32; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 92

<sup>220</sup> Die Konditionierung eines Hundes mit einer Glocke, die Gabe von Futter signalisierte und dem einsetzenden Speichelfluss des Hundes, wenn in der weiteren Versuchsabfolge lediglich das Glöckchen erklang, sollte hinlänglich bekannt sein. Bei dieser klassischen Konditionierung stand die Stimulus-Reaktion (S-R) im Fokus, dagegen ist bei der operanten Konditionierung nicht nur Stimulus und Reaktion von Interesse, sondern auch die daraus resultierenden Konsequenzen im Wirkzusammenhang (S-R-K) (Bodenmann u. a. 2004).

<sup>221</sup> Ebd.

<sup>222</sup> Seine Theorie beinhaltet den Ansatz, dass Menschen sich zielgerichtet verhalten und entsprechend zielgerichtet lernen (Zeier, Hans 1984).

<sup>223</sup> Bodenmann, Guy u. a. 2004

<sup>224</sup> Der Mensch wird als Ganzheit verstanden. Im Vordergrund der Arbeit stehen die Gegenwart und der Kontakt mit anderen Menschen. Erleben von Emotionen und Handeln im Therapieprozess ist zentral. Es kommen Materialien wie Ton, Zeichenpapier und Stifte oder Klanginstrumente zum Einsatz. Ebenso wird die Atmung beim Klienten geschult. Die Therapeuten der `Integrativen Gestalttherapie` sprechen davon den „blockierten“ Organismus mit der fließenden Lebensenergie in Kontakt zu bringen (Stumm/Brandel-Nebehay/ Fehlinger 1995).

<sup>225</sup> Behaviorismus stammt von dem englischen Wort *behavior* ab, was übersetzt *Verhalten* bedeutet. Dem Behaviorismus liegt die Annahme zugrunde, dass menschliches Verhalten nur aus Reflexen besteht und sich die Persönlichkeit aus der Summe der Reflexgewohnheiten ergibt.

<sup>226</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 92 f.

<sup>227</sup> Krefz/Mielenz (Hrsg.) 1996; S. 455; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 93

<sup>228</sup> Kugemann, Walter F. u. a. 1978

### 1.2.1 Motivation

Motivation bedeutet, dass was uns bewegt auf eine ganz bestimmte, uns eigene Art und Weise zu tun, uns genauso und nicht anders zu verhalten<sup>229</sup>. Ein Motor hierfür sind Werte der Gesellschaft, die mit Sinngebung und Wunschvorstellungen gekoppelt sind und Wahrnehmungen filtern können.

Die intrinsische Motivation entsteht aus eigenem Antrieb, die extrinsische erfolgt durch äußere Antriebe. Zur intrinsischen Motivation stellte Tom G. R. Bower<sup>230</sup> fest, dass Babys kein Interesse an einer Problemlösung mehr zeigen, wenn die Problemstellungen zu leicht oder uninteressant werden. Es ignoriert, schaltet ab, zeigt Langeweile, bis etwas Unbekanntes für neue Herausforderung und damit neues Interesse sorgt.

„Motivationen sind für Gabler<sup>231</sup> z. B. im Bereich des Sports *„(...) die aktuellen kognitiven (betr. Erwartungen, Bewertungen) und emotionalen (betr. Hoffnungen, Befürchtungen, Freude, Enttäuschung) Prozesse vor, während und nach dem Sporttreiben (...).“*<sup>232</sup>

An anderer Stelle beschreibt er: Motivation ist der momentane Prozess, der Verhalten in Gang hält. *„Die Vielfalt dieser aktuellen Prozesse, z. B. die Leistungsmotivation, die Aggressionsmotivation u. a., sind die Motivationen, die den Handlungen zugrunde liegen.“*<sup>233</sup> In diesem Rahmen verweist er auf Angst und Furcht als ein wichtiges Phänomen der Motivation.

Motivation muss aus der Sicht von Gabler in zwei Kategorien unterteilt werden:

1. Die aggressive Motivation oder explizite Aggression. Die aggressive Handlung wird absichtlich, allein personengerichtet ausgeführt. Z. B. während oder als »Revanche«, nach dem Sport.
2. Die nicht-aggressive Motivation oder instrumentelle Aggression. Hier wird zweck- und zielgerichtet aggressive Handlung benutzt, in Kauf genommen. Es ist im Gegensatz zu der expliziten Aggression nicht das unbedingte Ziel z. B. im Sport den Gegner zu verletzen, er soll jedoch unbedingt am Spiel gehindert werden.“<sup>234</sup>

*„Die Lewin-Schule hat die Psychologie der Regel- und Aufgabenspiele erforscht und ist dabei schon auf die eigentümliche Spannung gestoßen, die für viele Spielarten kennzeichnend ist. Die Motivationsforschung hat zu ergründen versucht, welche Faktoren diese Spannung begründen und aufrecht erhalten und wie die Spielmotivation mit anderen Motivationen – dem Neugierverhalten und der Lern- und Leistungsmotivation – zusammenhängt.“*<sup>235</sup>

<sup>229</sup> Gabler, H. in: Hofmann, Karl 1980

<sup>230</sup> Vgl. Bower, Tom G. R. (1965; 1966; 1979)

<sup>231</sup> Gabler, H. in: Hofmann 1980

<sup>232</sup> Ebd.; S. 179

<sup>233</sup> Ebd.; S. 177; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 86

<sup>234</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 86

<sup>235</sup> Flitner, Andreas 1982; S. 54 f.

### 1.2.2 Leistungsmotivation

„Von jedem Mitglied der Gesellschaft wird bestmögliche Leistung für die Gesellschaft erwartet<sup>236</sup>. Leistung hat in unserer Gesellschaft hohes Ansehen<sup>237</sup>, weil Leistung das Mittel für sozialen Aufstieg bedeuten kann<sup>238</sup>.“<sup>239</sup> Und hier greifen verstärkt die extrinsischen Motive. Es ist bekannt, dass z. B. Fußballer besser spielen, mehr Ehrgeiz entwickeln, je höher ihre Prämien sind.

„Entwicklungspsychologisch betrachtet ist uns das Leistungsstreben, weitgehend in die Wiege gelegt<sup>240</sup> nicht aber mit instinktgeregeltem Handeln zu vergleichen<sup>241</sup>. Schon ab dem Moment der Geburt können Vorformen von leistungsmotiviertem Handeln beschrieben werden und Gabler<sup>242</sup> unterteilt die Entwicklung hin zum leistungsmotivierten Handeln in vier verschiedene Altersabschnitte:

„[1.] *Der Säugling (0 bis 0,5 Jahre) (...). Das Bedürfnis nach motorischer Aktivität steht im Vordergrund.*  
[2.] *Diese motorische Aktivität ermöglicht (...)* dem Kleinkind (etwa 0,5 bis 1,0 Jahre), mit Gegenständen umzugehen und die Effekte solchen Handelns vorwegzunehmen, (...) In diesem Abschnitt dominiert deshalb die »Effektivitätsmotivation«.

[3.] *Danach beginnt das Kind (etwa 1,0 bis 3,0 Jahre), sich zunehmend für das Neue zu interessieren (Neugierverhalten), seine Umwelt aktiv zu erkunden (Explorationsverhalten) und zu bewältigen (Kompetenzverhalten) (...).*

[4.] (...) zeigt sich im Phänomen des `Selbst-machen-Wollens`, wenn Kinder (etwa 2,0 bis 3,0 Jahre) (...) vieles selbst ausführen wollen, obwohl es ihnen nicht gelingt. Sie lernen (...) ihre eigenen Kompetenzen zu beurteilen und den Handlungseffekt auf die eigenen Fähigkeiten in selbstverantwortlicher Weise zu beziehen. Damit ist der Übergang zum Leistungsmotivsystem gegeben.“<sup>243</sup>

Die Entwicklung der Leistungsmotivation ist weitgehend am Ende der Kindheit stabilisiert.

Die Motivation zur Leistung kann unterteilt werden in:

a) „Hoffnung auf Erfolg“<sup>244</sup> und

b) „Furcht vor Misserfolg“<sup>245</sup>.

Bei erfolgsmotivierten Personen ist a) mehr ausgeprägt, sie setzen sich realisierbare Aufgaben und Ziele und wählen mittlere Schwierigkeitsgrade<sup>246</sup>. Personen, die misserfolgsmotiviert sind, haben vorwiegend Furcht vor dem Misserfolg. Im Vergleich zu ihren Möglichkeiten setzen sie sich „(...) entweder zu hohe oder zu niedrige Ziele (...).“<sup>247</sup>. An dieser Stelle spielt es nach Eysenek<sup>248</sup> eine Rolle wie der Mensch sich selbst subjektiv empfindet, ob er leistungsfähig oder leistungsschwach, optimistisch oder pessimistisch ist. Seine diesbezügliche Entscheidung auf Zielsetzung wird dadurch nicht unwesentlich beeinflusst. Wie sich Misserfolg- und Erfolgserlebnisse auf die Leistung und Motivation zur Leistung auswirken können, soll nachfolgende Abbildung verdeutlichen [(Abb. I.1.1); P. H.]. Baumann<sup>249</sup> sieht dieses System etwas anders, geht sie doch davon aus, dass manchmal das Auffallen durch besonderen Habitus wichtiger sein kann als Leistung. Misserfolge werden sogar billigend in Kauf genommen, weil z. B. für den Sportler die Anerkennung der Zuschauer größere Priorität hat. Sie sieht Leistungsstreben als Streben nach Anerkennung, durch die das Individuum seine Persönlichkeit erlebt. Dieses Streben kann wie eine Sucht werden. „Diese Verhaltensbedingungen gründen meist im Mangel an sozialer Anerkennung in der Kindheit (...) [was] zu nachholender Kompensation (...)“<sup>250</sup> führen kann. Persönliche und soziale Identität begründen hier ihre Interaktion<sup>251</sup>.

<sup>236</sup> Hillmann, Karl-Heinz 1998

<sup>237</sup> Janssen, Jan-Peters 1995

<sup>238</sup> Voigt, Dieter 1992

<sup>239</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 87

<sup>240</sup> Hofmann, Karl 1980

<sup>241</sup> Janssen, Jan-Peters 1995

<sup>242</sup> Gabler, H. 1980 in: Hofmann, Karl

<sup>243</sup> Hofmann, Karl 1980; S. 203 f.; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 87 f.

<sup>244</sup> Janssen, Jan-Peters 1995; S. 116; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 88

<sup>245</sup> Ebd.; S. 116; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 88

<sup>246</sup> Janssen, Jan-Peters 1995

<sup>247</sup> Ebd.; S. 117; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 88

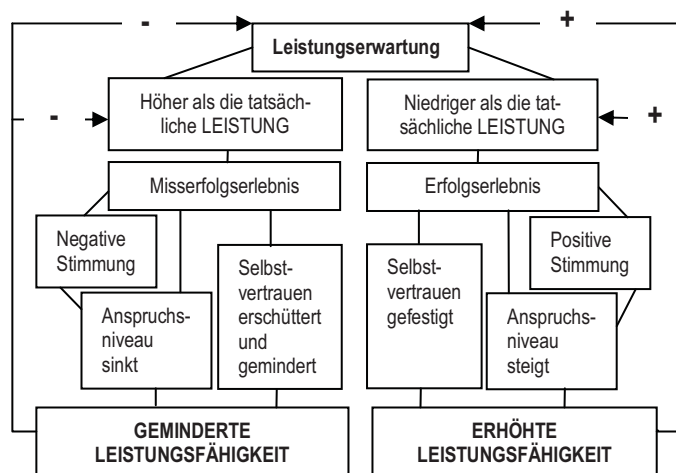
<sup>248</sup> Eysenek, H. J. 1989 in: Mummendey, Hans Dieter und Mielke, Rosemarie u. a. 1989

<sup>249</sup> Baumann, Sigurd 1993

<sup>250</sup> Ebd.; S. 41; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 89

<sup>251</sup> Baumann, Sigurd 1993

Diese Interaktionen dienen dagegen nach Dieckert<sup>252</sup> lediglich zur Steigerung und Maximierung von Leistung. Hinnahme von Misserfolgen, Show ohne Leistungsverknüpfung zwecks Steigerung der Anerkennung ist für ihn undenkbar. Soziale Anerkennung kann zwar Ziel der Leistungsmotivation sein, so Dieckert<sup>253</sup>, aber im Sinne von Selbstbestätigung und Selbstbefriedigung ist sie unabdingbar mit gezeigter Leistung verbunden.



[(Abb.: I.1.1); P. H.] Quelle: Kunath 2001, S. 27; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 89

Selbstbestätigung und Selbstbefriedigung bringen nach Lenk<sup>254</sup> Lust an Leistung, auch wenn der Erfolg noch auf sich warten lässt. Leistungsmotive sind individuell unterschiedlich ausgeprägt, werden beeinflusst von Lebensumständen, dem Temperament, von Vorbildern, Zielsetzungen, sozialer und sachlicher Umwelt u. v. m. Leistung hängt in unserer Leistungsgesellschaft jedoch auch von Belohnungen ab (z. B. ein Lob von Lehrern, Eltern, dem Partner, Freunden, Arbeitskollegen<sup>255</sup>), denn „[j]e schwieriger die Situation (...), um so enger ist der Zusammenhang zwischen Leistung und Belohnung und um so höher ist die Leistungsmotivation – vorausgesetzt, das Sozialsystem ist noch in der Lage, entsprechende Anreize zu bieten.“<sup>256</sup> Belohnung ist in diesem Kontext gleichgesetzt mit materiellen Dingen. Janssen<sup>257</sup> widerspricht dieser Aussage, denn seiner Meinung nach spielt Belohnung (in der materiellen Form) für Leistungsmotivierung keine Rolle, allein die Freude z. B. am Sport, egal wie das Ergebnis aussähe, sei Motivation genug.<sup>258</sup>

Wissenschaftler der Säuglingsforschung wie der Kinderarzt Dr. med. Hanus Papousek, seine Frau Mechthild, Alexander Gontard, Uwe Jürgen<sup>259</sup> und Tom G. R. Bower<sup>260</sup> haben im Laufe ihrer Experimente an Säuglingen und Kleinkinder bemerkt, dass den Babys Lernen Spaß macht, sie ihr Vergnügen am Lernen deutlich zeigen. Sie folgen z. B. bei Problemlösungen einem vorhersagbaren Emotionsmuster, was die Forscher an den unterschiedlichen Gesichtsausdrücken zu erkennen glaubten.

So berichtete Dr. med. Hanus Papousek von einem blind geborenen Säugling, der bei der Lösung eines Problems lächelte, wie alle sehenden Babys auch.

Probleme zu lösen und dabei zu lernen sind Gedankenspiele die Babys wie auch Erwachsenen Spaß machen, stellte Dr. med. Hanus Papousek fest. Durch immer wieder neue und interessante Anregungen lernt der Mensch von klein auf häufig aus Spaß am Lernen.

<sup>252</sup> Dieckert, J. in: Grube, Frank/Richter, Gerhard 1973

<sup>253</sup> Ebd.

<sup>254</sup> Lenk, H. in: Grube, Frank/Richter, Gerhard 1973

<sup>255</sup> Baumann, Sigurd 1993

<sup>256</sup> Voigt, Dieter 1992; S. 163; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 90

<sup>257</sup> Janssen, Jan-Peters 1995

<sup>258</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 87 ff.

<sup>259</sup> Dr. med. Hanus Papousek (1992; 2003) hat mit seiner Frau durch viele Forschungen zum Spracherwerb, Sprachförderung bei Säuglingen und Kleinkindern auch zum Wissen über Lernvorgänge usw. beigetragen.

<sup>260</sup> Bower, Tom G. R. (1965; 1966; 1979) ist durch zahlreiche Veröffentlichungen zur menschlichen Entwicklung u. a. der visuellen Lernfähigkeit bekannt geworden.

Man versuchte Babys mit Belohnungen für Experimente zu begeistern, stellte aber erstaunt fest, dass die Kinder auch ohne Belohnungen lernen wollten. Anscheinend war das Lernen, der Spaß am geistigen Training selbst, Belohnung genug<sup>261</sup>.

Inwieweit der Spaß am Lernen bei Heranwachsenden und Erwachsenen Belohnung in allen Lebensbereichen als Belohnung genügt, kann und muss an dieser Stelle infrage gestellt werden. Diesbezügliche Forschungen wären hilfreich, denn *„[g]egenwärtig scheint es nicht möglich, alle die notwendigen Bedingungen zu spezifizieren, die notwendig sind, um die höchsten und sehr komplexen Formen menschlicher Leistung zu erreichen, wie sie in Erfindungen oder ästhetischer Kreativität zutage treten. Wie bringt man einen Einstein oder einen Leonardo da Vinci hervor? Zweifellos hat das gegenwärtig verfügbare und für solche Fragen relevante Wissen seine ganz bestimmten Grenzen.“*<sup>262</sup>

### 1.2.3 Das Spiel

*„Das Spiel gibt dem Menschen, der von ursprünglichen aggressiven, gesellschaftsfeindlichen Trieben besessen ist, die Möglichkeit, sie auf unschädliche Weise abzureagieren.“*<sup>263</sup> Diesen psychologischen Aspekt machten sich schon die Griechen in der Antike (in der Hochblüte ihrer schriftlichen Kultur der Dramen von u. a. Aischylos, Sophokles oder Euripides um ca. 600-400 v. Chr.) zunutze. Ein- bis zweimal im Jahr gab es Theaterfestwochen, an denen das Volk teilnehmen musste, da der Staat ein therapeutisches Interesse daran hatte. Die vorgeführten Dramen hatten Züge von Extremsituationen<sup>264</sup> (wie z. B. die Geschichte des Prometheus) an denen das Volk Anteil nehmen sollte und durch das Miterleben wurde nach dem Drama vom Zuschauer der psychische Prozess der Auflösung, die sog. *Katharsis*<sup>265</sup> vom Staat erwartet<sup>266</sup>.

Eine – sozusagen – staatlich verordnete Form der Psychohygiene. Märchen haben diesen Effekt übrigens auch, sie sind spannungslösend, indem am Ende das *Gute* siegt. Die Katharsistheorie steht der Triebtheorie gegenüber, die Spiel als angeborenen Trieb sieht, der beim Heranwachsenden mehr und mehr durch Vernunft handeln ersetzt wird *„(...), jedoch als Spielvergnügen in mancherlei Beschäftigungen auch des Erwachsenenlebens noch wirksam bleibt.“*<sup>267</sup>

Für Sigmund Freud war das Spiel eine Leistung der Fantasie bzw. des Unterbewussten (der Psyche), um mit unangenehmen Dingen, Ereignissen oder Erlebnissen umgehen zu lernen<sup>268</sup>.

*„(...) die Phantasieleistungen verhelfen dazu, mit den Spannungen fertig zu werden. Die Phantasie verbessert die Geschehnisse, ergänzt sie und malt sie aus. Sie fügt sich den Wünschen und trägt über die verletzende Wirklichkeit hinweg.“*<sup>269</sup> Wobei er das Spiel des Kindes gleichsetzte mit den Träumen der Erwachsenen, beides habe einen Wiederholungscharakter *„(...) mit dem »Ziel«, das Gleichgewicht des seelischen Haushalts wiederherzustellen.“*<sup>270</sup> Andreas Flitner weist darauf hin, dass beim Spielen der Einfluss des Spielmilieus, der Spiellandschaft sich nicht unwesentlich auf die Form und Thematik des Kinderspiels auswirkt<sup>271</sup>, leider gibt es zu diesem Thema kaum hinreichende Studien.

Im therapeutischen Heilspiel von H. Zulliger mit Kindern werden Spiele z. B. häufig ins Freie verlegt. Er ging mit den Kindern meist spazieren und begann das Spiel an natürlichen Gegenständen, welche z. B. als Personen in das Spiel eingebaut (imaginiert) wurden. H. Zulliger spielte dabei mit, brachte neue Figuren (imaginierte Gegenstände) ein oder veränderte das Spiel so, dass die Kinder darauf eingehen konnten. Allerdings intervenierte er lediglich durch wenige Fragen und durch zur Verfügung gestelltes Material. Dabei stellte er fest, dass sich im Spiel sehr schnell eine Verbindung zur psychisch-proble-

<sup>261</sup> Vgl. Bower, Tom G. R. (1965; 1966; 1979)

<sup>262</sup> Gagné, Robert M. 1965; S. 25

<sup>263</sup> Flitner, Andreas 1982; S. 15

<sup>264</sup> Man vermied allerdings direkte Darstellungen von Inzest und Gewalt, nutzte eher die primäre Imagination (wie z. B. ein Schrei hinter der Bühne) und überließ es jedem einzelnen Zuschauer sich diese Szenen vorzustellen.

<sup>265</sup> Katharsis ist eine seelische Erschütterung, die als heilsam gilt.

<sup>266</sup> Blume, Dr. Horst-Dieter 1978

<sup>267</sup> Flitner, Andreas 1982; S. 14

<sup>268</sup> Ebd.

<sup>269</sup> Ebd.; S. 59

<sup>270</sup> Ebd.; S. 61

<sup>271</sup> Ebd.

matischen realen Lebenswelt des Kindes zeigte<sup>272</sup>. H. Zulligers Methode ist angelehnt an das Symbolspiel, einer der drei Hauptformen von Spiel zur Assimilation von Alltagssituationen im Kindesalter, die J. Piaget in seinem Buch „Nachahmung, Spiel und Traum“ beschreibt.

Im Symbolspiel wird ein nicht vorhandenes Objekt durch ein anderes ersetzt und es wird gehandelt als wäre das Ersatzobjekt das Reale. Ein Stock wird z. B. zu einer Waffe oder ein anderes Mal ersetzt er eine Angel. Das Symbolspiel enthält somit imaginierte Gegenstände und Aktionen, die losgelöst von der Realität nach eigenem Gutdünken genutzt werden können. So kann die reale Welt dem imaginierten Gegenstand angepasst werden und durch *an-statt-Handlungen* kann die Wirklichkeit besser verarbeitet und bewältigt werden<sup>273</sup>.

Das Spiel „(...) kann sowohl zur Spannung und Anregung des erlebnishungrigen Kindes als auch zur Verarbeitung und Entspannung, also zum Abbau überstarker Spannungseindrücke dienen; zum Aufrechterhalten also gleichermaßen wie zum Vermindern der »zentralen Funktionsaktivierung«.<sup>274</sup> Es enthält viele Varianten, des Einübens, der Entlastung, der Aneignung, des Einübens von Macht- und Kraftverhältnissen, seelische Festigung und Heilung sowie der emotionalen Einordnung von Beziehungen u. v. m. Das Spiel kann quasi als Reorganisation der bisherigen Wahrnehmung gesehen werden, als Lernprozess in einer Probehandlung.

„Damit gehört auch für die Psychoanalyse das Spiel zu den Assimilationsprozessen, die sukzessive zur kognitiv-emotionalen Bewältigung unverarbeiteter Erlebnisse führen.“<sup>275</sup>

Merkmale des Spiels sind nach Gerd E. Schäfer:

1. Es ist von äußeren Zwecken frei.
2. Es hat keine Zielvorgabe.
3. Es bildet einen speziellen z. T. auch individuellen Verhaltensbereich, den psychischen Raum.
4. Dieser Verhaltensbereich wird klar definiert und von anderen Bereichen abgegrenzt mit z. B. „Jetzt spiele ich.“
5. Es „(...) erzeugt seine Spannung und Motivation immer wieder aus sich selbst und hält diese so lange aufrecht, wie gespielt wird.“<sup>276</sup>
6. Es ist zeitlich begrenzt (Beginn und Ende), hat dadurch einen zeitlichen Raum.
7. Gegensätze und Widersprüche können im Spiel nebeneinander bestehen bleiben.
8. Es vereint Vorstellungskraft ebenso wie Fantasie.
9. Es hat eigene Gesetze, zusätzlich zu den bestehenden der Wirklichkeit.

„Weil Spiel keine Wirklichkeit ist, sondern eine Simulation der Wirklichkeit, (...), können (...) [Wünsche; P. H.] die Wirklichkeit verändern. So kann Neues entstehen.“<sup>277</sup>

In Hobbys von Erwachsenen spiegelt sich der Spaß am eigenen Handeln und Spielen wieder.

Die Rückkehr in eine vermeintlich heile Kinderwelt, denn das Hobby ist „(...) die Flucht in eine heile Welt des Spiels, also die Konstruktion eines Deutungsrahmens, der funktional für das eigene Wohlbefinden aber dysfunktional für die persönlichen Schwierigkeiten und die soziale Umwelt ist.“<sup>278</sup>

So entzieht sich der Hobbyist den oftmals nicht ganz so einfachen Themen des Kinderspiels, verdrängt oder vergisst was, weshalb und welche Themen im Kinderspiel u. a. bewältigt werden mussten.

Sozialaktionen können neben Arbeit auch Spiele sein, z. B. wenn sich unbekannte Menschen zu einem bestimmten Anlass treffen, ist der sog. *Small Talk* eine verbreitete, höfliche Spielart bzw. Interaktion, in der durchaus, im weiteren Verlauf des Gesprächs immer mehr individuelle Facetten zum Vorschein kommen können.

„Bei den Spielen handelt sich um eine Abfolge von – ihrem Wesen nach sich wiederholenden – verdeckten Transaktionen<sup>279</sup> mit einem genau definierten Spielgewinn.“<sup>280</sup>

<sup>272</sup> Zulliger H. 1952

<sup>273</sup> Piaget, J. 1969

<sup>274</sup> Flitner, Andreas 1982; S. 56

<sup>275</sup> Oerter, Rolf 1993; S. 177

<sup>276</sup> Schäfer, Gerd F. 2003; S. 75

<sup>277</sup> Ebd.; S. 75

<sup>278</sup> Oerter, Rolf 1993; S. 315

<sup>279</sup> Berne, Eric (1996) versteht unter verdeckter Transaktion, „(...) dass der jeweils Agierende vorgibt, das eine zu tun, während er in Wirklichkeit etwas ganz anderes tut (...)“ (ebd.; S. 40), was er „Schwindel“ nennt.

Rolf Oerter geht noch einen Schritt weiter und vergleicht Religion mit Spiel: *„Das allgemeinste Strukturmerkmal besteht bei beiden, Spiel und Religion, in der Konstruktion einer neuen Realität. Sie bildet den Deutungsrahmen für das jeweilige Handeln. Im Spiel konstruiert sich das Kind eine Realität, in der Selbst überhöht wird, Kontrolle ausgeübt wird und Handlungen nach seinem Gutdünken ausführen kann. Das Kind wählt ausdrücklich solche Deutungsrahmen, die eine Sinnerfüllung besonders gut gewährleisten. (...) In der Religion wird Realität ebenfalls als Deutungsrahmen konstruiert, der ausdrücklich den Sinn menschlicher Existenz interpretiert. (...) Die Freiwilligkeit der Unterwerfung ist im Spiel wie in der Religion gleichermaßen gegeben (...). Freiheit verleiht im Spiel und in der Religion der Deutungsrahmen. (...) So wie das Kind den Spielrahmen verlässt (...), verlässt der Religionsanhänger im Alltag den Deutungsrahmen der Religion, sofern dieser der Bewältigung des Alltags im Wege steht.“*<sup>281</sup>

Hierin gleichen sich Kinder und Erwachsene, beide können i. d. R. problemlos von der Realität des Spiels in die Realität des Alltags wechseln. *„Kennzeichnend für das Spiel ist die Gewissheit, dass die Entspannung auf die Spannung folgt. Als Beispiel können etwa die Fang- oder Versteckspiele dienen, die vom Kind abgebrochen werden – es lässt sich dann fangen oder finden –, wenn der Bogen der Erregung überspannt zu werden droht.“*<sup>282</sup> In diesem Moment tritt es ohne große Probleme aus dem Spielgeschehen in die Realwelt ein. Spiel ist eine Lebensbewältigungsstrategie, die Spaß macht, was oft zu jederzeit und meist ohne große Schwierigkeiten, benutzt werden kann.

Ralf Oerter zieht das Fazit, dass Kinder ebenso wie Erwachsene zur Bewältigung der Wirklichkeit und der damit verbundenen Lebensbewältigung Hilfskonstrukte in der einen oder anderen Form benötigen. *„Wir alle erinnern uns an Märchen, in denen durch bloßes Wünschen der Gang der Dinge geändert wird oder ein entfernter Gegenstand plötzlich herbeikommt. Dieses magische Wunschdenken, im Märchen oft unterstützt durch Zauberformeln oder bestimmten Hantierungen, gehört zum Erlebniszusammenhang des kleinen Kindes und findet sich in Restbeständen zum Beispiel auch noch beim Beten von Erwachsenen.“*<sup>283</sup> Es ist davon auszugehen, dass jeder Mensch, in jedem Alter, die eine oder andere Spielform benutzt, sich Weltanschauungen oder Erklärungsmodelle konstruieren, um Lebensbewältigung zu betreiben, denn *„Das Kind macht letztlich das, was Menschen generell mit der Realität tun, es konstruiert sie sich.“*<sup>284</sup> Viele Erwachsene lassen sich von Kindern zum Spielen animieren und können oft mühelos in die Fantasiewelt einsteigen<sup>285</sup>, was bedeuten würde, dass dieses Verhalten immer noch sehr präsent ist, was wiederum den Schluss zuließe, wenn es nicht in der einen oder anderen Art im Erwachsenenalltag genutzt würde, könnten Erwachsene mit Kindern weitaus weniger in deren Fantasiewelt eintauchen und mitspielen, als dies häufig der Fall ist.

*„Durch das Lernen in komplexen simulierten Situationen (Rollenspiel) soll den Lernenden die Vielschichtigkeit und Dynamik von Lebens- und Arbeitssituationen bewusst gemacht werden.*

*Die Lernenden werden unterstützt im Versuch, eine Situation aus verschiedenen Perspektiven zu analysieren, eigene Befindlichkeiten, Gefühle, Ziele, Wertvorstellungen zu konkretisieren und neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Dies geschieht in Aktion.“*<sup>286</sup>

Im Spiel wird Abstand gewonnen zur Wirklichkeit, zur eigenen Rolle oder zu fremden Rollen. Übernommene Rollen, auch die eigene können betrachtet, beurteilt, infrage gestellt, geprüft und interpretiert werden<sup>287</sup>.

Die Imagination in der sozialen Therapie erhebt den Anspruch als Spiel zu gelten, allerdings mit ernstem Hintergrund und u. a. mit Anteilen sowie z. T. veränderten Elementen der 'Kognitiven Verhaltenstherapie', dem Psycho- und Soziodrama und der Erlebnispädagogik.

*„Wenn man das Spielen als eine humane Grundfähigkeit anzusehen bereit ist, bedarf es kaum einer Rechtfertigung; es zu lernen und sich darin zu Hause zu fühlen, es über die Kindheit hinaus zu bewahren, ist ein hinreichend bedeutendes Ziel.“*<sup>288</sup>

<sup>280</sup> Ebd.; S. 40

<sup>281</sup> Oerter, Ralf 1993; S. 300 f.

<sup>282</sup> Flitner, Andreas 1982; S. 55

<sup>283</sup> Doehlemann, Martin 1985; S. 29

<sup>284</sup> Oerter, Ralf 1993; S. 305

<sup>285</sup> Doehlemann, Martin 1985

<sup>286</sup> Schaller, Roger 2006; S. 15

<sup>287</sup> Flitner, Andreas 1982

#### 1.2.4 Erkenntnisse gewinnen

Die Lerntheorien des Kognitivismus vereinen Kognition und Emotion, wobei das Lernen durch Einsicht zu den kognitiven Lernmodellen gehört. Im Behaviorismus wird angenommen, das Lernen durch das Reaktionsprinzip entsteht. Die Gestaltpsychologie z. B. geht jedoch davon aus, dass Denken und Lernen organisiert stattfinden wahrgenommene Reize entsprechend der momentanen Situation in Beziehung gesetzt, eingeordnet und strukturiert werden. Dem wäre hinzuzufügen, dass ein Mechanismus in der Gestaltpsychologie keine Beachtung fand, nämlich kein Wissen aus Geschehnissen der Vergangenheit, sowie damalige Varianten Situationen z. B. zu lösen in die Beurteilung und Bearbeitung der neuen Situation einfließt<sup>289</sup>.

Wenn Zusammenhänge zwischen z. B. einem Problem und der eigenen Situation erkannt werden, hat das Individuum wichtige Informationen der Einzelteile eines Problems wahrnehmen können<sup>290</sup>, kann es nun u. a. überblickt, verstanden, verarbeitet, eingeordnet und beherrscht werden. Es bildet sich eine Struktur, die im Rahmen des eigenen Verhaltensmodells sinnvoll erscheint, bestimmten Regeln und Gesetzmäßigkeiten folgt, was das Zurechtfinden in der Umwelt erheblich erleichtern kann. *„Neue Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung erkennen, neues Verständnis dafür gewinnen, welche Bedeutung Verhaltenssymptome gehabt haben, und die Struktur des eigenen Verhaltens begreifen – aus Lernen dieser Art besteht Einsicht. (...) Erlern werden tiefe emotionale Zusammenhänge und keine gedanklichen Inhalte (...)“*<sup>291</sup>

Einsichten gewinnen gehört zu den kognitiven Verhaltensweisen wie Gedächtnis, Lernen, Sprache u. v. m. Der Begriff der Kognition ist ein Oberbegriff, der alle Funktionen, Fähigkeiten und Vorgänge psychischer Art zusammenfasst, die dem Menschen ermöglichen Wissen, durch Wahrnehmen, denken, erkennen, vorstellen und urteilen, über seine Umwelt und sich selbst zu erlangen<sup>292</sup>.

*„Viele Leute leben nicht, sie existieren nur. (...) Die Verhältnisse ändern heisst, dass wir uns selbst ändern müssen. Bewusstwerdung ist eine Perfektion (...)“*<sup>293</sup>

Erkenntnisvermögen ist die Fähigkeit Erkenntnisse/Einsichten durch *„(...) geistige Verarbeitung von Eindrücken u. Erfahrungen (...)“*<sup>294</sup> zu gewinnen. Einsicht hat mit Wahrnehmungen unterschiedlicher Art und Erfahrungen zu tun und das Lernen durch Einsicht erzielt i. d. R. dauerhafte Lernerfolge<sup>295</sup>.

*„Einsicht beinhaltet die Reorganisation des Wahrnehmungsfeldes. Sie besteht im Erkennen neuer Beziehungen. Sie ist die Integration von angesammelter Erfahrung. Sie bezeichnet die Reorientierung des Selbst.“*<sup>296</sup>

Dabei spielt die Einbindung von Sprache eine erhebliche Rolle.

*„(...) [Sprache kann dabei als Hauptfaktor der Beratung verbal und nonverbal; P. H.] in unterschiedlicher Art zum Ausdruck kommen (leise, laut, wütend, liebevoll usw.) und kann Verhalten ebenso auch Konsequenzen verbaler und/oder nonverbaler Art auslösen“*<sup>297</sup>.<sup>298</sup> *„Wie bei den nichtverbalen Reizen sind nicht alle Reaktionen auf verbale Reize operant. Wenn beispielsweise ein gesprochenes Wort mit einem Reiz gepaart wird, der vegetative Reaktionen hervorruft (z. B. ein Elektroschock), kann auch das Wort selbst zur Auslösung dieser Reaktion verwendbar werden. Dieses Phänomen, das zuweilen semantische Konditionierung genannt wird (...), ist ein sprachliches Äquivalent der klassischen oder respondenten Konditionierung nichtverbaler Reaktionen.“*<sup>299</sup>

---

<sup>288</sup> Ebd.; S. 120

<sup>289</sup> Gagné, M. Robert 1965

<sup>290</sup> Bodenmann, Guy 2004

<sup>291</sup> Rogers, Carl 1972; S. 159

<sup>292</sup> Zeier, Hans (Hrsg.) 1984

<sup>293</sup> Daco, Pierre 1998; S. 356

<sup>294</sup> Duden 2001; S. 484

<sup>295</sup> Bodenmann, Guy 2004

<sup>296</sup> Rogers, Carl 1972; S. 187

<sup>297</sup> Mackintosh, Nicolas J. 1984 in: Zeier, Hans; S. 153-374

<sup>298</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 98

<sup>299</sup> Mackintosh, Nicolas J. 1984 in: Zeier, Hans; S. 359; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 98



In der 'Integrativen Gestalttherapie'<sup>300</sup> werden ebenso wie in der 'Imaginativen sozialen Therapie' für die Klienten Erkenntnisgewinn und Einsicht über verbale und nonverbale Sprache, teilweise oder hauptsächlich verbunden mit Handlungen, möglich gemacht.

*„Wir sind es, die Erkenntnisse herstellen, produzieren. Und das tun wir, wenn wir den gegebenen Daten-Input, den flow of information, die sinnliche Mannigfaltigkeit strukturieren bzw., mit Kant gesprochen synthetisieren. Wir sind aktiv aber auch da, wo wir mit Frege gesprochen, Gedanken zwar nicht produzieren, aber doch fassen. Ohne unsere Fassungshandlung bliebe der Gedanke unentdeckt und unerkannt, erst durch das Fassen des Gedankens erwächst uns eine Erkenntnis.“<sup>301</sup>*

Für das Fassungsvermögen sind, neben dem Hauptfaktor Sprache, ebenso visuelle, haptische, akustische (wie z. B. Musik und Umgebungsgeräusche) und andere Eindrücke wichtig und verhelfen in ihrer Gesamtheit zum Erkenntnisvermögen<sup>302</sup>.

*„Die Realität stellt für den Menschen in dem Moment Praxis dar, in dem er mit seinen Handlungen in sie eingreift, sie nach den Bedürfnissen zu formen versucht oder sie in seinen Gedanken mehr oder minder produktiv verarbeitet. Ein bewusstes Theorie-Praxis-Verhältnis ist für die Erkenntnis entscheidend (...).“<sup>303</sup>* Dies bedeutet, dass der Nutzen von Sprache Erkenntnisgewinn ebenso bewirkt wie die methodischen Handlungen die in Therapien bewusst oder unbewusst und zielgerichtet angewandt werden. Handlungen bewirken, dass Klienten Entscheidungen treffen müssen und so evtl. zu neuen Erkenntnissen und Erfahrungen<sup>304</sup> gelangen.<sup>305</sup>

*„Erkenntnis ist in Handlungszusammenhänge und Tätigkeiten in Raum, Zeit und soziokultureller Struktur (Gesellschaft) gebunden, (...) an bestimmte Methoden oder Mittel, die das Subjekt in der Erkenntnistätigkeit einsetzt, gebunden.“<sup>306</sup>*

*„In der Beratung beinhaltet Einsicht im Allgemeinen die Wahl zwischen Zielen, die sofortige und zeitweilige Befriedigung geben, und Zielen, die spätere und dauerhafte Befriedigung bieten. (...) Einsicht beinhaltet Entscheidungen, die nur der Klient allein treffen kann. Wenn der Berater diese Einschränkung voll erkennt und imstande ist, die Probleme klären zu helfen, ohne die Entscheidungen zu beeinflussen, dann vergrößert er dadurch die Wahrscheinlichkeit, dass die Entscheidung konstruktiv ist und dass positive Handlungen der Durchführung dieser konstruktiven Entscheidung unternommen werden.“<sup>307</sup>*

---

<sup>300</sup> „F. S. Perl (1893-1970) begründete die Gestalttherapie u. a. unter Nutzung von Freuds psychoanalytischen Arbeiten und den Arbeiten des Neurophysiologen Goldstein, den er 1929 in Frankfurt kennenlernte. Perl ließ in seine Gestaltpsychologie Techniken, die aus dem Psychodrama bekannt sind, wie z. B. der »leere Stuhl«, einfließen und eröffnete ein Kibbuz in welchem nach der Theorie der Gestaltpsychologie zusammengelebt und gearbeitet wurde. In der Erweiterung dieser Therapie, so Chirazi-Stark, Bremer und Esterer (2002) wird das Individuum als Teil seiner Umgebung und Umwelt gesehen, das in ständiger Interaktion mit seinem sozialen Umfeld steht, agiert und reagiert. Durch den leeren Stuhl wird es nun möglich die Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft im direkten Kontakt mit Leib und Seele zu erleben. Die 'Integrative Gestalttherapie' sieht den Menschen als Einheit aus Seele, Geist und Leib und handelt danach, so die Autoren. Die Therapie wird auf den einzelnen Klienten individuell abgestimmt, die Bedürfnisse desjenigen stehen im Mittelpunkt. Therapeut und Klient entscheiden gemeinsam, welche Methoden und Techniken angewandt werden, um Blockaden im Lebenslauf oder eingeschränkte Sichtweisen zu beheben und das Repertoire an Verhalten zu erweitern.

In Amerika haben sich zwei Therapierichtungen, der Ost- und der Westküstenstil, entwickelt. Der Ostküsten-Stil beinhaltet hauptsächlich die Arbeit mit Klientenbiografien, der Westküsten-Stil stellt Übungen und Erleben zumeist in Gruppen durch kreative Techniken oder Rollenspiele in den Fokus der Arbeit mit den Klienten.

Die 'Integrative Gestalttherapie' in Deutschland beinhaltet beide Stile. Es wird verbal und nonverbal gearbeitet, es werden Sinn-erfahrungen und Einsicht durch Körpertherapie und Bewegungstherapie vermittelt, emotionale Erfahrungen durch Schaffen von Vertrauen emotional nachsozialisiert, Erlebnisse im eventuell sozial verarmten Umfeld durch Gruppenarbeit geschaffen und die Entfaltung der Persönlichkeit durch kreative Methoden und Techniken sollen dabei erarbeitet werden.

Der Klient erfährt Solidarität in der Gruppe durch z. B. Rollenspiele und durch den Therapeuten, der bei Alltagsproblemen wie z. B. familiären Schwierigkeiten, Finanznöten usw. praktisch helfend zur Seite steht.“ (Chirazi-Stark/Sadre, Fritz-Michael/ Bremer, Fritz/Esterer, Ingeborg 2002; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 93 ff.)

<sup>301</sup> Mackintosh, Nicolas J. 1984 in: Zeier, Hans; S. 32; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 99

<sup>302</sup> Reich, Kersten 1978

<sup>303</sup> Ebd.; S. 30; et al. Hempel, Petra 2008; S. 99

<sup>304</sup> Alfred Schütz hat in seinem Buch „Relevanz und Handeln 1“ (In: Elisabeth List 2004), Erkenntnisgewinn mit Gewinn an Erfahrung durch Handeln definiert.

<sup>305</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 99 f.

<sup>306</sup> Schütz, Alfred 2004; In: Elisabeth List; S. 26; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 99 f.

<sup>307</sup> Rogers, Carl 1972; S. 190

Beginnen die Klienten zu handeln oder anders und neu zu handeln, sind nach Carl Rogers „[s]olche Handlungen (...) in der Tat ein Beweis für die Echtheit der erlangten Einsicht. (...) In der beratenden Praxis gehen solche positiven Schritte fast immer mit neu gewonnener Einsicht einher.“<sup>308</sup>

### 1.2.5 Bezug zur Imaginativen sozialen Therapie

Erwachsenen ist das Spiel der Kinder in manchmal abgewandelter und veränderter Form nach wie vor noch präsent, sie können sich in surreale Fantasiewelten begeben. Dieses Können nutzt die 'Imaginative soziale Therapie', setzt es voraus.

Durch die teilnehmende Beobachtung des Beraters/Therapeuten während der Imagination (in einer konkreten Situation) erhält dieser die Möglichkeit den Klienten besser einschätzen zu können, die Persönlichkeit mit ihren Problemen aber auch Bearbeitungsressourcen durch gemeinsames, spielerisch anmutendes Erleben und Handeln einzuordnen<sup>309</sup>. „Unter den verschiedenen Aspekten der Person gewinnt das »Erleben« (experiencing) für die Therapie besondere Bedeutung, was vor allem durch die Schriften von G. Gendling unterstrichen wird. Dabei zeichnet sich die Möglichkeit ab, durch verstärkte Hinwendung auf das Erleben den Therapieverlauf günstig zu beeinflussen.“<sup>310</sup>

Die Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie' enthält nach Gerd E. Schäfer alle Merkmale des Spiels (s. Kapitel I.1.2.3)<sup>311</sup>. Reales wird während der Imagination für die und durch die Klienten selbst überdeckt. Dazu werden reale Gegenstände, Materialien oder natürliche und künstliche Räume klientenspezifisch imaginiert, verfremdet und die Klienten können sich fernab der Realität einbringen.

„Spielende setzen sich über diese verbindliche Realität hinweg und konstruieren eine neue Realität, die ihren momentanen Bedürfnissen und Zielsetzungen entspricht und deren Erfüllung zulässt.“<sup>312</sup> Sie werden in den jeweiligen Imaginationen handelnde Spieler, die kreativ innerhalb vorgegebener Rahmenbedingungen gestalten können. Da das Spiel Freiwilligkeit enthält, ist die Freude am Spiel die Motivation es zu tun, entsprechend eigene Leistung zu erbringen, meist mit der Aussicht auf Gewinn „(...) (wie ein angenehmeres Leben führen zu können, die Lösung von Problemen, emotionale Verbesserungen, sich weiterentwickeln, nicht mehr in der Krise zu verharren oder das Erreichen von Lust am Leben) [gekoppelt, P. H.].“<sup>313</sup>

„Auf die Klienten in der Beratungspraxis bezogen bedeutet dies, sie haben ein Motiv<sup>[314; P. H.]</sup> eine Praxis aufzusuchen. [Um durch Interventionen von Berater/Therapeut Lernerfolge; P. H.] erzielen zu können, muss sich die Motivation der Klienten ändern, was dann wiederum die Handlung ändert. So ist die 'Imaginative soziale Therapie', auch bedingt durch das Einbeziehen der Zukunft, eine Methode in der Neugier für das Entdecken von etwas Neuem und Unbekanntem geweckt wird, Perspektivenwechsel und Motivationswechsel beim Klienten erreicht werden kann.“<sup>315</sup>

Die Imagination enthält u. a. a) den Reiz des unbekanntem Spiels durch den die Reaktion bewirkt wird mitspielen zu wollen, b) viele Komponenten des Spiels (s. Kapitel I.1.2.3), welches c) die, aus dem Sozio- oder Psychodrama integrierten Varianten, das kognitive Verhalten anspricht. Folgende relevanten Aspekte aus a), b) und c) sind wie folgt in die 'Imaginative soziale Therapie' eingeflossen:

- Die Imaginationen üben auf die Klienten einen besonderen Reiz aus, den Reiz des neuen und unbekanntem Angebots bzw. einer Art Spiels. Und noch ein Punkt dürfte eine Rolle spielen, die Klienten werden mit ihren mehr oder weniger komplexen direkten Problemen spielerisch konfrontiert, was einen intellektuellen Reiz darstellt, der dazu motiviert Lösungen entwickeln zu können bzw. zu wollen<sup>316</sup>.

<sup>308</sup> Ebd.; S. 188

<sup>309</sup> Thiersch, H. 1977

<sup>310</sup> Rogers, Carl 1983; S. 11

<sup>311</sup> Schäfer, Gerd E. 2003

<sup>312</sup> Oerter, Rolf 1993; S. 9

<sup>313</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 90

<sup>314</sup> I. d. R. besteht das Motiv etwas ändern zu wollen darin, dass sie in irgendeiner Form (seelisch, physisch oder psychisch) leiden.

<sup>315</sup> Hempel, Petra 2008; S. 87

<sup>316</sup> Oerter, Rolf 1993

- Durch das Überdecken der Wirklichkeit im *Spiel* durch die Imagination gewinnt der Klient die Distanz zu sich und seiner Situation. Kognitives Verhalten wird in Gang gesetzt, der Klient kann sein Leben oder Sequenzen daraus bewusster wahrnehmen, kann es/sie sich vorstellen, es/sie erkennen, darüber urteilen, nachdenken, sprechen usw. und es können dadurch mitunter psychische Problemthemen zutage treten, die bisher verdrängt waren. Wie in der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' lässt die 'Imaginative soziale Therapie' durch die imaginative Spielweise zu, dass der Klient seine erreichbaren Informationen und Einflüsse unvoreingenommen betrachten und Schlüsse daraus ziehen kann<sup>317</sup>. Es ist anzunehmen, dass Klienten die z. B. soziale Probleme oder Probleme im Umgang mit den gesellschaftlichen Verhältnissen haben, im Bereich des Einsichtsvermögens behindert sind oder sich behindern, was sich negativ auf die Lernbereitschaft und Verhaltensänderung auswirkt. *„Die soziale Umwelt besteht aus jenen funktionalen Reizen, die von Menschen geschaffen werden; (...).“*<sup>318</sup> Wenn Menschen auf diese Reize nur unzulänglich mit sozialem Lernen reagieren, sind sie *„(...) unfähig, in der Gesellschaft für sich selbst zu sorgen; sie werden in manchen Fällen »autistisch« genannt.“*<sup>319</sup>
- Die 'Imaginative soziale Therapie' macht diese *Behinderung* oder, wie in der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' von A. T. Beck z. B. benannt, kognitiven Fehler – zumeist Denkfehler – bewusst<sup>320</sup>. Sie ermöglicht durch die Imagination eine Konfrontation mit bisherigen Affekten und Kognitionen, stellt sie infrage, ermöglicht Neudefinitionen und erschließt neue Ressourcen.
- T. Beck geht von negativen, fehlangepassten und einseitigen Betrachtungs- und Denkmustern und sich daraus automatisch bildenden Gedanken aus. Er entwickelte diese nachweislich erfolgreiche Therapiemethode zuerst für depressive, später für phobische, panische und auch essgestörte Patienten. Diese Therapie ist darauf ausgerichtet zielgerichtet affektive Verhaltensstörungen zu korrigieren und ebenso zielorientiert bestimmte Symptome zu reduzieren. In der 'Imaginativen sozialen Therapie' wird nicht zielgerichtet und symptomminimierend interveniert, sondern dem Klienten ermöglicht Lebenssequenzen mittels der Imagination, neu und anders zu erleben, um daraus Folgerungen für sich ziehen zu können. Was er daraus lernt und welche Verhaltensänderungen er dadurch aus eigenem Antrieb entwickelt, bleibt ihm überlassen, der Berater/Therapeut ist dabei lediglich der Begleiter, der Denkanstöße gibt, und neue Sichtweisen ermöglicht. Dies entspricht dem Anliegen der 'Sozialen Arbeit' und der 'Sozialen Therapie', Empowerment zu ermöglichen.

Die 'Imaginative soziale Therapie' ähnelt von der inhaltlichen Thematik her dem Spiel des Psycho- oder Soziodramas. In der Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie' werden Alltagssituationen, ebenso wie Themen aus dem sozialen Umfeld, als auch Themen psychischer Art, je nach Fall integriert. Der Aspekt des Symbolspiels, des Soziodramas, findet sich in der 'Imaginativen sozialen Therapie' insofern wieder, als das in den Imaginationen z. B. *„(...) der Gegenstand (...) merkwürdige Wandlungen durch macht und im Handlungsbezug nicht mehr das zu sein scheint, was er ist.“*<sup>321</sup>

Im Soziodrama werden vorrangig Alltagssituationen, mithilfe von dazu eingesetzten, imaginierten Gegenständen, zur Einübung, Verarbeitung und Integration in Spiel umgesetzt. Wobei in der Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie' individuell und biografisch vorgegangen wird, Situationen nicht eingeübt, verarbeitet und integriert werden sollen, sondern – je nach Klient – soziale ebenso wie berufliche, physische und psychische Themenbereiche inklusive der Vergangenheit, Gegenwart bewusst gemacht werden und in eine denkbare Zukunftsgestaltung einmünden sollen.

---

<sup>317</sup> Beck, A. T. 1999

<sup>318</sup> Gerwitz, Jacob L. 1984 in: Zeier, Hans; S. 376

<sup>319</sup> Ebd.; S. 377

<sup>320</sup> Beck, A. T. 1999; Beck hat die 'Kognitive Verhaltenstherapie' vorrangig für depressive Patienten entwickelt. Er ging davon aus, dass der Patient von sich selbst ein negatives Selbstbild entworfen hat, dem alle gemachten und ebenso neuen Erfahrungen angepasst werden. Dieses Schema der kognitiven Einordnung, Bewertung und Wahrnehmung usw. münden nach Beck in fehlerhafte Verarbeitungen von Informationen. Besonderes Augenmerk richtet Beck dabei auf den Inhalt der negativen Gedanken, die er beim Patienten in sechs Schritten korrigieren möchte.

<sup>321</sup> Oerter, Rolf 1993; S. 4

Sara Smilansky (1968) hat in ihren Untersuchungen zum Soziodrama bei Einwandererkindern sechs Kennzeichen des Soziodramas herausgearbeitet, die in die Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie' in ähnlicher Weise einfließen:

1. Eine Rolle wird übernommen [in der Imagination die eigene; P. H.].
2. Die Realität wird fiktiv verändert.
3. Fiktive Handlungen finden verbal oder in Andeutungshandeln statt.
4. Die Rolle wird mind. 10 Minuten gespielt, was Kontinuität bedeutet.
5. Es findet ein Zusammenspiel von mind. zwei bis drei Personen statt (in der Imagination sind es Klient und Berater/Therapeut, der allerdings nur die dargestellte Situation und die dazugehörigen Gegenstände imaginiert, Gedanken des Klienten wertfrei aufnimmt und sich an der Imagination nicht aktiv beteiligt).
6. Verbalisierung des Spielgeschehens, der Rollenidentität und des weiteren Spielverlaufs<sup>322</sup>.

Diese Spielart animiert zum Dialog, motiviert rollengetreu zu agieren und sichert durch das verbale Miteinander den Fortgang des Spiels.

*„Es gibt so viele Arten des Lernens, wie es unterschiedliche Bedingungen des Lernens gibt. (...) [M]an [muss] zuerst die inneren Leistungsmöglichkeiten des Lernenden beachten, danach die Reizsituation außerhalb des Lernenden. Jede Lernart geht von einem spezifischen »Punkt« innerer Leistungsmöglichkeit aus und erfordert wahrscheinlich auch eine spezifische äußere Situation für ihren effektiven Vollzug.“*<sup>323</sup> Hierzu gehört sich möglichst genau auf den Klienten und seinen individuellen Fall einzustellen, ihn in denkbar vielen Bereichen erfassen zu können (s. Kapitel I.2.), um eine entsprechende Imagination entwickeln zu können, die Einsichtsvermögen beim Klienten hervorruft, was dann den Weg für Lernvorgänge und Verhaltensänderungen ebnet.

Das Psychodrama, eine Methode der Gruppenpsychotherapie<sup>324</sup>, entwickelt von J. L. Moreno (1959)<sup>325</sup>, hat das Ziel ein im Rollenspiel erarbeitetes neues Verhaltensmuster in die eigene Rolle zu übertragen.

Das Spiel besteht aus dem Klienten als Hauptdarsteller (Protagonist), dem vom Klienten ausgewählten Spielleiter (seinem „Hilfs-Ich“), seinem selbst gewählten therapeutischen Thema (Psychodramabühne), einem Therapeuten, einer Assistentin und den Zuschauern (ca. 8-12 Personen), die entsprechend in das Geschehen des Rollenspiels eingreifen können. Durch das nochmalige, detaillierte Erleben (Techniken der Dopplung<sup>326</sup>, des Rollentauschs, Spiegeln und dem Therapeuten als deutenden Rückmelder) einer z. B. psychisch belastenden Situation im Zusammenspiel mit der Gruppe, dem erneuten Ausleben dazugehöriger, zumeist intensiver Emotionen soll sich eine Katharsis entwickeln. Ziel ist dabei im Spiel beim Protagonisten im direkten Handeln Spontaneität, Aktivität und Kreativität anzuregen und zu integrieren, damit sich dieser aus seinen festen Rollenstrukturen durch spontane, kreative, aber angemessene Reaktion befreien kann, was ihn dann wiederum befähigen soll dies in sein Alltagshandeln umzusetzen<sup>327</sup>. Im Psychodrama werden dem Protagonisten ermöglicht eigene Potenziale zu entdecken. Innerseelische und zwischenmenschliche Konflikte sollen dadurch gelöst, psychische wie psychosomatische Störungen geheilt werden und Handlungsspielräume ebenso wie soziale Fähigkeiten erprobt, erweitert und gefördert werden.

Im Gegensatz zum Soziodrama soll nicht rollentreu agiert werden, sondern die eigene Rolle infrage gestellt und bisheriges Handeln direkt verändert werden. Letzteres ist in der 'Imaginativen sozialen Therapie' dem Psychodrama ähnlich, allerdings werden Handlungen nicht direkt während der Imagination eingeübt.

<sup>322</sup> Smilansky, Sara 1968

<sup>323</sup> Gagné, Robert M. 1965; S. 24

<sup>324</sup> Das Psychodrama wurde zwar als Gruppentherapie entwickelt, findet aber ebenso mit Paaren oder Familien oder als Monodrama mit Einzelpersonen statt.

<sup>325</sup> Moreno, Jakob Levy 1959

<sup>326</sup> Dopplung bedeutet, dass hinter dem Protagonisten ein Mitspieler steht, der sich in das Geschehen einfühlt und dem Protagonisten seine Wahrnehmung, seine Emotionen zum Geschehen zuflüstert. Der Protagonist kann dann überlegen, ob er das Gehörte in das Spiel integrieren möchte oder nicht. Wenn nicht, schüttelt er den Kopf, andernfalls baut er es umgehend in das Spielgeschehen ein (ebd.).

<sup>327</sup> Ebd.

In der 'Imaginativen sozialen Therapie' wird mitunter die eigene Rolle übernommen oder an einen imaginierten Gegenstand abgegeben, werden belastende Themen und psychisch belastende Dinge sowie andere Personen mit Gegenständen imaginiert, um

- a) aus der Distanz heraus zu beobachten,
- b) Situationen, Erlebnisse usw. spürbarer werden zu lassen,
- c) an seinem imaginierten Selbst oder
- d) direkt im Geschehen intervenieren und handeln zu können.

Im Mittelpunkt der Imagination steht, wie im Psychodrama, der Klient und weniger das Verbalisieren, eher das Handeln. Das Thema, das Motiv der Imagination, gibt im Gegensatz zum Psychodrama der Berater/Therapeut vor, der sich allerdings in der Hauptsache im Hintergrund hält.

Durch die Wahl des Imaginationsmotivs soll der Klient angeregt werden seine bisherige Rolle und Handlungsweise zu überdenken, was auch Intention des Psychodramas ist. Ebenso wie im Psychodrama soll der Klient in der 'Imaginativen sozialen Therapie' angeregt werden im Bereich der Zukunftsentwicklung und -gestaltung spontan, kreativ, aktiv und angemessen zu entwickeln, seine eigenen Potenziale entdecken und in Handlung umsetzen. Wobei in der Imagination dies nur durchgespielt, nicht eingeübt wird, denn die 'Imaginative soziale Therapie' erhebt keinen psychotherapeutischen Anspruch. Zudem wird der Klient bei der 'Imaginativen sozialen Therapie' weder durch Mitspieler (da sie keine Gruppentherapie ist), noch durch den Berater/Therapeuten in seinen Denkweisen und Handlungen beeinflusst, korrigiert, berichtigt, gewertet o. ä., wie dies während des Psychodramas der Fall ist. Zudem werden psychisch belastende Situationen während der Imagination nicht bis ins Detail vertieft und wiederholt. Doch wenn möglich werden sie gezielt durch die Motivwahl der Imagination angesprochen, wenn sie unvermittelt hervorbrechen, werden sie zugelassen, erhalten ihren Raum und sind durchaus erwünschte Reaktionen auf die Imagination.

Nach Ernst Kretschmer ist ein Heilungsvorgang in der Psychotherapie im Wesentlichen affektdynamisch und der Therapeut erreicht dies „(...) durch das viel vertieftere Eingehen auf die komplizierten Verstrickungen in der höheren Persönlichkeit – und zwar nicht auf dem Weg einer rationalistischen intellektuellen Belehrung, sondern dadurch, dass der Patient durch das verwirnte Labyrinth seines Innenlebens unter schrittweise Auflösung seiner Probleme so geführt wurde, dass er bei aller ruhiger Sachlichkeit doch das einführende Verständnis und die mitmenschliche Wärme ein wenig durchspürt, mit der er geführt wird, und unter der das durchdringende Misstrauen, das ihn vergiftete, allmählich schwindet; wobei er zuletzt in vertieften Gesprächen in eine für ihn passende, gesunde Lebensschau hineingeführt wird.“<sup>328</sup> Die „gesunde Lebensschau“ beginnt in der 'Imaginativen sozialen Therapie' nach der Imagination, in Form von klientenzentrierten Beratungsgesprächen, die Verarbeitung und Umsetzung des in der Imagination zutage getretenen statt. Es wird immer wieder, sei es vom Klienten oder Berater/Therapeuten auf das Erlebte während der Imagination zurückgegriffen, Vergleiche werden möglich und neue Ideen können entwickelt werden, die dann vom Klienten selbstständig in den Alltag integriert werden.

In Anbetracht dessen, dass Erkenntnis bei dem Klientel nicht durch rein sprachliche Vermittlung zu dauerhaften Veränderungen führt und zur sozialpädagogischen Beratung auch zählt Handlung zu trainieren<sup>329</sup>, impliziert dies die 'Imaginative soziale Therapie'

1. durch die Imagination,
2. der daraus vom Klienten entwickelten Neu- und Zielorientierung,
3. der schrittweisen Umsetzung des Erarbeiteten in den Folgesitzungen und
4. der Begleitung und Unterstützung durch den Berater/Therapeuten auch in Alltagssituationen.

<sup>328</sup> Kretschmer, Ernst 1963; S. 171

<sup>329</sup> Thiersch, H. 1977

## 2. Erkennen von Körpersprache, Sprach- und Verhaltensmuster und die Erfassung in Form von standardisiertem Material

„Der Sinn einer Kommunikation ist für den Empfänger die Reaktion, die sie bei ihm auslöst, ungeachtet dessen, was der Kommunikator beabsichtigt haben mag.“<sup>330</sup>, so eines der Grundprinzipien des Neuro-linguistischen Programmierens (NLP).

„[Wir] erfahren und erleben über verbale und nonverbale Sprache nicht nur das Wort an sich, sondern eine ganze Reihe von Empfindungen, die in Sprache inkludiert sind. Z. B. durch die Art und Weise wie, wo und in welchen sozialen und/oder nicht-sozialen Umweltbeziehungen verbale und nonverbale Sprache stattfindet, ihre Bedeutung findet. Hoguebe<sup>331</sup> formuliert in ähnlicher Weise. Selbst wenn etwas nicht gesagt wird, aber fühlbar vorhanden ist, wird es nach außen in Form von Verhalten, Gestik und Mimik unbewusst kundgetan, sodass der Gegenüber präkommunikativ die Gedanken und/oder Gefühlslagen des anderen erfassen kann. So sind Verhalten, Gestik und Mimik sichtbar gemachte Gedanken [und Erfahrungen; P. H.] die in Reden, Hören und in nonverbaler Sprache, mit dem Gegenüber kommunizieren.“<sup>332</sup> „In Gefühlen existieren wir schon interpretiert und interpretierend zugleich, sind wir uns selbst, ist uns alles schon wortlos bedeutungsvoll. (...) denn wir beginnen schon zu erkennen, wenn wir nur **sind**; dunkel zwar und impressiv, aber erstfündig und vorspränglich (...) einen Bedeutungsvorsprung (...) den wir sprachlich letztlich auch nicht mehr einholen können.“<sup>333</sup> Hinzuzufügen wäre, dass „[r]und 80 Prozent der menschlichen Kommunikation (...) nonverbal statt [-findet; P. H.]“<sup>334</sup>

In der verbalen, aber hauptsächlich in der nonverbalen Art und Weise der Kommunikation offenbart sich der Mensch dem Gesprächspartner, indem er Sachinhalte gleichermaßen von sich gibt, als auch Beziehungsaussagen<sup>335</sup>, diese können kongruent oder inkongruent sein. Ein Beispiel zur Inkongruenz wäre, jemand begegnet einem guten Freund, möchte ihn begrüßen aber dieser senkt den Blick, wendet sich ab und murmelt ein kurzes „Tag.“. Er signalisiert nonverbal durch sein Verhalten, seine Gestik und Mimik, - *ich möchte in Ruhe gelassen werden* - (Sachinhalt) und verbal, je nach Tonfall in der Stimme, Wut, Traurigkeit, Müdigkeit oder ein - *mir geht es nicht gut* - usw. (Sachinhalt). Auf der anderen Seite fühlt er sich, zu einem „Tag.“ gezwungen, weil er nicht möchte, dass der Freund schlecht über ihn denkt, die Freundschaft nicht riskieren möchte (Beziehungsinhalt), ein Widerstreit zwischen beiden Inhalten entsteht. Der Gegenüber nimmt dies, je nach eigener Empfindung (resultierend aus dem Wissen um die Geschichte der Freundschaft – die Ebene der Metakommunikation) auf und verhält sich dementsprechend (sog. Verhaltenskette, auf jeden Reiz folgt eine Reaktion)<sup>336</sup>. Georg W. F. Hegel hat einmal geschrieben: „Was das Beobachten zu seinen Gegenständen hat, ist also gemeintes Dasein, und zwischen solchem sucht es Gesetze auf.“<sup>337</sup>

Wobei in solchen Situationen, wie im Fallbeispiel, auch die Stimmlage und die Tonart eine Rolle spielen, um eine entsprechend beobachtete Situation einschätzen zu können.

Die Psychiatrie geht von vier Stimmsignalen aus, zu denen

1. Geräusche, wie z. B. das Atemgeräusch gehört,
2. Akzente, welche eigene kulturelle Bedeutungsaspekte ebenso spiegeln wie Bildung oder verinnerlichte Personen,
3. die Stimmen des Eltern-Ichs, die es Erwachsenen-Ichs und die des Kindheits-Ichs<sup>338</sup> und
4. die Wortwahl und der Wortschatz mit seiner Trias „Das Angst-Einjagen des Eltern-Ichs, das Auseinandernehmen des Erwachsenen-Ichs und die Obszönität des Kindheits-Ichs.“<sup>339</sup> gehören.

<sup>330</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 69

<sup>331</sup> Hoguebe, Wolfgang 1996

<sup>332</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 98 f.

<sup>333</sup> Hoguebe, Wolfgang 1996; S. 10; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 98 f.

<sup>334</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 98

<sup>335</sup> Watzlawick, Paul/Jackson Don D. 1974

<sup>336</sup> Ebd.

<sup>337</sup> Hegel, Georg W. F. o. J.; S. 258

<sup>338</sup> Berne, Eric beschreibt die in der Psychoanalyse bekannten, erlernten Skripte (Verhaltensmuster), die durch die drei Ich-Zustände eines jeden Menschen genährt werden. Das Älteste, die Persönlichkeit ist das Kindheits-Ich, das von Beginn an vorhanden ist und durch Gebote, Stoppbefehle, Provokationen usw. der Eltern kontrolliert wird, was das Kind im Eltern-Ich mit ca. sechs Jahren fest einprogrammiert hat. Das Erwachsenen-Ich wird gebildet durch die objektive Umweltabschätzung „(...) in dem er die sich für ihn ergebenden Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten aufgrund seiner bisher gemachten Erfahrungen berechnet (...).“ (Berne, Eric, 1996; S. 26 f.)

Auch in der Körperhaltung spiegeln sich alle drei Ich-Formen wieder: „Das Kindheits-Ich behält die mehr oder weniger vollständige Kontrolle über die vegetativen Muskeln, das Erwachsenen-Ich kontrolliert die willkürlichen Muskeln, vor allem die größeren von ihnen, und das Eltern-Ich kontrolliert die Haltung bzw. die Balance des Tonus (Gewebe- und Muskelspannung) zwischen den Beugern und Streckern. Daraus geht hervor, dass die abschließenden Ausdrucksformen aufgrund eines im Kopf stattfindenden Dialogs ausgewählt und den einzelnen Ich-Zuständen zugemessen werden.“<sup>340</sup> Die Signale anderer können umso exakter registriert werden, je mehr der Mensch selbst großes Einfühlungsvermögen in seine persönliche Gefühlswelt hat und sich seiner eigenen Körpersprache bewusst ist.

Die den Beziehungsaspekt beinhaltende, analoge Kommunikation<sup>341</sup> ist eine der ältesten Kommunikationsarten. Die *digitale Kommunikation*, wie es Paul Watzlawick<sup>342</sup> nennt, ist die reine Sach- und Wissensinformation.

Was bei der hermeneutischen Vorgehensweise oft kritisiert wird, ist die Tatsache, dass Texte ohne Rücksicht auf Körpersprache (K), Sprache (S), Verhaltensweise (V) und Erscheinungsbild (E) hin analysiert werden. Bei der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ ist es jedoch wichtig, den Klienten möglichst mit allem was er an kommunikativen Mitteln verwendet wahrzunehmen. Der erste Eindruck, anhand von K, S, V und E, vom Klienten ist für die Entscheidungsfindung zur Entwicklung einer geeigneten Imagination äußerst hilfreich und rundet das, was der Klient inhaltlich berichtet, hat als Gesamtbild ab.

Direkt im Anschluss an die erste Sitzung werden die standardisierten Arbeitsmaterialien zwecks Verkürzung und Erleichterung der Dokumentation ausgefüllt und evtl. fallspezifisch verändert benutzt. K, S, V, und E unterstützen das Gesagte, machen unbewusstes Verhalten sichtbar und dadurch die Falleinordnung leichter.

Manchmal ergeben sich aus bestimmten Körpersprachen auch Hinweise auf die Nutzung von realen Gegenständen und Örtlichkeiten für das Imaginationsmotiv, wie z. B. im Fall 3. In diesem Fall war die Körpersprache mit den eng an den Körper gelegten, herabhängenden Armen und dem gleichzeitigen Schulterzucken ein Hinweis, dass sie sich scheinbar u. a. eingeengt, starr, unbeweglich oder gebunden fühlte, was das Motiv *Roter Faden* nahe legte.

Es ist ratsam die Kurzdokumentationen von K, S, V und E nach jeder Sitzung spätestens nach jeder zweiten Sitzung auf Veränderungen hin zu überprüfen<sup>343</sup>, da sich hieraus z. T. ablesen lässt, inwieweit die Imagination oder die Beratungen verinnerlicht wurden<sup>344</sup> und inwieweit sich der Klient in K, S, V und E verändert hat. Dabei hat sich, um die Papierflut einzudämmen, als praktikabel erwiesen nicht jedes Mal das standardisierte Material zu K, S, V und E zu benutzen, sondern auf dem Dokumentationsbogen **G** (Original s. Anhang) unter – *Bisherige Veränderungen – lediglich Änderungen in K, S, V, und E* z. B. unter dem Vermerk einzutragen: 12.03.2009 T1 K13 → 30.03.2009 T1 K9. Dies steht als Kürzel dafür, dass der Klient in der letzten Sitzung vom 12.03.2009 (fiktives Datum) vorrangig eine geduckte Körperhaltung (Tabelle 1, Körpersprache 13) hatte und in der Folgesitzung vom 30.03.2009 (fiktives Datum) eine auffällig gerade Körperhaltung (Tabelle 1, Körpersprache 9). Die Beratung kann dann nach dem jeweiligen Stand neu justiert und individuell angepasst werden. Diese Aufzeichnungen können z. B. in einer späteren Wirksamkeitsstudie als Untersuchungsmaterial für einen Vorher-Nachher-Vergleich herangezogen werden.

<sup>339</sup> Ebd.; S. 371

<sup>340</sup> Ebd.; S. 416. Vier Dialoge sind nach Berne möglich Eltern- und Erwachsenen-Ich, Eltern- und Kind-Ich, Erwachsenen- und Kind-Ich und das Eltern-, Erwachsenen- und Kind-Ich. Trennt sich das Eltern-Ich in Vater- und Mutter-Ich, wird die Situation schwieriger. „(...) es wird ein einziges abschließendes Ausdrucksinstrument geben – entweder durch Dominanz, durch Übereinstimmung oder durch einen Kompromiß -, während die beiden anderen frustrierten Ich-Zustände nach behelfsmäßigen Ausdrucksformen suchen werden.“ (ebd.; S. 417)

<sup>341</sup> Watzlawick, Paul/Jackson Don D. 1974

<sup>342</sup> Ebd.

<sup>343</sup> Die Überprüfung ist ein Kontrolllesen der letzten Tabellen (standardisierte Arbeitsmaterialien) von K, S, V und E und sollte sich a) keine Veränderungen beim Klienten gezeigt haben wird auf eine erneute Dokumentation verzichtet, dies aber auf dem Dokumentationsbogen (**G**) des Klienten vermerkt, b) bei geringen Abweichungen zur letzte Kurzdokumentation kann dies auf dem Dokumentationsbogen (**G**) des Klienten vermerkt werden und c) bei vielfältigen Veränderungen werden neue Tabellen (standardisierte Arbeitsmaterialien zu K, S, V, und E) ausgefüllt.

<sup>344</sup> Die Zusammenhänge zwischen inneren Veränderungen und äußeren Habitus sind bekannt (Rogers, Carl C. 1983).

Die standardisierten Arbeitsmaterialien sind nicht dafür geeignet bestimmte Imaginationen für bestimmte Klienten Typisierungen zu etablieren. Schon im Altertum ist der Versuch durch Empedokles<sup>345</sup>, Aristoteles<sup>346</sup> und Hippokrates<sup>347</sup> gescheitert, Menschen anhand ihres Habitus in bestimmte Typkategorien einzuordnen. Ebenso hat Ernst Kretschmer versucht einem bestimmten Körperbau einen dementsprechenden Charakter zuzuschreiben<sup>348</sup> und auch andere Versuche, wie die des Schweizer Psychologen C. G. Jung (1875-1961) der vier unterschiedliche Funktionstypen, auf Basis der seelischen Grundfunktionen erarbeitete (Denktypus, Empfindungstypus, Fühltypus, intuitiver Typus) für die es lediglich zwei Menschenkategorien gab, die Introvertierten und die Extrovertierten<sup>349</sup>, denen entsprechende Attribute der einzelnen Funktionstypen zugeordnet wurden, kann nur ein Baustein bzw. Hilfsmittel sein, Menschen zu beurteilen. Denn menschliche Individualität entzieht sich durch ihre Fülle jeglicher Kategorisierung. Anhand des entsprechenden Kodierleitfadens zur Definition der aufgeführten Merkmale kann mithilfe von K, S, V und E (mit Vorbehalt) auf bestimmte emotionale Zustände geschlossen werden und ist lediglich eine Hilfe bei der Entscheidungsfindung für eine Imagination.

Unter *Mögliche Bedeutung* sind im Kodierplan (s. Anhang) die vorwiegend aus der Literatur von Rhode/Meis<sup>350</sup>, Collett<sup>351</sup> und Molcho<sup>352</sup> genannten *verborgenen Mitteilungen* in Stichworten festgehalten.

Es gibt eine Vielzahl von Autoren, die sich zu diesem Thema geäußert haben, z. T. widersprechen sie sich in den Aussagen über ein und dieselbe Körpersprache, häufiger sind die Aussagen allerdings identisch. Wenn sie sich widersprechen, werden von den meisten Autoren sogleich die Hinweise gegeben, dass es sich kulturell bedingt oder aber unter Beachtung weiterer Kriterien anders darstellen kann.

Körpersprache zu interpretieren ist eine Wissenschaft für sich und in Hinblick auf den Variantenreichtum der Körpersprache nicht komplett zu entschlüsseln.

Auch in der Erarbeitung des standardisierten Arbeitsmaterials zur Körpersprache konnten z. B. nicht alle Attribute mit Bedeutungen belegt werden und bei manchen Bedeutungen kann sich aus der persönlichen Erfahrung mit dem Klienten noch etwas anderes an Bedeutung ergeben (s. Kapitel I.2.1), dies kann im standardisierten Arbeitsmaterial unter *Sonstiges* der jeweiligen Standardtabelle vermerkt werden.

Die aufgeführten Kategorien mit ihren Attributen sind aus den bisherigen Fällen meiner Beratungspraxis heraus entstanden. Aufgeführt sind die in den Fällen aus meiner Berufspraxis bisher häufig registrierten Attribute von K, S, und V, „Tells“<sup>353</sup>, wie es Collett nennt, und das Erscheinungsbild des Klienten.

Alle genannten Kategorien sind keinesfalls als starre Vorgaben anzusehen, das würde dem Repertoire an Variantenreichtum von K, S, V, und E nicht gerecht werden. Die Kategorien sind, ebenso wie die Attribute, offen und sollen lediglich als Richtlinie dienen, um den Einstieg im Umgang der Kurzerfassung zu erleichtern. Veränderungen der Standardtabellen durch Berater/Therapeuten sind durchaus erwünscht, so wird gewährleistet, dass der Individualität des einzelnen Falles entsprochen werden kann. Berater/Therapeuten und Pädagogen sind an dieser Stelle dazu aufgerufen dieses Einstiegsmaterial (alle standardisierten Arbeitsmaterialien) als veränder- und erweiterbares Werkzeug anzusehen und entsprechend zu benutzen. Dazu sind bei den Attributen, z. T. (wenn aus Platzgründen möglich) leere Felder vorgesehen. Aber auch unter *Sonstiges* können fehlende Kategorien und Attribute vermerkt werden, ob z. B. der Klient einen Sprachfehler hat und um welchen es sich handelt oder ob der Klient einen Dialekt spricht und wenn *Ja* welchen (s. z. B. Standardtabelle 1). Ebenso können auf dem Arbeitsmaterial Vermerke des Beraters/Therapeuten handschriftlich notiert werden, denn das standardisierte Material kann nicht alle menschlichen Regungen usw. aufführen. Auffällige Verhaltensformen und evtl. Zusammenhänge mit Handlungen oder Emotionen werden separat in die Standardtabelle 4

<sup>345</sup> Empedokles ordnete die Menschen den Elementen Feuer, Wasser, Erde und Luft zu.

<sup>346</sup> Aristoteles ordnete die Menschen bezüglich ihrer Blutbeschaffenheit in leicht-, kalt-, schwer- und warmblütig ein.

<sup>347</sup> Hippokrates kreierte vier Temperamentsstypen je nach Temperatur verschiedener Körpersäfte wie Blut, Galle oder Schleim.

<sup>348</sup> Kretschmer, Ernst 1967

<sup>349</sup> Jung, Carl Gustav 1999

<sup>350</sup> Rhode/Meis 2004

<sup>351</sup> Collett, Peter 2003

<sup>352</sup> Molcho, Samy 1998

<sup>353</sup> Collett, Peter 2003



eingetragen (Beispiel s. Kapitel I.2.3), da die bisherigen Standardtabellen, aus Gründen der Übersichtlichkeit, nicht alle Reaktionen und evtl. die Zusammenhänge aufführen bzw. sichtbar machen können. Die Standardtabelle 4 wird für jeden Klienten individuell genutzt und auffallende Verhaltensweisen vermerkt. Evtl. wurden Zusammenhänge zwischen Gesprächsthema/Sprache/Mimik/Gestik und Verhalten registriert werden, die bisher nicht erfasst werden konnten.

In der Standardtabelle 5 und 3 wird mit einem Kreuz in der Spalte *Ja* vermerkt, was beobachtet wurde. Innerhalb der Skalen der Standardtabellen 1 und 2 werden alle qualitativen Merkmale in den Beurteilungsspalten mit einem entsprechenden Kreuz dokumentiert, die häufig (H) vorkamen<sup>354</sup>.

## 2.1 Die Körpersprache und die Erfassung in Form von standardisiertem Material

*„Was im Kopf des Patienten vor sich geht, bleibt dem Therapeuten unbekannt, es sei denn, es kommt nach außen in irgendeinem Laut oder in irgendeiner Bewegung zum Ausdruck.“*<sup>355</sup> Schwarz, Friedhelm bemerkt dazu: *„Das Bewusstsein<sup>356</sup> steht immer am Ende neuronaler Prozesse und nicht am Anfang. Schätzungsweise 95 Prozent aller Gedanken, Gefühle und auch die Speicherung gelernter Inhalte finden im Unbewussten statt. (...) Wir können also niemals alles wahrnehmen, was wir denken. Denn wir denken viele Dinge, die uns gar nicht bewusst sind.“*<sup>357</sup>

Die Körpersprache beinhaltet Körperbewegung und -haltung, Gestik, Mimik, Verhalten (Handlung), Raumverhalten (Position zu anderen Individuen) und Tonfall. Körpersprache ist neben der verbalen zu ca. 80 % eine nonverbale Ausdrucksform<sup>358</sup>, die Emotionen<sup>359</sup> sichtbar macht, unbewusst abläuft oder bewusst eingesetzt werden kann und vor allem Informationen zur Beziehungsebene gewährleistet.

Georg W. F. Hegel hat in seinem Buch „Phänomenologie des Geistes“ die Hand als Hauptquelle der Mitteilung nonverbaler Aussagen hervorgehoben, indem er argumentierte, *„[d]aß aber die Hand das Anzeichen der Individualität in Ansehung ihres Schicksals darstellen muß, ist leicht daraus zu sehen, dass sie nächst dem Organ der Sprache am meistens ist, wodurch der Mensch sich zur Erscheinung und Verwirklichung bringt.“*<sup>360</sup> Dem ist in Teilen zu widersprechen, denn die Körpersprache beinhaltet weitaus mehr und lediglich ein Körperteil in den Fokus zu rücken ist nach dem heutigen wissenschaftlichen Stand nicht mehr vertretbar. Körpersprache beinhaltet kinästhetische (alle Körperberührungen wie streicheln, berühren, antippen usw.), visuelle (Handzeichen, Kopfnicken, Körperhaltung usw.) und auditive Elemente (Hüsteln, mit der Zunge schnalzen, Pfeifen usw.)<sup>361</sup>.

Sie ist Verhalten und kann sich der Kommunikation nicht entziehen, denn in dem Moment, wo das Verhalten von einem anderen bemerkt wird, wird dieses interpretiert, als nonverbale Nachricht vom Gegenüber aufgenommen<sup>362</sup>. Ein Beispiel dazu wäre, jemand begegnet einem Bekannten, möchte ihn begrüßen aber dieser senkt den Blick, wendet sich ab, als er ihn sieht. Der Bekannte möchte nicht kommunizieren, kommuniziert durch sein Verhalten jedoch trotzdem, denn es ist weitaus schwieriger die Körpersprache bewusst zu kontrollieren, als Worte zu finden. Er hat damit dem anderen nonverbal deutlich gemacht, dass er keinen Kontakt möchte. Sein Verhalten, die Haltung des Körpers, sowie Gestik und Mimik implizieren immer Gefühle, eigene Befindlichkeiten und den Status, den die jeweilige Person einnehmen möchte. Dabei ist das Gesamtbild entscheidend.

<sup>354</sup> Alle Standardtabellen sind in im Original in DIN A 4 - Größe.

<sup>355</sup> Berne, Eric 1996; S. 413

<sup>356</sup> Bewusstsein wird nach Kagan, Jerome (2002), einem bedeutenden Entwicklungspsychologen der Gegenwart in vier Kategorien eingeteilt: a) Dem Sinnlichen und Primären, das nach einem äußeren Reiz durch konzentrierte Selbstwahrnehmung über Bilder und Metaphern gelenkt werden kann, b) dem kognitiven, welches die Reflexion von Gedanken und Erfahrungen (auch einzelne Sinneswahrnehmungen) ohne äußeren Reiz bewertet, interpretiert und in Worte fasst, anderweitige Vorstellungen durchspielen kann und Zukunftsplanung ermöglicht, c) dem Kontrollbewusstsein, das als *Wille* definiert wird, ohne zu wissen, warum und wo die Ursache liegt und d) dem Selbstbewusstsein, welches uns unsere individuellen Selbstmerkmale wie Geschlecht, Alter, Begabungen usw. bewusst macht.

<sup>357</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 65

<sup>358</sup> Ebd.; S. 98

<sup>359</sup> Der Neurologe Antonio R. Damasio (2002) hat sechs emotionale Regungen beim Menschen als primäre Regungen aus den Wurzeln der Lust und Unlust benannt: Die Freude, die Trauer, den Ärger, die Angst, die Überraschung und den Ekel (Damasio, Antonio R. 2002).

<sup>360</sup> Hegel, Georg W. F. o. J.; S. 254

<sup>361</sup> Molcho, Samy 1983

<sup>362</sup> Watzlawick, Paul/Jackson Don D. 1974

Einige Wissenschaften wie z. B. die Ethnologen betrachten die Körpersprache als einen überlieferten Kode zur Regulierung sozialer Beziehungssysteme und Machtstrukturen, welcher die Funktion hat die soziale Ordnung zu festigen und zu erhalten.

Die Verhaltensforscher, Psychologen, Anthropologen sind sich einig darin, dass Verhaltensmuster genetisch bedingt sind, aber ebenso kulturellen und individuellen Einflüssen unterliegen, durch Nachahmung und Erziehung eingeübt, erlernt bzw. angewöhnt sind. Daher ist es ratsam nicht zu sehr auf eine Bedeutungsinterpretation fixiert zu sein, es gibt kein Standardwerk, das die Bedeutung der Körpersprache exakt festlegt. Sie ist und bleibt kulturell-individuell und personenbezogen-individuell.

In die Körpersprache fließen u. a. a) das subjektive, individuelle Erleben der Gesprächssituation, b) automatische (handlungsbezogene und/oder emotionale) Reaktionen auf bestimmte Reize und c) Beziehungsinformationen ein<sup>363</sup>. Trotz aller Subjektivität und Individualität werden intuitiv, da alle Individuen gleichermaßen Körpersprache erlernt haben, und diese somit als verbindlicher Kode angesehen werden kann, nonverbale Verhaltensweisen und Körpersignale des Gegenübers mit den verbalen Aussagen verglichen, gerade wenn sie im starken Widerspruch zueinander zu stehen scheinen<sup>364</sup>.

Ein Therapeut, der stark auf die Körpersprache bei seinen Klienten achtet, kann eine hervorragende Fähigkeit und Urteilskraft erlernen die Gedanken der Klienten bereits anhand von Muskelreaktionen (Lidzucken, Zittern der Hände usw.), Veränderung der Mimik oder veränderter Körperhaltung wahrzunehmen, ohne dass der Klient bereits gesprochen hat und dies „(...) *fast so gut wie eine Tonbandaufzeichnung vernehmen kann.*“<sup>365</sup>

In Gerichtssälen z. B. wird ein Angeklagter i. d. R. so gesetzt, dass sein Gesicht entweder vom Tageslicht gut sichtbar und erkennbar wird (der Angeklagte sitzt entsprechend gegenüber von einem Fenster) oder von künstlichem Licht nicht durch Schatten verdeckt wird. Hintergrund ist, dass der Richter<sup>366</sup> Gestik und Mimik des Angeklagten besser beobachten kann und anhand dieser Eindrücke leichter einzuordnen vermag, inwieweit u. a. dem Angeklagten zu glauben ist oder nicht.

So ist die Beobachtung der Körpersprache unter mehreren Gesichtspunkten in die Arbeit der `Imaginativen sozialen Therapie´ eingeflossen.

Die Erfassung von K, S, V und E werden direkt im Anschluss an das Klientengespräch erfasst.

Die nachstehende Standardtabelle 1 zur Körpersprache und ebenso die Standardtabelle 2 zur Mimik gliedern sich wie folgt<sup>367</sup>:

- (1) Signatur und Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials
- (2) Name des Klienten, bei einer Gruppe wird für jede Einzelperson ein solches Blatt ausgefüllt
- (3) Das Erstellungsdatum
- (4) Seitenangabe für die Einordnung der jeweiligen standardisierten Arbeitsmaterialien
- (5) Erläuterung zur Nutzung des Arbeitsmaterials und der Nutzung der hellgrauen Felder
- (6) Dunkelgrau unterlegte Kategorienfelder
- (7) Nennung der Merkmale (weiße Felder)
- (8) Unter *Sonstiges* wird dem Berater/Therapeuten Raum gegeben bisher nicht berücksichtigte Kategorien, Merkmale oder andere in Zusammenhang stehende Besonderheiten zu vermerken.

---

<sup>363</sup> Molcho, Samy 1983

<sup>364</sup> Lorenz, Konrad 1982

<sup>365</sup> Berne, Eric 1996; S. 418

<sup>366</sup> Dieser Terminus ist als reine Berufsbezeichnung aufzufassen, nicht als geschlechtliche Zuordnung.

<sup>367</sup> Alle nun folgenden Standardtabellen (1-5) werden in Schriftgröße und Zeilenabstand so verändert, dass sie für den Leser eine möglichst komplette Übersicht ergeben.

## (1) Standardtabelle 1: Körpersprache

(5) Bei *H* wird ein Kreuz eingetragen, wenn die jeweilige Körpersprache häufig vorkam.

		(2) Name:		(3) Datum:		(4) Seite:	
(6)	(7)	H	H	H	H	H	H
Händedruck <sup>368</sup> (a <sup>369</sup> )	Sehr fest (K 1 <sup>370</sup> )		Schlaff (K 3)		Feucht (K 4)		
Kopfhaltung (b)	Aufrecht (K 5)		Geneigt (K 7)		Eingezogen (K 8)		
Sitzhaltung des Oberkörpers (c)	Sehr gerade (K 9)		Gerade (K 11)		Locker (K 12)		Geduckt (K 13)
Schultern (d)	Gerade (K 14)		Hochgezogen (K 16)		Hängend (K 17)		Schulterzucken (K 18)
Arme (e)	Locker neben dem Körper (K 19)		Arme locker verschränkt (K 21)		Arme fest verschränkt (K 22)		Seitlich von sich gestreckt (K 23)
Hände (f)	Locker (K 24)		Finger ineinander verschränkt (K 26)		Finger fest ineinander verschränkt (K 27)		Ausgestreckte Zeigefinger (K 28)
Arme und Hände im Gespräch (g)	Faust (K 29)		Im Gesicht (K 31)		Am Hals (K 32)		
Haltung der Beine und Füße im Sitzen (h)	Ruhig (K 33)						
	Gestreckte Beine (K 35)		Angewinkelte Beine, fest aneinandergedrückt (K 37)		Angewinkelte Beine, Füße nach hinten (K 38)		Locker über Kreuz angewinkelte Beine (K 39)
	Fest über Kreuz angewinkelte Beine (K 40)						
Sitzposition (j) <sup>371</sup>	Nähe suchend (K 42)		Distanz vergrößert (K 44)		Frontal / Zugewandt (K 45)		Seitlich (K 46)

(8) Sonstiges (j):

Z. B.: Körperbehinderung? Bei »Ja«, welche?

## Abb.: I.2.1

<sup>368</sup> Bei einmaligen Begebenheiten wie das *Hand geben* bei der Begrüßung und der Verabschiedung ist das Kürzel *H* für häufig dementsprechend zu werten.

<sup>369</sup> Für alle nun folgende Tabellen zu K, S und E gilt: Mit (a, b, c, ...) ist im Kodierplan die jeweilige Kategorie benannt, deren Attribute genauer definiert werden (s. Anhang).

<sup>370</sup> Für alle nun folgende Tabellen zu K, S und E gilt: Mit (K 1, K 2, K 3, ...) wird das jeweilige Attribut im Kodierplan (s. Anhang) definiert.

<sup>371</sup> Distanz- und Näheverhalten ist kulturell bedingt. Hier bezieht sich das Verhalten auf den hiesigen Kulturkreis (vgl. Rhode/Meis, 2004; Collett, 2003).

## (1) Standardtabelle 2: Mimik

(5) Bei H wird ein Kreuz eingetragen, wenn sich die Mimik häufig zeigte.

		(2) Name:		(3) Datum:		(4) Seite:	
(6)	(7)	H	H	H	H	H	H
Mund (a)	Freudig lächelnd (K 1)		Verhaltenes Lächeln (K 2)	Falsches Lächeln / ängstliches Lächeln (K 3)	Aggressives Lächeln (K 4)		Gähnen (K 5)
Blick der Augen (b)	Leidend (K 6) Augenkontakt, fest (K 8) Angstvoll (K 13)		Wenig Regung (K 7) Ausweichend, flüchtend (K 9) Blinzeln (K 14)	Stechend, drohend, aggressiv (K 10)	Hindurchsehend (K 11)		Gesenkt (K 12)
Augenbrauen (c)	Nach oben gezogen (K 15)		Nach unten gezogen (K 16)	Zusammengekniffen (K 17)			
(8) Sonstiges:							

Abb.: I.2.2

## 2.2 Das Sprachmuster und die Erfassung in Form von standardisiertem Material

Nach Mackintosh<sup>372</sup> hat die Sprache im Umgang miteinander ein großes Gewicht. „Sprache ist nach Mackintosh verbaler Reiz und Verhalten<sup>373</sup>. *„Gleichwohl ist es häufig schwierig, sie als Verhalten zu bezeichnen, weil unser sprachliches Alltagsvokabular viele Postulate einschließt, die einer verhaltensorientierten Analyse in Wege steht. (...) Wenn wir von Wörtern in der Sprache sprechen, machen wir uns selten die Mühe, zwischen geschriebenen und gesprochenen Wörtern zu unterscheiden. Und doch ist die Reaktion, wenn man ein Wort ausspricht, nicht dieselbe wie die, wenn man eines schreibt, und beide Reaktionen gehen wahrscheinlich unter verschiedenartigen Umständen vor sich.“*<sup>374</sup>

Die Kommunikationspsychologin Franziska Schubert<sup>375</sup> ließ in einer Studie zu „Sprache und Persönlichkeit“ 45 Teilnehmer/innen unter Stressbedingungen ein Vorstellungsgespräch absolvieren.

Im Anschluss daran sollten die Testpersonen schriftlich wiedergeben, wie das Gespräch verlaufen war. Deutlich konnten die Personen während eines stressbeladenen Vorstellungsgesprächs in zwei Persönlichkeitstypen unterteilt werden:

1. Die Personen, die als ganzheitlich denkende Menschen eingeordnet wurden und
2. die Personen, die als analytische Denker eingestuft wurden.

Dabei fiel auf, dass die 1. Personengruppe im Text umschreibende, ausholende und methaphernreiche Sprachwendungen nutzte und die 2. Gruppe im Text präzise, dogmatische und faktenreiche Formulierungen benutzte.

Im Vergleichsversuch, ohne Stressfaktoren im Vorstellungsgespräch, waren die Unterschiede im Sprachstil kaum noch zu bemerken, eine Typisierung nicht mehr möglich.

Schon der griechische Philosoph Aristoteles hat Sprache mit seelischen Vorgängen in Verbindung gebracht: *„Die Sprache ist Zeichen und Gleichnis für die seelischen Vorgänge, die Schrift wieder für die Sprache. Und wie nicht alle dieselben Schriftzeichen haben, bringen sie auch nicht dieselben Laute hervor. Die seelischen Vorgänge jedoch, die sie eigentlich bedeuten sollen, sind bei allen die gleichen, und auch die Dinge, die jene Vorgänge nachbilden, sind die gleichen.“*<sup>376</sup>

Und noch eines ist anzumerken: Im Gegensatz zu vielen anderen Sprachwissenschaftlern ist sich z. B. Franziska Schubert<sup>377</sup> sicher, dass nicht nur die Sprache Emotionen und die Persönlichkeit beeinflussen, sondern dies auch umgekehrt möglich ist.

Das Denken geht der Sprache voraus und Denken kann kulturell bedingt verschieden ausfallen, was sich in der Sprache auf vielfältige Weise widerspiegelt *„So ist es für Japaner zum Beispiel äußerst kompliziert, wenn nicht gar unmöglich, ein klares, deutliches Nein zu formulieren. Etwas abzulehnen gehört sich einfach nicht. Das Gegenüber hat selbst zu merken, dass etwas nicht gewünscht wird.“*<sup>378</sup>

Bei der Beurteilung von Sprachmustern ist also Vorsicht geboten und auf kulturelle Einflüsse zu achten, was in der Tabelle zur Sprache (s. Standardtabelle 3) unbedingt vermerkt werden muss.

Auch die Satzstruktur kann Aufschlüsse geben, z. B. wenn Klienten nicht zum Kern vordringen, oder eine Inhaltssequenz nicht zum Abschluss bringen (s. Fall 7). Häufig begleiten diese Sätze viele Konjunktionen wie *„Mein Kind hat geschaukelt und ich dachte gerade (...) und dann (...) und dann (...) danach (...)“*. Sie wollen eigentlich keine Geheimnisse preisgeben, *„[d]aher laufen sie wie die Katze um den heißen Brei und spielen mit ihrem Geheimnis so lange sie nur können – ohne es dabei zu verraten.“*<sup>379</sup> Andere wägen sorgfältig ab, balancieren aus was sie sagen, wie in Fall 8 in welchem die Klientin von ihrem übermäßigen Kinderwunsch berichtet und im gleichen Satz darauf verweist, dass ihr Mann keine Hilfe sei, sie oft alleine ließ, da er häufig unterwegs sei.

Sie benutzte eine Vorsichts- und Schutzmaßnahme, lenkte von ihrem Problem ab, indem sie ihrem Mann Vorwürfe machte, nach dem Motto: *Nur nicht so genau bei mir hinsehen.*

<sup>372</sup> Mackintosh, Nicolas J. 1984 in: Zeier, Hans; S. 153-374

<sup>373</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 97

<sup>374</sup> Mackintosh, Nicolas J. 1984 in: Zeier, ebd.; S. 334; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 97 f.

<sup>375</sup> Schubert, Franziska April 2008

<sup>376</sup> Aristoteles 1951; 16a, 1-7

<sup>377</sup> Schubert, Franziska April 2008

<sup>378</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 95

<sup>379</sup> Berne, Eric 1996; S. 379

Wieder andere lassen weitere Handlungsverläufe oder -abfolgen nur erahnen, indem sie keinen Punkt setzen, sondern den Satz mit „(...) und so weiter.“, „(...) et cetera.“ oder „(...) blablabla.“<sup>380</sup> beenden. „Adjektive und abstrakte Substantive dienen meist dazu, Eindruck zu schinden. (...) Pronomina, Verben und konkrete Substantive sind die Teile der Sprache, die den stärksten Wirklichkeitswert besitzen.“<sup>381</sup> Menschen die häufig im Konjunktiv reden (wenn, würde, könnte, sollte usw.) sind zwar auf einem Weg, aber einem Weg ohne Ziel, sodass sie nie ankommen werden, Ziele nie erreichen können.

Das standardisierte Material zur Sprache (Standardtabelle 3) gliedert sich wie folgt:

- (1) Signatur und Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials
- (2) Name des Klienten, bei einer Gruppe wird für jede Einzelperson ein solches Blatt ausgefüllt
- (3) Das Erstellungsdatum
- (4) Seitenangabe für die Einordnung der jeweiligen standardisierten Arbeitsmaterialien
- (5) Dunkelgrau unterlegte Kategoriefelder
- (6) Nennung der Attribute (weiße Felder)
- (7) Unter *Sonstiges* wird dem Berater/Therapeuten Raum gegeben bisher nicht berücksichtigte Kategorien, Merkmale oder andere in Zusammenhang stehende Besonderheiten zu vermerken.

---

<sup>380</sup> Ebd.

<sup>381</sup> Ebd.; S. 372. Adjektive und abstrakte Substantive sind nach Berne z. B. „(...) *passive Dependenz*, (...) *verunsicherter Soziopathen*.“ (ebd.; S. 372)

## (1) Standardtabelle 3: Sprache

		(2) Name:		(3) Datum:		(4) Seite:	
(5)	(6)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aussprache (a)	Klar und deutlich (K 1)		Etwas undeutlich (K 2)		Sehr undeutlich (K 3)		
Sprachfehler (b)	Keiner (K 4)		Leichter (K 5)		Mittelschwerer (K 6)		Sehr schwer (K 7)
Ausdrucksweise (c)	Gehoben (K 8)		Durchschnittlich (K 9)		Schlecht (K 10)		Sehr schlecht (K 11)
Stimme (d)	Kräftig (K 12)		Normal (K 13)		Flatternd (K 14)		Versagt (K 15)
Lautstärke (e)	Laut (K 16)		Normal (K 17)		Leise (K 18)		Sehr leise (K 19)
Stimmlage (f)	Tief (K 20)		Hoch (K 21)		Schwankend zwischen hoch und tief (K 22)		Jammernd (K 23)
Erzählstruktur (g)	Stark strukturiert (K 24)		Strukturiert (K 25)		Wenig strukturiert (K 26)		
Erzählinhalt (h)	Viel (K 27)		Normal (K 28)		Verlegenheitsfloskeln (K 29)		Wenig (K 30)
Sprechgeschwindigkeit (i)	Schnell, mit seltenen Pausen (K 31)		Schnell, mit häufigen Pausen (K 32)		Besonders langsam (K 33)		Angepasst (K 34)
(7) Sonstiges: Z. B.: Dialekt? Bei „Ja“ – welchen? Zu b) Bei „Ja“ – welcher?							

Abb.: I.2.3

### 2.3 Auffallende Verhaltensformen

„Manche müssen sich erst bestimmten Gesten bedienen, bevor sie zu sprechen beginnen – damit wollen sie sich selbst schützen oder sich dafür entschuldigen, dass sie überhaupt sprechen.“<sup>382</sup>

Eric Berne spricht diesbezüglich von sog. Sicherheitswendung<sup>383</sup>.

Auffälliges Verhalten kann beim Berater/Therapeuten widerstreitende Gefühle aufkommen lassen. Auch aus diesem Grund ist es wichtig u. a. Verhaltensformen, mit denen der Berater/Therapeut Probleme hat, die ihm nicht *normal*, der Situation angepasst oder surreal vorkommen gesondert zu notieren, um sich darüber gezielt bewusst zu werden, um welchen Inhalt es sich dabei handelt. Ist es ein Verhaltensproblem oder eine Kommunikationsart bestimmte Dinge zu werten o. ä. kann der Berater/Therapeut dies annehmen und akzeptieren, ist es jedoch ein Problem auf der Beziehungsebene von Klient und Berater/Therapeut wird es zum Problem, wenn es unerkannt bleibt. Dietmar Schulte bemerkt dazu: „Besonderheiten des Patientenverhaltens (...) auf der Beziehungsebene können zu Schwierigkeiten in der Kommunikation von Therapeut und Patient führen. In solchen Fällen wird gegebenenfalls der Beziehungsaspekt der Interaktion von Patient und Therapeut zum **Inhalt** der Kommunikation (...).“<sup>384</sup>, was kontraproduktiv für die Entwicklung des Klienten wäre, da nunmehr die Art der Kommunikation miteinander im Fokus stünde.

Beispiele für auffällige Verhaltensformen, die in der Standardtabelle 4 festgehalten werden können

- a), wenn der Klient häufig zusammenzuckt, kein erkennbarer Zusammenhang vorhanden ist oder aber ein bestimmter Zusammenhang zwischen dem Gesagten und dem Zucken festzustellen ist
- b), wenn der Klient lacht, während sich sein Gegenüber von ihm tief getroffen fühlt und weint, wie im Fall 4 in welchem die Mimik des Klienten ein *falsches Lachen* zeigte, was den Eindruck vermittelte, dass er unsicher, mit der Situation überfordert war oder
- c) der Klient springt auf und will gehen, wenn ihm ein Thema unangenehm ist, er nicht mehr bereit ist, auf das Thema einzugehen.

Die Standardtabelle 4 *Auffallende Verhaltensformen* gliedert sich wie folgt:

- (1) Signatur und Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials
- (2) Name des Klienten, bei einer Gruppe wird für jede Einzelperson ein solches Blatt ausgefüllt
- (3) Das Erstellungsdatum
- (4) Seitenangabe für die Einordnung der jeweiligen standardisierten Arbeitsmaterialien
- (5) Dokumentation des jeweiligen auffälligen Verhaltens
- (6) Zuordnung eines erkennbaren Zusammenhangs für das unter (5) genannten Verhalten

(1) Standardtabelle 4: Auffallende Verhaltensformen<sup>385</sup>

(2) Name:	(3) Datum:	(4) Seite:
(5) Auffälliges Verhalten	(6) Erkennbarer Zusammenhang	
Beispiele: - Der Klient schlägt immer wieder mit der Faust auf den Tisch.  - Der Klient ist abwesend und teilnahmslos.	Beispiele: - Wenn er einen Satz beendet, der ihn emotional aufregt. Er verleiht dadurch seiner Wut, die auch in der Mimik sichtbar ist, noch mehr Ausdruck.  - Es ist kein erkennbarer Zusammenhang festzustellen.	

Abb.: I.2.4

<sup>382</sup> Ebd.; S. 376

<sup>383</sup> Sicherheitswendungen sind Schutzhandlungen, wobei in der Satzstruktur ebenfalls Sicherheitsmaßnahmen inkludiert sein können, wenn z. B. ausweichende Antworten gegeben werden wie „Vielleicht könnte ich wütend gewesen sein.“

<sup>384</sup> Schulte, Dietmar 1998; S. 51 f.

<sup>385</sup> Ein Originalblatt der Standardtabelle 4 befindet sich, zur evtl. Nutzung als Druckvorlage, im Anhang.



2.4 Das äußere Erscheinungsbild und die Erfassung in Form von standardisiertem Material Kleidung ist für den Menschen schon sehr früh ein Bedürfnis gewesen und zählt heute zu den Grundbedürfnissen. Mit ihr wird der Körper umhüllt, die Hautfläche praktisch erweitert, wodurch auch das ICH eine neue Um- bzw. Verhüllung erhält. War die Mode in früheren Zeiten Ausdruck der Schicht- oder Klassenzugehörigkeit, und vom Staat z. T. vorgegeben, gelten heute diese Diktate nicht mehr.

Modedesigner präsentieren heute Kleidung als eine Art Kunstartikel, die Zeitgeist und Lebensstile aufgreifen, Trends setzen oder alte Trends wieder neu und anders aufleben lassen. Kleidung ist, egal ob sie bewusst oder unbewusst gewählt wird, ein Signal an andere.

So gelten Jeans allgemein als Kleidungsstil der Menschen, die locker, jung und dynamisch sind bzw. sein wollen. *Kleider machen Leute*, ist ein altes Sprichwort, „[a]ber Kleidung gibt auch Autorität.“<sup>386</sup> Menschen in Uniformen genießen besondere Autorität, so ist der Film „Der Hauptmann von Köpenick“ immer noch aktuell und beweist, wie Symbole der Macht auf uns wirken. Uniformen geben dem Menschen aber ebenso Schutz und Sicherheit und diese Wirkung von Uniformen scheint sich heute auch auf Menschen im Smoking oder Nadelstreifenanzug auszuweiten. Es gibt viele Experimente in denen gut gekleidete Menschen und im Gegenzug schlecht gekleidete, z. T. ungepflegt erscheinende Personen, Passanten ansprechen sollen, um z. B. etwas Materielles zu bekommen. Den gut gekleideten Personen wurden die Wünsche mehrheitlich erfüllt.

Und nicht nur Kleidung, sondern auch Luxusgütern wie eine teure Armbanduhr, echter Schmuck, ein teures Auto vermitteln unbewusst den Eindruck von Autorität, vielleicht etwas, was der Träger oder Besitzer eigentlich nicht hat, aber nach außen demonstrieren möchte<sup>387</sup>.

Interessant wäre, ob diese Person sich anders verhalten würde, wenn ihm die Statussymbole genommen würden. Die Frage sei an dieser Stelle in den Raum gestellt: Sind die Statussymbole der Motor für autoritäres Auftreten, eine Art Korsett für Autorität? In jedem Fall wird die Wahrnehmung des Gegenübers durch solche Statussymbole verändert und es wird schwierig reale, von aufgesetzter Autorität zu unterscheiden.

Erst in Kombination mit Körpersprache, Gestik und Mimik entsteht der Gesamteindruck und lässt evtl. reale Autorität erkennen.

Das standardisierte Material zum Thema *Erscheinungsbild* (Tabelle 5: Kleidung und Erscheinungsbild) gliedert sich wie folgt:

- (1) Signatur und Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials
- (2) Name des Klienten, bei einer Gruppe wird für jede Einzelperson ein solches Blatt ausgefüllt
- (3) Das Erstellungsdatum
- (4) Seitenangabe für die Einordnung der jeweiligen standardisierten Arbeitsmaterialien
- (5) Dunkelgrau unterlegte Kategoriefelder
- (6) Nennung der Attribute (weiße Felder)
- (7) Unter *Sonstiges* wird dem Berater/Therapeuten Raum gegeben bisher nicht berücksichtigte Kategorien, Merkmale oder andere in Zusammenhang stehende Besonderheiten zu vermerken.

---

<sup>386</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 158

<sup>387</sup> Ebd.

## (1) Standardtabelle 5: Kleidung und Erscheinungsbild

(2) Name:		(3) Datum:		(4) Seite:				
(5)	(6)	Ja		Ja		Ja		Ja
Kleidungsstil (a)	Sehr modisch (K 1)		Modisch (K 2)		Weniger modisch (K 3)		Unmodern (K 4)	
Kleidungsart (b)	Vorwiegend sichtbare Markenware (K 5)		Kaum sichtbare Marken- ware (K 6)		Keine sicht- bare Marken- ware (K 7)			
Vorrangige Kleidungsfarbe (c)	Dunkel, ge- deckte Farben (K 8)		Sehr hell (K 9)		Mehrfarbig, aufeinander abgestimmt (K 10)		Auffallender Farbenmix (K 11)	
Haare (d)	Stark gestylt (K 12)		Normal frisiert (K 13)		Wenig gepflegt (K 14)		Sehr ungepflegt (K 15)	
Körperhygiene (e)	Sehr gepflegt (K 16)		Gepflegt (K 17)		Wenig gepflegt (K 18)		Sehr ungepflegt (K 19)	
(7) Sonstiges:								

Abb.: I.2.5

## 2.5 Reflexion

Bei der Deutung von K, S, V und E können nicht alle Varianten der möglichen Bedeutungen ausgeschöpft sein und es absolut notwendig von Fall zu Fall evtl. neue Literatur zu verwenden, denn bei der Vielfalt an nonverbalen Kombinationen von K, S, V und E sind sich oft selbst Experten auf dem Gebiet der Körpersprache nicht immer ganz einig.

Die Dokumentation von K, S, V und E birgt die Gefahr, in Typenkategorien zu denken und entsprechend zu handeln. Wichtig ist zu erkennen, dass es bei der 'Imaginativen sozialen Therapie' nicht darum geht, Typisierung zu betreiben und mit vermeintlich genau auf den Kliententyp zugeschnittenen Motiven der Imagination (wie unter laborähnlichen Bedingungen), Empowerment zukommen zu lassen. Ernst Kretschmer<sup>388</sup> hat im Bereich der psychischen Störungen, in seinen vom Körperbau und Charakter ausgehenden Studien an psychisch Kranken, versucht bestimmten Typen bestimmte psychische Krankheiten zuzuordnen. Aber er musste sich eingestehen, dass innerhalb jedem von ihm erkannten Typus, ca. 10 % „uncharakteristisch“<sup>389</sup> waren. So sollte der Berater/Therapeut nicht der Utopie verfallen anhand von K, S, V und E eine Typologie für die 'Imaginative soziale Therapie' entwickeln zu wollen, dafür sind die Menschen zu individuell.

Das Bearbeiten dieses Arbeitsmaterials birgt zudem die Gefahr, dass es zu akribisch ausgefüllt werden könnte. Das Ausfüllen sollte jedoch in höchstens zehn bis fünfzehn Minuten möglich sein, sonst ist dieses Material keinesfalls arbeitserleichternd. Es bedarf sicher einer Gewöhnung mit dem standardisierten Material umzugehen, sollte jedoch auch nicht zu genau genommen, sondern als Hilfe genutzt werden. Dinge, an die sich der Berater/Therapeut nicht mehr erinnern kann, sind, wie bereits an anderer Stelle vermerkt, als nicht relevant einzustufen.

Der Berater/Therapeut sollte sich darauf verlassen, je intensiver und empathischer er sich auf sein Gegenüber einlassen kann, umso stärker gelingt die Übertragung.

<sup>388</sup> Kretschmer, Ernst 1967

<sup>389</sup> Ebd.; S. 419

So kommt es automatisch zum *Mit-Leiden*<sup>390</sup>, der Schmerz des anderen wird in ähnlicher Weise für den Berater/Therapeuten spürbar, sodass wesentliche Elemente nicht verloren gehen werden.

Empathie kann mittlerweile über die elektrische Leitfähigkeit der Haut gemessen werden, wie eine Studie von Carl Marci im Jahr 2007 vom Massachusetts Hospital zeigt<sup>391</sup>. Es gab eine deutliche Übereinstimmung in der elektrischen Leitfähigkeit der Haut, in dem Moment als der Therapeut starke Empathie zum Patienten spürte. Dies wiederum beeinflusste die Steigerung der elektrischen Leitfähigkeit der Haut des Patienten. Das bedeutet auf die Beratungspraxis übertragen u. a., dass Berater/Therapeuten die wahrgenommenen Gefühle aushalten und irgendwie verarbeiten müssen, wobei gleichermaßen einige der Ängste, Emotionen, schwierige Lebens- oder Krankheitssituationen der Klienten an die eigenen des Beraters/Therapeuten, evtl. schmerzlichen bzw. unangenehmen Erlebnissen und Erfahrungen erinnern können. Diese Gefahr muss zeitnah erkannt und deaktiviert werden, was einen großen Einsatz von zusätzlicher Energie abverlangt.

Beim Nutzen der standardisierten Arbeitsmaterialien ist auf diese Problematik ebenso zu achten wie im Gespräch oder während der Imagination. Dieses Wissen sollte immer wieder und nicht nur bei der Bearbeitung des standardisierten Arbeitsmaterials und den evtl. angefertigten Gedächtnisprotokollen berücksichtigt und bewusst gemacht werden, um nicht in Routine zu verfallen.

Ein weiteres Problem: Bei dem standardisierten Material zu K, S, V und E könnte man dazu neigen monoton *abzuhaken*, ohne weiter auf Besonderheiten zu achten. Zusammenhänge werden dadurch außer Acht gelassen, allen Klienten ein bestimmter *Charakter* mit entsprechend *rotem Faden* zugeordnet werden oder der Berater/Therapeut glaubt zu wissen wie diese oder jene Charaktere sich in K, S, V und E zeigt und wie der Mensch reagiert, und wisse genau, wie dieser Fall zu behandeln sei, wie der »roten Faden« sichtbar, greif- und begreifbar sowie veränderbar gemacht wird.

Die Gefahr besteht u. a. immer dann, wenn das eigentlich zur Arbeitserleichterung gedachte, flexibel zu nutzende, standardisierte Material als fertiges, unantast- und unveränderbares Arbeitsmaterial angesehen wird. Diese Materialien sind keinesfalls der *Heilsbringer* für die weitere Intervention beim Klienten, denn es ist nicht möglich wie in der Mathematik aus  $1 + 2 = 3$  zu machen, dazu ist der Mensch mit all seinen Facetten zu komplex und individuell. Beratungserfolge lassen sich nicht erzwingen, die Reifung muss vom Klienten kommen, auch wenn es manchmal schwierig und/oder langwierig erscheint. Die Arbeitsmaterialien ermöglichen allenfalls einen besseren und schnelleren Überblick sowie die nochmalige Kontrolle dessen, was der Berater/Therapeut im Gespräch oder in der Imagination geahnt bzw. empfunden hat. Mitunter werden Berater/Therapeuten erst durch die Nutzung auf diskrepantes Verhalten, den *roten Faden* oder die innere Verfassung und Einstellung usw. aufmerksam, können evtl. den bisherigen Eindruck verwerfen oder bestätigen. Ehrlichkeit sich und dem Klienten gegenüber, Fehler und *falsche Fährten* einzugestehen, die Bewahrung der professionellen Distanz gegenüber dem Fall ist ebenso gefordert wie sich selbst als Berater/Therapeut immer wieder zu hinterfragen, ob man nicht der Prokrustes-Technik erlegen ist. Prokrustes ist der Schutzheilige der Psychologen und Soziologen und die Prokrustes-Technik besagt Folgendes:

Am Anfang jeder Wissenschaft steht eine Theorie. Der Wissenschaftler verkürzt, erweitert, verändert etwas oder passt Datenmaterial und Informationen so ein, dass sie seiner Theorie entsprechen. Meist geschieht dies u. a., weil der Fokus zu sehr auf diese Theorie gerichtet wird, Randgebiete kaum Beachtung finden, Informationen ignoriert oder übersehen werden, und/oder Argumente so interpretiert werden, dass sie passen. Es ist nicht immer leicht diese Prokrustes-Technik zu vermeiden und sicherlich ist auch diese Arbeit nicht ganz frei von ihr, aber durch immer wiederkehrende Reflexion habe ich mein Bestes gegeben, diese zu meiden.

---

<sup>390</sup> Nach medizinischen Forschungen und Untersuchungen wird durch das Mit-Leiden das Schmerzzentrum im Gehirn aktiviert, das zur Verarbeitung von eigenen körperlichen Schmerzen zuständig ist.

<sup>391</sup> Diese Studie wurde im Journal of Nervous and Mental Disease, Bd. 195/2 im Jahr 2007 veröffentlicht.

### 3. Problemanalyse

Dieses Verfahren ist nicht nur aus der Verhaltenstherapie bekannt. Bei dieser Methode wird der Fokus auf die genauere Erkundung des Klientenverhaltens gelegt, um eine Verhaltensstörung zu extrahieren, woraufhin eine gezielte Behandlung folgt. Eines der bekannten Modelle zur Überprüfung von Verhalten ist das sog. SORC-Modell von Frederick Kanfer<sup>392</sup>.

In der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' nach Beck A. T. wird davon ausgegangen, „(...) dass Kognitionen (Gedanken, Vorstellungen, Erwartungen, Wahrnehmungsstile) einen Einfluß auf emotionales Befinden haben. Störungen der Affektivität wie Angst oder Depression resultieren aus der Aktivierung von Schemata, die eine idiosynkratische Sicht der eigenen Person sowie der Interpretation gegenwärtiger und zukünftiger Erfahrungen mit der Umwelt und der Zukunft beinhalten.“<sup>393</sup>

Dementsprechend wird dieser Aspekt aus der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' in die 'Imaginative soziale Therapie' übernommen, da sie, wie in der 'Kognitiven Verhaltenstherapie', wichtiger Anhaltspunkt ist Probleme zu analysieren. Beck A. T. benutzt dazu den *Sokratischen Dialog*. In der 'Imaginativen sozialen Therapie' wird die Problemanalyse aus dem erstellt, was der Klient von sich aus zu seinem Thema erzählt. Dass dies ausreichend ist, unterstützen die Aussagen von Carl R. Rogers, der bemerkt, dass „(...) der Berater vom ersten Augenblick der Begegnung an, bestimmte Entscheidungen hinsichtlich des am meisten versprechenden Behandlungsansatzes zu formulieren [in der Lage ist; P. H.]. (...) Diese Entscheidungen lassen sich häufig auf der Grundlage des Eindrucks treffen, zu dem der Berater während des ersten Kontakts gelangt, und zwar ohne eine vollständige Diagnose und ohne Hinzuziehung einer vollständigen Fallgeschichte.“<sup>394</sup>

Ziel der Problemanalyse und der darauf folgenden Imagination ist immer Empowerment beim Klienten zu aktivieren, ohne allerdings eine genaue Zielanalyse als Grundlage zu benutzen, was eher eine therapeutische Methode ist, weniger eine sozialpädagogische.

„Das Analysieren einer Vorstellung, (...) [e]ine Vorstellung in ihre ursprünglichen Elemente auseinanderlegen, ist das Zurückgehen zu ihren Momenten, die (...) das unmittelbare Eigentum des Selbst ausmachen. Diese Analyse kommt zwar nur zu Gedanken, welche selbst bekannte, feste und ruhende Bestimmungen sind. Aber ein wesentliches Moment ist dies Geschiedne, Unwirkliche selbst; denn nur darum, dass das Konkrete sich scheidet und zum Unwirklichen macht, ist es das sich Bewegende.“<sup>395</sup>

Dietmar Schulte (1996) hat, in seinem Fachgebiet der Verhaltenstherapie, für die Therapieplanung zwei Teilprozesse für die Problemanalyse dokumentiert. Zum einen die Problemstrukturierung, die aufzeigen soll, welche Teilprobleme durch professionelle Maßnahmen behoben werden sollen, und wie diese Teilprobleme definiert und beschrieben werden können und zum anderen die Bedingungsanalyse, in der analysiert wird, aus welchen Gründen, Ursachen oder Bedingungen heraus der Patient sich zum derzeitigen Stand so verhält<sup>396</sup>. Ebenso wird in der 'Imaginativen sozialen Therapie' verfahren, allerdings mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials (s. Kapitel I.4.2).

Die Problemanalyse ermöglicht Hypothesen „(...) zur Erklärung des Problems; dabei ist der Zusammenhang zwischen den Problembereichen zu berücksichtigen.“<sup>397</sup> Häufig decken sich die Hypothese zum anfänglich wahrgenommenen Gesamteindruck und zum Problem des Falls mit dem was die Bearbeitung des Falls, mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials und dem Gedächtnisprotokoll, erkennen lassen. Aber es gibt ebenso die Erkenntnis zu Beginn nicht das eigentliche Problem wahrgenommen zu haben und erst durch die Bearbeitung des Arbeitsmaterials das Hauptproblem mit seinen mitunter vielen Nebenproblemen entdeckt zu haben.

Es ist ratsam eine Therapieentscheidung zu treffen, wenn die Zusammenhänge eines Problems verstehbar sind, eine effiziente Methodenwahl getroffen werden kann.

<sup>392</sup> Kanfer F. H. & Saslow G. 1969

<sup>393</sup> Margraf, J. (Hrsg.) 2000; S. 510

<sup>394</sup> Rogers, Carl R. 1972; S. 82

<sup>395</sup> Hegel, Georg W.F. o. J.

<sup>396</sup> Schulte, Dietmar 1996

<sup>397</sup> Bartling, Gisela u. a. 1992; S. 80

Mit den Worten von Brunna Tuschen zusammengefasst wird die Problemanalyse wie folgt definiert:

*„Die Problemanalyse dient dazu, die Probleme oder psychischen Störungen, (...), zu beschreiben, zu klassifizieren und jene Faktoren bzw. Mechanismen zu identifizieren, die Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme erklären können.“<sup>398</sup>*

### 3.1 Problemstrukturierung

*„Das Bekannte überhaupt ist darum, weil es bekannt ist, nicht erkannt.“<sup>399</sup>*

Die Menschen neigen dazu in ihrem bekannten Verhaltensmuster zu verharren, so werden durch die Schilderungen der Klienten i. d. R. relativ bald bestimmte Strukturen erkennbar. Pierre Daco beschreibt diesen Zustand wie folgt: *„Sie wiederholen dieselbe Handlung, ohne sich zu fragen, warum sie eigentlich gescheitert sind und durch welche Mittel sich ein neuerliches Scheitern vermeiden lässt. (...) Neue Versuche bringen neue Misserfolge (...).“<sup>400</sup>*

Die Problemstrukturierung, die Analyse der Schwierigkeiten des Klienten ist für die Entscheidung, wie weiter zu verfahren ist absolut notwendig. Scheint ein Problem erkannt, dass sich in den Erzählungen des Klienten immer wieder z. T. in unterschiedlicher Ausprägung zeigt oder andeutet, kann durch die Chronologisierung des Problemverlaufs oder der Problementwicklung das Problem des Klienten in seinen Facetten in Bezug auf dessen sozioökonomische, soziale und soziokulturelle Umwelt hin untersucht werden. In der Erfassung des Problems und/oder seiner Teilprobleme sollte eine Beschreibung dessen festgehalten werden *„(...) wie sich das Problem im Hinblick auf kognitiv-emotionale, psychologische und verhaltensbezogene Reaktionen zeigt.“<sup>401</sup>*

Wichtig ist ebenso die Problementwicklung im biografischen Zusammenhang zu entwickeln, was in die Imagination einfließen sollte, da der Klient durch die biografische Struktur oft auch die Problemstruktur für sich entdecken kann.

Z. T. ergeben sich unabhängige Teilprobleme, die unterschiedlich behandelt werden müssen, was in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden muss und evtl. einer Prioritätensetzung nötig macht.

Allerdings *„[e]ine vollständige Analyse aller Probleme muß nicht notwendigerweise in jedem Fall und erst recht nicht immer schon vor den ersten Veränderungsschritten geleistet werden. Bei vielen Problemkonstellationen kann es durchaus sinnvoll sein, vor Abschluß der vollständigen Analyse mit Veränderungen in einem Problembereich zu beginnen und die Analyse der restlichen Problembereiche zunächst aufzuschieben und gegebenenfalls sukzessive zu vervollständigen (...). Unter Umständen kann auch die Behandlung eines Bereiches die Bearbeitung der übrigen wenigstens zum Teil überflüssig machen, weil der Klient seine inzwischen entwickelten Problemlösungsfähigkeiten bereits auf andere Schwierigkeiten überträgt.“<sup>402</sup>*

Nur – wird ein Problem erkannt und analysiert, erhebt dies nicht den Anspruch lösbar zu sein<sup>403</sup>.

<sup>398</sup> Tuschen, Brunna 2000; In: Margraf, Jürgen (Hrsg.); S. 291

<sup>399</sup> Hegel, Georg W. F. o. J.

<sup>400</sup> Daco, Pierre 1998; S. 360

<sup>401</sup> Tuschen, Brunna 2000 in: Margraf, Jürgen (Hrsg.); S. 293

<sup>402</sup> Bartling, Gisela u. a. 1992; S. 26

<sup>403</sup> Vgl. Reich, Kersten 1979; S. 100

### 3.2 Bedingungsanalyse

„Die Bedingungsanalyse als notwendiger Schritt und Voraussetzung jeglicher Entscheidungsfindung ist ein vielschichtiges Unternehmen.“<sup>404</sup> Und sie „(...) bilden die Grundlage für bewusst gefällte Entscheidungen (...).“<sup>405</sup>

Manchmal können Ursachen erkannt werden, die das Problem hervorgerufen haben, aber auch bestimmte Situationen oder Umstände, in denen sich das Problem zeigt. Zur Bedingungsanalyse gehören, wie sich Lernprozesse gestalten und ebenso wie stark sich ein Problem in einer jeweilig geschilderten Situation zeigt oder im umgekehrten Fall, wie bestimmte Situationen oder Umstände das Problem/Teilproblem mindern können und weshalb dies so geschieht. Des Weiteren können Phasen bekannt sein, in denen der Klient von Umständen und Situationen erzählt, die eigentlich eine Problemsituation darstellen, aber eine Phase ohne Problem war.

Zu den Bedingungen, die beachtet und vermerkt werden müssen, sofern sie der Klient berichtet hat, sind involvierte Personen oder sozioökonomische Umstände, die auf das Problem/Teilproblem in der einen oder anderen Art und Weise Einfluss hatten. Unmittelbare Einflüsse und Bedingungen, die das Problem fördern oder hemmen, können entsprechend erkannt und vermerkt werden. Phasen, in denen das Problem nicht oder kaum auftrat, können ebenso hilfreich für die weiteren Interventionen des Beraters/Therapeuten sein. „Die Brauchbarkeit der (...) konstruierten Erklärungsmuster für die Therapie hängt nicht allein davon ab, wie detailliert der Therapeut das Problem erfasst (...) hat. Statt dessen haben die subjektiven Theorien des Patienten, d. h. seine Werthaltungen, Einstellungen, Glaubenssysteme, Kausalattributionen etc. hinsichtlich seines Problems maßgeblichen Einfluß darauf, ob der Patient die Erklärungsmuster überzeugend findet. Der Therapeut muß daher die Erklärungsmuster, die er vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes sowie aufgrund der idiographischen Fallinformationen konstruiert hat, auf das kognitiv-emotionale System des Patienten abstimmen (...). Um den Patienten kognitiv und emotional erreichen zu können, muß sich der Therapeut in das Denksystem und die Gefühlswelt des Patienten hineinversetzen und die »Welt« sozusagen aus der Sicht des Patienten betrachten.“<sup>406</sup>

Dabei ist vom Berater/Therapeuten Folgendes zu beachten: „Die vom Patienten geäußerten Ziele sollte der Therapeut nach den folgenden Gesichtspunkten beurteilen:

- *Bewertung (Sind die Ziele akzeptabel?)*
- *Prüfung auf Realisierbarkeit (Sind die gewünschten Zielzustände für diese Person unter den gegebenen Lebensumständen prinzipiell – eine effektive Therapie unterstellt – erreichbar?)*
- *Elaboriertheit der Zielsetzungen (Sind die angestrebten Ziele konkret und für den Patienten durchschaubar oder bedürfen sie der Explizierung?).“<sup>407</sup>*

Dietmar Schulte und Kersten Reich<sup>408</sup> stellen dazu fest, dass Bedingungen und Entscheidungen im lebendigen Wechselspiel stehen, denn ändern sich die Bedingungen können sich die Entscheidungen ändern. Dies bedeutet, der Berater/Therapeut hat im Moment der Problemanalyse nur die Möglichkeit auf zu diesem Zeitpunkt geltende Bedingungen hin seine Entscheidung für die weitere Fallbehandlung zu treffen. Dies muss bewusst sein, und entsprechend flexibel ist, mit getroffenen Entscheidungen zu verfahren.

<sup>404</sup> Ebd.; S. 103

<sup>405</sup> Ebd.; S. 107

<sup>406</sup> Tuschen, Brunna in: Margraf, Jürgen (Hrsg.) 2000; S. 297

<sup>407</sup> Schulte, Dietmar 1996; S. 193 f.

<sup>408</sup> Reich, Kersten 1979; S. 153 und Schulte Dietmar 1998; S. 131

#### 4. Vorgehensweise

Wie bereits beschrieben, die 'Imaginative soziale Therapie' besteht aus vier Teilen und enthält zwecks Dokumentation einige standardisierte Arbeitsmaterialien, die z. T. bereits vorgestellt wurden, andere werden in Folge noch genauer erläutert.

Für die nun dargelegte Vorgehensweise für jeden dieser Teile zitiere ich B. Wilken, bezüglich der Definition ihres Leitfadens zur „Methode der kognitiven Umstrukturierung“ und beanspruche ihn ebenso für die 'Imaginative soziale Therapie':

„Unter »Leitfaden« ist hier also nicht ein streng formalisiertes Manual zu verstehen, sondern eher eine Strukturierungshilfe für den Prozess der (...) [‘Imaginativen sozialen Therapie’; P. H.] sowie eine Material- und Methodensammlung zum Vorgehen innerhalb der einzelnen Schritte des Gesamtprozesses.“<sup>409</sup>

Überblick über die Nutzung von standardisiertem Arbeitsmaterial im Laufe der 'Imaginativen sozialen Therapie':

Teil der 'Imaginativen sozialen Therapie'	Dazugehöriges standardisiertes Arbeitsmaterial <sup>410</sup>
Erster Teil	<u>A</u> , <u>B</u> , <u>C</u> , und <u>D</u> sowie standardisiertes Arbeitsmaterial zu K, S, V und E
Zweiter Teil	<u>E</u> und <u>F</u>
Dritter Teil	<u>B</u> und <u>G</u> und evtl. standardisiertes Arbeitsmaterial zu K, S, V und E
Vierter Teil	<u>H</u>

Abb.: I.4.1

Erster Teil: Die Erstellung der Anamnese, eine chronologische Aufzeichnung dessen, was die Klienten zu ihrem Lebenslauf oder ihrer Leidensgeschichte erzählen (erinnern).

Das Erstgespräch in einer sozialtherapeutischen Beratungspraxis dient dazu

„a) den Klienten, [oder die Gruppe] und das Interesse des Klienten [der Gruppe] an Beratung kennenzulernen, ihn [sie] seinen [deren] Istzustand und/oder Leidensgeschichte darstellen zu lassen,

b) ihm [ihnen] zuzuhören, ohne Wertung zu reflektieren und zu verstehen,

c) zu entscheiden wie, wo und ob es weiter gehen soll und

d) die finanzielle Seite zu klären.“<sup>411</sup>

Entscheidet sich ein Klient oder eine Gruppe mit Hilfe von sozialtherapeutischen Maßnahmen an sich zu arbeiten, sollen Veränderungen herbeigeführt werden, dann sollte der Berater/Therapeut darauf vertrauen, dass dies auf fruchtbaren Boden fallen wird, denn „[w]ir müssen überzeugt sein, dass das Wahre die Natur hat, durchzudringen, wenn seine Zeit gekommen, und das es nur erscheint, wenn diese gekommen, und deswegen nie zu früh erscheint, noch ein unreifes Publikum findet; auch dass das Individuum dieses Effektes bedarf, um das, was noch seine einsame Sache ist, daran sich zu bewähren, und die Überzeugung, die nur erst der Besonderheit angehört, als etwas Allgemeines zu erfahren.“<sup>412</sup>

Wichtig erscheint im Praxisbezug, unter Berücksichtigung der hermeneutischen Technik, vom Klienten bezüglich des Lebenslaufs, der Leidensgeschichten, des sozialen Umfeldes oder des momentanen Problems vom Erstgespräch eine Anamnese zu erstellen, ein Gedächtnisprotokoll anzufertigen, standardi-

<sup>409</sup> Wilken, Beate 2003; S. 43

<sup>410</sup> Alle Arbeitsblätter A, B, C, D, E, F, G, H und die Standardtabelle 4 sind im Original in DIN A 4 - Größe.

<sup>411</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 50

<sup>412</sup> Hegel, Georg W. F. o. J.; S. 67

sierte Arbeitsmaterialien zu K, S, V und E zu erstellen und die Dokumentation in den Arbeitsblätter **A**, **B** und **C**, um in Form der anschließenden Problemanalyse (Arbeitsblatt **D**; s. Kapitel I.3. f.) einen Sinn zu erkennen, zu entdecken welche Verlaufskurve oder welches Grundproblem<sup>413</sup> evtl. hinter den Teilproblemen verborgen sein könnte. Zudem gibt diese Analyse Aufschluss darüber, welche Personen oder Situationen evtl. Einfluss auf das bestehende System des Klienten haben. Die Beachtung des Systems, in welchem sich der Klient befindet, ist aus den 'Systemischen Therapien' bekannt, welches sich die 'Imaginative soziale Therapie' an dieser Stelle zwecks lösungsorientierter Arbeit zunutze macht. Anhand der erstellten Arbeitsmaterialien geht der Berater/Therapeut auf *Spurensuche*, entscheidet (evtl. einer Ahnung folgend) was in diesem speziellen Fall relevant sein könnte und wie je nach Fall effizient zu intervenieren ist:

a) Mithilfe weiterer Beratungsgespräche<sup>414</sup> u. a. unter verstärkter Nutzung der Bildsprache<sup>415</sup> (in Abb. I.4.2 durch weiße Pfeile dargestellt) oder

b) mithilfe einer Imagination (in Abb. I.4.2 durch graue Pfeile dargestellt) und der zum Fall passend erscheinenden Motivauswahl, sowie der Begründung dieser.

Durch das Wissen über die Methode der 'Objektiven Hermeneutik' konnte eine »praxistaugliche Abkürzung«, hinter einem vordergründigen Problem das eigentliche zu entdecken, möglich gemacht werden. Wobei die Hypothese in der 'Imaginativen sozialen Therapie' lediglich dazu dient, eine geeignete Imagination auszuwählen, Intention ist nicht, diese zu verifizieren.

Zweiter Teil: Die Imagination (dem Wiederholen der Vergangenheit, der Istsituation und eine Zukunftsorientierung in verfremdeter Darstellungsform), mehrheitlich außerhalb des Therapieraumes.

Während der Imagination wird die Methode der teilnehmenden Beobachtung vom Berater/Therapeuten benutzt, die in ihrer Offenheit der Datenerhebung besonders auf die Kommunikation mit dem Klienten als Hauptcharakteristikum abzielt<sup>416</sup>.

Die Eindrücke und festgehaltenen Stichworte werden anschließend in einem zeitnah angefertigten Gedächtnisprotokoll festgehalten.

Durch den Ablauf der Imagination erhält der Klient die Chance das Erlebte aus der Vergangenheit und Gegenwart neu bzw. anders zu erleben und zu überdenken, wie dies entsprechend in seinen Lebenslauf zu integrieren ist, sowie für die Zukunftsgestaltung andere als bisherige Wege zu entdecken und diese für sich neu zu definieren, ihnen Sinn und Bedeutung zu geben. *„Sinn ist die natürliche Konsequenz des Interpretierens von Erfahrung. Welchen Sinn wir entwickeln und wie wir es tun, hängt von der Vielfalt und Flexibilität unserer inneren Repräsentationen der Welt (oder dem Mangel daran) ab.*

*Eine sehr eingeschränkte Landkarte einer Erfahrung erzeugt meist nur einen begrenzten Sinn.*<sup>417</sup>

„Was aber sollte zu Einsicht und Lernverhalten führen? Alfred Schütz<sup>418</sup> bemerkt dazu: *„(...) die freiwillige Überdeckung<sup>419</sup> eines Themas durch ein anderes, während das Erste noch im Griff bleibt.*

*Durch solche Überdeckung (...) gelangen neue thematische Relevanzen ins Spiel, neue Gegebenheiten, die bis jetzt im horizontartigen Feld des ersten Themas lagen, werden nun in den thematischen*

<sup>413</sup> Unter Grundproblem möchte ich Folgendes verstanden wissen: Dies ist z. B. eine Charakterschwäche, ein erlerntes Verhaltensmuster oder ein emotionales Problem, das immer wieder zu Handlungen führen kann, die für den Klienten problematisch wird oder zum Problem selbst werden kann. Der Klient sieht jedoch oft seine mitunter bereits *automatisierte Handlung* oder das Resultat seiner Handlung als Problem an, ohne zu wissen oder zu ahnen, welche Ursache dahinter verborgen ist.

<sup>414</sup> Nicht jeder Klient benötigt eine Imagination. Viele Klienten erlangen durch *normale* Beratungsgespräche Einsichten, und entwickeln sich weiter. Da erscheint mir eine Imagination oft wenig effektiv. Ihnen kann u. a. in Form der Bildsprache einiges deutlich werden (eine bekannte Methode aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck A. T., welche hier Einfluss findet), wieder andere benötigen ohnehin nur wenige Beratungseinheiten. Und: In diesem Bereich können für jeden Klienten (je nach Fall), aus dem Methodenbereich der 'Systemischen Therapie', Interventionen durch den Berater/Therapeuten im Interaktionssystem des Klienten nötig werden. In manchen Fällen müssen sich die Strukturen des dynamischen Systems verändern, um dem Klienten auf Dauer helfen zu können (vgl. von Schlippe, Arist/Schweitzer, Jochen 2003).

<sup>415</sup> Die Bildsprache, das Imaginieren mithilfe der Sprache, ist ein Teil meiner sozialen Therapie, auf die ich noch kurz im Rahmen der Definition von *Metaphern* eingehen möchte (s. Kapitel II.1.).

<sup>416</sup> König, Burghard (Hrsg.) 2005

<sup>417</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 68

<sup>418</sup> Schütz, Alfred in: List, Elisabeth 2004

<sup>419</sup> Schütz (Schütz, Alfred in: List, Elisabeth 2004) greift auf den psychologischen Sachverhalt zurück, dass ein Denkhema freiwillig durch ein neues schrittweise ersetzt werden kann, somit vertieft oder erweitert wird. Die Aufmerksamkeit hat sich zwar verändert aber das erste, ursprüngliche Thema bleibt erhalten.



Kern gezogen.<sup>420</sup> Dies kann zu „(...) Veränderungen in den Wahrnehmungen und eine Neuauslegung dieser Veränderungen (...)“<sup>421</sup> führen.<sup>422</sup>

A. T. Beck hat zwecks Korrekturen von Denkmustern sechs Schritte<sup>423</sup> entwickelt, die in Teilen der `Imaginativen sozialen Therapie` zwar ähnlich sind, aber sich wegen der unterschiedlichen Intention (Therapie – Heilung/`Soziale Therapie` – Empowerment; s. Einleitung Kapitel 1) nicht vollständig auf die `Imaginative soziale Therapie` übertragen lassen:

1. Der Therapeut erklärt seine Therapiemethode. Ziele werden vorab definiert. In der `Imaginativen sozialen Therapie` wird dem Klienten die Methode (Gespräch – Imagination – Gespräche) ebenfalls erklärt, wobei erst kurz vor der Imagination der genaue Inhalt und der Ablauf dieser erläutert wird – es werden jedoch, entsprechend der sozialtherapeutischen Interventionspraxis, keine Ziele definiert.
2. Der Patient wird zur Selbstbeobachtung u. a. durch Rollenspiele und systematische, zielgerichtete Gespräche angeregt.  
Dies entspricht zum Teil den Intentionen der Imagination der `Imaginativen sozialen Therapie`. Unterschiede bestehen darin, dass a) die vielen Rollenspiele, wie sie in der `Kognitiven Verhaltenstherapie` von A. T. Beck eingesetzt werden, in der `Imaginativen sozialen Therapie` durch eine einzige Imagination ersetzt werden und b) in der `Imaginativen sozialen Therapie` finden klientenzentrierte Gespräche statt, nicht problemzentrierte, wie in der `Kognitiven Verhaltenstherapie`.
3. Entdeckt der Klienten seine kognitiven Fehler, werden diese zum Thema gemacht und infrage gestellt. Jeder einzelne kognitive Fehler wird gründlich überprüft, wobei A. T. Beck<sup>424</sup> sehr genau auf die Wortwahl und Inhalte des vom Patienten gesagten achtet. Therapeut und Patient sind dabei gleichberechtigte Partner und aktive Teilnahme vom Klienten ist gefordert.  
Diese Vorgehensweise entspricht nicht dem Vorgehen in der `Imaginativen sozialen Therapie`, bedingt durch die nondirektive Gesprächsführung nach Carl Rogers<sup>425</sup> in der `Imaginativen sozialen Therapie` (dazu mehr in Kapitel IV.2.). In der `Kognitiven Verhaltenstherapie` ist „[d]er Therapeut (...) in erster Linie darauf gerichtet, durch entsprechende Interventionstechniken irrationale Einstellungen des Klienten aufzudecken, um dann Hilfestellungen bei dem Entwickeln konstruktiver Alternativen und ihrer Umsetzung in konkretes Handeln zu bieten. Im Unterschied zu Rogers wird nicht einführendes Verstehen und therapeutische Beziehung als hauptsächlicher Wirkfaktor der Therapie gesehen, sondern situationsadäquaten Interventionen des Therapeuten.“<sup>426</sup>
4. Der Patient wird zur Selbstreflexion angeregt.  
Wie die `Kognitive Verhaltenstherapie` nach A. T. Beck (1999) stimuliert die `Imaginative soziale Therapie` den Klienten in einer Art Spiel, macht Einsichtsverhalten möglich und mündet i. d. R. darin, dass Klienten bei dem Durcharbeiten und in allen weiteren Gesprächen, die immer wieder die Imagination als Bezugspunkt haben, etwas ändern oder verbessern und handeln zu wollen.  
Allerdings haben in der `Imaginativen sozialen Therapie` die Wortwahl und der Inhalt dessen, was der Klient erzählt, nicht die Gewichtung die sie in der `Kognitiven Verhaltenstherapie` erhalten.  
Seine Fehler selbst zu erkennen und daran arbeiten zu wollen muss in der `Imaginativen sozialen Therapie` vom Klienten, nicht vom Berater/Therapeuten entwickelt werden. Kognitive Fehler stehen in der `Imaginativen sozialen Therapie` vordergründig nicht im Fokus, wie dies in der `Kognitiven Verhaltenstherapie` der Fall ist.
5. Alternative, zukünftige Kognitionen werden entwickelt.  
Dies fließt bei der `Imaginativen sozialen Therapie` bereits in die Imagination ein und wird in den weiteren Gesprächen weiter bearbeitet und u. a. ausgebaut.
6. Einüben der neuen funktionalen Kognitionen in Rollenspielen o. ä. und später im Alltag mit ständiger Erfolgskontrolle.

<sup>420</sup> Ebd.; S. 93; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 47 f.

<sup>421</sup> Ebd.; S. 100; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 48

<sup>422</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 47 f.

<sup>423</sup> Beck A. T. 1999

<sup>424</sup> Ebd.

<sup>425</sup> Rogers, Carl R. 1972

<sup>426</sup> Vgl. Petzhold, Hilarion (Hrsg.) 1987; S. 9; Schmid, Peter F. 1995 und Rogers Carl R. 1983

Dieser Aspekt findet sich in der 'Imaginativen sozialen Therapie' nicht, sondern nach der Imagination greifen die sozialpädagogischen Methoden der Hilfe zu Selbsthilfe in Form von Beratungsgesprächen, die Umsetzungen der vom Klienten entwickelten, neuen kognitiven Verhaltensweisen geschieht durch ihn selbst, ohne die Kontrolle durch den Berater/Therapeuten. Allenfalls die späteren telefonischen, informellen, nicht-standardisierten Interviews könnten als Kontrolle gelten, sind aber eher dazu gedacht die Wirksamkeit der Methode zu überprüfen und obliegen keiner weiteren Intervention.

An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden: Nicht bei allen Klienten ist eine Imagination nötig oder möglich und es genügen Beratungsstunden (Abb. I.4.)<sup>427</sup>. Die Imagination muss für Klienten Freiwilligkeit<sup>428</sup> enthalten und sie muss auch wie alle anderen dazugehörigen Teile vom Klienten, ebenso wie vom Berater/Therapeuten jederzeit abgebrochen werden können.

Dritter Teil: Weitere Sitzungen im Therapieraum zum Durcharbeiten der Imagination und des Problems. Hat sich der Berater/Therapeut für eine Imagination bei einem Klienten entschieden, wird diese in der Zeitspanne einer Sitzung absolviert. Spätestens eine Woche danach sollte das Durcharbeiten der Imagination stattfinden, damit nicht zu viele Eindrücke verloren gehen, oder zugunsten anderer verdeckt, verfremdet oder verändert usw. werden.

Im Anschluss daran finden, je nach Bedarf (in Absprache mit dem Klienten), weitere Beratungsgespräche statt, in manchen Fällen wird Einzelfallhilfe nötig oder der Klient wird an eine andere Stelle, wie z. B. an eine allgemeinmedizinische - oder psychotherapeutische Praxis o. ä. weiter verwiesen.

Ein Gedächtnisprotokoll kann angefertigt werden oder aber die aus dem Gespräch erarbeitete Stichwortliste verfeinert und alle weiteren Daten in das standardisierte Arbeitsmaterial eingebracht werden. Die ersten drei Segmente, das Erinnern (Teil 1), das Wiederholen (Teil 2) und Durcharbeiten (Teil 3) in der 'Imaginativen sozialen Therapie' erinnern an Sigmund Freuds Technik *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*<sup>429</sup>. „Freud ließ im Erinnern seine Klienten bestimmte Lebenssituationen autobiografisch in schriftlicher Form darstellen. Damalige psychische Empfindungen sollten die Klienten durch Schreiben in das Heute transferieren<sup>430</sup>.“<sup>431</sup> Dadurch wurden sie aus der Erinnerung heraus wiederholt und Freud arbeitete dann zusammen mit seinen Klienten an der Verarbeitung dessen<sup>432</sup>.

In der 'Imaginativen sozialen Therapie' wird allerdings, im Gegensatz zu Sigmund Freuds Methode, nur in Ausnahmefällen Schriftliches vom Klienten abverlangt und die Bearbeitung der Zukunft ist bereits in der Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie' integriert.

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft fließen, wie auch in der 'Integrativen Gestalttherapie' (zwar in anderer Art und Weise) ein und ebenso, wie in der in der 'Integrativen Gestalttherapie', steht in der 'Imaginativen sozialen Therapie' der Berater/Therapeut bei Alltagsproblemen wie familiären Schwierigkeiten, Finanznöten usw. praktisch helfend zur Seite (Einzelfallhilfe<sup>433</sup>). An dieser Stelle arbeitet die 'Imaginative soziale Therapie', ebenso wie die ihr übergeordnete 'Soziale Therapie', ähnlich der 'Systemischen Therapie'.

In der 'Systemischen Therapie' wird davon ausgegangen, dass sich der Mensch in Interaktionssystemen befindet, wodurch (je nach Fall) die therapeutische Arbeit mit dem Klienten wenig Erfolg versprechend ist, wenn sich nicht auch das unmittelbare System in seiner Struktur verändert<sup>434</sup>.

<sup>427</sup> Dieser Weg ist mit weißen Pfeilen gekennzeichnet.

<sup>428</sup> „Freiwillig handeln heisst, handeln aus bewussten Gründen.“ (Daco, Pierre 1998; S. 328) Und „[f]ast alle Menschen glauben (...) «freiwillig» zu handeln. Freiwillig handeln heisst aber, dass man frei ist und sich von seinen inneren Prismen entledigt hat. Solange innere Zwangsfaktoren bestehen, gibt es keine Freiheit.“ (ebd.; S. 358)

<sup>429</sup> Werder, Lutz 1996

<sup>430</sup> Ebd.

<sup>431</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 48 f.

<sup>432</sup> Werder, Lutz 1996

<sup>433</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001

<sup>434</sup> von Sydow, Kristin 2006

Daraus resultiert: In den Beratungseinheiten (exklusive der Imagination und der Abschlusssitzung) können in der 'Imaginativen sozialen Therapie' auch Gruppensitzungen<sup>435</sup> unterschiedlichster Zusammensetzung notwendig und initiiert werden.

Vierter Teil: Die Abschlusssitzung mit der Formulierung der Lösung des Problems und der Zukunftsorientierung. Im Abschlussgespräch fasst der Berater/Therapeut den Ablauf der bisherigen Beratungsstunden (diese Vorgehensweise ist in Abb. I.4.2 gekennzeichnet durch weiße Pfeile) und evtl. der genutzten Imagination (der Ablauf ist in der Abb. I.4.2 gekennzeichnet durch graue Pfeile) zusammen. Es wird die Lösung des Problems und die Zukunftsorientierung formuliert. Im Anschluss daran wird ein Gedächtnisprotokoll angefertigt.

Die anschließenden informellen, nicht-standardisierten Telefonate mit den Klienten im Rhythmus nach ca. 4-6 Wochen, ca. 6 Monaten und nach ca. einem Jahr sind Standard, sei es bei Nutzung der 'Imaginativen sozialen Therapie' als auch der reinen Beratungsarbeit. Nach diesen Gesprächen wird jeweils ein Gedächtnisprotokoll angefertigt.

---

<sup>435</sup> Wenn es der Fall erfordert, können einzelne Familienmitglieder, Kollegen, Vorgesetzte, Sachbearbeiter von z. B. Arbeitsagenturen usw. zur Beratung hinzugezogen werden.

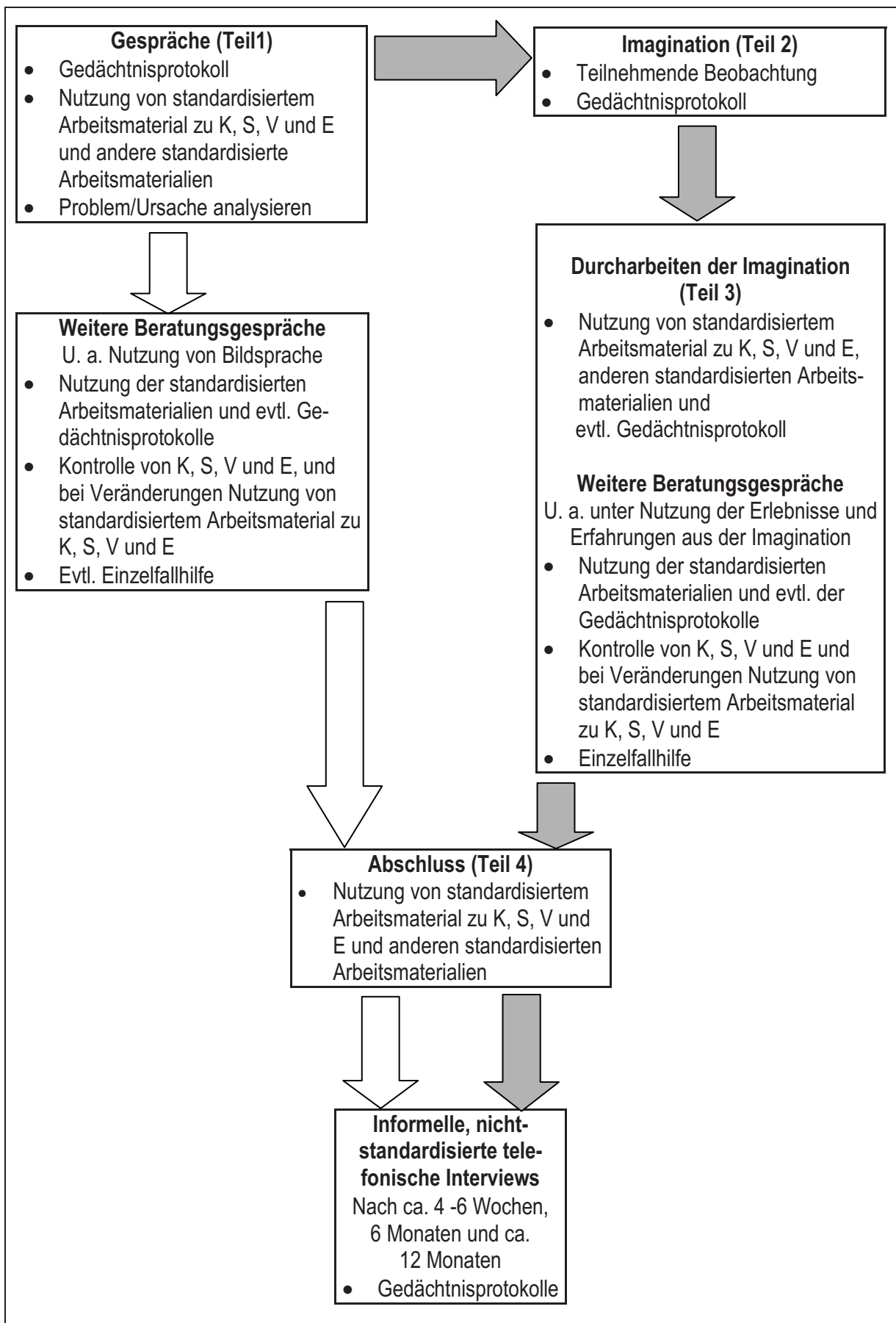


Abb.: I.4.2

#### 4.1 Die Anamnese und ihre Erfassung in Form von standardisiertem Arbeitsmaterial

Anamnese bedeutet aus dem griechischen übersetzt: Krankheitsgeschichte oder Wiedererinnerung<sup>436</sup>. Bei der Anamnese in der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' z. B. liegt „[d]er Focus der therapeutischen Arbeit (...) auf der Analyse und Bearbeitung ganz konkreter Problemsituationen des Klienten, in denen er belastende Emotionen/ Verhaltensweisen erlebt.“<sup>437</sup>

Dagegen bedeutet eine Anamnese für die Tätigkeit im sozialpädagogischen und -therapeutischen Bereich u. a. das Chronologisieren dessen, was der Klient im Erstgespräch (und allen weiteren Sitzungen) zu seiner Istsituation und/oder Leidensgeschichte erzählt. In diesem Zusammenhang wird sie für die 'Imaginative soziale Therapie' benutzt. Die im Erstgespräch gewonnene Anamnese kann mit jedem weiteren Beratungsgespräch u. a. anhand des standardisierten Arbeitsmaterials **B** erweitert werden, sofern der Klient neue Ereignisse oder Details zu bereits bekannten Geschehnissen erzählt.

Zum standardisierten Anamnesebogen (**A**) gehören jeweils die standardisierten Arbeitsmaterialien wie das Ergänzungsblatt **B**, **C** und **D**.

Die Arbeitsblätter zur Anamnese und für das Erstgespräch sind im Bereich der Seitenangabe im Original farblich grün markiert. Die farblichen Markierungen erleichtern das Finden der entsprechend benötigten standardisierten Arbeitsmaterialien. Zum Anamnesebogen (**A**) gehören das Ergänzungsblatt **B**, **C** und **D**, die im Original seitlich alle eine grüne Markierung aufweisen. Zur Anamneseerstellung ist generell festzuhalten, dass nur wichtige Daten wie Name, Adresse und Telefonnummern erfragt werden, falls der Berater/Therapeut den Klienten erreichen muss, um Termine abzuklären o. ä.

Alle anderen Angaben ergeben sich i. d. R. aus den Gesprächen heraus und der Berater/Therapeut sollte davon ausgehen, dass der Klient die nötigen Details zumeist von sich aus mitteilt, da der Klient erfahrungsgemäß genau die Dinge nennt, die dem Berater/Therapeuten zum Fallverstehen dienen, sofern der Berater/Therapeut professionelle Gespräche führt.

<b>A</b> Anamnesebogen - Erstgespräch am:					Seite: 1
(4) Name/n:					
(5) Geb./Alter:					
(6) Adresse:					
(7) Tel.:			(8) Mobiltel.:		
(9) Verh.: Ja/Nein	(10) Gesch.: Ja/Nein	(11) Partner verst.:	(12) Anz. d. Kinder: (13) Verst.:	(14) Alter:	
(15) Geschwister:			(16) Alter:	(17) Verst.:	
(18) Eltern:			(19) Gesch.: Ja/Nein	(20) Verst.: V/M	
(21) Initiator der Beratung:					
(22) Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:					
(23) In Anspruch genommene Sitzungstermine:					

Abb.: I.4.3

<sup>436</sup> Dultz, Wilhelm (Hrsg.) 1965; S. 229

<sup>437</sup> Wilken, Beate 2003; S. 42

Der Anamnesebogen **A** (s. Abb.: I.4.3) beinhaltet folgende Merkmale:

- (1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.
  - (2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials und Aufnahme des Datums des Erstgesprächs.
  - (3) Seitenangabe, in diesem Fall Seite 1 und die im Original farbliche Kennzeichnung für die Zuordnung der jeweiligen standardisierten Arbeitsmaterialien.
  - (4) Eintrag des Klientennamens, der Beratung benötigt. Nennt der Klient lediglich seinen Nachnamen, wird nicht weiter nachgefragt, der Vorname ergibt sich häufig aus den Gesprächen heraus und kann somit jederzeit nachgetragen werden. Sind es Partner, werden beide Partner aufgeführt. Ist es eine Familie, werden an dieser Stelle alle Namen vermerkt. Bei einer Gruppe, die nicht verwandt oder verschwägert miteinander ist wird für jeden ein separater Anamnesebogen ausgefüllt. Manchmal kann es sich auch als gut erweisen für Familienmitglieder einzelne Anamnesebögen anzulegen, z. B. wenn ohnehin parallel mit den Kindern oder Ehepartnern Einzelsitzungen geplant sind.
  - (5) Geburtsdatum (Geb.) oder das vom zu beratenden Klienten genannte Alter, bei Familien das Geburtsdatum/Alter der Eltern.
  - (6) Die Adresse des Klienten, bei mehreren Personen, die Adresse eines Ansprechpartners. Es können auch mehrere Adressen aufgenommen werden, falls dies von der Gruppe gewünscht wird.
  - (7) Die Telefonnummer (Tel.) des Festnetzes des Klienten. Bei mehreren Telefonnummern können Symbole vor den Namen gesetzt werden, die vor die dazugehörige Telefonnummer gesetzt werden, somit sind Namen und Telefonnummern leicht zuzuordnen.
  - (8) Falls vorhanden werden in diesem Bereich die Mobiltelefonnummer/n (Mobiltel.) notiert. Wobei wie bei (7) verfahren wird, wenn es mehrere Personen betrifft.
- Die Merkmale neun bis 19 ergeben sich zumeist aus den Gesprächen heraus und sollten nicht abgefragt werden. Zu viele Fragen lenken zum einen vom eigentlichen Beratungsbedarf des Klienten ab, zum anderen zeugt es nicht unbedingt von Professionalität, in einer Art Fragestunde Zusammenhänge des sozialen und ökonomischen Umfelds zu erkunden. Meist erliegt der Berater/Therapeut dann dem Schicksal alles gefragt aber nichts an Wissen gewonnen zu haben. Angaben, die der Klient im Laufe der Gespräche macht, können jederzeit in den Anamnesebogen, mit Datumsvermerk (falls nötig oder wichtig) wann diese Angabe gemacht wurde, nachgetragen werden.
- (9) Ist der Klient verheiratet (Verh.: Ja) oder nicht (Nein)? Sind Kinder die Klienten, betrifft es deren Eltern. Betreffendes wird angekreuzt oder unterstrichen, je nach Art des Beraters/Therapeuten.
  - (10) Ist der Klient oder (bei Kindern) sind deren Eltern, geschieden oder nicht (Gesch.: Ja/Nein)? Betreffendes wird angekreuzt oder unterstrichen je nach Art des Berater/Therapeut.
  - (11) Ist der Partner des Klienten verstorben (Verst.)? Eingefügt werden kann ein „Ja“ oder, falls vom Klienten genannt, das Sterbedatum.
  - (12) Die Anzahl (Anz.) der (d.) Kinder der erwachsenen Klienten.
  - (13) Sind Kinder gestorben (Verst.)? Anzahl der verstorbenen Kinder, Sterbejahr, Sterbedatum, Geburts- und Sterbedatum und Geschlecht können vermerkt werden.
  - (14) Das jeweilige Alter bzw., falls genannt, das Geburtsdatum (Geb.) dieser Kinder (unter Punkt 12). Sind alle Kinder namentlich schon unter (4) genannt, kann das Alter der Kinder in der Reihenfolge der Nennung unter (4) eingetragen werden.
  - (15) Geschwister des Klienten können entweder mit einer Zahl oder dem Geburtsdatum, je nachdem was der Klient dazu erzählt, erfasst werden. Wird eine Familie als Fall erfasst, kann es sein, dass Eltern von ihren eigenen Geschwistern berichten. Wird ein einzelner Klient als Fall erfasst, ein Kind, Jugendlicher, Erwachsener oder ein nicht verheiratetes Paar, können an dieser Stelle die jeweiligen Geschwister vermerkt werden.
  - (16) Das Alter der Geschwister (unter Punkt 14 genannt).
  - (17) Sind Geschwister des/r Klienten verstorben (Verst.)? Es können u. a. die Anzahl der verstorbenen Geschwister eingebracht werden, Sterbedatum, Geburts- und Sterbedatum und Geschlecht. Ein Symbol bei dem betreffenden Klienten unter Punkt (4) z. B., das sich an dieser Stelle wiederholt, kann deutlich machen, welcher Klienten Geschwister verloren hat.

(18) Name der Eltern der/s Klienten, die ohne ihre Eltern zur Beratung kommen. Bei Paaren ist sind die Symbole für die Eltern des Mannes (z. B.) und für die Eltern der Frau (z. B. ♀) hilfreich.

(19) Sind die unter Punkt (18) genannten Eltern geschieden oder nicht (Gesch.: Ja/Nein)? Betreffendes wird angekreuzt oder unterstrichen je nach Art des Beraters/Therapeuten.

(20) Erwähnt der Klient, dass ein unter Punkt (18) genannter Elternteil oder beide verstorben (Verst.) sind, kann V für Vater oder M für Mutter entsprechend angekreuzt oder unterstrichen werden, je nach Art des Beraters/Therapeuten.

(21) Welche Person hat die Beratung initiiert? Manche Klienten gehen auf Wunsch einer anderen Person zur Beratung, haben möglicherweise vorher eine solche Möglichkeit nicht in Betracht gezogen oder waren sich selbst der Notwendigkeit nicht bewusst.

(22) Der Beratungsgrund (Beratungsbedarf bezüglich) oder der Istzustand des Klienten oder der Klientengruppe. Stichpunktnotizen sind angebracht, ein späteres Gedächtnisprotokoll wird unter Hinzunehmen der standardisierten Arbeitsmaterialien Blatt **B** und **C** (diese werden nachfolgend erläutert) auf einem neutralen nicht-standardisierten Blatt erstellt, welches das Erstellungsdatum und den Klientennamen in der Kopfzeile (bei mehreren Seiten selbstverständlich auch die Seitenzahl) aufweisen sollte.

(23) In Anspruch genommene Sitzungstermine mit Datum und inklusive der Imagination.

Das Ergänzungsblatt **B** (s. Abb. I.4.4) ergibt sich aus dem Umstand heraus, dass Klienten zu Beginn der Sitzung ihr derzeitiges Problem schildern, dabei jedoch unwillkürlich auf wichtige Ereignisse aus der Vergangenheit und Gegenwart zu sprechen kommen.

Prägende Ereignisse können feste Daten wie Geburtstage, Todestage, Geschehnisse, die sich eingepägt haben, Ereignisse, die Veränderungen nach sich gezogen haben oder Erkenntnisse, die gewonnen wurden, beinhalten. Dieses Blatt ist im Original im Bereich der Seitenangabe mit zwei Farben versehen. Im Original bezeichnet die Farbe Grün die standardisierten Arbeitsmaterialien, die für das Erstgespräch nötig sind. Im Original gibt die zweite Farbe Pink den Hinweis darauf, dass dieses Material einen weiteren Verwendungszweck hat, auf den in Folge noch hingewiesen wird.

(1) <b>B</b>	(2) <b>Ergänzungsblatt</b> für Blatt <b>A</b> und Blatt <b>G</b>	(3) Seite: <b>...</b>
(4) Name/n:		
(5) Ergänzung zum Sitzungstermin vom ... (Datum):		
(6) Prägende Ereignisse:		

Abb.: I.4.4

Folgende Merkmale beinhaltet das Ergänzungsblatt **B** (Abb.: I.4.4):

(1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.

(2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials und weiterer Verwendungszweck.

(3) Seitenangabe. Die standardisierten Arbeitsmaterialien werden von dem Erstgespräch an fortlaufend nummeriert, können so anhand des Datums und der Seitenzahl sortiert werden und die im Original angebrachten farblichen Markierungen ermöglichen die schnelle Zuordnung des standardisierten Arbeitsmaterials bezüglich der Verwendungszwecke.

(4) Beim Erstgespräch Eintrag des/r Klientennamen (Name/n), der/die Sitzung benötigt, je nachdem ob es eine Einzelperson oder eine Gruppe ist. In Folgegesprächen Eintrag des Klientennamens, der an der Imagination teilgenommen hat oder der Klienten, die in einer Gruppe Sitzungen in Anspruch nehmen.

(5) Ergänzung zum Sitzungstermin vom ... (Datum). In diesem Bereich wird der Sitzungstermin vermerkt. Dieses Arbeitsmaterial wird immer in Kombination mit dem Material zum Erstgespräch und mit dem Material für Folgesitzungen kombiniert.

(6) Prägende Ereignisse. Auf diesem Blatt werden bei der Erstsitzung Erlebnisse/ Ereignisse zumeist aus der Vergangenheit aufgeführt und ergänzt somit Blatt **A**, welches die Istdaten und den Istzustand aufnimmt. Zudem können in diesem Bereich subjektive Eindrücke des Beraters/Therapeuten sowie dessen Gefühle eingebracht werden.

In den Folgesitzungen, in denen dieses Arbeitsmaterial ebenfalls zum Einsatz kommt, können nun zusätzlich prägende Ereignisse aus der Imagination, den Sitzungen oder den neueren Erfahrungen in der Gegenwart eingetragen werden.

Prägende Ereignisse sind Erlebnisse/Ereignisse aus der Vergangenheit oder Gegenwart, die beim Klienten im Gedächtnis haften geblieben sind, dementsprechenden Eindruck beim Klienten hinterlassen haben und erst in den Folgesitzungen genannt wurden, oder für Veränderungen, neue Ansichten und Einsichten usw. verantwortlich sind.

Das dritte Ergänzungsblatt **C** (s. Abb. I.4.5) zu Blatt **A** ist seitlich im Bereich der Seitenangabe im Original ebenfalls Grün markiert, was darauf verweist, dass es zum standardisierten Arbeitsmaterial des Erstgesprächs gehört und der Anamneseerstellung dient.

(1) <b>C</b>	(2) <b>Ergänzungsblatt</b> für Blatt <b>A</b>	(3) Seite: . . .
(4) Name/n:		
(5) Datum:		
(6) Involvierte Personen:		
(7) Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		

Abb.: I.4.5

Folgende Merkmale beinhaltet das Ergänzungsblatt **C** (Abb.: I.4.5)

- (1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.
- (2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials und Verwendungszweck.
- (3) Seitenangabe. Die standardisierten Arbeitsmaterialien werden von dem Erstgespräch an fortlaufend nummeriert, können so anhand des Datums und der Seitenzahl sortiert werden und die farbliche Markierung im Original ermöglichen die schnelle Zuordnung des standardisierten Arbeitsmaterials bezüglich der Verwendungszwecke.
- (4) Eintrag des/r Klientennamen (Name/n), der/die Beratung benötigt, je nachdem ob es eine Einzelperson oder eine Gruppe ist.
- (5) Das Datum des Erstgesprächs.
- (6) Involvierte Personen. Dies sind Personen, die mit dem Istzustand, dem Problem oder besonderen Ereignissen/Erlebnissen des Klienten in Zusammenhang stehen, vom Klienten entsprechend genannt wurden.
- (7) Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze, die im Gespräch erarbeitet wurden. Hierauf kann in der nächsten Sitzung Bezug genommen werden, falls vom Klienten gewünscht. Ein Abgleich der Vorher-



Nachher-Situation ab der zweiten Sitzung wird für den Berater/Therapeuten hierdurch in jedem Fall ermöglicht.

Im Anschluss wird das Arbeitsmaterial **D** erarbeitet, welches unter Kapitel I.4.2 erläutert wird, da es im engen Zusammenhang mit der Imagination steht.

Alle vier standardisierten Arbeitsmaterialien zum Erstgespräch (Blatt **A**, **B**, **C** und **D**) werden ausgewertet und danach wird entschieden ob

- a) eine Imagination zum jetzigen Zeitpunkt nötig bzw. möglich ist,
- b) zwecks Imagination eine weitere Sitzung angeraten ist,
- c) andere sozialtherapeutische Maßnahmen in Betracht kommen, eine Imagination nicht nötig,
- d) andere Therapien angeraten sind, ein Arzt aufgesucht werden sollte usw. oder
- e) Kombinationen von a) und c) oder b) und c) greifen sollten.

Zusätzlich werden K, S, V und E (s. Kapitel I.2.) in einer teilnehmenden, verdeckten, teilstandardisierten Beobachtung registriert<sup>438</sup> und nach der Sitzung in das standardisierte Arbeitsmaterial eingefügt. Diese Beobachtungen ergänzen das, was der Klient erzählt hat, macht Unbewusstes für den geübten Berater/Therapeuten sichtbar und die Falleinordnung leichter. Die Anamneseerstellung ist nur ein Teil der Einzelfallstudie, die ermöglicht den Fall einzuordnen, zu kategorisieren und zu entscheiden, ob er a) einer Imagination bedarf oder b) weitere Sitzungen angebracht sind. Sollte sich Fall a) ergeben, ist wiederum eine Entscheidungshilfe durch die gewonnenen Daten der Biografie und der Leidensgeschichte sowie den aus der Beobachtung erschlossenen Daten gegeben, um ein entsprechendes Motiv auszuwählen. Der Ablauf dieser Studie, die jedem Fall zugrunde liegt, gliedert sich in verschiedene Abschnitte (s. Abb. I.4.6):

1. Die Erstellung der Anamnese, wie oben beschrieben,
2. die Problem- und Bedingungsanalyse des Falls,
3. die Kategorisierung in einen Fall, der
  - a) eine Imagination ermöglicht, in einen Fall, der
  - b) weitere Sitzungen benötigt oder
  - c) weiter verwiesen werden muss. Somit entweder für Fall a) eine Motivauswahl mithilfe der standardisierten Arbeitsmaterialien oder für Fall b) klientenzentrierte Sitzungen unter Nutzung standardisierter Arbeitsmaterialien und evtl. angefertigter Gedächtnisprotokolle,
4. im Fall a) Nutzung der Imagination unter teilnehmender Beobachtung und anschließendem Gedächtnisprotokoll,
5. im Fall b) anschließend weitere klientenzentrierte Sitzungen unter Nutzung standardisierter Arbeitsmaterialien und evtl. angefertigter Gedächtnisprotokolle,
6. in beiden Fällen der Abschluss mit einem Vorher-Nachher-Vergleich, der Formulierung der Lösung des Problems und der Zukunftsorientierung festgehalten in standardisiertem Arbeitsmaterial und die Überprüfung der Nachhaltigkeit der Wirkung i. d. R. durch informelle, nicht-standardisierte, telefonische Interviews und Gedächtnisprotokolle.

Die Einzelfallstudie ist in jedem Fall als Forschungsansatz zu verstehen, die verschiedene Techniken vereint, um Personen in Bezug auf Handlung und Interaktion hin untersuchen zu können. Für die 'Imaginative soziale Therapie' wird sie zur kurzen Charakterisierung des einzelnen Falls benutzt, ist von Nutzen, da sie ermöglicht bestimmte Problematiken gezielt den entsprechenden Imaginationsmotiven zuzuordnen, sie wird an dieser Stelle nicht dazu angewandt allgemeingültige Kategorisierungen vorzunehmen o. ä. Für spätere Studien könnte allerdings dieser Ansatz noch bedeutender werden, die Motivauswahl verbessern, vereinfachen oder verfeinern und mitunter zu allgemeingültigen Aussagen führen. Dazu bedarf es allerdings einer weitaus höheren Klientenanzahl, als dies bisher der Fall ist.

<sup>438</sup> Die teilnehmende, verdeckte, teilstandardisierte Beobachtung erklärt sich daraus, dass der Berater/Therapeut anwesend ist, an der Sitzung teilnimmt, Beobachtungen registriert, und in Stichpunkten vermerkt, die dem Klienten nicht mitgeteilt werden (verdeckte Beobachtung). Teilstandardisiert ist die Beobachtung insofern, als dass sich durch die Beobachtung des Klienten evtl. neue Kategorien ergeben können, die zumeist unter *Sonstiges* oder in freien Feldern der entsprechenden Merkmalstabelle hinzugefügt werden und mithilfe der Literatur oder intuitiv und fallspezifisch neu definiert werden muss.

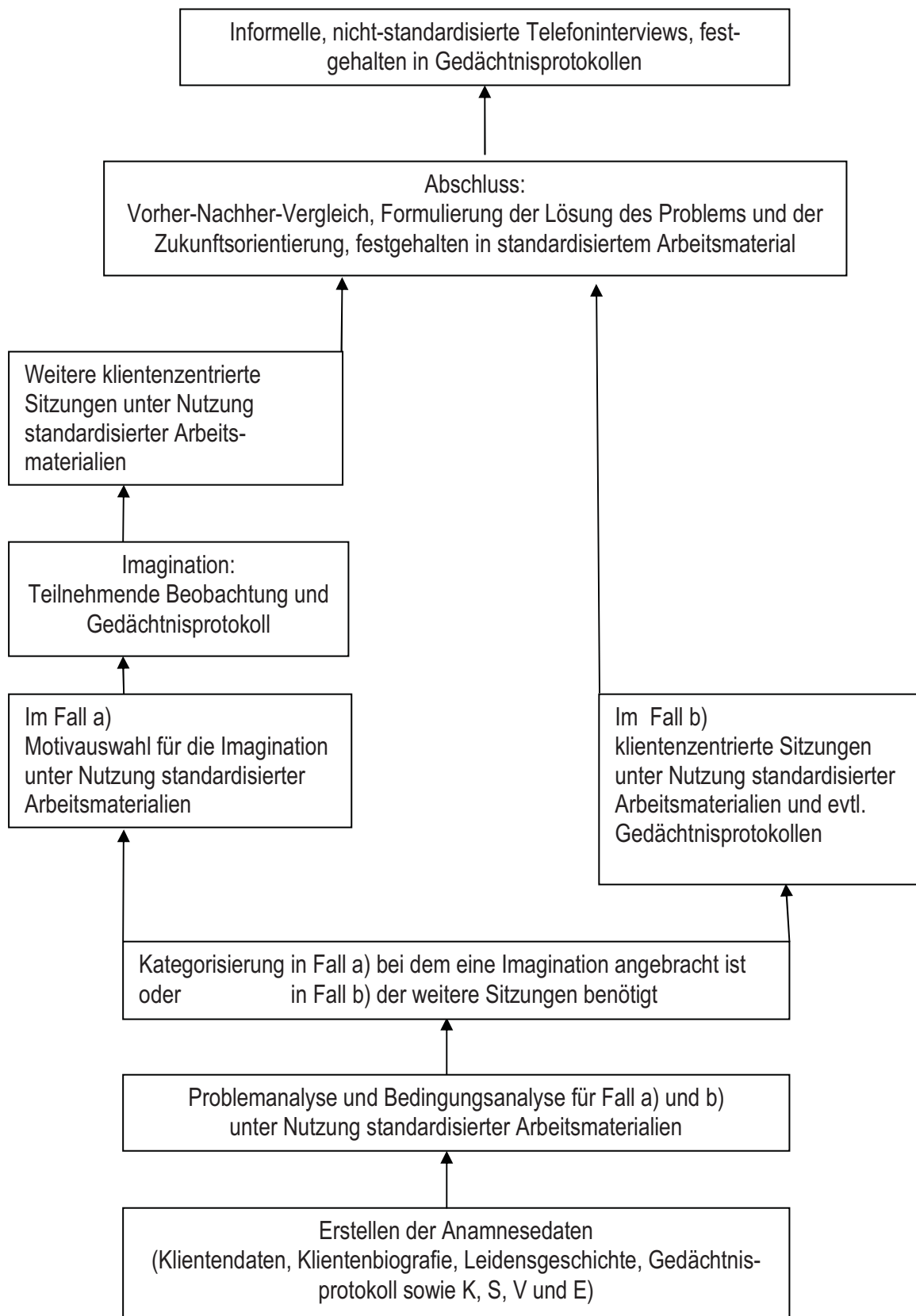


Abb.: I. 4.6

#### 4.1.1 Anwendung der Gedächtnisprotokolle

In der 'Imaginativen sozialen Therapie' werden alle Fälle u. a. unter Nutzung von mindestens einem Gedächtnisprotokoll<sup>439</sup>, festgehalten. Im Unterschied zu hermeneutischen Techniken werden in der 'Imaginativen sozialen Therapie' indes keine exakten Gesprächskopien erstellt.

Zu Beginn zeichnete ich aus allen Sitzungen alle Gespräche in Form von Gedächtnisprotokollen auf. Gedächtnisprotokolle nur in den ersten ein bis zwei Stunden, später bei Bedarf, aber konsequent nach jeder Imagination<sup>440</sup> und jedem informellen Telefoninterview<sup>441</sup> zu verfassen, hat sich als effizienter erwiesen.

Ratsam wäre während der Sitzung Stenografie zu verwenden oder sich eine eigene Dokumentationsart in Form von Kürzeln, Symbolen oder Zeichen anzueignen, um Inhalte und Originalwortlaute mit einem Minimum an Zeit festhalten zu können. Wird zu viel notiert, würden mitunter Erzählinhalte nicht komplett aufgenommen, da evtl. noch an einer vorherigen Formulierung geschrieben würde und es könnte dem Berater/Therapeuten durch das Schreiben auch einiges, evtl. Wichtiges an Gestik und Mimik des Gegenübers entgehen. Der Berater/Therapeut sollte sich ganz und gar auf sein Gegenüber einstellen können, möglichst viel aufnehmen und für den Klienten authentisch-empathisch erlebbar sein.

Während der Sitzungen werden Satzfragmente oder Sätze, die besonderen Eindruck hinterlassen haben, in Stichworten auf einem neutralen Papier notiert und mit einer Verfeinerung der Stichwortnotizen (durch die Informationen, die im Gedächtnis des Beraters/Therapeuten haften geblieben sind) chronologisiert in die verschiedenen standardisierten Arbeitsmaterialien eingebracht<sup>442</sup>, sodass sie u. a. auch in einem Gedächtnisprotokoll z. T. im Originalwortlaut wiedergegeben werden können. Um den Verlust von Eindrücken nach einer Sitzung so gering wie möglich zu halten, erfolgen die entsprechenden Dokumentationen direkt nach einer Sitzung<sup>443</sup>. Denn *„Beobachtungen sind flüchtig; die Exaktheit von Erinnerungen verringert sich im Laufe der Zeit (...). Je komplexer die Beobachtungseinheit und/oder je zahlreicher die Dimensionen der Einheit, die beobachtet werden sollen, desto geringer sollte die Spanne zwischen Beobachtung und deren Niederschrift sein.“*<sup>444</sup> Berater/Therapeuten können sich durch diese Arbeitstechnik, der Strukturierung des Erzählinhaltes in standardisierten Arbeitsmaterialien sogar ohne die Gedächtnisprotokolle, in aller Regel auch Jahre später noch ein Bild vom Fall machen und in den Fall einfühlen, soweit die Stichwortnotizen sofort in die unterschiedlichen standardisierten Arbeitsmaterialien eingebracht wurden und somit dieses standardisierte Arbeitsmaterial eine andere Art von Gedächtnisprotokoll darstellt: Gesprächsinhalte werden in diesem Fall sofort unterteilt und strukturiert in verschiedene Kategorien eingebracht. Hierzu eine Metapher: Dieses Verfahren ähnelt dem Verfahren im Walfang. Zumeist wird pro Fahrt ein Tier erlegt.

Der Wal wird vor Ort in seine Teile zerlegt und zwecks weiterer Verwertung der Teile, entsprechend sortiert aufbewahrt. Theoretisch kann, indem alle Teile zusammengefügt werden, der ganze Wal jederzeit wieder zusammengesetzt und als Ganzes betrachtet werden.

Kritiker mögen einwenden, dass wichtige Gesprächsinhalte verloren gehen könnten, worauf zu entgegenen wäre, dass z. B. auch bei einer Tonbandaufzeichnung folgende Regel nach Eric Berne (1996) gilt:

<sup>439</sup> Gedächtnisprotokolle haben sich als probates Mittel erwiesen, weil meine Erfahrungswerte im „(...) Umgang mit Medien und sei es auch mit noch so kleinen Aufnahmegaräten, zwecks Dokumentation von Gesprächen mit Klienten, gezeigt haben, dass sich die Klienten immer wieder davon beeinflussen ließen, oft hinsahen und sich angespannt verhielten. Meist hatten sie bei meiner Frage, ob ich das Gerät anschalten könne, skeptisch geblickt, manchmal fragten sie auch direkt nach, was mit den Aufnahmen passieren würde. Ohne die Aufnahmegaräte sind sie i. d. R. wesentlich entspannter, so zumindest mein Eindruck. Ganz und gar auf den Gegenüber einstellen, möglichst viel aufnehmen und für den Klienten authentisch-empathisch erlebbar werden, sollte der Anspruch eines jeden Beraters, Therapeuten und Pädagogen sein (vgl. Petra Hempel 2008, Band 1; S. 45; Dr. Werner Habermehl 1992).

<sup>440</sup> Absolut wichtig sind die Gedächtnisprotokolle nach der Imagination (unter Zuhilfenahme von Arbeitsblatt **F**), um in der darauf folgenden Sitzung, zwecks Durcharbeiten der Imagination, über genügend Material zu verfügen.

<sup>441</sup> Die informellen, nicht-standardisierten Telefoninterviews werden während des Gesprächs in Stichworten festgehalten, um dann möglichst sofort in ein Gedächtnisprotokoll eingebracht zu werden, damit nicht zu viele Inhalte verloren gehen.

<sup>442</sup> Während der Sitzung Stichworte direkt in die entsprechenden, standardisierten Arbeitsmaterialien einzubringen, ist hinderlich für das Gespräch, denn der ständige Papierwechsel zwischen den einzelnen Arbeitsblättern lenkt die Aufmerksamkeit beider Gesprächspartner auf diese Handlungen, die Gesprächskonzentration wäre für beide Seiten ständig unterbrochen, ein professionelles Gespräch kaum möglich. Somit sollte auf diese Variante verzichtet werden.

<sup>443</sup> Friedrichs, Jürgen und Lüdtko, Hartmut (In: Furck, Carl-Ludwig 1971) bemerken dazu: *„Beobachtungen sind flüchtig; die Exaktheit von Erinnerungen verringert sich im Laufe der Zeit (...). Je komplexer die Beobachtungseinheit (...), desto geringer sollte die Spanne zwischen Beobachtung und Niederschrift sein. (...) Wenn möglich, sollte also direkt nach der Beobachtung protokolliert werden.“* (ebd.; S. 58)

<sup>444</sup> Ebd.; S. 58

„Wenn man nicht hören kann, was der Patient sagt, dann sollte man sich deswegen keine Sorgen machen, denn in der Regel sagt er in solchen Fällen gar nichts. (...) Wenn man jedes Wort verstehen kann, dann lässt sich der Zuhörer möglicherweise zu sehr durch den Inhalt des Gesagten ablenken. Ihm entgehen dann unter Umständen wichtige Skript-Indizien.“<sup>445</sup> Diese Regel kann ebenso im Falle der Stichworterfassung des Gesagten im Gespräch und die daran erfolgende Gedächtnisprotokollierung anhand der Stichworte gelten oder der Methode der Verfeinerung der Stichworte und Einbringung in die entsprechenden, standardisierten Arbeitsmaterialien.

Aber – und dies gilt ebenso für Bereich der teilnehmenden Beobachtung (s. Kapitel I.4.3.1) – zu glauben wertfrei, objektiv und exakt wiedergeben zu können, was während der Imagination, der Sitzungen und den informellen, nicht-standardisierten Telefoninterviews an Daten gesammelt wurde, wäre Anmaßung. Denn all diese gewonnenen Daten unterliegen „(...) Kriterien, nach denen uns die Untersuchung bestimmter Realitätsbereiche dringlich erscheint.“<sup>446</sup>, und sind somit subjektiv vorgegeben. Dr. Werner Habermehl bemerkt im Zusammenhang mit Beobachtungsschemata, dass die anschließenden Gedächtnisprotokolle (n. Lofland 1971) aus fünf Teilen bestehen „(...) sollten (...)“<sup>447</sup>: „(1) laufende Beschreibung (...), (2) Ergänzung früherer Protokolle durch Details oder Ereignisse, an die man sich jetzt erst erinnert, (3) analytische Ideen und Folgerungen, (4) persönliche Eindrücke und Gefühle, (5) Ideen zum weiteren Vorgehen.“<sup>448</sup> Zum einen spricht Habermehl im Konjunktiv, zum anderen werden Gedächtnisprotokolle, im Bereich der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘, nicht zu Forschungszwecken benutzt.

Die Gedächtnisprotokolle in der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ orientieren sich an Punkt (1), dem von Habermehl aufgeführten Protokollteil.

Mithilfe des Arbeitsblattes **B** (*Prägende Ereignisse*, die stetig ergänzt werden können) wird Punkt (2) beachtet.

Punkt (3) findet direkt nach der ersten Sitzung, zwecks Überlegungen zur weiteren Vorgehensweise (Arbeitsblatt **E**) und der Problemanalyse (Arbeitsblatt **D**) Beachtung.

Unter Nutzung der standardisierten Arbeitsmaterialien wie Arbeitsblatt **G** (nach der Imagination können unter *Bisherige Veränderungen* Eindrücke und Gefühle des Beraters/Therapeuten vermerkt werden) und Arbeitsblatt **H** (unter *Vorher-Nachher-Vergleich*, den der Berater/Therapeut erstellt, wobei persönliche Eindrücke und Gefühle einfließen können) beachtet Punkt (4).

Punkt (5) findet nach jeder Sitzung statt und wird im Arbeitsblatt **C** unter *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze* eingebracht.

---

<sup>445</sup> Berne, Eric 1996; S. 373

<sup>446</sup> Ebd.; S. 13

<sup>447</sup> Habermehl, Dr. Werner 1992; S. 210

<sup>448</sup> Ebd.; S. 210

#### 4.2 Die Problemanalyse und die Erfassung in Form von standardisiertem Material

Die Problemanalyse erfolgt bei der 'Imaginativen sozialen Therapie' nach dem Erstgespräch, in seltenen Fällen spätestens nach dem Zweitgespräch. Es gibt Fälle, in denen das Material aus dem Erstgespräch noch nicht ausreicht, Unsicherheit beim Berater/Therapeuten besteht, das Eigentliche oder Ursächliche noch nicht entdeckt zu haben, dann ist nach dem Erstgespräch eine weitere Sitzung angezeigt (s. Fall 7). Erst danach wird, zwecks Problemanalyse, genauso vorgegangen, wie es nun für die Erstsitzung beschrieben wird, nur dass nun zwei Sitzungen ausgewertet werden können. In jedem Fall geschieht die Arbeit mithilfe der standardisierten Arbeitsmaterialien, wird aber letztlich nicht-standardisiert, mental erbracht. Bei einer Gruppe wird für jedes Gruppenmitglied eine Problemanalyse angefertigt, da sich ein und dasselbe Problem bei einem anderen Menschen anders darstellen kann. Im Gegensatz zur hermeneutischen Verfahrensweise, die viel Schreibarbeit abverlangt, um am Ende eine allgemeingültige Aussage treffen zu können, wird bei der 'Imaginativen sozialen Therapie' das Erkennen eines fallspezifischen Problems, eines *roten Fadens* oder einer fallspezifischen Ursache in mentaler Arbeit anhand der Arbeitsmaterialien rekonstruiert und in Stichworten festgehalten, ohne den Anspruch zu erheben allgemeingültige Aussagen treffen zu können. In der 'Imaginativen sozialen Therapie' sind die Aussagen reduziert auf den einzelnen Fall. Im Anschluss an die Erstsitzung wird auf dem standardisierten Arbeitsmaterial das vom Klienten Erzählte in Stichworten chronologisiert (Ergänzungsblatt **B**)<sup>449</sup>, daraus ein Gedächtnisprotokoll erstellt und zur Problemanalyse hinzugenommen was u. a. ermöglicht Verlaufskurven oder Grundproblematiken zu erahnen oder zu erkennen.

An dieser Stelle sei kurz angemerkt, dass der Berater/Therapeut Vertrauen in seine Fähigkeit der Intuition als bedeutsames Instrument, bei der Hilfe zur Selbsthilfe beim Klienten, haben sollte. Mithilfe des bisher genutzten standardisierten Arbeitsmaterials (**A**, **B**, **C**), dem Gedächtnisprotokoll und den Aussagen und Eindrücken bezüglich K, S, V und E<sup>450</sup>) wird eine Hypothese<sup>451</sup> zum Problem des Falls gebildet, was die Fragestellung im Fall erleichtert. Es geht nicht darum diese Hypothese, was die Fallproblematik angeht, zu validieren, sondern sie hilft Fakten und deren Zusammenhänge gezielt zu überprüfen, was zu neuen evtl. auch anderen Erkenntnissen gereichen kann und Verstehen erst ermöglicht.

Die Gegenüberstellung der standardisierten Arbeitsmaterialien, sowie der eigene Eindruck und die Erinnerung an die aufgenommenen Emotionen im Gespräch, lassen nun häufig den *roten Faden* erkennen, zumindest jedoch bereits erahnen. Auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **D** (s. Abb. I.4.7) zur Problemanalyse werden die einzelnen Problembereiche in Stichworten notiert, die sich bisher ergeben haben. Jedes noch so unscheinbar wirkende Problem wird dabei benannt. Betrachtet der Berater/Therapeut diese Probleme/Teilprobleme und überprüft seine anfänglich gestellte Hypothese, kann in Folge die Hypothese, mit dem gewonnenen Ergebnis durch das standardisierte Arbeitsmaterial **D**, überprüft oder gegebenenfalls revidiert werden, was dann zur Aussage über das Hauptproblem führt.

Oder aber das übergeordnete Problem (Hauptproblem) war für den Berater/Therapeuten zuerst sichtbar, so können durch das Erfassen von Problembereichen und Teilproblemen weitere Facetten sichtbar werden, wobei am Ende immer die Überprüfung der Hypothese steht. Auch dies findet in Anlehnung an hermeneutische Verfahren in abgekürzter, gedanklicher Form statt, was in Stichworten, unter vorgegebenen Merkmalen, auf dem standardisierten Arbeitsblatt **D** festgehalten wird. Die Benennung des Problems im individuellen Fall, mit seinen Teilproblemen oder Teilprobleme, ergeben sich aus den erhaltenen Daten und Erzählungen der ersten (oder und zweiten) Sitzung, festgehalten in den standardisierten Arbeitsmaterialien (Arbeitsblatt **A**, **B**, **C**, den standardisierten Arbeitsblättern zu K, S, V, und E, sowie dem angefertigten Gedächtnisprotokoll). Zumeist findet sich das eigentliche Problem nicht im Erzählrahmen des Klienten, sondern in seiner dazugehörigen Körpersprache, die verdeckte Schwierigkeiten aufzeigen und dem Verlauf seiner Erlebnisse und den geschilderten Ereignissen. Klienten wissen oft nur, dass sie mit bestimmten Dingen, Situationen oder Erfahrungen usw. nicht umgehen können, sie

<sup>449</sup> Die Stichworte aus dem Gespräch werden in eine chronologische Reihenfolge gebracht, und können daran anschließend in ein Gedächtnisprotokoll einfließen.

<sup>450</sup> Die vom Berater/Therapeut bemerkten nonverbalen Signale (dokumentiert im standardisierten Material zu K, S, V und E) werden, unter Zuhilfenahme des jeweiligen Kodierplans, nach der möglichen Bedeutung hin untersucht. Für Anfänger bietet sich an, diesbezügliche Auswertungen in Stichpunkten auf einem gesonderten Papier zu notieren.

<sup>451</sup> Eine Fallhypothese sollte durch mehrere Faktoren geprägt sein: Durch Wissen, Erfahrung, Neugier, Empathie und Distanz. Erst diese Mischung gewährleistet eine möglichst große Objektivität in der Fallanalyse.

evtl. immer wieder Handlungsmustern unterliegen, die sie entweder selbst nicht abstellen können, weil sie z. B.

a) unbewusst ablaufen,

b) erst durch das Resultat für den Klienten sichtbar werden oder

c) der Klient selbst keine Intervenierungsmöglichkeit sieht, obwohl ihm die Handlungsmuster bekannt sind.

Wenn die für den Klienten als zumeist negativ, behindernd oder destruktiv empfundene Handlungsmuster bewusst wahrgenommen werden können, teilen sie diese Muster offen mit, eine Problemanalyse gestaltet sich dann zumeist einfacher. Wobei eine Kontrolle bzw. Überprüfung des erhaltenen standardisierten Materials durch den Berater/Therapeuten nötig ist, da sich hinter einem offensichtlichen Problem, das eigentliche mitunter verbergen kann. Unbewusste oder versteckte Probleme lassen sich häufig durch das Gesamtbild, den Gesamteindruck, die Summe des Erzählten, der Erfassung von K, S, V und E plus den persönlichen Eindruck des Beraters/Therapeuten durch Wirkung der Übertragung und Gegenübertragung vermuten, entdecken, spüren oder erahnen.

In der Bedingungsanalyse werden im Arbeitsblatt **D** wesentliche Voraussetzungen und Faktoren u. a. Problem fördernde Situationen oder Umstände festgehalten.

Die Bedingungen, die das Problem entstehen ließen und lassen, verstärken, mildern, oder Situationen, die ohne Problemsymptomatik ablaufen, werden daran anschließend erarbeitet, wobei analytische Ideen ebenso Einfluss haben können, wie dementsprechende Folgerungen.

Bisher gewonnenes Material wird in *Problem fördernde Situationen oder Umstände* und in dazugehörig *Involvierte Person/en* sowie in *Problem mindernde Situationen oder Umstände* und in dazugehörig *Involvierte Person/en* und zuletzt in *Phasen ohne Problem* unterteilt und in Stichpunkten auf dem standardisierten Arbeitsblatt **D** festgehalten.

(1) <b>D</b>	(2) <b>Problemanalyse</b>	(3) Seite: ...
(4) Name:		
(5) Datum:		
(6) Problem/Teilprobleme:		
Hauptproblem:		
(7) Problem fördernde Situationen oder Umstände:		(9) Problem mindernde Sit./ Umst.:
(8) Involvierte Person/en:		(10) Involvierte Person/en:
(11) Phasen ohne Problem:		

Abb.: I.4.7

Folgende Merkmale enthält das Arbeitsblatt **D** (s. Abb.: I.4.7):

- (1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.
- (2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials.
- (3) Seitenangabe und die farbliche Kennzeichnung im Original für die Zuordnung der jeweiligen standardisierten Arbeitsmaterialien. Die farbliche Markierung im Original am Seitenrand weist mit der roten Markierung darauf hin, dass die Problemanalyse für alle Klienten durchgeführt wird. Die zweite, graue Markierung im Original macht deutlich, dass das Arbeitsblatt **D** zwecks Planung einer Imagination mit dem standardisierten Arbeitsblatt **E** kombiniert werden muss und es zeigt die Zugehörigkeit zu Arbeitsblatt **F** auf. Insofern kann anhand der farblichen Markierung relativ schnell auf zusammengehöriges Material zurückgegriffen werden.
- (4) Eintrag des Klientennamens.
- (5) Das Erstellungsdatum.
- (6) Das erkannte, vermutete, erahnte, bekannte usw. Problem evtl. Teilproblem oder mit seinen Teilproblemen und Dokumentation darüber, wie es sich äußert und einordnen lässt.
- (7) Situationen, die der Klient geschildert hat, woraufhin sich das Problem entwickelt oder verschlechtert hat bzw. wieder auftrat (Problem fördernde Situationen oder Umstände) unter Beachtung von Umfeld/ökonomischem Einfluss usw.
- (8) Zugehörig zu Punkt (7). An dieser Stelle können Angabe zu Person/en gemacht werden die involviert sind oder waren, vielleicht sogar Auslöser zur Problemförderung sind/ waren, unter Beachtung von Umfeld/ökonomischem Einfluss usw.
- (9) Situationen, die der Klient geschildert hat, woraufhin sich das Problem verbessert hat (Problem mindernde Situationen oder Umstände), unter Beachtung von Umfeld/ökonomischem Einfluss usw.
- (10) Zugehörig zu Punkt (9). In diesem Bereich können Angaben zu Person/en gemacht werden, die involviert sind oder waren, vielleicht sogar Auslöser zur Problemminderung sind/waren, unter Beachtung von Umfeld/ökonomischem Einfluss usw.
- (11) Phasen, in denen der Klient angegeben hat, keine Probleme gehabt zu haben, die ihn aufgefallen sind oder irgendwie beeinträchtigt haben o. ä.

Ist die Problemanalyse beendet, folgt im nächsten Schritt die Entscheidung des Beraters/Therapeuten wie und mit welcher Methode die u. U. mit dem Klienten erarbeiteten Ziele, Lösungsansätze oder Vereinbarungen (s. Arbeitsblatt **C**) für den Klienten konstruktiv umsetzbar werden.

Hat der Berater/Therapeut die mögliche Ursache für die derzeitige Situation des Klienten entdeckt, wird diese u. a. abgeglichen mit den Varianten möglicher Imaginationsmotive (s. Kapitel II.2 ff.).

### 4.3 Die Imagination und die Nutzung von Arbeitsmaterial

Versicherungstechnisch ist vorab zu prüfen, welche Art von Haftpflichtversicherung infrage kommt, da der Beratungsraum häufig verlassen wird und außerhalb dieses Bereichs neue Varianten von Verletzungsmöglichkeiten bzw. Unfallgefahren gegeben sind, als diejenigen die für den Bereich des Beratungsraums versichert sind.

Die Imagination wird möglichst nach den ersten ein bis zwei Sitzungen angeboten. Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass die Klienten in den ersten Sitzungen genügend Material anbieten und im Laufe der Nächsten nichts wesentlich Neues hinzukommt. Somit kann bereits zeitnah entschieden werden, ob eine Imagination möglich und hilfreich wäre oder nicht.

Die Imagination ergibt sich aus der Summe dessen, was der Klient erzählt hat (Gedächtnisprotokoll), welches Sprachverhalten, welche Körpersprache, welches äußere Erscheinungsbild er zeigte, dem daraus erstellten standardisierten Arbeitsmaterialien und der Erfahrung<sup>452</sup> des Beraters/Therapeuten welche Imagination in diesem Fall angebracht sein könnte. Wobei immer wieder zu reflektieren ist, dass *„(...) jeder Einzelne nicht nur aufgrund von Fakten entscheidet, sondern diese auf der Grundlage seiner persönlichen Erfahrung und Gefühle bewertet.“*<sup>453</sup>

Entscheidungshilfe für ein bestimmtes Imaginationsmotiv gibt außer oben genannten erfassten Daten (im standardisierten Arbeitsmaterial **A**, **B**, **C** und von K, S, V und E) zusätzlich das standardisierte Arbeitsmaterial **D**. Es ist im Original seitlich im Bereich der Seitenangabe grün und grau markiert, was darauf verweist, dass es immer nach dem Erstgespräch erfasst wird (im Original grüne Markierung) und direkt im Zusammenhang mit der Imagination steht (im Original graue Markierung) zu welchem unabdingbar Blatt **E** und **F** gehören.

Für die Planung der Imagination werden auf alle bisher erstellten standardisierten Arbeitsblätter zurückgegriffen.

Imaginationen mit Gruppen sollten gemieden werden, denn aus dem Bereich der Verkaufspsychologie ist bekannt, *„[w]enn ein Mensch in einer Gruppe ist, neigt er eher dazu, sich den anderen anzupassen und sich einer allgemeinen Meinung oder einem allgemeinen Verhalten anzuschließen, als wenn er allein mit einer (...) Situation konfrontiert wird.“*<sup>454</sup> Somit findet jede Imagination in einer Einzelsitzung statt und ist den Klienten mit ihren individuellen Problemen, Sorgen, Schwierigkeiten, z. T. Biografien, und dem was an Einsichten ermöglicht werden soll möglichst angepasst. Imaginationen können den Lebenslauf, Themen oder nur ein Thema des Lebenslaufes, aber auch einzelne, immer wiederkehrende Problematiken, Sorgen oder Schwierigkeiten zum Inhalt haben.

Aus dem therapeutischen Bereich ist das Darstellen von Lebensphasen bereits durch das Psycho- und Soziodrama bekannt, aber im Gegensatz zu diesen therapeutischen Methoden geht es in der sozialtherapeutischen Methode der 'Imaginativen sozialen Therapie' nicht darum bestimmte Handlungsfelder in einer Gruppe zu erproben und dies später in die Alltagswelt zu übernehmen, sondern um das individuelle Gewinnen von Einsicht in bisherige Verhaltensmuster, u. U. erkennen von deren Ursachen und Bedingungen, um daraus neue Handlungsfelder visionär zu entdecken, die dann im Alltag erprobt werden, Lernverhalten und Verhaltensänderungen direkt im realen Bezug in Gang setzen. Denn das Individuum wird, in der 'Imaginativen sozialen Therapie' wie auch der 'Integrativen Gestalttherapie', als Teil seiner Umgebung und Umwelt gesehen, das in ständiger Interaktion mit seinem sozialen Umfeld steht, agiert und reagiert.

Die Imagination wird ohne allzu genaue Strukturierungs- und Beobachtungsschemata geplant, denn sonst erliegt der Beobachter allzu leicht der Gefahr sich auf bestimmte Beobachtungsvorgaben zu konzentrieren und darauf zu warten, dass sie sich erfüllen oder nicht erfüllen, und verliert dabei möglicherweise andere, wichtige Beobachtungspunkte<sup>455</sup>.

---

<sup>452</sup> Vgl. Schwarz, Friedhelm 2004. *„Das menschliche Gehirn ist zu einem wesentlichen Teil damit beschäftigt, kontinuierlich die Resultate von Handlungen und Entscheidungen vorherzusagen, um diese einleiten, steuern und im Notfall auch korrigieren zu können. Ohne die Vorhersage von Ereignissen könnten wir uns überhaupt nicht entscheiden, unabhängig davon, ob die Vorhersagen richtig oder falsch, begründet oder unbegründet sind.“* (ebd.; S. 70)

<sup>453</sup> Ebd.; S. 122

<sup>454</sup> Ebd.; S. 136

<sup>455</sup> Furck, Carl-Ludwig 1971



Ein weiterer Grund ist, nicht dem Erwartungsdruck zu erliegen oder Klienten diesen Druck spüren zu lassen, ihre Reaktionen würden, wie in einem Laborversuch *abgehakt*, was das freie ungezwungene Entdecken für beide Seiten schwierig, fast unmöglich machen kann. Lediglich grob umrissene Abschnitte werden geplant und in Stichworten im standardisierten Arbeitsmaterial **E** (Planung der Imagination; s. Abb.: I.4.8) festgehalten. Es ist im Original seitlich im Bereich der Seitenangabe Grau markiert, was darauf verweist, dass es im direkten Zusammenhang mit der Imagination steht, zu welchem unabdingbar Blatt **D** (s. Abb. I.4.7) und **F** (Abb.: I.4.9) gehören.

(1) <b>E</b>	(2) <b>Planung der Imagination</b>	(3) Seite: . . .
(4) Termin:	(5) Name:	
(6) Imaginationsmotiv und Begründung:		
(7) Geplanter Ablauf:		

Abb.: I.4.8

Folgende Merkmale enthält das Arbeitsblatt **E** (Abb.: I.4.8):

- (1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.
- (2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials und Verwendungszweck.
- (3) Seitenangabe. Die standardisierten Arbeitsmaterialien werden von dem Erstgespräch an fortlaufend nummeriert, können so anhand des Datums und der Seitenzahl sortiert werden und die farbliche Markierung im Original ermöglicht die schnelle Zuordnung des standardisierten Arbeitsmaterials bezüglich der Verwendungszwecke.
- (4) Der Termin, an dem die Imagination stattfinden soll.
- (5) Eintrag des Klientennamens, der an der Imagination teilnimmt.
- (6) In diesem Bereich wird das Motiv eingetragen, dass genutzt wird. Zudem wird in Stichpunkten festgehalten, welche Verhaltensweisen, Umstände oder Probleme vorliegen. Analytische Ideen können an dieser Stelle ebenso einfließen wie etwaige Folgerungen.
- (7) Der Ablauf enthält in Stichworten Anteile der Vergangenheit, Gegenwart und eine oder mehrere Zukunftsvision/en. In Stichpunkten wird das Motiv kurz erläutert, diesbezügliche Besonderheiten evtl. vermerkt und die Imagination in Abschnitte unterteilt.

Die Imagination wird vom Berater/Therapeuten in Form einer teilnehmenden Beobachtung<sup>456</sup> gestaltet und das dazu erstellte Arbeitsmaterial **E** ist für den Berater/Therapeuten lediglich als grober Leitfaden (Strukturierung) für die Imagination zu verstehen.

In der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' wird dem Klienten genau erklärt, worin die Therapie besteht und zu welchem Ziel sie führen soll, in der 'Imaginativen sozialen Therapie' wird ihm direkt vor Beginn der

<sup>456</sup> Die teilnehmende Beobachtung geht auf die Feldforschungen von Kurt Lewin zurück. Menschen werden unter forschungstechnischen Gesichtspunkten im Alltagsleben beobachtet, möglichst ohne zu intervenieren. In der Beobachtung des Menschen, unter Berücksichtigung der Gesamtheit der Bedingungen, unter denen ein Mensch Verhalten entwickelt, soll Verhalten deterministisch erklärt werden (vgl. Marrow 1977). Die Anwendung dieser Forschungsmethode bedeutet u. a. eine Hypothese zu bilden, den Untersuchungsrahmen möglichst eng zu stecken, damit Beobachtungen exakter werden, Situationen zu bestimmen (in Zahl und Art), Dimensionen mit ihren Kategorien festzulegen, Dauer und Ort festzulegen und beobachtete Situationen zu standardisieren (vgl. Furck 1971).

Imagination der Ablauf skizziert, auf den der Klient jederzeit Einfluss hat<sup>457</sup> und es gibt keine Zieldefinition<sup>458</sup>. Der Berater/Therapeut übernimmt in suggestiver Art und Weise die Motivauswahl der Imagination, was Bestandteil der Methode ist, aber der Klient hat die Möglichkeit diese abzulehnen und kann jederzeit Einfluss auf ihren Verlauf nehmen. „In der [Imagination] durchlebt der Klient im Wiederholen bestimmter Situationen oder auch Sequenzen seines Lebens aus der Vergangenheit und der Gegenwart und wird zum Handelnden in seiner Gegenwart und Zukunft.“<sup>459</sup> Dies ähnelt einer Geschichte (z. T. einer Kurzgeschichte), die wie in einem Film nacherlebt wird. Wie die Vorführungen von Dramen in der Zeit der Antike verhelfen heute ebenso Märchen, Geschichten und viele Spielfilme dem Menschen ihren Horizont zu erweitern, flexibler im Denken zu werden und unsere komplexe Welt besser verstehen und einordnen zu können. Die Imagination trägt auf ihre Weise dazu bei, dass beim Klienten die Fähigkeit zu denken und wahrzunehmen verbessert wird. Dem Klienten wird mitunter manches bewusst, was ihm bis dahin nicht zugänglich war, wie psychologische Ablehnungen, Verneinungen von Tatsachen<sup>460</sup> „(...) oder es öffnen sich manchmal Tabuthemen<sup>461</sup>. (...) Der Klient kann bis dahin unbewusste Erlebnisse durch Erkennen im Jetzt einordnen und innere Prozesse gestalten lernen<sup>462</sup>. Dies ermöglicht ihm seine bisherige Einstellung zu verändern und anders als bisher zu handeln.“<sup>463</sup>

An dieser Stelle entspricht die Vorgehensweise der ‚Kognitiven Verhaltenstherapie‘, denn dem Klienten werden durch die Imagination dysfunktionale Kognitionen in konkreten Problemsituationen aufgedeckt und infrage gestellt. Wobei die Imagination zusätzlich dysfunktionale Kognitionen in Bezug zu Handlungsweisen sichtbar macht, was (wie in der ‚Kognitiven Verhaltenstherapie‘) dazu führt, dass der Klient dies an sich selbst entdecken kann.

„Wenn es um die zukünftige Gestaltungsmöglichkeit des Lebenslaufs, der Bearbeitung von immer wiederkehrenden Problemen, Schwierigkeiten, Sorgen u. ä. geht, wird der Klient angeregt selbstständig und selbstbewusst zum visionären Akteur seines künftigen Lebenslaufs zu werden oder hypothetisch die bekannten Probleme, Sorgen und Schwierigkeiten anzugehen und diese für sich zu einem positiven Ende zu bringen. Diese visionäre Bearbeitung der Zukunft ist in jeder Imagination enthalten<sup>464</sup>.“<sup>465</sup> und entspricht der „(...) *Erarbeitung angemessener, funktionaler Kognitionen (...)*“<sup>466</sup> und neuer Handlungsweisen. „*Man kann sich die Neigung zu Vorhersagen (...) nützlich machen, wie es zum Beispiel die Psychologie des Überzeugens tut. Sie baut unter anderem darauf, dass der Mensch aus gegenwärtigen Situationen Folgerungen für die Zukunft zieht und sich daher manipulieren lässt.*“<sup>467</sup>

Um u. a. Veränderungen, verbale Einschätzungen, neue Erinnerungen (z. B. erinnern von bisher unterdrückten Themen) oder Reaktionen des Klienten ebenso wie die Entwicklung von zukunftsweisenden Handlungen oder Ideen festzuhalten, wird dies im Arbeitsmaterial **F** (Ablauf der Imagination; s. Abb.: I.4.9) festgehalten.

Es ist im Original seitlich im Bereich der Seitenangabe Grau markiert, was darauf verweist, dass es im direkten Zusammenhang mit der Imagination steht, zu welchem unabdingbar auch Blatt **D** (s. Abb. I.4.7) und **E** (s. Abb.: I.4.8) gehören.

<sup>457</sup> Ermöglicht der Berater/Therapeut dem Klienten zu viel Einblick in die geplante Imagination birgt dies die Gefahr, dass sich der Klient emotional darauf einstellt und einiges bereits *abgearbeitet* hat noch, bevor die Imagination begonnen wurde. Die so gezeigten Emotionen sind dann nicht mehr authentisch, können im weiteren Verlauf sogar hinderlich werden.

<sup>458</sup> Wilken Beate 2003

<sup>459</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 49

<sup>460</sup> Wie in der Imagination mit einem Klienten (s. Fall 9), der einen einzigen gelben Hufblattich fand, ihn zum Symbol für seine Freitagabende in seiner Familie erklärte und ganz erstaunt feststellte, dass er gar nicht gewusst habe, wie wichtig ihm diese Abende gewesen seien.

<sup>461</sup> Wie bei der Klientin (s. Fall 6), die ganz unvermittelt sagte: „Ach, das hab ich ganz verdrängt. Ich habe mit 17 Jahren, auf Druck meiner Mutter, ein Kind abgetrieben.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.].

<sup>462</sup> Werder, Lutz 1996

<sup>463</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 49

<sup>464</sup> Bei Freud wird die Vergangenheit der Klienten erinnert, wiederholt und durchgearbeitet (dies zumeist in schriftlicher Form), die Zukunft erarbeitete er mit seinen Klienten nicht (vgl. Werder 1996).

<sup>465</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 49 f.

<sup>466</sup> Wolken, Beate (2003); S. 43

<sup>467</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 71

(1) **F**(2) **Ablauf der Imagination**

(3) Seite: . . .

(4) Termin:	(5) Name:
(6) Ablauf der Imagination:	

Abb.: I.4.9

Folgende Merkmale enthält das Arbeitsblatt **F** (Abb.: I.4.9):

- (1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.
- (2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials und Verwendungszweck.
- (3) Seitenangabe. Die standardisierten Arbeitsmaterialien werden von dem Erstgespräch an fortlaufend nummeriert, können somit anhand des Datums und der Seitenzahl sortiert werden und farbliche Markierungen im Original ermöglicht die schnelle Zuordnung des standardisierten Arbeitsmaterials bezüglich der Verwendungszwecke.
- (4) Der Termin, an dem die Imagination stattfand.
- (5) Eintrag des Klientennamens, der an der Imagination teilnimmt.
- (6) In Stichworten werden Sätze, Reaktionen und der Ablauf der Imagination erfasst und direkt im Anschluss in ein Gedächtnisprotokoll übertragen.

#### 4.3.1 Anwendung der teilnehmenden Beobachtung

Im Bereich der Einzelfallstudie sind Begegnungen mit fremden Erfahrungen unmittelbar und direkt, sei es in offenen Interviews (s. informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview Kapitel I.4.5.1) oder durch die teilnehmenden Beobachtungen.

*„Da die teilnehmende Beobachtung im Allgemeinen in relativ komplexen Feldern angewandt wird und die Teilnahme an der Interaktion eine Fülle von nicht vorhersehbaren Situationen bedingt (worin ja der spezifische Vorteil der Methode liegt), ist der Grad der Strukturierung von vornherein begrenzt.“<sup>468</sup>*

Es gibt keine festen, vorab verfassten Hypothesen oder methodische Instrumentarien, welche eine Übertragung und Gegenübertragung einschränken oder gar gefährden können.

Während der Imagination der `Imaginativen sozialen Therapie` hat der Berater/Therapeut neben der Hauptaufgabe der Kommunikation mit dem Klienten die Aufgabe den Lebenslauf, die Leidensgeschichte usw. des Klienten chronologisch und imaginativ aufzubereiten, sodass sich der Klient darin einbringen kann. Während der Imagination gibt es keine Vorgaben durch den Berater/Therapeuten, was genau beobachtet werden soll, sondern nur den groben organisatorischen Rahmen, den Themenrahmen, dessen entsprechende Imaginierung und den Ablauf bezüglich der Chronologisierung der Daten, die im Vorfeld vorgegeben, die Imagination selbst und alles Weitere kann durch den Klienten abgelehnt und jederzeit korrigiert werden. Dadurch ist die teilnehmende Beobachtung teilstandardisiert und in ihrer Datenerhebung offen. Strukturierte Vorgaben im Bereich der teilnehmenden Beobachtung sind z. T. kontraproduktiv, und wie Carl-Ludwig Furck kritisiert: *„Je stärker nun das Schema die Beobachtung strukturiert und entsprechend die Protokolle standardisiert, desto eher werden Beobachtungen, die dem teilnehmenden Beobachter wichtig erscheinen, aber nicht in das Schema eingegangen sind (...) verloren gehen.“<sup>469</sup>*

Die Schematisierung von Beobachtungen wird für die `Imaginative soziale Therapie` nicht angewandt und aus diesem Grund gelten für die teilnehmende Beobachtung der `Imaginativen sozialen Therapie` *„[d]ie grundsätzlichen Probleme der teilnehmenden Beobachtung (...) [nämlich; P. H.] die Selektivität jeder Beobachtung durch eine Standardisierung der Beobachtungsinhalte weitgehend zu verringern, ohne damit den Rollenerwartungen und Interaktionsverpflichtungen des Beobachters im Feld ein solches Maß an Restriktionen aufzuerlegen, dass er ständig in Rollenkonflikte gerät.“<sup>470</sup>*, eher weniger.

Durch die Methode der teilnehmenden Beobachtung erhofft sich die Forschung *„(...) breitere Ergebnisse, [und; P. H.] besonders viele Aufschlüsse (...). Es sollen zahlreiche Variablen in komplexen Beziehungen mit den möglichen Veränderungen in der Zeit untersucht werden. Methodologisch und praktisch ist das ein unerfüllbares Programm innerhalb einer Studie, wenn die Ergebnisse ein Mindestmaß an Zuverlässigkeit und Gültigkeit beanspruchen soll.“<sup>471</sup>* Und diesen wissenschaftlichen Anspruch erhebt die Methode der teilnehmenden Beobachtung in der `Imaginativen sozialen Therapie` nicht. Sie ist eine Methode kein Forschungsprojekt. Die teilnehmende Beobachtung während der Imagination ermöglicht aus der Sicht des Beraters/Therapeuten mitunter zusätzlich neue, bis dahin unbekannt Anhaltspunkte oder/und Daten verdeckt zu erfassen<sup>472</sup>, die für die in der nächsten Sitzung folgende Durcharbeitung der Imagination mit dem Klienten in der einen der anderen Form vom Berater/Therapeuten genutzt werden können. Des Weiteren kann der Berater/Therapeut dadurch die Übertragung und Gegenübertragung wirksamer werden lassen, kann sich besser in den Fall einfühlen und erhält zumeist viele weitere Informationen und Daten zu dem Fall, als dies in einem Gespräch möglich wäre. Zudem erlebt er den Klienten, in einer der Realität sehr nahe kommenden Situation, weitaus authentischer als in einem Gespräch. Er erlebt den Klienten in direkter Aktion und die Imagination und deren Dokumentation durch ein Gedächtnisprotokoll auf Basis der teilnehmenden Beobachtung ergibt immer eine Erweiterung der bisher bekannten Daten aus dem Klientenleben.

<sup>468</sup> Habermehl, Dr. Werner 1992; S. 207

<sup>469</sup> Furck, Carl-Ludwig 1971; S. 62

<sup>470</sup> Friedrichs, Jürgen 1990; S. 289

<sup>471</sup> Ebd.; S. 289

<sup>472</sup> Dem Klienten werden diese Aufzeichnungen nicht gezeigt.

Zu bemerken sei an dieser Stelle, dass eine befriedigende Fallstudie nur dann gelingen kann, wenn die erkannten Fremddaten und –erfahrungen mit den eigenen in einer Selbstreflexion analytisch verknüpft werden, um zur Erkenntnis zu reifen.

*„Die Beobachtung ist die grundlegende unverändert wichtige Methode der pädagogischen Diagnostik. Mit ihrer Hilfe können Informationen erlangt werden, die sonst nicht oder nur schwer erfasst werden können. (...) Bei allen Beobachtungsverfahren ist der Beobachter das „Messinstrument“. Seine unreflektierte Wahrnehmung oder naive Beobachtung ist in starkem Maße durch seine Erfahrungen, Bedürfnisse oder Einstellungen beeinflusst.“<sup>473</sup>*

Dieses Bewusstsein sollte ein Berater/Therapeut verinnerlicht haben und in hohem Maße versuchen objektiv zu bleiben und Beobachtungen aus der Distanz heraus zu registrieren, zu dokumentieren und zu reflektieren. Dieses *switchen*<sup>474</sup> zwischen Empathie, Distanz und eigener Reflexion während der Imagination ist für den Berater/Therapeuten ein zumeist schwieriger Balanceakt. Sich selbst zu kontrollieren fällt mitunter schwer und einige werden die Idee ergreifen mit einer Kamera zu arbeiten, was weniger dem Klienten dient als dem Berater/Therapeuten.

Denn während der Imagination soll der Klient so authentisch wie möglich agieren können, eine Kamera z. B. einzusetzen würde die Imaginationssituation verzerren und den Klienten seiner Anonymität berauben, er wäre gehemmt und weitaus weniger bereit sich auf die Imagination einzulassen<sup>475</sup>.

Dadurch ist die Methode der teilnehmenden Beobachtung für die 'Imaginative soziale Therapie' ein durchaus probates Instrument.

---

<sup>473</sup> Ingenkamp, Karlheinz 1997; S. 69 f.

<sup>474</sup> Diesen Terminus verwende ich, wenn es sich um schnelles Umschalten – wie auf *Knopfdruck* – zwischen mehreren Situationen handelt, auf die sich der Berater/Therapeut innerhalb von Sekunden einstellen muss.

<sup>475</sup> Habermehl, Dr. Werner 1992

#### 4.4 Das Durcharbeiten und die Erfassung in Form von standardisiertem Arbeitsmaterial

„Heute wissen wir aufgrund der Hirnforschung, dass jeder Mensch sein eigenes Universum im Kopf trägt, (...). Allerdings ist jeder Mensch in der Lage dieses Universum zumindest in gewissen Maß umzugestalten. Durch Üben, Erfahren und Lernen lassen sich neue Schwerpunkte entwickeln.“<sup>476</sup>

Das Durcharbeiten ist ein wichtiger Bestandteil nach der Imagination, denn durch das Wiederholen können evtl. neue Erfahrungen, Eindrücke und Emotionen in das bisherige Klientenuniversum integriert werden. „Beim Durcharbeiten [...] der Imagination wird das Erlebte vom Klienten i. d. R. in mündlicher Form wiederholt. Wichtige Erkenntnisse aus und nach der Imagination werden nun detailliert betrachtet und [bearbeitet].“<sup>477</sup>

Klienten, die meine Beratungspraxis zu Beginn in einer Gruppe aufgesucht haben und eine Imagination mitgemacht haben, werden bis zum Abschluss des Problembereiches, der sich unabhängig von der Gruppensituation als Individuelles herausgestellt hat, in Einzelsitzungen beraten. Gruppensitzungen finden zumeist nach Abschluss der Einzelsitzungen, manchmal auch parallel statt, um den Effekt des Durcharbeitens der individuellen Imagination für den Klienten nicht zu gefährden.

Nicht nur aus Hanscarl Leuners 'Katatym-imaginativer Psychotherapie' ist bekannt, dass sich durch das Durcharbeiten und das Nachfragen von Details des Therapeuten neue Einzelheiten manifestieren und sich Bildeindrücke verstärken. „Aus allem ist leicht vorzustellen, dass sich zwischen tagträumenden Patienten durch die Verbalisation seines KB-Erlebens [‘Katathymen Bilderlebens’; P. H.] und dem Therapeuten mit seinen verbalen und nicht-verbalen Signalen ein Wechselspiel von Interaktionen ergibt – eine dialogische Situation –, in deren Mittelpunkt das Tagtraumerleben steht.“<sup>478</sup> Diese Aussage gilt ebenso für die 'Imaginative soziale Therapie'. Wie Hanscarl Leuner bei seiner Methode bemerkt, kann der Klient, ebenso wie der Therapeut, immer wieder an die gemeinsam erlebte Imagination anknüpfen, Gefühle und Wahrnehmungen abrufen und auf das Erlebte zukunftsweisend aufbauen, was ebenso in der Imaginativen sozialen Therapie der Fall ist.

Die erlebte Imagination sollte in den Folgeberatungen vom Berater/Therapeut bewusst genutzt werden, wenn es für das weitere Gespräch hilfreich erscheint.

„In der Erinnerung an die Imagination können Erkenntnisgewinn, erlebte Gefühle, Eindrücke u. v. m. abgerufen werden und sich in der Arbeit bei der Hilfe zur Selbsthilfe zwischen Sozialtherapeut und Klient als äußerst hilfreich und wichtig erweisen. In ähnlicher Form arbeitet übrigens die Fokalthherapie“<sup>479</sup>.<sup>480</sup>

„Im Durcharbeiten können Eindrücke, Gefühle, Einsichten und Erkenntnisse die evtl. [durch die Imagination] gewonnen wurden reflektiert werden und möglicherweise bereits Veränderungswünsche/-ideen und Umsetzungsvarianten vom Klienten erarbeitet werden.“<sup>481</sup> „In weiteren Beratungsgesprächen werden vom Klienten ausgehend gezielt Hilfen, Möglichkeiten und Wege erarbeitet wie bisherige Blockaden, nach Freud 'unbekannte Widerstände'<sup>482</sup> beseitigt werden können.“<sup>483</sup>

Der Psychologe und Psychoanalytiker Pierre Daco geht davon aus, dass Millionen von Menschen blockiert sind. „Ein Leben lang sind sie blockiert, bleiben sie auf einigen Ideen, gelernten Gedanken und standardisierten Reflexen festgefahren, wovon sie keinen Anfang und kein Ende kennen. Sie kennen nicht einmal ihre eigenen Möglichkeiten. Trotzdem glauben sie zu leben, aber in Wirklichkeit drehen sie sich wie Fische im Aquarium (...).“<sup>484</sup> In dieselbe Richtung argumentiert die 'Kognitive Verhaltenstherapie'. Entsprechend den Ansätzen der Verhaltenstherapie von A. T. Beck arbeitet die 'Imaginative soziale Therapie' am Ende jeder Sitzung mit Vereinbarungen, Zielsetzungen und Lösungsansätze für die weitere Zukunft, die der Klient im Gespräch von sich aus entwickelt hat.

<sup>476</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 161

<sup>477</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 50

<sup>478</sup> Leuner, Hanscarl 1994; S. 50

<sup>479</sup> Diese Therapie ist bekannt aus der psychoanalytischen Psychotherapie und in der Form nur natürlich mit der Arbeit von Freud verbunden. Der Klient soll möglichst direkt, durch eine gezielte Fragetechnik, zum Kern des Problems geführt werden und entsprechende Emotionen zu diesem Konflikt benennen.

<sup>480</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 50

<sup>481</sup> Ebd.; S. 55

<sup>482</sup> Werder, Lutz 1996

<sup>483</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 50

<sup>484</sup> Daco, Pierre 1998; S. 20

Die im Gespräch, vom Klienten selbst, entwickelten Vereinbarungen, Zielsetzungen und Lösungsansätze werden am Ende einer Sitzung vom Berater/Therapeuten zusammengefasst und festgehalten, ohne zielgerichtet, entsprechend der sozialtherapeutischen Interventionspraxis, zu intervenieren (denn eine zielgerichtete Intervention wäre eher eine therapeutische Intervention; s. Einleitung Kapitel 1 ff). Vereinbarungen, Zielsetzungen und Lösungsansätze werden bei der nächsten Sitzung manchmal zum Anfang der Sitzung wieder aufgenommen, sofern der Klient dies anspricht und nicht andere Themen besprechen möchte. An dieser Stelle unterscheidet sich die Vorgehensweise mit dem Klienten ganz entscheidend von der 'Kognitiven Verhaltenstherapie', in der es um Heilung psychisch Kranker geht, was einen gezielten und strukturierten Therapieplan nötig macht und die Erfüllung von Hausaufgaben als wichtige therapeutische Maßnahme sieht. Die 'Imaginative soziale Therapie' arbeitet dagegen klientenzentriert, lässt den Klienten mehr Raum sich selbst individuell zu entwickeln, ohne starre Richtungen vorzugeben. Wobei zu bemerken ist, dass die selbst gesteckten Ziele und Vereinbarungen in der Mehrheit erreicht bzw. eingehalten werden, und Lösungsansätze zumeist eine Umsetzung erfahren. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass es beim Durcharbeiten in der Imaginativen sozialen Therapie, ebenso wie in der 'Kognitiven Verhaltenstherapie', darum geht, bisheriges Verhalten durch Einsicht und Lernverhalten zu verändern. Zwecks Verhaltensänderung bei seinen Patienten greift A. T. Beck u. a. auf Gespräche mit mäeutischer Methodik und zielorientierter Aufgabenstellung zurück, die 'Imaginative soziale Therapie' arbeitet klientenzentriert, indem sie dem Klienten durch das Erleben einer Imagination ermöglicht, unter Hinzunehmen und immer wieder reflektieren des Erlebten aus der Imagination, neue Kognitionen zu erlernen, neue Lösungswege und damit andere Verhaltensweisen zu entwickeln.

Für die Folgesitzungen sind die standardisierten Arbeitsmaterialien **B** (Abb. I.4.4) und **G** (s. Abb.: I.4.10) hilfreich, um vom Klienten neu genannten Erinnerungen, Erfahrungen, Eindrücke usw. dokumentieren zu können. Das Arbeitsblatt **G** wird, außer am Tag der Imagination, zu jeder Folgesitzung benutzt.

Für die Folgesitzungen enthält das standardisierte Arbeitsmaterial im Original im Bereich der Seitenangabe die Farbe Pink. Das Blatt **B** ist unter Kapitel I.4.1 bereits erläutert und hat im Original ebenfalls die zusätzliche Farbe Pink im Bereich der Seitenangaben, da dieses Blatt zusätzlich zur Anamnese (im Original grüne Markierung) auch in allen Folgesitzungen benötigt, wird und so die Zuordnung erleichtert.

(1) <b>G</b>	(2) <b>Folgesitzung</b>	(3) <b>Seite: . . .</b>
(4) Name/n:		
(5) Sitzungstermin:		
(6) Bisherige Veränderungen:		

Abb.: I.4.10

Merkmale, die das standardisierte Arbeitsmaterial **G** aufweist, sind (Abb.: I.4.10):

- (1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.
- (2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials und Verwendungszweck.
- (3) Seitenangabe. Die standardisierten Arbeitsmaterialien werden von dem Erstgespräch an fortlaufend nummeriert, können so anhand des Datums und der Seitenzahl sortiert werden und die farbliche Markierung im Original ermöglicht die schnelle Zuordnung des standardisierten Arbeitsmaterials bezüglich der Verwendungszwecke.
- (4) Eintrag des Klientennamens, der an der Imagination teilgenommen hat oder der Klienten, die in einer Gruppe Sitzungen in Anspruch nehmen.
- (5) Zum Sitzungstermin gehört die Datumsangabe.
- (6) Veränderungen bezüglich des Klientenverhaltens, veränderte Sichtweisen, neue Ereignisse, die sich aufgrund der Imagination oder der Sitzungen ereignet haben oder andere bemerkenswerte Veränderungen werden in diesem Bereich in Stichworten dokumentiert. Ebenso können eigene Eindrücke und Gefühle des Beraters/Therapeuten einfließen.

#### 4.5 Der Abschluss und die Erfassung in Form von standardisiertem Arbeitsmaterial

Dieser Moment wird vom Klienten bestimmt, nachdem er sich immer wieder in seinem sozialen Umfeld erproben konnte.

In der `Kognitiven Verhaltenstherapie` finden Verhaltensexperimente statt, Problemlösungen werden trainiert, Substrategien und Alternativen eines Lösungsplans generiert. Dies ist im Bereich psychisch Kranker angebracht, im Bereich der sozialen Arbeit sind die Klienten dagegen i. d. R. in der Lage eigenständiger Einsichts- und Lernverhalten zu aktivieren, neue Kognitionen zu entwickeln und insofern erproben sie das in den Sitzungen Erarbeitete direkt im Alltag und kommen in die nächste Sitzung mit ihren diesbezüglich gemachten Erfahrungen, auf denen aufgebaut werden kann. So sind sich die beiden Methoden der `Kognitiven Verhaltenstherapie` und der `Imaginativen sozialen Therapie` zwar vom Ansatz und im Ziel her ähnlich, aber die Ausgangsvoraussetzungen der Individuen sind unterschiedlich. Ziel ist es den Klienten

- a) Einsicht der kognitiven Entwicklung aus der Vergangenheit zu ermöglichen,
  - b) durch die Imagination alte Kognitionen aufzulösen oder zumindest zu infiltrieren, um neue Lösungswege zu eröffnen, „(...) die sie im Rahmen unserer Gesellschaft gehen können, um ihr Problem zu lösen, also zukunftsorientiert zu arbeiten und
  - c) Schwächen zu erkennen ebenso, wie Stärken zu entdecken und diese in der Gegenwart zu nutzen.
- Diese erzieherischen Aspekte sollen darauf hinwirken, dass der Klient durch Gewinnen von Einsicht die Chance erhält, Einstellungen, Verhalten und Handeln zu ändern und zu lernen den bisherigen Lebens- oder Leidensweg zu verändern bzw. zu durchbrechen.<sup>485</sup>

Es gab in meiner Beratungspraxis bisher (Stand: August 2009) nur einen Fall, dass ein Ehepaar die Sitzungen abrechnen musste, da es beruflich ins Ausland ging. Die übrigen Klienten beendeten die Sitzungen, wenn sie ihr Leben wieder als lebenswert/er oder ihr Problem als immer weniger bis gar nicht mehr vorhanden erachteten und/oder sie wieder handlungsfähig bzw. handlungsfähiger geworden waren. Bisher war ich bei allen Klienten (bis auf Fall 7), die keine weiteren Sitzungen wollten, ebenfalls der Meinung (z. T. gestützt durch externe Meinungen wie z. B. von involvierten Familienangehörigen), dass die Weichen für eine positive Entwicklung des Klienten gestellt waren.

In der Abschluss Sitzung wird in die Erstsitzung zurückgeblickt und was sich seither verändert hat. Die weiteren Schritte für die Zukunft sind i. d. R. von den Klienten entwickelt oder begonnen worden und können vom Klienten eigenständig weiterverfolgt werden.

Am Ende der Abschluss Sitzung werden mit den/m Klienten Ziele oder Lösungsansätze für die weitere Zukunft formuliert, evtl. werden Vereinbarungen getroffen.

Das Arbeitsblatt **H** (s. Abb.: I.4.11) wird zu jeder Abschluss Sitzung vom Berater/Therapeuten angefertigt, was den Vorher-Nachher-Vergleich anbelangt. Es enthält in Stichworten die Situation, wie sie sich im Erstgespräch dargestellt hat (inklusive der Beachtung der Daten von K, S, V und E) und wie sie sich in der letzten Stunde vor dem Abschlussgespräch darstellte (inklusive der Beachtung der Daten von K, S, V und E). Vereinbarungen, Ziele und Lösungsansätze für die weitere Zukunft werden erst im Anschluss an das Abschlussgespräch dokumentiert, da der/die Klient/en diese im Abschlussgespräch selbst entwickeln und darstellen.

Das Arbeitsmaterial **H** (s. Folgeseite) ist im Original im Bereich der Seitenangabe blau markiert und steht dadurch für sich allein, markiert deutlich sichtbar das Ende der Sitzungen.

---

<sup>485</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 53 f.



(1) <b>H</b>	(2) <b>Abschluss – Datum:</b>	(3) <b>Seite: . . .</b>
(4) Name/n:		
(5) Vorher-Nachher-Vergleich:		
(6) Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft:		

Abb.: I.4.11

Merkmale, die das standardisierte Arbeitsmaterial **H** aufweist, sind (Abb.: I.4.11):

- (1) Signatur des standardisierten Arbeitsmaterials.
- (2) Bezeichnung des standardisierten Arbeitsmaterials, Verwendungszweck sowie das Datum des Abschlussgesprächs.
- (3) Seitenangabe. Die standardisierten Arbeitsmaterialien werden von dem Erstgespräch an fortlaufend nummeriert, können so anhand des Datums und der Seitenzahl sortiert werden und die farbliche Markierung im Original ermöglicht die schnelle Zuordnung des standardisierten Arbeitsmaterials bezüglich der Verwendungszwecke.
- (4) Eintrag des Klientennamens, der an der Imagination teilgenommen hat oder der Klienten, die in einer Gruppe Sitzungen in Anspruch nehmen.
- (5) In Stichworten wird die Situation im Erstgespräch und die Situation der letzten Sitzung vor dem Abschlussgespräch dokumentiert und gegenübergestellt.
- (6) Vereinbarungen, Ziele oder Lösungsansätze werden im Anschluss an die Sitzung in Stichworten notiert.

#### 4.5.1 Anwendung der informellen, nicht-standardisierten Telefoninterviews

Bei dieser Methode gilt dasselbe, wie bei den Gesprächsprotokollen und der teilnehmenden Beobachtung, das informelle, nicht-standardisierte Telefoninterview wird, nicht zu Forschungszwecken verwendet, sondern ist lediglich für die Fallpraxis relevant, da die 'Imaginative soziale Therapie' eine neue Methode ist und u. a. die langfristige Wirkung beachtet werden muss, um eine weitere Berechtigung der Arbeit mit dieser Methode zu erheben. Daten, wie emotionale Verbesserungen, Handlungsfähigkeit und bessere Bewältigung des Alltags in standardisierten Fragebögen o. ä. abzufragen, können in der Objektivität, Gültigkeit und Zuverlässigkeit ebenso angezweifelt werden wie ein informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview.

Nur, Letzteres ist klientenfreundlicher, da es auf die Klienten zumeist weniger wissenschaftlich wirkt, sie nicht das Gefühl haben a) sich genau überlegen zu müssen was sie antworten, b) dass das Thema eingeschränkt wird, c) dass sie, wie unter einer Lupe, genau beurteilt werden und sie d) müssten dem Berater/Therapeuten mit entsprechenden Antworten gefallen.

Ein nicht-standardisiertes Telefoninterview ist vom Niveau auf Augenhöhe des Klienten und dementsprechend offen verlaufen diese Gespräche. Genau dies ist der Anspruch, den die 'Imaginative soziale Therapie' erhebt, die Klienten sollen sich nicht als wissenschaftliches Objekt, sondern als Menschen mit ihren ganz individuellen Problemen verstanden fühlen. *„Der Interviewer steuert das Gespräch höchstens durch Zwischenfragen. Der Befragte hat die optimale Möglichkeit, das Interview so zu gestalten, dass er seine Einstellungen und Interessen so ausdrücken kann, wie er es will.“*<sup>486</sup>

Ein informelles nicht-standardisiertes Telefoninterview als weiteres Vorgehen nach Abschluss der Sitzungen zu wählen erscheint für das Erhalten von Klientendaten angebracht. Es ist für den Berater/Therapeuten ebenso wie für den Klienten unkompliziert zu bewältigen und der Klient bekommt das Gefühl vermittelt, nicht nur einer von vielen Klienten gewesen zu sein. Insofern sind diese Telefonanrufe als Standard der Beratungsarbeit und der 'Imaginativen sozialen Therapie' anzusehen.

Die Rolle des Interviewers ist für den Klienten klar definiert und wirkt sich deshalb sofort auf das Gespräch aus<sup>487</sup>. Die Thematik ist dadurch ebenfalls eingegrenzt und die Klienten fangen von sich aus an diese aufzugreifen und berichten i. d. R. ungefragt über ihre derzeitige Situation.

Meist genügt es nach der eigenen Vorstellung und Begrüßung auf die Begrüßung des Klienten mit einem entsprechenden Satz zu reagieren wie „Sie klingen so fröhlich.“ oder „Sie hören sich zufrieden an.“ Alles Weitere ergibt sich von selbst, ohne dass der Berater/Therapeut nachfragen muss. Wobei diesbezüglich die Bereitschaft des Klienten etwas zu erzählen u. a. davon abhängig ist, inwieweit eine persönlich befriedigende Beziehung zum Berater/Therapeuten besteht<sup>488</sup>.

Hat der Klient andauernde Problembereiche, wird er dies (so meine Erfahrung) recht schnell kundtun, mit der Bitte um Hilfe, frei nach dem Motto „Da sie schon einmal dran sind, das (...) klappt noch nicht so gut, da brauche ich noch einmal kurz Hilfe von Ihnen.“

---

<sup>486</sup> Ingenkamp, Karlheinz 1997; S. 72

<sup>487</sup> Friedrichs, Jürgen 1990

<sup>488</sup> Ebd.

#### 4.6 Reflexion

Kein Klient hat bisher eine Imagination abgelehnt oder abgebrochen, alle haben interessiert und manchmal sogar gespannt und begeistert mitgemacht. Es stellt sich die Frage, ob sie aus Reflex angenommen haben, nicht die Kraft hatten abzulehnen oder sie sich aus unterschiedlichen Gründen fügten?

Dies kann jedoch als unwahrscheinlich angenommen werden, da ich den Klienten vor Beginn der Imagination den ungefähren Ablauf erkläre, ihnen Zeit lasse zu überlegen, ob sie mitmachen möchten.

Das Motiv wird suggestiv vorgegeben, Freiwilligkeit des Klienten ist daher besonders wichtig, was dem Klienten in dieser Form auch mitgeteilt wird.

*„Wenn uns jemand sagt, dass eine bestimmte Wolke aussieht wie »ein trauriger alter Mann mit langer Nase«, dann bedeutet uns das praktisch nichts, solange wir die Wolke nicht in dieser Weise wahrnehmen können. Wir können also Wahrnehmungen nicht einmal in solch einfachen konkreten Situationen übertragen, in denen diese Übertragung von beiden Seiten gewünscht wird. Das macht es verständlicher, warum im Bereich der emotionalisierten Einstellungen, in dem die neuen Wahrnehmungen selten schmeichelhaft sind und jederzeit mit Abwehrreaktionen zu rechnen ist, jede Übertragung von Wahrnehmung vom Berater auf den Klienten ein ungemein schwieriger Prozeß ist. Danach ist klar, dass die spontane Entwicklung dieser neuen Wahrnehmung wahrscheinlich am schnellsten zur Einsicht führt.“<sup>489</sup>*

Vor einem Übermaß an Optimismus und Omnipotenz was die `Imaginative soziale Therapie` anbelangt möchte ich warnen, denn das würde zu hohe Ansprüche an jeden Berater/Therapeut, der diese Methode nutzen möchte, die Klienten und die Methode stellen.

Keine Methode ist *der Weisheit letzter Schluss*, aber jede Methode birgt auf ihre Art eine Chance, für die Klientel zu neuen Einsichten und Erkenntnissen zu gelangen. Keine Methode ist frei vom Einfluss wichtiger Ereignisse im Leben der Klienten während des Beratungszeitraums, welche Beratung und Begleitung schwieriger werden lässt, vorangegangene Erfolge zunichtemachen kann usw.

Berater/Therapeuten haben manchmal keine Chance gegen zu heftige Fragmente aus der Vergangenheit, die das Verhalten des Klienten stark beeinflussen, Verhaltensänderungen beim Klienten zu bewirken. Und auch andere Personen aus dem Umfeld des Klienten können einen stärkeren Einfluss ausüben als es jede Methode, jeder Berater/Therapeut es vermag.

---

<sup>489</sup> Rogers, Carl 1972; S. 188

## II. Standardisierung der imaginativen Motive

### 1. Die Einordnung von sprachlichen Metaphern

Kurz angemerkt sei, dass es viele Varianten von Metaphern gibt. Sie werden u. a. unterteilt in tote, lexikalisierte, dunkle oder stehende Metaphern, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll.

Bereits Aristoteles war um eine Definition von Metaphern bemüht und entwickelte zwei unterschiedliche Auffassungen, wobei er jedoch in beiden Varianten die Metapher als sprachliches Mittel eher abwertend benutzte bzw. definierte<sup>490</sup>. Der Terminus *Metapher* kommt aus dem griechischen und bedeutet *Übertragung* oder *anderswohin tragen*. Die linguistische Metapherntheorie beschreibt konzeptionelle Metaphern, die kognitive Metapherntheorie beschreibt Metapher als Zweiheit (Vehikel und Tenor). „Der Begriff der Metapher ist unscharf definiert und umfaßt verschiedene Erzählformen (...) 1. Bilder aus dem Volksmund (...). 2. Symbole (...). 3. Gleichnisse (...). 4. Sprichwörter (...). 5. Witze und heitere Geschichten (...). 6. Rätsel und Koans (...). 7. Anekdoten (...). 8. Parabel, Geschichten, Allegorien (...). 9. Fabeln (...). 10. Märchen (...). 11. Mythen (...). 12. Eigene Fallgeschichten.“<sup>491</sup>

In der Vergleichstheorie wird die Metapher als ein impliziter, kaum oder nicht artikulierter Vergleich gesehen und entsprechend eingesetzt. Bezeichnet eine Person eine andere z. B. als Schnecke, beinhaltet diese Redewendung zumeist den Vergleich der Natur beider, bezüglich ihrer Fortbewegungsgeschwindigkeit. Die Substitutionstheorie geht allerdings davon aus, dass durch eine Metapher Einzelmerkmale in ein komplettes Bild umgewandelt werden, wie „Reden ist Silber und Schweigen ist Gold.“ enthält dem Sinn nach die Botschaft, dass es wertvoller sein kann nichts zu sagen (zu schweigen). Eine solche Metapher vereint Einzelmerkmale (Reden, Schweigen) und entwickelt daraus, durch Bezugnahme auf einen anderen Sachverhalt (Silber, Gold), ein für den Zuhörer komplettes Bild.

Neue Begriffsbestimmungen von Sprachtheoretikern sehen in der Metapher mehr als ein rein sprachliches (semantisches) Mittel. Sprache ist für sie im Hinblick auf den Kontext, ein elementarer Grundbaustein für Metaphern, denn Metaphern werden erst im Kontext zu solchen. Sätze wie „Ich nehme sie an die Kette.“ oder „Er geht mir auf den Geist.“ können demnach wörtlich verstanden werden. Sie wirken allerdings erst in der Interaktion, wenn der „(...) bildgebende und der bildempfangende Bereich der metaphorischen Gleichung(...)“<sup>492</sup> interagieren. Metaphern sind nach Blumenberg mehr als ungenaue Wortschöpfungen, denn ihre Ausdruckskraft dient der Strukturgebung. Sie geben einer komplexen Wirklichkeit einen Sinn. Metaphern sind für ihn „Substrukturen des Denkens“<sup>493</sup> und ein Teil der rudimentären kognitiven Funktionen. Mit Michael Buchholz kann dies ergänzt werden, auch er versteht Metaphern als in der Sprache situiert. Metaphern entstehen seiner Meinung nach aus dem Zusammenspiel von Bewusstem und Unbewusstem, wie dies auch in Träumen der Fall ist<sup>494</sup>. Er geht dabei noch einen Schritt weiter und versucht Metaphern mithilfe der Kognitionswissenschaften zu erfassen. Die Metapher ist für ihn „(...) eine kognitive Strategie, mit der wir uns Bereiche erschließen, über die wir sonst nichts sagen könnten; die Metapher formuliert solche Zielbereiche und weist dennoch beständig über sie hinaus. Diese kognitive Generalstrategie wird als metaphorische Projektion bezeichnet: Wir projizieren Bedeutungen aus einem sinnlichen, meist körperlichen Bereich in andere abstrakte und psychologische Bereiche.“<sup>495</sup> Ähnlich werden Metaphern von Denkern der Psychoanalyse (im weitesten Sinn) gesehen. Jaques Lacan z. B. verordnete Metaphern als sprachliches Mittel, mit denen sich das Unbewusste in der symbolischen Ordnung artikulieren sollte. Ebenso sieht es Günther Bittner (Denker der Psychoanalyse). Metaphern sind für ihn Ausdruck des Unterbewussten, welches mit dem symbolischen Bereich der Psyche interagiert<sup>496</sup>. So ist z. B. die Metapher „Ein nackter Tatsachenbericht.“ nach Blumenberg eine absolute (stehende) Metapher, weil sich dies nicht durch logische Begriffe ersetzen lässt. Für ihn ist eine solche Metapher ein der philosophischen Sprache zugeordneter Grundbestandteil.

<sup>490</sup> Buchholz, Michael 2003; S. 31

<sup>491</sup> Margraf, Jürgen (Hrsg.) 2000; S. 440 f.

<sup>492</sup> Ebd.; S. 33

<sup>493</sup> Ebd.; S. 34

<sup>494</sup> Vgl. Buchholz, Michael 2003; S. 38

<sup>495</sup> Ebd.; S. 42

<sup>496</sup> Vgl. Buchholz, Michael 2003; S. 38

Sie ist anschaulich, kann jedoch nicht in die reale Vorstellungswelt übertragen werden und das Individuum hat Probleme sich zu orientieren, was Denken und Handeln anbelangt<sup>497</sup>. In späteren Werken wie „Arbeit am Mythos“ 1979 und „Höhlenausgänge“ von 1989 entwickelte Blumenberg die Ansicht, dass der Mensch ein Mängelwesen sei, sich zwecks Orientierung in der Wirklichkeit vieler Methoden und Hilfsmitteln, wie den Metaphern und Mythen bedient, um aus dieser entlastenden Distanz heraus unbelastet Orientierungsarbeit zu leisten, die ihm dabei hilft als *Gegenpol zu Wirklichkeit*, diese verstehen zu lernen<sup>498</sup>.

Ähnlich verhält es sich mit den Träumen argumentiert Sigmund Freud in seinem Buch „Die Traumdeutung“: „*Welche Auffassung der Traum in den Urzeiten der Menschheit bei den primitiven Völkern gefunden und welchen Einfluß er auf die Bildung ihrer Anschauung von der Welt und von der Seele genommen haben mag, das ist ein Thema von so hohem Interesse, dass ich es nur ungern von der Bearbeitung in diesem Zusammenhange ausschließe.*“<sup>499</sup> Träume symbolisieren nach Freud Seelenzustände, da ihnen die Begriffssprache fehlt. Sie sind Bildsprache, die der erzählende Träumende in Sprache zum Ausdruck bringt. Träume sind Metaphern für Erlebtes, die befreit von Denkkategorien agieren können. Im Traum werden reale Objekte durch fremde Bilder ersetzt, die zugleich den inneren seelischen Zustand implizieren<sup>500</sup>. Ähnlich wie Träume sind Metaphern Ausdruck des (vom *Ich* getrennten) Subjekts. Es ist schwieriger durch Sprache als durch Metaphern identische Vorstellungen hervorzurufen, allenfalls bei Buchstaben, Zahlen, Geldscheinen oder –stücken. Spätestens bei musikalischen oder geschmacklichen Eindrücken wird es schwierig Worte zu finden, da in diesen Bereichen individuell gefiltert, bewertet, erinnert und gefühlt wird.

Durch Metaphern entwickeln wir Vorstellungen und diese können Situationen, Ereignisse, Erlebnisse usw. weitaus deutlicher werden lassen, als dies durch Worte möglich wäre, da Vergleiche hergestellt werden können. Das Gegenüber erhält durch Metaphern einen Zugang, näher an den inneren Prozessen und unbewussten Gedanken teilzuhaben.

Sprache und Sprechen sind dadurch auch zentrale Elemente des therapeutischen Handelns und Metaphern wesentliche Bestandteile der therapeutischen Sprache. Menschen verwenden in ihren Interaktionen bevorzugt Metaphern, die durch ihre Kultur geformt wurden, dementsprechend muss der Therapeut in der Therapie auf Metaphern zurückgreifen, die dem kulturellen Hintergrund des Gegenübers entsprechen und nur so von diesem verstanden werden können. Dies beginnt bereits bei versteckten Metaphern im beruflichen Vokabular der Therapeuten. Bereits Freud beschrieb den Psychoanalytiker als „Spiegel“ oder „Chirurgen“, der während seine Analysetätigkeit den „Tummelplatz“ neurotischer Regungen betritt, aber den Analytiker sah er auch als „Bergführer“ und „Lehrmeister“ und in ähnlichen sprachlichen Bildern mit ganz eigenem assoziativen Gehalt<sup>501</sup>.

Im therapeutischen Dialog, ebenso wie in der Theoriebildung, werden Metaphern häufig verwendet. Buchholz sieht darin eine reflexartige Verarbeitung der Interaktion in der Therapie, das „*Resultat des enormen Zwangs zur emotionalen, dann aber vor allem kognitiven Komplexitätsreduktion*“<sup>502</sup>.

---

<sup>497</sup> Blumenberg, Hans 1960

<sup>498</sup> Blumenberg, Hans 1979; 1989

<sup>499</sup> Freud, Sigmund 2003; S. 19

<sup>500</sup> Ebd.

<sup>501</sup> Buchholz, Michael 1993a; S. 8

<sup>502</sup> Ebd.; S.10

## 2. Die Arbeit mit Metaphern im Therapieprozess

Nach Michael Buchholz sind in allen therapeutischen Prozessen – in der einen oder anderen Form Metaphern und die Arbeit mit diesen inkludiert, wie z. B. in den zentralen Konzepten der Psychoanalyse, in denen die Begriffe *Trieb* oder *Selbst* bereits metaphorisch sind. Ihre Verwendung steuert im therapeutischen Prozess das Handeln des Therapeuten und damit auch den Therapieprozess: „*Wir sehen deshalb, wie Metaphern als ein wichtiges Element auf der Bühne des therapeutischen Redens auftreten, gebraucht von allen beteiligten Protagonisten, weil sie die Konstruktion der Welterfahrung mit ermöglichen.*“<sup>503</sup> Hanscarl Leuner macht sich diesen Umstand in seiner Therapie des ‚Katathymen Bilderlebens‘ zunutze. In Tagtraumsituationen, die er für seine Patienten herstellt, fordert er sie auf bestimmte Bilder zu entwickeln und schrittweise selbst spontane Imaginationen daran zu entfalten, dadurch erhält Leuner bildsymbolische Projektionen des jeweiligen Innenlebens seiner Patienten<sup>504</sup>.

In der Auseinandersetzung mit dem Patienten werden i. d. R. Information verdichtet und hierfür sind Metaphern wegen ihrer oben dargestellten Prägnanz sinnvolles und oft einziges Mittel der Wahl.

In der neueren psychotherapeutischen Forschung wird die Verwendung von Metaphern im therapeutischen Prozess oftmals dekonstruktivistisch analysiert<sup>505</sup>. Zentral ist dabei die Untersuchung im therapeutisch-interaktiven Prozess. Freud konstatierte, dass dabei vorwiegend *Worte ausgetauscht* würden.

In aktuellerer Terminologie handelt es sich um kommunikative Situationen, in denen meist ein therapeutisch wirksamer Konsens erreicht wird. Zentral ist hierbei der Kontext, der einen impersonalen Bezugsrahmen darstellt, wobei aber auch die Regeln des Gesprächs festgelegt sind. Wenn ein Klient etwa sagt, er müsse *zugeben*, einen irgendwie gearteten Gedanken zu haben, impliziert er einen autoritären Kontext, wie er etwa bei einer Befragung durch einen Staatsanwalt gegeben wäre<sup>506</sup>. Dadurch wird im therapeutischen Gespräch ein Kontext generiert, der seinerseits wieder die Regeln des Gesprächs bedingt. Dabei ist das therapeutische Ziel letztlich die Herstellung von Konsens, von Einigkeit über die Bedeutung der *ausgetauschten Worte*. In der Interaktion entstehen so „synergistische Effekte“<sup>507</sup>. In diesem Bereich sieht Buchholz auch die bereits von Freud verwendete Metapher von der *Arbeit am Widerstand*. Die kontinuierliche Interaktion in ihren verschiedenen Phasen – echter Zusammenarbeit, aber auch Stagnation – erreicht allmählich eine Stufe, bei der eine echte geteilte Bedeutung erschaffen wird; das „(...) psychoanalytische Konzept des Widerstands lässt sich als eine Phase im Interaktionsablauf interpretieren, die eine spezielle Problemlösung erfordert: Weil auf eine geteilte Bedeutung nicht zurückgegriffen werden kann, sind spezielle Handlungen erforderlich, die einen gemeinsamen Kontext erst wieder herstellen.“<sup>508</sup> Neben auf Konsens zielenden (logischen) Argumenten, vorsichtigen und höflichen indirekten linguistischen Konstruktionen sind vor allem affektgeladene sprachliche Gesten und zumeist auch gleichrangig Metaphern zur Herstellung von Konsens von zentraler Bedeutung. Metaphern können in der Therapie so divergente Meinungen versöhnen, etwa in dem ein Konflikt von beiden Seiten übereinstimmend als *Machtspielchen* metaphorisch benannt und begriffen wird<sup>509</sup>. Die Funktion von Metaphern, im Prozess der Therapie ist somit für die meisten Therapieprozesse Fundament des therapeutischen Gesprächs.

Für den Therapieprozess berühmt ist die von Freud verwendete Metapher des Therapeuten als *Spiegel* seines Patienten oder die vom Therapeuten als *Chirurg*. Beide Metaphern sind handlungsleitend und können dadurch den therapeutischen Prozess direkt beeinflussen. Mit dem Spiegel wird zumeist eine passive und natürlich reflektierende Haltung, aber auch Undurchsichtigkeit für den Patienten assoziiert. Zudem – ein Therapeut, der sich als *Chirurg* sieht, wird dem Patienten gegenüber eine entsprechende

<sup>503</sup> Ebd.; S. 9

<sup>504</sup> Leuner, Hanscarl 1994

<sup>505</sup> Der Begriff Dekonstruktion oder Dekonstruktivismus geht auf J. Derrida zurück und wird in verschiedenen Disziplinen etwas unterschiedlich verstanden. Gemeinsam sind den dekonstruktivistischen Ansätzen, die Analyse von Zweideutigkeiten und Gedankengut unterliegenden Metaphoriken und damit die Untersuchung der Sprachgebundenheit von Bedeutungen (vgl. Wegmann, Niklas 1997; S. 334-337).

<sup>506</sup> Buchholz, Michael 1993b; S. 178

<sup>507</sup> Ebd.; S. 181

<sup>508</sup> Ebd.; S. 182

<sup>509</sup> Ebd.; S. 186

Grundhaltung annehmen<sup>510</sup>. Noch häufiger ist die Metapher der *Kur*, die medizinische Assoziationen über den therapeutischen Prozess und die Störungsursachen weckt. Michael Buchholz bezeichnet solche Metaphern als „Prozessfantasien“, die einerseits von Patienten im Prozess über den Prozess entwickelt werden. Andererseits werden solche Metaphern auch von Therapeuten verwendet, um die Komplexität der Situation vereinfachend zu strukturieren. *„Überall verwenden wir metaphorische Bilder – beim Widerstand ein militärisches Bild ebenso wie bei der therapeutischen „Intervention“ – um uns unsere eigene Erfahrung verständlich zu machen (...)“*<sup>511</sup> Prozessfantasien sind dabei, wie alle Metaphern, in Tradition und Kultur verwurzelt, und bieten für den Therapeuten vor allem *Identitätsangebote*. Die von Freud verwendete Metapher des Therapeuten als *Chirurgen* löst etwa ein solches Handlungsproblem: Sie verdeutlicht die affektlose Haltung, mit der Therapeuten ihrer Profession nachkommen sollten, impliziert aber auch ein bestimmtes Verhältnis gegenüber dem Klienten nach dem Vorbild des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Medizin. *„Der Arzt soll nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden, was für seinen Patienten gut und notwendig ist und bereitet diesen deshalb auch so zu, daß er bei der Durchführung der ärztlichen Operation nicht stört“*<sup>512</sup>. Dies schließt eine Änderung der eigenen Haltung mit ein, denn durch die Wahl der Metapher des *Therapeuten als Chirurgen* wird ein Gegensatz überbrückt. Metaphern haben immer eine Brückenfunktion: Das Bild des Therapeuten als Chirurgen überbrückt den Gegensatz zwischen a) der Beziehungsfähigkeit und Empathie, die Teil des therapeutischen Handwerks sind, und b) der Kälte der Handlung, zu der ein Therapeut manchmal gezwungen ist<sup>513</sup>. Diese Brückenfunktion bildet u. a. die Basis des gemeinsamen Gesprächsprozesses in der Therapie, die „Interaktionsgeschichte“<sup>514</sup>.

Metaphern sind im Unbewussten verwurzelt und formen in der Therapie durch diese Eigenschaften Grundzüge des kommunikativen Feldes zwischen Patient und Therapeut. Patienten beschreiben ihre therapeutischen Erfahrungen häufig durch Gleichnisse und Metaphern. Nach Buchholz sind z. B. Analysen „Tiefbohrungen“ und wesentliche Ereignisse der Therapien sind „schwere Geburten“ oder „Wurmabtreibungskuren“<sup>515</sup>.

Im therapeutischen Prozess treiben Metaphern bzw. Prozessfantasien die Therapie voran. Sie sind Teil der Interaktion, kommentieren sie aber auch. Vor allem aber sind sie auch durch ihre Bildhaftigkeit und Unschärfe Verständigungsgrundlage auf dem Weg zum therapeutischen Konsens. *„Deshalb ist es nicht ohne Bedeutung, welche Metaphern wir beim Reden verwenden, auf welche Blickfelder wir anspielen, welcher Ton die Musik macht.“*<sup>516</sup>

Metaphern zeichnen sich gerade durch eine unauffällige Fähigkeit zur Erzielung von Übereinkunft aus, die sie für den Umgang mit Klienten sehr nützlich macht: *„Grundsätzlich zwingt die Mitteilung einer Metapher den Zuhörer nicht dazu, die enthaltenen Instruktionen wörtlich auf sich zu beziehen oder abzulehnen: Vielmehr wird er sie – falls in irgendeinem Aspekt relevant – aufnehmen und dazu assoziieren. (...) Mit Metaphern wird außerdem das suggestive Prinzip der Wiederholung (...) in unauffälliger Weise realisiert, insofern etwas noch einmal mit anderen Worten wiederholt werden kann.“*<sup>517</sup> Dazu ein Beispiel aus meiner Praxis: Eine Klientin hatte immer wieder das Problem an Menschen zu geraten, von denen sie bis an ihre Grenzen und darüber hinaus ausgenutzt wurde. Sie versuchte ihre Wut über sich selbst, dass sie es „(...) wieder mit sich habe machen lassen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], durch spazieren im Wald oder arbeiten im Garten zu kanalisieren. Diesen Ansatz nutzte ich und benutze folgende Metapher: Wenn ich ihre Situation mit Bildern aus der Natur darstelle, sehe ich sie als Baum, der immer wieder von Schmarotzern umrankt wird. Diese Schmarotzer leben nur, weil sie dem Baum das nehmen, was sie brauchen. Aber sie bieten dem Baum auch Schutz, umhüllen und stützen ihn.

<sup>510</sup> Anzumerken ist, dass Freud selbst dem Therapeuten eine innere Position zwischen diesen beiden Metaphern empfahl (vgl. Buchholz, Michael 2006; S. 21).

<sup>511</sup> Buchholz, Michael 2006; S. 21

<sup>512</sup> Ebd.; S. 26

<sup>513</sup> Ebd.; S. 26

<sup>514</sup> Ebd.; S. 109

<sup>515</sup> Ebd.; S. 110

<sup>516</sup> Ebd.; S. 24

<sup>517</sup> Margraf, Jürgen (Hrsg.) 2000; S. 440

An dieser Stelle machte ich eine Pause, die Klientin sagte, das habe sie noch nie so gesehen, dass sie dadurch vielleicht etwas bekommen würde, woran es ihr mangle. Sie sei immer die, auf die man sich verlassen könne „eben everybodys Darling“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und das schmeichle ihr. Es sei schön, gebraucht und dadurch geschätzt zu werden. Mit dieser neuen Einsicht war der Weg frei das Problem zu lösen.

*„Gedanken beruhen überwiegend auf Bildern und anderen Sinneseindrücken. (...) Zwei Drittel aller Reize und Informationen erreichen das Gehirn über das visuelle System. Kein Wunder also, dass die Gedanken ebenfalls in Bildern ablaufen.“<sup>518</sup>*

Am Monell Laboratory in Philadelphia laufen derzeit Versuche im Chemical Senses Center, unter Leitung von Pamela Dalton, nach denen Bilder mit Gerüchen gekoppelt werden. Erstaunlich ist dabei, dass ein positiv besetztes Bild wie z. B. eine Rose negative Gerüche weitestgehend positiviert und umgekehrt. Dies würde bedeuten, dass Bilder (visueller Eindruck), andere Eindrücke wie z. B. Düfte (haptischer Eindruck) verdecken, visuelle Eindrücke stärker wirken als haptische.

Bildsprache bzw. sprachlich Metaphern bewegen sich scheinbar im Bereich der ursprünglichen Gedankenwelt, in der bestimmte Gefühlszustände oder Situationen mit Bildern verknüpft werden. Ebenso wie bei der Sprache und den Sprachmustern ist hierbei jedoch immer der kulturelle Hintergrund zu beachten in denen die Bilder entstehen. Da wir alle diese *visuelle Intelligenz*, wie es Hoffman Donald D., Professor für Kognitionswissenschaften in Amerika, mehr oder weniger gut ausgeprägt besitzen, sind uns Bilder vertrauter als Sprache (Denken ist weitaus komplexer als Sprache)<sup>519</sup>, können wir Bilder und Metaphern mitunter ähnlich interpretieren oder nachempfinden, sofern wir demselben Kulturkreis angehören.

Carl Gustav Jung hat im Bereich seiner Forschungen zu den Archetypen (griechisch: Urbilder) entdeckt<sup>520</sup>, dass sich in vielen Kulturen Symbole, spezielle Bilder oder Mythen gleichen, was er als instinktgeprägt und vererblich ansah<sup>521</sup>. *„Da alle Menschen solche gemeinsam ererbten seelischen Verhaltensweisen besitzen, ist es nicht zu verwundern, dass ihre Erzeugnisse, das heisst ihre symbolischen Gedanken, Phantasien und Tätigkeiten, in allen Gebieten aufweisbar sind.“<sup>522</sup>*

Metaphern haben nach Schwarz Friedhelm *„(...) nichts mit den tatsächlichen Sachverhalten gemeinsam (...) sondern sie [bilden diese; P. H.] nur stellvertretend [ab; P. H.]“<sup>523</sup>*

Oft fordern Therapeuten ihre Patienten auf Bilder oder Collagen herzustellen, da sich die Vielschichtigkeit von Problemen hierdurch oft besser ausdrücken lässt, als durch das gesprochene Wort.

Ähnlich verhält es sich mit Metaphern. Die Bilder, die der ursprünglichen Gedankenwelt sehr nahe sind, ihr z. T. entspringen sind weitaus vollständiger als ein gesprochenes Wort. Metaphern bieten die Möglichkeit beim Gegenüber, die Vielschichtigkeit des Geschehens deutlicher werden zu lassen.

In einer Studie der Psychologen D. Bissig und C. Lustig<sup>524</sup> von 2007 zur Gedächtnisleistung von Menschen im Alter zwischen 67 und 93 Jahren, in der sich die Testpersonen innerhalb von zwei Wochen viele Wortlisten merken sollten, waren die Testpersonen am erfolgreichsten, die sich Geschichten oder Bilder zu den Wortlisten ausgemalt hatten. Geschichten, Bilder oder Metaphern trainieren anscheinend die Gedächtnisleistung. Friedhelm Schwarz<sup>525</sup>, Dozent an einer Berufsfachschule, Diplom Sozial- und Verwaltungswirt (Schwerpunkte: Sozialpsychologie, Organisationslehre und Recht) stellt zu Metaphern u. a. folgende These auf: *„(...) Metaphern sind die wirkungsvollsten Instrumente des Denkens.“<sup>526</sup>*

*„Mit Metaphern können wir komplexe Sachverhalte kommunizieren, ohne viele abstrakte Begriffe zu verwenden. (...) Die erzählten Bilder lösen bei uns ohne rationalen Zwischenschritt gleich eine Reihe*

<sup>518</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 94

<sup>519</sup> Hoffman, Donald D. 2002

<sup>520</sup> Jung, Carl Gustav erfasste die Urbilder in unterschiedlichen Kulturkreisen durch die Arbeit an Träumen, Mythen, Märchen, Kunstgegenständen und Visionen in denen für ihn, durch symbolische Bilder, die Urbilder in ihrer Wirkung erfahrbar wurden.

<sup>521</sup> Jung, Carl Gustav (Hrsg.) u. a. 1999

<sup>522</sup> Franz M.-L. in: Jung, Carl Gustav (Hrsg.) u. a. 1999; S. 304

<sup>523</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 68

<sup>524</sup> Bissig, D./Lustig C. 2007

<sup>525</sup> Schwarz, Friedhelm (2004) war „[n]ach Tätigkeiten als Dozent an einer Berufsfachschule, Mitarbeiter im Stab eines Hamburger Senators, Pressesprecher und Geschäftsführer von verschiedenen PR-Agenturen arbeitete Friedhelm Schwarz seit zehn Jahren als Wirtschaftsjournalist und Fachautor.“ (ebd.; Buchcoverinnenseite; Zur Person)

<sup>526</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 51



von Emotionen aus, die zum Verständnis anderer Menschen beitragen. Metaphern stimulieren den menschlichen Geist.<sup>527</sup>

### 3. Die Standardisierung der Motive

In der Charakterkunde, die ihren Ursprung bereits im 5. Jahrhundert vor Christi Geburt mit Hippokrates hat, wird versucht Menschen, zumeist anhand ihres Aussehens, auf bestimmte Charaktereigenschaften hin zu standardisieren und dementsprechende Umgangsformen mit diesen Personen zu verknüpfen. So ist nach Hippokrates z. B. der Blutreiche oder Sanguiniker wohlbeleibt und korpulent, isst und trinkt zu viel, benötigt viel Bewegung, Arbeit (er ist voller Tatendrang) und Emotionen: *„Er prahlt gern damit, nie einen Arzt zu brauchen. Wird er einmal krank, so braucht er vor allem beruhigt zu werden.“*<sup>528</sup> Und Pierre Daco beschreibt in seinem Buch „Psychologie für Jedermann“ im XI. Kapitel *Der Wille*, zum impulsiven Menschen: *„Der Impulsive stürzt sich in übertriebene Aktivität und scheint voller Willenskraft und geistiger Macht. In seinem Innern weiss er aber genau, dass er echten Willens unfähig ist. Hinter seiner Scheinentschlusskraft verstecken sich Machtlosigkeit und Emotivität.“*<sup>529</sup> Soweit werden die standardisierten Motive in der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ nicht greifen. Die standardisierten Motive betreffen Themenkreise, die mit entsprechend *belasteten* Klienten imaginiert werden.

Dabei ist es nötig mit dem ausgewählten Motiv so dicht wie möglich an die Belastungssituation des Klienten heranzukommen, da *„[d]as paradoxe Prinzip der Veränderung in der Psychologie besagt, dass man von einem Zustand in den anderen wechseln kann, wenn der gegenwärtige Zustand ganz akzeptiert und deshalb erlebt werden darf.“*<sup>530</sup>

Hanscarl Leuner verwendet in der Grundstufe seiner ‚Katathym-imaginativen Psychotherapie‘ fünf Standardmotive, die vom Therapeuten vorgegeben sind. In der Grund-, Mittel- und Oberstufe werden die Standardmotive verändert, kommen neue hinzu. Gezielt auf bestimmte Motive zurückzugreifen, um eine Art *Handwerkszeug* zu entwickeln, die dem Berater/Therapeuten die sozialpädagogisch/-therapeutische Arbeit a) erleichtert und um eine b), wie Leuner es ausdrückt, *„(...) nahezu «experimentelle Sicherheit» (...)“*<sup>531</sup> hervorzurufen, wird von der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ übernommen. Hanscarl Leuner führt allerdings in seinen Motiven den Klienten in direkter Art und Weise durch das Motiv hindurch, was in der Methode der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ vermieden wird (s. Einführung Kapitel 1 ff).

Die standardisierten Motive der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ sollen den Einstieg in die Arbeit mit der ‚Imaginativen sozialen Therapie‘ erleichtern, als Hilfe und Anhaltspunkte dienen, keinesfalls als starre Gebilde benutzt werden. In jedem Motiv sollte der Berater/Therapeut sich die Symbolisierung einzelner Sequenzen vorab überlegen, aber keinesfalls unnachgiebig dabei bleiben, wenn der Klient im Motiv selbstständig symbolisiert oder neue Symbole entdeckt oder die Imagination komplett ablehnt. Die ‚Imaginative soziale Therapie‘ beinhaltet, als Eigenständigkeit der Methode, im Bereich der Motivauswahl durch den Berater/Therapeuten, die Suggestion. Das Motiv wird suggestiv vom Berater/Therapeut vorgegeben, aber das Einlassen und die Mitarbeit des Klienten sollten nicht behindert werden, indem der Berater/Therapeut den Klienten wie in einem *Korsett* einengt oder ihn sogar zur Mitarbeit nötigt. Auch aus diesem Grund ist diese Methode für das Klientel unter allen Umständen und in allen Phasen freiwillig, frei von Druck und Erfolgszwang zu halten. Der Klient sollte motiviert sein, vielleicht Spaß am Entdecken und Spielen entwickeln, sich frei einlassen können und das Gefühl haben, in einem zwar vorgegebenen Motiv, doch selbst Akteur zu sein.

Hanscarl Leuner baut die Imaginationen in drei Stufen (Grund-, Mittel- und Oberstufe<sup>532</sup>) auf, nimmt neue Varianten hinzu, wie z. B. in der Mittelstufe Begegnungen mit Bezugspersonen, die mit standardisierten Motiven symbolisiert werden, mit dem Ziel in der Oberstufe evtl. tiefe, unbewusste Vorgänge

<sup>527</sup> Ebd.; S. 101

<sup>528</sup> Daco, Pierre 1998; S. 277

<sup>529</sup> Ebd.; S. 336

<sup>530</sup> Benien, Karl 2005; S. 246

<sup>531</sup> Leuner, Hanscarl 1994; S. 47

<sup>532</sup> Ebd.

und archaische Strukturen freizusetzen. Diesen Ansatz verfolgt die 'Imaginative soziale Therapie' nicht, sie ist weder in Stufen aufgebaut, noch geht es um tiefenpsychologische Therapie, sondern der Klient soll Einsicht in bisherige Verhaltensmuster gewinnen, Lernverhalten entwickeln und sein Verhalten ändern.

Leuner bevorzugt die Wiese als Einstiegsmotiv und dieses ist, wie alle anderen, verbunden mit einer Aufforderung an den Klienten. Es soll dazu anregen neue Motive zu entdecken, neue Varianten einfließen zu lassen, um den individuellen Klienten gerechter werden zu können<sup>533</sup>.

Ähnlich verhält es sich in der Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie', denn der Klient wird aufgefordert bestimmte Dinge aufzunehmen, zu suchen oder zu bewegen usw., wobei der Klient, im Gegensatz zu Hanscarl Leuners Therapie, im Motiv bleibt. Zwei Motive, die Wiese und der Bach sind von Hanscarl Leuner übernommen. Allerdings werden sie in der 'Imaginativen sozialen Therapie' anders benutzt. Zum einen sind die Motive real und zum anderen spiegeln sich in den Motiven wahre Begebenheiten aus dem Leben des Klienten wider. Der Klient wird aufgefordert aktiv mitzumachen, die Imagination, das Überdecken des real erlebten spielerisch, unter Nutzung vieler Lernwege, neu zu entdecken.

Wie bei allen nun folgenden standardisierten Motiven sind in der Vorbereitung zur Imagination vom Berater/Therapeuten immer Notizen zu machen (s. standardisiertes Arbeitsmaterial D und E in Kapitel I.4. f.) die in der Imagination zu Hilfe genommen werden können für z. B. die Symbolisierung einzelner Dinge. Auch während der Imagination sind, für das spätere verbale Zusammenfassen des Geschehens am Ende jeder Imagination, für eine evtl. nochmalige Begehung der Imaginationsstrecke und für das Gedächtnisprotokoll, Stichworte festzuhalten (s. standardisiertes Arbeitsmaterial F in Kapitel I.4. f.).

Ebenso gelten die nun folgenden Vorgehensweisen für alle weiteren standardisierten Motive:

- Während der Imagination wird an jedem, vom Berater/Therapeuten vorbereiteten Abschnitt mit dem Klienten pausiert. Dabei erklärt der Berater/Therapeut die ihm dazu bekannte Situation aus dem Leben des Klienten mit seinen Worten.
- Nach den Ausführungen, die vom Klienten evtl. in Ruhe abgewartet, übernommen, erweitert oder berichtigt wurden, folgt eine Pause, um Emotionen wirken bzw. aufkommen zu lassen.
- Erst wenn der Berater/Therapeut das Gefühl hat, dass der Klient fortfahren möchte oder dieser selbst den Wunsch durch seine Handlung oder verbal äußert, folgt der nächste Abschnitt.

---

<sup>533</sup> Ebd.

### 3.1 Motiv 1 – Der Spaziergang<sup>534</sup>

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.1.

Der Spaziergang wird in der 'Imaginativen sozialen Therapie' als Lebensweg des Klienten symbolisiert, wodurch der Klient seine Lebensphasen noch einmal nachvollziehen soll, um sich weiter zu entwickeln. Wenn wie im Fall 10, ein Spaziergang mit Gewichten gemacht wird, sind die Gewichte das Motiv, nicht der Spaziergang. Um Motiv 1, den Spaziergang in seiner Wirkung gelingen zu lassen, sollten möglichst viele Stationen aus dem Leben des Klienten bekannt sein. Es bieten sich auf einem Spaziergang immer viele Motive an, die in der Imagination als Metapher bzw. Symbol für bestimmte Situationen benutzt werden können. In diesem Bereich ist allerdings die Fantasie des Beraters/Therapeuten gefragt. Ich hatte zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit meinen Hund als *Leben* (s. Fall 1) in die Imagination zu integrieren, dies hätte jedoch auch ein Gegenstand symbolisieren können (wobei sicher nicht derselbe Effekt erzielt worden wäre). Das Motiv sollte in Wohnortnähe des Klienten liegen, so hat dieser die Möglichkeit den Weg aus der Imagination evtl. später noch einmal zu gehen, um sich daran zu erinnern. Enthalten ist in dem Motiv bereits das, was dem Berater/Therapeuten aus der Biografie des Klienten bekannt ist. Die Erzählungen des Klienten zu seinem Lebensweg und seinen Erfahrungen werden nicht, wie in der Biografiearbeit, als reine Erinnerungsarbeit genutzt, sondern an realen Gegenständen in imaginativer Form umgesetzt. Sie ist in diesem Motiv strukturierte Biografiearbeit, da der Berater/Therapeut die Erinnerungsarbeit anleitet. *„Methodisch werden Anregungen gegeben, die Reflexionen ermöglichen und die Erinnerungen (er)lebbar werden lassen bzw. Integration ermöglichen. Der Ansatz der Biografiearbeit nutzt die Erinnerung auch für bestimmte Ziele (...).“*<sup>535</sup> Der Klient soll sich dessen erinnern, was u. a. war, was und wie etwas geschehen ist und sich bewusst werden was und wie es anders hätte geschehen können, um das Vergangene in die Gegenwart integrieren zu können, was bisher nicht integriert oder anders integriert war. Durch das Erinnern fallen den Klienten ab und an Einzelheiten oder neue Begebenheiten ein, die sie vergessen oder verdrängt hatten. *„(...) [E]s bleibt eine Tatsache, dass zusätzlich zu Erinnerungen aus weit entfernter bewusster Vergangenheit gänzlich neue Gedanken und schöpferische Ideen aus dem Unbewussten hervorkommen können – Gedanken und Ideen, die nie zuvor bewusst gewesen sind. Sie wachsen aus den dunklen Tiefen des Geistes wie Lotosblumen und bilden einen äusserst wichtigen Bestandteil der unbewussten Psyche. Wir sehen dies im täglichen Leben, wenn Probleme manchmal durch die erstaunlichsten Vorschläge gelöst werden.“*<sup>536</sup>

Wie in der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' ist es Anliegen der 'Imaginativen sozialen Therapie' dem Klienten neue Kognitionen zu alten Themen zu ermöglichen, um Gedanken zu verändern zwecks *„(...) Veränderung der Situation, des eigenen Verhaltens und des körperlichen Wohlbefindens (...).“*<sup>537</sup>

Dieses Motiv enthält außerdem noch Anteile des Psychodramas (s. dazu Kapitel I.1.2.5). Im Motiv wird ein Thema des Klienten in den Fokus gerückt, aber nicht wie im Psychodrama auf einer *Bühne* dargestellt, sondern durch die Imagination an realen Gegenständen und Örtlichkeiten für den Klienten zugänglich gemacht. Dadurch öffnet sich der Klient, wie im Psychodrama, das es auch in Einzeltherapie, als Monodrama gibt, für seine Gefühle.

Wie beim Psychodrama ist der Klient der Akteur, der Berater/Therapeut leitet von einem zur anderen Abschnitt der Imagination, erläutert diese und unterstützt gegebenenfalls den Klienten. Ebenso kann der Klient, zu jedem einzeln imaginierten Abschnitt, seine Gefühle und Gedanken formulieren. Dem Psychodrama ähnlich wird nach dem Spiel (der Imagination) das Erlebte durcharbeitet.

Da das Psychodrama ursprünglich für psychisch Kranke und deren Heilung konzipiert wurde, gilt der therapeutische Ansatz der Heilung. Die im Spiel neu entdeckten Handlungsformen sollen, zwecks Heilung, in den Alltag transferiert und integriert werden. Diesen Anspruch der Heilung erhebt die 'Imaginative soziale Therapie' vordergründig nicht (s. Einleitung Kapitel 1 ff.).

Jedoch soll der Klient in die Lage versetzt werden bisherige Handlungsweisen zu überdenken und im Alltag entsprechend zu reagieren.

<sup>534</sup> Für alle nun folgende Motive, die in der Natur bzw. außerhalb des Beratungsraumes stattfinden ist zu beachten, dass der Berater/Therapeut aus versicherungstechnischen Gründen die Einwilligung der Erziehungsberechtigten benötigt.

<sup>535</sup> Ruhe, Hans Georg 2007; S. 134

<sup>536</sup> Jung, C. G. 1999; S. 37 f.

<sup>537</sup> Margraf, J. (Hrsg.) 2000; S. 515

Dies entspringt dem Ansatz der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' dem Klienten Empowerment zu ermöglichen. Angenommen wird, ebenso wie in der 'Imaginativen sozialen Therapie', dass Verhaltensweisen erlernt werden. Demzufolge ist es nötig dem Klienten Einsicht in die Entwicklungsgeschichte seiner Verhaltensweisen bzw. -muster zu ermöglichen und Ursachen entdecken zu lassen, ihn in der Imagination die Zukunft imaginativ durchspielen und erproben zu lassen.

In diesem Motiv sind Anteile der Erlebnispädagogik<sup>538</sup> enthalten bzw. werden in veränderter Form integriert. Die Imagination ist, wie in der Erlebnispädagogik gefordert, ganzheitlich handlungsorientiert, der Klient lernt über die Sinne (ohne Belehrungen oder in Form von Unterricht), in einer Situation mit ernstem Hintergrund, da der Klient unmittelbar betroffen ist, und hat somit Erlebnischarakter mit der notwendigen Distanz zum Alltag<sup>539</sup>.

Der Klient muss sich mit einem naturgegebenen Raum, in der Natur auseinandersetzen und sich spätestens bei der Bearbeitung der Zukunft einer Aufgabe stellen. Grenzerfahrungen sind, im Gegensatz zur Erlebnispädagogik, in der Imagination mit diesem Motiv nicht so sehr physischer (es sei denn der Klient hat eine schlechte Kondition, was die Bewältigung der Wegstrecke angeht), sondern eher psychischer Art, denn der Klient begibt sich in das Abenteuer, sich mit sich selbst intensiv zu befassen<sup>540</sup>.

Gemeinsam ist diesen beiden Methoden, dass die Erlebnissituation „(...) *erst durch ihre pädagogische Instrumentalisierung zu einem erlebnispädagogischen Arrangement [wird; P. H.]. Dazu gehört einerseits die gezielte und absichtsvolle Planung von Angeboten, andererseits aber auch die Beteiligung von erlebnispädagogisch geschultem Personal.*“<sup>541</sup>

Wobei Letzteres im Bereich der 'Imaginativen sozialen Therapie' durch pädagogisch oder sozialtherapeutisch geschultes Personal zu leisten ist. Ein größerer Unterschied zur Erlebnispädagogik ist, dass diese ein Gruppenangebot über z. T. mehrere Tage ist, um vorwiegend soziale Lernziele umsetzen zu können. Wobei dieses Imaginationsmotiv dem Klienten im weiteren Sinne ermöglicht sich wieder handlungsfähig in sein soziales Netz und in die Gesellschaft zu integrieren, ähnlich wie nach einer erlebnispädagogischen Intervention.

### 3.1.1 Die Arbeitsmethode

Der Spaziergang muss in seinen Stationen vom Berater/Therapeuten geplant sein d. h., der Berater/Therapeut muss sich vorab darum bemühen, die richtige Strecke auszuwählen. Der Spaziergang mit den einzelnen Lebenssituationen beginnt mit der Geburt des Klienten. Günstig ist es einen markanten Ort als Symbol für die Geburt zu wählen, z. B. eine Tür, die geöffnet werden kann. Das kann eine Gartentür (wie im Fall 1), eine Tür auf einem Kinderspielplatz, die Tür vom Beratungsraum o. ä. sein. Bei Beginn der Imagination, dem standardisierten Motiv des Spaziergangs bleibt es dem Berater/Therapeuten vorbehalten z. B. Gebäude, Bäume, Straßenschilder als Personen und Felder, Gärten, Straßen als Lücke, Mangel oder fehlender Personen usw. im Leben zu symbolisieren, später übernehmen dies häufig die Klienten selbst und können dazu motiviert werden. Der Berater/Therapeut sollte dabei flexibel auf Veränderungen durch den Klienten reagieren. Die imaginative Betrachtung der Zukunft findet an einer Stelle statt, die mehrere Wege (mind. drei) bzw. Möglichkeiten der Symbolisierung impliziert, die der Klient zu diesem Moment selbst benennen kann, sofern er denn möchte, bzw. in der Lage ist.

<sup>538</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001

<sup>539</sup> Ebd.

<sup>540</sup> Kreft/Mielenz 1996; S. 168 f.

<sup>541</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001; S. 211

### 3.1.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Anwendungsbereich liegt im Themenkreis *Lebenslauf*. Für diese Imagination muss der Berater/Therapeut einige Informationen zum Lebenslauf des Klienten besitzen. Die Ursache des gegenwärtigen Problems wird vom Berater/Therapeut, bei Nutzung dieser Imagination, in der Vergangenheit, den bisherigen Lebensumständen, dem Lebenslauf oder Lebensverlaufs vermutet. *Der rote Faden*, der sich durch die Lebensgeschichte des Klienten zieht, sollte sichtbar werden. Aber auch bei Klienten, die eine große Veränderung in ihrem Leben erfahren haben, kann der Spaziergang hilfreich sein. Möglich sind Gegenüberstellungen von Lebensszenen (Vergangenheit und Gegenwart und der daran anschließenden Bearbeitung der Zukunft) oder auch der Spaziergang als chronologischer Ablauf des Lebenslaufs, wobei die Zukunft als dritter Teil jeweils herauszuarbeiten ist. Klienten die Minderwertigkeitskomplexe, mangelndes Selbstvertrauen oder -bewusstsein haben bezüglich dessen, was sie im Leben erreichen können oder bisher erreicht haben, kann der Spaziergang dies als Gesamtbild deutlich werden lassen, wodurch bisherige Sichtweisen revidiert, neu oder anders eingeordnet werden können und u. a. neue Ziele ermöglicht werden.

### 3.2 Motiv 2 – Rote Luftballons

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.2.

Bei diesem Motiv sind zwei Dinge von Bedeutung, die Luftballons (s. Arbeitsmethode 2.2.1) und die Farbe Rot, mit der ich die Ausführungen beginnen möchte.

Bisher war bekannt, dass Babys mit ca. zwei bis drei Monaten die Farben Rot, Blau, Orange und Grün unterscheiden können<sup>542</sup>. Neuere Studien belegen, dass Kinder bereits im ersten Monat die Farbe Rot sehen lernen, was mit der Entwicklung der L-Zapfen in den Augen zusammenhängt<sup>543</sup>. Erst mit ca. vier Monaten kann der Säugling Blau, Gelb und Grün erkennen<sup>544</sup>. Bedingt durch dieses Phänomen mag es nur natürliche Konsequenz sein, dass laut der Etymologieforschung, die Farbe Rot in fast allen Sprachen, direkt nach den sehr frühen Worten *Hell* und *Dunkel*, ihr eigenes Wort erhielt.

Überliefert ist, dass Nofretete (ca. 1350 v. Chr.) ihr Wohlbefinden und ihre Schönheit mit farbigen Badeölen zu beeinflussen suchte. Dabei galt purpurrotes Öl als besonders anregende Farbe. In der Antike wurde dem Kriegsgott, als Zeichen von Aggression, dem roten Planeten Mars zugeordnet. Im alten Rom war Rot eine auffallende und kostbare Kleiderfarbe, die als Zeichen der Macht anfangs nur den Kaisern vorbehalten war, Senatsmitglieder mussten sich z. B. mit einer Art roten Gürtel begnügen. Im Zeitalter der Hexenverfolgung galt häufig eine rote Haarfarbe bei Frauen als gefährlich. Seit vielen Jahrhunderten dominiert bei Wappen, Regional- und Landesflaggen die Farbe Rot. Diese wird heute in unserem Kulturkreis u. a. als Warn- oder Signalfarbe im Straßenverkehr benutzt, wie z. B. das Stoppschild oder das Warndreieck. Vor Unwettern wird im Fernsehen und der Tageszeitung mit einem rot umrandeten Dreieck gewarnt (mit einem schwarzen Ausrufungszeichen in der Mitte<sup>545</sup>). Gefahren wie Feuer, ebenso wie gesellschaftlich gemiedene Stadtbezirke (Rotlichtviertel), werden häufig mit der Farbe Rot in Verbindung gebracht. Im Fußball gibt es die umgangssprachliche *rote Laterne*, ein Synonym für den Fußballverein, der in der Fußballtabelle an letzter Stelle steht und stark abstiegsgefährdet ist. Aber es gibt auch das Rot für den Ausdruck von Liebe in Form roter Herzen. Verliebte schenken sich rote Rosen und rote Lippen scheinen einen besonderen Reiz auf Männer auszuüben, wie Verhaltensforscher in vielen Studien nachgewiesen haben. Im Zusammenhang mit der Farbe Rot sei noch das menschliche Blut erwähnt, der sog. *Lebenssaft*. Im Hebräischen haben Blut mit *dom* und Rot mit *dm* einen ähnlichen Ursprung. Die Farbe Rot ist unmittelbar in der Farbe des Blutes mit unserem Leben, Vitalität und Kraft verbunden.

Z. T. wird der menschliche Gemütszustand durch verstärkte Durchblutung im Gesicht, dem Erröten aus Scham, Verlegenheit oder Wut unmittelbar sichtbar gemacht.

Im hiesigen Kulturkreis wird die Farbe Rot mit Energie (u. a. vital, dynamisch, aktiv) Blut, Liebe, Leben, Leidenschaft, Scham, Erotik, Wut, Aggression und als Signal mit Stopp, verbotene Dinge, Gefahr, Feuer aber auch mit besonders interessant, anziehend, aussagekräftig assoziiert. Rot assoziiert somit Emotionen der Angst, der Gefahr aber auch das Gegenteil, Vertrautheit und Wohlbefinden, was wiederum evtl. dazu veranlasst genauer hinzusehen, Situationen genauer zu betrachten und evtl. anzugehen bzw. bedachter an sie heranzugehen. Genau diese Assoziationsvielfalt wird im 2. Imaginationsmotiv, mit den roten Luftballons, bewusst eingesetzt.

Die Luftballons haben außer ihrer Farbe den Vorteil, dass sie beschriftet<sup>546</sup> und unterschiedlich groß aufgepustet werden können, somit unterschiedliche Größen, z. B. von Problemen, Sorgen, Ängsten usw. visuell, körperlich fühl- und tastbar deutlich werden lassen können. Das Benutzen von Luftballons macht es möglich jedem einzelnen Problempunkt oder jede Sorge, durch unterschiedlich groß aufgepustete Ballons, individuellen Raum zu geben, wobei auch mehrere Ballons für eine Sache verwendet werden können. Ein weiterer Vorteil ist, dass sie (wie im Fall 2) am Körper vom Klienten platziert und angeordnet werden können. Und noch ein Aspekt ist wichtig, Luftballons werden recht häufig, bei Ge-

<sup>542</sup>Vgl. Krombholz, Dr. Heinz 1999; S. 533-557

<sup>543</sup> Vgl. Kohnstamm, Rita 2006; Gregory R. L. 1966

<sup>544</sup> Kohnstamm, Rita 2006

<sup>545</sup> Rot wird häufig mit Weiß und Schwarz kombiniert, um als Warnfarbe deutlicher wahrgenommen zu werden.

<sup>546</sup> Problemen, Sorgen, Ängsten usw. können direkt auf die Ballons geschrieben werden, sind damit unterscheidbar von den anderen Ballons.

schäftseröffnungen, Partys, Familienfeiern usw. eingesetzt und so berichteten mir Klienten, dass bei ihnen bereits ein roter Luftballon Erinnerungen an die Imagination wecken würde.

Dieses Motiv hat ebenfalls, wie alle anderen, Verknüpfungen mit der 'Kognitiven Verhaltenstherapie'. Der Klient soll entdecken, welche Kognitionen ihn an Handlung hindern und diese Handlungsunfähigkeit durch Reflexion verändern lernen, neue Kognitionen entwickeln.

Diese Imagination findet im Wald oder auf einer Wiese statt (zum Schutz vor Zuschauern möglichst abseits gelegen), sofern das Wetter geeignet ist. Werden erlebnispädagogische Interventionen darauf festgelegt, dass sie im Freien stattfinden müssen, ist in diesem Bereich der Anteil an der erlebnispädagogischen Methode gegeben, wie auch alle anderen Verbindungen die in Motiv 1 bereits zur Erlebnispädagogik dargestellt wurden. Die Grenzen, an die der Klient im Motiv 2 stoßen kann, sind nicht nur psychischer, sondern auch physischer Art, bedingt durch die Luftballons am Körper, die mitunter bestimmte Körperhaltungen unmöglich werden lassen. Und er erhält die Aufgabe sich mit seiner Thematik auseinanderzusetzen, um in der Gesellschaft, untergeordnet seinem sozialen Netzwerk, wieder handlungsfähiger zu werden, sich anders als bisher zu integrieren.

Der Bezug zur Biografiearbeit liegt darin, dass sich Probleme im Laufe der Lebensgeschichte entwickelt haben, oder kumulierten und hierzu eine Chronologisierung der Klientenbiografie unabdingbar ist.

Verbindungen zum Soziodrama sind insofern gegeben, als dass sich die Probleme zumeist auf die Bewältigung des Alltags beziehen, sich u. a. auf das soziale Umfeld und den Umgang damit auswirken. Der Klient kann dies mithilfe dieses Imaginationsmotivs bewusst erleben und reflektieren, er kann Handhabungen mit dem Problem und den Umgang im sozialen Bezug imaginär ausprobieren/einüben. Die in der Imagination neu entdeckten Möglichkeiten können und werden von den Klienten zumeist vollständig in den Alltag transferiert.

### 3.2.1 Arbeitsmethode

Generell gibt es bei diesem Motiv einiges zu bedenken:

- Luftballons werden oft in Verbindung mit z. B. Clowns, Spaß, Vergnügen, Festen gesehen. Wenn nun Luftballons an den Körperstellen angebracht werden, kann dies den Klienten der Lächerlichkeit preisgeben, ihn entwürdigen. Es liegt am Berater/Therapeuten dies zu erkennen und entsprechend zu reagieren, damit genau dieses Gefühl beim Klienten gar nicht erst wirksam wird. Evtl. muss überlegt werden, ob die Imagination abgebrochen wird.
- Allergien auf Latex müssen unbedingt vorher geklärt sein. Sollte eine Allergie vorhanden sein, muss Abstand von diesem Motiv genommen werden. Eventuell bietet sich für diesen Fall ein anderes an oder der Berater/Therapeut muss sich, auch wenn es mitunter als schwierig eingestuft wird, mit Hilfe von Beratungssitzungen um Einsicht beim Klienten bemühen.
- Das Aufpusten der Luftballons ist oft recht schwierig, sodass vorab Lungenprobleme oder -erkrankungen abgeklärt sein müssen. Die Alternative besteht darin, eine Luftpumpe speziell für Luftballons zu benutzen. Zwar ist es für die Imagination besser, wenn der Klient die eigene Kraft und Luft in das Problem hineingibt, unmittelbar spüren kann, welcher z. T. *Druck* dahinter ist, aber die Gesundheit des Klienten geht vor. Zumal die Erfahrung mit diesen Luftpumpen derart ist, dass es keinesfalls leicht ist, damit zu hantieren und den Luftballon damit aufzupusten. Insofern ist der Berater/Therapeut gefordert die entsprechend körperliche Anstrengung dem Klienten gezielt bewusst zu machen.
- Ein anderes Problem sind die Fäden, welche die Luftballons am Körper des Klienten befestigen sollen. Die Wahl muss bei diesem Motiv auf einen dünnen, leicht reißbaren Bindfaden fallen. Es ist durchaus denkbar, dass ein Klient in seiner Verzweiflung oder Wut einen Ballon um den Hals bindet und bewusst oder unbewusst zu fest zieht. Die Verletzungsgefahr ist zu beachten und somit ein Fadenmaterial zu wählen, dass in keinem Fall diese Möglichkeit zulässt. Es ist fatal, wenn nach einer Imagination beim Klienten irgendwelche Verletzungen oder Wundmale entstanden sein sollten.
- In der Zukunftsvision ist darauf zu achten, falls der Klient Ballons zum Platzen bringen möchte, ihn darauf hinzuweisen diese nicht auf Gesichtshöhe oder in Körperrnähe platzen zu lassen.

Die Verletzungsgefahr durch herumfliegende Latexteile wird oft unterschätzt. Für das *Platzenlassen* des Luftballons wird evtl. eine Schere benötigt und auch hier muss damit gerechnet werden, dass der Klient sich damit selbst oder den Berater/Therapeuten verletzen kann bzw. will. Geeignete Materialien sind entweder eine Kinderschere<sup>547</sup> oder eine dünne Nadel, die entweder mit einem längeren, farbig auffälligen Faden gut gekennzeichnet werden sollte (im Falle, dass sie herunterfällt, gut sichtbar ist) oder soweit in einen Korken gedrückt wird, dass nur noch eine minimale Spitze sichtbar ist, um stärkere Verletzungen auszuschließen. Verletzungsgefahr in jeglicher Form ist unter allen Umständen zu vermeiden.

Dieses Motiv macht deutlich, wie wichtig Vorsichtsmaßnahmen sind, aber auch dass sich der Berater/Therapeut relativ sicher sein sollte, dass der Klient keine Fremd- oder Selbstverletzungen vorhat, nicht suizidgefährdet, aggressiv oder autoaggressiv o. ä. ist. Bei dem geringsten Zweifel oder Problem ist diese Imagination zu unterlassen bzw. abubrechen. Der Schutz des Klienten und Berater/Therapeuten geht absolut vor, egal wie hilfreich der Berater/Therapeut die Imagination für den Klienten einschätzt. Nicht der Berater- oder Therapeutenehrgeiz ist gefordert, sondern die Professionalität die Entscheidung gegen eine Imagination mit den roten Luftballons, zu akzeptieren und nicht in den Sitzungen immer wieder in Gedanken abzufragen bzw. sich vorzustellen wie die Beratungssitzungen mithilfe der Imagination hätte evtl. besser ablaufen können.

Der Klient wird in diesem Imaginationsmotiv aufgefordert ein reales Problem auf einen roten Luftballon zu übertragen und ihn (Luftballon, oder mehrere<sup>548</sup>) so groß aufzupusten, wie er es für dieses Problem als adäquat erachtet. Danach wird er gebeten den Ballon zu beschriften, das können ein Synonym, ein Schlagwort, ein Halbsatz oder Sätze sein, je nachdem wie sich der Klient bezüglich dieses Problems ausdrücken möchte. Ist ein Ballon beschriftet, wird er gebeten den Ballon in beide Hände zu nehmen, sich das Problem genau anzusehen und wenn er möchte, seine Geschichte zum Problem, zu dessen Entstehung oder wann es ihm das erste Mal begegnet ist, o. ä. zu erzählen. Meist beginnt der Klient von sich aus Gedanken zum Thema aus der Vergangenheit bis in die Gegenwart zu verbalisieren, was vom Berater/Therapeuten in professioneller Art genutzt werden sollte. Möchte der Klient zum nächsten Ballon, bittet man ihn den gerade beschriebenen an eine beliebige Körperstelle zu binden<sup>549</sup>. Dem Klienten wird Zeit gegeben einen Ballon nach dem anderen aufzupusten, zu beschriften, genau zu betrachten, darüber zu reden, ihn an eine beliebige Körperstelle zu binden, dies evtl. zu begründen und dies, bis er das Gefühl hat, alle Themen genannt zu haben. Hat der Therapeut das Gefühl intervenieren zu müssen, sollte er dies tun, manchmal eröffnet sich für den Klienten dadurch ein weiteres Problemfeld, dass ihm sonst, bewusst oder unbewusst, entfallen wäre (wie in Fall 2, als die Klientin auf meine Intervention hin entdeckte, dass sie sich bei all den Problemen ganz vergessen hatte).

Sind nach Meinung des Klienten alle Probleme benannt und angebracht, wird der Klient aufgefordert diese Gegenwartssituation auf sich wirken zu lassen, evtl. vom Sitzplatz aufzustehen, oder vom Stehen ins Sitzen zu wechseln, herumzulaufen o. ä. Dem Klienten muss Zeit gegeben werden die Situation auf sich wirken zu lassen, sie evtl. zu verbalisieren. Im Anschluss daran wird der Klient aufgefordert ein Problem nach dem anderen, bei dem ihm zukunftsorientierte Lösungen einfallen abzunehmen. Während Lösungen für die Zukunft erarbeitet werden, sollte der Klient den jeweiligen Ballon in seinen Händen halten, das symbolisierte Problem spüren, gezielt und bewusst wahrnehmen. Wenn der zukünftige Umgang mit dem Problem, die Zukunftsvision bearbeitet wurde, kann der Klient diesen Ballon entweder zum Platzen bringen, was der Berater/Therapeut evtl. situativ mit Worten begleiten könnte oder der Klient kann den Ballon wegwerfen, evtl. ebenfalls begleitet von einem Satz des Beraters/Therapeuten. Werden oder können nicht alle Probleme bearbeitet werden, ist auf Folgesitzungen zu verweisen und der Klient kann, wenn er möchte, die ungelösten Probleme mit nach Hause nehmen, im Therapieraum zurücklassen, platzen lassen oder von sich werfen.

<sup>547</sup> Kinderschere sind vorne stumpf und zusätzlich nicht ganz so scharf wie normale Scheren.

<sup>548</sup> In Folge beziehe ich mich auf einen Luftballon.

<sup>549</sup> Bisher haben alle Klienten ihre Ballons an Körperstellen gebunden, die sie mit dem Problem in Verbindung brachten. Die Aussage eines Klienten war z. B.: „Dadurch habe ich gar keine Zeit mehr selbst etwas am Haus zu machen, das Problem hindert mich am Arbeiten, also werde ich den Ballon an meinen linken Arm binden.“ Er war Linkshänder.



Sollte der Klient ein zentrales Problem haben, ist es geschickt dieses in viele kleinere Aspekte zu teilen, was dann im selben Bearbeitungsmodus symbolisiert wird.

### 3.2.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis *Überforderung*. Eingesetzt werden können Luftballons bei Klienten, die ihre Probleme kennen und benennen können, sich überfordert fühlen von all den Dingen die sie erledigen sollen, wollen oder müssen, die dazu neigen allen Problemen oder Sorgen usw. den gleichen Raum zu geben, die kaum in der Lage sind Prioritäten zu setzen, die den Überblick verloren haben, bei denen ein Problem alle anderen verdeckt oder bei Klienten die Probleme haben, strukturiert zu arbeiten. Mir fällt bei diesen Klienten meist spontan das Sprichwort ein: *er/sie sieht den Wald vor lauter Bäumen nicht*, was mir dann bei der Entscheidung für die Imagination mit Luftballons erleichtert. Die meisten dieser Klienten haben Probleme den Alltag zu meistern, geben Probleme im sozialen Umfeld an und fühlen sich mitunter wie Außenseiter.

### 3.3 Motiv 3 – Roter Faden

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.3.

Die Farbe Rot spielt in diesem Motiv die gleiche Rolle, wie im Motiv 2 beschrieben. Im sprichwörtlichen *roten Faden* liegt die Assoziation mit einem leitenden Grundgedanken, immer wiederkehrender leitender Motive oder Elementen aus Vergangenheit und Gegenwart, die sich durch eine Thematik zieht.

Aus Goethes Buch die „Wahlverwandtschaften“<sup>550</sup> ist bekannt, dass der Ausdruck *roter Faden* aus dem militärischen Bereich entstanden sein muss. So schildert Goethe die Zeit, als die englische Marine begann in ihre Schiffstau einen dünnen roten Faden einzuweben, damit abhandengekommene Tauen leichter wieder zu erkennen waren.

Ein anderer Spruch aus der Umgangssprache ist, „Am seidenen Faden hängen.“, was u. a. häufig assoziiert wird mit Antriebslosigkeit, sich schlaff und erschöpft fühlen, handlungsunfähig zu sein oder zu werden.

In den Hebammenpraxen wird seit Langem bei sog. *Schreibabys*, Kindern die ohne ersichtlichen Grund zu Schreiattacken neigen, das *Pucken* empfohlen. Diese Methode ist Jahrhunderte alt und war bis ca. 1900 auch in Deutschland eine häufig benutzte Methode, die seit einigen Jahren eine Renaissance erfährt. Dabei werden die Kinder ganz fest in eine Decke oder ein Tuch eingewickelt, sodass sie sich kaum noch bewegen können. Hintergrund ist u. a., dass die Kinder an das Leben im Mutterleib erinnert werden sollen, der sie eng umschloss. Sie sollen sich durch das *Pucken* auf sich selbst besinnen, nicht mehr abgelenkt durch hektische, mitunter noch nicht kontrollierbare Eigenbewegungen, die innere Ruhe finden<sup>551</sup>. Dieser Aspekt wird in Motiv 3 bewusst einbezogen. Durch einen *roten Faden* gebunden sein beinhaltet parallel dazu aber auch den Faktor der Sicherheit, sich auf sich selbst zu konzentrieren, der spürbare *rote Faden* bindet z. B. die Aufmerksamkeit der Klienten auf ihren Körper und sich selbst (und die Emotionen).

Ein anderer Aspekt sollte noch bedacht werden: Während dieser Imagination besteht eine extreme Nähe von Klient und Berater/Therapeut. Nicht jeder Klient kann dies ertragen (Platzangst, Berührungangst, Sympathieproblem usw.), ebenso nicht jeder Berater/Therapeut bei jedem Klienten. Oder aber der umgekehrte Fall, der Klient sucht bereits in den Gesprächen die extreme körperliche und emotionale Nähe zum Berater/Therapeuten oder der Berater/Therapeut fühlt sich dem Klienten sehr vertraut und hingezogen, was der Professionalität im Wege stünde. In diesem Fall ist in professioneller Weise abzuwägen, ob eine derartige Imagination gewählt werden sollte, sich nicht eine andere anbietet oder auf eine Imagination verzichtet werden sollte.

Bei allen Motiven steht das Wohl des Klienten an erster Stelle, eigene Gefühle, Motive und Wünsche wie Ressentiments, Zielerfüllung, Macht oder Helfersyndrom des Beraters/Therapeuten sollten möglichst vorab, spätestens während der Imagination erkannt, reflektiert und entsprechend darauf reagiert werden.

Der *rote Faden* wird während der Imagination genutzt, um Körperteile oder den ganzen Körper zu umwickeln bzw. einzuwickeln. Mit dieser Aktion kann dem Klienten bewusst gemacht werden, wie er sich u. a. selbst durch bestimmte Verhaltensweisen einschränkt, sich durch Probleme fesseln lässt, sich Problemen überlässt, wie er bewegungsunfähig wird oder aber auch welchen Halt oder welche Absicherung er durch bestimmte Sachlagen bekommt, was auch Sicherheitsgefühle implizieren kann. Die Ambivalenz von Gefühlen wird in der Imagination mit dem *roten Faden* für die Klienten mitunter sehr deutlich, auf der einen Seite das Leiden auf der anderen Seite aber auch der Halt, den sie durch den Faden erfahren.

Diesbezüglich enthält dieses Motiv Anteile der Erlebnispädagogik. In der Natur, die für viele Menschen Weite, Raum und Freiheit suggeriert, können körperliche Grenzerfahrungen hierbei auf den ganzen Körper bezogen sein, oder auf ein oder mehrere Körperteile. Im Bezug zur Natur wird ihre Wirkung noch verstärkt, da ein ungehindertes Agieren in der Natur nicht mehr gegeben ist und dies den Klienten, auch je nach Wetterlage, sehr bewusst wird. Kann aus Gründen der Wetterlage oder anderen Umständen die Imagination nicht in der Natur stattfinden, sollte ein möglichst großer Raum mit Fenstern gewählt wer-

<sup>550</sup> Johann Wolfgang von Goethe 1970; Teil 2, Kapitel 2

<sup>551</sup> Vgl. Steininger, Rita 2007; Blom, Ria 2005

den. Biografische Anteile sind ebenfalls impliziert. Um die Entwicklung eines Problems oder einer Verhaltensweise (oder mehrerer dieser), muss der *rote Faden* für den Berater/Therapeuten anhand der Erzählungen des Klienten nachvollziehbar sein. Die Chronologisierung dessen liegt in der Hand des Beraters/Therapeuten, da Klienten mitunter unstrukturiert berichten, Gesamtzusammenhänge oft nicht entdecken (können).

Während der Imagination wird der Klient mit den biografischen Daten im chronologischen Zeitraffer konfrontiert, kann sich mitunter hineinversetzen, Sequenzen ergänzen oder neue hinzufügen, die er im Zusammenhang wiedererinnert. Durch das erneute Erleben mit allen Sinnen kann er seine Kognitionen reflektieren, was u. a. die Verbindung zur 'Kognitiven Verhaltenstherapie' deutlich werden lässt. Indem der Klient Vergangenheit und Gegenwart imaginativ durchlebt und die Gestaltung der Zukunft in der Imagination als Aufgabe selbst handlungsaktiv übernimmt, werden neue Kognitionen gebildet, welche i. d. R. direkt alltagstauglich umgesetzt werden.

Thematisch kann dieses Motiv dem Sozio- aber auch dem Psychodrama ähnlich sein, je nach Lage der Fallthematik.

### 3.3.1 Die Arbeitsmethode

Je nach Wetterlage findet diese Imagination auf einer Wiese statt. Der Grund hierfür ist, dass sich die Klienten auf einer Wiese räumlich nicht eingeengt fühlen, ihnen die Wiese Weite vermittelt, sichtbar vor Augen führt, wie viel Bewegungsmöglichkeit sie eigentlich hätten, wenn sie durch den *roten Faden* nicht darin behindert würden.

Der *rote Faden*<sup>552</sup> hat bei der Imagination, je nach Lage des Falls, u. a. die Aufgabe zu fokussieren (im Sinne von Hinlenken auf das Problem), zu halten, stützen, binden oder einzuengen.

Zu Beginn bekommt der Klient den Anfang des *roten Fadens* in eine Hand, wodurch er bewusster erleben kann, dass er sein Leben selbst bestimmen kann, es *in der Hand hat*, es sein *roter Faden* ist, den er gerade festhält. Unter Nennung eines Problems, einer Sorge o. ä. wird die Vergangenheit problem-spezifisch einbezogen und ein Körperteil mit dem *roten Faden* eingebunden, dass der Klient oder der Berater/Therapeut dem Problem symbolisch zuordnet. Der *rote Faden* wird dabei jeweils als wirksames Problem oder immer gleiche Handlungsweise auf ein Problem imaginiert, welches sich durch das Leben des Klienten zieht. Jedes Umwickeln bedeutet die Wirkung einer Sequenz aus dem Leiden des Klienten. Wobei in dieser Imagination der Berater/Therapeut mit der Nennung von Problemen beginnt, die ihm vom Fall bekannt sind. Meist nennen die Klienten im Laufe der Imagination noch weitere Fakten, Sorgen, Probleme oder Situationen und der Berater/Therapeut kann entweder weiter die Körperteile einbinden, die er für passend hält oder den Klienten dabei einbeziehen, was von Fall zu Fall zu klären ist.

Welche Körperteile, wie z. B. Hände oder Beine, eingebunden werden oder ob der ganze Körper (s. Fall 3) umwickelt wird, kann nur fallspezifisch entschieden werden. So kann es bei einem Klienten, der Probleme hat sein Leben selbst in die Hand zu nehmen, unter Nennung der entsprechenden Problemsituationen, Situationen, Sachlagen oder involvierter Personen aus dem Alltag des Klienten, hilfreich sein lediglich die Hände einzubinden. Bei Klienten dagegen, die z. B. Probleme oder Angst haben auf Menschen zuzugehen, kann es helfen, sich auf das Umwickeln der Beine zu beschränken. Zu beachten ist, dass gerade bei einer *Ganzkörperumwicklung* keinesfalls Gelenke so eingebunden werden dürfen, dass der Klient sich weder hinsetzen noch hinknien o. ä. kann. Es sollte so gebunden werden, dass der Faden den Körper (Körperteil) zwar berührt, aber vom Klienten leicht abzustreifen wäre. Dieses Motiv kann nur angewendet werden, wenn der Klient nicht aggressiv oder autoaggressiv ist und ebenso der Berater/Therapeut dem Klienten gegenüber keine Aggressionen hegt. Dies findet seine Begründung darin, dass der *rote Faden* eine gewisse Festigkeit für diese Imagination haben muss (ich benutze eine rote Wäscheleine), damit es für den Klienten, bei lockerer Umwicklung der Körperstellen, zumindest durch ein minimales Gewicht noch spürbar ist.

<sup>552</sup> In der Imagination sollte eine rote Wäscheleine oder ein dünnes, rotes Seil als »Roter Faden« benutzt werden.

Dieser *rote Faden* ist durch seine Stabilität durchaus geeignet, in den Händen des Klienten dem Berater/Therapeuten oder ihm selbst Schaden in der einen oder anderen Form zuzufügen. Besonders, wenn der Berater/Therapeut dem Klienten gegenüber Aggressionen empfindet, muss er sich dies bewusst machen und die Konsequenz ziehen, entweder die Imagination erst gar nicht zu wählen oder immer wieder und ganz besonders darauf zu achten den Faden nicht zu fest um den Körper (Körperteil) des Klienten zu wickeln.

Der Berater/Therapeut muss selbst die Entscheidung treffen, wie er für den Klienten körperlich spürbar machen möchte, wie sich dieser geistig, emotional und verbal verhält und wie sich evtl. auch das soziale oder sozioökonomische Umfeld bei dem Klienten bemerkbar macht. Nur so kann es gelingen bei dem Klienten das seelische Leiden, den *roten Faden* sichtbar und fühlbar werden zu lassen.

Sind die Probleme o. ä. aus der Vergangenheit so weit als möglich benannt und der Klient entsprechend umwickelt, sollte diese Situation, die Klientensituation der Gegenwart, einen Moment lang auf den Klienten wirken, damit dieser seine Gefühle dazu erschließen und verbalisieren kann. Wichtig ist, dass der Klient genügend Zeit bekommt, am eigenen Körper sichtbar und fühlbar entdecken zu können, was die Probleme mit ihm machen, um ihn dann die Zukunft imaginär angehen zu lassen. Für jede Lösungsmöglichkeit, die von ihm erarbeitet wird, löst der Berater/Therapeut eine Umwicklung auf. Für offene Problemfelder, für die noch keine Lösungen erarbeitet werden konnten, wird auf Folgesitzungen hingewiesen. Der *rote Faden* wird zum Schluss komplett gelöst, es wird ein kleines Stück dieses Fadens abgeschnitten und dem Klienten als Erinnerung an die Imagination überreicht. Viele der Klienten stecken dieses Stück ein, häufig in ihr Portemonnaie, wo es oft noch lange Zeit verbleibt und so kommen sie fast täglich mit dem Erinnerungsstück in Berührung, können sich erneut daran erinnern, was sie sich vorgenommen haben.

### 3.3.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis *Handlungsunfähigkeit*. Allein an den, in dem Erstgespräch vom Klienten gemachten Formulierungen kann häufig schon Resignation, Stagnation, geistige Unbeweglichkeit, in sein Schicksal ergeben, Opferrolle, Hilf- und Kraftlosigkeit erkannt werden, was sich häufig auch in K, S, V und E widerspiegelt. Genutzt werden kann der *rote Faden* u. a. bei Klienten, die häufig die Sätze: „Das ist halt so.“, „Ich weiß (auch) nicht (, aber ...)“, „Keiner kann mir helfen.“ oder „Was soll ich denn tun.“ usw. benutzen, kaum Veränderungs- und Lernbereitschaft zeigen.

Diese Menschen zucken bei ihren *Stagnationssätzen*, wie ich sie nenne, oft mit den Schultern, ziehen diese dabei kurz hoch, um sie sofort wieder fallen zu lassen. Dabei liegen die Arme häufig dicht an den jeweiligen Körperseiten, sodass sie von der Haltung her bereits wie eingeschnürt wirken. Für diese Klienten, aber auch für Klienten denen Halt, Bindung und Stützen im Alltag bewusst gemacht werden sollen, kann der *rote Faden* benutzt werden. Ziel ist, eine Veränderung ihrer bisherigen Kognitionen herbeizuführen, das Erreichen von Handlungsfähigkeit der Klienten in ihrem Alltag und ihren sozialen Netzwerken.

### 3.4 Motiv 4 – Die Stadt

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.4.

Die Stadt ist Lebensraum, mit unterschiedlichen Menschen aus allen sozialen Schichten, die in unterschiedlichen Berufen und Arbeitsfeldern, in unterschiedlichen Räumen wie Schule, Büro, Kaufhaus u. v. m. tätig sind. Sie bietet viele Möglichkeiten den Klienten aufzuzeigen, wo sie sich selbst einordnen können, was sie im Leben haben, haben könnten oder was für sie als weniger erstrebenswert gilt. Mit diesem Motiv können Klienten dafür interessiert werden, was sie u. a. sein wollen, tun möchten oder auch nicht und wie sie es können bzw. vermeiden können. Zudem bietet die Stadt durch ihre vielen Menschen, für die Klienten die Möglichkeit anonym zu agieren, sofern sie nicht in derselben Stadt leben. Sollte der Klient in der ausgewählten Stadt sehr bekannt sein oder im öffentlichen Interesse stehen, dann muss unbedingt auf eine andere Stadt ausgewichen werden u. a., weil eine Distanz kaum zu leisten wäre und der Klient evtl. relativ gehemmt agieren würde.

Die Stadt als Imaginationsfeld ist sehr stark damit verbunden, inwieweit sich der Klient auf eine imaginative bzw. surreal anmutende Idee, die Stadt wie in einer Computerwelt wirken zu lassen, eingehen kann. Er muss in der Lage sein aus der Distanz, wie ein Computerspieler alles aufzunehmen und in eigener Regie Informationen zu sammeln. Das Rahmenprogramm, die *Levels*<sup>553</sup>, wie die einzelnen Stationen genannt werden, sind allerdings durch den Berater/Therapeuten vorgegeben und z. T. vorbereitet, wie im Fall 4 der Besuch in einer Obdachlosentagesstätte, in der ein Gespräch mit einem Obdachlosen evtl. angedacht war, wenn es der Klient wünschte. Dass dies vorbereitet werden muss begründet sich damit, dass in solchen Einrichtungen das Personal gerne vorab informiert sein möchte, um deren Klientel vor Voyeurismus u. ä. zu schützen. Die möglichen Varianten im Vorfeld abzuschätzen macht diese Imagination für den Berater/Therapeuten arbeitsaufwendig, zumal die Imaginationen sich immer recht kurzfristig ergeben, somit wenig Zeit verbleibt. Daher ist es ratsam sich ein eigenes Netzwerk aufzubauen, das kurzfristig genutzt werden kann. Wobei Netzwerke die Gefahr bergen, dass sich zwischen dem Berater/Therapeut und den in den Netzwerken arbeitenden Personen Beziehungen entwickeln, welche dem Klienten evtl. das Gefühl vermitteln könnten, alles sei abgesprochen, gestellt und er solle manipuliert werden, was für die Intention der Imagination mit der Stadt kontraproduktiv wäre. Diese Gefahr zu umgehen, bedeutet für den Berater/Therapeuten alle Personenkontakte dem Zufall zu überlassen bis auf die Kontakte, die in Institutionen oder Organisationen evtl. infrage kommen könnten. Allerdings sollten jedes Mal andere Kontaktpersonen als Gesprächspartner ausgewählt werden bzw., falls möglich, die Institutionen usw. häufig gewechselt werden.

Die Imagination mit der Stadt scheint auf den ersten Blick relativ einfach, ist jedoch für den Berater/Therapeuten recht schwierig a) in der Vorbereitung und b) für manchen Klienten schwierig in der Umsetzung. Aus der Distanz heraus in der Stadt Szenen zu beobachten, mag noch relativ einfach sein, aber der Klient erlebt die Stadt und ihre Menschen auf der einen Seite z. T. durch seine Interaktion mit ihnen mit vielen Sinnen und somit doch ganz anders als am Computer. Auf der anderen Seite – tritt der Klient mit Menschen kurzzeitig in Kontakt, um Informationen zu erhalten und er wird sich, wie beim Computerspiel, mit einzelnen Menschen und Szenen identifizieren wollen und genau das ist die Absicht, die hinter der Imagination mit der Stadt liegt.

Dieses Motiv entspringt, durch die Orientierung auf den sozialen, schulischen oder beruflichen Themenkreis, dem Soziodrama. Der Klient spielt zwar nicht unmittelbar mit, agiert aber im imaginären Spiel als Beobachter und Spieler aus der Distanz heraus. Er kann sich Szenen genauer ansehen, mit allen Sinnen Informationen sammeln und bisherige Kognitionen zu diesem Thema reflektieren, um daraus für die Zukunftsgestaltung in der Imagination und später im Alltag neue zu entwickeln (s. Bereich der 'Kognitiven Verhaltenstherapie'). Durch den unmittelbaren Realitätsbezug bekommt der Klient eine Vorstellung über die Möglichkeiten sich in die Gesellschaft, als Mitglied dieser, zu integrieren.

In diesem Motiv wird der erlebnispädagogische Ansatz im realen Alltagsgeschehen verwirklicht, verbunden mit zumeist psychischen Grenzerfahrungen, häufig ausgelöst durch den Besuch von z. B. Tagesstätten für Obdachlose, sogenannten *Tafeln*, die Essen an Bedürftige ausgeben oder dem Kaufhaus für Bedürftige.

<sup>553</sup> Als *Level* werden in der Computersprache unterschiedliche Schwierigkeitsstufen z. B. in Computerspielen benannt.

Die Aufgabe der Klienten besteht darin bestimmte Orte und Menschen auf sich wirken zu lassen und evtl. interaktiv zu werden, sich am Ende eine Variante für ihre zukünftige Lebensplanung noch einmal anzusehen und auf sich wirken zu lassen, Ideen zu entwickeln u. v. m. Einige Klienten meinten später sie würden die Stadt und die Menschen dort nun ganz anders sehen, und wenn sie in der Stadt seien, kämen an einigen Stellen Erinnerungen an ihre Imagination zurück.

Die biografische Arbeit für dieses Motiv liegt darin themenbezogen die bisherige Entwicklung des Klienten in die Darstellung seiner Vergangenheit und Gegenwart einfließen zu lassen, ihm die Entwicklung seiner Problematik bewusst zu machen, einen chronologisierten Überblick über das, was gewesen und was ist, zu ermöglichen.

### 3.4.1 Die Arbeitsmethode

Bei unter 18-jährigen Klienten ist, aus versicherungstechnischen Gründen, unbedingt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten einzuholen.

Sollte das Stadtmotiv infrage kommen, müssen vorher alle Stationen vom Berater/Therapeut besucht werden, um die Örtlichkeiten einordnen zu können, evtl. müssen, wie im Fall 4, noch einige Absprachen oder Vorkehrungen getroffen werden.

Zu Beginn wird von dem Berater/Therapeut die bisherige Entwicklung aus der Vergangenheit zusammengefasst und die gegenwärtige Situation besprochen. In seiner Gegenwart hat der Klient die Möglichkeit die Stadt zu betrachten, auf sich wirken zu lassen.

Wichtig ist bei der Imagination in der Stadt, die Distanz von Klient und Stadtareal dadurch zu vergrößern, dass der Klient dazu angeregt wird die Stadt surreal, wie in einer *Cyberworld*<sup>554</sup>, eine Art *Second Life*<sup>555</sup> am Computer zu betrachten, in die er nun als Beobachter eintauchen kann. Dies gelingt bei Klienten, die gerne Computerspiele spielen, übrigens sehr gut. Gute Imaginationsfähigkeit dieses Personenkreises belegen Studien bereits. Bei den Klienten, bei denen es nicht so gut gelingt, kann versucht werden die Distanz zu erreichen, indem sie animiert werden, sich vorzustellen, dass sie für die Anderen unsichtbar sind. Aus der Distanz heraus lassen sich i. d. R. Dinge nüchterner und kritischer beobachten, Emotionen werden auf das Nötigste beschränkt, was dazu führen kann, dass alles konzentrierter aufgenommen wird und länger haften bleibt. Diesen psychologischen Aspekt machten sich schon die Griechen in der Antike (in der Hochblüte ihrer schriftlichen Kultur der Dramen von u. a. Aischylos, Sophokles oder Euripides um ca. 600-400 v. Chr.) zunutze (s. Kapitel I.1.2.3).

Um bei der Imagination in der Stadt Extreme nutzen zu können, sollten entsprechende Orte, die für den Klienten *begehrbar* sein müssen, ausgesucht und jeweils mit verbaler Bedeutungszuordnung imaginiert werden. Dabei ist zu beachten, dass der Klient immer mehrere Optionen, die für ihn (bei entsprechender Verhaltensweise) möglich werden könnten, erleben kann (s. Fall 4).

In den meisten Fällen bietet sich an Menschen in unterschiedlichen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen gezielt auf den Klienten wirken zu lassen, deren Lebensweisen zu analysieren und entsprechend, im direkten Vergleich, auf die Vergangenheit und Gegenwart des Klienten zu beziehen. Z. T. kann näher an einzelne Stationen herangeführt werden, der Klient kann angeregt werden Interviews mit den dort arbeitenden Personen zu führen, was als Informationszugang zu der Station imaginiert wird.

Effektiv ist, unterschiedliche Stationen zu besuchen (wie in Fall 4, das Obdachlosencafé, die Universität usw.), damit die unterschiedlichen schulischen, beruflichen oder sozialen Welten für den Klienten greifbarer werden.

Vor allem sollten solche Orte ausgewählt werden, die dem Klienten am wenigsten vertraut sind, um Erstaunen, Nachdenken und das Vergleichen mit der eigenen Situation wirkungsvoller werden zu lassen. An jedem einzelnen Punkt muss Zeit eingeplant sein, damit der Klient seine Eindrücke und Gefühle direkt vor Ort besprechen und einordnen kann. Am Schluss fasst der Berater/Therapeut den Ablauf der

<sup>554</sup> Als *Cyberworld* wird in der Computerbranche die Fantasiewelt oder auch virtuelle Realität im Computer bezeichnet. Eine genaue Definition des Begriffs existiert bisher nicht.

<sup>555</sup> *Second life* ist eine *Cyberworld* (Computerwelt), in der von realen Computernutzern virtuelle Menschen mit ihren Lebensläufen kreiert werden können. Eine Art Parallelwelt, die jedoch auch Auswirkungen, nicht nur finanzieller Art, auf die Realwelt haben kann. Diesem Phänomen in einer Forschungsarbeit nachzugehen wäre übrigens sehr interessant.

Imagination zusammen und der Klient wird aufgefordert darüber nachzudenken, was er sich in seiner Zukunft vorstellen oder gar nicht vorstellen kann. Anschließend wird zu seiner Zukunftsvision (sollte er unsicher sein auch an einige oder alle Orte) zurückgegangen, um sie für den Klienten noch einmal als Zukunft individuell, visionär Gestalt annehmen zu lassen.

### 3.4.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis *soziale, berufliche oder schulische Desorientierung*.

Genutzt werden kann die Imagination mit der Stadt bei sozial orientierungslosen Klienten, mit ihrer Situation unzufrieden z. T. depressiven Klienten, was ihre soziale, schulische oder berufliche Stellung angeht, Klienten, die diesbezüglich ohne Ziel/e agieren, vom Leben, Beruf, Schule usw. gelangweilt sind oder kapituliert haben, sich in ihr diesbezügliches Schicksal ergeben haben.

Manchmal fallen diese Klienten durch eine schlaffe Körperhaltung, häufig nach unten gerichteten Blicken, einem hilflos erscheinenden Schulterzucken auf, wenn sie u. a. sagen „Ich weiß nicht.“, „Keine Ahnung.“, „Ist doch sowieso alles egal.“, „Da hab ich so gar keine Idee.“ Diese Klienten entwickeln oder haben oft wenig Ehrgeiz oder Motivation Lösungen sehen zu wollen bzw. sie zu ergreifen.

### 3.5 Motiv 5 – Die Treppe

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.5.

Die für die Imagination ausgewählte Treppe sollte a) mind. 15 Stufen<sup>556</sup> und b) einen relativ hohen Aufstiegswinkel haben, damit sie entsprechend imaginiert werden kann. Des Weiteren sollte die Treppe im Außenbereich oder in der Natur liegen<sup>557</sup>, da die Umgebung den Klienten evtl. weniger einengt und so etwas wie Freiheit suggeriert. Die Treppe wird in der Imagination immer von unten nach oben gegangen und bedeutet in diesem Motiv Aufstieg (ähnlich einem Berg, Hügel o. ä.), aber auch Anstrengung (je nach Kondition des Klienten). Das Ziel ist, je nach Aufstiegswinkel der Treppe, evtl. nicht oder teilweise sichtbar. Die Stufen können als einzelne Lebensjahre des Klienten symbolisiert werden<sup>558</sup>, sie können Lebensphasen<sup>559</sup> aufzeigen oder die Entwicklung des Problems, den *roten Faden* verdeutlichen helfen. Zudem bietet die Treppe, anders als ein Spaziergang (Motiv 1), die Möglichkeit immer wieder auf die Vergangenheit zurückblicken zu können, auf die Stufe der Gegenwart zu sehen und sich die Zukunft anzusehen bzw. erahnen zu können.

Das Treppenmotiv wird immer mit Gewichten kombiniert, um die Anstrengung, das Leiden, die getragene *Last* u. ä. im Leben des Klienten deutlicher werden zu lassen.

Treppen gibt es fast überall und so werden auch bei dieser Imagination Erinnerungen wach gehalten, wenn Treppen nach oben zu gehen sind, vor allem wenn der Klient z. B. volle Einkaufstaschen zu tragen hat. So ist es auch für diese Imagination denkbar, dass diese immer wieder vom Klienten abgerufen werden kann.

In diesem Motiv steht die Biografiearbeit im Vordergrund. Erzählungen des Klienten werden chronologisiert und fließen in die Imagination ein. Sei es, dass Probleme in ihrer Entwicklung dargestellt werden, eine Leidenssequenz mit vielen Details in einen zeitlichen Bezug gesetzt wird oder die sich entwickelnden Leidensphasen chronologisiert werden. Das Erkennen der eigenen Biografie und das nochmalige Erleben ermöglicht dem Klienten Vergessenes oder Verdrängtes zeitgeschichtlich einzubinden, macht deren eigene Biografie, verbunden mit den erlangten diesbezüglichen Kognitionen, sicht-, fühl- und greifbar.

Der Erlebnispädagogik näher ist eine Treppe in der Natur, da bei der Imagination auf Gewichte aus der Natur zurückgegriffen werden kann (wie z. B. Steine oder Äste), der Klient seine physische Grenzerfahrung in der Natur und mithilfe von Naturmaterialien sammelt. Aber auch mit anderen Treppen gelangt der Klient durch die Imagination z. T. an seine physischen und psychischen Grenzen, physisch häufig durch das aufwärts Tragen der Gewichte und psychisch durch das nochmalige Erleben der Biografie. Alte Kognitionen können reflektiert werden, neue können entstehen. Die Aufgabenstellung ist für jede biografische Sequenz neu und ganz besonders für die Imagination der Zukunft gefordert.

In diesem Motiv wird die emotionale Seite fokussiert und entspricht dadurch in Teilen dem Psychodrama. Der Klient kann in der Zukunftsplanung imaginär erproben, wie es ihm emotional damit ergehen könnte, er kann neue Kognitionen entwickeln und diese in den Alltag übertragen.

#### 3.5.1. Die Arbeitsmethode

Generell ist bei der Imagination mit der Treppe vorab abzuklären, ob die Stufen der zu nutzenden Treppe breit und tief genug sind, um gut stehen zu können. Ein weiterer Aspekt ist, dass manche Treppen der Öffentlichkeit preisgegeben sind, Publikumsverkehr nicht ausgeschlossen ist. Diese sind für die Imagination absolut zu meiden. Die zu nutzende Treppe sollte für andere Personen so uneinsehbar wie möglich sein und möglichst an einem Gebäude oder in der Natur liegen.

Die Wahl der Treppe ist wichtig, da der Klient nicht das Gefühl haben soll und i. d. R. möchte, dass er sich vor anderen lächerlich macht, bzw. öffentlich demonstrieren muss, dass er in Beratung/Therapie ist

<sup>556</sup> Bestmögliche Voraussetzung wäre eine Treppe, die dem Alter des Klienten entsprechend viele Stufen aufweist.

<sup>557</sup> Manchmal finden sich Treppen im Bereich der Natur an steileren Aufstiegen im Wald.

<sup>558</sup> Evtl. kann die Anzahl der Stufen mit dem Alter des jeweiligen Klienten kollidieren, dann sollten bei einem älteren Klienten entsprechend mehrere Jahre auf eine Stufe projiziert werden, bei einem jüngeren können mehrere Stufen für ein Jahr symbolisiert werden.

<sup>559</sup> Jede Phase bekommt, je nach Dauer, abgestimmt auf die vorhandenen Stufen, eine bestimmte Anzahl von Stufen zugeordnet.



und was dort geschieht<sup>560</sup>. Der Berater/Therapeut muss sich bewusst sein, dass der Klient über eine längere Zeit auf der Treppe präsent ist und diesem Umstand Beachtung schenken.

Die Treppe wird in der Imagination von unten nach oben gegangen. Unten beginnt die Imagination und oben endet sie mit dem Ziel, welches die Zukunft darstellt, je nach Möglichkeiten mit einer Tasse Tee, Kaffee aber unbedingt einem Platz zum Ausruhen.

Bereitliegen sollten mehrere unterschiedliche Gewichte (zwischen ca. 0,5 bis 3 kg), die am Körper angebracht werden können und evtl. ein Rucksack, um Gewichte einlegen zu können. Die Gewichte, diese *Last* (oder welches Synonym der Klient auch immer gewählt hat), kann der Klient nun von Stufe zu Stufe an Körperstellen anbringen, die er mit dem Thema in Verbindung bringt und er kann immer wieder neu bestimmen, ob bei der nächsten Sequenz neue hinzukommen, an andere Stellen neue angebracht oder Gewichte entfernt werden (s. Fall 5). Wenn ein Rucksack in die Imagination integriert wird, kann dieser auf dem Rücken oder vorne, auf dem Brustkorb getragen werden und für zusätzliche Gewichte Platz bieten. Die meisten der Klienten, welche diese Imagination mitmachten, nutzten übrigens immer den Rucksack und trugen ihn dabei auf dem Rücken.

Sequenzen, Lebensjahre, Lebensereignisse usw. werden vom Berater/Therapeuten auf die Anzahl der Stufen in etwa verteilt. Die Imagination beginnt aus der Vergangenheit heraus. Jede Phase wird vom Berater/Therapeuten zuerst symbolisiert, die Stufenanzahl für diese Phase wird vorgegeben und der Klient wird aufgefordert entsprechende Gewichte am Körper zu platzieren, welche die Last der Sorgen, Probleme oder Nöte darstellen soll und nachfühlbar erlebbar machen. Wenn der Klient mit dem Gewicht die jeweiligen Stufen gegangen ist, wird ihm Zeit gelassen, sich in die Phase einzufühlen und evtl. zu verbalisieren. In jeder neuen Phase werden die Gewichte vom Klienten überdacht, verändert oder belassen wie bisher. Die letzte Phase (die letzte Stufe) wird als die gegenwärtige Situation symbolisiert. Bisher blickten die meisten Klienten in dieser Situation noch einmal die Treppe hinunter, oft mit einem Kopfschütteln verbunden, wie sie „das“ die ganze Zeit „so“ aushalten konnten. Diese Eindrücke fließen in die Gegenwart ein, die auf der obersten Stufe imaginiert wird, die Gewichte werden erneut sortiert und die Gegenwart wird verbalisiert. Zumeist ziehen die Klienten nun selbst, im Angesicht der Vergangenheit, Vergleiche zur Gegenwart und entwickeln Ideen für die Zukunft, die sie bereits sehen können (wie ein Stuhl oder Kaffeetassen). Eine Überleitung von der Gegenwart zur Zukunft kommt zumeist von den Klienten selbst. Zudem empfinden die Klienten die Aussicht sich, nach ca. 45 Minuten Stehen und Gewichte tragen, setzen zu können, als Wohltat. Häufig kommt ein Satz wie „Das sieht ja richtig gemütlich aus.“. Sie geben ebenso häufig an, dass sie sich emotional ihre Zukunft ähnlich ruhig, einladend und gemütlich wünschen würden.

Das Gespräch über die Zukunft wird im Sitzen gestaltet. Die Gewichte am Körper werden zum Thema gemacht und der Klient kann überlegen wie er diese in der Zukunft integrieren, ablegen, umlagern o. ä. kann.

### 3.5.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis der *psychischen Belastungssituationen*. Die Klienten haben Erlebnisse z. T. auch Traumata nicht oder nur teilweise verarbeitet und empfinden sie daher bis in die Gegenwart als belastend. Personen oder bestimmte Situationen können ebenfalls als belastend, als *Last*, empfunden werden. Diese Klientel kann kaum klare Ziele definieren, kann oder möchte sich die Zukunft nicht vorstellen, scheint kraftlos, lässt i. d. R. Probleme wirken, statt sie zu lösen, kann bzw. hat die Vergangenheit wenig bewältigt, sieht das Leben oder Personen als Belastung, schwierig oder schwer an. Diese Klientel ist häufig problemfokussiert. Sätze wie „Es ist immer wieder dasselbe.“, „Es holt mich immer wieder ein.“, „Es ist eine Last.“ oder „Das war (ist) schwer.“, fallen häufiger im Gespräch. Alle Möglichkeiten sich daraus zu befreien werden meist im Keim erstickt, mit einem „Ich kann das nicht (auch noch).“ oder inhaltlich ähnlichen Sätzen. In der Körpersprache fallen sie häufig dadurch auf, dass sie sehr leise, oft sehr unsicher sprechen, wenig Muskelspannung aufbauen, was meist be-

<sup>560</sup> Den meisten Klienten ist es wichtig, wenn sie meine Beratungspraxis aufsuchen, dass sie diese ohne großes Aufsehen, von der Öffentlichkeit, scheinbar unbeobachtet, betreten können. Am besten gefällt Ihnen dabei, dass am Haus kein Schild angebracht ist, das auf eine Beratungspraxis hinweist.

reits bei der Begrüßung durch einen kaum spürbaren Händedruck auffällt. Sie ziehen öfter die Schultern nach vorne und weinen mehr als anderes Klientel. Sie scheinen hilflos und haben oft eine defensive Schutzhaltung (s. Kodierpläne von K, S und E im Anhang). Selbst die Kleidungswahl und das äußere Erscheinungsbild zeigen häufig, dass sie kaum noch die Kraft, Motivation oder Muße haben sich selbst zu pflegen, sich wahr oder wichtig zu nehmen. So haben diese Menschen mitunter zu weite, unmoderne und vorzugsweise schwarze oder sehr dunkle Kleidung an, Frauen sind seltener geschminkt als das übrige weibliche Klientel, Männer haben häufig einen sog. *Dreitagebart*. Wobei Vorsicht geboten ist, das ist meine derzeitige Erfahrung und es ist unbedingt das Gesamtbild zu beachten, das in etwa passen sollte zwischen dem, was an K, S, V und E wahrgenommen wird und dem, was der Klient erzählt.

### 3.6 Motiv 6 – Der Bach

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.6.

Dieses Motiv verwendet Hanscarl Leuner in seiner Therapie des 'Katathym-imaginativen Bilderlebens' ebenfalls. Allerdings nutzt er im Gegensatz zum Motiv 6 der 'Imaginativen sozialen Therapie' den Bach in der Grundstufe seiner Methode als imaginatives Bild, nicht als reales Element. Leuner verbindet den Bach nicht mit einer bestimmten Begebenheit, Situation usw. aus dem Patientenalltag oder -leben, sondern fordert die Patienten auf, diesem gedanklich z. B. zur Quelle oder zum Meer zu folgen<sup>561</sup>. Bei Leuner findet sich zur symbolischen Bedeutung des Baches Folgendes: a) Ausdruck fließender seelisch-emotionaler Entwicklung, b) ungehinderte Entfaltung der seelischen Energie oder Psychodynamik, c) Lebenskraft, d) Fruchtbarkeit und e) Aufzeigen von Grenzen. Nicht unerwähnt lässt er, und da möchte ich mich anschließen, dass der Bach (wie im Übrigen auch alle anderen Motive der 'Imaginativen sozialen Therapie') einen weitaus größeren Sinngehalt hat, als an dieser Stelle wiedergegeben werden kann<sup>562</sup>.

Ein Klientin erzählte einmal, dass sie seit der Imagination am Bach, mit ihren Kindern gerne an Bächen entlangliefe und ihnen auf diese Art und Weise das Leben erklärte, wie sie es selbst während der Imagination erlebt hatte. Ein anderer Klient nutzte den Bachabschnitt aus seiner Imagination, um ihn seiner Frau zu zeigen und zu erzählen, was während der Imagination geschah, wie sie ablief.

In der 'Imaginativen sozialen Therapie' stellt der Bach den Lebenslauf, den Lauf der Dinge, das Schicksal dar, und wie Leuner bemerkt, zeigt der Bach auch die eigenen Grenzen.

Seine Windungen, kleinen Verzweigungen, Staustufen, Pflanzen am Rand und im Bachbett, Pflanzenreste im Bach, Steine und andere Hindernisse werden im Motiv 6 als Schwierigkeiten, Begebenheiten, Personen usw. im Leben symbolisiert, die biografisch vorgegeben sind. Biografiearbeit ist auch in diesem Motiv die Voraussetzung für das Gelingen. Für die Klienten sind die entsprechenden Szenen durch den Berater/Therapeuten biografisch aufzuarbeiten, wodurch den Klienten ermöglicht wird einen zeitlich geordneten Überblick zu bekommen, um sich u. a. besser erinnern zu können, weitere z. T. unbewusste Begebenheiten benennen zu können, und mit allen Sinnen (durch die Arbeit am Bachlauf) bisherigen Kognitionen reflektieren zu können. Dadurch wird es ihnen möglich für die Gestaltung der Zukunft wieder handlungsfähig(er) zu werden.

Die Klienten können jederzeit in das Geschehen im und am Bach eingreifen, können aktiv mitarbeiten, können physisch wie psychisch Grenzerfahrungen sammeln, ähnlich wie in der Erlebnispädagogik. Physische, weil nicht immer alle Stellen im Bach leicht zu erreichen sind, um eingreifen zu können und es oft einiger Überlegungen und Anstrengungen bedarf und psychischer, weil Bewusstes wieder erlebt wird und unbewussten mitunter schmerzlich hinzukommt. Thematisch kann diese Imagination im Bereich des Soziodramas, aber auch des Psychodramas liegen.

Die Jahreszeiten und die Witterungsverhältnisse können jede Imagination allerdings anders aussehen lassen. So kann ein zugefrorener Bach genutzt werden, um den Klienten deutlich werden zu lassen, wie viele Dinge verborgen aber trotzdem vorhanden sind, wie sie z. T. aus dem Eis herausragen und Verbindung zur nächsten Ebene haben usw. Auch in diesem Motiv ist, wie bei allen anderen standardisierten Motiven, an die Kreativität des Beraters/Therapeuten zu appellieren. Denn der Bach ist vom Motiv her das Unberechenbarste, denn der Berater/Therapeut kann gut vorbereitet in die Imagination mit einem Klienten gehen und ein Sturm verändert kurz vorher den Bach, was u. U. neue, anders verortete oder beseitigte Hindernisse bedeuten kann. Entweder ist der Berater/Therapeut gezwungen die Imagination zu verschieben, was für den Klienten evtl. eine Enttäuschung wäre, denn er hat mitunter hohe Erwartungen an diese Imagination, was die Hilfe bei seinen Problemen anbelangt, oder der Berater/Therapeut improvisiert bei der Imagination der ihm bekannten Erlebnissen aus dem Klientenleben.

<sup>561</sup> Leuner, Hanscarl 1994

<sup>562</sup> Ebd.

### 3.6.1 Die Arbeitsmethode

Bei diesem Motiv, ebenso wie bei dem Stadtmotiv und dem Spaziergang, ist es notwendig kurz vor der geplanten Imagination den ausgewählten Bach daraufhin zu untersuchen, welcher Abschnitt des Bachlaufs für die geplante Imagination günstig erscheint und mit dem Lebenslauf, den Sequenzen aus dem Leben des jeweiligen Klienten am besten übereinstimmt. Zudem sollte vorab die Fließgeschwindigkeit des Baches mit einem Blatt oder kleinem Stock überprüft werden. Denn es muss möglich sein, zumindest kurze Erklärungen, Ausführungen, Erzählungen oder Ergänzungen usw. vom Klienten aber auch Berater/Therapeuten in Ruhe ausführen zu können.

Zudem sollte kontrolliert werden, an welchen Stellen der imaginierte Gegenstand hängen bleiben könnte, um für Imaginierungen dieser Stellen entsprechend vorbereitet zu sein. Auch in diesem Motiv bieten sich für den Klienten während der Imagination Möglichkeiten an, z. B. neue Symbole hinzuzufügen oder statt einem welken Blatt am Bachrand lieber ein Grasbüschel als ehemalige Arbeitsstelle zu symbolisieren.

Der Klient wird zum Beginn der Imagination aufgefordert einen schwimmenden Gegenstand ins Wasser zu geben, der ihn selbst und den Beginn der Sequenz aus seinem Klientenleben oder mitunter sogar die Geburt symbolisiert. Die Art wie er sich selbst *ins Leben oder die Sequenz* gibt (legt, wirft), oder was er als seine Person imaginiert (ein grünes oder welkes Blatt, ein kleiner oder großer Stock usw.) kann bereits der erste Punkt sein, der thematisiert werden kann.

Das Problem, dass der Bach, durch seine Fließgeschwindigkeit, die Gesprächszeit vorgibt, kann dadurch gelöst werden, dass der schwimmende Gegenstand, der als Symbol für den Klienten imaginiert wird, an den zu symbolisierenden Stellen herausgenommen und anschließend dort wieder zurücklegt wird. Eine andere Möglichkeit ist, je nach der Fließgeschwindigkeit des Wassers, entsprechend die Szenen durchzusprechen, mitzugehen (in diesem Fall kann z. B. das Unterholz, durch das gegangen wird und durch das auch der Bach fließt, in die Imagination integriert werden) und am Ende der Imagination noch einmal die einzelnen Bachabschnitte abzulaufen, um die Handlungen direkt vor Ort in Ruhe zu besprechen, indem die notierten Stichworte zu Hilfe genommen werden und nun evtl. ergänzt werden können.

Der Punkt der Gegenwart sollte vom Berater/Therapeuten bestimmt werden. Der Klient kann nun in Hinblick auf seine Vergangenheit die Gegenwart betrachten. Günstig ist dies an einer Stelle, an der ein Hindernis dafür sorgt, dass das Symbol für den Klienten hängen bleibt, somit Zeit zur Verfügung steht, in Ruhe die Gegenwart wirken zu lassen. Für die Bearbeitung der Zukunft bleibt das Symbol des Klienten im Bach und der Klient übernimmt spätestens jetzt die Imaginierung. Er kann das Symbol für sich selbst in der Zukunftsvision aus dem Wasser nehmen, es anschieben und seine Zukunft benennen, an einem Hindernis liegen lassen o. ä. In der Zukunftssequenz wird der Klient aufgefordert mehr als bisher zu agieren, wenn er dies bislang zögerlich oder gar nicht in Anspruch genommen hat.

### 3.6.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis der *Zukunfts- oder Lebensangst*.

Der Bach bietet sich für eine einzelne Sequenz (hierzu müssen Unterpunkte bekannt sein) oder mehrere Sequenzen aus dem Leben des Klienten ebenso an, wie für dessen Lebenslauf. Besonders geeignet ist der Bach bei Klienten, die mit dem Schicksal hadern. „Wieso ich?“, „Warum passiert (mir) das immer?“, „Hätte ich das verhindern können?“, sind häufige Äußerungen der Klienten, oft verbunden mit Schuldgefühlen. Letztere können auch im Vordergrund stehen. Mit dem Bachlauf kann für den Klienten u. a. visualisiert werden wie z. B. manche Dinge ohne eigenen Einfluss geschehen. Wenn das betreffende Klientel von ihrer Leidensgeschichte berichtet, mischt sich häufig das Gefühl der Verzweiflung in die Stimmen, Tränen fließen, die Stimmen werden manchmal so leise, dass sie kaum noch zu hören ist oder ein Satz wird abgebrochen. Manchmal legen diese Klienten die Hände um oder an ihren Hals, kratzen an ihrem Körper herum, verschränken die Beine oder legen ihre verschränkten Arme vor die Brust. Sie haben häufig Abwehrpositionen, so als wolle sie jemand angreifen, haben Angst und sind unsicher. Vor allem wie sie von der Umwelt gesehen werden, ist ihnen wichtig. Einige von ihnen haben hohe moralische Ansichten oder/und ein ausgeprägtes Über-Ich.

### 3.7 Motiv 7 – Die Gewichte

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.7.

Gewichte können unterschiedlicher Art sein. In einem Fall sind es mehrere, unterschiedliche Gewichte, wie Armmanschetten (zwischen ca. 0,5 bis 3 kg), die am Körper des Klienten angebracht werden können, Hanteln oder ein Rucksack, in den Gewichte eingelegt werden können, im anderen Fall kann Wasser in einem Glas als Gewicht dienen und ein Korb, der mit Gewichten gefüllt wird, wie im Fall 7. Der Fantasie der Berater/Therapeuten, durch welche Art von Gewichten etwas deutlich gemacht werden kann, ist diesbezüglich (immer im Hinblick auf die zu jeder Zeit gegebene Professionalität bezüglich der Klientenwürde und dessen, was der Klient in der Lage ist zu leisten) kaum eine Grenze gesetzt.

Da auch dieses Motiv möglichst in der Natur stattfinden soll (aus bereits mehrfach benannten Gründen), können, als Gewichte, Materialien aus der Natur zum Einsatz kommen. Ein erlebnispädagogischer Bezug ist dadurch gegeben, hinzu kommt eine Aufgabenstellung, die in jeder Sequenz neu überdacht werden muss, sowie Grenzerfahrungen, die in diesem Motiv zumeist physischer Art (bedingt durch die Gewichte) aber auch psychischer Art sein können. Letzteres wird gefördert durch die biografische Arbeit. Durch die chronologisch-biografische Aufarbeitung des Erzählten aus der ersten Sitzung und dem erneuten präsentieren in der Imagination, wird der Klient zur Reflexion animiert.

Während der Imagination kann er, mit vielen Sinnen, alte Kognitionen reflektieren und in der Bearbeitung der Zukunft entsprechend neu oder anders agieren und dies danach in den Alltag transferieren.

Die Gewichte bedeuten in diesem Motiv Druck, Last, Leid, Schwere, das zu (er)tragende Schicksal.

Die Religionsgeschichte, in der Bibel z. B., deutet Gewicht in Bezug zum Leid ähnlich. In der Bibel wird das Kreuz, das Jesus tragen musste, u. a. zum Symbol für das Leiden und das Schicksal. Im Volksmund gibt es dazu den Spruch „*Es ist schon ein Kreuz.*“, wenn etwas im Leben kaum zu ertragen ist. Insofern ist dieses Motiv dem Bereich des Psychodramas zuzuordnen. Die in der Imagination benutzten Gewichte können den Klienten die getragene *Last*, die Anstrengung, das Leiden usw. (oder welches Synonym die Klienten auch immer gewählt haben) aus ihrem Leben deutlicher werden lassen. Sie können des Weiteren dazu benutzt werden, um Körpergewicht wie im Fall 10, Fehlentwicklungen wie im Fall 7, Personen wie im Fall 5 und bestimmte Aussagen von Personen in ihrer Wirkung usw. spürbar, greifbar und anschaulich zu machen.

Auch in diesem standardisierten Motiv wird auf Material zurückgegriffen, das dem Klienten in der einen oder anderen Form immer wieder begegnen wird – Gewichte – in allen Arten und Formen, was sicher bei dem einen oder anderen Klienten Assoziationen mit der Imagination hervorrufen kann.

#### 3.7.1 Die Arbeitsmethode

Gewichte können in der Natur bei einem Spaziergang genutzt werden, wie im Fall 10, auf der Treppe wie im Fall 5, im Beratungsraum wie im Fall 7 oder dem Raum der die Belastungen hervorgerufen hat oder weiterhin fördert, wie z. B. der Arbeitsplatz des Klienten. Sie sind von der Örtlichkeit her universal einsetzbar, können z. T. aus der Natur entnommen und benutzt werden, können wie im Fall 7 und 10 im Mittelpunkt stehen oder wie im Fall 5 zu einem Motiv dazugehören.

Ein Rucksack hat sich in diesem Motiv als hilfreich erwiesen, denn damit können Gewichte auch auf dem Rücken oder Brustkorb des Klienten angebracht werden. Ebenso kann ein Korb, der mit Gewichten befüllt werden kann, ein Glas usw. genutzt werden.

Die einzelnen Abschnitte werden in dieser Imagination zwar vom Berater/Therapeuten symbolisiert, aber die Gewichte und deren Menge bringt der Klient (A) entweder selbst an, entscheidet wo, und wie viele Gewichte er anbringen möchte oder der Berater/Therapeut (B) übernimmt das *Beladen* (s. Fall 7). Im Fall (A) erklärt der Klient bereits häufig selbstständig, weshalb er die Gewichte in dieser Art und Weise platziert. Wenn nicht sollte, je nach Einschätzung der Situation, der Berater/Therapeut die Gewichtsvariante verbalisieren. Im Fall (B) symbolisiert der Berater/Therapeut die Gewichte selbst und lässt dies auf den Klienten wirken. Gewichte können je nach Sequenz weniger oder mehr werden, im Fall (A) obliegt dies dem Klienten und im Fall (B) dem Berater/Therapeuten.

Lediglich bei der Zukunftsorientierung wird bei (A) und (B) der Klient gleichermaßen aufgefordert, seine Gewichtssituation zu überdenken und zukunftsorientiert zu handeln. Der Klient wird motiviert, wenn

möglich, Gewichtsveränderungen in der Phase der Zukunftsorientierung vorzunehmen, direkt zu verbalisieren und, soweit möglich, einzuordnen.

### 3.7.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis der »Kombination von physischer und psychischer Belastung«. Bei diesem Motiv können psychische und physische Belastungen einzeln bestehen oder kombiniert vorhanden sein. Klienten, die ihre Belastungen kaum (an-)erkennen, ein- oder abschätzen können, mit ihnen nicht umgehen können, sie klagend oder still über sich ergehen lassen, sich ihr Leben physisch, wie psychisch im Ungleichgewicht befindet, sich von Personen oder Dingen unter Druck fühlen und dies körperlich spürbar wird, sei es durch Krankheit, Gewichtsabnahme oder -zunahme, können mit dem Motiv der Gewichte Einsicht in ihre Situationen, Verhältnisse, Umstände, in ihre entsprechende körperliche Reaktionen und ihr Verhalten usw. gewinnen. Einen ganz besonderen Aspekt der Einsatzmöglichkeit bietet sich bei adipösen Klienten. Durch dieses Motiv werden Einsichten und Erfahrungen ermöglicht, was steigendes Körpergewicht an unmittelbar spürbaren Auswirkungen auf ihr physisches Befinden hat. So kann dieses Imaginationsmotiv vordergründig ein Thema des Körpergewichts demonstrieren (s. Fall 10), wobei in den meisten Fällen entsprechend auch psychische Belastungen vorhanden sind. Ist dies der Fall, spricht der Klient dieses Thema meistens gezielt an. In den anderen Fällen geben die Klienten häufig Hinweise wie „Das ist (war) schwer für mich.“, „Das hat mich (sehr) belastet.“, „Ich hatte das Gefühl keine Luft mehr zu bekommen.“ oder tiefe Seufzer an Stellen des Gesprächs in denen von schwierigen Situationen gesprochen wird. Bei der Körperhaltung fällt auf, dass sie selten aufrecht gehen, stehen oder sitzen und sich eine gerade Haltung in gebückte oder schlaaffe Haltung wandelt, wenn ein belastendes Thema besprochen wird oder sich anzeigt.

### 3.8 Motiv 8 – Die Brille

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.8.

Biografische Arbeit wird in diesem Motiv eher in den Hintergrund gedrängt, ist allenfalls von Belang, wenn es um die Chronologisierung der Entwicklungsgeschichte des Themas geht, die zu Beginn der Imagination im Vergangenheitsbezug rekapituliert wird. Dieses Motiv findet in der Natur auf einer Wiese statt und besteht u. a. aus einer einfachen Sonnenbrille. Wie eine Art *Blende* wird ein breiter Papierstreifen, welcher je nach Fall farbig sein kann, an den beiden Brillenbügeln befestigt. Dieser wird nun noch mit einem entsprechenden *Signalwort* versehen. Setzt der Klient die Brille auf, sieht er hauptsächlich den Papierstreifen mit dem *Signalwort*. Des Weiteren wird auf einer Wiese ein Parcours mit wassergefüllten Flaschen, natürlichen Hindernissen wie Stöcke, Steine u. ä. aufgebaut. Das Motiv der Brille symbolisiert eingeschränkte, veränderte, fokussierte Sichtweisen und erinnert in manchen Fällen an die Metapher aus dem Volksmund eine „*rosarote Brille aufhaben*“, wenn jemand einen Sachverhalt verklärt, beschönigt evtl. verherrlicht, dass Negative gänzlich ausklammert.

Bei der Brille geht es darum das Thema (Problem, Person, Dinge, Lebensabschnitt o. ä.), das im Mittelpunkt des Klienten steht, noch mehr als bisher und ganz zentral in den Blickpunkt zu stellen, direkt zu visualisieren und ihm mithilfe eines Parcours bewusst werden zu lassen, wie er dadurch mitunter andere Dinge (Familienangehörige, Arbeitsplatz, Kollegen usw.) im Leben wahrnimmt.

Der Parcours kann, je nach Fall ein Thema behandeln, welches bei diesem Motiv i. d. R. Anteile des Psychodramas enthält. Die Imagination kann aus einem Themenbereich, in Form von einzelnen Hindernissen, entsprechende Aspekte daraus symbolisieren oder jedes einzelne Hindernis stellt ein gesonder-tes Thema dar. Zusätzlich werden dem Klienten Aufträge erteilt, die an seine Alltagsaufgaben erinnern sollen, etwa einen Brief zu schreiben (Bezug zur Arbeit) oder auf eine Puppe (als Kind; s. Fall 8) einzu-gehen usw.

Aus erlebnispädagogischer Sicht kann der Klient physische wie psychische Grenzerfahrungen sammeln. Physische, weil er durch die Brille den Parcours nicht mehr genau wahrnehmen kann, in seiner *Sehbehinderung* eingeschränkt handlungsfähig ist und psychisch, weil er seine eigenen Kognitionen bezüglich der Themenfokussierung deutlicher wahrnimmt und evtl. reflektieren wird, wenn er z. B. gegen ein Hindernis stößt.

Das Motiv mit der Brille soll Klienten dazu anregen ihre gegenwärtige Situation mit vielen Sinnen wahrzunehmen, neu zu ordnen, sich wieder für andere Dinge und neue Kognitionen zu öffnen, damit für ihn z. B. das soziale Umfeld wieder erträglicher wird, er sich nicht weiter als Außenseiter, sondern wieder integriert fühlt. Die Klientinnen, die einen überstarken Wunsch nach einem Baby hatten, der sie an nichts anderem mehr aufmerksam teilhaben ließ, stellten bisher alle erstaunt fest, dass sie diesen Wunsch gar nicht aufgeben müssten, wie es viele aus ihrem Umfeld bisher gefordert hatten, sondern diesen lediglich an eine andere Stelle rücken müssten. Sie spürten, dass sie den Wunsch jederzeit *hervorholen* können, er aber nicht weiterhin die Sicht für andere Dinge versperren dürfe. Diese Klientinnen, wie auch andere Klienten, die eine Imagination mit der Brille hatten, berichteten später oft, dass sie, wenn sie eine Sonnenbrille aufziehen, unwillkürlich an die Imagination denken würden.

#### 3.8.1 Die Arbeitsmethode

Bereitstehen sollten die Utensilien für den Parcours und die mit einem Papierstreifen (evtl. mit dem Signalwort des Themas, welches vom »Brillenträger« gelesen werden kann) versehene Sonnenbrille. Der Parcours wird vom Berater/Therapeuten als Familie, Arbeitsstelle, Lebensumfeld o. ä. imaginiert, kann aber auch je nach Fall, als einzelne Sequenz, Person, Sachverhalt pro Hindernis aus dem Leben imaginiert werden.

Zu Beginn der Imagination werden dem Klienten die, zu einer Aufgabe gehörenden, Utensilien erklärt und gereicht. Danach wird er gebeten, in seinem normalen Schrittempo den Parcours zu abzulaufen. Dabei wird ihm dieser Parcours als die Vergangenheit imaginiert, in der das derzeitige Problem noch nicht oder weniger bestand. Die Klienten laufen zumeist sehr sicher, da sie den Parcours sehen, wobei der Berater/Therapeut mind. zwei weitere Läufe vorschlagen sollte, wie im Fall 8, um den Klienten die Möglichkeit zu geben wirklich sicher zu werden.

Der Klient wird anschließend gebeten die präparierte Brille aufzuziehen und der Berater/Therapeut erklärt die Imagination und das Symbol, für das die Brille steht. Nun wird ebenso verfahren wie bei der Parcoursbegehung für die Vergangenheit.

Meist kamen die Klienten kaum mit dem Parcours zurecht, den sie gut zu kennen glaubten. Oft entwickelten die Klienten den Ehrgeiz diesen Parcours trotz aller Behinderung (Arbeitsauftrag, präparierte Brille, Dinge, die sie dabei tragen sollten usw.) noch besser gehen zu wollen, was bisher damit endete, dass die Klienten nach drei bis vier Durchgängen frustriert aufgaben, weil sie den Parcours nicht problemlos schafften oder weil sie erschöpft waren. Dies wird vom Berater/Therapeuten aufgenommen und die gegenwärtige Situation mit dem Klienten besprochen.

Im Anschluss wird der Klient motiviert Ideen und Ziele für die Zukunft zu definieren. Für den Abschnitt der Zukunft wird der Klient gebeten Lösungen zu entwickeln, wie er trotz der Brille mit allem besser zurechtkommen, und denselben Parcours, inklusive derselben Aufgaben, nochmals gehen könnte.

Dem Klienten wird bis zum Termin des Durcharbeitens (nach ca. einer Woche) die Brille mitgegeben, mit der Hausaufgabe, wenn die Gedanken wieder alles zu beherrschen scheinen, diese Brille aufzusetzen und sich daran zu erinnern, was sie während der Imagination gespürt haben.

### 3.8.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis der »Fokussierung«.

Dieses Imaginationsmotiv ist das Einzige, das sich häufig sofort anbietet. Die Klienten geben sehr genau an, dass sie von einem Mann (einer Frau) nicht loskommen, sich ein Baby wünschen, sie voller Eifersucht sind, ihre Gedanken nur noch um dieses Thema kreist, sie diese Gedanken nicht ablegen können.

Wenn der Klient in seiner Sichtweise eingeschränkt ist, nur noch wenig wahrnimmt, sich von einem zentralen Thema beherrschen lässt, ist dieser Mensch häufig a) verzweifelt darüber, dass es ihn nicht loslässt, er es nicht schafft das Thema auf irgendeine Art zu lösen oder zu beenden b) hilflos gegenüber seinem bisherigen sozialen und z. T. sogar ökonomischen Umfeld, das sich dadurch häufig stark verändert, und c) in der Situation sich selbst immer mehr zurückzuziehen, weil keiner mehr zuhören kann oder möchte, der Klient nicht ständig wieder davon erzählen will, er auf Unverständnis oder Desinteresse stößt u. v. m. Sie geben meist an sich einsam und allein zu fühlen, haben zumeist wenig Lust am Leben, können sich häufig kaum über Dinge freuen und geben oft an, wie eine Maschine, nur noch zu funktionieren.

Es geht bei ihnen oft nur noch um die Aufrechterhaltung des normalen Alltagsablaufs. Wenn sie von ihrem Thema erzählen, fangen sie häufig sehr zögerlich und leise an, manchmal scheinen sie sich dabei zu schämen, dass ihnen so etwas widerfährt und sie ihre eigene Unfähigkeit offenbaren müssen. Viele dieser Klienten sitzen mit dem Oberkörper weit zurückgelehnt im Stuhl, drehen den Kopf seitlich, wenn sie davon sprechen (je nach Thema), die Hände sind am oder im Gesicht oder am Hals, sie schauen dem Berater/Therapeuten kaum in die Augen. Oft fließen bereits beim ersten Satz die Tränen. Der Klient zeigt dem Berater/Therapeuten zumeist direkt seine Angst dafür abgelehnt zu werden, aber auch seine Verzweiflung.



### 3.9 Motiv 9 – Die Wiese

Das dazu erarbeitete standardisierte Material befindet sich in Tab.: II.3.9.

Hanscarl Leuner benutzt in der Grundstufe seiner Methode der `Katathym-imaginativen Psychotherapie` ebenfalls das Standardmotiv der Wiese. *„Mit der Symbolik der Wiese als solcher verbindet sich zunächst am ehesten eine Beziehung zum Garten Eden, also einer friedfertigen, ausgleichenden, konflikt- und rivalitätsfreien und hinsichtlich der zu erwartenden Fruchtbarkeit mütterlich-oral getönten Welt. Das zeigen auch die freien Assoziationen von Teilnehmern meiner Seminare.“*<sup>563</sup>

Aus diesem Grund wurde die Wiese von Leuner als Motiv in die `Imaginative soziale Therapie` übernommen und wird in der Imagination gleichbedeutend mit Familie, in der sich der Klient mitunter Harmonie, Geborgenheit, Regeneration für den Berufsalltag oder einen Gegenpol dazu wünscht, gleichgesetzt. Die angrenzenden Geländeformen können als Freunde, Arbeitsfeld, Kollegen usw. symbolisiert werden. So enthält dieses Motiv einige Anteile aus dem Soziodrama, da es hierbei mehr um die Einordnung im sozialen Gefüge, z. B. der Familie oder Partnerschaft, geht und den daraus bisher entstandenen Kognitionen.

Durch die in der Imagination möglich gemachte Reflexion und die zumeist Neuorientierung, durch das Erarbeiten der Zukunftsgestaltung, können vom Klienten diesbezüglich entwickelte Ideen später, im Alltag, u. a. in das soziale Umfeld integriert werden.

Die Wiese ist, wie das Standardmotiv der Bach, jahreszeitlich unterschiedlich einsetzbar, was wiederum vom Berater/Therapeut kreativ genutzt werden kann. So bietet die Wiese in allen Jahreszeiten unterschiedliches Material, das für die Symbolik genutzt werden kann, und enthält somit Anteile aus der Erlebnispädagogik.

Der Klient wird gebeten, selbstständig Material aus der Natur, als Symbole aus der Vergangenheit und Gegenwart, zu sammeln. Z. T. werden physische Grenzerfahrungen gemacht, etwa wenn ein Klient aus einem Bach unbedingt einen Stein o. ä. als ein sehr wichtiges Symbol holen möchte, er aber entweder nicht die Kraft oder die Möglichkeiten dazu hat. Psychische Grenzerfahrungen liegen oft darin begründet, dass sich der Klient sehr intensiv mit seiner Vergangenheit und Gegenwart auseinandersetzen muss, da er nicht, wie in anderen Motiven, seine chronologisierte Biografie als Anhalts- oder Orientierungspunkt hat. Insofern wird die biografische Arbeit in diesem Motiv (je nach Fall) in das Anschlussgespräch verlegt und gemeinsam mit dem Klienten in der Imagination erarbeitet.

#### 3.9.1 Die Arbeitsmethode

Wie bei allen Imaginationen in der Natur, so sollte sich der Berater/Therapeut vorher ein Bild über die Gegebenheiten machen und abwägen, inwieweit die von ihm ausgewählte Wiese, mit dem was zu imaginieren ist, harmoniert. Denn damit Imaginationen gelingen, ist es wichtig, dass die vom Berater/Therapeuten kreierten Gegebenheiten so gut als möglich zum Fall passen. Die Wiese kann flach, hügelig, abfallend o. ä. sein, was je nach Fall in die Imaginierung einfließen kann.

Die Imagination mit der Wiese, sowie die der angrenzenden Gegebenheiten und die zur Verfügung stehende Zeit (für den Klienten bleiben meist ca. 15 bis 20 Minuten, um auf der Wiese aktiv zu sein) werden vom Berater/Therapeut vorgegeben.

Bei dieser Imagination ist relativ viel vom Berater/Therapeuten zu imaginieren und dem Klienten entsprechend zu erklären.

Die Zeit von 15 bis 20 Minuten, die der Klient auf der Wiese erhält, mag kurz erscheinen, hat sich aber bewährt. Die Klienten werden bei Zeitvorgaben über die 20 Minuten hinaus meist unruhig, ungeduldig, wollen öfter die verbleibende Zeit wissen oder beenden von sich aus die Imagination, weil genug gesammelt haben. So rate ich von längeren Imaginationen auf der Wiese ab, es sei denn, der Klient ist nach dieser Zeit weiterhin eifrig am Suchen und es überbeansprucht den zeitlichen Rahmen der Sitzung nicht.

Erfahrungen mit Klienten auf der Wiese haben gezeigt, dass es geschickt ist die Klienten zu bitten ihre Uhr abzuziehen, da sie bedingt durch die Zeitvorgabe, häufig auf die Uhr sahen, sich weniger gut auf

---

<sup>563</sup> Ebd.: S. 67

die Imagination einlassen konnten. Seither bereite ich die Klienten darauf vor, dass ich ihnen die letzten fünf Minuten, zwei Minuten und das Ende der Imagination zurufe.

Der Klient erhält einen offenen Behälter oder Korb und wird aufgefordert innerhalb von 15 oder 20 Minuten (je nach zur Verfügung stehendem Zeitfenster) imaginierte Dinge (für Menschen, Dinge, Begebenheiten usw.) aus der Vergangenheit und Gegenwart zu sammeln, die für ihn in den entsprechenden Bereichen sehr wichtig, unwichtig, gut oder schlecht waren bzw. sind oder (je nach Fall) was oder wer ihnen Anerkennung gab bzw. gibt. Die Aufgabenstellung differiert selbstverständlich von Fall zu Fall, sodass an dieser Stelle (wie auch bei allen übrigen Motiven) nicht alle Imaginationsvarianten dargelegt werden können.

Der offene Behälter/Korb ist wichtig, um dem Klienten einen ungehinderten Blick auf die gesammelten, imaginierten Dinge werfen zu lassen, so kann er diese immer wieder kontrollieren bzw. revidieren.

Ist die Zeit vorüber, wird der Klient aufgefordert, dem Berater/Therapeut vor Ort alle imaginativen Dinge zu erläutern. Begonnen wird dabei mit den imaginativen Dingen aus der Vergangenheit, die der Reihe nach nebeneinandergelegt werden. Dabei können die für den Klienten wichtigsten imaginierten Dinge z. B. etwas höher gelegt werden o. ä. Ebenso wird mit den imaginierten Dingen der Gegenwart verfahren. Für die Bearbeitung der Zukunft wird der Klient angeregt zu überlegen, welcher der bisher imaginierten Dinge er sich in der Zukunft noch, nicht oder wieder vorstellen könnte und wie er diese evtl. integrieren könnte.

Die Dinge, die der Klient nicht mehr integrieren möchte, werden nochmals benannt, sind sie nicht mehr relevant oder wurden hierfür Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden sie vom Klienten selbst weggeworfen. Die Dinge, die er integrieren möchte, werden ebenfalls besprochen und kommen an eine bestimmte Seite des Behälters/Korbes, wenn der Klient eine Lösung gefunden hat.

Die Dinge, für die sich noch keine Lösungen abzeichnen, werden wiederum an eine andere Seite des Behälters/Korbes gelegt und in der nächsten Sitzung thematisiert. Manchmal ergeben sich dabei Situationen, dass der Klient den Wunsch äußert, noch etwas Neues in die Zukunft zu integrieren, das er bisher vergessen hatte oder das er eben erst neu für sich entdeckt hat. Wenn er nicht von sich aus erneut einen imaginierten Gegenstand dafür sucht, kann der Berater/Therapeut ihn dazu motivieren. Die Dinge, die der Klient behalten möchte, kann er mitnehmen oder werden für den Klienten bis zur nächsten Sitzung (Durcharbeiten) vom Berater/Therapeuten aufgehoben und können evtl. in der Sitzung des Durcharbeitens vom Klienten thematisiert werden.

### 3.9.2 Einsatzmöglichkeiten

Der Einsatzbereich liegt im Themenkreis der *Familie und/oder Partnerschaft*, was in Anlehnung an Hanscarl Leuners Erfahrungen mit den Assoziationen seiner Klienten bezüglich einer Wiese übereinkommt, wie unter Kapitel II.2.9 bereits beschrieben. Vorstellbar sind jedoch auch andere Bereiche, wie Arbeitsumfeld, Freizeitbereich, Freundeskreis usw. In jedem Fall wird die Wiese als ein bestimmter Lebensbereich des Klienten, mit den entsprechend angrenzenden Lebensbereichen, symbolisiert.

Klienten, die angeben sich bisher in einem Bereich wohlgeföhlt zu haben und plötzlich nicht mehr, nicht wissen warum und was sich verändert hat, es sich nicht erklären können, lediglich spüren, dass etwas nicht mehr stimmt, sind u. a. die Klienten, die mit der Imagination der Wiese evtl. zu erreichen sind. Aber auch Klienten, die sich zu sehr auf einen Bereich konzentrieren und sich darüber erstaunt zeigen, dass in den anderen Bereichen sich einiges verändert hat, sie die Kontrolle darüber verlieren, sie spüren, dass sich die Bereiche im Ungleichgewicht befinden, ihnen Dinge oder Personen entgleiten u. v. m., können mit der Wiese neue Einsichten gewinnen.

4. Übersichtstabellen der standardisierten Motive mit den Anwendungsbereichen und Reflexion  
Die standardisierten Übersichtstabellen<sup>564</sup> zu jedem einzelnen Motiv sind als Einstieg in die 'Imaginative soziale Therapie', als Hilfe sowie zusätzliches Werkzeug bzw. Instrument gedacht, keinesfalls als feststehende Methode. Diesen Anspruch kann kaum eine Methode erheben, die in Bezug auf Menschen, deren Charakteren, Eigenheiten und Mängel usw. entstanden ist, dafür gibt es in allen Bereichen zu viele Facetten.

Das standardisierte Material enthält in der ersten Spalte die Bezeichnung des Motivs sowie das benötigte Material. Die zweite Spalte verweist auf die Voraussetzungen, wie versicherungstechnische, die Problemlagen des Klienten, die Mängelbereiche des Klienten sowie die derzeitige Klientensituation, die der Klient aufweisen kann, um durch das jeweilige Imaginationsmotiv Einsichten gewinnen zu können. Dabei ist, wie bei den nachfolgend genannten Spalten, nochmals darauf hinzuweisen, dass Verfeinerungen und Erweiterungen durchaus erwünscht sind, die 'Imaginative soziale Therapie' nicht als starres Gebilde bzw. Arbeitswerkzeug anzusehen ist, sondern als eine flexible Methode auf Basis des standardisierten Materials, mit dem Interesse durch die Imagination beim Klienten u. a. Handlungsfähigkeit, Veränderungen und Lernbereitschaft herzustellen. Es ist durchaus erwünscht, dass mit diesem nun folgenden standardisierten Material in der Form gearbeitet wird, dass es Erweiterungen erhält und somit als standardisiertes Einstiegsmaterial in die 'Imaginative soziale Therapie' gewertet wird.

Unter *Motivgestaltung* wird der ungefähre Ablauf, der Einsatz des Materials, die Haltung des Beraters/Therapeuten und Klienten beschrieben und die dem Fall entsprechend zu imaginierenden Dinge, Sachverhalte, Gegenstände, Personen usw. je nach Motiv angesprochen.

Unter *Anwendungsbereich* wird kurz erläutert, was beim Klienten mit dem entsprechenden Imaginationsmotiv erreicht werden könnte, wozu dieses Motiv der Imagination dienlich sein kann.

Je nach Motiv gestalten sich die Kombinationen von *Voraussetzungen*, *Motivgestaltung* und *Anwendungsbereich* in unterschiedlicher Weise.

Die Arbeitsweise besteht darin den jeweiligen Fall auf bestimmte Voraussetzungen hin zu untersuchen und das Motiv zu wählen, das dem Fall, im Bereich der *Voraussetzungen*, nahe kommt und im *Anwendungsbereich* am ehesten das widerspiegelt, was für den entsprechenden Klienten möglich gemacht werden soll.

Bei Fällen, in denen das Zuordnen nicht möglich erscheint, kann z. B.

- a) auf eine Imagination verzichtet werden,
- b) der Berater/Therapeut die Voraussetzungen, die der Klient mitbringt, einem Motiv neu zuordnen, das standardisierte Material erweitern oder
- c) ein neues Motiv entwickelt werden.

---

<sup>564</sup> Alle Übersichtstabellen sind in der Schriftgröße und dem Zeilenabstand so angepasst, dass sie für den Leser eine optimale Übersicht ermöglichen.

## Standardisiertes Material I:

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
<p>Motiv 1 Spaziergang</p> <p>Material: Gegenstand, der das Leben symbolisiert, evtl. einen Therapiehund</p>	<p>Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten vorliegen.</p> <p>Mehrere Sequenzen aus dem Lebenslauf oder aus der ausgewählten Situation sollten bekannt sein.</p> <p>Der Klient ist wenig selbstbewusst und/oder selbstständig.</p> <p>Der Klient trifft ungern bzw. wenig Entscheidungen, zeigt kaum Eigenverantwortung.</p> <p>Der Klient ist in vielen Dingen unstet.</p> <p>Der Klient verfolgt konsequent einen Leidensweg, ohne andere Varianten sehen zu wollen/ können.</p>	<p>Eine passende Wegstrecke muss vom Berater/Therapeuten ausgewählt werden.</p> <p>Der Berater/Therapeut symbolisiert bekannte Szenen aus der Klientenvergangenheit und -gegenwart. Der Klient kann zu jeder Zeit übernehmen und ist spätestens bei der Gestaltung seiner Zukunft der Hauptakteur.</p> <p>Eine Tür, die zu Beginn durchschritten wird, symbolisiert die Geburt des Klienten. Reale Gegenstände werden als Personen, Begebenheiten, Situationen usw. imaginiert.</p> <p>Das Leben des Patienten bekommt ein Symbol, welches dem Klienten in die Hand gegeben wird.</p> <p>Weggabellungen sind a) Entscheidungen, die hätten getroffen werden können und getroffen wurden b) Gelegenheiten, die sich geboten hätten oder haben c) Personenkontakte, für die man sich hätte entscheiden können oder entschieden hat.</p> <p>Das Abgehen des gewählten Weges ist die Fortdauer der Situation.</p> <p>Die Betrachtung der Zukunft findet an einer (mind. 3) Wegegabelung statt.</p>	<p><u>Themenkreis:</u> <u>Lebenslauf</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die Ursache der Problem-entwicklung und den dazugehörigen Kognitionen.</p> <p>Fördern von Einsicht in die Vielfalt (in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft) von Entscheidungsmöglichkeiten sowie in bisherige Entscheidungsfindungsprozesse, Eigenverantwortung und Selbstständigkeit.</p> <p>Ermöglichen von Reflexion der bestehenden/bestehenden Minderwertigkeitskomplexen.</p> <p>Ermöglichen neuer Sicht- und Handlungsweisen.</p>

Tab.: II.3.1

Standardisiertes Material II:

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
Motiv 2 Rote Luftballons	Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegen.	Dieses Motiv findet im Wald oder auf einer Wiese statt (möglichst abseits gelegen, zum Schutz vor Zuschauern), falls es das Wetter zulässt.	<u>Themenkreis:</u> <u>Überforderung</u>
Material: Rote Luftballons	Von einem Problem (Personen- oder sachbezogen), Defizit, einer Schwierigkeit u. ä. sind mehrere Unterpunkte (verschiedene Varianten, ähnliche oder wiederkehrende Szenen usw.) bekannt.	Der Klient ist der Hauptakteur.	Fördern von Einsicht in einzelne Problemlagen, in die Ursache/n deren Entwicklung und den dazugehörigen Kognitionen.
Eine vorne abgerundete Schere	Der Klient hat viele scheinbar unzusammenhängende Probleme.	Rote Luftballons können, je nach »Größe« des Problems vom Klienten aufgepustet werden. Für ein Problem können auch mehrere Luftballons benutzt werden.	Fördern von Einsicht, welche Probleme andere bedingen und in die Weitaufigkeit oder die Vielfalt der Probleme.
Dünnes Nähgarn	Der Klient ist kaum bis gar nicht in der Lage seine Probleme zu lösen. Der Klient fühlt sich damit überfordert.	Die Luftballons werden mit einem dünnen, leicht zerreißen Bindfaden vom Klienten selbst an bestimmte Körperstellen angebracht, die er für das Problem als z. B. hinderlich erachtet.	Fördern von Einsicht in die Belastungsart, die das Problem oder die Probleme mit sich bringt bzw. bringen, sowie die Reflexion darüber.
	Die Probleme kumulieren für den Klienten zunehmend.		Fördern von Handlungsfähigkeit Problemen Prioritätsunterschiede zuzuweisen und er-möglichen einer Prioritätenliste.
	Der Klient hat kaum bis keine Übersicht über seine Probleme usw.		Fördern von Einsicht in Problemlösungs-variablen und die Entwicklung von Möglichkeiten der Umsetzung in den Alltag.
	Fast alle oder alle Probleme haben gleiche Priorität für den Klienten.		

Tab.: II.3.2

## Standardisiertes Material III:

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
Motiv 3 Roter Faden  Material:  Rote Wäscheleine  Schere	<p>Mehrere Sequenzen aus dem Lebenslauf oder der ausgewählten Situation sollten bekannt sein, die evtl. Verbindung miteinander haben oder kumuliert sind.</p> <p>Der Klient ist wenig selbstbewusst und/oder selbstständig, häufig handlungsunfähig und zeigt kaum Eigenverantwortung.</p> <p>Der Klient verbleibt in seinem Leidensweg, ohne andere Varianten sehen zu wollen/können.</p> <p>Der Klient ist antriebslos und fühlt sich vielen Dingen gegenüber hilflos ausgeliefert, hat evtl. resigniert.</p>	<p>Das Motiv sollte vorzugsweise in der Natur stattfinden. Wird der ganze Körper eingebunden, sollte die Imagination in einem geschützten Raum stattfinden (s. Motiv 2).</p> <p>Der Berater/Therapeut ist, was Vergangenheit und Gegenwart angeht, der Hauptakteur.</p> <p>Die Zukunft wird vom Klienten aktiv gestaltet.</p> <p>Für jede Sequenz aus der Klientengeschichte wird der Klient an Körperteilen (eins oder mehrere) oder dem ganzen Körper mit dem roten Faden einmal umwickelt, welches als wirksames Problem imaginiert wird, das sich durch das Leben des Klienten zieht bzw. Einfluss auf das Leiden des Klienten hat.</p> <p>Die Entscheidung für bestimmte Körperteile trifft der Berater/Therapeut, je nachdem, ob die Probleme den Klienten z. B. im Beruf behindern (in diesem Fall wären die Arme, je nach Tätigkeit; ratsam), er sich emotional, rational oder physisch nicht bewegt (diesem Fall wären die Beine angeraten), oder wenn der Klient vieles über sich ergehen lässt (in diesem Fall bietet sich der ganze Körper an, s. Fall 3).</p> <p>Der Klient bekommt am Schluss der Imagination zur Erinnerung ein Stück seines roten Fadens mit.</p>	<p><u>Themenkreis:</u> <u>Handlungsunfähigkeit</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die chronologische Entwicklung der Leidensgeschichte und den bisherigen Kognitionen.</p> <p>Fördern von a) Einsicht in evtl. vorhandenes Resignationsverhalten und b) Reflexion dieses Verhaltens.</p> <p>Fördern von Einsicht „den Faden (das Geschehen)“ selbst in der Hand zu haben, eigenverantwortlich handeln zu können und vorhandene Ressourcen entdecken zu können.</p> <p>Ermöglichen von Handlungsfähigkeit im Alltag.</p>

Tab.: II.3.3

## Standardisiertes Material IV:

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
<p>Motiv 4 Die Stadt</p> <p>Material: Kein Materialeinsatz nötig</p>	<p>Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten vorliegen.</p> <p>Der Klient sollte in der betreffenden Stadt keine allzu bekannte Persönlichkeit sein.</p> <p>Der Klient hat Probleme, was die schulische, berufliche oder soziale Orientierung angeht.</p> <p>Der Klient ist mit seinem Leben in finanzieller, sozialer, schulischer oder beruflicher Hinsicht unzufrieden oder demotiviert.</p> <p>Der Klient ist in schulischen oder beruflichen Dingen unzufrieden oder sieht keine Entwicklungsperspektive.</p> <p>Der Klient hat Schwierigkeiten sich im sozialen Gefüge einzuordnen.</p>	<p>Der Berater/Therapeut muss vor der Imagination die für die Imagination geplanten Stationen (z. B. weiterführende Schulen, Universität, Kaufhaus, Büro oder Obdachlosenasy) aufsuchen und mitunter in bestimmten Institutionen um Besuchserlaubnis bitten.</p> <p>Es sollten vom Berater/Therapeuten möglichst unterschiedliche Stationen aufgesucht werden (von sozial und gesellschaftlich angesehenen bis hin zu weniger angesehenen Varianten).</p> <p>Der Klient wird zum Beobachter, der Berater/Therapeut zum »Führer« durch die imaginierte Stadt.</p> <p>Die Stadt wird zur surrealen <i>Cyberworld</i> verfremdet und als solche imaginiert.</p> <p>Unterschiedliche berufliche, schulische und/oder soziale Stationen werden betrachtet.</p> <p>Der Klient wird aufgefordert, falls er möchte mit den dort vorhandenen Personen Interviews zu führen, um Informationszugang zu der jeweiligen Station zu erhalten.</p>	<p><u>Themenkreis:</u> <u>Soziale, berufliche oder schulische Desorientierung</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die eigene soziale, berufliche oder schulische Einordnung.</p> <p>Fördern von Einsicht in eigene Stärken, Mängelbereiche, bisherige Kognitionen, Eigenverantwortung und Selbstständigkeit und fördern u. a. des Selbstbewusstseins, der Selbstständigkeit sowie der Stärken.</p> <p>Fördern von Einsicht in die Vielfalt von Entscheidungsmöglichkeiten der weiteren schulischen, sozialen oder beruflichen Entwicklung.</p> <p>Motivation zur Entscheidungsfindung und Handlungsfähigkeit in der Zukunft sowie dessen Umsetzung in den Alltag.</p>

Tab.: II.3.4

## Standardisiertes Material V (Teil 1):

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
<p>Motiv 5 Die Treppe (Eine Treppe mit mind. 15 Stufen)</p> <p>Material s. Teil 2</p>	<p>Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten vorliegen.</p> <p>Der Klient muss körperlich in der Lage sein, Treppen gehen zu können.</p> <p>Der Klient muss mit Gewichten belastbar sein.</p> <p>Der Klient muss schwindelfrei und standfest sein.</p> <p>Der Lebenslauf des Klienten muss in etwa bekannt sein oder eine/mehrere Sequenz/en mit vielen Details.</p> <p>Der Lebenslauf oder ein, bis mehrere Sequenzen enthalten, mehrfach Belastungen, Überforderungssituationen und/oder Leidensphasen.</p>	<p>Die ausgewählte Treppe sollte im Freien sein, mind. 15 Stufen haben und vor fremden Blicken weitgehend geschützt sein.</p> <p>Der Klient ist der Hauptakteur, der Berater/Therapeut benennt lediglich die bekannten Situationen im chronologischen Ablauf, gibt die Lebenssequenz und die dafür zu bewältigenden Stufen vor.</p> <p>Die Imagination beginnt an der untersten Treppenstufe und wird nach oben gegangen.</p> <p>Die Treppe hat im günstigsten Fall ausreichend Stufen, andernfalls sollten Stufen angetippt werden, Stufen mehrfach benutzt werden o. ä.</p> <p>Ein Rucksack, Hanteln, Gewichtersatzmaterial und mehrere, gut an den Körper anzubringende, Gewichte sollten bereitliegen.</p> <p>Der Klient nimmt in jeder Sequenz Gewichte entsprechend dem Gefühl seiner Leidsituation bzw. gefühlten Belastung Gewichte auf, belässt sie oder legt entsprechend Gewichte ab.</p>	<p><u>Themenkreis:</u> <u>Psychische Belastungssituationen</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die Leidensdauer, Leidensform und Grundproblematik sowie die damit verbundenen Kognitionen.</p> <p>Fördern von Einsicht in die Fähigkeit Leiden zu erdulden bzw. die Vermittlung von Einsicht in die eigene Leidsfähigkeit und fördern von Einsicht in die unterschiedliche Gewichtung des Leids.</p> <p>Fördern von Einsicht in Entlastungssituationen und deren Wirkungen.</p> <p>Der Klient erhält die Möglichkeit der Übersicht über Teile aus seiner Vergangenheit, Gegenwart und die individuelle Gestaltungsmöglichkeit seiner Zukunft.</p> <p>Dem Klienten soll ermöglicht werden neue Ziele zu definieren, Veränderungen anzugehen, im Hinblick auf das, was gewesen ist und noch besteht.</p>



Standardisiertes Material V (Teil 2):

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
<p>Motiv 5</p> <p>Material:</p> <p>Ein Rucksack</p> <p>Unterschiedliche Gewichtsvarianten von 0,5 bis 3 kg:</p> <p>a) zum Anbringen an den Körper (z. B. Gewichtsmanschetten),</p> <p>b) zum Tragen (z. B. Hanteln oder Naturmaterialien) oder</p> <p>c) zum Befüllen des Rucksacks (z. B. Reispackungen)</p> <p>Utensilien für die Zukunftsaussichten wie z. B. ein Tisch mit einer Tasse Tee, Kaffee, einer Kerze oder ein Stuhl o. ä.</p>	<p>Der Klient hat hohen Leidensdruck, er empfindet Situationen, Personen oder Dinge als Belastung und leidet darunter, kann es verbalisieren, z. T. jedoch ohne das Ganze zu überblicken.</p> <p>Häufig kann der Klient kein Grundproblem erkennen.</p> <p>Der Klient lässt i. d. R. die Probleme und das Leiden auf sich wirken, statt es konstruktiv anzugehen.</p> <p>Der Klient hat Situationen, Begebenheiten o. ä. aus der Vergangenheit nicht verarbeitet.</p> <p>Der Klient hat kaum Zukunftsgedanken, er verbleibt und handelt fast nur im Hier und Jetzt, ist mit der derzeitigen Situation unzufrieden und leidet zum wiederholten Male.</p> <p>Der Klient kann Ziele selten definieren.</p>	<p>Die Zukunftsaussicht sollte, mit minimalem Aufwand (z. B. gedeckter Tisch, Stuhl zum Ausruhen), individuell auf den Klienten abgestimmt, attraktiv gestaltet werden und dieses »Zielbild« sollte vom Klienten möglichst bald eingesehen werden können.</p> <p>Die Bearbeitung der Zukunftsvarianten sollte in angenehmer, entspannter Körperhaltung am <i>Zielbild</i> erarbeitet werden.</p> <p>Bezüglich der Zukunftsvision des Klienten wird wieder die Gewichtsverteilung vom Klienten überdacht und gegebenenfalls verändert.</p>	<p>Das »Zielbild« (Zukunft) sollte im Handeln nicht aus den Augen verloren werden, zielgerichtetes Handeln in die Gegenwart einfließen, verbunden mit dem Wissen, wie es einmal war.</p>

Tab.: II.3.5

## Standardisiertes Material VI (Teil 1):

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
Motiv 6 Der Bach  Material s. Teil 2	<p>Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegen.</p> <p>Situationen, in denen der Klient Zukunftsangst zeigte, oder die sein Verhalten evtl. ausgelöst haben, müssen bekannt sein.</p> <p>Der Klient kann wenig positiv in die Zukunft blicken. Er hat Zukunftsangst.</p> <p>Der Klient behindert sich oder andere im Handeln aus Angst vor möglichen Gefahren. Er will sich und/oder andere vor negativen Erfahrungen schützen.</p> <p>Der Klient hat in seinem Leben wenig Hilfe erfahren oder glaubt wenig Hilfe erfahren zu haben.</p>	<p>Der Berater/Therapeut muss vor der Imagination einen entsprechenden Bachlauf auswählen. Hindernisse im Bach müssen in etwa mit den Sequenzen aus dem Leben des Klienten übereinstimmen.</p> <p>Der Berater/Therapeut ist der »Führer« bei der Nennung bzw. Imaginierung der einzelnen Sequenzen.</p> <p>Der Bach wird als Lebenslauf und ein schwimmender Gegenstand als Klient imaginiert. Dieser imaginierte Gegenstand wird vom Klienten selbst an einer vom Berater/Therapeuten aus-gesuchten Stelle in den Bachlauf gegeben.</p> <p>Alle anderen Gegenstände am und ebenso im Bach werden vom Berater/Therapeuten individuell passend zur Sequenz imaginiert. Imaginiert der Klient eigenständig Gegenstände, ist dies vom Berater/Therapeuten aufzugreifen und im Verlauf der Imagination zu berücksichtigen bzw. einzubringen.</p> <p>Hindernisse, die sich aufun, an denen das Symbol für den Klienten hängen bleibt, werden als schwierige, problematische, traumatische u. ä. Sequenzen aus dem Leben des Klienten für die Vergangenheit und Gegenwart vom Berater/Therapeuten imaginiert z. T. auch vom Klienten selbst.</p>	<p><u>Themenkreis:</u>  <u>Zukunfts- oder Lebensangst</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die bisherige Bewältigung oder Nicht-Bewältigung von Ereignissen, Erfahrungen usw. und den damit verbundenen Kognitionen.</p> <p>Fördern von Einsicht in die eigene Einflusnahme auf das Leben.</p> <p>Fördern von Einsicht in Ressourcen aber auch Mängelbereiche.</p> <p>Fördern von Einsicht, wann dem Klienten Hilfe zuteilwurde und wann nicht und wie er dies für sich einordnen konnte/kann.</p> <p>Fördern von neuen Kognitionen wie z. B. die Schaffung von Vertrauen in die Möglichkeiten die Zukunft anders als bisher zu sehen, in dem Wissen, dass nicht alles planbar und vorhersehbar ist.</p>

## Standardisiertes Material VI (Teil 2):

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
<p>Material:</p> <p>Das Material bietet die Natur und wird vor Ort integriert.</p>	<p>Der Klient neigt dazu alles im Leben möglichst genau zu planen und ist i. d. R. enttäuscht, wenn etwas nicht zu seiner Zufriedenheit gereicht oder sich seiner Planung entzieht.</p> <p>Der Klient nimmt ungern Hilfe an bzw. fordert sie kaum ein aus Angst er könne als unfähig angesehen werden.</p>	<p>Der Klient ist Beobachter, und gegebenenfalls Handelnder, z. B. wenn er etwas zur Sequenz erinnert, anders imaginiert haben möchte oder aber sein Symbol, das an einem Hindernis hängen bleibt benennen möchte, für das der Berater/Therapeut keine Sequenz aus seinem Leben kennt.</p> <p>Der Klient kann jederzeit, in jeglicher Form, in das Geschehen eingreifen z. B. sich (Klientensymbol im Bachlauf) aus einer misslichen Lage befreien oder um Hilfe bitten.</p> <p>Für die Gestaltung der Zukunft können unterschiedliche Möglichkeiten ergriffen werden wie z. B.</p> <p>a) das Symbol für den Klienten wird vom Klienten selbst aus dem Bach genommen, der Bachlauf vom Beginn an noch einmal abgeschritten, um anschließend eine Zukunftsversion zu erarbeiten, wobei das Symbol vom Klienten wieder am Gegenwartspunkt im Bachlauf in den Bachlauf gegeben werden kann</p> <p>b) ähnlich wie a) nur, dass Überlegungen angestellt werden, wie er damals anders hätte entscheiden können oder</p> <p>c) das Klientensymbol verbleibt im Bachlauf, der Klient beobachtet was passiert, wird aufgefordert seine Ideen für die Zukunft daran zu entwickeln.</p>	<p>Fördern von Handlungsfähigkeit.</p> <p>Entwicklung von Zuversicht in die Zukunft.</p>

Tab.: II.3.6

## Standardisiertes Material VII:

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
<p>Motiv 7 Die Gewichte</p> <p>Material: Ein Rucksack</p> <p>Zusätzlich Behälter, die mit Gewichten gefüllt werden können.</p> <p>Unterschiedliche Gewichtsvarianten von 0,5 bis 3 kg, sowie Material aus der Natur s. Motiv 5</p>	<p>Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegen.</p> <p>Der Klient hat Gewichtsprobleme oder körperliche Probleme bedingt durch psychische Schwierigkeiten, Erkrankungen o. ä.</p> <p>Der Klient hat eine oder mehrere körperliche und/oder seelische Belastungssituation/en und/oder empfindet Umstände, Dinge, Personen o. ä. als Belastung.</p> <p>Der Klient ist seelisch und/oder körperlich nicht im Gleichgewicht.</p>	<p>Die Motivgestaltung findet in der Natur statt.</p> <p>Je nachdem, was dem Klienten an Einsichten ermöglicht werden soll, kann dieses Motiv mit den Motiven 1, 8 und 9 kombiniert werden. Motiv 5 ist immer mit Gewichten zu gestalten.</p> <p>Der Klient wird, je nach Motivgestaltung, zum Beobachter und/oder Handelnden, der Berater/Therapeut zum »Erklärenden« oder »Aglierenden«.</p> <p>Je nach Einschätzung des Beraters/Therapeuten zum Fall übernimmt a) in der Vergangenheits- und Gegenwartsdarstellung der Berater/Therapeut die Verteilung der Gewichte und in der Zukunftssequenz der Imagination der Klient selbst (s. Fall 7 und 10) oder b) der Klient übernimmt die Verteilung der Gewichte (s. Fall 5) komplett.</p>	<p><u>Themenkreis:</u> <u>Kombination von physischer und psychischer Belastung</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die Belastungssituation der Vergangenheit der Gegenwart und der bisher bestehenden Kognitionen.</p> <p>Fördern von Einsicht in die Vielfalt von Entscheidungsmöglichkeiten für die eigene Zukunft sowie die Entwicklung von Motivation zur Entscheidungsfindung zwecks Neuorientierung.</p> <p>Entwicklung von Einsicht in die Istsituation bezüglich Eigenverantwortung, Ressourcen und Mängelbereiche des Klienten.</p>

Tab.: II.3.7

## Standardisiertes Material VIII:

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
<p>Motiv 8 Die Brille</p> <p>Material: Wassergefüllte Plastikflaschen Naturmaterialien vor Ort</p> <p>Eine präparierte Sonnenbrille: An die Brillenbügel wird ein Papierstreifen mit der Aufschrift des beherrschenden Themas mit Klebestreifen so angebracht, dass der Klient, wenn er diese Brille aufzieht, fast nur noch das Papier mit der Aufschrift sehen kann.</p> <p>Evtl. noch benötigtes Zusatzmaterial (s. dazu Fall 8)</p>	<p>Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegen.</p> <p>Der Klient hat körperliche Probleme evtl. bedingt durch psychische Schwierigkeiten, Erkrankungen o. ä., die er focussiert.</p> <p>Der Klient hat eine seelische Belastungssituation und/oder empfindet Umstände, Dinge, Personen o. ä. als Belastung und stellt dies in den Fokus.</p> <p>Der Klient lebt fast nur noch für ein Ziel, das es für ihn zu erreichen gilt.</p> <p>Der Klient ist auf einen Umstand (Problem, Krankheit, Wunsch usw.) so fixiert, dass er seine Umwelt kaum noch wahrnehmen kann, dadurch familiär oder beruflich z. B. in Schwierigkeiten kommt.</p>	<p>Das Motiv kann im Beratungsraum, sollte aber vorzugsweise auf einer Wiese oder im Wald stattfinden.</p> <p>Der Klient wird zum Handelnden, der Berater/Therapeut erklärt lediglich den Ablauf und stellt die Vergangenheit und Gegenwart des Klienten dar.</p> <p>Der Berater/Therapeut übernimmt die Aufstellung eines Parcours mit den gefüllten Wasserflaschen und Materialien aus der Natur.</p> <p>Der Berater/Therapeut fordert, für den Bereich der Vergangenheit, den Klienten auf den Parcours ca. 2-3-mal abzugehen und richtet parallel dazu über Situationen aus der Vergangenheit des Klienten. Dabei wird dem Klienten jeweils eine Aufgabe gestellt, die parallel dazu bewältigen muss, je nachdem wie sich dies im realen Leben darstellt (s. Fall 8, ein Schreibblock und Stift für den Arbeitsbereich, eine Puppe als Symbol für ihr Kind). Entsprechendes Material ist bereitzustellen.</p> <p>Der Berater/Therapeut bittet anschließend den Klienten, für den Bereich der Gegenwart, die präparierte Brille aufzuziehen und fordert den Klienten, unter denselben Bedingungen wie vorher ohne Brille, wieder auf den Parcours wenn möglich 2-3-mal abzugehen. Dabei verbalisiert der Berater/Therapeut die derzeitige Situation des Klienten.</p> <p>Die Zukunftsvariante wird vom Klienten selbst entwickelt und im Parcours wenn möglich ca. 2-3-mal umgesetzt.</p>	<p><u>Themenkreis:</u> <u>Fokussierung</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die Entstehungsschichte des focussierten Themas und fördern von Einsicht in die Focussierungsproblematik, der bisherigen Kognitionen und den daraus entstandenen Problemen.</p> <p>Ermöglichen der diesbezüglichen Einordnung und Neuorientierung.</p> <p>Entwicklung von Motivation die eigene Lebensqualität zu verbessern.</p> <p>Fördern von Einsicht in die Vielfalt von Integrationsmöglichkeiten des focussierten Themas in die eigene Zukunft.</p>

Tab.: II.3.8

## Standardisiertes Material IX:

Motiv und benötigtes Material	Voraussetzungen	Motivgestaltung	Anwendungsbereich
Motiv 9 Die Wiese  Material:  Ein Korb oder ein anderer, offener Behälter	<p>Bei minderjährigen Klienten muss die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegen.</p> <p>Der Klient fühlt sich im Lebensbereich Familie/ Partnerschaft nicht (mehr) wohl, kann aber die Ursache nicht entdecken.</p> <p>Der Klient ist sich unsicher bezüglich Entscheidungen in der Familie/Partnerschaft oder den Entscheidungen, welche die Familie oder Partnerschaft betreffen.</p> <p>Der Klient ist sich in seiner Partnerschaft unsicher, was Entscheidungen in/für diese/r anbelangt.</p> <p>Der Klient kann kaum Prioritäten in seinem sozialen Umfeld setzen.</p>	<p>Der Berater/Therapeut muss entsprechend den Anforderungen des Falls eine Wiese auswählen.</p> <p>Der Klient wird zum Handelnden, der Berater/Therapeut erläutert lediglich am Anfang die Imagination.</p> <p>Der Klient befüllt (mit der Zeitvorgabe von 15-20 Minuten) den Behälter/Korb mit imaginierten Dingen aus der Vergangenheit und Gegenwart der Familie/Partnerschaft, die ihm wichtig waren/sind, besonders gut oder schlecht waren/sind.</p> <p>Nachdem die Zeit um ist, erklärt der Klient dem Berater/Therapeuten, was er für a) die Vergangenheit und b) die Gegenwart gesammelt hat und was es damit auf sich hat.</p> <p>Hat der Klient alles erläutert, werden die gesamten Dinge auch bezüglich der Zukunft eingeordnet und bearbeitet und evtl. in die Zukunft (auf die eine oder andere Art) integriert.</p> <p>Der Klient bekommt für ihn wichtige, imaginierte Gegenstände mit nach Hause.</p>	<p><u>Themenkreis:</u> <u>Familie und/oder Partnerschaft</u></p> <p>Fördern von Einsicht in die Familien- oder Partnersituation, in die Ursache des Problems und den dazugehörigen Kognitionen.</p> <p>Fördern von Handlungsfähigkeit und -möglichkeit und ermöglichen der diesbezüglichen Einordnung und Neuorientierung.</p> <p>Entwicklung von Motivation zur Entscheidungsfindung zwecks Neuorientierung, sowie evtl. Familienmitglieder/Partner zur Mitarbeit zu bewegen.</p> <p>Fördern von Einsicht in die mögliche Zukunft in und mit oder ohne die Familie oder Partnerschaft.</p> <p>Fördern von Neuordnung z. B. der Prioritätenfolge von Familie, Arbeitskollegen, Freundeskreis usw.</p>

Tab.: II.3.9

Reflexion:

Zur Reflexion möchte ich zwei Zitate heranziehen, welche meiner Meinung nach das zusammenfassen, was u. a. reflektorisch zu beachten ist:

„Läßt man die Formulierung über eine alternative Imagination aus, kann der Patient in einen inneren Widerstreit geraten. Er fühlt sich einerseits an die gestellte Aufgabe fixiert, andererseits stört ihn ein spontan auftretendes Bild in ihrer Erfüllung. Er wird dann stocken, um mit diesem Konflikt zurechtzukommen.“<sup>565</sup> Aus diesem Grund ist es wichtig, dem jeweiligen Klienten als Alternative zur Imagination weitere Beratungsstunden anzubieten.

„DAS ERKENNEN UN AUSGEDRÜCKTER GEFÜHLE. Wiederholt ist die Auffassung betont worden, dass der Berater dem Gefühl des Klienten gegenüber jederzeit aufnahmebereit sein muß. Darüber hinaus sollte betont werden, dass nur über Gefühle gesprochen werden sollte, die der Klient ausgedrückt hat. Häufig verfügt der Klient über Einstellungen, die in dem, was er sagt, impliziert sind oder die der Berater aufgrund eingehender Beobachtung bei ihm vermutet. Das Erkennen solcher Einstellungen, über die der Klient noch nicht gesprochen hat, kann – wenn diese Einstellungen nicht allzu sehr unterdrückt sind – den Prozeß der Therapie beschleunigen. Wenn es sich jedoch um unterdrückte Einstellungen handelt, dann kann ihr Erkennen durch den Berater für den Klienten zu einer Bedrohung werden und Widerstand und Empörung hervorrufen und in manchen Fällen zum Abbruch der beratenden Kontakte führen.“<sup>566</sup>

Empowerment kann vom Berater/Therapeuten weder forciert noch erzwungen werden, der Klient gibt das Tempo vor. Die Lösungen liegen im Klienten selbst, sie können mithilfe des Beraters/Therapeuten und seinen entsprechenden Methoden beim Klienten reifen und sich entwickeln. Diese Technik erinnert an den Ablauf einer Geburt: Der Berater/Therapeut ist der *Entbindungshelfer*, der mit seinen Methoden und Techniken dem (*schwangeren*) Klienten hilft seine Lösungen (*sein Baby*) zu entwickeln<sup>567</sup> bzw. zu gebären.

---

<sup>565</sup> Ebd.; S. 62

<sup>566</sup> Rogers, Carl 1972; S. 140

<sup>567</sup> In der Hebammensprache bedeutet „Das Kind entwickelt sich.“, die Phase der Geburt in der sich ein Säugling auf dem Weg durch den Geburtskanal befindet, Kopf und Körper langsam herausgleiten.

### III. Beschreibung von 10 Fällen

#### 1. Darstellung der Fallbeschreibung

Alle Fälle werden in Form eines vollständigen Gedächtnisprotokolls aus dem Erstgespräch begonnen, welches aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **A**, **B**, und **C** in Stichpunkten festgehalten und den diesbezüglichen Erinnerungen dazu entwickelt wurde und zu jedem, in Folge dargestellten Fall, hinzugefügt ist. An die Anamnese, festgehalten in den standardisierten Arbeitsbögen **A**, **B**, und **C**, schließt sich die Problemanalyse und Bedingungsanalyse, mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials **D** und der ebenfalls zu jedem Fall beigefügten Problemanalyse an, dessen Inhalt kurz erläutert wird. Die aus dem Erstgespräch enthaltenen Informationen zu K, S, V und E werden in einer Kurzübersicht dargestellt und fallspezifisch ausgewertet.

Zu Beginn der Darstellung der Imagination wird kurz begründet, weshalb dieses Motiv für diesen Fall gewählt wurde. Dazu wurde das zu jedem Fall beigefügte standardisierte Arbeitsmaterial **E** verwendet in dem, ebenso wie in allen anderen Arbeitsmaterialien, Stichpunkte festgehalten werden. Die Imagination wird, wie das Durcharbeiten der Imagination (die erste Stunde nach der Imagination), durch ein vollständiges Gedächtnisprotokoll wiedergegeben, welches sich aus Material der standardisierten Arbeitsmaterialien **B**, **C**, **F** oder **G** und den entsprechenden Erinnerungen dazu (die nicht gesondert aufgeführt werden) zusammensetzt.

Die daran anschließenden Sitzungen werden in einer Zusammenfassung aller Protokolle aus den angelegten standardisierten Arbeitsmaterialien von **B**, **C** oder **G** und den entsprechenden Erinnerungen wiedergegeben, die ebenfalls nicht gesondert aufgeführt werden. Eine Kurzübersicht von K, S, V und E aus der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung wird zu jedem Fall hinzugefügt und fallspezifisch ausgewertet, um in diesem Bereich evtl. Veränderungen im Vorher-Nachher-Vergleich darlegen zu können. Zwecks weiteren Vergleichen wird das standardisierte Arbeitsmaterial **H** zu jedem Fall beigefügt.

Die Abschlusssitzung wird in Form eines vollständigen Gedächtnisprotokolls dokumentiert und beinhaltet den Vorher-Nachher-Vergleich, die Lösung des Problems, sowie die Zukunftsorientierung des Klienten. Für alle in Folge dargelegten Wirkungsweisen zu den einzelnen Fällen gilt:

In der Imagination erleben Klienten alte Lern- und Lebenserfahrungen in einem neuen Umgebungsrahmen. „Diese stabile positive Übertragungslage ermöglicht dem Patienten eine weitgehende, aber kontrollierte Regression in den Bereich der symbolischen Erlebnisweisen (...).“<sup>568</sup> argumentiert Hanscarl Leuner (1994) bezüglich der wirksamen Faktoren seiner Tagtraumtechnik unter „Spezifische Übertragungsrelation“, die für die `Imaginative soziale Therapie` ebenfalls zutrifft.

Alte Verhaltensmuster werden gestört, weil sich die Imagination von dem Erlebten deutlich unterscheidet, dennoch festen Bezug zum Erlebten herstellt. Alfred Schütz (2004) bemerkt dazu<sup>569</sup>: „(...) die freiwillige Überdeckung eines Themas durch ein anderes, während das erste noch im Griff bleibt. Durch solche Überdeckung (...) gelangen neue thematische Relevanzen ins Spiel, neue Gegebenheiten, die bis jetzt im horizontartigen Feld des ersten Themas lagen, werden nun in den thematischen Kern gezogen.“<sup>570</sup> Und Leuner (1994) bemerkt als wirksamen Faktor die „Vergegenwärtigung“<sup>571</sup>, das bewusste Aufnehmen der Imagination, ihrer Bedeutung das Entdecken und Zulassen von Emotionen. Ebenso wie Leuners Imaginationen machen die Imaginationen der `Imaginativen sozialen Therapie` Unbewusstes und Konfliktlagen für den Klienten durch Konfrontation sichtbar, weil sie durch die Imagination als Objekt und „Gegenstand der Wahrnehmung“<sup>572</sup>, von der Person abgekoppelt sind.

So werden in den Imaginationen der `Imaginativen sozialen Therapie` alte Verhaltensmuster deutlich, können aber nicht eins zu eins von der Realität in die Imaginationen (und umgekehrt) übertragen werden.

<sup>568</sup> Leuner, Hanscarl 1994; S. 123

<sup>569</sup> Schütz, Alfred in: List, Elisabeth (2004), greift auf den psychologischen Sachverhalt zurück, dass ein Denkthema freiwillig durch ein neues schrittweise ersetzt werden kann, somit vertieft oder erweitert wird. Die Aufmerksamkeit hat sich zwar verändert aber das erste, ursprüngliche Thema bleibt erhalten.

<sup>570</sup> Ebd.; S. 93

<sup>571</sup> Leuner, Hanscarl 1994; S. 123 f.

<sup>572</sup> Ebd.; S. 124



Im Mittelpunkt der Imaginationen der 'Imaginativen sozialen Therapie' stehen Konfrontationen, die „(...) «Mikrokatharsis» und [das] «Durchleben und Durchleiden» (...)»<sup>573</sup>. Durch diese Diskrepanz, einer veränderten Übertragungsrelation, werden die Klienten u. a. in die Lage versetzt alte Muster wahrzunehmen und neue Verhaltensmuster zu entwickeln und zu lernen. „Das Ich erfährt daran zunehmende Stärkung und Bestätigung seiner Autonomie als Teil eines Reifungsprozesses.“<sup>574</sup> Zumal der Klient jederzeit spontan die Ausgestaltung der Imagination in Eigenregie übernehmen kann, was für den Patienten einen großen Gewinn darstellt, was Hanscarl Leuner z. B. als wirksame Faktoren der Tagtraumtechnik wertet. Im Durcharbeiten und der Möglichkeit während der Sitzungen immer wieder auf das Erlebte während der Imagination zurückgreifen zu können, lassen die symbolischen Bilder nach- und rückwirken. Diese können zudem bearbeitet werden und bisherige kognitive Verhaltensweisen vom Klienten können dadurch eine Veränderung erfahren. Er kann Schritt für Schritt Lösungswege entwickeln und Veränderungen in seinen Alltag übernehmen, einüben und lernen. Lernprozesse werden im Probanden umgesetzt<sup>575</sup>.

Daran an schließt sich die Reflexion zum konkreten Fall.

Die anschließenden nicht-standardisierten, informellen Telefonate sind, ebenso wie die zufälligen Begegnungen mit den Klienten, durch Gedächtnisprotokolle festgehalten, für die es kein standardisiertes Arbeitsmaterial gibt.

Drei Fälle, Fall 3, Fall 6 und Fall 10 werden detaillierter vorgestellt.

Diese drei Fälle habe ich zur detaillierten Dokumentation ausgewählt, da sie durch ihre Merkmale u. a. einen Einblick in die Vielfalt der Einsatzmöglichkeiten der 'Imaginativen sozialen Therapie' geben. Fall 3 beschreibt eine Klientin, die absolut resigniert hatte und fast vollständig handlungsunfähig war, Fall 6 eine traumatisierte Klientin und Fall 10 eine schizophrene Klientin mit Halluzinationen, die bes. unter körperlichen Beschwerden litt.

---

<sup>573</sup> Ebd.; S. 122

<sup>574</sup> Ebd.; S. 123

<sup>575</sup> Vgl. ebd. und siehe auch Kapitel III.5.

## 2. Fall 1 unter Nutzung von Motiv 1

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von Kapitel III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 1 ist der *Spaziergang*. Dieser Fall war der Erste, bei dem die 'Imaginative soziale Therapie' zum Einsatz kam.

### 2.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll<sup>576</sup>

Im August 2005 stellte sich eine Mutter mit ihrem 18-jährigen Sohn in meiner Beratungspraxis vor. Während des Erstgesprächs ließ er vorwiegend seine Mutter reden und machte auf mich den Eindruck, dass er wenig Eigeninitiative zu Veränderungen besaß. Zudem hatte ihn seine Mutter zu mir gebracht, er schien seiner Mutter zuliebe bei mir zu sein. Seine Mutter erzählte, ihr Sohn sei 1987 geboren und das einzige Kind geblieben. Die Mutter habe sich scheiden lassen, als der Klient 12 Jahre alt gewesen sei, und habe seit ca. einem Jahr einen neuen Lebenspartner.

Der Klient gab an, es fehle ihm an Selbstbewusstsein und Selbstständigkeit. Er entwickle keine Eigeninitiative, träfe ungern Entscheidungen, habe keinen Antrieb etwas zu tun, so seine Mutter. Sie bemängelte, dass er kaum Sport mache. Früher sei er im Radsportsport tätig, aber es fehle ihm derzeit der Partner dazu. Er betreibe nur den Sport, den er für seine Ausbildung benötige und der am Ausbildungsort für die Auszubildenden angeboten werde, aber privat mache er nichts. Er gehe kaum aus, habe keine Freunde, mit denen er etwas unternehmen würde, klagte seine Mutter.

Sie bemerkte, dass sie ihren Sohn wohl überbehüte, das habe sie bereits ihre Psychologin gesagt bekommen, bei der sie drei Jahre wegen eines anderen Problems in Behandlung gewesen sei.

Bis zum Beginn der Berufsausbildung ihres Sohnes hatte sie als Mutter die Hausaufgaben von ihrem Sohn oft selbst gemacht, stark beeinflusst und viel geholfen. Schwierig war dies für sie bereits in Klasse acht und neun, was ihr, angesichts des Lernstoffes, in dem ihr gänzlich unbekanntem Beruf ihres Sohnes, gar nicht mehr möglich war. Sie fühlte sich auch dadurch überfordert und hilflos.

Die Mutter erzählte, dass ihr Sohn im dritten Lehrjahr einer Berufsausbildung sei und die Zwischenprüfung sehr schlecht ausgefallen sei. Eine Teilprüfung im sportlichen Bereich habe er nicht bestanden und die schriftliche Note sei eine Fünf. Die Abschlussprüfung im Mai 2006 wurde von beiden als sehr problematisch angesehen. Ihr Sohn sei ein Mensch, der viele Dinge anfing und schnell wieder aufhöre, so die Mutter des Klienten. Diesbezüglich habe sie bereits Hilfe bei einer Psychotherapeutin gesucht, bei der ihr Sohn 20 Sitzungen gehabt habe, was aber nichts genutzt habe, so Mutter und Sohn. Er sei weder in therapeutischer, noch ärztlicher Behandlung, nehme keine Medikamente ein, rauche nicht, nehme keine Drogen, trinke sehr selten Alkohol, so die Aussagen von Mutter und z. T. ihrem Sohn. Letzteres war ihr besonders wichtig, da ihr Mann Alkoholiker war und dies, sowie andere Frauen die ihr Mann in dieser Zeit hatte, der Trennungsgrund war.

Die Mutter wollte, dass ihr Sohn besser in der Ausbildung werden sollte, da die Zeit lief [damit meinte sie die anstehende Abschlussprüfung; P. H.], dass er Sport machte und mehr mit Freunden ausging.

Der Sohn wünschte sich, selbstbewusster zu werden. Auf meine geäußerte Zusammenfassung dessen, was ich bisher aufnehmen konnte, dass er Angst hatte, die Erwartungen anderer, besonders die seiner Mutter, nicht erfüllen zu können, antwortete der Klient, dass dies stimme. Er habe zu Hause und an der Arbeit das Gefühl es werde zu viel von ihm verlangt und dann sei er unsicher, was er zu erst machen solle und ob das dann richtig sei, so der Klient. Er sei einmal am Arbeitsplatz gewesen und habe mit dem Meister über seine Hausaufgaben gesprochen, als ihn seine Mutter angerufen habe und ihm mitgeteilt habe er solle trainieren gehen, weil seine Zeiten für die Prüfung schlecht seien. Das habe ihm „gestunken“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und er habe sich innerlich sehr aufgeregt, denn er habe seine Trainingsachen bereits dabei gehabt und ohnehin den ganzen Tag an sein Training gedacht, so der Klient. Entsprechend „sauer und stinkig“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] sei er dann gegenüber seiner Mutter gewesen, als er wieder zu Hause gewesen sei, berichtete der Klient. An diesem Tag sprach er kein Wort mehr mit seiner Mutter.

<sup>576</sup> Dieses Gedächtnisprotokoll ist mit minimalen Veränderungen aus dem Buch der Autorin Petra Hempel „Imaginative soziale Therapie“ (2008, Band 1) entnommen; S. 29-31.

Sie mischte sich zu viel ein, auch seine eigene finanzielle Lage überblickte der Klient nicht, was er monatlich an Geld bekam, wusste er nur in etwa. Seine Mutter regelte das, er hatte „keinen Durchblick“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.].

Am Schluss bat ich ihn aufzuschreiben, worauf er stolz war und was er sich nicht zutraute: Stolz war er darauf einfache Dinge erledigen zu können, Arbeitsaufträge an seiner Lehrstelle zu schaffen und dass er Hausarbeit erledigte, seiner Mutter half. Was er sich nicht zutraute: Schlechte Schulnoten seinem Ausbilder oder der Mutter zu sagen, manche Aufgaben, die im Beruf anfallen: Z. B. an der Anlage im Keller der Arbeitsstelle Schalter und Hebel zu betätigen, um Dinge in Gang zu setzen.

Für diese Aufgabe benötigte er ca. 10 Minuten, wobei ich eine Rechtschreibschwäche und eine sehr kindliche Handschrift bei dem Klienten feststellte.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E des Klienten in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform s. Tab.: III.2.1). Ausführliche Kodierpläne und eine Übersicht über die standardisierten Arbeitsmaterialien dazu befinden sich im Anhang<sup>577</sup>.

Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: Passivität (T1 K 3), Angst/Unsicherheit (T1 K 6, T1 K 17, T1 K 38, T1 K 44; T2 K 3, T2 K 9 b), T2 K 12; T3 K 19, T3 K 30<sup>578</sup>), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung (T1 K 6, T1 K 13; T2 K 12), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 6, T1 K 17; T3 K 19; T5 K 3), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 6, T1 K 17 T3 K 33), Unterlegenheit (T1 K 13, T1 K 17, T1 K 26; T2 K 3, T2 K 12), Antriebs- und Willensschwäche (T1 K 17), mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 3, T3 K 10, T3 K 19).

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 3	K 6	K 13	K 17	K 24	K 26	K 34	K 44
	Sonstiges: K 24 und K 26 wechseln häufig. Bei K 38 ist nur ein Bein nach hinten gerichtet. K 44 wird mit locker auf dem Schoß liegenden Armen kombiniert.							
T2	K 3	K 9	K 12					
	Sonstiges: K 9 und K 12 werden im Wechsel benutzt.							
T3	K 3	K 10	K 19	K 25	K 30	K 33		
T4 Seite 4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang			
	Unsicheres Sprechen, leichtes Stottern, dabei oft ängstlicher Blick zur Mutter				Der Klient hat Angst a) etwas Falsches zu sagen oder b) was er sagt, könnte seiner Mutter nicht gefallen			
	Lässt vorwiegend seine Mutter sprechen.				s. o.			
T5	K 3	K 9	K 12	K 17				
	Sonstiges: Alle Kleidungsstücke ein bis zwei Nummern zu groß.							

Tab.: III.2.1<sup>579</sup>

<sup>577</sup> Im weiteren Verlauf wird auf diesen Satz verzichtet, er gilt jedoch für alle dargestellten Fälle. Die Kodierpläne für K, S, V und E befinden sich im Anhang und die Originalblätter der standardisierten Arbeitsmaterialien (leer) sind im Anhang zu finden. Die Bögen im Text sind aus Platzgründen verkleinert worden.

<sup>578</sup> Der Klient überlegte sehr lange, bis er etwas sagte, wobei die Themen nicht kreisten, was ich somit als Faktor der Unsicherheit und Angst wertete.

<sup>579</sup> Alle Tabellen zu den jeweiligen 10 Fällen werden in Schriftgröße und Zeilenabstand so verändert, dass sie für den Leser eine möglichst komplette Übersicht ergeben.

Zusammenfassend war zu bemerken, dass der Klient einen verunsicherten, ängstlichen, teilweise auch resignierten Eindruck hinterließ, was auf Erlebnisse hindeutete, in denen er versagte (s. T1 K 13).

Seine Unsicherheit spiegelte sich auch in seiner z. T. häufig wechselnden Körpersprache wieder. Das Erscheinungsbild, mit den generell zu großen Kleidungsstücken kam nicht mit der Mode überein und ließ ahnen, dass er einerseits in diesem Bereich Unsicherheiten hatte, wobei andererseits sich mit der Kleidung nach außen hin zeigen könnte, dass er sich evtl. wohler fühlte, wenn es nicht eng wurde, weder im Leben noch bei der Kleidung oder aber er wollte sich in seiner großen Kleidung verstecken, wogegen jedoch T5 K 9, T5 K 12, T5 K 17 sprachen. Denn auf heller Kleidung wären Unreinheiten gut zu sehen und im Widerspruch dazu möchte der Klient energisch wirken (T5 K 12).

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (Abb.: III.2.2), **B** (Abb.: III.2.3) und **C** (Abb.: III.2.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt s. Abb.: III.2.5).

Eine Zeit ohne die Angstproblematik schien die Zeit vor der Einschulung gewesen zu sein, ab dem Moment wo Anforderungen geistiger Art an ihn gestellt wurden endete die problemlose Phase, denn der Klient hatte sprachliche Unsicherheiten (wie Stottern) und schriftliche Defizite. Problematisch gestaltete sich der starke Einfluss der Mutter, die ihrem Sohn wenig zutraute, bei schulischen und anderen Problemen überbehütete. Ab spätestens dem 12. Lebensjahr fehlte dem Klienten das Vatern Vorbild, er orientierte sich scheinbar komplett an der Mutter, mochte ihr gefallen und nichts falsch machen. Er und seine Mutter lebten in einer Art Symbiose, er verließ sich auf ihre Hilfe, gab seiner Mutter das Gefühl, dass sie gebraucht wurde und sie hatte jemanden dem sie helfen konnte, für den sie sich aufopfern konnte. Aber das schien nicht der einzige Grund zu sein, vermutete ich. Er entwickelte Angst etwas selbstständig zu tun, was seiner Mutter missfallen könnte, versuchte die klaren Vorstellungen seiner Mutter, wie er zu sein hatte, zu erfüllen und hatte in allen Bereichen Angst zu versagen, weil er seiner Mutter sonst Sorgen bereiten würde. Was dazu führte, dass seine Mutter ihn als antriebslos einschätzte. Seine Mutter war bereits dazu übergegangen prophylaktischen Hilfen, wie seine Kontoführung zu übernehmen, er entwickelte mangelndes Selbstvertrauen und -bewußtsein, was dazu führte, dass der Klient kaum noch in der Lage war, Entscheidungen, die ihn betrafen, zu fällen und zu vertreten oder Lösungswege für schwierige Situationen zu entwickeln o. ä.

Wenn größere Anforderungen (beruflich durch den Ausbilder oder privat durch die Mutter) an ihn gestellt wurden, die er erfüllen sollte oder wenn etwas schwierig wurde und seine Mutter nicht helfen konnte, gab er auf – so geschehen in der bisher problemlosen Zeit im Vereinssport, bis sein Mitspieler aufhörte.

Auch der Ausbilder war mit dem Klienten scheinbar überfordert, hatte die eigentliche Problemlage des Klienten noch nicht erkannt, handelte so am Klienten vorbei, was dessen Symptome u. U. negativ verstärkte. In diesem Bereich versuchte der Klient die klaren Vorstellungen seines Ausbilders (wie auch denen seiner Mutter), wie er zu sein habe, zu erfüllen. Er hatte wie bei seiner Mutter Angst etwas falsch zu machen, denn er wollte dem Ausbilder gefallen.

Problem mindernd waren Situationen, die er genau kannte, einfache Aufgaben am Ausbildungsplatz, und wenn er Dinge machte, von denen er wusste, dass sie seiner Mutter gefielen wie z. B. Haushaltstätigkeiten.

Zusammenfassend bestand sein Hauptproblem in Versagensangst.

**A Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... August 2005**

Seite: 1

Name: Klient Fall 1				
Geb./Alter: geb. 1987				
Adresse: XXX				
Tel.: XXX			Mobiltel.: XXX	
Verh.: Nein	Gesch.: /	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: /	Alter: /
Geschwister: Keine			Alter: /	Verst.: /
Eltern: XXX und XXX			Gesch.: Ja	Verst.: /
Initiator der Beratung: Seine Mutter				
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand: <sup>580</sup>				
- Schwierigkeiten in der Ausbildung – schlechte Zwischenprüfung				
- Laut Mutter nichts durchziehen, antriebslos				
- Benötigt viel Hilfe, Mutter kann bei Ausbildung nicht helfen				
In Anspruch genommene Sitzungstermine:				
1 Erstgespräch	6	11	16	
2 Imagination	7	12	17	
3 Durcharbeiten	8	13	18	
4	9	14	19	
5	10	15	20	Abschlusssitzung

Abb.: III.2.2

**B Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G**

Seite: 2

Name: Klient Fall 1				
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... August 2005 - Erstgespräch				
Prägende Ereignisse:				
- 1987 geboren				
- Vater: Alkoholiker				
- Von Grundschule bis Abschluss – Hilfe von Mutter, die Hausaufgaben übernahm oder stark beeinflusste				
- Vater und Mutter Eheprobleme – Vater ging fremd				
- Als er 12 Jahre war – Scheidung der Eltern				
- Radballsport im Verein				
- 20 Sitzungen bei Psychologin wegen mangelndem Durchhaltevermögen				
- Kein Sport, da Mitspieler aufhörte				
- Beginn der Lehre – Mutter konnte nicht helfen, Lehrinhalten überfordert				
- Mutter übernahm Kontoführung				
- Teilweise Überforderung im Beruf durch Ausbilder und zu Hause durch Mutter				
- Zwischenprüfung schlecht ausgefallen – Teilprüfung im Sport nicht geschafft und im schriftlichen Note Fünf				
- Mutter kontrolliert während seiner Arbeitszeit				
- Jetzt im 3. Lehrjahr				
- Er geht nicht aus, unternimmt nichts, keine Freunde				
- Er hat Angst bes. den Erwartungen seiner Mutter nicht entsprechen zu können				

Abb.: III.2.3

<sup>580</sup> Die Stichworte in allen nun folgenden Arbeitsmaterialien sind Übersetzungen von meinen ganz persönlich entwickelten Kürzeln, Symbolen und Zeichen, die ich während der Sitzung verwende, um möglichst wenig Zeit mit Schreiben zu verbringen. Umso wichtiger ist es, sofort nach der Sitzung die Dokumentation zu betreiben.

**C****Ergänzungsblatt für Blatt A**

Seite: 3

Name: Klient Fall 1
Datum: ... August 2005 - Erstgespräch
Involvierte Personen: Mutter: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alleinerziehend</li> <li>- Möchte, dass ihr Sohn ihren Vorstellungen entspricht, überfordert dadurch</li> <li>- Schafft er Dinge nicht allein, hilft wo immer möglich, nimmt z. B. Kontoführung ab</li> <li>- Mischt sich ein und kontrolliert ihn</li> </ul> Ausbilder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleme des Klienten scheinbar nicht erkannt, handelt ähnlich wie Mutter – er überfordert teilweise</li> <li>- Klient hat Angst vor ihm, wenn Bericht schlechte Leistungen aus der Schule</li> </ul> Vater: Alkoholiker <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Mittelbar</u> involviert, weil</li> <li>a) Von Frau im Gespräch nur kurz erwähnt, vom Klienten gar nicht,</li> <li>b) Keine Vorbildfunktion und</li> <li>c) Nicht um den Klienten kümmert</li> </ul>
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nächste Stunde Imagination</li> <li>- Gespräch mit Ausbilder, Klient, Mutter und mir wird festgelegt</li> <li>- Weitere Sitzungen nach Absprache, in seiner Eigenregie</li> <li>- Klient zahlt Sitzungen von Gehalt</li> </ul>

Abb.: III.2.4

**D****Problemanalyse**

Seite: 5

Name: Klient Fall 1	
Datum: ... August 2005	
Problem/Teilprobleme: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelndes Selbstvertrauen und –bewusstsein</li> <li>- Sprachliche Unsicherheiten (wie stottern), schriftliche Defizite</li> <li>- Kaum in Lage Entscheidungen, ihn betreffend, zu fällen, - vertreten, Lösungswege für schwierige Situationen zu entwickeln o. ä.</li> <li>- Wenn etwas schwierig und Mutter nicht helfen kann, gibt er auf</li> <li>- Versucht klaren Vorstellungen seiner Mutter/seinem Ausbilder, wie er zu sein hat, zu erfüllen</li> <li>- Angst etwas falsch zu machen, möchte Mutter/Ausbilder gefallen</li> <li>- In allen Bereichen Angst zu versagen, weil er Mutter Sorgen bereiten würde</li> <li>- Angst etwas selbstständig zu tun, was seiner Mutter missfallen könnte</li> <li>- Laut Mutter antriebslos</li> </ul> Hauptproblem: Versagensangst	
Problem fördernde Situationen/Umstände: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klient hat sprachliche und schriftliche Defizite</li> <li>- Z. T. prophylaktischen Hilfen (wie Kontoführung), Überbehütung durch Mutter bei schulischen und anderen Problemen</li> <li>- Er und Mutter leben in Art Symbiose</li> <li>- Klienten fehlt Vativorbild, orientiert sich an der Mutter, möchte ihr gefallen, nichts falsch machen</li> <li>- An ihn gestellte größere Anforderungen (beruflich durch den Ausbilder oder privat durch die Mutter), die er erfüllen soll</li> </ul>	Problem mindernde Sit./Umst.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situationen, in denen er sich nicht überfordert fühlt</li> <li>- Situationen, die er genau kennt</li> <li>- Einfache Aufgaben am Ausbildungsplatz</li> <li>- Wenn er Dinge macht, von denen er weiß, dass sie seiner Mutter gefallen z. B. Haushaltstätigkeiten</li> </ul>
Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter</li> <li>- Ausbilder</li> </ul>	Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter</li> <li>- Ausbilder</li> </ul>
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vor Schulbeginn</li> <li>- Zeit im Vereinssport, bis Mitspieler aufhörte</li> </ul>	

Abb.: III.2.5

Seine Versagensangst war ihm immer anzumerken, wenn er mit sehr leiser, unsicherer Stimme, langsam und stotternd etwas erzählte und dabei häufig den Blick auf seine Mutter richtete. Er hatte offensichtlich Angst etwas Falsches zu sagen, oder etwas, was der Mutter missfallen könnte. Ebenso wurde mein Eindruck durch seine Körpersprache und auch sein Erscheinungsbild belegt. Diese signalisierte, wie auch die Aussagen der Mutter und ihm, dass er bereits längere Zeit Unsicherheiten hatte, dementsprechend waren seine Angstsignale, wie der nach unten gerichtete Blick im Gespräch oder das ängstliche von unten heraufsehen zur Mutter, wenn er etwas äußerte, als Angstsymptome zu werten. Das Stottern, das sich in einer ganz besonderen, zögerlichen Art zeigte, fast so als fehlten ihm die Worte oder wenn er während der ersten Silben überlegte, ob das, was er sagte auch richtig war, wertete ich ebenfalls als Angstsymptom. Diese sind evtl. entstanden durch Ereignisse, in denen er das Gefühl hatte, versagt zu haben, bes. dann, wenn er spürte, dass er die Ansprüche seiner Mutter und anderen Personen, wie dem Ausbilder, nicht erfüllen konnte. Seine Unfähigkeit sich im Beruf Handlungsabläufe zu merken ordnete ich in Unsicherheit, aber auch Konzentrationsschwierigkeiten ein, da er bei der schriftlichen Arbeit im Erstgespräch viel Zeit benötigte, fehlerhaft schrieb und anscheinend auch in diesem Bereich Schwierigkeiten hatte sich zu konzentrieren.

## 2.2 Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete.

Bei diesem Klienten sollte es ein Motiv sein, das ihm Weite suggerierte, so wie seine Kleidung. Denn wenn es im Leben eng wurde, fühlte er sich anscheinend nicht mehr wohl, bekam Angst oder gab auf, dies sollte bei der Imagination vermieden werden. Und es sollte eine Imagination sein, bei der er sich sicher bewegen konnte, die etwas enthielt, was er täglich machte, ohne dass er genauer darüber nachdachte. Daher wählte ich den Spaziergang. Gehen war dem Klienten bekannt, nichts Neues und Unbekanntes und die Weite der Umgebung könnte ihm, zumindest was die Körpersprache zeigte, entgegenkommen.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.2.6).

E	Planung der Imagination	Seite: 6
Termin: ... August 2005   Name: Klient Fall 1		
Imaginationsmotiv und Begründung: Motiv: Der Spaziergang – Motiv 1  Begründung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutlich machen seines bisherigen Lebensweges, soweit bekannt</li> <li>- Hat gelernt sich auf Hilfen durch Mutter zu verlassen, was jetzt bei Ausbildung nicht mehr funktioniert</li> <li>- Will seiner Mutter und Ausbilder „gefallen“, weiß nicht, was er kann, und was nicht – möchte den Erwartungen entsprechen</li> <li>- Lässt sich einiges abnehmen, kümmert sich nicht darum (z. B. Kontoführung)</li> <li>- Übernimmt keine Verantwortung für sich – bewusst machen seiner Eigenverantwortung für sein Leben durch „Babsi“</li> <li>- Entwicklung von Motivation Zukunftsplanung eigenständig zu entwerfen</li> </ul>		
Der Klient soll dadurch u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit erlangen</li> <li>- Lernen Entscheidungen eigenverantwortlich zu treffen</li> <li>- Lernen sich selbst als eigenständige Person zu sehen, unabhängiger von Mutter werden</li> <li>- Zukunft eigenverantwortlich planen lernen und lernen flexibel auf Veränderungen reagieren</li> </ul>		
Geplanter Ablauf: Spaziergang mit Wassertretstelle als Zukunftsbild <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Station 1 – Geburt = Haustür“ – Mutter führt</li> <li>2. Station 2 – Weggabelung = 12. Lebensjahr – Vater geht – Mutter führt</li> <li>3. Station 3 – Mutter führt weniger, Klasse acht und neun</li> <li>4. Station 4 – Weggabelung – Entscheidung Ausbildung – Mutter lässt ihn „allein“ – bekommt sein Leben „Babsi“ in die Hand</li> <li>5. Station 5 – Wegegabelung – schlechte Zwischenprüfung – Auswirkungen – Entscheidungsmöglichkeiten, die er gehabt hätte und damalige Entscheidung deutlich machen – neuer Lebenspartner der Mutter und deren Situation darstellen</li> <li>6. Station 6 – Kreuzung – Gegenwartssituation und Möglichkeiten der Orientierung wirken lassen</li> <li>7. Station 7 – falls diese erreicht wird, Wassertretstelle als Abschlussprüfung oder anderes vom Klienten genanntes Ziel für die Zukunft – weitere Zukunftsplanung und Entwicklung von Möglichkeiten</li> </ol> Alle weiteren Stationen bleiben offen, je nach Zeit und Planung des Rückweges muss vor Ort improvisiert werden.		

Abb.: III.2.6

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **E**:

„Geplant war ein Spaziergang [der kurz nach dem Erstgespräch mit dem Klienten stattfand; P. H.]. Zu Beginn erklärte ich dem Klienten den groben Ablauf. Wegbegleiter war außer uns beiden noch Hündin »Babsi«, welche eine besondere Bedeutung hatte.

Die Wegstrecke begann an meiner Praxistür. Jeden nun folgenden Abschnitt symbolisierte ich für den Klienten, damit er wusste, was er bedeutete:

1. Abschnitt: Ich erklärte ihm dass, wenn wir jetzt aus dem Haus gegangen seien, dass dies seine Geburt bedeute. Der Klient ging bis zur Gartentür vor, danach übernahm ich als »Mutterersatz« die Führung in seinem Leben. Eine Zeit lang bestimmte ich die Richtung. Hündin »Babsi« wurde als das »Leben« des Klienten symbolisiert, die Leine mit »Babsi« hielt ich als »Mutter« in der Hand und ich gab auf die Schritte des Klienten acht, nahm ihn bei der Hand, warnte ihn vor Bordsteinen, Büschen und Autos und versuchte so die Überbehütung durch seine Mutter deutlich zu machen.



2. Abschnitt: Eine neue Weggabelung symbolisierte das 12. Lebensjahr des Klienten. Nun ging es leicht bergan, was die Schwierigkeiten darstellten, die der Klient mit der neuen Situation hatte, z. B. zu erkennen, dass sein Vater Alkoholprobleme hatte, seine Mutter betrog und sich die Eltern schließlich trennten. Ein freies Feld rechts neben dem Weg stellte die Situation mit dem Vater dar, der nun nicht mehr zu Hause lebte und links die Häuser symbolisierten die Mutter.

Der Klient hatte Tränen in den Augen und sagte, dass dies für ihn sehr schlimm und schwer gewesen sei, die ganzen Auseinandersetzungen seiner Eltern und dann diese Endgültigkeit, dabei sah der Klient auf das leere Feld. Ich führte nach wie vor und half ihm beim Weg, warnte vor geparkten Autos und führte ihn um Hindernisse herum usw., was er bereitwillig mit sich geschehen ließ.

Der Klient sah immer wieder zu dem freien Feld herüber und bemerkte, dass ihm sein Vater doch ganz oft fehle, aber da er auch heute noch Alkoholiker sei, müsse er immer wieder einsehen, dass er keinen „richtigen“ [Originalwortwahl des Klienten] Vater habe. Auf ca. halber Strecke zog ich mich etwas zurück, löste meine Hand aber führte (was den Weg anbelangte) immer noch, half und behütete weniger (die Häuser standen nicht mehr direkt an der Straße, sondern leicht zurückgesetzt vom Bürgersteig durch kleine Gärten entfernt), so wie es seine Mutter tat. Und ich erklärte dem Klienten Folgendes: Es sei seiner Mutter zu viel geworden, er sei in Klasse acht und neun, seine Mutter an der Grenze helfen zu können. Sie habe eigene Probleme. Der Klient nickte stumm.

3. Abschnitt: Ich sagte zum Klienten Folgendes: Seine Mutter habe sich ganz zurückgezogen so, wie die Häuser des Dorfes hier enden würden, aber noch in Sichtweite seien, so wie auch die Mutter da sei. Sie habe ein schlechtes Gewissen, denn er habe seine Ausbildung begonnen und sie habe keine schulische Hilfe mehr leisten können. Der Klient meinte das mit den Häusern, dem Feld und allem sei erstaunlich gut getroffen, das könne er sich alles richtig gut vorstellen. Er schien regelrecht begeistert und interessiert die nächste Weggabelung zu erreichen, er ging schneller.

4. Abschnitt: Die Straße vor einem Wald gabelte sich nach links. Hier standen keine Häuser mehr, waren aber in der Ferne noch zu sehen, ringsherum freies Feld. Die Abzweigung nach links symbolisierte ich als die Möglichkeit für den Klienten keine Ausbildung zu machen, in der Nähe der Mutter und deren Obhut zu bleiben und den bequemen Weg zu gehen (der Weg war gerade und ohne Steigung). Der Weg geradeaus, mit leichter Steigung in Richtung eines Waldes, sollte den Weg seiner derzeitigen Ausbildung darstellen. Für diesen Weg hatte er sich vor fast zwei Jahren entschieden. Als ich mit den Erläuterungen fertig war, verabschiedete ich mich als »Führung« und gab ihm sein »Leben« (die Leine mit der Hündin »Babsi« angeleint war) in die Hand. Ich sagte dem Klienten, dass er von nun an sein Leben selbst in die Hand nehmen müsse, und gab ihm noch Hinweise bezüglich des »Lebens«, bzw. den Neigungen von Hündin »Babsi«: Auf das »Leben« solle geachtet werden, denn es »fresse« alles, was ihm vor die Nase kommen würde und je giftig das Gefressene sei, könne das Leben daran zugrunde gehen. Also solle er das Leben kontrollieren und führen. Der Klient bemerkte eine Parallele zu seinem Leben, und meinte er habe bisher auf sich aufgepasst, Drogen und Alkohol sei er aus dem Weg gegangen, darauf sei er nun, da es ihm bewusst geworden sei, sehr stolz.

5. Abschnitt: Die nächste Weggabelung nach rechts stelle, so erklärte ich, seine Zwischenprüfung dar, die schlecht ausgefallen sei, aber auch die Möglichkeit auszusteigen, abzuhauen (dieser Weg ging leicht bergab und weg von der Sicherheit Familie/Mutter) beinhalte. Eine Möglichkeit, die er nicht ergriff. Dieser Weg rechts wurde deshalb nicht gegangen. Der Weg wurde nun noch steiler. Rechts eine, mit ca. 1,40 m hohen Büschen, umzäunte Schonung bezog ich als den neuen Lebenspartner seiner Mutter ein, der für ihn präsent war und mit dem er gut auskam. Diese Schonung ging bis zum

6. Abschnitt, dem örtlichen Wasserwerk, das mit Maschendraht eingezäunt auf der linken Seite stand. Dies, so erklärte ich, stelle seine Mutter dar, wie sie zum derzeitigen Moment sei. Sie könne mit ihrem schlechten Gewissen, ihm nicht mehr helfen zu können, schlecht umgehen und werde deshalb z. T. wieder präsenter in seinem Leben, wolle aber trotzdem für sich allein sein. Das »Leben« (Hündin »Babsi«) führte der Klient sehr sicher an der Leine, nur ab und an musste er kräftig ziehen, aber er setzte sich durch, was er mit Erstaunen wahrnahm und Parallelen zum realen Leben zog, indem er meinte, es sei gar nicht so einfach zu führen und alles selbst machen zu müssen.

7. Abschnitt: Eine nun folgende Kreuzung mit Wegen in alle vier Himmelsrichtungen deutete ich für den Klienten als seine persönliche Lage, in der er sich zum Zeitpunkt der Imagination befinden würde.

Ich hatte, wie bei allen Abschnitten gerade eine Pause eingelegt, um das Gesagte und die Umgebung auf ihn wirken zu lassen, da ergriff der Klient sogleich das Wort und die Wege wurden nun von ihm eigenständig und ohne Intervention meinerseits wie folgt symbolisiert: Der Weg, den wir gekommen seien, führe zurück in die Vergangenheit in Abhängigkeiten, zu seiner Mutter in sein Kinderdasein, da wolle er nicht hin. Der Weg nach rechts ginge bequem vor dem Wald im Schatten entlang und sei der Weg auszusteigen, die Ausbildung zu beenden und sich von allem zu trennen, abzuhaufen. Der linke Weg sei der Weg nach Hause zur Mutter, und da er eben und bequem sei, symbolisiere dieser Weg für ihn ebenfalls das Beenden der Ausbildung, aber auch die Rückkehr in Abhängigkeiten durch Arbeitslosigkeit. Er entschied sich für den Weg, der geradeaus in den Wald ging, wieder bergan und für ihn bedeutete dieser Weg das begonnene 3. Lehrjahr mit dem Ziel der Abschlussprüfung. Viele Bäume lagen vom letzten heftigen Sommersturm im Wald, diese Szene symbolisierte ich für den Klienten, als den »Sturm« nach seiner verpatzten Zwischenprüfung. Er nickte zu den Ausführungen und sagte er sei zwar traurig und es habe Ärger gegeben aber er mache weiter. Er lächelte zufrieden. Sein »Leben« (Hündin »Babsi«) führte er nun wie selbstverständlich.

8. Abschnitt: An einer Wassertretstelle, mit eiskaltem Wasser für Arm und Fußbad, gab es eine Dreiwegegabelung. Die Wassertretstelle symbolisierte ich mit dem Einverständnis des Klienten als seine anstehende Abschlussprüfung, die als bestanden angenommen wurde. Uns war mittlerweile warm geworden (die Tagestemperatur betrug ca. 30 Grad im Schatten), der Weg war nicht leicht - Parallelen zum richtigen Leben wurden vom Klienten gezogen – sein heiß ersehntes Ziel sei eine bestandene Prüfung und werde ihn auch ins Schwitzen bringen, da er dafür viel tun müsse.

8. Abschnitt: Eine Weggabelung geradeaus, weiter bergan in den Wald, ignorierte der Klient mit der Begründung, dass er seine Prüfung bestanden habe und nun bequem gehen wolle. Links der Weg ging von nun an stetig bergab, der Weg war leicht zu gehen. Auf meine Frage, wie er sich nun auf dem Weg fühle, sagte er: etwas unsicher, weil er ihn nicht kenne. Kräftig zog er an der Leine, da das »Leben« (Hündin »Babsi«) in eine andere Richtung wollte und er setzte sich durch, was er mit einem „Na, geht doch.“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] kommentierte. Der Weg vor uns war durch eine scharfe Kurve nicht mehr einsehbar. Der Klient blieb stehen und ich merkte, dass er sich unsicher fühlte, und reflektierte ihm dies. Er antwortete daraufhin er sei verunsichert, was wohl auf ihn zukommen würde. Ich ermutigte ihn so lange wie er möchte stehen zu bleiben, und er fing an sich Gedanken zu machen, wie er diese Unsicherheit vermindern, oder in den Griff bekommen könnte. Er kam auf die Idee sich mit normaler Schrittgeschwindigkeit weiter in diese Richtung, die wir eingeschlagen hatten zu bewegen, wobei ich doch eine deutliche Verlangsamung des Schrittempos bemerkte. Als er nach der Kurve ein Hindernis sah, eine Schranke, die vermodert an der Seite lag, war er sichtlich erstaunt. Ein Hindernis, das sonst den Weg versperrte, stellte keines mehr dar. An dieser Stelle wurde von dem Klienten abermals eine Parallele zum Leben gezogen. Er sagte, dass sich auch im Leben manchmal ein Problem in »Luft« auflösen könne. Man habe manchmal Angst vor Situationen oder Problemen, sei unsicher und plötzlich stelle man fest, dass alles unnötig gewesen sei, so der Klient. Diese Erkenntnis schien ihn sichtlich zu erleichtern.

8. Abschnitt: Nach der Schranke tat sich eine neue Dreiwegekreuzung auf. Der Klient sah sich die Kreuzung an. Rechts ging es steil in den Wald hinein. Er wollte ihn nicht gehen. Der Weg geradeaus war eine Sackgasse, der Weg zurück für ihn uninteressant, also entschied er sich für den Weg links, der auch unsere Runde beendete.

Der Klient sagte mir beim Abschied es sei „super“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] gewesen den eigenen Lebensweg einmal ablaufen zu können und auch die Zukunft durchgespielt zu haben, es sehen und fühlen zu können. Ihm sei vieles erst jetzt bewusst und klar geworden. Er sei begeistert, wie gut er das »Leben« (Hündin »Babsi«) im Griff habe, und ging sichtlich zufrieden den Rest des Weges allein nach Hause.<sup>581</sup>

<sup>581</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“ Band 1 (2008); S. 62-67.

Der Termini *Herr Peter* wird durch *der Klient* ersetzt, da es für die Bearbeitung der Fälle einfacher ist von Fall 1 und Klient aus Fall 1 zu sprechen. Des Weiteren sind kleinere Rechtschreibkorrekturen vorgenommen worden. Größere inhaltliche Veränderungen des Ursprungstextes werden in eckigen Klammern und dem Kürzel P. H. kenntlich gemacht.

### 2.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Einige Tage später trafen wir uns erneut, um die Imagination durchzugehen. Er war der erste Klient, mit dem ich eine Imagination gemacht hatte und ich wollte wissen, wie sich diese bei ihm eingepägt, und ob es etwas bewirkt hatte: „Auf die Imagination angesprochen sagte der Klient er habe seither – im Vergleich zur Vergangenheit – das Gefühl von Freiheit und Selbstverantwortung und fühle sich leicht, das sei ein ganz neues Gefühl. Es habe ihm „etwas gebracht“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], er würde langsam sicherer werden, was er besonders an seinem Arbeitsplatz spüre, aber er habe Angst, dass es wieder anders werden könnte.

Der Klient sollte die Imagination noch ein Mal gedanklich nachgehen und zu diesem Zweck seinen Spaziergang mit einem Stift auf dem Papier nachzeichnen. Er hatte am Anfang Schwierigkeiten sich den Beginn der Strecke vorzustellen, erst nach meinem Einlenken (Geburt = Tür) konnte er, zwar sehr unsicher, mit zeichnen beginnen. Er benötigte ca. 20 Minuten für die Zeichnung mit Beschriftung, [er hatte Probleme mit der Rechtschreibung und eine sehr kindliche Handschrift; P. H.]. (...) Punkt für Punkt sprachen wir die einzelnen Abschnitte durch. Er erzählte dabei noch einmal – fast identisch dem, was er während der Imagination an Emotionen schilderte –, wie er diese Imagination und die jeweiligen, darin enthaltenen Abschnitte seines Lebens empfand. Wir besprachen die Überbehütung durch seine Mutter. Er wolle sein Leben jetzt endlich selbst in die Hand nehmen und – er sei schließlich alt genug –, sagte der Klient. Er erkannte, dass er immer nur zu Hause oder an der Lehrstelle war, keine Freunde hatte, kein Hobby und keinen Sport. Er traute sich vieles nicht zu und konnte sich gegenüber seiner Mutter nicht durchsetzen. Er wollte wissen, wie er das ändern könne. Ich war erstaunt, wie er seine Situation jetzt einschätzte, verbal äußerte und reflektiere ihm das entsprechend, was ihn sichtlich stolz machte. (...) [Er notierte in Stichworten; P. H.], was in seinem Leben, das er nun selbst in die Hand nehmen wollte, wichtig war und welche Gefühle er dabei hatte:

- Das Leben fühlt sich leicht an
- Ein neues Gefühl
- Muss es sicherer in die Hand nehmen
- Muss aufpassen, mich durchsetzen
- Bedürfnisse sehen und wahrnehmen lernen
- Unbekannte Dinge zuerst einmal beobachten und dann überlegen, wie zu handeln ist.

Dies alles ordnete er für sich selbst als noch schwierig ein, weil es eine neue Erkenntnis war. Am Schluss sagte er, so als ob er sich das einprägen müsste, ganz überzeugend: Er sei für sich und sein Leben verantwortlich und da habe keiner rein zu reden.“

### 2.4 Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

Seine schriftlich festgehaltenen Stichworte aus der Sitzung nach der Imagination ordnete er für sich selbst als noch schwierig ein, weil es eine neue Erkenntnis war. Ihm war aufgefallen, dass ihn seine Mutter nie die Möglichkeit gab, selbstständig zu werden, er aber auch nie die Initiative dazu ergriff. Weiter fiel mir bereits in der zweiten Sitzung nach der Imagination auf, dass der Klient bei vielen Gesprächsthemen, die seine unmittelbare eigene Lebenssituation betrafen, sagte: er könne selbst entscheiden, er sei erwachsen genug. So als ob er sich das einprägen müsste, sagte er ganz überzeugend: Er sei für sich und sein Leben verantwortlich und da habe keiner reinzureden.

Die Sitzungen nach der Imagination galten der weiteren Stärkung des Selbstbewusstseins, der Ausdrucksfähigkeit und des Umgangs mit Lernstoff. Er begann Überlegungen anzustellen, dass er gerne in einem Sportverein sei. Früher habe er schon einmal im Verein Radball gespielt. Aber als sein Partner aufgehört habe und er keinen Neuen gefunden habe, habe er ebenfalls mit Sport aufgehört.

Bereits in der zweiten Beratungsstunde nach der Imagination entschied er sich für einen Kampfsport, den er eigentlich schon immer gerne gemacht hätte, aber seine Mutter war nicht so begeistert gewesen. Er besorgte sich Informationsmaterial und meldete sich, ohne Wissen seiner Mutter, an<sup>582</sup>. Im Laufe der weiteren Sitzungen nach der Imagination war ihm aufgefallen, dass seine Mutter ihm nie die Möglichkeit

<sup>582</sup> Seit September 2005 ging der Klient regelmäßig ins Training und berichtete in den Sitzungen voller Freude davon.

gab, selbstständig zu werden, er aber auch nie die Initiative dazu ergriff. Das habe wohl daran gelegen, dass er durch die Trennung der Eltern noch unsicherer gewesen sei als ohnehin schon und Halt bei der Mutter gesucht habe, so der Klient. Sie sei das Einzige gewesen, was ihm geblieben sei und umgekehrt sei es wahrscheinlich seiner Mutter ergangen. Das habe er deutlich auf dem Spaziergang gespürt, als das freie Feld seinen Vater symbolisiert habe, der bedingt durch die Scheidung seiner Eltern bei ihm eine Lücke hinterlassen habe, so seine Erkenntnis. Wobei sein Vater selten für ihn da war, gerade als er schulische Probleme entwickelte, konnte er sich nur auf seine Mutter verlassen.

Der Klient wollte seine Deutschkenntnisse verbessern, da er sich dafür manchmal schämte. Das Institut für Lernhilfe an seinem Wohnort schien ihm geeignet, es war unmittelbar in der Nähe seiner Wohnung, dort wollte er sich nach einem Deutschkurs für Erwachsenen erkundigen. Im Februar 2006 erzählte er, dass er einen Deutschkurs besuchte und er den festen Willen hatte die nächste Prüfung zu schaffen. Die Prüfung im Mai 2006 hatte er in allen praktischen Bereichen bestanden, im schriftlichen knapp verpasst (von 100 Punkten, die zum Bestehen nötig gewesen wären, hatte er 86 erreicht). Wir besprachen in dieser fünften Sitzung, wie er sein Lernpensum besser organisieren könnte und er entwickelte die Idee das Lernen mit einem Karteikartensystem auszuprobieren, das ihm seine Mutter einmal vorschlug. Damals konnte er mit dieser Art nichts anfangen und er entwickelte nun ein ihm und seinen Fähigkeiten angepasstes System. Er lernte nach der missglückten Prüfung im Mai 2006 mit dem Karteikartensystem noch intensiver, dass er in der fünften Sitzung nach der Imagination für sich entwickelte. Der Klient besorgte sich über seinen Ausbilder einen Katalog mit Prüfungsfragen und erarbeitete in einer weiteren Beratungsstunde ein Konzept, wie er dies in das Karteikartensystem integrieren könnte und übte Eigenkritik, dass er zu spät erkannt habe was, und wie er lernen müsse, er habe die Lernerei unterschätzt und er müsse mehr Einsatz zeigen, so sein Resümee. Er wollte die Nachprüfung im Dezember 2006 auf jeden Fall bestehen. Er lernte mit dem Karteikartensystem, konnte sich nach eigenen Aussagen, nun besser konzentrieren und habe diesbezüglich Erfolgserlebnisse.

Der Ausbilder, so berichtete mir der Klient, habe kleine Fortschritte des Klienten<sup>583</sup> bemerkt. Denn beim Abfragen von Wissen, durch seinen Ausbilder, sei positiv aufgefallen, dass er besser gelernt habe. Gemäß dem Ansatz der 'Systemischen Therapie' bezog ich neben der Mutter<sup>584</sup> auch den Ausbilder (mit Genehmigung des Klienten) in die Hilfe ein. Der Ausbilder und auch die Mutter konnten Verständnis für die Lage des Klienten und die familiäre Situation entwickeln und förderten ihn nun seinen Leistungsmöglichkeiten entsprechend. Bei der 2. Abschlussprüfung Anfang Dezember 2006 hatte er von fünf Fächern drei bestanden.

Im Dezember 2006 bezog der Klient mit seiner Mutter und dessen Lebensgefährten ein Haus, in dem er eine eigene kleine Wohnung hatte.

Nach der 2. Prüfung hatte er sich beim Arbeitsamt<sup>585</sup> vorgestellt, weil er mittlerweile einsah, dass er Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten hatte und seine Ausbildung wahrscheinlich zu schwer für ihn war. Er wollte sich bei Nicht-Bestehen der Prüfung beruflich neu orientieren, diesmal jedoch den eigenen Fähigkeiten besser angepasst. Die Vorstellung die Prüfung nicht zu schaffen machte ihm kaum noch Angst. Er hatte, laut seinen Aussagen, zum ersten Mal nicht mehr das Gefühl ein Versager zu sein, sondern einfach nur die falsche Berufswahl getroffen zu haben, sich nicht genug Vorabinformationen geholt zu haben, welche Anforderungen dieser Beruf an ihn stellen würde. Seine Mutter hatte für ihn diese Lehrstelle über Beziehungen bekommen und er nahm sie ohne darüber nachzudenken an, weil seine Mutter es so wollte. Dass er viele Dinge, die sein Leben betrafen, seiner Mutter überlassen hatte, machte ihn nachdenklich.

Im Juni 2007 sollte seine 3. Prüfung sein und damit seine letzte Chance den Abschluss seiner Lehre zu bekommen.

---

<sup>583</sup> Fünfmal besuchte ich den Ausbilder, davon dreimal alleine und zweimal mit der Mutter des Klienten und dem Klienten. In diesen Gesprächen fand ein Abgleich dessen statt, was bisher an Veränderungen auffiel und wir besprachen die weitere Vorgehensweise, gerade in der Zeit als die Prüfungen anstanden erarbeiteten wir gemeinsame Konzepte, wie der Klient auf den Wissensstand gebracht werden konnte, um die Prüfung zu bestehen. Gegenstand der Zweiergespräche waren allerdings vorrangig die persönlichen Probleme des Klienten.

<sup>584</sup> Mit der Mutter des Klienten hatte ich drei Einzelsitzungen, in denen sie Verständnis für die Lage ihres Sohnes entwickeln konnte, und sie Veränderungen an ihrem Verhalten arbeitete, damit sich der Klient entwickeln konnte.

<sup>585</sup> Ich hatte dem Klienten eine Adresse von einer Sachbearbeiterin zukommen lassen, die speziell für Jugendliche unter 21 Jahren zuständig ist. Alles Weitere sollte der Klient selbstständig erledigen.

Der Klient berichtete voller Stolz, dass er sich auch nach Aussagen der Mutter gut entwickelt habe, er ginge mehr aus sich heraus, würde mehr und besser sprechen und habe eine bessere Körperhaltung entwickelt. Er würde nichts mehr abbrechen, ginge begeistert zu seinem Kampfsport und würde ihrer Meinung nach im Leben besser zurechtkommen.

Nachdem sich die Mutter des Klienten veränderte und auch die Ausbildungsstelle bereit war den Klienten entsprechend seiner Möglichkeiten zu unterstützen, holte ich Mitte Dezember 2006 Informationen von der Mutter und dem Ausbilder ein, um abschließend zu erfahren, wie sich der Klient aus deren Sicht entwickelt hatte. Ausbilder und Mutter zeigten sich mit den Veränderungen des Klienten sehr zufrieden, wobei die Mutter Probleme mit dem wachsenden Selbstbewusstsein ihres Sohnes hatte.

Der Klient stellte sich immer öfter gegen seine Mutter auf, widersprach ihr wesentlich mehr und setzte sich häufig durch. Er überließ ihr seine Kontoführung nicht mehr, es fiel ihm zwar schwer sich damit vertraut zu machen, aber er bestand darauf.

Der Ausbilder hatte Bedenken wegen der Prüfung geäußert, zwar hatte sich der Klient im ganzen Verhalten stark verbessert, aber er sähe es als unwahrscheinlich an, dass er die dritte Prüfung schaffen würde, es wären die schwierigsten Fächer und da reiche der Intellekt des Klienten wahrscheinlich nicht aus, so seine Worte.

In der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.2.7).

Tabellenkode	Kodenummern					
T1	K 2	K 5	K 9	K 11	K 36	K 45
	Sonstiges: Er stottert selten und dann auch nur ganz leicht und kurzzeitig					
T2	K 1	K 8				
T3	K 2	K 17	K 28	K 34		
T4 Seite 41	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang	
	Wenn er merkt, dass er mit dem Oberkörper nach unten geht, rund sitzt, richtet er sich sofort wieder auf.				Er verbalisiert das Verhalten jedes Mal und fügt häufig hinzu, dass er sein Leben in den Griff bekommen will.	
T5	K 2	K 10				
	Sonstiges: Neue, passgenaue Kleidung.					

Tab.: III.2.7

Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5, T1 K 45; T2 K 8), extravertiert (T1 K 2; T3 K 28), Aufmerksamkeit (T1 K 5, T1 K 45; T2 K 8; T3 K 34), dass Kommunikation auf gleicher Augen-höhe erwünscht war (T1 K 5, T1 K 36, T1 K 45; T2 K 1; T3 K 34), Optimismus und Sicherheitsgefühl (T1 K 9, T1 K 11; T2 K 1), verbessertes Selbstbewusstsein und größere Selbstsicherheit (T3 K 2; T3 K 17; T5 K 2). Er wirkte fröhlicher (was sich auch in den Kleidungsfarben widerspiegelte T5 K 10), ausgeglichener, zeigte offen, dass er an sich arbeitete (s. Tab.: III.2.7 unter T4) und erzählte mehr von sich und seinen Erfahrungen oder Erlebnissen (s. T3 K 28).

## 2.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden bis dahin aus einem ca. vier bis sechs Wochen Rhythmus je nach Bedarf des Klienten. Bis Ende Dezember 2006 nahm er, exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlusssitzung, insgesamt 17 Sitzungen in Anspruch. Der Klient hatte langsam gelernt selbst Verantwortung für sich zu übernehmen, sich stetig von der Überbehütung durch seine Mutter zu lösen und hatte Ziele entwickelt.

Name: Klient Fall 1
Vorher-Nachher-Vergleich: Vorher: Ängstlich – verunsichert – unsicher – Versagensangst – gewisse Abhängigkeit von Mutter – auf ihre Hilfe angewiesen – Hilfe von Mutter = normal wurde nicht hinterfragt – z. T. resigniert, lethargischen und depressiven – stottert – erzählt wenig – Einzelgänger Nachher: Selbstsicherer – selbstbewusster – stottert kaum noch – erzählt mehr – arbeitet an sich – löst sich von Mutter – ist wieder handlungsfähig – zuversichtlicher – Sport – Entwicklung eines Freundeskreises
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft: - Prüfung schaffen – falls nicht – Neuorientierung über Arbeitsagentur - Weitere Lösung von der Mutter - Ausbau der gewonnenen Selbstständigkeit - Sport beibehalten

Abb.: III.2.8

Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (H, s. Abb.: III.2.8) welches im Anschluss unter 2.5.1 und 2.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen werden.

### 2.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

Als der Klient in meiner Praxis vorgestellt wurde, ließ er sich Dinge, bei denen er unsicher war oder die er sich nicht zutraute, häufig abnehmen. Da er bestrebt war alles richtig machen zu wollen, verstärkte dies seine Unsicherheit, Fehler ließen nicht lange auf sich warten, Versagensängste entwickelten sich. Taten sich Schwierigkeiten auf, bei denen er keine Hilfe von seiner Mutter erwarten konnte, brach er Dinge wie z. B. seinen damaligen Sport ab. Er traute sich immer weniger zu, wurde insgesamt stetig ängstlicher und dadurch in den Augen vorwiegend seiner Mutter immer träger. K, S, V und E zeichneten ein Bild eines u. a. ängstlichen, verunsicherten, z. T. resignierten, lethargischen und depressiven Menschen. Nach der Imagination zeigten die Veränderungen in der Körpersprache, dass sich die Veränderungen nicht nur in seinem sichtbaren Handeln, sondern auch in ihm vollzogen hatten.

Bereits der Händedruck hatte sich im Laufe der Sitzungen von einem kaum spürbaren, schlaffen zu einem angepassten entwickelt. War er zu Beginn der Sitzungen u. a. ängstlich, verunsichert, z. T. resigniert, lethargisch und teilweise depressiv, hatte die Imagination und die daran anschließenden Sitzungen dazu geführt, dass der Klient auch in seiner Körpersprache selbstbewusster und selbstsicherer wurde, aufmerksamer an Gesprächen teilnahm, kontinuierlich an sich selbst arbeitete, was er bei der Korrektur seiner Haltung offen verbalisierte. So wie er sich innerlich veränderte, änderte sich auch sein Kleidungsstil, den er stolz präsentierte und dabei verbal zum Ausdruck brachte, wie wohl er sich fühlte. Sein Stottern verminderte sich im Laufe der Zeit kontinuierlich, äquivalent zu seiner wachsenden Selbstsicherheit und seinem wachsendem Selbstbewusstsein. Im Sport fand er Freunde und Selbstvertrauen und er löste sich langsam von seiner Mutter, nahm sein Leben selbst in die Hand, auch wenn es ihm oft noch schwer fiel.

Zeichen von Passivität (T1 K 3), Angst/Unsicherheit (T1 K 6, T1 K 17, T1 K 38, T1 K 44; T2 K 3, T2 K 9 b), T2 K 12; T3 K 19, T3 K30<sup>586</sup>), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung (T1 K 6, T1 K 13; T2 K 12), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 6, T1 K 17; T3 K 19; T5 K 3), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 6, T1 K 17; T3 K 33), Unterlegenheit (T1 K 13, T1 K 17, T1 K 26; T2 K 3,

<sup>586</sup> Der Klient überlegte sehr lange, bis er etwas sagte, wobei die Themen nicht kreisten, was ich als Faktor der Unsicherheit und Angst wertete.

T2 K 12), Antriebs- und Willensschwäche (T1 K 17), mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 3, T3 K 10, T3 K 19) die nach dem Erstgespräch bemerkt werden konnten, hatten sich im Laufe der Sitzungen entwickelt zu Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5, T1 K 45; T2 K 8), Extravertiertheit (T1 K 2; T3 K 28), Aufmerksamkeit (T1 K 5, T1 K 45; T2 K 8; T3 K 34), Kommunikation auf gleicher Augenhöhe (T1 K 5, T1 K 36, T1 K 45; T2 K 1; T3 K 34), Optimismus und Sicherheitsgefühl (T1 K 9, T1 K 11; T2 K 1), verbessertem Selbstbewusstsein und größerer Selbstsicherheit (T3 K 2; T3 K 17; T5 K 2). Er wirkte fröhlicher (was sich auch in den Kleidungsfarben widerspiegelte T5 K 10), ausgeglichener, zeigte offen, dass er an sich arbeitete (s. Tab.: III.2.7 unter T4) und erzählte mehr von sich und seinen Erfahrungen oder Erlebnissen (s. T3 K 28).

### 2.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin den Klienten selbst entdecken zu lassen, wie viel er bereits aus eigener Kraft geschafft hatte und ihn dadurch zu motivieren sich an Dinge heranzuwagen, sich Neues zuzutrauen und nicht abzugeben, wenn es Schwierigkeiten gab. Er sollte die Zukunft planen lernen, für den Fall, dass etwas anders läuft als gedacht, neue Perspektiven und Alternativen entwickeln lernen, wie es weitergehen kann, um nicht (wie sonst) in Depression oder in Lethargie zu verfallen. Der Klient sollte durch die Imagination motiviert werden über sich selbst und seine Biografie nachzudenken, die Beziehung zu seiner Mutter einzuordnen oder neu zu definieren, um wieder selbstständig handlungsfähig zu werden. Weitere Lösungen des Problems entsprangen der Initiative des Klienten. Das Nachdenken über sich selbst führte den Klienten dahin einen Rechtschreibkurs für Erwachsene aufzusuchen und eine neue Sportart auszuüben, was für ihn ein Weg war Selbstbewusstsein zu entwickeln und ihm die Möglichkeit eröffnete, mit anderen Menschen Freundschaften aufzubauen. Zudem begann er gegen seine Mutter aufzubegehren, sich nicht mehr alles aus der Hand nehmen zu lassen, sondern um Hilfe zu bitten, wenn er sie benötigte. Neu war, dass er erst einmal alleine versuchte zurechtzukommen. Das Lernen mit Karteikarten machte ihm bewusst, dass es für Probleme Lösungswege geben kann, Wege die es ihm individuell ermöglichten seinen selbst gesteckten Zielen näher zu kommen. Zudem musste die Mutter ihr Verhalten gegenüber ihrem Sohn verändern, u. a. ihrem Sohn mehr zutrauen, ihm Schwierigkeiten nicht mehr abnehmen oder schon im Vorfeld beseitigen, sondern ihn dazu motivieren nach Lösungen zu suchen.

An der Ausbildungsstelle musste der Vorgesetzte des Klienten über die Lernprobleme und den darin enthaltenen Unsicherheiten und Ängste in Kenntnis gesetzt werden, damit er sich auf die Gegebenheiten und Fähigkeiten des Klienten besser einstellen und Verständnis entwickeln konnte.

### 2.5.3 Die Zukunftsorientierung

Die Prüfung endlich zu schaffen war sein vorrangiges Ziel. Ziele waren aber auch den Sport weiter zu betreiben, seine Deutschkenntnisse stetig zu verbessern, für den Fall des Nichtbestehens der letzten Prüfung in seinem Ausbildungsberuf Vorkehrungen zu treffen und mit der Agentur für Arbeit in Verbindung zu bleiben. Er wollte, sollte er die Prüfung nicht bestehen, evtl. eine andere Ausbildung beginnen. Dieser Vorstellung war für ihn kein Problem, er hatte nicht das Gefühl versagt zu haben, sondern die Einstellung eine falsche Berufswahl getroffen zu haben, was vielen jungen Menschen passierte, wie er von der Arbeitsagentur erfahren hatte. Zudem wollte er an seinem neuen Lebensgefühl festhalten, weiter daran arbeiten für sich allein die Verantwortung zu übernehmen und von seiner Mutter so wenig Hilfe wie möglich annehmen zu müssen.

## 2.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Im März 2007 verlief das informelle, nicht standardisierte Telefoninterview wie folgt (Gedächtnisprotokoll): Nach meiner Begrüßung freute er sich, von mir zu hören. Auf meine Feststellung er hörte sich an, als ob es ihm gut ging und die Imagination anscheinend bei ihm etwas bewirkte, sagte er, dass er sich an vieles erinnern könne und er sich seine Imagination manchmal in Gedanken abrief,

„(...) um sich, wie er sagte „selbst in den Hintern zu treten“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], sich zu verändern oder Dinge zu ändern.“<sup>587</sup> Auf meine Äußerung, dann würde es bei ihm in allen Bereichen gut aussehen, antwortete er, dass er in seinem Sport Ju-Jutsu im April eine Leistungsprüfung anstrebe, worauf er sehr stolz sei und in der Lehre alles, wie immer, liebe. Irgendwann wäre doch noch eine Prüfung, hakte ich nach. Ja, die sei im Juni 2007 und er sei seither am Lernen. Es klappe recht gut, sei „aber sehr schwerer Stoff“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Das wären seine letzten Fächer, die er bisher nicht bestanden habe, fasste ich zusammen. Ja, da mache er sich schon Gedanken, aber es ginge doch immer weiter, das habe er beim Spaziergang mit mir gelernt. Deshalb habe er sich schon vor Längerem wieder beim Arbeitsamt vorgestellt und dann ginge es eben anders weiter, so der Klient. Er hatte sein Leben immer mehr im Griff, wie damals die »Babsi«. Da habe er noch einige Erinnerungen an die Imagination, stellte ich fest. Ja, das sei „eine tolle Erfahrung“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] gewesen. Ich bedankte mich für das Gespräch und sagte ihm, dass ich ab und an anrufen möchte und ob ihm das recht wäre, was er bejahte. So verabschiedeten wir uns.

Ein informelles, nicht-standardisiertes telefonisches Interview Mitte Juni 2007 verlief wie folgt (Gedächtnisprotokoll): Als ich ihn begrüßte, freute er sich, dass ich mich noch einmal bei ihm meldete. Auf meine Einleitung, dass ich hören wolle, wie es ihm ginge, erzählte er mir, dass er seine Lehre habe abbrechen müssen. Er habe seine dritte und letzte Chance, die Prüfung doch noch zu bestehen, nicht wahrnehmen können, denn er sei an seinem Arbeitsplatz so schwer gestürzt, dass er sich sein rechtes Sprunggelenk und das Wadenbein gebrochen habe. Mehrere Operationen seien bisher nötig gewesen und noch Ende Juni 2007 würden weitere Metalle entfernt werden. Er machte eine Pause und ich lenkte ein, dass er demnach keinen Berufsabschluss habe. Worauf er sofort (fast euphorisch) sagte, dass er bei der Agentur für Arbeit im Moment prüfe, welchen Beruf er sich zutraue und habe

„(...) zwei Berufe im Blick: Schreiner oder Maurer, da er gerne sehen würde, was er am Ende des Tages geleistet habe. Bevor er sich endgültig festlegen könne, würde er vorher noch einen Test bei der Agentur für Arbeit machen, inwieweit er dafür wirklich geeignet sei, vor allem was das Schriftliche anbelange.“<sup>588</sup> Er schien verlegen, woraufhin ich bemerkte, es sei sicher nicht so leicht sich zu entscheiden, wenn man nicht genau wisse, was an Lernstoff auf einen zukommen würde. Da habe ich wohl recht. Der Deutschkurs habe ihm bereits gut geholfen sich besser ausdrücken zu können (was mir im Gespräch bereits aufgefallen war), auch das Schreiben mache Fortschritte und er bleibe „auf jeden Fall“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] dabei. Als ich ihm sagte, dass er bisher anscheinend vieles beibehalten habe, was er in den Sitzungen für sich erarbeitet habe, lenkte er fast entschuldigend ein: „Seinen Sport müsse er nun schon lange unterbrechen aber er habe fest vor, wenn möglich im nächsten Jahr, wieder anzufangen. Man erkundige sich aus diesem Kreis auch schon des Öfteren nach ihm und besuchte ihn sogar, was ihn merklich stolz machte.“<sup>589</sup>

Ich wünschte ihm weiterhin gute Besserung, was seinen Fuß anbetraf und er verabschiedete sich mit einem „Das wird schon.“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.].

Im März 2008 sollte ein nicht-standardisiertes Telefoninterview mit dem Klienten stattfinden, doch ich traf ihn zufällig persönlich und nutzte diese Gelegenheit statt eines Telefonats. Gedächtnisprotokoll: Mir fiel sofort die modische, sportliche und passgenaue Kleidung des Klienten auf. Nachdem ich feststellte, dass er anscheinend wieder gut laufen könne, erzählte mir der Klient, dass er erst seit einem halben Jahr wieder seinem Sport nachginge.

Beruflich versuche er eine Lehrstelle zu finden, was für ihn, in seiner Situation, jedoch recht schwierig sei, so der Klient. Ich stellte fest, dass er damit sicher seine nicht bestandenen Prüfungen meinte und den Unfall. Dies bejahte er und fügte hinzu, dass er gleich von einem Kollegen abgeholt werden würde, da er derzeit eine Stelle bei einer Zeitarbeitsfirma habe, bei der es ihm gut gefallen würde. Er sagte er würde im Leben gut zurechtkommen, es gäbe immer wieder eine Möglichkeit Geld zu verdienen, wenn man es wirklich wolle und er fühle sich sehr wohl. Auf meine Feststellung, dass sich demnach all seine Bemühungen gelohnt hätten, sagte er, dass er oft, wenn er unterwegs sei, an den Spaziergang denken würde und noch weiter an sich arbeite.

<sup>587</sup> Petra Hempel 2008, Band 1; S. 110

<sup>588</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 110

<sup>589</sup> Ebd.; S. 110



Er besuche weiterhin einen Deutschkurs, denn er habe noch Nachholbedarf, wobei er verlegen lächelte. In diesem Moment kam sein Kollege mit dem Auto, wir verabschiedeten uns und der Klient rief mir noch fröhlich zu, es sei schön gewesen, mich getroffen zu haben. Er hatte sich mit mir, die ganze Zeit in normaler Lautstärke, ohne stottern und mit offener, entspannter Körpersprache unterhalten.

## 2.7 Die Wirkungsweise

Der Klient im Fall 1 hatte durch die Imagination zum ersten Mal die Gelegenheit chronologisiert Teile seines Lebens an einem Stück sozusagen im *Zeitraffer* empathisch nacherleben zu können. Der Schlüssel in der Wirkung der Imagination auf den Klienten lag darin, dass ihm bewusst werden konnte, was er bisher unbewusst und aus eigenen Stücken geschafft hatte und dass er zu eigenen Entscheidungen und zum Durchhalten fähig war, selbst wenn es einmal schwierig wurde. Er konnte entdecken, dass er einiges auch alleine geschafft hatte: Seine Mutter half ihm nicht mehr bei der Lehre und trotzdem gab er nicht auf, nutzte alle Nachprüfungen - bis auf die Letzte, die er bedingt durch einen Arbeitsunfall nicht mehr wahrnehmen konnte. Er war weder zum Alkoholiker geworden, noch war er anderweitig suchtgefährdet. Er spürte durch die Imagination, dass er durchaus in der Lage war, für sein Leben zu sorgen, Entscheidungen alleine zu treffen. Die Imagination hatte ihm gezeigt, dass er stolz auf sich sein konnte, was die Stärkung seines Selbstbewusstseins bewirkte. Mit diesem Bewusstsein fühlte er sich *schlagartig* erwachsen, er wollte alleine entscheiden, sich aus der Führung durch seine Mutter befreien.

Dass er wieder einem Sport nachgehen wollte, resultierte daraus, dass er im Bereich des Sports die Erfahrung gemacht hatte durchzuhalten, wenn nicht widrige Umstände dies verhinderten. Das Erfolgserlebnis sich bei einem Ju-Jutsu-Kurs, ohne Wissen der Mutter, angemeldet zu haben und Spaß am Sport und der Gemeinschaft zu haben, förderten abermals sein Selbstbewusstsein, was zur Folge hatte, dass er sich wiederum seinen Mängeln stellen konnte. So meldete er sich im Alleingang bei einer Lernhilfeeinrichtung an, um Deutschstunden zu belegen. Er übernahm seinen Weg im realen Leben, so wie er in der Imagination bereits Szenen zukunftsorientiert geplant und durchgespielt hatte, z. B. die Berufsausbildung zum Abschluss zu bringen. Er ließ sich von Rückschlägen nicht mehr demotivieren, suchte beruflich, parallel zur Ausbildung, nach anderen Wegen. Die so gewonnene Selbstsicherheit übernahm er im Bereich der Körperhaltung, der Sprache und bei der Kleidung, d. h. die inneren Veränderungen zeigten sich auch im äußeren Erscheinungsbild.

## 2.8 Die Reflexion<sup>590</sup>

Meine Eigenkritik vor Beginn der Imagination bestand darin, dass ich Sorge hatte, dem Klienten etwas aufzuzwingen, aus dem er sich, aus seiner Unselbstständigkeit heraus, nicht mehr befreien könnte. Denn im Ansatz handelte ich nicht anders, als dies bisher seine Mutter getan hatte. Aber das Wissen wie im Psycho- und Soziodrama und auch dem 'Katathymen Bildererleben' usw. mit Klienten gearbeitet wurde minderten meine Bedenken. Klienten benötigen mitunter zuerst eine (Ein-)Führung durch einen Berater/Therapeuten, um danach verantwortungsfrei z. B. imaginieren zu können.

Der Klient zeigte mir während der Imagination, dass er Spaß daran hatte, zeigte viele Emotionen, wie ich sie nach der ersten Sitzung kaum kannte. Als ich mich am Ende der Imagination von dem Klienten verabschiedete, hatte ich das Gefühl, dass diese gut verlaufen war, allerdings zweifelte ich daran, ob er sich seine Erkenntnisse a) merken konnte, ob er b) daraus etwas für sein weiteres Leben und Handeln gelernt hatte und c) dies in Veränderungen in seinem Leben münden würde. Dieser Zweifel wurde in der ersten Sitzung durch die Mutter geschürt, den späteren Aussagen der Mutter und des Ausbilders, der meinte der Klient könne sich schlecht etwas merken, manchmal wisse er Dinge von einem auf den anderen Tag nicht mehr. Immer wieder ertappte ich mich bei dem Vergleich zwischen dem, was der Klient mir zeigte und dem, wie er von der Mutter und dem Ausbilder beschrieben wurde. So war ich

<sup>590</sup> Zu diesem Fall ist die Reflexion in meinem Buch „Die Imaginative soziale Therapie“ bereits beschrieben - aus diesem Grund werde ich diese an dieser Stelle nicht in allen Einzelheiten aufführen.

mehrfach überrascht, wie wenig sich die Bilder deckten. Besonders nach den Einzelgesprächen mit dem Ausbilder und auch der Mutter des Klienten war ich gefordert, möglichst unbefangen und frei von diesen Eindrücken in die Sitzungen mit dem Klienten zu gehen. Dabei half das bewusst machen, dass der Klient durch die Umstände gelernt hatte so zu sein, wie er war, und sich diesen angepasst hatte. Dabei musste vermieden werden ihn als Opfer zu sehen und die Mutter als Täterin. Was schwierig war, angesichts dessen was der Klient in den Sitzungen (einer für ihn anscheinend entspannten, ungezwungenen Zeit) auf der einen Seite zeigte und wie schwer es ihm auf der anderen Seite fiel, das dort gezeigte Verhalten auf zu Hause zu übertragen, weil es die dortigen Umstände, besonders jedoch seine Mutter, nur schwer zuließen. Diesbezüglich galt es, mich daran zu erinnern, dass nichts ohne Grund so ist, wie es ist. Dieses Bewusstsein hatte mich die 'Objektive Hermeneutik' gelehrt.

Es ist ein System, das sich entwickelt hat, aus dem der Klient nun heraus wollte, nachdem er durch die Imagination relativ schnell und scheinbar unkompliziert viele Einblicke in seine Lebensumstände und Verhaltensweisen erhalten hatte. Für die Mutter hatte sich allerdings die Situation anders als von ihr angenommen entwickelt. Sie wollte ihren Sohn ändern, indem sie ihn in meine Beratungspraxis brachte und nun war sie unmittelbar selbst gefordert, sich zu verändern. Dass die Überbehütung der Mutter die Probleme des Klienten nährte, vielleicht sogar verursachte, ahnte ich bereits vor der Imagination. Zudem hatte ich das Gefühl, dass die schwierige Ehe der Eltern des Klienten und die Scheidung ebenso Anteile daran hatten. Diese Ahnungen bestärkten mich in der Vermutung, dass Sitzungen mit dem scheinbar verschlossenen Klienten schwieriger gewesen wären, als in einer Imagination zuzusehen (die Vorahnungen als eine Art Thesen im Raum stehen zu lassen, die durch den Klienten be- oder widerlegt werden konnte) was sich ereignet und was der Klient aufzeigte.

### 3. Fall 2 unter Nutzung von Motiv 2

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 1 sind *Die Luftballons*.

Nach dem ersten Fall war dieser Fall der Zweite, bei dem ich eine Imagination als Hilfsmittel für die Problemlösung einsetzen wollte. Der Spaziergang schien in diesem Fall allerdings kein probates Motiv, sodass ich ein individuell auf den Fall angepasstes neues Motiv entworfen hatte.

Diese Klientin kannte ich bereits vor der Geburt ihrer Tochter im Jahr 1999. „Sie besuchte vor der Geburt ihrer Tochter bei mir einen Geburtsvorbereitungskurs und entsprechend andere Kurse.

Als 2001 ihr Sohn geboren wurde, besuchte sie wieder alle Kurse bei mir und durch neu gegründete Spielkreise hatten wir auf diese Weise bis Anfang 2005 Kontakt.

Sie fiel mir immer wieder dadurch auf, dass sie sehr nervös schien und häufig mit Problemen auf mich und die Gruppe zukam. Sie bat um Hilfe und Ratschläge, hinterfragte sehr genau, was gesagt wurde und am Ende machte sie nichts anders als bisher, sodass sich ihre Probleme nicht lösten. Denn die jeweiligen Probleme wurden von der Klientin oft einige Wochen später wieder angesprochen, ohne dass sich etwas verändert hatte. Sie war dadurch relativ lange im Mittelpunkt der Gruppe, bis sich die anderen Frauen von ihr abwandten. Seither war ich im Anschluss an den Krabbelkurs ihre Hauptansprechpartnerin. Als ihr Sohn drei Jahre alt war und er in den Kindergarten wechselte beschränkte sich ihr Kontakt zu mir auf ca. drei bis vier Telefongespräche im Jahr. Da ich mittlerweile Sozialwesen studierte, versuchte ich in den Gesprächen sozialpädagogisch zu intervenieren, mein Wissen von Gesprächsführung usw. anzuwenden. Ihr Verhalten schien ich dabei nicht zu beeinflussen. Sie meinte immer wieder, sie wisse, dass das so nicht gehe, aber sie könne es nicht ändern. Damit war für sie der Fall erledigt – bis zum nächsten Mal.

Als ich im August 2005 offiziell meine sozialpädagogische Beratungspraxis eröffnete, war sie meine erste Klientin. Die offizielle Beratungssituation empfand ich in der Form schwierig, denn ich wusste, wie problematisch es war an sie heranzukommen, geschweige denn Veränderungen bei ihr durch Verstehen und Erkennen ihrer bisherigen Lebenssituation zu bewirken. Zudem war ich nun in offizieller Form von ihr beauftragt, ihr zu helfen. Vorher wurde ich von ihr nicht für eine Beratung bezahlt, aber nun fühlte ich mich gefordert und in der Pflicht. Die Klientin suchte Hilfe, war aber nicht bereit oder in der Lage ihre Situation zu verändern und auch ihr Mann war nicht zur Mitarbeit bereit.<sup>591</sup>

#### 3.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll

Sie machte im Beratungsgespräch nicht zum ersten Mal den Eindruck vollkommen überfordert zu sein. Sie klagte fast ohne Pause, die gesamte Zeit der Sitzung, darüber was sie alles tun müsse, sie nicht wisse, wie sie das alles schaffen solle, wie wenig Akzeptanz sie im Umfeld habe und dass sie spüre, wie sie die anderen Frauen, mit denen sie sich unterhalten würde, ablehnen. Sie sei im Dauerstress, schlapp müde, schaffe nichts und könne ihren eigenen beruflichen Wünschen nicht nachkommen, weil ihr Mann dies ablehne. Sie sei verzweifelt, so könne es nicht weitergehen, erzählte die Klientin.

„Sie nahm wegen ihrer lang anhaltenden Pilzerkrankung Medikamente für den Aufbau der Darmflora, Antimykotika (Mittel gegen Pilzerkrankungen) und Schüssler Salze (Mineralstofftableten) für den allgemeinen Körperaufbau. Zu ihren körperlichen Problemen kamen noch familiäre hinzu, ihre Tochter sei (...) in die Schule gekommen und (...) der jüngere Bruder vermisse seine Schwester sehr (...).“<sup>592</sup>

Ihr Mann meine sie mache sich über alles zu viele Gedanken und sie solle sich bei anderen Frauen Informationen einholen, wie diese ihren Alltag bewältigen würden, da könne sie nur lernen. So vergleiche sie sich ständig mit anderen Frauen und schneide dabei immer wieder schlecht ab. Ihre zwei Kinder (s. Kapitel III.3.) seien sportlich aktiv, was mit vielen Fahrten verbunden sei, die sie neben dem Haushalt auch noch organisieren müsse.

<sup>591</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“ Band 1 (2008); S. 28 f.. Der Termini *Frau Sauer* wird durch *die Klientin* ersetzt, da es für die Bearbeitung der Fälle einfacher ist von Fall 2 und Klientin aus Fall 2 zu sprechen. Des Weiteren sind kleinere Rechtschreibkorrekturen vorgenommen worden. Größere inhaltliche Veränderungen des Ursprungstextes werden in eckigen Klammern und dem Kürzel P. H. kenntlich gemacht.

<sup>592</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“, Band 1, 2008; S. 31 f.

Ihr Mann arbeite viel und so müsse sie das alles alleine leisten. Ihre Kinder seien oft krank, sie zweifele an vielem, sei ständig unsicher, wie sie dies oder jenes machen könne, sie wisse z. B. nicht, was sie für Nahrung für ihre Familie kaufen solle. Bioprodukte seien teuer, aber ob sie auch besser seien, wisse sie nicht. Sie wisse nicht, ob sie sich in der Erziehung richtig verhalten würde, müsse sehen, dass das Geld reiche, wisse manchmal nicht, wie sie es einteilen solle, und habe häufig ein schlechtes Gewissen, wenn sie ihre Eltern um Hilfe bitten müsse.

„Ich hatte den Eindruck: Sie sah sich von Problemen umgeben, ohne Prioritäten des Handelns setzen zu können. Alle Probleme sollten zusammen, am besten sofort gelöst werden. Mir drängte sich das Bild auf, dass ihr die Probleme wie ein riesiger Berg erschienen, den es zu beseitigen gab, aber allein das Ansehen des Berges entmutigte sie anscheinend, sodass sie erst gar nicht begann, sich auf diesen zuzubewegen oder gar nach einem Weg zu suchen, wie sie ihn besteigen, bzw. verringern könne.

Ich schilderte ihr meinen Eindruck und sie sagte spontan, dass es genau so sei, mit diesem Bild könne sie sich absolut identifizieren.“<sup>593</sup>

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.3.1). Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.:

Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2), Angst/Unsicherheit (T1 K 6, T1 K 17, T1 K 19, T1 K 46; T2 K 9 b); T3 K 26), Beschwichtigungshaltung (T1 K 6, T1 K 13; T2 K 12), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 6, T1 K 17, T1 K 19; T5 K 3), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 6, T1 K 17) aber auch nonverbale Verstärker (T3 K 34), Unterlegenheit (T1 K 13, T1 K 17, T1 K 46), mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17), zum einen wenig (T1 K 34) aber zum anderen viel Selbstsicherheit (T3 K 17, T3 K 20; T5 K 13), Kapitulation/Ohnmacht (T2 K 6), dass sie unter psychischen Druck stand (T3 K 21).

Tabellenkode	Kodenummern						
T1	K 2	K 6	K 13	K 17	K 19	K 34	K 46
	Sonstiges: Wenn die Arme bewegt wurden, dann K 34						
T2	K 6	K 9	K 12				
T3	K 17	K 20	K 21	K 26	K 28	K 34	
	Sonstiges: Stetiger Wechsel zwischen K 20 und K 21						
T4	Auffälliges Verhalten					Erkennbarer Zusammenhang	
Seite 4	Sie hebt die Stimme mit jedem Wort immer extrem in die Höhe, wenn sie z. B. sagt: „Dass das so ist, weiß ich ja.“ Wobei das „Ja“ in einem sehr hohen Ton lange gehalten wird. Während dieser Sätze bleiben die Zähne zusammen und der Mund bewegt sich kaum.					Es sind immer die Sätze, bei denen sie sich selbst ihrer Fehler bewusst wird. Versteckte Wut auf sich selbst, weil sie nichts ändert bzw. ändern kann.	
T5	K 3			K 7	K 9	K 13	K 17

Tab.: III.3.1

Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Klientin einen sehr unsicheren Eindruck hinterließ. Sie zeigte aber auch, dass sie sich unbewusst oder bewusst klein machte, sich nichts zutraute und über sich selbst wütend war, dass sie so ist, wie sie ist (s. T4).

Irgendetwas (evtl. psychischen Druck T3 K 21) schien sie in die Unterlegenheitsposition (T1 K 13, T1 K 17, T1 K 46) zu bringen, sie hatte über die Jahre hinweg kapituliert (T2 K 6), da sie anscheinend nicht in der Lage war gegen das, was sie erlebt hatte aufzubegehren, wahrscheinlich bedingt durch ihr mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17). Sie ließ scheinbar vieles mit sich geschehen, – und Nachfolgen-

<sup>593</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“, Band 1, 2008; S. 32 f.

des ließ mich in der Vermutung bestärken, dass sie durch äußere Umstände genötigt war, entgegen ihrer eigentlichen Überzeugung sich zurückzunehmen – was sie durch Signale von Selbstsicherheit (T3 K 17, T3 K 20; T5 K 13) und nonverbale Verstärker (T3 K 34) zeigte, dessen Reifung anscheinend durch bestimmte Umstände verhindert wurde. Wie in den Schilderungen ihrer Problematik, äußere Umstände nicht verändern zu können/wollen, zeigte sie auch in ihrer Körpersprache u. a. ihre eigene innere Verunsicherung und Ängstlichkeit. Die Themen kreisten öfter (T5 K 28) und sie hatte Selbstmitleid und Verzweiflung, aber auch Wut auf sich selbst entwickelt.

Durch ihr gepflegtes Erscheinungsbild (T5 K 17) zeigte sie nicht, dass sie am Geld sparen musste, hatte sie doch sichtbare Labels von bekannten Modefirmen an der Kleidung (T5 K 7). Die hellen Kleidungsstücke (T5 K 9) ließen sie dagegen eher unauffällig erscheinen, passend zu den gezeigten Körpersignalen der Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 6, T1 K 17, T1 K 19; T5 K 3).

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.3.2), **B** (s. Abb.: III.3.3) und **C** (s. Abb.: III.3.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt **D** s. Abb.: III.3.5). Begonnen hatte ihre problematische Situation vermutlich nach der Geburt des zweiten Kindes, da sie von vorherigen Problemen nicht berichtet hatte. Sie war eher fixiert auf ihre derzeitigen Belastungen durch die beiden Kinder. Sie musste mit wenig Hilfe zurechtkommen, ohne die des Partners, z. B. die Kinder zumeist alleine erziehen, zum Sport begleiten, Dinge (Arztbesuche, Einkäufe, finanzielle Mittel einteilen, Haushaltstätigkeiten und ihren eigenen Berufswunsch) im Alltag organisieren und ihre häufig kranken Kinder versorgen. Die Klientin war kaum in der Lage zu entscheiden, wie sie die täglichen Dinge bewältigen könnte. Sie verzettelte sich, weil sie Problemen keine Prioritäten zuordnen konnte, arbeitete wenig lösungsorientiert, ließ Probleme zumeist auf sich wirken und war dadurch mit fast allem überfordert.

Vom Partner erhielt sie kaum Unterstützung, sie wurde von ihm allerdings immer wieder aufgefordert sich mit anderen Frauen zu unterhalten, von ihnen zu lernen. Nach diesen Gesprächen, mit den ihr bekannten Frauen, fühlte sie sich nicht akzeptiert und ausgegrenzt. Dies verstärkte u. a. noch ihre Unsicherheit, mangelndes Selbstvertrauen und -bewusstsein und nicht nur dadurch zweifelte sie ständig an sich und ihren Entscheidungen.

<b>A</b>				<b>Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... August 2005</b>		<b>Seite: 1</b>	
Name/: Klientin Fall 2							
Geb./Alter: 35 Jahre							
Adresse: XXX							
Tel.: XXX				Mobiltel.: XXX			
Verh.: Ja	Gesch.: /	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: 2	Alter: ♀ Geb. 1999 ♂ Geb. 2001			
Geschwister: Keine		Alter: /	Verst.: /				
Eltern: XXX und XXX		Gesch.: Nein		Verst.: /			
Initiator der Beratung: Selbst							
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch sich beruflich zu verwirklichen</li> <li>- Schwierigkeiten, den Alltag zu organisieren, Hilfe einzufordern</li> <li>- Unsicherheiten in Erziehung</li> <li>- Ständiges Zweifeln an sich, ob sie alles richtig macht</li> <li>- Partner ist kaum Hilfe</li> <li>- Mangelnde Selbstsicherheit</li> </ul>							
In Anspruch genommene Sitzungstermine:							
1 Erstgespräch	4	7					
2 Imagination	5	8 Abschlusssitzung					
3 Durcharbeiten	6						

Abb.: III.3.2

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt</b> für Blatt <b>A</b> und Blatt <b>G</b>	Seite: <b>2</b>
Name: Klientin Fall 2		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... August 2005 – Erstgespräch		
Prägende Ereignisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tochter im Jahr 1999</li> <li>- Sohn im Jahr 2001</li> <li>- 2008: Tochter in Grundschule – Sohn im Kindergarten</li> <li>- Wenig Akzeptanz, Ablehnung durch Frauen ihres im Umfeldes</li> <li>- Für sie ist es negativ, wenn sie sich mit anderen Frauen vergleicht</li> <li>- Schlechtes Gewissen, wenn sie um Hilfe bittet</li> <li>- Teilweise ratloser Mann</li> <li>- Ein Partner, der ihr wenig Stütze ist</li> <li>- Oft kranke Kinder</li> <li>- Schwierige finanzielle Lage bezüglich der Haushaltsführung</li> </ul>		

Abb.: III.3.3

<b>C</b>	<b>Ergänzungsblatt</b> für Blatt <b>A</b>	Seite: <b>3</b>
Name: Klientin Fall 2		
Datum: ... August 2005 – Erstgespräch		
Involvierte Personen: <p>Mann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenig Zeit sich in Familie einzubringen</li> <li>- Überlässt seiner Frau Kinder und Haushalt</li> <li>- Keine Ambitionen an derzeitiger Situation etwas zu verändern</li> <li>- Ist hilflos, wie er Frau helfen kann, verweist auf andere, von denen sie lernen soll</li> </ul> <p>Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ihre Eltern könnten helfen, aber hat schlechtes Gewissen um Hilfe zu bitten</li> </ul> <p>Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie akzeptieren Klientin nicht</li> <li>- Lassen die Klientin »schlecht aussehen«</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nächste Stunde Imagination</li> <li>- Weitere Sitzungen nach Absprache</li> <li>- Angedacht evtl. gemeinsam mit Partner Gespräch führen</li> </ul>		

Abb.: III.3.4

<b>D Problemanalyse</b>		Seite: <b>5</b>
Name: Klientin Fall 2		
Datum: ... August 2005		
Problem/Teilprobleme:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist sehr unsicher, mangelndes Selbstvertrauen und –bewusstsein, zweifelt an sich und ihren Entscheidungen</li> <li>- Kaum in der Lage zu entscheiden, wie sie Dinge (Erziehung, Einkauf, Fahrten zum Sport, Einteilen der finanziellen Mittel, Haushalt und ihr Berufswunsch) im Alltag organisieren soll – hat Problem die alltägliche Routine zu bewältigen</li> <li>- Ist überfordert</li> <li>- Verzettelt sich, Probleme Prioritäten zu setzen, arbeitet wenig lösungsorientiert, lässt Probleme auf sich wirken</li> <li>- Fühlt sich nicht akzeptiert und ausgegrenzt</li> <li>- Fühlt sich auch in Partnerschaft häufig allein</li> </ul>		
Hauptproblem: Überforderung durch veränderte Lebensumstände		
Problem fördernde Situationen/Umstände:	Problem mindernde Sit./Umst.:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kranke Kinder</li> <li>- Kinder zum Sport begleiten müssen</li> <li>- Ohne Hilfe zurecht kommen</li> <li>- Nach den Gesprächen mit Frauen</li> <li>- Vom Partner immer wieder aufgefordert zu werden von den anderen zu lernen</li> </ul>	Keine bekannt	
Involvierte Person/en:	Involvierte Person/en:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mann</li> <li>- Ihr bekannte Frauen</li> </ul>		
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.):		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermutlich Zeit vor der Geburt des zweiten Kindes</li> </ul>		

Abb.: III.3.5

Die Klientin kannte ich bereits aus der Geburtsvorbereitung und anderen Kursen nach der Geburt des ersten Kindes und in dieser Zeit war sie nie besonders aufgefallen. Erst als ihr zweiter Sohn auf die Welt kam, änderte sich ihr Verhalten auffällig, sodass die Vermutung nahe lag, dass die Geburt des zweiten Kindes als zusätzliche Belastung der Auslöser für ihre Anpassungsstörung war.

### 3.2 Die Imagination – Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. Die Klientin sah viele Probleme, konnte das Ganze kaum noch überblicken, aber auch das spezielle Einzelne nicht mehr entdecken. Sie verfiel in Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung, ließ scheinbar vieles mit sich geschehen und das ließ vermuten, dass sie durch äußere Umstände genötigt war, sich entgegen ihrer eigentlichen Überzeugung zurückzunehmen und teilweise ihre Reifung durch bestimmte Umstände verhindert wurde. Und noch ein Faktor: Ihre Themen kreisten. In diesem Fall war ein Motiv nötig, dass die Klientin als Person verdeckte, eingrenzte oder einengte, so wie die Probleme sie zur Raumreduktion und Selbsterniedrigung bewegt hatten.

Die Analyse von K, S, V und E gaben den entscheidenden Hinweis Motiv 2 zu wählen.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.3.6).

<b>E Planung der Imagination</b>		Seite: 6
Termin: XXX	Name: Klientin Fall 2	
Imaginationsmotiv und Begründung: Motiv: Rote Luftballons – Motiv 2		
Begründung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kann ihren Problemen keine Prioritäten zuordnen</li> <li>- Sieht keine Möglichkeit, Probleme zu lösen – Handlungsweisen bezüglich einzelner Problematiken münden in Chaos</li> <li>- Ist nicht in der Lage sich auf ein Problem und auf Lösung zu konzentrieren – hat keine Problemübersicht, die ständig präsent sind</li> <li>- Mit Problemlösung überfordert</li> <li>- Vergleicht sich mit anderen Frauen, zieht negativ Bilanz, sieht sich nicht als individuelle Person mit individuellen Problemlagen</li> </ul>		
Die Klientin soll dadurch u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit erlangen</li> <li>- Sich als eigene Person sehen, ohne ständigem Vergleichen mit anderen Frauen zu unterliegen</li> <li>- Prioritäten bezüglich ihrer Probleme sehen und entsprechend handeln lernen</li> <li>- Unterschiedliche „Größen“ der Probleme erkennen, Priorität evtl. sicht- und spürbar erleben</li> <li>- Lernen Entscheidungen zu treffen und dazu stehen</li> <li>- Probleme einzeln und konstruktiv betrachten lernen</li> </ul>		
Geplanter Ablauf: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin soll ein Problem benennen und sie auf so viele Luftballons schreiben, wie sie glaubt, dass sie Raum bei ihr einnehmen – Größe der Luftballons ist ebenfalls einzubeziehen</li> <li>- Danach die Luftballons an die Körperstelle binden, von der sie das Gefühl hat, dass sie beeinträchtigt wird</li> <li>- Wenn fertig, Probleme aus der Vergangenheit benannt sind, sie bitten für Gegenwart mit den Luftballons (= Problemen) aufzustehen und wirken lassen</li> <li>- Zukunftsplanung evtl. setzen und selbst entscheiden, wie welches Problem zu lösen wäre, entsprechenden Luftballon vom Körper abnehmen – so lange in den Händen halten, bis sie eine Lösung gefunden hat</li> </ul>		
Je nach Zeit werden die nicht bearbeiteten Probleme in der nächsten Sitzung mit einbezogen.		

Abb.: III.3.6

Kurze Zeit später hatte ich bei der Klientin eine individuelle, auf ihre Problemlage abgestimmte Imagination realisiert. Das Material waren rote, aufblasbare Luftballons. Die Imagination fand witterungsbedingt im Beratungsraum (40 qm) statt. Zu erwähnen wäre noch: Die Klientin war Brillenträgerin.

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **F**:

„Nach der üblichen Einführung erklärte ich ihr die Imagination. Jeder Luftballon sollte von ihr, mit einem momentan präsenten Problem, beschriftet werden. Sie konnte auch mehrere Luftballons für ein und dasselbe Problem benutzen und diese/r sollte/n dann entsprechend dem Raum, den er/sie an Problematik für sie einnahme/n, von ihr entsprechend aufgepustet werden. Danach sollte sie den/die Luftballon/s mit einem dünnen Band an eine Körperstelle binden, die sie dafür als passend erachtete, und begründen, warum sie den/die jeweiligen Ballon/s an diese Stelle band.

Sie nahm lachend den ersten Luftballon und meinte, wie das denn wohl aussehen würde – sie mit den ganzen Luftballons am Körper – und beschriftete ihn mit den Worten: »Mir wird alles zu viel«. Sie erklärte dazu, dass sie sich absolut überfordert fühle, aber nicht wisse, wie sie es anders machen solle. Dies sei auch der Grund, weshalb sie zu mir in die Praxis gekommen sei. Sie band diesen Ballon an ihren Hals und meinte das passe, sie würde bei diesem Stress auch so einen Hals bekommen (sie



zeigte dabei mit den Händen in großem Abstand an ihren Hals, um den Raum deutlich zu machen, den ihr Hals einnahm).

Den zweiten Luftballon beschriftete sie mit: »Schimmelpilz im Schlafzimmer«. Sie erklärte mir, sie und ihre Kinder seien allergisch, u. a. gegen Schimmelpilze und ihr Mann schaffe es nicht diesen Schimmelpilz zu behandeln, obwohl sie ihn schon mehrmals darauf hingewiesen habe. Seither habe sie selbst immer wieder den Anlauf unternommen etwas gegen diesen Pilz zu machen, aber alleine schaffe sie das nicht, da dazu noch ein Schrank verschoben werden müsse. Sie band den betreffenden Ballon an ihren linken Brillenbügel, denn sie habe, so erklärte sie es, die Schimmelpilzecke immer im Blick.

Luftballon Nr. drei wurde wie folgt beschriftet: »Familie mit allem versorgen«. Sie sei für alles zuständig, Einkauf, Kleidung, Haushalt, Kinder in Kindergarten und Schule bringen, die entsprechenden Elternabende, die Kinder zu den Sportveranstaltungen fahren usw. Ständig müsse sie alle Termine organisieren, ihr Terminplaner in der Küche sei ihr bester Freund, so die Klientin. Sie band diesen Ballon an ihren rechten Brillenbügel, weil sie alles im Blick haben müsse, um nichts zu vergessen und sie vergesse trotzdem viel, würde z. T. dreimal oder öfter in der Woche einkaufen u. ä. Dabei fiel ihr ein, dass sie ständig Sorgen habe, ob sie auch alles richtig mache. Sie erzählte mir, dass sie sich nicht entscheiden könne, was z. B. die Ernährung anbelange, da sie und ihre Kinder oft krank seien, neige sie zu Bio-Produkten, aber die seien teuer, und ob sie auch wirklich gesünder seien, das wisse sie nicht. Solle sie zu einem Homöopathen oder doch lieber zu einem normalen Arzt gehen, um sich und ihre Kinder behandeln zu lassen? Sie wisse nie, wie sie es richtig mache.

Luftballon Nr. vier beschriftete sie somit mit den Worten: »Wie entscheide ich mich richtig?« Währenddessen sprach sie mit mir darüber, wie sie oft nach anderen Müttern schaue, wie diese das mit den Kindern und Haushalt machen würden, und müsse sich dann von diesen immer wieder anhören, wie stressig und nervös sie sei. Mit diesen Worten band sie den Ballon kurzerhand auch noch an ihren Hals, denn gerade ihre Unsicherheit und das Geschwätz der anderen Frauen rege sie doch sehr auf, begründete sie ihre Handlung. Als ich ihr ihren Vergleich von sich mit anderen Müttern reflektierte erzählte sie mir, dass sie bei den anderen Müttern nachfrage, wie sie das schaffen würden, um evtl. Anregungen zu bekommen, wie sie es selbst machen könne, aber statt dessen vergleiche sie sich ständig und setze nichts um. Sie vergleiche und bewerte immer nur, wobei sie meist schlecht abschneide. Und so ergriff sie den fünften Ballon und schrieb: »Ich vergleiche mich und bewerte«. Diesen band sie an ihren rechten Arm mit der Begründung, dass sie dadurch nur behindert werde, sie sei zu sehr mit dem Vergleichen beschäftigt, statt etwas zu tun. Sie tue also gar nichts, reflektierte ich ihr. Sie erzählte mir, dass sie allein mit den Fahrten zu den Sportvereinen z. T. überfordert sei und ihr dies viel Zeit raube. So seien z. B. die Fahrten zum Vereinssport, in dem ihre 9-jährige Tochter sportlich aktiv sei, ziemlich zeitaufwendig, insbesondere wenn von November bis April/Mai viele Proben, Aufführungen oder Wochenendturniere stattfinden würden.

Sie schrieb auf den sechsten Luftballon: »Organisation, (...) fahren«. Diesen band sie ebenfalls an den rechten Arm, weil sie auch in diesem Bereich das Gefühl habe, dass viel Zeit verloren ginge. In dieser Zeit könne sie nichts anderes tun, also sei sie wieder behindert, so ihre Wortwahl. Ob das alles so richtig sei, wie sie alles mache, fragte sie gedankenversunken: »Mache ich alles richtig, zu viele Gedanken«, schrieb sie sehr nachdenklich auf den siebten Luftballon und band ihn diesmal an den linken Arm. Es entstand eine Pause. Dann sagte sie, sie habe das Gefühl, das sie sich durch die viele Grübeleien die meiste Zeit selbst behindere. Es entstand nun eine längere Pause, sie schien ziemlich erstaunt darüber zu sein, was sie entdeckte. Kräftig, im Gegensatz zu den anderen Luftballons, blies sie ohne weiteren Kommentar zwei Luftballons hintereinander auf und beschriftete sie recht heftig mit den Worten: »Keine Zeit für mich«.

Der Klientin wurde bewusst, wie eng es um sie herum wurde und dass sie noch nicht einmal in der Lage war, ohne Probleme diese zwei Luftballons für ihre eigene Zeit aufzupusten, zu beschriften, geschweige denn sie zu platzieren. Erschrocken fragte sie sich selbst, wo sie denn überhaupt bliebe.

Bei all den Sorgen, die sie sich um alles mache, sei sie ganz auf der Strecke geblieben, sie habe gar keinen Platz für sich, erzählte sie. Sie sah an sich herunter und bemerkte, dass sie mit den ganzen Luftballons „ganz schön blöd aussehen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H] müsse.

Ich bat sie nachzufühlen, wie es ihr ganz persönlich dabei ging. Sie fand es traurig in der Imagination zu sitzen und zu spüren, dass sie sich ganz vergessen habe und es ein echtes Problem sei sich selbst zu platzieren. An sich zu denken, das sei doch auch wichtig und sie schickte ein fragendes - Oder? - in meine Richtung. Sie sah noch einmal an sich herunter, band die beiden Luftballons an das linke Bein und sagte, sie sei dadurch sicher gehbehindert, aber mit dem anderen Bein könne sie noch gut laufen und stehen, das gäbe ihr noch etwas Halt. Dies nahm ich reflektorisch auf, worauf sie vom Sofa aufstand, um es auszuprobieren. Sie erklärte mir dabei, dass das Aufstehen mit den ganzen Ballons schon ein Problem sei, aber das Stehen mit den beiden Ballons am linken Bein sei gar nicht gut. Bei dem Versuch zu laufen gab sie nach wenigen Schritten auf, sie sah kaum, wo es hinging und sagte das Laufen mit den „Dingern“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] am Bein, da sei sie ziemlich unsicher. Also setzte sie sich wieder auf das Sofa. Als sie kaum saß sagte sie plötzlich, dass ihr nun langsam bewusst werde, warum sie in ihrer derzeitigen Situation nicht weiter komme, sie habe kaum eine Chance ihren Weg zu sehen und dann könne sie nicht wissen was richtig und was falsch sei und überhaupt habe sie keinen Menschen, der sie führe, ihr helfe und sie habe alle Probleme gleich groß aufgepustet. Das könne doch eigentlich gar nicht sein?, fragte sie sich selbst. Vielleicht habe sie den Blick für wichtige Dinge im Leben verloren, sie mache keine Unterschiede mehr, sagte sie zu sich. Erstaunt über sich selbst hielt sie in ihrem Redeschwall inne und sah mich fragend an. Ich wiederholte, dass sie keinen habe, der ihr helfen könne, worauf sie antwortete, sie wolle ihre Großeltern nicht belasten, Geschwister hätten sie und ihr Mann nicht und ihr Mann ziehe sich aus dem ganzen Geschehen heraus, er sei zu wenig zu Hause, so die Klientin. Sie nahm nachdenklich einen Luftballon und blies ihn, gegenüber den anderen fast gleichwertig großen, relativ klein auf. Diesen Ballon aufzublasen fiel ihr, angesichts der anderen Ballons an Brille, Hals und Armen schwer und der 10. Luftballon wurde mit dem Namen ihres Mannes beschriftet. Er wurde von der Klientin mit viel Kraft ca. 1 m von ihr entfernt auf den Boden geworfen. Sie erklärte mir, indem sie den Ballon wegwarf, dass sie eigentlich ganz schön wütend sei, wie weit weg ihr Mann von ihr und ihren Problemen sei und sie nicht unterstütze. Sie erschrak darüber, wie wenig Raum er einnehme und vor allem wie weit weg er von ihr und auch ihren Gefühlen sei. Die Klientin wurde von mir aufgefordert, nachdem sie die Probleme und Belastungen in Form der Luftballons sehen und sie, so schien es, auch z. T. empfinden konnte, einen Luftballon abzunehmen, dessen Problem sie sich zu lösen vorstellen konnte. Sie sah sich alle Ballons und Aufschriften an, so gut es ihr möglich war.

Vorsichtig griff sie zu Luftballon Nr. sechs: »Organisieren, (...) fahren«. Eigentlich, so ihre Worte, sei es „Quatsch“ [Originalwortwahl der Klientin] immer selbst zu fahren, es würden noch andere aus dem Ort fahren. Eine Freundin habe einmal Fahrgemeinschaft angeboten, warum sie das abgelehnt habe, wisse sie nicht mehr. Das könne sie wieder aktivieren und auch ihre Eltern könnten dies öfter übernehmen, sie hätten ohnehin gesagt sie würden ihre Enkelkinder zu wenig sehen. Da habe sie „das schon mal von der Backe“ [Originalwortwahl der Klientin], sie löste das Band und warf den Ballon sichtlich erleichtert in den Raum.

Den nächsten Ballon, Ballon Nr. drei: »Familie versorgen«, griff sie schnell. Da könne sie doch eigentlich besser planen, statt ständig einkaufen zu fahren, so die Klientin. Sie könne sich vorstellen, Einkaufspläne zu machen. Einen für Essen und Trinken und einen für die Kleidung, was so nötig sei, erzählte die Klientin. Erleichtert warf sie diesen Ballon von sich.

Luftballon Nr. zwei nahm sie recht kräftig in die Hände, wobei das dünne Band riss: »Schimmelpilz im Schlafzimmer«. Das sei ihr „ein echter Dorn im Auge“ [Originalwortwahl der Klientin] und das mache sie richtig wütend, sagte sie mir. Sie wolle das jetzt endlich angehen, ob ihr Mann nun helfe oder nicht, es gäbe schließlich auch ihren Vater, der in der Nähe wohne, mit dem könne sie den Schrank verschieben und dann würde sie das mit ihm machen, so die Klientin. Sie wolle zweimal im Abstand von 14 Tagen die Ecke besprühen und die nächsten zwei Wochen im Wohnzimmer schlafen. Rigoros schmiss sie den Ballon weg.

Noch immer wütend auf ihren Mann nahm sie Ballon Nr. sieben in die Hand: »Mache ich alles richtig, zu viele Gedanken«. Sie sah eine Weile stumm auf den Luftballon und sagte dann, ihr werde gerade bewusst, dass ihr Mann der Grund für den vierten Ballon sei: »Wie entscheide ich mich richtig?« Er dränge sie regelrecht zum ständigen Grübeln und hinterfragen und zwar auch durch das ihr zugeteilte Haushaltsgeld. Oft habe sie zu hören bekommen, warum das Geld schon wieder nicht reiche.

Und jeder weitere Cent, den sie benötige, müsse sie von ihrem Mann fast erbetteln: Geld für den Kindergarten, wenn etwas außer der Reihe z. B. Schuhe oder Kleidung für die Kinder nötig würde usw. Sie habe für einen Vierpersonenhaushalt 600 Euro im Monat für Essen, Trinken und Kleidung zur Verfügung. Obwohl ihr Mann gut verdiene, sie keine Gütertrennung hätten und sie bisher gezeigt habe, dass sie mit Geld umgehen könne, habe sie keinen Zugriff auf das Konto, erzählte die Klientin. Da müsse sie schauen, wie sie das regeln könne, was sie sichtlich aufregte.

Sie sagte, sie wisse noch nicht, aber – und sie sah sich den Luftballon Nr. sieben an (Aufschrift: »Mache ich alles richtig, zu viele Gedanken«.) – gegen zu viele Gedanken könne sie sich mit positiven Büchern ablenken, die sie früher gerne gelesen habe, das wolle sie wieder beginnen. Gedanken und Grübeleien könne sie vielleicht mit einem »Stopp« begegnen, sich sagen: »Diese Gedanken will ich nicht«. Negative Gedanken wolle sie nicht mehr vertiefen. Die Gedanken würden zu nichts führen, und mit diesem Satz löste sie auch diesen Ballon und warf ihn sichtlich erleichtert in den Raum. Für die anderen Luftballons fand sie keinen Lösungsansatz.<sup>594</sup>

### 3.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

In der darauf folgenden Sitzung hatte sie ihre Gedanken dazu auf Papier mitgebracht:

*„Durch die Luftballons, die ich, überall mit Problempunkten beschriftet, an mir hängen hatte, ob hausgemacht oder wirklich so, habe ich gemerkt, dass ich mir um alles und jedes Sorgen mache, wie z. B. wenn die Kinder krank sind oder werden. Ich muss lernen mehr Vertrauen zu haben und mir nicht schon vorher alles einreden. Ich will lernen nicht so viel zu vergleichen und mich persönlich mehr in dem Vordergrund zu sehen und lernen auch mithilfe von Büchern mehr Vertrauen in mich und meine Fähigkeiten zu haben. Außerdem will ich lernen mehr abzugeben und dabei kein schlechtes Gewissen haben, es mit gutem Gewissen zu tun und mehr meinen Mund aufmachen, wenn mir was nicht passt. Ich werde aber auch anerkennen, dass ich nun mal zwei Kinder habe, die mich brauchen und wofür ich einen Teil der Verantwortung trage. Ich will mir jeden Tag was Gutes tun und Zeit für mich haben, auch wenn ich nichts hoch lobendes mache. Je mehr mich meine Leute weniger brauchen, werde ich die Zeit für mein XYZ-Geschäft<sup>173</sup> einsetzen.*

Das Schreiben endete an dieser Stelle. Wir gingen die Zeilen durch und verbanden sie, wo immer es möglich war, mit den Erlebnissen aus der Imagination und mir schien sie hatte sich viel vorgenommen. Darauf angesprochen sagte die Klientin mir, dass es jetzt lange genug „so“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] liefe und sie endlich etwas ändern wolle. Besonders zu erwähnen sind an dieser Stelle zwei Themen, die sich beim Durcharbeiten der Imagination als tragende Themen herausstellten: Darauf angesprochen, dass sie nichts »hoch lobendes« mache, erzählte sie mir, dass sie immer ein schlechtes Gewissen habe, wenn sie ein Buch lese, oder Radio höre. Ihr Mann sei immer in Aktion und würde, wenn er nach Hause käme, oft herumäkeln, wie es bei ihr im Haushalt aussehen würde, sie sei schließlich den ganzen Tag zu Hause. Er lobe fast nie, wenn sie etwas gemacht habe. Das, was sie schaffe, war alles Normal für ihn, er würde oft gar nicht sehen, was sie getan habe, (...) außergewöhnliche Dinge würde er selten sehen und er lobe nur manchmal. In einem schnellen Monolog erzählte sie immer mehr Sequenzen, bei denen ihr Mann sie wenig anerkannte und oft hielt sie plötzlich in ihrem Redefluss inne. Sichtlich verwundert stellte sie fest, dass es kein Wunder sei, dass sie so unsicher sei, ihr Mann trage erheblich dazu bei, dass sie immer alles zu 100 % im Griff haben wolle und Angst vor unvorhergesehenen Dingen habe, wie z. B. die Krankheiten der Kinder. Das sei „ja alles Quatsch“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] sie müsse gar nicht alles im Griff haben, das habe er auch nicht – sie war sichtlich wütend, auf sich, ihren Mann und ihre Situation. Sie wolle es gar nicht mehr einsehen immer nur zu „ackern“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], ihr Mann habe an der Arbeit Pausen, und wenn er nach Hause kommen würde, würde er erst einmal auf dem Sofa sitzen, weil er müde sei und sie koche dann noch Essen und hinterher räume sie alleine auf. Ihr Mann müsse sie und ihre tägliche

<sup>594</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“, Band 1, 2008; S. 71 ff.

<sup>173</sup> XYZ (der Name der Firma ist geändert.) ist eine Firma, die Mitarbeiter in einer Art Schneeballsystem rekrutiert. Hier kann relativ eigenverantwortlich eine selbstständige Tätigkeit aufgebaut werden.

Arbeit mehr anerkennen, sich vor allem aber ihrem Wunsch, sich beruflich selbstständig zu machen, endlich beugen. An dieser Stelle führte sie ohne Pause von einem Hauptthema zum nächsten.

2. Sie wolle etwas Eigenes schaffen, stolz auf sich sein können. Ihr Mann habe dafür kein Verständnis, sie würde da gar nichts Richtiges verdienen, seien seine Worte. Aber so rechtfertigte sie sich, sie müsse dies langsam aufbauen und könne sich nicht wie ihr Mann in Vollzeit auf ihre Selbstständigkeit konzentrieren, schließlich habe sie auch noch ihre zwei Kinder. Sie habe die Möglichkeit an einem einwöchigen Seminar ihrer Firma XYZ teilzunehmen, habe es aber immer abgelehnt, weil sie die Kinder ihrem Mann, Eltern oder Schwiegereltern nicht aufbürden wolle, aber eigentlich habe sie schon wieder auf etwas verzichtet, was nur für sie und ihr wichtig sei. Sie hatte sich mittlerweile einen hochroten Kopf geredet und war voller Wut.<sup>595</sup>

#### 3.4 Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

Sie war in den folgenden Sitzungen manchmal etwas hektisch und hatte Mühe ihre *Baustellen* [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] zu sortieren und Prioritäten festzulegen. Sie wollte alles auf einmal verändern. Dass sie ab der Imagination Veränderungen wirklich wollte, zeigte sich daran, dass sie nun selbstständig nach Wegen suchte, wie sie es schaffen könnte, ihr Leben besser zu leben.

„Mehr Interventionen [durch Beratung; P. H.] benötigte sie bei dem Umgang mit den Menschen, die sie um Mithilfe bitten wollte, oder wie sie ihre Meinungen und Ideen, vor allem ihrem Mann gegenüber vertreten bzw. durchsetzen konnte und der Umgang mit ihrem Sohn (...), wenn er in den Kindergarten sollte [er weinte immer, wenn er in den Kindergarten sollte; P. H.]. Hier galt es, Ehe- und Erziehungsberatung einfließen zu lassen.“<sup>596</sup>

Sie machte nichts *hoch lobendes*. Immer wieder stellte sie die Dinge, die sie im Alltag machte, als „Ich mache den ganzen Tag eigentlich nichts Besonderes.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] dar. Hausarbeit und Kindererziehung waren nichts, worauf sie stolz war, sie konnte nur stolz auf sich sein, wenn sie Geld verdiente. Es ging lediglich das Kindergeld und ab und an der minimale Verdienst aus ihrer Tätigkeit bei der Firma XYZ auf ihr Konto. Dieses Geld verwaltete sie in Eigenregie, bezahlte davon einiges, was zwar für die Kinder nötig war, weswegen sie aber ihren Mann fragen musste. Das machte ihr Sorgen, dass sie für vieles, was für andere normal war, bei ihrem Mann „als Bettlerin dastehen muss“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], um das nötige Geld einzufordern und sie dann lieber von ihrem wenigen Verdienst (wenn sie Produkte der Firma XYZ verkaufte) etwas für die Kinder abzweigte. Die unzureichende Regelung des Haushaltsgeldes schien ein großes Problem.

Sie hatte durch die Imagination erkannt, dass sie anders an ihre Probleme herangehen musste, und war sehr erschrocken, wie sehr sie und ihr Mann sich voneinander entfernt hatten. Da musste sich in ihrer Beziehung einiges ändern, so ihre Erkenntnis. In den wenigen Folgestunden ging es um die Prioritätensetzung dessen, was sie verändern wollte und darum sich selbst und ihre Arbeit, ob privat oder beruflich, schätzen zu lernen. Oft kamen wir in den Gesprächen auf die Imagination zurück, auf die Gefühle, die Luftballons und deren Position usw. und die Verbindung zur erlebten Imagination machten es der Klientin definitiv leichter sich im weiteren Gespräch auf ein Problem zu konzentrieren, und dieses lösen zu wollen.

Sie fing an sich nicht mehr mit anderen Frauen zu vergleichen und bot ihrem Mann diesbezüglich in einem Streitgespräch die Stirn, als er ihr wieder vorschlug, bei den anderen Frauen zu schauen, wie die das alles schafften. Sie erklärte ihm, wie unsicher er sie damit mache und dass dies für sie keine Alternative und schon gar kein Lösungsweg sei und es müsse sich in der Beziehung einiges ändern, es würde nicht an ihr allein liegen, erzählte die Klientin.

Sie entwickelte Ideen, wie sie ihren Mann am Haushalt mehr beteiligen konnte, und machte sich Gedanken, wie er sich am Wochenende mehr bei den Kindern und in der Familie einbringen könnte. Die Klientin nahm sich vor, Dinge die ihr wichtig waren umzusetzen, auch wenn ihr Mann sich nicht kooperativ zeigte und dies ohne Rücksicht auf seine möglichen Kommentare.

<sup>595</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“, Band 1, 2008; S. 80 ff.

<sup>596</sup> Ebd.; S. 107

Sie ließ sich Arbeiten, wie die Fahrten zu den Vereinen der Kinder, von ihren Eltern oder anderen abnehmen und sie fuhr seither nur noch jede zweite Woche ihre Tochter zu Training. Besonders aber lag ihr ihre berufliche Perspektive am Herzen und dafür lohnte es sich, für sie ihr Leben neu zu ordnen. Beruflich wollte sie etwas Eigenes schaffen, stolz auf sich sein. Ihr Mann hatte dafür kein Verständnis, sie würde da nichts verdienen, waren seine Worte. Diese Einstellung ihres Mannes war für sie nach der Imagination der Motor sich für ein Seminar anzumelden. Zudem bat sie ihren Mann, auf ihre Idee hin, direkt nach der Arbeit einkaufen zu fahren, was er zu ihrem Erstaunen sogar gerne tat. So habe er wenigstens gesehen, was das alles kostete und er zahle den Einkauf von seinem Geld, stellte die Klientin in einer Sitzung sehr vergnügt fest. Sie stellte Einkaufs- und Essenspläne zusammen, sodass sie nur noch einmal pro Woche einkaufen musste. Sie hatte ihren Mann motiviert das Schimmelpilzproblem sofort zu erledigen, sie befreiten es vom Pilzbefall, renovierten und tapezierten gemeinsam das Schlafzimmer. Sie setzte sich, was ihre beruflichen Belange anging immer besser bei ihrem Mann durch, überlegte in den Sitzungen wie sie das, was sie tat (auch im privaten Bereich) für sich selbst anders bewerten konnte. Sie erkannte für sich, dass nicht nur das Berufliche zählte, sondern sie auch im privaten Bereich viel leistete. Nur, dass sie in diesem keine Anerkennung bekam, weder in Form von Geld noch in offener Anerkennung z. B. durch ihren Mann. Aber sie entwickelte langsam den Stolz aus sich heraus, ohne dieses Gefühl von irgendwelchen Anerkennungen durch andere Personen abhängig zu machen. Und sie forderte bei ihrem Mann Lob ein, wenn ihr danach war, machte ihn immer öfter auf ihre Arbeit im Haus, Beruf und mit den Kindern aufmerksam.

„Alle Veränderungen, die sie einführen wollte oder Strategien, die sie im Umgang mit dem sozialen Umfeld am Ende der Sitzungen für sich als gut und umsetzbar erarbeitet hatte, wurden infolge von ihr verwirklicht. So hatte sie ein Buch gefunden, das sie seither benutzte, um sich abzulenken, wenn sie negative Gedanken hatte. Ihr Umgang [mit ihrem Sohn; P. H.] war selbstbewusster, sie war insgesamt weniger nervös, als dies vor der Imagination der Fall war, was sich scheinbar auf ihren Sohn übertrug. Denn seitdem weinte ihr Sohn nicht mehr, wenn er in den Kindergarten musste, spielte sogar wieder im Freien mit den anderen Kindern mit, [was er vorher nicht tat; P. H.].“<sup>597</sup>

In der letzten Stunde vor der Abschlussitzung dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.3.7).

Tabellenkode	Kodenummern						
T1	K 2	K 7	K 11	K 33	K 36	K 45	
T2	K 1	K 8					
T3	K 2	K 17	K 20	K 21	K 26	K 28	K 34
	Sonstiges: Wechsel zwischen K 20 und K 21, aber K 21 kam nur noch in Zusammenhang mit T4 vor						
T4 Seite 17	Auffälliges Verhalten					Erkennbarer Zusammenhang	
	Sehr selten: Sie hebt die Stimme mit jedem Wort immer extrem in die Höhe, wenn sie z. B. sagt: „Dass das so ist, weiß ich ja.“ Wobei das „Ja“ in einem sehr hohen Ton lange gehalten wird. Während dieser Sätze bleiben die Zähne zusammen und der Mund bewegt sich kaum.					Es sind immer die Sätze, bei denen sie sich selbst ihrer Fehler bewusst wird. Versteckte Wut auf sich selbst, weil sie nichts ändert bzw. ändern kann.	
T5	K 3	K 7	K 9	K 13	K 17		

Tab.: III.3.7

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 45; T2 K 8), schüchterne Zurückhaltung (T1 K 7) aber auch körperliche Expansion (T1 K 36), Aufmerksamkeit (T1 K 45; T2 K 8; T3 K 34), dass Kommunikation auf gleicher Augenhöhe erwünscht ist (T1 K 36, T1 K 45; T2 K 1; T3 K 34), Optimismus

<sup>597</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“, Band 1, 2008; S. 107.

und Sicherheitsgefühl (T1 K 11; T2 K 1), verbessertes Selbstbewusstsein und größere Selbstsicherheit (T1 K 33; T3 K 17;). Sie wirkte selbstbewusster, selbstsicherer, zuversichtlich, ausgeglichen und zeigte offen, dass sie an sich arbeitete. Alles, was sie an Lösungen während der Imagination erarbeitete hatte, setzte sie in Folge auch um. Die in T4 dargestellte, auffällige Verhaltensweise war nur noch sehr selten zu bemerken.

### 3.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden bis dahin aus einem Einwochenrhythmus.

Bis April 2006 nahm sie, exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlussitzung insgesamt fünf Sitzungen in Anspruch.

Nachdem Prioritäten der Problemfelder festgelegt wurden und sich die Klientin sicher war, was sie vorrangig ändern musste und wie ihr Leben aussehen sollte, war ich davon überzeugt, dass sie zu diesem Zeitpunkt keine weitere Beratung benötigte.

Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.3.8) welches im Anschluss unter 3.5.1 und 3.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

<b>H</b>	<b>Abschluss</b> - Datum: .... April 2006	<b>Seite: 18</b>
Name: Klientin Fall 2		
Vorher-Nachher-Vergleich:		
Vorher:		
Dem Schicksal ergeben – unsicher – resigniert – mangelndes Durchsetzungsvermögen – wenig Selbstbewusstsein – wenig Selbstsicherheit – kaum handlungsfähig – Selbstmitleid – nimmt selten Hilfe, Ratschläge oder Unterstützung an – kaum lösungsorientiertes Denken – ordnet sich den Wünschen des Partners unter – vergleicht sich mit anderen Frauen – sieht sich von Schwierigkeiten umgeben – überfordert – Partner lässt sie allein		
Nachher:		
Prioritäten setzen gelernt – nimmt Hilfe an oder fordert sie ein – bezieht Partner auf gleicher Augenhöhe ein – stellt Forderungen – geht berufliche Selbstverwirklichung an – gesteigertes Durchsetzungsvermögen – größeres Selbstbewusstsein - mehr Selbstsicherheit – mehr Handlungsfähigkeit – lösungsorientiertes Denken – keine Vergleiche mit anderen Frauen – Zuversicht		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die geplante Fortbildung durchziehen</li> <li>- Die gewonnenen Freiräume mit z. B. lesen nutze</li> <li>- Partner in die Familien mehr einbeziehen</li> <li>- Haushaltsgeld mit Partner besprechen</li> <li>- Sich gegenüber ihrem Partner weiter gleichberechtigt aufstellen</li> </ul>		

Abb.: III.3.8

#### 3.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

Die Problematik bei der Klientin lag, zu Beginn der 'Imaginativen sozialen Therapie', darin sich alles aufzubürden, sie funktionierte, ordnete sich zumeist den Gegebenheiten und Erwartungen, besonders denen ihres Mannes, unter. Die Klientin hatte sich scheinbar in ihr Schicksal ergeben, war kaum handlungsfähig, hatte Selbstmitleid, nahm selten Hilfe, Ratschläge oder Unterstützung an, statt lösungsorientiert zu denken, zu handeln und parallel dazu systematisch nach Freiräumen für sich zu suchen bzw. sie zu schaffen. Sie verglich sich häufig mit anderen Frauen und zog für sich meist ein negatives Fazit. Sie war mit vielem überfordert und fühlte sich von Problemen umgeben.

Eine Reaktion, die zeigte, dass sie noch Ressourcen hatte, sich zu verändern, war ihre Wut<sup>598</sup> auf sich selbst (s. T4). Sie regelte ihren Alltag nicht so, dass er überschaubar und für sie erträglich war, sondern verzettelte sich häufig, weil sie u. a. keine Prioritäten setzen konnte.

Ihr Mann war ihr kaum eine Hilfe, eher ein Problem. Sein Desinteresse, seine mangelnde Achtung dessen, was seine Frau täglich leistete und seine Art die Arbeit im Haushalt (und als Mutter) seiner Frau fast komplett zu überlassen, statt sie zu entlasten, verursachten bei der Klientin psychischen Druck. Dieser Druck, in genannten Bereichen fast alles allein machen zu müssen, überforderte sie spätestens seit dem zweiten Kind. Dieser Umstand, und dass ihr Mann ihr im Haushalt wenig half, sie für ihre Grübeleien kritisierte, sie meist in Rechtfertigungshaltungen und Vergleichssituationen trieb, ihren Wunsch nach einer beruflichen Veränderung ignorierte, begünstigte z. T., dass sich die Klientin u. a. zu einer unsicheren, resignierten, mit mangelndem Durchsetzungsvermögen, sowie wenig Selbstbewusstsein und wenig Selbstsicherheit ausgestatteten Person entwickelt hatte.

Nach der Imagination zeigte sich in der Körpersprache, dass sich die Veränderungen nicht nur in ihrem sichtbaren Handeln, sondern auch in ihr vollzogen hatten.

Bereits nach der Imagination, in der Sitzung des Durcharbeitens, wandelte sich ihre Angst und Unsicherheit in schüchterne Zurückhaltung (T1 K 7), sichtbar verbunden mit einer gesteigerten Aufmerksamkeit und Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 45; T2 K 8; T3 K 34) und körperlicher Expansion (T1 K 36). Ihre bis dahin, von anderen Faktoren verdeckten Fähigkeiten bzw. Ressourcen, wie die Signale von Selbstsicherheit (T3 K 17, T3 K 20; T5 K 13) und ihre nonverbalen Verstärker (T3 K 34), konnten durch die Imagination aktiviert werden, was Optimismus und Sicherheitsgefühl (T1 K 11; T2 K 1), verbessertes Selbstbewusstsein und größere Selbstsicherheit (T1 K 33; T3 K 17) nach sich zog.

Sie war während Imagination sehr erschrocken, wie wenig Hilfe ihr Mann für sie war, und hatte erkannt, welche Rolle ihr Mann bei ihren Problemen einnahm. Sie begann in diesem Bereich zügig, mit Veränderungen anzusetzen. Schnell wurde ihr bewusst, wie wichtig ihr ihre berufliche Laufbahn war, was sich zum Motivationsmotor für fast alle Veränderungen in vielen Lebensbereichen erwies.

Bezüglich ihrer Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (nach dem Erstgespräch T1 K 6, T1 K 17, T1 K 19; T5 K 3) war in der Körpersprache nur noch T5 K 3 vorhanden. Die anfangs beobachteten Signale der Minderung des kommunikativen Status, des mangelnden Durchsetzungsvermögens, Kapitulation/Ohnmacht, (T1 K 6, T1 K 17; T2 K 6) waren nicht mehr sichtbar. Auch der psychische Druck schien weniger zu sein, denn sie nutzte K 21 (hohe Stimme) nur noch in Zusammenhang mit T4, wobei T4 nur noch selten vorkam.

Sie setzte sich verstärkt für ihre Bedürfnisse ein, sei es Hilfe im Haushalt und bei der Kinderbetreuung zu erhalten, oder bezüglich ihrer beruflichen Wünsche.

Ihren Mann band sie verstärkt in die Arbeit ein und bemerkte, dass sie sich und ihren Haushalt mit Plänen besser strukturieren konnte, sie zielgerichteter arbeitete, wodurch sie begann, lösungsorientiert zu denken.

### 3.5.2 Die Lösung des Problems

Die Klientin zeigte bereits im Erstgespräch welche Ressourcen, wie die Signale von Selbstsicherheit (T3 K 17, T3 K 20; T5 K 13) und ihre nonverbalen Verstärker (T3 K 34), sie hatte. Auch die Wut über ihre Fehler (T4) machte deutlich, dass bei ihr Kräfte anders kanalisiert werden konnten. Es galt, den Ressourcen z. T. mehr oder einen anderen Raum zu verschaffen, stärker in den Vordergrund zu rücken, und ihre Wut auf sich selbst in konstruktives Handeln zu wandeln.

Die Lösung des Problems bestand darin, ihr die Probleme und deren Wirkungsweise körperlich bewusst werden zu lassen, ihre entsprechenden Gefühle und Gedanken, zu ihren Themen, in Form der Ballons mit den entsprechenden Aufschriften, konzentriert zu bündeln. Durch das Focussieren auf ein Problem, ohne die anderen Schwierigkeiten aus dem Blick zu verlieren oder es wieder im großen Ganzen wirksam werden zu lassen, konnte die Klientin nun Probleme genauer betrachten.

---

<sup>598</sup> Wut ist eine Aggressionsart und diese wiederum ist ein Zeichen von Kraftpotenzialen, die sich u. a. in Wut äußern kann, weil diese Kraft momentan keine andere Ausdrucksart findet.

Sie spürte, als sie in der Gegenwartsbearbeitung von ihrem Platz aufstand, wie schwierig es war, sich mit all diesen Problemen zu *bewegen*. Für die Wirkung der Imagination war es wichtig sie emotional bewusst spüren zu lassen, dass es unbewusste Prioritäten der jeweiligen Probleme gab, obwohl sie dies zu Beginn der Imagination nicht wahrnehmen konnte.

Während der Imagination konnte sie ihre Probleme im Gesamtzusammenhang sehen, aber auch einzeln betrachten, was ihr ermöglichte teilweise deren Entstehungsgeschichten, ihre Verbindungen untereinander und ihre Ursachen zu entdecken. Die Bearbeitung der Zukunftsvision ermöglichte ihr zum ersten Mal ihre Probleme einzeln in die Hand zu nehmen, zu drehen, gezielt und konzentriert diese lösungsorientiert zu überdenken. Sie hatte jedes einzelne Problem aufgeschrieben und konnte sich durch den jeweiligen Ballon direkt auf ein Problem konzentrieren, was später dazu führte, dass sie für sich entdecken konnte, dass sie Dinge aufschreiben müsste, um strukturierter herangehen zu können, so fiel ihr die Konzentration auf ein Problem leichter und sie konnte Lösungen entwickeln.

In der Zukunftsvision konnte sie erkennen, dass sie in der Lage war, Probleme zu lösen, sich nicht wie bisher zu verzettelten und Probleme, die sich momentan nicht lösen ließen, ruhen zu lassen.

### 3.5.3 Die Zukunftsorientierung

Die Klientin hatte während der Imagination erkannt, dass sie kaum noch Zeit für sich hatte, weil sie u. a. im Haushalt wenig strukturiert arbeitete. Sie erarbeitete sich nach der Imagination Pläne und erhielt dadurch endlich Zeit für sich. Die neu geschaffenen Freiräume wollte die Klientin nun füllen. Sie wollte sich in der Zukunft öfter einmal ein Buch zur Hand nehmen und wieder lesen, aber in der Hauptsache wollte sie sich beruflich weiterentwickeln und in der Firma XYZ mehr als bisher mitarbeiten und im Nahziel die Fortbildung besuchen.

Zudem wollte sie dabei bleiben Hilfe einzufordern, wenn sie das Gefühl hatte, sie zu brauchen, um den Tag besser bewältigen zu können.

Bezüglich ihres Mannes wollte sie daran festhalten ihn mehr zu fordern, besonders an den Wochenenden sollte er ihr bei Haushalt, Kindererziehung und –betreuung mehr zur Seite stehen. Das durch ihren Mann zugeteilte, von ihr als zu gering empfundene Haushaltsgeld, plante sie bei ihrem Mann in nächster Zeit anzusprechen. Auf diesen Moment wollte sie sich argumentativ entsprechend vorbereiten und sie nahm sich vor, für ihre Vorstellungen einzutreten, und sich von ihrem Mann nicht einschüchtern zu lassen.

## 3.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Im Juli 2006 erhielt ich von ihr eine Postkarte, auf der sie mich herzlich aus einem einwöchigen Seminar der Firma XYZ grüßte, für die sie nun verstärkt tätig war.

Im Januar 2007 telefonierte ich mit ihr (informelles, nicht-standardisiertes telefonisches Interview). Gedächtnisprotokoll: Nach der überaus fröhlichen Begrüßung seitens der Klientin teilte ich ihr mit, dass sie eine meiner ersten Klientinnen gewesen sei, bei der ich mit der Imagination gearbeitet habe und ich ihren Fall, selbstverständlich ohne Namens- und Ortsnennung für meine Arbeit dokumentieren und später öffentlich machen möchte. Worauf „(...) sie meinte, dass sie noch oft über sich und ihre Luftballons lache, die sich für sie sprichwörtlich in Luft aufgelöst haben. Viele Probleme hätten sich schon nach kurzer Zeit erledigt und es mache richtig Spaß in der Familie, im Beruf und auch das Umfeld habe sich positiv verändert, sie habe endlich zwei richtige Freundinnen. Ihr Mann müsse im Haushalt und bei den Kindern tüchtig mitarbeiten, „da gäbe es kein Pardon mehr“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und sie sei verwundert, wie wenig Widerstand von ihrem Mann gekommen sei, er habe vieles richtig gut gefunden. So habe er auch endlich akzeptiert, dass sie als Mutter, Frau und Berufstätige ihren eigenen, persönlichen Weg gehen wolle. Kleinere »Baustellen«, wie sie es nannte, würde es zwar immer noch geben, aber das sei wohl normal, so ihr Resümee.“<sup>599</sup>

<sup>599</sup> Überarbeiteter Auszug aus dem Buch der Autorin Hempel, Petra „Imaginative soziale Therapie“, Band 1, 2008; S. 111.



Darauf angesprochen, dass es ihr anscheinend besser ginge, sie auf mich den Eindruck mache ihr Leben im Griff zu haben, entspannt, gelöst, glücklich und zufrieden klingen würde, bestätigte sie meinen Eindruck und wir verabschiedeten uns.

Im August 2008 rief die Klientin ein letztes Mal an (informelles, nicht-standardisiertes telefonisches Interview). Gedächtnisprotokoll: Nach einer fröhlichen Begrüßung erzählte mir die Klientin, dass sie mir unbedingt erzählen müsse, wie sich alles bei ihr entwickelt habe. Sie habe im Mai dieses Jahres das Gefühl gehabt, es würde bei ihr alles wieder so werden, wie es bei ihr vor den Sitzungen in meiner Praxis gewesen sei. Wieder dieselben Probleme, und das Gefühl nichts lösen zu können, stellte ich fest. Nein, nicht ganz so schlimm, aber es sei ihr einfach wieder alles zu viel geworden, gab sie zur Antwort. Ein großes Familienfest, bei dem sie sich zu viel habe „einspannen lassen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], die Schule der beiden Kinder und ihr Mann, der sie finanziell wieder mehr kontrolliere. Sie habe gesagt, dass es im Mai so gewesen sei, das höre sich an, als ob sich inzwischen wieder einiges geändert habe, lenkte ich ein. Ja, sie habe erst überlegt wieder Sitzungen zu machen, aber bei einer Geschäftseröffnung im Ort habe sie die vielen Luftballons bestaunt und als ihre Kinder einige geschenkt bekamen, habe es bei ihr „richtig Klick gemacht“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], erzählte sie. Sie habe sofort eine Packung Luftballons gekauft und zu Hause die Imagination von damals ganz alleine nachgemacht (worauf sie hörbar stolz war). Seitdem „lief[e] [es; P. H.] wieder prima“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Ich lachte und sagte, dass sie nun wohl eine ganz neue Verbindung zu Luftballons habe, wenn eine Geschäftseröffnung sie habe derartig aktiv werden lassen. Sie lachte ebenfalls und sagte, im Moment sei es wirklich so, sie würde nur einen Luftballon sehen und schon würde sie an die Imagination denken und daran, dass Probleme sich oft „in Luft auflösen können“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Dass sie Lösungswege für Probleme entdecken und sie diese dann auch umsetzen könne, fügte ich hinzu. Ja, das habe sie auch erkannt und sie hoffe nun, das in Zukunft immer so gut hinzubekommen. Ich wünschte ihr dabei viel Erfolg und wir verabschiedeten uns.

### 3.7 Die Wirkungsweise

Erst durch die Imagination wurde deutlich, dass viele Dinge miteinander verknüpft waren, wurde ihr und mir bewusst gemacht, wie ihr *Netz des Leidens* aussah. Bisher hatte die Klientin bei den Beratungen immer nur ein momentanes Problem zu lösen versucht, herausgelöst aus dem Gesamtzusammenhang oder sie resignierte von vornherein angesichts der vielen Probleme, die sie zusammen betrachtete und so für sie unlösbar erschienen. In den Gesprächen verbarg die Klientin z. B., wie schwierig ihre Beziehung zu ihrem Mann war und wie dieser Konflikt sich auf andere auswirkte oder andere hervorrief. Viele Probleme konnten nun mithilfe der Luftballons überblickt werden. Da die Klientin diese, in der Imagination gut mit Emotionen koppeln konnte, fand sie relativ schnell entsprechende Körperstellen, die ein Synonym für die Wirkung der Probleme auf sie waren, sei es emotional oder auf ihre momentane Handlungsweise, -fähigkeit bzw. -unfähigkeit bezogen. Indem die Ballons beschriftet, und damit das einzelne Problem visualisiert wurde, ergab sich oft, dass dieses ein weiteres für die Klientin sichtbar machte, da es unmittelbar mit dem vorherigen verbunden war. Dadurch konnte sie am Ende erkennen, wo die Ursachen ihrer Schwierigkeiten lagen.

Die Luftballons machten nicht nur das einzelne Problem sichtbar (durch Beschriftung auf den Luftballon), sondern jedes Problem lag erstmals sozusagen auf, bzw. in der Hand.

Es war nicht nur visualisiert, fassbar, greifbar, sondern auch handhabbar, die Klientin konnte das Problem drehen und von allen Seiten betrachten. Auf diese Weise wirkte ein Problem evtl. nicht mehr ganz so bedrohlich, wie im rein mentalen Zustand, sondern es wurde handhab- und überschaubar dargestellt. Die Bearbeitung der Zukunftsvision ermöglichte ihr ihre Probleme einzeln in die Hand zu nehmen, zu drehen und gezielt und konzentriert diese lösungsorientiert zu überdenken, wodurch Optimismus und Sicherheitsgefühl (T1 K 11; T2 K 1) aktiviert wurden, was verbessertes Selbstbewusstsein und größere Selbstsicherheit nach sich zog.

Die Anbringung der Luftballons, an entsprechend imaginierten Körperstellen, machte der Klientin zudem deutlich, dass die Probleme unterschiedliche Wirkungen hatten.

Die so ermöglichte Übersicht bzw. Sicht auf die Probleme führte dazu, dass die Klientin relativ schnell Prioritäten der Probleme und somit der Problemlösungen entdecken konnte.

In diesem Motiv der 'Imaginativen sozialen Therapie' ist die Motivation zu spielen (Luftballons sind den meisten aus der Kindheit als Spielmaterial bekannt), imaginierte Probleme zu drehen, zu drücken, quiet-schen zu lassen, sie wegzuzwerfen, zum Platzen zu bringen oder die Luft langsam entweichen zu lassen u. v. m., als Wirkungsweise besonders wichtig. Dieses Imaginationsmotiv zeigte der Klientin in spielerischer, kreativer Weise, dass Probleme veränderbar, lösbar, zu ignorieren, zu verringern usw. waren. Dies führte bei der Klientin u. a. dazu besonders ihren Mann, aber auch Familienangehörige, Freundinnen oder Bekannte an bestimmten Dingen zu beteiligen, sich etwas abnehmen zu lassen. Nicht zuletzt wurde sie darauf aufmerksam, wie wenig sie ihre private Arbeit schätzte, sodass sie langsam begann, Stolz auf sich zu entwickeln, und zwar nicht nur wenn es um berufliche Dinge ging.

### 3.8 Die Reflexion<sup>600</sup>

Bezüglich der Imagination tat sich die Frage auf, ob das so zufällig war, dass ich meine Reflexion in Richtung mangelnder Hilfe durch andere an sie weitergab und sie in ihrem vorgegebenen System der Kraftlosigkeit hin zur Wut und Kraft ausgerechnet am Ende der Imagination mit Wut auf ihren Partner endete. Im ersten Moment erschrak ich, machte mir Gedanken, was geschehen war. Entweder lag dies an einer gelungenen Übertragung und Gegenübertragung oder ich war in die Falle gelaufen, mein Selbstverständnis von Beziehung und Ehe auf sie und ihren Mann zu projizieren und vielleicht meine Wut auf das nicht Vorhandensein ihres Partners im Familienleben unbedingt, in suggestiver Art und Weise bewusst machen zu wollen? Hatte ich einen Fehler gemacht?

An dieser Stelle war ich sehr unsicher, ließ dies unausgesprochen, denn durch die Worte der Klientin, die sie zum 10. Ballon äußerte, spürte ich, dass es gut war. Sie wurde nachdenklich und meinte es wäre kein Wunder, dass sie überall nur Probleme sah und ihre Gedanken ständig kreisten, sie nichts schaffen konnte, bei den vielen Ballons am Körper konnte sie gar nichts mehr richtig erkennen und arbeiten erst recht nicht. Dieser Moment schien für sie wie eine Offenbarung. Sie zögerte bei der zukünftigen Bearbeitung der Probleme zwar manchmal, welchen Ballon sie nehmen wollte, aber sie schien sehr konzentriert und ich hatte das Gefühl sie meinte es ernst und wollte diese Situationen nicht nur in der Imagination, sondern auch im wirklichen Leben verändern. Sicher war ich mir allerdings nicht und hatte starke Zweifel, denn ich kannte die Klientin schon lange und alle Versuche ihr zu helfen waren bisher gescheitert. So befürchtete ich nach der ersten Euphorie den unausweichlichen Stillstand.

Die Klientin schien mir sehr impulsiv, hatte sie doch auch in den Folgestunden, dem Durcharbeiten, Mühe nicht alles auf einmal lösen zu wollen, musste immer wieder erinnert werden, wie sie in der Imagination, bei der Bearbeitung der Zukunft, gearbeitet hatte. Dies half ihr sich auf ein Problem zu konzentrieren, aber ich traute ihr kein Durchhaltevermögen zu, weil sie mir von ihrem Wesenszug her zu unstet schien. Darin hatte ich mich getäuscht, ich hatte die Wirkung der Luftballons unterschätzt, die auch später noch (nach Abschluss der Beratung) Teile der Imagination bei der Klientin ins Gedächtnis riefen, wenn sie Luftballons sah.

Als äußert schwierig erachtete ich zudem das Problem mit ihrem Mann. Als in der vorletzten Sitzung der Mann der Klientin das Thema war, sie weder eine Eheberatung noch eine gemeinsame Sitzung mit ihm in meiner Praxis ansprach, war ich skeptisch, inwieweit sie selbst in der Lage war, das *alte Muster* abzustreifen. Sie war nun in der Pflicht ihrem Mann zu beweisen, dass sie eine Frau geworden war, die selbstständig Entscheidungen treffen konnte. Es bereitete mir einige Male Mühe meine Skepsis zu unterdrücken und darauf zu vertrauen, dass sie durch die Imagination, wie Dornröschen *wachgeküsst* worden war und nun genügend Kräfte hatte in Eigenverantwortung und unabhängig für sich zu handeln.

---

<sup>600</sup> Zu diesem Fall ist die Reflexion in meinem Buch 'Die Imaginative soziale Therapie' bereits beschrieben. Aus diesem Grund werde ich diese nicht in allen Einzelheiten aufführen.

#### 4. Fall 3 unter Nutzung von Motiv 3

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert.

Dieser Fall ist einer der drei Fälle der vollständig dokumentiert ist. Begründet ist dies darin, dass diese Klientin extrem handlungsunfähig war, sie stellte eigene Bedürfnisse hinten an, bei Freunden bzw. Freundinnen wurde sie als Kummerkasten benutzt, sie ordnete sich stark unter, ließ beruflich wie privat vieles über sich ergehen. In diesem Fall war Selbsthilfe bei der Klientin auf ein minimales Maß reduziert. Für den an den professionellen Berater gestellten Anspruch Empowerment zu leisten eine hohe Anforderung, aber auch an die Möglichkeiten der Methode der 'Imaginativen sozialen Therapie'.

Das Imaginationsmotiv 3 ist ein *Roter Faden*.

##### 4.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll

In diesem Fall kam die Klientin Ende 2005 in meine Beratungspraxis und erzählte, fast wie auswendig gelernt, dass sie 1965 geboren sei und mit ihrer Familie, dem Ehemann und den zwei Kindern, im Haus ihrer Eltern wohne, welches sie im November 2004 übernommen hätten, obwohl sie und ihr Mann sich nicht im Klaren darüber gewesen seien, ob sie das finanziell schaffen könnten. Das Haus habe ihrer Familie schon immer gehört. Die Schwester ihrer Mutter habe es gebaut, und als sie plötzlich gestorben sei, seien ihre Eltern vor vielen Jahren notgedrungen aus Amerika zurückgekommen, wohin sie ausgewandert seien. Ihre Mutter sei die Initiatorin nach Deutschland zurückzukehren gewesen und so habe sich ihr Vater eher widerwillig um das Haus gekümmert und ihre Mutter habe sich für das Haus aufgeopfert. Ihr Vater sei bereits in den ersten Jahren in Deutschland Alkoholiker geworden und für ihre Mutter sei es immer schwieriger gewesen, das Haus zu finanzieren. Da sich ihre Mutter nicht vom Vater getrennt habe, sondern sich in ihr Schicksal ergeben habe, habe diese (nach Aussagen der Klientin) unsäglich gelitten. Ihr Vater sei vor vielen Jahren an den Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums gestorben. Ihre Mutter sei Rentnerin und lebe mietfrei im Haus, versorge die beiden Enkelkinder, wenn die Klientin arbeiten gegangen sei. Allerdings mische sich ihre Mutter dadurch sehr viel in ihre privaten Dinge und die Erziehung ihrer Kinder ein und bevormunde sie häufig. Sie arbeite, seit ihr Mann arbeitslos geworden sei, in einem großen Modekaufhaus. Da sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren müsse, sie sich kein eigenes Auto leisten könne, sei sie an drei Tagen jeweils ca. 12 Stunden unterwegs. „Was soll ich machen?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] Sie sei auf die Hilfe von ihrer Mutter angewiesen, da ihr Mann keine Hilfe sei. Ab diesem Moment hatte sie Tränen in den Augen. Sie weinte im Gespräch fast durchgängig, wenn das Thema auf ihren Mann kam. Ihr Mann war bis vor ca. drei Jahren als Vertreter bei einer Versicherungsagentur auf Provisionsbasis angestellt, und nachdem er nicht mehr genügend Kunden akquirieren konnte, einige Kunden ihre Verträge nicht verlängerten oder gar auflösten, musste ihr Mann Gelder an die Versicherung zurückbezahlen. Als parallel zu diesen Problemen vollkommen unvermittelt seine Schwester gestorben sei, habe er nervlich derartig unter seiner Lebenssituation gelitten, dass er psychisch krank geworden sei, berichtete die Klientin. Er war zwei Jahre arbeitsunfähig und wurde vom Hausarzt mit Psychopharmaka eingestellt. Ihr Mann weigerte sich, seit Beginn der Erkrankung andere Hilfe, als die seines Hausarztes anzunehmen, wurde aggressiv, wenn sie oder andere ihn darauf hinwiesen, er sollte doch endlich spezielle Hilfe anfordern. Er arbeitete seit ca. einem halben Jahr in einer kleinen Firma in Wechselschicht. Er arbeitete und schlief, beteiligte sich weder an der Kindererziehung noch am Haushalt. In ihrem Halbtagsjob musste die Klientin zum Teil auf Abruf arbeiten, hatte selten geregelte Arbeitszeiten. An der Arbeit sagte sie selten, was sie wollte und konnte kaum *Nein* sagen. Sie erzählte, sie sei vollkommen überfordert, mit der Arbeitsplatzsituation, ihrer Mutter, den Kindern, dem Mann und der Situation Schulden zu haben (bedingt durch die Hausübernahme). Hierbei liefen ihr die Tränen die Wangen herunter. Selbst bei ihrer besten Freundin sei sie „nur der Kummerkasten“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], obwohl sie genug eigene Probleme habe, so die Klientin. Sie hatte Angst alles zu verlieren, ohne ihren Mann das Haus ihrer Eltern nicht halten zu können und wollte an der Ehe festhalten. Sie liebte ihren Mann und wollte alles versuchen, ihn aus seiner Lethargie herauszuholen. Sie litt darunter, dass er mit den Kindern und ihr nichts unternehmen würde und wenn er plötzlich „Anwandlungen bekommt“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] erwarte er, dass alle jubeln und sofort reagieren würden, so die Klientin.

Sie plante ihr Leben nach den Stimmungsschwankungen ihres Mannes und litt unter seinen Depressionen, „Was soll ich auch anderes machen?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] Früher wäre er anders gewesen, lebenslustig, aktiv und hätte viel mit ihnen unternommen.

Während des ganzen Gesprächs fiel mir auf, dass sie an vielen Stellen zu sich selbst und auch an mich gerichtet sagte: „Was soll ich denn machen?“ Dabei nahm sie eine starre Haltung an, die Arme ließ sie neben dem Körper herabhängen, zuckte kurz mit den Schultern nach oben und ließ sie wieder fallen. Sie beendete ihre Ausführungen ebenfalls mit diesem Satz, der absolute Resignation, auch im Tonfall, beinhaltete. Sie holte tief Luft und erklärte: Sie komme aber eigentlich zu mir, weil sie Hilfe bei ihrem 14-jährigen Sohn benötige, aber auch ihr Jüngster (neun Jahre) mache ihr Sorgen.

Der ältere war in der Schule auffällig, hatte bereits die zweite Lehrerkonferenz<sup>601</sup> und privat traf er sich mit einem älteren Jungen, den sie nicht kannte, was ihr Sorgen bereitete. Er verweigerte die Mitarbeit im Schulunterricht, lernte nicht, machte keine Hausaufgaben und war versetzungsgefährdet, bekam evtl. keinen Hauptschulabschluss. Der Jüngere war nervös, zuckte oft mit den Augen, bekam unvermittelt Schreiattacken, weigerte sich draußen zu spielen, hatte keine Freunde. Beide Kinder halfen im Haushalt nicht mit und hörten nicht auf die Klientin. Es ginge nur noch mit Geschrei, so die Klientin. Ein Problem sah sie darin, dass sie keine Zeit für die Kinder hatte, oft vergaß, dass sie mit den Kindern am Wochenende etwas machen wollte und ein andermal wiederum waren die Kinder zu müde. Ihr Fazit: Sie habe „einfach zu viel um die Ohren“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Darauf angesprochen, dass sich diese Aussagen sehr nach Ausreden anhören würden, Dinge nicht zu tun, damit sie selbst auch einmal ihre Ruhe habe, antwortete sie, dass vieles eigentlich doch möglich gewesen sei und sie sich tatsächlich nach mehr Ruhe sehne, aber was solle sie denn machen? (An dieser Stelle war wieder der bekannte Satz, mit allen Gesten und Mimiken, die mir im Laufe des Gesprächs nun schon häufiger begegnet waren.).

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform s. Tab.: III.4.1).

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5, T1 K 42), Angst/Unsicherheit (T1 K 11, T1 K 19; T2 K 2, T2 K 12; T3 K 19, T3 K 20, T3 K 29 a)), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung (T2 K 12), Kontrollvermögen (T2 K 2) Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T3 K 19), Unterlegenheit (T2 K 12), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 19) aber auch Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 1, T3 K 20), Hilf- und Machtlosigkeit (T1 K 18, T1 K 36), Selbstschutzmechanismen (T1 K 18) und nonverbale Verstärker (T3 K 34).

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 2	K 5	K 11	K 18	K 19	K 36	K 42	
T2	K 2	K 12	K 17					
	Sonstiges: K 12 wird mit K 17 kombiniert K 12 tritt nach dem Schulterzucken ein							
T3	K 1	K 4	K 9	K 19	K 20	K 25	K 29 a)	K 34
	Sonstiges: K 19 trat besonders mit dem Schulterzucken auf, gekoppelt mit einem Satz wie: „Was soll ich denn tun?“							
T4  Seite 4 (im standardisierten Material)	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang			
	Immer derselbe Ablauf: „Ich bin halt so.“ oder „Das ist halt so.“ verbunden mit T1 K 18, danach T2 K 12 und T2 K 17 gekoppelt an den Satz „Was soll ich denn machen?“				Offenbarung ihrer Resignation und Hilflosigkeit in bestimmten Situationen Automatisierter Ablauf – wie eine Art Ritual Signal ihrer Handlungsunfähigkeit			
T5	K 1	K 5	K 8	K 13			K 16	
	Sonstiges: K 1 und K 8 = komplett Schwarz evtl. wegen Beruf – Modebranche							

Tab.: III.4.1

<sup>601</sup> Wenn die dritte Schulkonferenz wegen ihres Sohnes hätte einberufen werden müssen, wäre es zu einem Schulverweis gekommen.

Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Klientin sehr viel weinte, was ihre Hilflosigkeit verdeutlichte. Nicht nur im familiären Bereich war sie überfordert und extrem handlungsunfähig. Sie bekam keine Hilfe und Unterstützung von ihrem psychisch kranken Mann und ihre Mutter war eher ein Problemverstärker als hilfreiche Unterstützung. Die Klientin war anscheinend nur noch in der Lage sich stumm und extrem handlungsunfähig in ihr Schicksal zu ergeben, vieles über sich ergehen zu lassen.

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.4.2), **B** (s. Abb.: III.4.3) und **C** (s. Abb.: III.4.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt s. Abb.: III.4.5).

Die Klientin erlebte, wie ihre Mutter in ihrer Ehe mit dem alkoholkranken Partner aushielt. Ihre Mutter lebte ihr eine Ehe vor, in der es u. a. darum ging auszuhalten, auch wenn es kaum noch ertragbar war. Die Klientin verhielt sich in schwierigen Situationen ähnlich schicksalergeben, mit einem „Achselzucken“ und einem „Das ist halt so.“, „Ich bin halt so.“, oder ähnlichen Sätzen, was wie Selbstaufgabe klang und Lethargie andeutete, sowie mangelndes Selbstvertrauen und -bewusstsein beinhaltete.

Als das Haus noch der Mutter gehörte, ging es ihnen finanziell relativ gut, ihr Mann war berufstätig und die Kinder standen in der Schule nicht vor einem wichtigen Schulabschluss. Als die Probleme kumulierten, wurde ihr bewusst, dass sie Hilfe benötigte. Ihr Mann wurde psychisch krank, war lethargisch, weder Vater noch Partner und seine neue Arbeitsstelle war durch seine Krankheit nicht sicher, was ein Problem darstellte, denn sie hatten Schulden durch den Hauskauf. Dadurch war die Klientin sehr darauf bedacht ihre Arbeitsstelle zu halten, was dazu führte, dass sie sich von ihren Arbeitskolleginnen nach Bedarf einsetzen ließ, was die Wochenplanung schwierig machte und ihr schlechtes Gewissen gegenüber ihren Kinder schürte, weil diese oft von ihrer Mutter versorgt werden mussten. Sie glaubte auf ihre Mutter angewiesen zu sein, dadurch wiederum meinte die Mutter Mitspracherecht zu haben und nutzte dies ungefragt. Sie mischte sich ein, machte der Klientin Vorhaltungen.

Und nicht zuletzt hatten die Kinder offensichtliche Probleme, der jüngste ebenso wie der ältere Sohn, bei dem der Hauptschulabschluss gefährdet war. Die Klientin hatte in vielen Bereichen Angst:

- Bei der Finanzierung des Hauskaufs,
- ihren Mann zu verlieren,
- ihren Kindern nicht gerecht zu werden,
- ihre Arbeitsstelle zu verlieren und
- ihre Mutter als Hilfe zu verlieren, wenn sie aufbegehrte.

Sie konnte nicht für sich und ihre Interessen eintreten, war beruflich noch privat kaum in der Lage Entscheidungen zu fällen, zu vertreten oder Lösungswege für schwierige Situationen zu entwickeln, was Handlungsunfähigkeit andeutete.

Zusammenfassend war das Hauptproblem ihre Selbstaufgabe, verbundenen mit ihrer Lethargie und der daraus resultierenden Handlungsunfähigkeit.

A Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... Dezember 2005				Seite: 1	
Name: Klientin Fall 3					
Geb./Alter: geb. 1965					
Adresse: XXX					
Tel.: XXX			Mobiltel.: XXX		
Verh.: Ja	Gesch.: /	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: 2	Alter: ♂ 14 Jahre / ♂ 9 Jahre	
Geschwister: Nein			Alter: /	Verst.: /	
Eltern: XXX und XXX			Gesch.: Nein	Verst.: Vater	
Initiator der Beratung: Selbst					
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:					
Schwierigkeiten mit den Söhnen					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ältere: Versetzungsgefährdet – verweigert Mitarbeit in Schule – älteren der Mutter unbekanntem Freund</li> <li>- Jüngere: Nervös – zuckt mit den Augen – keine Freunde – Schreiattecken</li> <li>- Hören nicht auf Klientin</li> <li>- Helfen im Haushalt nicht</li> <li>- Klientin fühlt sich überfordert</li> <li>- Schreit viel mit ihren Kindern</li> <li>- Ihr Mann ist psychisch krank und ist keine Hilfe in Familie</li> <li>- Mutter im Haus – betreut Enkelkinder, redet viel rein</li> <li>- Finanzielle Sorgen – Hauskauf</li> <li>- Problem „Nein“ zu sagen</li> <li>- Problem eigene Meinung zu äußern und durchzusetzen</li> </ul>					
In Anspruch genommene Sitzungstermine:					
1 Erstgespräch	6				
2 Imagination	7				
3 Durcharbeiten	8				
4	9 Abschlusssitzung				
5					

Abb.: III.4

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	Seite: <b>2</b>
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Dezember 2005 - Erstgespräch		
Prägende Ereignisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern wanderten nach Amerika aus</li> <li>- Eltern kamen zurück als Schwester ihrer Mutter starb – Haus in Deutschland</li> <li>- Vater war Alkoholiker</li> <li>- Mutter litt sehr unter alkoholkranken Vater – keine Scheidung</li> <li>- Klientin 1965 geboren</li> <li>- Vater verstarb an Folgen der Sucht</li> <li>- Klientin wohnt im Elternhaus</li> <li>- Klientin gebar 1991 erste Sohn</li> <li>- Klientin gebar 1996 zweite Sohn</li> <li>- 2002 Mann der Klientin – psychisch krank und arbeitsunfähig</li> <li>- Klientin beginnt Halbtagsjob (3 Tage) in Modebranche – unregelmäßige Arbeitszeiten – z. T. auf Abruf</li> <li>- Mutter ist Rentnerin, kümmert sich um ihre Enkel – mischt sich viel ein</li> <li>- 2004 Haus der Eltern gekauft – Schulden und Angst es nicht zu schaffen</li> <li>- Mitte 2005 Mann arbeitet Wechselschicht – beteiligt sich sonst an nichts – schläft viel – lethargisch</li> <li>- Klientin leidet unter Launen ihres Mannes – liebt ihn – vermisst den Mann von früher</li> <li>- Klientin plant Familienleben nach Launen ihres Mannes</li> <li>- Klientin ist Kummerkasten von Freundinnen</li> <li>- Söhne machen Sorgen, Ältere im schulischen, der Jüngere wegen psychosozialen Auffälligkeiten</li> </ul>		

Abb.: III.4.3

<b>C</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A</b>	Seite: <b>3</b>
Name: Klientin Fall 3		
Datum: ... Dezember 2005 - Erstgespräch		
Involvierte Personen: <p>Partner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychisch krank</li> <li>- Er arbeitet zwar, aber wegen Krankheit nicht sicher, ob das so bleibt</li> <li>- Er arbeitet – schläft – ansonsten lethargisch</li> <li>- Ist weder Vater noch Partner</li> </ul> <p>Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentnerin</li> <li>- Versorgt Enkel</li> <li>- Mischt sich in private und erzieherische Angelegenheiten ihrer Tochter ein</li> </ul> <p>Arbeitskolleginnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin muss flexibel einsetzbar sein</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nächste Stunde findet Imagination statt</li> <li>- Einzelgespräche mit ihren Kinder werden festgelegt</li> <li>- Weitere Sitzungen nach Absprache</li> </ul>		

Abb.: III.4.4

D Problemanalyse		Seite: 5
Name: Klientin Fall 3		
Datum: ... Dezember 2005		
Problem/Teilprobleme: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat erlebt, wie Mutter Ehe aushielt</li> <li>- Mangelndes Selbstvertrauen und -bewusstsein</li> <li>- Kann nicht für sich und ihre Interessen eintreten – kaum in der Lage Entscheidungen, auch die sie betreffen, zu fällen, zu vertreten oder Lösungswege für schwierige Situationen zu entwickeln – Handlungsunfähigkeit</li> <li>- Ergibt sich in schwierige Situationen achselzuckend „Das ist halt so.“, „Ich bin halt so.“ oder ähnlichen Sätzen – Selbstaufgabe/Lethargie</li> <li>- Die Klientin hat in allen Bereichen Angst:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Finanzierung des Hauskaufs,</li> <li>Mann zu verlieren,</li> <li>Kindern nicht gerecht zu werden,</li> <li>Arbeitsstelle zu verlieren und</li> <li>Mutter als Hilfe zu verlieren – „hält still und aus“ Selbstaufgabe/Lethargie.</li> </ul> </li> </ul>		
Hauptproblem: Selbstaufgabe/Lethargie/Handlungsunfähigkeit		
Problem fördernde Situationen/Umstände: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glaubte auf Mutter angewiesen zu sein, dadurch glaubte Mutter Mitspracherechte zu haben und nutzt dies ungefragt</li> <li>- Partner ist lethargisch, weder Vater noch Partner, Arbeitsstelle ist durch seine Krankheit nicht sicher</li> <li>- Im Beruf wird sie nach Bedarf eingesetzt, Wochenplanung schwierig</li> <li>- Schulden durch Hauskauf</li> <li>- Mittelbar: Das Erleben der Ehe ihrer Eltern. Auszuhalten auch wenn kaum noch ertragbar, was Mutter vorlebte</li> <li>- Gefährdeter Schulabschluss des ältesten Sohnes</li> <li>- Nervöse Zuckungen des jüngsten Sohnes</li> </ul>	Problem mindernde Sit./Umst.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situationen vor der Erkrankung des Partners</li> <li>- Als es beim älteren Sohn noch nicht um den Schulabschluss ging</li> </ul>	
Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Söhne</li> <li>- Psychisch kranker Partner</li> <li>- Mutter</li> <li>- Arbeitskolleginnen</li> </ul>	Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ältester Sohn</li> <li>- Gesunder Partner</li> </ul>	
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): Finanziell: Als das Haus noch der Mutter gehörte Familiär: Als Mann psychisch gesund war		

Abb.: III.4.5



Auf der einen Seite ließ sie vieles über sich ergehen (einem immer gleichen Muster folgend – Achselzuckend und mit einem entsprechenden „Was soll ich denn tun?“ o. ä. Sätzen), aber auf der anderen Seite schrie sie ab und an ihre Kinder an, um Gehör zu finden.

Sie fühlte sich z. T. ausgenutzt (Kolleginnen und Freundinnen), wehrte sich nicht, war nicht in der Lage etwas zu verändern und litt unter den gegebenen Situationen, sie fühlte sich überfordert, konnte dadurch vielen Anforderungen nicht mehr nachkommen und kapitulierte.

Die Vermutung lag nahe, dass die Klientin dieses Verhalten in der Kindheit erlernte, vermutlich durch das Verhalten ihrer Mutter, die trotz schwerem Leiden, hervorgerufen durch die Sucht ihres Mannes, an der Beziehung zu ihrem alkoholkranken Mann festhielt.

Die Klientin überließ beruflich wie privat viele Entscheidungen anderen. So ließ sie ihre Arbeitszeiten von ihren Kolleginnen einteilen, ließ sich von ihrer Mutter in vieles hineinreden und richtete sich bezüglich ihrer privaten Planung nach den Stimmungsschwankungen ihres Mannes, ohne eigene Ansprüche zu äußern. Sie glaubte von ihrer Mutter abhängig zu sein, ohne sie die Betreuung der Kinder nicht gewährleisten zu können. Sie hielt trotz Problemen in der Ehe an dieser fest.

#### 4.2 Die Imagination - Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.4.6).

In diesem Fall war die Körpersprache mit den eng an den Körper gelegten, herabhängenden Armen und dem gleichzeitigen Schulterzucken ein Hinweis, dass sie sich eingeengt, starr, unbeweglich oder gebunden fühlte, was das Motiv mit dem *Roten Faden* nahe legte.

Meine diesbezügliche Idee war ihr, durch einen *roten Faden* (Wäscheleine), ihre Situation der Duldung, Resignation und ihre Kraftlosigkeit bewusst zu machen, denn sie schien wie eine Gefangene ihrer Lebenssituation, gebunden an ihr Schicksal und diesem extrem ausgeliefert, was ich an ihrem häufig verwandten Satz „Was soll ich denn tun?“ und ihrer diesbezüglich starren Körperhaltung, mit eng an den Körper angelegten Armen zu erkennen glaubte, und für mich die Ergebnisheit und Resignation widerspiegelte. Somit erschien Motiv 3 als probate Imagination, um der Klientin ihre starre, unbewegliche Verhaltensweise bewusst werden zu lassen.

Termin: ... Dezember 2005	Name: Klientin Fall 3
<p>Imaginationsmotiv und Begründung:</p> <p>Motiv: Roter Faden – Motiv 3</p> <p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie hat aus Vergangenheit gleich bleibendes Verhaltensmuster entwickelt</li> <li>- Mann ist psychisch krank, vieles lastet auf ihren Schultern</li> <li>- Hat sich in Schicksal ergeben mit wiederkehrender Verhaltensweise – starrer Körperhaltung</li> <li>- Fühlt sich kraft- und hilflos, nimmt Opferrolle in verschiedenen Lebensbereichen ein, schicksals- ergeben im Beruf, sozialen und häuslichen Umfeld</li> <li>- Handlungsunfähig, hat resigniert – in allen genannten Bereichen überfordert</li> <li>- Mangelndes Selbstbewusstsein und -sicherheit</li> </ul> <p>Die Klientin soll dadurch u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsicht in Ursache und Entwicklung ihres Verhaltensmusters</li> <li>- Zusammenhänge erkennen</li> <li>- Motivation entwickeln, Verhalten ändern zu wollen</li> <li>- Aus ihren Möglichkeiten heraus neue Verhaltensweisen entwickeln lernen</li> <li>- Aus der Stagnation, Opferrolle und Resignation wieder Handlungsfähigkeit entwickeln</li> <li>- Zukunftsvarianten entwickeln lernen</li> <li>- Selbstbewusstsein und -sicherheit verstärken</li> <li>- Eigenverantwortung bewusst werden</li> </ul>	
<p>Geplanter Ablauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der rote Faden wird von mir je einmal um den Körper gelegt. Einmal für die Entstehung einer Verhaltensweise aus der Vergangenheit und einmal für die Wirkung in der Gegenwart. Bei jeder Sequenz wird die Vergangenheit und Gegenwart direkt im Vergleich bearbeitet.</li> <li>- Den Anfang des Fadens bekommt Klientin in ihrer Hand</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abschnitt: Vergangenheit: Eltern aus Amerika zurück, schwierige Situation – alkoholkranken Vater, Durchhalten/Leiden der Mutter Gegenwart: Mann psychisch krank, lässt sich nicht helfen, schwierige Ehe</li> <li>2. Abschnitt: Vergangenheit: November 2005 Hausübernahme, Gegenwart: Finanzielle nicht sicher</li> <li>3. Abschnitt: Vergangenheit und Gegenwart: Mutter mischt sich ein – Mann entzieht sich – Problemen mit Kindern</li> <li>4. Abschnitt: Vergangenheit und Gegenwart: Mann ist launisch, sie richtet sich danach</li> <li>5. Abschnitt: Vergangenheit und Gegenwart: Arbeitsstelle – kann nicht „Nein“ sagen</li> <li>6. Abschnitt: Vergangenheit und Gegenwart: Kummerkasten der Freundinnen, zieht keine Grenzen, wird von vielen ausgenutzt</li> <li>7. Abschnitt: Zukunftsvision: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ende des Fadens ebenfalls der Klientin in die Hand geben, nachempfinden und evtl. verbalisieren lassen, wie sie sich fühlt</li> <li>- Ihr Eigenverantwortung bewusst werden lassen</li> <li>- Zu Handlung motivieren und darauf warten</li> </ul> </li> </ol>	

Termin: ... Dezember 2005	Name: Klientin Fall 3
<p>Ablauf der Imagination:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abschnitt: Vater/Mutter Verhältnis – erstaunt – Pause – Parallele = erschrocken entdeckt – aushalten, Mann kein Alkoholiker aber krank – tut nichts, arrangiert – Kopfschütteln, Geschichte wie Mutter – gedankenversunken, umbinden Oberkörper und Hände – Ruck, festhalten des Fadens in Hand, Knöchel weiß, starre Körperhaltung, zusehend – lange Pause – sehr leise „Was soll ich denn machen?“ und Schulterzucken</li> <li>2. Abschnitt: Faden tiefer – spontan „Was sollte ich denn tun?“ s. 1. – Haus nicht, Sorge nicht halten – Sorgen: Vollzeitarbeit, falls Mann schlechter – schwierige Zeiten, Arbeitsplatz nicht einfach, ortsgebunden – sah stumm herunter</li> <li>3. Abschnitt: Faden Stück tiefer – wieder klammern – Stille, genaues Beobachten – ironischen „Was soll ich denn tun?“ – Tränen, gerne zurückhalten, Fassung – still – auffordernder Blick – Ich: Abbruch? Sie: Nein. Ich: Freiwillig! nickte – will</li> <li>4. Abschnitt: Tränen – über Sequenz nachzudenken – Stille – nach tiefer binden, Selbstironisches „Was soll ich denn tun?“ – Tränen ungehindert – Hände verkrampft, verzweifelt</li> <li>5. Abschnitt: Tränen – über Sequenz nachzudenken – Stille – nach tiefer binden, Selbstironisches „Was soll ich denn tun?“ – Tränen ungehindert</li> <li>6. Abschnitt: sehr heftiges Weinen – schwach: „So bin ich halt.“ – Blick, „Binden sie mich wieder los?“ – ganz steif, Blick fragend – Ich: Nachempfinden, Gegenwart – Tränen: Fast bewegungsunfähig, schwer, fast unmöglich Stelle bewegen, Halt (weint weniger), stehen anstrengend, leicht aus Gleichgewicht, nicht wehren, wehrlos, alles mit sich machen lassen, erdulden (weint stärker) – weint verzweifelter, zittern, kraftlos gebeugt, Faden fest, nicht los werden – Ich: Hielt sie – beruhigt – Ich: Abstand, Kinder lernen Verhalten – Stille – leise: „Ich lerne ihnen, dass man im Leben alles aushalten muss und sich nicht wehren darf! Auf der einen Seite verlange ich, dass sich meine Kinder ändern, aber wenn ich mich hier so sehe, verlange ich auf der anderen Seite etwas von ihnen, was ich selber nicht tue.“ – ca. 3 Min., Blick hilflos – wie befreiend – Tränen – Ich: Von Mutter gelernt durchzuhalten, egal wie Leben – nie gelernt aktiv zu werden – nickte, Tränen – sehr leise: anders verhalten, wieder beweglich, neues, unbekanntes Verhalten – geht nicht, weil Angst vor Neuen „Man weiß ja nicht, wie das wird. Wie soll ich das lernen?“ – Pause – „Aber so, wie es jetzt ist, will ich nicht mehr.“</li> <li>7. Zukunftsvision – zögerte, gab Fadens zurück – erbat Zukunft Hilfe – spontan drehen – Faden gelöst – Zukunft wie jetzt, frei, ungezwungen, nicht ausgeliefert, sich Schicksal überlassen – aktiv werden</li> </ol>	

Abb.: III.4.7

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem aufgeführten standardisierten Arbeitsmaterial **F** (s. Abb.: III.4.7):

Ich bat sie sich hinzustellen und gab ihr den Anfang der Wäscheleine, den *roten Faden* mit der Aussage in die Hand: „Ich gebe Ihnen hier den *roten Faden* in die Hand, es ist der Faden Ihres Lebens.“

Nach dieser Erklärung begann die Imagination mit dem

1. Abschnitt: Ich fing an zu rekapitulieren, dass ihre Eltern vor vielen Jahren aus Amerika zurückgekommen seien und sich der Vater widerwillig um das Haus, in dem Ihre Mutter mit ihrer Familie wohne, kümmere. Ihre Mutter habe sich für das Haus aufgeopfert, auch in Anbetracht dessen, dass ihr Mann Alkoholiker sei und es immer schwieriger geworden sei, das Haus finanziell zu halten. Ihre Mutter habe sich nicht vom Vater getrennt, sondern habe unsäglich gelitten. Sie selbst und ihr Mann haben ein schwieriges Verhältnis gehabt, da er psychisch krank sei, sich aber kaum helfen lassen wolle. Erstaunt sah mich die Klientin an und nach einer Pause sagte sie erschüttert: Da seien wohl gewisse Parallelen. Sie halte es auch bei ihrem Mann aus, er sei zwar kein Alkoholiker, wie ihr Vater, aber auch krank und sie reagiere nicht, halte still und arrangiere sich damit. Sie schüttelte den Kopf und meinte, sie wiederhole die Geschichte ihrer Mutter.

Während sie in Gedanken versunken dastand, band ich für dieses Problem den Faden zweimal (einmal für das Problem, das sich aus der Vergangenheit entwickelt hatte und das zweite Mal für das weitere Bestehen des Problems in der Gegenwart) um ihren Oberkörper, sodass auch die Hände eingebunden waren. Sie hatte ihr Leben, ihren *roten Faden*, in der Hand und sah in starrer Körperhaltung zu, was mit ihr passierte. Sie wehrte sich nicht, sagte nicht ob der *rote Faden* zu locker oder zu fest war, sie starrte nur auf den *roten Faden*, den ich um sie herumlegte. Sie hielt den Faden in ihrer Hand ruckartig fester, hielt sich noch mehr an ihrem *roten Faden* fest, die Handknöchel erschienen dabei leicht blutleer.

„Was soll ich denn machen?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] kam nach einer langen Stille ganz leise über ihre Lippen, dabei zuckte sie, mit an den Körper angelegten Armen<sup>602</sup>, mit den Schultern und sah sie mich voller Selbstmitleid fragend an. Ich sah ihr stumm in die Augen und fuhr mit dem

2. Abschnitt fort: Trotzdem hätten sie im November 2005 das Haus von der Mutter übernommen, obwohl sie sich nicht im Klaren gewesen seien, ob sie das finanziell würden schaffen können. So ging ich mit dem Binden des Fadens wieder zweimal (einmal für das Problem, das sich aus der Vergangenheit entwickelt hatte und das zweite Mal für das weitere Bestehen des Problems in der Gegenwart) um sie herum, diesmal ein Stückchen tiefer. „Was sollte ich denn tun?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], war die spontane Reaktion mit bekannter Körperbewegung. Sie wollte das Haus ihrer Eltern nicht verlieren, aber sie hatte Sorge, dass sie es nicht halten konnten. Sie machte sich viele Sorgen, weil sie Vollzeit arbeiten musste, falls es ihrem Mann schlechter ging und in diesen schwierigen Zeiten einen neuen Arbeitsplatz zu finden war nicht einfach, weil sie durch Familie und Haus ortsgebunden war. Sie sah stumm an sich herunter. Als sie mich wieder ansah, ging ich über zum

3. Abschnitt: Sie habe Probleme mit ihren Kindern, fühle sich alleingelassen, ihr Mann habe sich seiner Aufgaben als Partner und Vater entzogen. Ich ging mit dem Binden des Fadens wieder zweimal (einmal für das Problem, das sich aus der Vergangenheit entwickelt hatte und das zweite Mal für das weitere Bestehen des Problems in der Gegenwart) um sie herum, diesmal wieder ein Stückchen tiefer. Wieder klammerte sich die Klientin an dem Faden in ihren Händen fest. Diesmal sagte sie erst nichts, ließ die Situation wirken und sagte dann unvermittelt „Was soll ich denn tun?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], diesmal jedoch in einem selbstironischen Ton. Ich ließ ihr Zeit, denn sie hatte Tränen in den Augen, die sie gerne zurückhalten wollte, sie rang sichtlich um Fassung, aber nach einer Weile der Stille sah sie mich auffordernd an. Auf meine Frage, ob wir abrechen sollten verneinte sie und ich machte nochmals darauf aufmerksam, dass sie das nicht durchstehen müsse. Sie nickte und meinte, sie wolle es aber.

Im weiteren Verlauf sprach ich nachfolgende Situationen an und band den Faden je zweimal (einmal für das Problem, das sich aus der Vergangenheit entwickelt hatte und das zweite Mal für das weitere Bestehen des Problems in der Gegenwart) um ihren Körper. Bei jeder neu angesprochenen Lebenssituation etwas tiefer, bis auch die Beine eingebunden waren:

4. Abschnitt: Sie erdulde ihren Mann mit seinen Stimmungsschwankungen und habe mit ihm nicht darüber gesprochen.

5. Abschnitt: An ihrer Arbeitsstelle sage sie nicht, was sie wolle und könne nicht „Nein“ sagen.

6. Abschnitt: Sie würde sich von ihrer besten Freundin ausnutzen lassen, könne ihre Grenzen nicht ziehen und sagen, was sie wolle und was nicht. Sie werde von vielen Menschen ausgenutzt, ohne sich zu wehren.

Ihre Hände verkrampften sich, fast schon verzweifelt hielt sie am Faden fest, den sie seit Beginn der Imagination in ihren Händen hielt. Ab Ende des vierten Abschnitts ließ sie ihren Tränen freien Lauf.

Nach jedem Abschnitt machte ich eine Pause, ließ die Situation auf die Klientin wirken und ermunterte sie über die Sequenz nachzudenken, wie sich die Dinge zugetragen hatten, wie sie reagiert hatte und wie es im Moment war.

Sagte sie nach ihren Ausführungen, zum ersten Abschnitt, schulterzuckend „Was soll ich denn machen?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und beim zweiten Mal ebenso, mit einem Schulterzucken „Was sollte ich denn tun?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], kamen nach dem dritten Abschnitt

<sup>602</sup> Der *rote Faden* ließ ihr die Möglichkeit, die Arme locker neben dem Körper zu halten. Ihre Haltung dagegen brachte den Faden für einige Sekunden zum Herunterrutschen.

keine Erläuterungen mehr von ihr, sondern nur noch ein selbstironisches „Was soll ich denn tun?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie hatte scheinbar bereits nach dem dritten Abschnitt ihren eigenen *roten Faden* erkannt und sagte von sich aus: „Was soll ich denn tun?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] verbunden mit einem Hochziehen der Schultern und dem Fallenlassen dieser (dabei blieben ihre Arme eng am Körper, was ich bereits aus dem Erstgespräch kannte). Diesen Satz und die Körperreaktion verwandte sie von sich aus nun jedes Mal am Ende eines Abschnittes, wenn ich den Faden zweimal um sie herum gebunden hatte. In ihrer Stimme war nun Selbstironie, verbunden mit Tränen.

Bei Abschnitt 6 fing die Klientin sehr heftig zu weinen an und sagte ganz schwach: „So bin ich halt.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie sah mich dabei an und fragte: „Binden Sie mich wieder los?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] Ich antwortete nicht. Sie wurde ganz steif, sah mich fragend an und ich bat sie nachzuempfinden, wie sie sich so eingewickelt fühle, wie sich ihre Gegenwart in ihrem jetzigen Leben für sie darstelle.

Folgendes äußerte sie dazu (während der ganzen Zeit liefen ihr die Tränen herunter):

- Sie sei fast bewegungsunfähig.
- Es sei schwer, fast unmöglich sich von der Stelle zu bewegen.
- Es würde Halt geben (sie weinte weniger).
- Es sei anstrengend zu stehen.
- Es sei leicht sie aus dem Gleichgewicht zu bringen.
- Sie könne sich nicht wehren, sie sei wehrlos, müsse vieles mit sich machen lassen, alles erdulden (sie weinte wieder stärker).

Nachdem ihr Weinen noch stärker und verzweifelter wurde, sie am ganzen Körper zu zittern begann, sie kraftlos nach vorne gebeugt dastand und sie ihren Faden nicht los ließ, nicht dafür sorgte den Faden los zu werden (was denkbar einfach gewesen wäre, da der Faden sehr locker anlag), hielt ich sie kurz fest. Als sie sich beruhigt hatte, nahm ich wieder Abstand ein und erzählte ihr, dass sie Kinder habe, die u. a. von ihr lernen würden, wie sie sich im Leben zu verhalten hätten. Erst konnte sie dazu nichts sagen, aber nach einer Weile sagte sie leise: „Ich lerne ihnen, dass man im Leben alles aushalten muss und sich nicht wehren darf. Auf der einen Seite verlange ich, dass sich meine Kinder ändern, aber wenn ich mich hier so sehe, verlange ich auf der anderen Seite etwas von ihnen, was ich selber nicht tue.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Als sie mich einige Zeit (ca. 3 Min.) hilflos anschaute, nicht wusste, wie sie sich aus dieser Lage befreien konnte und ihr die Tränen wieder herunterliefen, fasste ich die Situation in Worte: Sie selbst habe von ihrer Mutter gelernt durchzuhalten, egal wie das Leben auch spiele und sie habe nicht gelernt anders zu reagieren, aktiv zu werden. Sie nickte unter Tränen.

Sie müsse sich anders verhalten, wieder beweglich werden, neues, unbekanntes Verhalten lernen, sagte sie sehr leise. Aber sie könne das nicht, weil sie Angst vor dem Neuen, dem Ungewissen habe, und sie fügte hinzu: „Man weiß ja nicht, wie das wird. Wie soll ich das lernen?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und nach einer kurzen Pause: „Aber so wie es jetzt ist, will ich es nicht mehr.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]

7. Abschnitt: Für die Zukunftsvision bat ich sie das Ende des Fadens von mir zu übernehmen, ich überließ ihr, was geschehen sollte, und machte sie darauf aufmerksam, dass sie Anfang und Ende selbst in der Hand habe. Sie zögerte und gab mir das Ende des Fadens wieder in die Hand zurück. Sie bat mich ihr in der Zukunft noch behilflich zu sein, daraufhin drehte sie sich sofort und ganz spontan mit ihrem Körper um die eigene Achse, sodass der Faden schnell gelöst war. Dann sagte sie, in Zukunft wolle sie sich so fühlen wie in diesem Moment, frei und ungezwungen, ohne sich ausgeliefert zu fühlen und sich dem Schicksal zu überlassen, sie müsse endlich etwas tun. Dies nahm ich zum Anlass, die Imagination zu beenden.

Zum Schluss schnitt ich ein ca. 5 cm langes Stück des benutzten Fadens ab und überreichte ihn ihr mit dem Hinweis, dass sie ihn als Erinnerung an diese Stunde aufbewahren könne, wenn sie wolle. Sie sah ihn nachdenklich an und legte ihn in ihr Portemonnaie.

#### 4.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Da die Imagination kurz vor Weihnachten lag und die Kinder der Klientin Schulferien hatten, konnte das Durcharbeiten der Imagination nicht so zeitnah erfolgen, wie sonst üblich (spätestens eine Woche nach der Imagination). Wir trafen uns erst drei Wochen später zur ersten Sitzung nach der Imagination, dem Durcharbeiten und ich war gespannt, was sich in dieser Zeit bei der Klientin ereignet hatte.

Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.4.8) und **B** (s. Abb.: III.4.9): Nach einer überaus fröhlichen und gelassenen Begrüßung seitens der Klientin, war das Erste was sie tat, aus ihrer Tasche ihr Portemonnaie zu holen, um aus diesem das Stück ihres *roten Fadens* herauszunehmen, den sie mir lachend zeigte. Darüber würden wir doch heute sprechen wollen, war ihr Kommentar dazu. Sie erzählte mir, dass sie dieses Stück Faden seit der Imagination immer im Portemonnaie habe, um sich daran zu erinnern, dass sie etwas ändern müsse. An die Szenen der Imagination könne sie sich noch sehr genau erinnern und ihrer Tränen schäme sie sich nicht, sondern sie habe dadurch erst gemerkt, wie „fertig“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] sie das Ganze mache, wie viel sie über sich habe ergehen lassen und sie sei ziemlich wütend auf ihre Mutter, so die Klientin. Es war ihr nach der Imagination mehrfach aufgefallen, wie oft ihr in den letzten Wochen die Durchhalteparolen von ihrer Mutter gesagt wurden, besonders wenn sie sich mit ihren Sorgen und Problemen bei ihr anvertraute, sagte sie Sätze, wie „Das ist halt so.“, „Da kannst Du nichts machen.“, ein ratloses „Was willst Du denn machen?“, „Da musst Du durch.“, oder „So bist Du eben.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] die ihre waren, so dachte sie bisher, bekam sie ständig von ihrer Mutter zu hören und sich dies bewusst gemacht. Sie war heftig erschrocken, hatte sich selbst bei jedem Satz ihrer Mutter gesehen, wie sie mit dem *roten Faden* eingebunden dastand und fast identische Sätze gesagt hatte und sie wollte „da raus“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie wollte ihren Kindern nicht diese Lebensweise mitgeben. Was sie aber auch gemerkt hatte, dass ihr der *rote Faden* Halt gab. Sie habe gewusst, was verlangt worden sei, darauf habe sie sich einstellen können, so wie sie nach jeder genannten Situation ihren Spruch gesagt habe, erzählte die Klientin. Sie hatte seither zwar das eine oder andere Neue versucht, aber sie war unsicher und ängstlich, zweifelte, ob das gut war, wie sie es anging.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	Seite: 8
Name: Klientin Fall 3		
Sitzungstermin: ... Januar 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin konnte sich an Szenen aus Imagination erinnern</li> <li>- Wirkung der Situationen erkannt, mache sie „fertig“</li> <li>- Faden auch Halt, – auf Situationen und Anforderungen einstellen können</li> <li>- Entwickelte eigene Ideen zur Selbsthilfe, aber ängstlich, unsicher, zweifelnd</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Möchte „da raus“</li> <li>- Kindern das nicht vorleben</li> </ul>		

Abb.: III.4.8

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	Seite: 9
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Januar 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprüche der Mutter, wenn sie Probleme besprechen wollte „Das ist halt so.“, „Da kannst Du nichts machen.“, „Was willst Du denn machen?“, „Da musst Du durch.“, „So bist Du eben.“</li> <li>- Erschrocken, hat selbst wie automatisch Worte übernommen</li> <li>- Wut auf Mutter</li> </ul>		

Abb.: III.4.9

#### 4.4 Die einzelnen Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

2. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.4.10) und **B** (s. Abb.: III.4.11): Sie hatte keinen der mit ihr an den Veränderungen arbeiten wollte. Ihr Mann wollte nichts damit zu tun haben, ihre Mutter brauchte sie gar nicht fragen oder darum zu bitten, dass sich einiges ändern musste. Das musste sie alles alleine hinbekommen, so die Klientin. Sie war sich deshalb mittlerweile ziemlich sicher, dass sie Hilfe bzw. einen genauen Plan brauchte, was sie wie ändern konnte. Sie wollte alle Probleme in der Familie systematisch, und mit Plänen angehen. Vielleicht konnten ihr diese Pläne Halt geben, wie ihr bisheriger *roter Faden*. Mithilfe von Plänen konnte sie Ziele festmachen, sie wusste genau, was zu tun war und konnte sich deutlich machen, dass sie sich für diesen Weg entschieden hatte. Sie wollte nie wieder diese Hilflosigkeit, Verzweiflung und Angreifbarkeit erleben, wie während der Imagination. Die Imagination hatte ihr im *Zeitraffer* gezeigt, warum so viele Dinge mit ihr passiert waren, die sie eigentlich nicht wollte und was dieses – vieles über sich ergehen lassen – mit ihr und aus ihr gemacht hatte. Für sich selbst erarbeitete sie in dieser Stunde einen Plan, was sie selbst alles ändern müsste. Ziel war es mit diesem Plan stetig, aber nach eigenem Ermessen, an sich zu arbeiten und sich weiterzuentwickeln.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	Seite: 10
Name: Klientin Fall 3		
Sitzungstermin: ... Januar 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin war veränderungswillig</li> <li>- Analysiert ihre Situation selbst – Ursache – Hilfe weder von Mann noch Mutter</li> <li>- Erkannte ihre bisherige Hilflosigkeit, Verzweiflung und Angreifbarkeit – alles über sich ergehen lassen</li> <li>- Entwickelte eigene Ideen zur Selbsthilfe – Plan</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach eigenem Ermessen an der Verwirklichung ihres Plans arbeiten</li> <li>- Plan an für sie gut sichtbare Stelle aufhängen</li> </ul>		

Abb.: III.4.10

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	Seite: 11
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Januar 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partner ist an Veränderungen nicht interessiert – sieht Partner nicht mehr als Unterstützer/Helfer in bestimmten Lebenssituationen</li> <li>- Diesbezüglich kein Vertrauen zur Mutter</li> <li>- Gefühl auf sich allein gestellt zu sein</li> <li>- In Familie läuft einiges schief</li> <li>- Zeitraffer der Imagination hat vieles deutlich gemacht</li> </ul>		

Abb.: III.4.11

3. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.4.13) und **B** (s. Abb.: III.4.14): Die Klientin erzählte, dass ihr der Plan einen Überblick darüber verschaffte, was sie konnte und bereits machte, und wo es noch Defizite oder Bedarf, der Veränderungen gab. Sie hatte ihn an ihren Schlafzimmerschrank gehängt und somit täglich im Blick, was sie rege nutzte. Veränderungen trug sie für sich, aber auch ihren Mann sichtbar und voller Freude ein.

Weiterer Gesprächspunkt waren die Sitzungen ihrer Söhne in meiner Beratungspraxis. Denn nach dem Erstgespräch mit der Klientin hatte ich beide Söhne kennengelernt und mit dem Älteren ebenfalls eine

Imagination gemacht (s. Fall 4). In diesem Fall war, wie in der `Systemischen Therapie`, angeraten das soziale Umfeld so weit als möglich einzubeziehen, da alle Familienmitglieder *Symptomträger* waren und zeigten, dass sie unter der Familiensituation, bedingt durch die Krankheit des Vaters, litten. Für den jüngeren Sohn empfahl ich eine Kinder- und Jugendpsychologin, um seinen psychischen Zustand abklären zu lassen und ihm evtl. eine Therapie zukommen zu lassen<sup>603</sup>.

Die Klientin erkannte für sich, dass Teile der Erziehung ihrer Söhne, wie es bisher stattfanden, nicht mehr tragbar waren. Sie wollte eine heile Familie präsentieren und den Kindern den Vater ersetzen, was viel Kraft von ihr abverlangte. Aber, so ihre Einsicht, das müsse sie nicht, keiner zwingt sie dazu. Ihre Kinder mussten sie entlasten und ihre Mutter sollte weniger mit einbezogen werden, damit sie nicht so viel reinreden konnte. Und sie musste lernen ihre Grenzen zu ziehen, ihrer Mutter, ihrem Mann, ihrer Freundin und auch im Beruf ihrer Vorgesetzten und ihrer Kollegin gegenüber.

In dieser Stunde erarbeitete sie einen Plan für ihre Söhne, welche Arbeiten sie ihr im Haushalt abnehmen konnten.

Sie wollte direkt im Anschluss an diese Sitzung den Plan mit ihren Söhnen besprechen, aber fest bleiben, was die Inhalte anbelangte. Sie selbst trug die Namen ihrer Kinder in den Plan ein und es sollte für jede erledigte Aufgabe ein Kärtchen geben, diese wollte sie aus Tonkarton selbst zurechtschneiden. Die Kärtchen sollten gesammelt werden und gegen Belohnungen, im Rahmen ihrer finanziellen und zeitlichen Möglichkeiten, eingetauscht werden. Für jede nicht erledigte Aufgabe werde ein Kärtchen abgezogen, bestimmte die Klientin.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.4.12), da es einige auffällige Veränderungen gab.

Tabellenkode	Kodenummern						
T1	K 2	K 5	K 11	K 19	K 33	K 36	K 42
T2	K 2	K 8	K 12				
	Sonstiges: Oft K 8, ganz selten K 12						
T3	K 1	K 4	K 9	K 20	K 25	K 29	K 34
T4 Seite 12	Auffälliges Verhalten					Erkennbarer Zusammenhang	
	Ab und an ging eine Hand für längere Phasen an den Hals, wobei sie das Kinn mit dem Zeigefinger rieb.					Wenn sie über Problemlösungen nachdachte.	
	Bis sie ihre Hand fast ruckartig löste.					In diesem Moment war sie sich sicher, was sie tun sollte.	
T5	K 1	K 5	K 8	K 9	K 13	K 16	
	Sonstiges: K 1 und K 8 = komplett Schwarz evtl. wegen Beruf – Modebranche, aber nun auch K 8 und K 9 kombiniert						

Tab.: III.4.12

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus: Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5, T1 K 42) und Kontrollvermögen (T2 K 2) waren weiter unverändert, aber im Bereich der Angst/Unsicherheit (T1 K 11, T1 K 19; T2 K 2; T3 K 20, T3 K 29 a)), Beschwichtigungshaltung (T2 K 12), Unterlegenheit (T2 K 12), Hilf- und Machtlosigkeit (T1 K 36) waren Zeichen reduziert. Bei Angst/Unsicherheit um T2 K 12 und T3 K 19, bei Hilf- und Machtlosigkeit um T1 K 18. Zeichen von Depression (T3 K 19), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T3 K 19), Selbstschutzmechanismen (T1 K 18) mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 19) waren keine mehr sichtbar. Nonverbale Verstärker (T3 K 34) zeigten sich verstärkt auch durch T2 K 8.

<sup>603</sup> Dreimal, im Abstand von 4 Wochen, fanden Familiensitzungen im Beratungsraum statt, allerdings ohne den Familienvater und die Oma mütterlicherseits, da sie dies ablehnten. In diesen Sitzungen konnte Verständnis für die familiäre Situation und jeden der Mitglieder entwickelt werden, was zusehends für Entspannung im Familienklima, aber auch bei den einzelnen Personen sorgte, selbst bei den Nicht-anwesenden.



Sie zeigte zum vorherigen Selbstbewusstsein (T3 K 1, T3 K 20) nun zusätzlich Anzeichen emotionaler Entspannung/Gelassenheit/Selbstsicherheit durch T1 K 33 und T3 K 17. Selbst bei der Kleidung kombinierte sie nun helle mit schwarzen Kleidungsstücken, was zum verbesserten Gesamtbild passte. Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Klientin nach der Imagination, in keinem der Folgegespräche, mehr weinte. Sie entwickelte nach der Imagination einen Elan ihr Leben und ihre Lebensumstände neu zu ordnen und wusste sehr genau, was sie in der Sitzung besprechen oder erarbeiten wollte. Die erlebte Katharsis durch die Imagination war für die Klientin gleich einer Initialzündung wieder mehr Handlungsfähigkeit zu gewinnen.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 13</b>
Name: Klientin Fall 3		
Sitzungstermin: ... Januar 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin hat Ziel umgesetzt</li> <li>- Plan am Schlafzimmerschrank – tgl. Überblick – Defizite – Bedarf der Veränderungen</li> <li>- Arbeitet voller Freude damit – trägt Veränderungen ein – sichtbar für Mann</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jüngeren Sohn Kinder- und Jugendpsychologin, psychischen Zustand abklären – evtl. Therapie</li> <li>- Kinder müssen entlasten – Plan für Söhne zwecks Hilfe im Haushalt</li> <li>- Mutter weniger einbeziehen – weniger reinreden könne</li> <li>- Grenzen ziehen lernen – Mutter, Mann, Freundinnen und Beruf</li> <li>- Plan für Kinder zur Hilfe im Haushalt – für jede erledigte Aufgabe ein Kärtchen, aus Tonkarton zurechtschneiden – zum Sammeln – gegen Belohnungen, finanziellen/zeitlichen Rahmen eintauschbar – nicht erledigte Aufgabe, ein Kärtchen Abzug</li> <li>- Haushaltshilfeplan mit Kindern besprechen – fest in Umsetzung bleiben</li> </ul>		

Abb.: III.4.13

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u> und Blatt <u>G</u></b>	<b>Seite: 14</b>
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Januar 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mann registriert Veränderungen</li> <li>- Erkannte Teile der Erziehung ihrer Söhne nicht mehr tragbar – Ursache analysierte sie selbst: Wolle heile Familie präsentieren und Kindern den Vater ersetzen – kostet viel Kraft – Einsicht keiner zwingt sie</li> <li>- Erkannte, kaum Grenzen – Mann, Mutter, Beruf, Freundinnen</li> <li>- Erkannte, bei Kindern konsequent sein – Planumsetzung</li> </ul>		

Abb.: III.4.14

4. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.4.15) und **B** (s. Abb.: III.4.16): In dieser Stunde thematisierte sie ihren jüngsten Sohn. Einen Termin für die Kinderpsychologin hatte sie gemacht. Nachdem der Haushaltshilfeplan bei den Kindern wider Erwarten sehr gut ankam und ihnen Freude bereitete, wollte sie noch weitere Veränderungen einfließen lassen. Ihr jüngster Sohn war ein „Stubenhocker“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und ging nur unter Druck in seinen Fußballverein. Es mache ihm keinen Spaß, Freunde habe er dort nicht, weil er nicht der begabteste Fußballer sei. Zudem ginge er immer seltener hin, was ihn nicht besser werden ließ, war ihr Resümee. Wenn sie nicht zu Hause war, ging er gar nicht, darauf achteten weder ihre Mutter noch ihr Mann. So suchte sie nach einer anderen Möglichkeit ihn dazu zu bewegen gerne aus dem Haus zu gehen. Das wollte sie in dieser Stunde erarbeiten. Er solle jeden Tag mind. eine halbe Stunde an die frische Luft gehen, wenn es das Wetter zuließe, er solle nur

im Haus bleiben, wenn er krank sei, es Starkregen gäbe oder starker Frost herrsche (die Klientin legte für sich als Hilfe minus 3 Grad fest), so die Klientin. Da sie merkte, wie gerne ihre Söhne halfen, wenn es Motivation dazu gab, überlegte sie, wie sie ihren Jüngsten kostengünstig begeistern könnte. Dabei fiel ihr ein, dass ihr Sohn Drachen und Dinosaurier liebte und sie Dinobilder in Form von *Malen nach Zahlen* kannte. Sie war von dieser Idee begeistert: Ihr Sohn sollte sich, wenn die Klientin arbeiten musste, selbst kontrollieren, indem er ein DIN A 4 Blatt mit einem Drachen (*Malen nach Zahlen*, mit vielen kleinen Feldern) zum Ausmalen bekam. Jeder Tag, den er draußen an der frischen Luft war, durfte er ein Feld ausmalen. An den Tagen, an denen die Klientin zu Hause war, wollte sie die Kontrolle übernehmen, aber auch dann sollte er ein Feld ausmalen dürfen.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 15</b>
Name: Klientin Fall 3		
Sitzungstermin: ... Februar 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Termin für jüngsten Sohn bei Kinderpsychologin vereinbart</li> <li>- Plan für Kinder wider erwarten sehr gut</li> <li>- Kinder durch Belohnungen motiviert</li> <li>- Macht Mut für weitere Veränderungen</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V, und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jüngster Sohn soll mehr aus dem Haus – Stubenhocker</li> <li>- Kostengünstig begeistern: DIN A 4 Blatt mit einem Drachen – Sohn liebe Drachen/Dinosaurier (<i>Malen nach Zahlen</i>) – Selbstkontrolle von Sohn, wenn Klientin arbeitet – pro Tag draußen, ein Feld malen – Klientin zu Hause, sie Kontrolle, auch ein Feld malen – pro Tag mind. eine halbe Stunde raus – nur nicht wenn krank, Starkregen, starker Frost (legt minus 3 Grad fest)</li> </ul>		

Abb.: III.4.15

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u> und Blatt <u>G</u></b>	<b>Seite: 16</b>
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Februar 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jüngste Sohne rückte in Fokus – Stubenhocker – wenig Freunde – Fußballverein nicht so gut, geht unregelmäßig – kann nicht besser werden – geht nur unter Druck – Mann und Mutter achten nicht darauf, wenn sie arbeiten muss</li> </ul>		

Abb.: III.4.16

5. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.4.17) und **B** (s. Abb.: III.4.18): Alle Pläne würden gut funktionieren, waren nach der Begrüßung, ihre fröhlichen Worte. Sie war begeistert, wie leicht alles umgesetzt werden konnte. In der Erziehung war es wesentlich ruhiger geworden, sie wusste nicht, wann sie das letzte Mal geschrien hatte. Sie überlegte, dass sie mit ihren Kindern endlich einmal offen über ihre Situation im Haus, mit ihrer Mutter, ihrem kranken Mann, ihren Problemen bezüglich der ungünstigen Arbeitszeiten und der Familiensituation reden musste. Sie nahm sich einen Abend vor, an dem sie mit ihren Kindern in einem Familiengespräch, mit oder ohne Mann, offen reden wollte, wie es um die Familie bestellt war, was sie weiter plante und wie es künftig weitergehen sollte.

Den ungefähren Ablauf und den Inhalt ging sie in dieser der Sitzung durch. Nach einigen Überlegungen, wie das Gespräch kindgerecht verlaufen könnte, entschied sie sich dafür offen und ehrlich alle Themen anzusprechen und vor allem bei ihrem ältesten Sohn wollte sie nachfragen, ob er ihr seinen älteren Freund vorstellen könnte, damit sie wusste, wer er ist und sich weniger Sorgen machen musste.

Ihr war aufgefallen, dass sie immer sehr bemüht war, nach außen hin eine perfekte Familie zu zeigen, das wollte sie nun nicht mehr. Es war ihr mittlerweile sogar sehr wichtig, dass andere, nahestehende Menschen ihre Situation kannten, so war sie nicht immer der „Kummerkasten“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], sondern konnte nun endlich auch einmal in Gesprächen auf gleicher Augenhöhe Beachtung finden und Rat einholen. Es war nun eher ein Geben und Nehmen in den Gesprächen und es machte ihr wieder mehr Spaß sich mit ihren Freundinnen zu treffen, was sie bisher immer mehr gemieden hatte.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 17</b>
Name: Klientin Fall 3		
Sitzungstermin: ... Februar 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begrüßung, fröhlich – Pläne gut</li> <li>- Begeistert wie leicht umsetzbar</li> <li>- In der Erziehung wesentlich ruhiger – wisse nicht wann geschrien</li> <li>- Sehr wichtig, nahestehende Menschen Situation kennen – nicht mehr Kummerkasten – endlich in Gesprächen gleiche Augenhöhe – findet Beachtung, kann Rat einholen – Geben und Nehmen in Gesprächen – wieder Spaß mit Freundinnen, was sie bisher mied</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V, und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einen Abend mit Kindern Familiengespräch – mit oder ohne Mann kindgerecht offen/ehrlich über Situation im Haus (Mutter, kranken Mann, ungünstigen Arbeitszeiten, Familiensituation, was sie plant und wie es künftig weitergehen kann)</li> <li>- Sohn fragen – Freund kennenlernen – mache sich Sorgen</li> </ul>		

Abb.: III.4.17

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 18</b>
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Februar 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkennt, perfekte Familie nach Außen demonstriert</li> <li>- Nahestehenden Personen ihre Situation offenbart</li> <li>- Bei Freundinnen Gesprächsbasis (Anerkennung, gleiche Augenhöhe) – kein Kummerkasten, holt Rat – Geben und Nehmen – macht wieder Spaß</li> </ul>		

Abb.: III.4.18

6. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.4.19) und **B** (s. Abb.: III.4.20): Die Klientin hatte mittlerweile den Freund ihres Sohnes kennengelernt. Seinen älteren Freund fand die Klientin sehr vernünftig und nett und sie besprach mit ihm die Schulschwierigkeiten ihres ältesten Sohnes. Sie fragte ihn, ob er ihrem Sohn mit Nachhilfe den Anschluss an die Klasse ermöglichen könnte, was umgesetzt wurde. Und noch etwas hatte sich zum Positiven gewendet: Eine Freundin hatte ihr, nachdem die Klientin im Freundeskreis offen über ihre Probleme, besonders die mit ihrer Mutter sprach, angeboten ihren Jüngsten nach der Schule zu betreuen (ihre Kinder gingen in die gleiche Klasse und verstanden sich) wenn sie arbeiten musste, was die Klientin überraschte.

Das Angebot habe sie vor Wochen noch ausgeschlagen, ihre Mutter hätte sich übergangen gefühlt, aber nun habe sie das Angebot dankend angenommen, erzählte die Klientin. Sie spürte, dass sie auf ihre Mutter nicht so angewiesen war, wie sie dachte. Sie war über sich selbst erstaunt, weshalb sie nicht schon früher nach anderen Lösungen suchte, was sie sichtlich beschämte. Aber, so sagte sie lachend, dass es nun anders sei, daran war der *rote Faden* schuld. Sofort erzählte sie sichtlich stolz, dass sie kurz vor dieser Sitzung einen Termin beim Hausarzt ihres Mannes gehabt habe. Sie habe mit ihm ihre

häusliche Situation und die ihres Mannes besprochen. Zudem bat sie ihn, ihrem Mann nicht mehr nur auf einen Telefonanruf hin Psychopharmaka zu verschreiben, sondern ihn in die Sprechstunde zu bestellen. Bisher habe der Arzt für ihren Mann Psychopharmaka auf dessen Verlangen hin (ihr Mann musste das Rezept nur telefonisch bei den Arzthelferinnen anfordern) verschrieben, ohne ihn in die Sprechstunde zu bestellen, oder sein Blutbild zu kontrollieren. Sie habe ihn gebeten ihrem Mann ins Gewissen zu reden, dass er dringend weitere Hilfe benötige, um so evtl. ihren Mann dazu zu bewegen einen Psychotherapeuten oder Psychiater zu kontaktieren.

Zudem erarbeitete sie das Ziel, zeitnah ein klärendes Gespräch mit ihrer Mutter zu suchen.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 19</b>
Name: Klientin Fall 3		
Sitzungstermin: ... März 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Freund des ältesten Sohnes kennengelernt – sei sehr vernünftig und nett – besprach Schulschwierigkeiten – Nachhilfe geben, wegen Anschluss an Klasse – wurde umgesetzt</li> <li>- Überraschend Positives dankbar angenommen: Freundin (erzählen über Probleme bes. mit Mutter) angeboten jüngsten Sohn zu betreuen (Kinder gleiche Klasse, verstehen sich jetzt sehr gut) wenn arbeiten müsse – hätte Angebot vor Wochen ausgeschlagen, weil Mutter übergangen gefühlt</li> <li>- Sofort stolz über Termin beim Hausarzt ihres Mannes – bisher Mann Psychopharmaka auf Verlangen – Mann nur Rezept telefonisch anfordern, ohne Blutbildkontrollen – hat häusliche Situation besprochen – bat ihren Mann nicht Psychopharmaka verschreiben, sondern Sprechstunde – ihren Mann ins Gewissen reden, dringend Psychotherapeuten oder Psychiater benötigt</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitnah klärendes Gespräch mit Mutter</li> </ul>		

Abb.: III.4.19

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 20</b>
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... März 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkannt, auf Mutter nicht so angewiesen, wie immer gedacht</li> <li>- Über sich erstaunt, weshalb nicht früher Lösungen für Kinderbetreuung gesucht – beschämte</li> </ul>		

Abb.: III.4.20

7. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.4.22) und **B** (s. Abb.: III.4.23): Der ältere Sohn machte in der Schule kleine Fortschritte, sein Hauptschulabschluss schien erreichbar. Der jüngere Sohn ging seit Anfang Februar in eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychologie. Aufgrund der Regel, täglich an die frische Luft gehen zu müssen, hatte er noch einen weiteren Freund gefunden, mit dem er sich täglich zum Spielen auf dem nahe gelegenen Spielplatz traf. Sein nervöses Augenzucken war weniger geworden, Schreiattecken hatte er keine mehr. Sie selbst konnte sich kaum noch daran erinnern, wann sie das letzte Mal ihre Kinder angeschrien hatte. Es war entspannter und ruhiger zu Hause geworden, vielleicht auch deshalb, weil sie sich am Arbeitsplatz durchsetzte, in Anbetracht ihrer familiären Situation, geregelte Arbeitszeiten zu erhalten. Wenn jemand krank würde, wolle sie auch weiter einspringen, sagte sie ihrer Chefin, aber eben nur in Ausnahmefällen. Sie sei wohl sehr fest im Ton gewesen, denn sie habe mit einer heftigen, negativen Reaktion der Chefin gerechnet, aber es sei alles ganz normal, ruhig und ohne Probleme verlaufen, so die Klientin.

Mit ihrer Mutter hatte die Klientin vor Kurzem ein Gespräch geführt, in welchem sie ihr ihre Grenzen zeigte, ein neues Arrangement der Haushaltsaufteilung und der Kinderbetreuung einforderte, ihr verbot

sich in ihre Erziehung einzumischen, ihr in diesem Bereich in den Rücken zu fallen und ihr generell das Einmischen in ihr Leben untersagte. Die Mutter sah die Klientin daraufhin mehrere Tage nicht mehr an, sprach kein Wort mehr mit ihr und lehnte daraufhin jegliche Kinderbetreuung ab. Die Klientin meinte, das seien die schönsten Tage gewesen. Diese Ruhe war für sie wie ein Kurzurlaub und sie hatte alles alleine geschafft, was ihr nochmals zeigte, dass sie ihre Mutter nicht erdulden musste, weil sie diese gar nicht brauchte, so wie sie es vorher immer annahm. Seither sagte sie, was sie dachte und es war ihr egal, wie ihre Mutter reagierte. Ihr Mann sei weiterhin unbeirrbar in seiner selbst gewählten Isolation, aber es mache ihr nichts aus, weil sie die Kraft habe, Dinge zu regeln – nach ihren Regeln –, was sie sehr betonte. Für die Zukunft nahm sie sich vor sich weiterzuentwickeln und alles so zu regeln, dass es ihr und ihren Kinder gut ging. Für ihren Mann könne und wolle sie keine Verantwortung übernehmen, er sei erwachsen und müsse lernen sein Leben selbst in die Hand zu nehmen, resümierte die Klientin. In der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung dokumentierte ich K, S, V und E (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.4.21).

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus: Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5, T1 K 42) war weiter unverändert, aber im Bereich der Angst/Unsicherheit (T1 K 11, T1 K 19; T2 K 2; T3 K 20) hatten sich Zeichen nochmals um T3 K 29 a) reduziert.

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 2	K 5	K 11	K 19	K 33	K 36	K 42	
T2	K 2	K 8						
T3	K 1	K 4	K 9	K 17	K 20	K 25	K 28	K 34
T4	Auffälliges Verhalten					Erkennbarer Zusammenhang		
Seite 21	Je nach Thema verhaltenes Lächeln					Wenn sie über Problemlösungen nachdachte		
T5	K 1	K 4	K 10	K 13	K 16			

Tab.: III.4.21

Zeichen für Beschwichtigungshaltung (T2 K 12), Unterlegenheit (T2 K 12) und für Kontrollvermögen (T2 K 2) waren keine mehr sichtbar. Nonverbale Verstärker (T3 K 34) zeigten sich immer häufiger durch T2 K 8. Sie zeigte seit der dritten Sitzung nach der Imagination mehr Selbstbewusstsein (T3 K 1, T3 K 20) und zusätzliche Anzeichen emotionaler Entspannung/Gelassenheit/Selbstsicherheit, nicht nur durch T1 K 33 und T3 K 17, sondern auch in ihrem verhaltenen Lächeln, wenn sie über Problemlösungen nachdachte. Sie vermittelte damit das Gefühl sich sicher zu sein, dass sie dieses Problem lösen könnte. Selbst bei der Kleidung kombinierte sie nicht mehr nur helle mit schwarzen Kleidungsstücken, sondern z. T. fehlten schwarze Kleidungsstücke gänzlich. Sie trug nicht mehr durchgängig modische Kleidung, sondern auch ältere Stücke und die Kleidung wirkte farbenfroher, was zum verbesserten Gesamtbild passte.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 22</b>
Name: Klientin Fall 3		
Sitzungstermin: ... März 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ältere Sohn kleine Fortschritte in Schule, evtl. Hauptschulabschluss</li> <li>- Jüngere Sohn seit Anfang Februar kinder- und jugendpsychologische Praxis – Regel: tgl. frische Luft, weiteren Freund – tgl. Treff auf nahem Spielplatz – nervöses Augenzucken wesentlich weniger – Schreiatacken weg</li> <li>- Kann kaum erinnern, wann letztes Mal Kinder angeschrien</li> <li>- Wesentlich entspannter/ruhiger evtl. weil am Arbeitsplatz mit Chefin Arbeitszeiten geregelte (Anbetracht familiärer Situation), nur in Ausnahmefällen einspringen – sei wohl sehr fest im Ton, habe heftiger, negativer Reaktion gerechnet, aber alles ganz normal, ruhig, ohne Probleme</li> <li>- Mit Mutter vor Kurzem Gespräch – Grenzen gezeigt – neue Haushaltsaufteilung und Kinderbetreuung eingefordert – verboten in Erziehung einzumischen, in den Rücken zu fallen – generelles Einmischen – Mutter sah Klientin mehrere Tage nicht an, kein Wort, lehnte Kinderbetreuung ab – schönsten Tage, Ruhe wie Kurzurlaub – alles alleine geschafft, sie muss Mutter nicht erdulden – brauche sie nicht</li> <li>- Sagt, was sie denkt – Mutter reagiert, egal</li> <li>- Mann weiterhin unbeirrbar – gewählte Isolation – mache ihr nichts aus – hat Kraft nach ihren Regeln (betont) alles zu regeln</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sich weiterzuentwickeln</li> <li>- Alles so zu regeln, dass es ihr und ihren Kinder gut geht</li> <li>- Für Mann will sie keine Verantwortung übernehmen, ist selbst erwachsen, muss lernen sein Leben selbst in Hand zu nehmen</li> </ul>		

Abb.: III.4.22

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 23</b>
Name: Klientin Fall 3		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... März 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partner ist an Veränderungen interessiert – sieht Partner nicht mehr als Unterstützer/Helfer in bestimmten Lebenssituationen</li> <li>- Diesbezüglich kein Vertrauen zur Mutter</li> <li>- Gefühl auf sich allein gestellt zu sein</li> <li>- In Familie läuft einiges schief</li> <li>- Zeitraffer der Imagination hat vieles deutlich gemacht</li> </ul>		

Abb.: III.4.23

#### 4.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden bis dahin aus einem zwei bis vier Wochen Rhythmus, je nach Bedarf der Klientin. Die Klientin verabschiedete ich Ende April 2006, nach der sechsten Sitzung (exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlussitzung), in der wir noch einmal die Imagination besprachen und das, was sie danach erreicht hatte und noch erreichen wollte.

Sie erklärte, sie habe für einige Bereiche Pläne, mit denen sie gut arbeiten könne und vor allem mit ihrem eigenen Plan würde sie immer besser zurechtkommen, je mehr ihr gelingen würde.

Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.4.24) welches im Anschluss unter 4.5.1 und 4.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

<p>Name: Klientin Fall 3</p> <p>Vorher-Nachher-Vergleich:</p> <p>Vorher: Schicksalsergeben – resigniert – Opferrolle – handlungsunfähig – fühlt sich abhängig von Hilfe durch Mutter – lässt andere über sich und ihr Leben entscheiden (beruflich/privat) – Freundinnen nutzen sie als „Kummerkasten“ – leidend – sorgenvoll – überlastet mit Kindern, schreit viel – fühlt sich vom Partner alleingelassen – Kinder haben Probleme</p> <p>Nachher: Selbstsicherer – selbstbewusster – löst sich von Mutter – akzeptiert die Situation mit ihrem Partner – wieder handlungsfähig – zuversichtlicher – neue Basis in Freundschaften und Beruf – tritt für ihre Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen ein – ist motiviert – Erziehung zumeist ohne Schreien seitens der Klientin – Probleme der Kinder haben sich weitestgehend gelöst</p> <p>Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ihren Mann noch besser akzeptieren</li> <li>- Sich selbst mehr in Mittelpunkt stellen</li> <li>- Umsetzen was sie will, ohne Rücksicht auf Launen ihres Mannes, aber nicht emotional leiden, wenn er blockiert</li> <li>- Für ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ansprüche eintreten, sie vertreten</li> <li>- An allen Plänen festhalten und weiter an sich arbeiten</li> <li>- Um eine besser bezahlte Arbeitsstelle bemühen</li> </ul>
--

Abb.: III.4.24

#### 4.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

Ihre K, S, V und E zeichnete, im privaten wie im beruflichen, ein Bild einer u. a. schicksalsergebenen, resignierten und relativ handlungsunfähigen Frau. Sie hatte Probleme eigenverantwortlich zu reagieren und scheinbar eine Opferrolle übernommen. Sie war hilflos, wenn es darum ging für sich, ihre Vorstellungen und Wünsche privat wie beruflich einzutreten. Sie machte sich Sorgen darüber, dass sie sich als Familie durch den Hauskauf und durch die psychische Erkrankung ihres Mannes finanziell übernommen hatten. Ein weiteres Problem der Klientin bestand darin, ihren Kindern und ihrem sozialen Umfeld die häusliche Situation so gut wie möglich verheimlichen zu wollen, was dazu führte, dass sie überlastet war, u. a. eine heile Familie präsentieren und den Kindern den Vater ersetzen zu wollen. Beide Söhne hatten Schwierigkeiten, reagierten auf ihre Mutter nur widerwillig, was zu viel Geschrei seitens der Klientin führte und ihre Hilflosigkeit offen demonstrierte.

Zudem meinte die Klientin auf die Hilfe ihrer Mutter angewiesen zu sein und aus diesem Grund nicht widersprechen zu dürfen, wenn ihre Mutter ihre Kompetenzen als Oma überschritt. Ebenso verhielt sie sich bei ihren Freundinnen, sie ließ sich als Zuhörer für deren Probleme benutzen und hatte immer weniger Lust auf diesbezügliche Kontakte.

Beruflich ließ sie sich ihre Arbeitszeiten von den Kolleginnen diktieren, ohne ihre Wünsche zu äußern. Durch die Imagination wurde ihr bewusst, dass sie ähnlich handelte, wie sie es bei ihren Eltern über viele Jahre hinweg miterlebt hatte: In schwierigen Situationen bis zum Ende auszuhalten.

Nach der Imagination nahm sie, durch diese Erkenntnis, ihre Mutter anders wahr und erkannte, was sie so geprägt hatte, sich entsprechend in viele Situationen zu fügen. Auch bedingt durch diese Entdeckung, entwickelte sie Hilfepläne für unterschiedliche Bereiche, setzte sie konsequent um und war erstaunt darüber, wie einfach dies war. Zusehends entspannter und lockerer ging sie an Probleme heran und veränderte in kurzer Zeit viele Lebensbereiche ihren Vorstellungen und Wünschen entsprechend. Im Bereich des Freundeskreises erreichte sie, dass sie auf gleicher Augenhöhe angenommen wurde, ihre Probleme ebenfalls Raum fanden. Beruflich hatte die Klientin erreicht, dass sie geregelte Arbeitszeiten hatte, was die familiäre Situation weiter entspannte.

Die Veränderungen im privaten wie im beruflichen Bereich zeigten sich bereits nach kurzer Zeit in K, S, V und E, was bis zur letzten Sitzung vor der Abschlusssitzung weiter voranschritt.

Die Kinder wussten nun über die häusliche Situation und die ihrer Eltern Bescheid, sie arbeiteten gut im Haushalt mit und freuten sich über die zusätzlichen Belohnungen. Besonders begehrt waren die Belohnungen, bei denen ihre Mutter involviert war, der Vater blieb weiter Außenseiter der Familie, hatte aber weitaus weniger Stimmungsschwankungen, je mehr sich seine Familie auch ohne ihn arrangierte. Das Verhältnis zwischen den Kindern und der Klientin war entspannter, die Klientin hatte kaum noch das Bedürfnis schreien zu müssen, um Gehör zu finden. Ihre Mutter wurde weniger gefordert, mischte sich weniger in die Erziehung und andere Belange ihrer Tochter ein.

Dadurch, dass auch ihre Söhne sich positiv entwickelt hatten, war die Klientin nun wieder mehr in der Lage zu handeln. Die Erfolgserlebnisse motivierten die Klientin, weiter an sich und ihrem Verhalten zu arbeiten.

#### 4.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin, der Klientin die Ursache und Entwicklung ihres Verhaltensmusters in schwierigen Lebenssituationen aus der Vergangenheit und die Wirksamkeit in der Gegenwart im direkten Zusammenhang aufzuzeigen. Es war ihr durch die Imagination möglich Einsicht in die Zusammenhänge zu bekommen weshalb oder wodurch sie ihre Opferrolle bzw. Schicksalsergebenheit, extreme Handlungsunfähigkeit und z. T. Resignation entwickelt hatte. Des Weiteren konnte sie den ihre Verhaltensweise erkennen (bekannte Stagnations- bzw. Resignationssätze, starre Körperhaltung mit eng an den Körper gelegten Armen) die sie im Laufe der Jahre in immer mehr Bereichen anwandte. Durch den Anfang des Stücks roten Fadens in ihrer Hand, konnte sie erkennen, dass sie ihr Leben selbst in der Hand hatte, Eigenverantwortung wurden ihr so sicht-, fühl- und erlebbar bewusst gemacht. Indem sie auch das Ende des roten Fadens in die Hand bekam, wurde dies noch verstärkt.

Sie konnte durch die Imagination ihre festgefahrene Situation am Körper selbst fühlen, den Faden tasten, sich selbst sehen und anders wahrnehmen und dadurch ihre Situation neu einordnen und überdenken.

#### 4.5.3 Die Zukunftsorientierung

In der Abschlusssitzung erzählte die Klientin sie wollte für die Zukunft handlungsfähig bleiben.

Die Zukunft könnte sie sich auch ohne ihren Mann an ihrer Seite vorstellen, dabei meinte sie nicht Trennung, sondern ganz und gar akzeptieren, dass er ihr Mann und der Vater ihrer Kinder war, aber diesen Rollen nicht gerecht werden könnte. In der Zukunft wollte sie sich und das, was sie tun möchte, mehr in den Mittelpunkt stellen, sich nicht mehr von den Stimmungsschwankungen ihres Mannes abhängig machen, sondern Dinge umsetzen, mit oder ohne ihn. Dabei wollte sie lernen es emotional nicht mehr negativ wirken zu lassen, wenn er sich bestimmten Dingen verweigerte. Weiter am Leben Freude haben, sich selbst gut fühlen, für ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ansprüche eintreten, sie vertreten und nicht mehr alles still über sich ergehen lassen, wie vor der Imagination, daran wollte sie in der Zukunft festhalten, das Eine oder Andere noch festigen bzw. ausbauen und an der Umsetzung ihres eigenen Planes (s. 2. Sitzung nach der Imagination) arbeiten.

Die Kinder veränderten sich positiv und sie wollte auch an allen Plänen bezüglich ihrer Kinder festhalten. Sie war sich sicher, dass auch das Finanzielle zu schaffen war und sie bemühte sich um eine besser bezahlte Arbeitsstelle. Und wenn dies nicht möglich sei, habe sie trotzdem das Gefühl, dass sie das Haus halten könne, resümierte sie zufrieden.



#### 4.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Im Juni 2006 rief die Klientin bei mir an (Gedächtnisprotokoll) und sie berichtete, dass ihr ältester Sohn in der Schule gut mitmache und sein Hauptschulabschluss sicher sei.

Ihr Mann war für sie nach wie vor kein Ansprechpartner, aber sie hatte ihr Leben wieder im Griff. Jetzt musste sie den „Laden eben schmeißen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie hoffe, dass sich ihr Mann eines Tages ebenfalls Hilfe hole und ob ich Adressen von Therapeuten habe, die ich empfehlen könne. Nachdem ich ihr entsprechende Adressen nannte, beendeten wir das Gespräch.

Informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview, Gedächtnisprotokoll vom September 2006:

Die Klientin berichtete mir fröhlich, dass ihr ältester Sohn Ende Juli 2006 den Hauptschulabschluss mit einem Notendurchschnitt von 3,2 geschafft habe und sofort eine Lehrstelle bei einem Schreiner bekommen habe, der ihn schon durch ein Schulpraktikum gekannt habe, welches er bei ihm absolviert habe. Der jüngere Sohn hatte mittlerweile viele Freunde, war nicht mehr so nervös und die Therapie wurde im Juni 2006 beendet. Ihr Mann ging zwar noch nicht zur Therapie, aber er beobachtete sehr genau die Veränderungen der Familie, was sie an seinem Verhalten registrierte. Er lächelte manchmal still vor sich hin, was sie bei ihm als ein Zeichen sah, dass er sich langsam mehr öffnete. Der Hausarzt bestellte ihren Mann nun regelmäßig ein und kontrollierte auch das Blut. Nur zu einer Therapie war ihr Mann noch nicht bereit (wobei sie das Wort – noch – stark betonte). Aber sie wusste selbst, dass es dazu der eigenen Einsicht bedurfte. Das Stück vom *roten Faden* hatte sie nach wie vor in ihrem Portemonnaie und sie nutzte ihn als Hinweisgeber ihre Ziele zu verfolgen und nicht im Stillstand zu verharren, wie sie es bisher getan hatte. Bewegung war „angesagt“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und es machte Spaß, wenn die Erfolge sich einstellten. Entspannt und zuversichtlich verabschiedete sie sich an dieser Stelle von mir.

Im April 2007 fand das letzte informelle, nicht-standardisierte Telefoninterview statt. Gedächtnisprotokoll: Es war ein Jahr her, seit der letzten Sitzung. Ich habe zwischendurch immer wieder hören dürfen, wie sich die Familiensituation entwickelt habe, und wolle nun ein letztes Mal von mir aus anrufen, begann ich das Gespräch. Sie freute sich von mir zu hören, habe schon oft daran gedacht anzurufen, denn ihr Mann habe endlich einen Therapieplatz in einer psychotherapeutischen Praxis. Er habe dort zwar erst wenige Stunden, aber sie sei sehr zuversichtlich, denn endlich bewege auch er sich, so die Klientin. Beruflich sah es bei ihr schlecht aus, da ihr Geschäft evtl. kurz vor der Insolvenz stand, aber das waren nur Gerüchte. Doch trotzdem bemühte sie sich jetzt verstärkt um eine neue Arbeitsstelle. Denn das habe sie mit dem *roten Faden* während der Imagination gelernt, sie könne handeln, so ihre Aussage. Sie spürte vieles im Voraus und statt es über sich ergehen zu lassen, handelte sie nun dementsprechend. Sie lachte und sagte dabei, sie werde sich von keinem *roten Faden* mehr bis zur Unbeweglichkeit einschnüren lassen. Sie hatte seit der Imagination das Gefühl, ihr Leben selbst in der Hand zu halten und genoss es. Sie verabschiedete sich von mir mit der Frage, ob sie denn trotzdem noch ab und an anrufen dürfe, um mir zu erzählen, wie es in ihrer Familie weiterginge, was ich bejahte.

Sie rief bis zum September 2009 viermal an. Zusammenfassung aller Gespräche: Der älteste Sohn konnte von seinem Schreinermeister nicht fertig ausgebildet werden (Konkurs) und so hatte sich ihr Sohn anderweitig beworben, um die Ausbildung zu beenden. Ihr Sohn bekam jedoch keine andere Stelle und holte deshalb den Realschulabschluss nach. Er absolvierte einige Praktika in verschiedenen Bereichen, um sicher zu gehen, wie er sich beruflich orientieren wollte. Aber er schwärmte ihr, seit der Zeit als er die Imagination in der Stadt gemacht hatte, immer wieder von der Uni vor und diesbezüglich überlegte er nun evtl. auf einer Fachoberschule, das Abitur nachzuholen. Ihr jüngster Sohn war auf dem besten Weg den Realschulabschluss zu schaffen, wenn er sich weiter so entwickelte. Er hatte in einer neuen Schule (nach dem 4. Schuljahr musste er von der Grundschule auf eine weiterführende Schule wechseln) recht schnell einen festen, aber kleinen Freundeskreis aufgebaut, der ihm sehr gut tat. Ihr Mann machte langsam Fortschritte und half ab und an im Haushalt. An ihren Plänen, die sie bei mir erarbeitet hatte, hielt sie fest, soweit sie noch aktuell waren. Besonders an ihrem eigenen Plan arbeite sie stetig weiter, da sei jedoch nicht mehr viel, was sie noch nicht umgesetzt habe, erzählte sie. Aber er habe ihr Halt gegeben, fast so wie der *rote Faden* von damals, nur sei der Plan weitaus besser, resümierte sie bei einem der Gespräche fröhlich.

#### 4.7 Die Wirkungsweise

Die Klientin hatte am eigenen Körper spüren können, wie sie immer unbeweglicher wurde, indem Arme, Körper und Beine Stück für Stück eingebunden wurden. Sie konnte erkennen, dass es Zeiten gab, in denen sie hätte agieren und reagieren können, was ihr auch der Faden in ihrer Hand sehr deutlich vor Augen führte. Sie hatte ihr Leben in der Hand und sah zu, was mit ihr passierte, konnte Parallelen zwischen ihrem Leben und der Imagination entdecken. Sie wehrte sich nicht, sagte nicht ob der *rote Faden* zu locker oder zu fest war. Sie spürte wie sie von den Problemen regelrecht gefangen genommen wurden und sie dadurch fast nur noch in der Lage war ihre Situation mit einem Hochziehen der Schultern und wieder Herunterfallenlassen dieser, begleitet von dem Satz „Was soll ich denn tun?“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], zu kommentieren, ohne wirklich handlungsfähig zu sein. Je mehr Situationen genannt wurden und je mehr Fäden um sie herumgelegt wurden, umso mehr hielt sie sich am Faden fest, so als ob sie sich Halt davon erhoffte. Diese Erfahrung schilderte sie auch.

Sie hatte selbst bemerkt, dass ihr der *rote Faden* Halt gegeben hatte, sie hatte gewusst, was von ihr verlangt wurde, darauf hatte sie sich eingestellt. Aber sie bemerkte auch ihre Verzweiflung und Hilflosigkeit darüber, die in Tränen und Zittern am ganzen Körper Ausdruck fanden.

Dadurch, dass sie ihre Geschichte chronologisch, in verbalisierter und emotional fühlbarer Form erleben konnte, wurden ihr Zusammenhänge deutlich, die sie vorher scheinbar nicht entdecken konnte. Durch die Imagination wurde ihr Leid für sie hör-, fühl- und sichtbar gemacht und für sie somit in ihrem Verlauf nachvollziehbar, was ihren Blick erweiterte, Einsichten ermöglichte und daraufhin in Veränderungen mündete.

#### 4.8 Reflexion

Bei diesem Motiv ist der Klient dem Berater/Therapeuten ab einem gewissen Moment, je nach dem *gebundenen Zustand* hilflos und dadurch stärker als in anderen Motiven, ausgeliefert.

Besonders spürbar war in diesem Fall die Hilflosigkeit der Klienten, als die Klientin zu weinen und zu schluchzen begann und am ganzen Körper zitterte. Sie war von oben bis unten am Körper (bis auf Kopf und Hals) eingebunden und ich dachte mehrmals darüber nach, ob ich dieses anscheinend kathartische Erlebnis für die Klientin abrechnen sollte, ihr damit mehr schade als nutze oder ob ich ein Problem hatte die Hilflosigkeit einer Person auszuhalten und dem Helfersyndrom erliegen würde. Größte Sorge bereitete mir allerdings, dass die Klientin am ganzen Körper eingebunden war und durch diesen starken Gefühlsausbruch evtl. hinfallen und sich verletzen könnte, da sie sehr kraftlos nach vorne gebeugt stand. Der *rote Faden* war zwar locker gebunden, aber die Klientin bemühte sich nicht ihn herabfallen zu lassen, was mich davon überzeugte, sie vorsichtshalber festzuhalten.

Der Berater/Therapeut muss nicht nur in diesem Motiv, sondern in allen anderen gleichfalls Tränen, Schluchzen oder Weinkrämpfe aushalten können, aber ebenso sollte er den Moment nicht verpassen, wenn der Klienten von einer Situation überfordert ist. Der Berater/Therapeut sollte zeitnah entscheiden, ob er z. B. die Imagination weiter wirken lässt, sie abbricht, auf eine neue Sequenz überleitet oder zur Zukunftsorientierung übergeht.

In diesem Fall entschloss ich mich die Klientin nur kurz festzuhalten, abzuwarten und die Imagination nicht abzurechnen, was sich kurz darauf als gut erwies. Durch das Leiden während der Imagination, das bei ihr kathartischen Charakter hatte, konnte sie neue Erkenntnisse über die Zusammenhänge in ihrem Lebenslauf und ihre daraufhin entwickelten Verhaltensmuster gewinnen. Hätte ich abgebrochen, wäre dies in diesem Maße nicht wirksam geworden, davon war und bin ich überzeugt. Dennoch bleibt das Gefühl, das es in einem anderen Fall auch anders sein kann und damit bin ich besonders während den Imaginationen u. a. auf meine Einschätzung, Reaktionsfähigkeit, Professionalität und mein Ahnungsvermögen angewiesen.

## 5. Fall 4 unter Nutzung von Motiv 4

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 4 ist *Die Stadt*.

### 5.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll

Der älteste Sohn (14 Jahre) kam kurz nach seiner Mutter (s. Fall 3) zur Beratung, den Termin hatte die Mutter für ihn festgelegt und sie war bei diesem Gespräch ebenfalls anwesend.

Als ich sein Handy sah, stellte ich verbal fest, dass es eines der neueren Modelle sei. Daraufhin erzählte er mir, dies sei fast ein Jahr alt und zu Weihnachten werde er sicherlich wieder ein neues von seinem Vater geschenkt bekommen, was er in einem verächtlichen Ton erzählte.

Er hielt nicht viel von seinem Vater, den er nur schlafend auf dem Sofa oder im Bett erlebte. Er sah ihn als faul an. Er hatte Angst ihm Dinge zu sagen, weil sein Vater oft schrie und seine Mutter häufig „schlecht drauf“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] war.

Seine Mutter sagte sehr leise, sie habe „einfach zu viel um die Ohren“ [Originalwortwahl der Mutter des Klienten; P. H.] und von ihm sei keine Unterstützung zu erwarten. Seiner Mutter Arbeit abnehmen würde für ihn nicht infrage kommen, sie habe nichts für ihn getan, liebe seinen Bruder ohnehin mehr als ihn, war seine ziemlich aggressive Antwort (dabei sah er auf den Boden). Seine Mutter fing leise zu weinen an und sah ihren Sohn entsetzt und traurig an. Sie habe ihn lieb, er sei ihr „Großer“ [Originalwortwahl der Mutter des Klienten; P. H.], aber das müsse er doch wissen, sonst sei sie nicht mit ihm hier und suche Hilfe. Er solle ihr sagen, was sie verändern könne, schluchzte sie fast unverständlich in seine Richtung. Der Klient sah seine Mutter nicht an, sondern grinste stumm vor sich hin. Als ich ihn darauf aufmerksam machte, dass seine Mutter weine, zuckte er mit den Schultern und sagte das sei ihm egal und grinste weiter vor sich hin. Er glaube seine Mutter liebe ihn nicht, sitze mit ihm hier, höre sich alles, was er bisher gesagt habe, ruhig an und weine, weil er ihr egal sei, resümierte ich. Er sah mich erstaunt an, sein Grinsen verschwand. Es herrschte kurze Stille. Unvermittelt sagte er, das mache er daran fest, dass der Bruder alles dürfe. Sein Bruder „nervt nur“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], er kam häufig in sein Zimmer, selbst wenn er in Ruhe gelassen werden wollte. Wenn er Besuch hatte, respektierte sein Bruder nicht, dass er in Ruhe gelassen werden wollte. Schloss er das Zimmer ab, trommelte sein Bruder an die Tür oder machte vor der Tür Krach, sodass er kaum eine ruhige Minute hatte. Seine Mutter war machtlos, es dauerte nur kurz, wenn sein Bruder von der Mutter zurechtgewiesen wurde, bis er wieder Lärm vor seiner Tür verursachte. Oft, wenn das Wetter draußen schlecht war, spielte er am PC, um abzuschalten und wann immer es ging, flüchtete er zu seinem Freund oder auf die Straße ins Nachbardorf, um sich dort mit Freunden zu treffen. Weggehen, aus dem Elternhaus raus, war für ihn die Lösung. Ein anderer Grund war, dass er seinen Vater, wenn er zu Hause war, nicht sehen wollte. Er lehne ihn ab, wolle nicht so werden wie sein Vater und das Handygeschenk zu Weihnachten sei für ihn fast schon obligatorisch und sei wohl kaum von Herzen gekommen, so der Klient. Während des ganzen Gesprächs sah er mir nie direkt in die Augen, bis auf die Situationen, bei denen er von seiner Ablehnung gegen seine Familienmitglieder sprach.

In der Schule hatte er Probleme mit den Lehrern, die ihn „ständig auf dem Kieker“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] hätten. Er hatte keine Lust aufzupassen, mitzumachen oder Hausaufgaben zu machen. Zur Schule ging er, war anwesend, aber nur um die Zeit zu überbrücken, bis seine Freunde wieder auf der Straße waren. In der Schule hatte er keine Freunde. Schule war für ihn sinnlose Zeit, er wollte lieber arbeiten. Was er arbeiten wolle, wisse er nicht, da werde er schon etwas bekommen und wenn nicht, das sei auch egal, seine Eltern würden für ihn aufkommen müssen und wenn nicht die, dann eben der Staat, so seine Aussage. Es sei noch keiner verhungert und mit wenig Geld und ohne Job das ginge auch, da kenne er genügend, die das so machen würden, davor habe er keine Angst, ergänzte er.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E des Klienten in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.5.1).

Tabellenkode	Kodenummern								
T1	K 2	K 6	K 13	K 17	K 19	K 26	K 35	K 38	K 46
	Sonstiges: K 35 ein Bein kombiniert mit K 38 das andere Bein								
T2	K 3	K 8	K 9	K 12					
	Sonstiges: K 9 und K 12 werden im Wechsel benutzt K 8 und K 3 nur bei Themen, die er ablehnt								
T3	K 1	K 4	K 9	K 14	K 17	K 19	K 23	K 25	K 30
	K 34								
	Sonstiges: K 17 und K 19 nur nach der kurzen Stille, als er die Szene mit seinem Bruder schilderte.								
T4 Seite 4	Auffälliges Verhalten			Erkennbarer Zusammenhang					
	Zwischendurch T2 K 3  Er grinst, wenn seine Mutter sich rechtfertigt oder bei ihm um Hilfe bittet – schaut Mutter kaum an.			Wenn er sich verletzt fühlt.  Er ist enttäuscht von seiner Mutter und selbst hilflos.					
T5	K 1	K 6	K 8	K 12	K 17				

Tab.: III.5.1

Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 6, T1 K 17, T1 K 19, T1 K 38; T2 K 3, T2 K 9 b), T2 K 12; T3 K 14, T3 K 19), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung/Selbstberuhigung (T1 K 6, T1 K 13, T1 K 26; T2 K 12), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 6, T1 K 17; T3 K 19, T3 K 23) aber auch körperliche Expansion (T1 K 35) und nonverbale Verstärker (T2 K 8; T3 K 34), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 6, T1 K 17), Unterlegenheit (T1 K 13, T1 K 17, T1 K 26; T2 K 3, T2 K 12; T3 K 23), Antriebs- und Willensschwäche (T1 K 17), mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit ( T3 K 14, T3 K 19) aber auch starkes Selbstbewusstsein (T3 K 1, T3 K 17) sowie expressive Emotionalität (T1 K 2). Ein Signal, das sich schwer einordnen ließ, war T3 K 30. Dass der Klient lügt, schien nicht zuzutreffen. Eher schien es, als wäre ihm bewusst, dass er in seiner Situation manches anders einordnete, als dies von ihm mitunter erwartet wurde und ich spürte seine Unsicherheit seinen ambivalenten Gefühlen gegenüber.

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.5.2), **B** (s. Abb.: III.5.3) und **C** (s. Abb.: III.5.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt s. Abb.: III.5.5).

Vor Beginn der Krankheit seines Vaters, als die Mutter nicht arbeitete und es in der Schule nicht um einen Abschluss ging, gab es anscheinend kaum relevante Probleme.

Das änderte sich, als der Vater psychisch krank wurde, was für ihn wahrscheinlich ein traumatisches Erlebnis war. Sein Vater lag von nun an viel auf dem Sofa, entzog sich der Familie und damit dem Klienten. Diesem fehlte das Vatern Vorbild in einer Phase, in der er als Pubertierender mit sich selbst Probleme hatte und ein Vorbild als Orientierung dringender denn je benötigte. Zu Hause brach für ihn vieles zusammen, er wurde wütend auf seinen Vater, der sich scheinbar aufgegeben hatte, auf seine hilflose, schicksalsergebene, unregelmäßig anwesende Mutter, die oft schrie und auf seinen Bruder, der offen und laut rebellierte, vor seiner Tür laut wurde, bei ihm Stress verursachte und dem keiner Einhalt gebot. Er fühlte sich alleingelassen, erhielt keine Hilfe in schwierigen Situationen und es gab niemand der ihm Sicherheit, Ziele, positive Zukunftsaussichten o. ä. vermitteln konnte.

Die häusliche Situation überforderte ihn, er stand dieser hilflos gegenüber, was er aus seiner Sichtweise u. a. in Flucht von zu Hause kompensieren konnte.

Die Probleme schienen gemindert, wenn er bei seinem älteren Freund war oder zu seinen Freunden auf die Straße ging. Er wurde durch die häusliche Situation ängstlich, hilf- sowie ratlos und verunsichert (seine Unsicherheit spiegelte sich in häufig wechselnder Körpersprache wieder, s. z. B. T4), was dazu führte, dass er sich unterlegen fühlte und aktiven Selbstschutz, wie Beschwichtigungshaltungen zur Selbstberuhigung betreiben musste. Die unsichere häusliche Situation bewirkte, a) dass der Klient die Mithilfe zu Hause verweigerte, zudem aber von den Eltern unabdingbare Unterstützung einforderte, falls er arbeitslos würde. So gab er den eigenen verspürten Druck an sie scheinbar weiter und dadurch, dass b) der Klient erleben musste, wie die Arbeitswelt seinen Vater krankmachte, konnte er keinen Sinn darin entdecken, einen Beruf anzustreben. Er war bezüglich der beruflichen Zukunft orientierungslos, was Auswirkung auf das schulische Verhalten hatte, indem er die Mitarbeit in der Schule verweigerte. Und dies gerade in einer Zeit da die Anforderungen, welche die Schule an ihn stellte, mehr als bisher waren, denn jetzt ging es um seinen Hauptschulabschluss.

Zusammenfassend war sein Hauptproblem die Angst, bedingt durch die Unsicherheit und Desorientierung in der Lebensplanung.

A				Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... Dezember 2005		Seite: 1			
Name/n: Klient Fall 4									
Geb./Alter: geb. 1991									
Adresse: XXX									
Tel.: XXX				Mobiltel.: XXX					
Verh.: /		Gesch.: /		Partner verst.: /		Anz. d. Kinder: /		Alter: /	
Geschwister: Bruder				Alter: geb. 1996		Verst.: /			
Eltern: XXX und XXX				Gesch.: /		Verst.: /			
Initiator der Beratung: Seine Mutter									
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwierigkeiten in der Schule</li> <li>- Fühlt sich zu Hause nicht wohl – »Flucht« zu Freunden</li> <li>- Akzeptiert seinen Vater wenig</li> <li>- Problem mit jüngerem Bruder</li> <li>- Schwierigkeiten im Verhältnis zu seiner Mutter</li> </ul>									
In Anspruch genommene Sitzungstermine:									
1 Erstgespräch		6							
2 Imagination		7							
3 Durcharbeiten		8 Abschlusssitzung							
4									
5									

Abb.: III.5.2

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u> und Blatt <u>G</u></b>	Seite: <b>2</b>
Name: Klient Fall 4		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Dezember 2005 - Erstgespräch		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1991 geboren – Vater kümmert sich um Familie – Mutter zu Hause</li> <li>- 1996 Bruder geboren</li> <li>- 2002 Vater psychisch krank – kümmert sich um nichts, auch nicht um Klienten – dieser steht ihm seither kühl, distanziert und z. T. ablehnend gegenüber</li> <li>- Bemerkt, evtl. unbewusst, dass sich Mutter still fügt, bezüglich Krankheit ihres Mannes und verbalen Attacken durch Oma</li> <li>- Mutter arbeitet halbtags mit unregelmäßigen Arbeitszeiten – Betreuung durch Oma</li> <li>- Jüngerer Bruder „nervt“, akzeptiert nicht, wenn er Ruhe will – Mutter ist keine Hilfe – Vater wird als potenzieller Helfer nicht in Betracht gezogen</li> <li>- Fühlt sich Situation zu Hause nicht gewachsen – flüchtet zu Freunden, bei denen er sich wohlfühlt</li> <li>- In der Schule geht es um Hauptschulabschluss, werden Anforderungen gestellt – er flüchtet in mentale Abwesenheit</li> <li>- Vater arbeitet seit Kurzem wieder, trotzdem steht er ihm immer kühl, distanziert und z. T. ablehnend gegenüber</li> </ul>		

Abb.: III.5.3

<b>C</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u></b>	Seite: <b>3</b>
Name: Klient Fall 3		
Datum: ... Dezember 2005 - Erstgespräch		
Involvierte Personen:		
Mutter:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch Krankheit des Mannes – alleinerziehend</li> <li>- Kann Klient nicht helfen, wenn er Hilfe benötigt</li> <li>- Klagt überfordert zu sein, hofft so auf Hilfe durch Klienten</li> <li>- Hat sich in Opferrolle gefügt</li> </ul>		
Vater:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychisch krank</li> <li>- Hat für Klienten spätestens seit 2002 keine Vorbildfunktion</li> <li>- Kümmert sich seit 2002 nicht um Klienten</li> </ul>		
Bruder:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fordert Aufmerksamkeit vom Klienten ohne Rücksicht auf dessen Belange</li> <li>- Nervt</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nächste Stunde findet eine Imagination statt</li> <li>- Weitere Sitzungen nach Absprache mit dem Klienten selbst und in seiner Eigenregie</li> </ul>		

Abb.: III.5.4

Name: Klient Fall 4	
Datum: ... Dezember 2005	
<p>Problem/Teilprobleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist verunsichert, ängstlich und hilf- sowie ratlos – Unsicherheit spiegelte sich in häufig wechselnde Körpersprache (z. B. T4)</li> <li>- Fühlt sich unterlegen – aktiviert Selbstschutz wie Beschwichtigungshaltung zur Selbstberuhigung</li> <li>- Mit Situationen, besonders der häuslichen Situation überfordert</li> <li>- Flucht zu Freunden</li> <li>- Ist wütend auf Vater, der sich aufgegeben hat, auf seine schicksalsergebene Mutter, die oft schreit und Bruder, der offen/laut rebelliert, dem keiner Einhalt gebietet</li> <li>- Fühlt sich alleingelassen, keine Hilfe in schwierigen Situationen, keiner vermittelt Sicherheit, Ziele/positive Zukunftsaussichten u. ä.</li> <li>- Erlebte, wie Vater durch Arbeit krank wurde – wahrscheinlich Trauma, sowie unsichere häusliche Situation mit Wirkung auf das schulische Verhalten</li> <li>- Ist orientierungslos, sieht keinen Sinn Beruf anzustreben, verweigert Mitarbeit in Schule</li> <li>- Verweigert Mithilfe zu Hause</li> <li>- Fordert von den Eltern unabdingbare Unterstützung ein, falls er arbeitslos wird, gibt eigenen verspürten Druck an sie weiter</li> </ul> <p>Hauptproblem: Angst/Unsicherheit und Desorientierung in der Lebensplanung</p>	
<p>Problem fördernde Situationen/Umstände:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dem Klienten fehlt das Vatern Vorbild</li> <li>- Psychisch kranker Vater</li> <li>- Vater auf dem Sofa liegend, sich der Familie und damit ihm entziehend</li> <li>- Anforderungen in Schule, die er erfüllen soll (Hauptschulabschluss)</li> <li>- Jüngere Bruder, der vor seiner Tür laut wird und bei ihm Stress verursacht</li> <li>- Hilflosigkeit der Mutter</li> <li>- Unregelmäßige Anwesenheit der Mutter</li> </ul>	<p>Problem mindernde Sit./Umst.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn er bei seinem älteren Freund ist</li> <li>- Bei Freunden auf der Straße</li> </ul>
<p>Involvierte Person/en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vater</li> <li>- Mutter</li> <li>- Bruder</li> </ul>	<p>Involvierte Person/en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Außerschulische Freunde</li> </ul>
<p>Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vor Beginn der Krankheit seines Vaters</li> <li>- Als es in der Schule nicht um einen Abschluss ging</li> <li>- Als die Mutter nicht arbeitete</li> </ul>	

Abb.: III.5.5

## 5.2 Die Imagination - Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. In diesem Fall ging es vorrangig um die Zukunft des Klienten. Seine K, S, V und E zeigten, dass er ängstlich und verunsichert war, auch was seine Zukunft anbelangte. Durch die familiären Umstände war er orientierungslos, wusste nicht, wie sein Leben aussehen sollte, hatte sich innerlich zurückgezogen. Dadurch, dass er keine Vorstellungen hatte, wie sein Leben nach der Schule aussehen konnte, was ihn in der Realität erwartete und wie diese aussehen konnte, schien für diesen Klienten das Motiv 4 das Zutreffendste, zumindest für diesen Problembereich.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.5.6)

<b>E</b>		<b>Planung der Imagination</b>	Seite: 6
Termin: ... Dezember 2005	Name: Klient Fall 4		
Imaginationsmotiv und Begründung: Motiv: Die Stadt – Motiv 4 Begründung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klient ist spätestens durch Erkrankung seines Vaters verunsichert – Beginn Pubertät bis heute – nicht nur eine Phase der hormonellen Umstellung – auch eine Phase der Lebensorientierung, Selbstfindung und u. a. der Orientierung an Vorbildern wie dem Vater</li> <li>- Vater fehlt, der vorlebt, wie man z. B. in der Arbeitswelt gut zurechtkommt</li> <li>- Durch Vater erlebt, wie Arbeitswelt Menschen zerstören kann – vermutlich hat Erlebnis wie Trauma auf ihn gewirkt – Arbeitswelt kein anzustrebendes Ziel – was mentale Abwesenheit in Schule erklärt</li> <li>- Vater wird abgelehnt – älteren Freund als Ersatz, Halt oder evtl. „väterlichen Freund“ – Anerkennung bei Freunden auf der Straße suchen – Mangel würde schulische/berufliche Orientierungslosigkeit erklären</li> <li>- Lehnt die Schule nicht ganz ab, nicht aufgeben, ist lediglich mental abwesend = Chance</li> </ul>			
Der Klient soll u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit vielen Sinnen unterschiedliche schulische und berufliche Arbeitswelten kennen und einschätzen lernen</li> <li>- Im Kontrast dazu Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit – u. a. finanzielle Notlagen von Menschen relativ hautnah erleben</li> <li>- Materielle Werte schätzen lernen (schätzt z. B. das jährliche neue Handy wenig, und dass er von seinen Eltern versorgt wird, sieht er als selbstverständlich an)</li> <li>- Erkennen, dass gewisser Wohlstand/Lebensstandard erarbeitet werden muss</li> <li>- Lernen, dass jeder für seinen Lebensweg selbst verantwortlich ist – Eigenverantwortung übernehmen</li> <li>- Vielfalt an Möglichkeiten der Lebensführung entdecken und Wahlmöglichkeit bewusst machen</li> </ul>			
Geplanter Ablauf: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treff nach Schule am Arbeitsplatz der Mutter</li> <li>- Cyberworld imaginieren – aus Distanz heraus Dinge wirken lassen, mit Möglichkeiten sich Informationen vor Ort einzuholen</li> <li>1. Abschnitt: Arbeitsplatz Mutter – Vergangenheit: Erlebt, wie Arbeit Vater krankgemacht hat – seither mental abwesend in Schule – sieht Sinn nicht – kennt Realität wenig, was Berufswelt angeht - Vergangenheit und Gegenwart: Eltern versorgen ihn mit dem, was sie erarbeiten</li> <li>2. Abschnitt: Gegenwärtige Möglichkeit ohne Schulabschluss: Weihnachtsmarkt – Betrachtungsweise: Atmosphäre aus Distanz wirken lassen – Buden genauer betrachten (Ausbildung der Mitarbeiter, Arbeitswelt, Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten o. ä.) – Gedanken anregen, wer dort arbeitet</li> <li>3. Abschnitt: Gegenwärtige Möglichkeit ohne Schulabschluss: Tagesstätte für Obdachlose – Atmosphäre wirken lassen - Gesprächsmöglichkeit mit obdachloser Person ermöglichen, z. B. darüber, wie sie in diese Situation geraten ist</li> <li>4. Abschnitt: Zukunftsvision: Kaufhaus – Betrachtungsweise wie bei 2. Abschnitt</li> <li>5. Abschnitt: Zukunftsvision: Universität – Besuch eines Hörsaals, in dem Vorlesung gehalten wird – Betrachtungsweise wie bei 2. Abschnitt</li> <li>6. Abschnitt: Zusammenfassung – Klient entwickelt eigene Ideen – evtl. noch einmal an die von ihm ausgewählte Variante zurückgehen</li> </ul>			

Abb.: III.5.6



Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **E**:

Wir hatten uns im Dezember 2005 um 17.00 Uhr am Arbeitsplatz seiner Mutter, in einem Kaufhaus der nahe gelegenen Stadt, verabredet. Er kam 10 Min. zu spät, weil er am heimischen Computer nicht rechtzeitig aufhörte. Seine Mutter war sehr wütend, was er sichtlich gelangweilt über sich ergehen ließ. Nachdem wir uns von ihr verabschiedet und uns abgewendet hatten, grinste er vor sich hin.

Draußen war es nasskalt und so blieben wir eine Etage tiefer im Kaufhaus stehen, damit ich dem Klienten erklären konnte, warum wir uns in der Stadt getroffen hatten:

Er spielte gerne Computer und ich bat ihn sich die Stadt wie am PC, distanziert und unwirklich von außen anzusehen. Er war der Betrachter, nicht Teil dieser Stadt. Er konnte jedoch, je nach Interesse, Informationen an einzelnen Stationen einholen. Ich bot ihm Varianten, verschiedenen Levels, an und er hatte die Entscheidungsgewalt, was er daraus machen wollte. Das gefiel ihm sichtlich gut und er war begeistert, wie es weitergehen sollte. Gespannt hörte er meinen Ausführungen zu: Zu Hause müsse seine Mutter Ruhe und Struktur hineinbringen, da sei seine Mitarbeit zwar auch gefordert (er nickte stumm), aber die schulische Mitarbeit in seiner Vergangenheit bereite besonders seiner Mutter Sorge. Da er scheinbar orientierungslos bezüglich seiner weiteren Lebensplanung sei, wolle ich ihm seine gegenwärtigen und künftigen Möglichkeiten anhand eines Rundgangs durch die Stadt zeigen.

1. Abschnitt: In der Vergangenheit habe er gesehen, wie die Arbeitswelt seinen Vater krankgemacht habe, seither sei er in der Schule mental abwesend und würde keinen Sinn darin sehen zur Schule zu gehen. Er kenne die Realität der Berufswelt wenig (er sah auf den Boden und bewegte einen Fuß unruhig seitlich hin und her). Er habe in seiner Vergangenheit erlebt, dass seine Eltern ihn, mit dem was sie erarbeitet hätten, relativ gut versorgen würden und dies auch heute noch der Fall sei (er sah mich an und nickte still), so meine Erläuterung.

2. Abschnitt: Wir verließen das Kaufhaus. Es war Vorweihnachtszeit und in der Stadt gab es einen Weihnachtsmarkt. Dort zu arbeiten, ohne Schulabschluss, sei eine seiner gegenwärtigen Möglichkeiten erklärte ich ihm und zeigte auf die Verkaufsstände des Weihnachtsmarktes, das sei Level 1. Erstaunt sah er mich an und meinte breit grinsend, dann könne er also ohne Schulabschluss „Budenbesitzer“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] werden, das sei „super“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Er sei der Meinung, dass hier die Besitzer arbeiten würden und jeder Verkaufsstand zwischen einem und zehn Besitzer habe, weil z. T. sehr viele in einem Verkaufsstand arbeiten würden, stellte ich fest. Er wisse es nicht, war seine Antwort. Dieser Weihnachtsmarkt sei in der Stadt sicher nicht dauerhaft, gab ich zu bedenken. Er überlegte und meinte das seien nur wenige Wochen. Das Wetter sei seit Tagen ziemlich kalt und feucht, die Menschen in den Ständen würden aussehen, als ob ihnen das Wetter zu schaffen mache, fügte ich hinzu. Er fing an sich die Stände und Menschen, die dort arbeiteten, genauer anzusehen. Manche hatten Heizöfen aufgestellt und standen dicht daneben, andere rieben sich die Hände oder hielten sich oben die Jacken zu, zogen die Schultern zusammen, es war zu sehen, dass viele Menschen in ihren Ständen froren. Der Klient teilte mir diese Eindrücke mit und fügte hinzu, dass hier wahrscheinlich andere arbeiten würden als die Besitzer. Spontan lief er auf einen Spielwarenstand mit Holzspielzeug zu, in welchem ein Mann saß, und fragte nach. Zur Antwort bekam er, dass dieser Mann arbeitslos sei und für drei Wochen auf dem Weihnachtsmarkt für den Hersteller Holzwaren verkaufe. Das verblüffte den Klienten und er versuchte es gleich noch einmal bei einem kleinen Stand, an welchem Weihnachtsdekoration von einer Frau angeboten wurde. Die Frau gab auf seine Frage zur Antwort, dass sie Rentnerin sei und jedes Jahr diese Sachen für die Herstellerfirma verkaufe. Der Stand gehöre ihr, diesen habe ihr Mann noch gebaut, aber die Ware kaufe sie ein. Der Verkauf auf dem Weihnachtsmarkt ginge nur über drei Wochen, damit könne sie ihre Rente etwas aufstocken und habe wenigstens eine Aufgabe, erzählte sie. Erstaunt blickte der Klient mich an und ich ermutigte ihn zu größeren Ständen zu gehen, an denen viele junge Menschen arbeiteten, was er sofort tat. Er fragte einen jungen Mann an einem großen Bratwurststand, der ihm zur Antwort gab, dass er Student sei und sich Geld dazuverdiene. Es würden bei ihm im Stand etliche Arbeitslose arbeiten, ohnehin seien auf dem Weihnachtsmarkt viele Studenten, Arbeitslose oder Rentner und an seinem Stand arbeite der Besitzer nur ab und an mit, so seine Schilderung. Der habe in einem anderen Ort ein Restaurant, in dem er präsent sein müsse, fügte er hinzu.

Der Klient war sprachlos und ich fasste für ihn zusammen und ergänzte, dass der Weihnachtsmarkt für drei Wochen im Jahr, auf dem viele nur Zeitarbeiten hätten, eine kalte und ungemütliche (in der Zeit von 10 Uhr bis z. T., je nach Stand, bis 21 Uhr), zumeist im Stehen zu verrichtende Arbeit bedeute und die Menschen in der Mehrheit auf das Geld angewiesen seien, vielleicht gar keine andere Wahl hätten als diese Arbeit anzunehmen.

3. Abschnitt: Er sei viel auf der Straße bei seinen Freunden, weil er sich zu Hause nicht wohlfühle und die nächste Station, die wir besuchen würden, sei auch eine seiner gegenwärtigen Möglichkeiten ohne Schulabschluss erklärte ich ihm, Level 2.

Wir waren an der von mir ausgewählten Tagesstätte für Obdachlose angekommen. Ich hatte mich mit der verantwortlichen Sozialpädagogin verabredet und darum gebeten meinem Klienten zu ermöglichen mit einem der Obdachlosen ein Gespräch führen zu können, falls er dies wollte. Als wir dort ankamen, sah sich der Klient erst einmal um. Er fand es recht lustig, vor allem die betrunkenen Menschen an den Tischen, die mit z. T. einer warmen Mahlzeit und Kleidung versorgt seien und von Menschen umsorgt würden, so zumindest signalisierte er es mit seinen Worten und seiner Mimik. Seine Körpersprache dagegen sprach eine andere Sprache, er schien unsicher, denn er hielt sich dicht neben mir. Die Sozialpädagogin begrüßte uns und zeigte meinem Klienten und mir die Räumlichkeiten, und nachdem der Klient viel wissen wollte und oft nachfragte, führte sie uns in einen Konferenzraum, damit wir ungestörter waren. Dort erzählte sie, auf Nachfragen meines Klienten, über ihre Institution und darüber, wie die Menschen zu ihnen kamen. Daraufhin erzählte ihr mein Klient unvermittelt, dass die Lehrer „alle doof“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] seien, worauf sie meinte, dass es darauf nicht ankommen würde, man habe immer die Wahl sich zu verschließen oder es ihnen zu zeigen. Und ich ergänzte, dass es den Lehrern zum Teil ganz egal sei, was aus ihm werde, so wie er berichtet habe, hätten sie ihn bereits aufgegeben, sie würden ihre Arbeit machen und am Monatsende ihr Gehalt überwiesen bekommen. Er bestrafe sich nur selbst, wenn er sich verweigere und mit einem halben Bein stehe er evtl. bereits in einer dieser Obdachlosen-Tagesstätten.

In diesem Moment ging die Tür des Konferenzraumes auf und ein Sozialpädagoge fragte, ob der Klient jetzt noch mit einem Obdachlosen sprechen wolle, sie seien alle ziemlich betrunken und „schlecht drauf“ [Originalwortwahl des Sozialpädagogen; P. H.], bis auf Frau X. Der Klient riss die Augen weit auf und war voller Spannung, mit wem er nun reden konnte. Frau X wurde hereingeführt, setzte sich zu uns an den Tisch und der Klient bekam die Gelegenheit mit Frau X ein kurzes Gespräch zu führen. Sie berichtete von einem schlechten Elternhaus, der anschließenden Heimunterbringung und der frühen Heirat. Sie hatte eine Ausbildung begonnen, wurde schwanger und beendete die Ausbildung nicht. Ihr Mann war Alkoholiker und irgendwann trank sie auch, das Jugendamt ging ein und aus, die Kinder wurden im Heim untergebracht und dann verließ ihr Mann sie, ließ sie mit Schulden zurück. Sie zog auf die Straße, unfähig sich selbst finanziell versorgen zu können. Sie erzählte sehr konfus, wiederholte viel, hatte Probleme sich zu konzentrieren und nässte sich während des Gesprächs ein, ohne es wahrzunehmen. Mein Klient bemerkte es, sah mich an, blieb aber still und hörte sich die Geschichte ruhig an. Manchmal lächelte er ganz verlegen oder setzte eine Miene auf, die für Außenstehende cool wirken sollte, aber mir war bewusst, dass es innen ganz anders aussah, das verrieten seine Augen und seine angespannte Körperhaltung. Nach ca. 10 Minuten wurde es Frau X zu anstrengend und sie bat die Sozialpädagogin, gehen zu dürfen. Die nasse Hose klebte an ihren Beinen, als sie aufstand, was mein Klient mit weit geöffneten Augen beobachtete. Die Sozialpädagogin machte Frau X auf ihr Malheur aufmerksam. Selbst als Frau X an sich heruntersah schien sie nichts zu spüren. Die Sozialpädagogin ging mit Frau X in die Kleiderkammer, um Frau X trockene Sachen zu geben und wir verabschiedeten uns. Kaum waren wir aus der Tagesstätte gegangen, platzte der Klient damit heraus, dass die Frau gar nichts mehr mitbekommen habe und wie sie geredet habe, sie sei vollkommen fertig gewesen. Woraufhin ich erwiderte, dass der Sozialpädagoge gesagt habe, dass sie die einzige der anwesenden Obdachlosen sei, die noch einigermaßen in der Lage gewesen sei, mit ihm zu reden. Das beeindruckte den Klienten scheinbar ziemlich und machte ihn nachdenklich.

4. Abschnitt: Danach gingen wir wieder in das Kaufhaus, in dem seine Mutter arbeitete. Nun sei es an der Zeit, ihm zu zeigen, welche Möglichkeit er u. a. in Zukunft in Level 3 habe, wenn er in der Schule einen Abschluss bekommen würde, sagte ich und zeigte in das Kaufhaus hinein.

Er überlegte und sagte grinsend, hier sei es weitaus bequemer und wärmer. Die Menschen hier würden viel stehen müssen, das wisse er von seiner Mutter, aber sie haben es wenigstens warm und einen festen „Job“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Diese Jobs, wie er es nenne, seien sicher sehr leicht zu bekommen, stellte ich in den Raum. Dann müssten viele Arbeitslose, die einen Schulabschluss hätten, sicherlich auch einige z. B. von draußen vom Weihnachtsmarkt, eigentlich auch einen solchen warmen Arbeitsplatz und festen Beruf haben, fügte ich noch hinzu. Da habe ich wohl recht, dann müssten die Menschen, die hier (er zeigte in den Raum) arbeiten würden, scheinbar besser sein und sie müssten einen guten Schulabschluss haben, waren seine Überlegungen. Dies ließ ich bei ihm wirken und wir machten uns auf den Weg zur Universität der Stadt.

5. Abschnitt: Auf dem Weg dorthin erklärte ich ihm, dass er noch andere Möglichkeiten habe, es würde nicht nur den Einzelhandelskaufmann als Ausbildungsberuf geben. Er habe seinen Interessen entsprechend viele Möglichkeiten einen angenehmeren Ort als Level 1, den Weihnachtsmarkt oder Level 2, die Tagesstätte als Lebensziel, was das berufliche anbelange, anzustreben. Er schien zu überlegen, und als wir vor dem Universitätsgelände der Stadt standen, sagte ich ihm, dass dies auch eine Möglichkeit in seiner Zukunft sein könne, Level 4. Erstaunt sah er mich an, sagte aber nichts. Ich zeigte ihm die Hörsäle von außen und nahm ihn in einen der großen Säle mit, um ihm eine Vorlesung zu zeigen. Der Saal war zu mehr als zwei Dritteln mit Studenten gefüllt. Nach ca. fünf Minuten verließen wir den Raum wieder. Draußen schüttelte er heftig den Kopf, so viele junge Leute würden hier lernen, bemerkte er fassungslos. Wie sie denn alle hierher kommen würden, was sie dafür getan hätten, fragte er mich. Auf die Universität, so erklärte ich ihm, könne nur, wer in Vorleistung getreten sei. Alle hätten sich die eine oder andere Berechtigung zum Studium erarbeitet. Hier könne jeder freiwillig kommen und gehen, wie er wolle. Studierende hätten zwar Vorgaben, Lernpläne und Prüfungen, aber keiner kontrolliere letztlich, wie sie ihren persönlichen Stundenplan zusammenstellen würden, keiner zwingt sie zu studieren, Prüfungen abzulegen oder zusätzlich zu Hause zu lernen. Wenn Menschen sich vornehmen, studieren zu wollen, dann meist mit dem eigenen Willen es auch schaffen zu wollen, meist mit einem Ziel, auf das sie selbstständig hinarbeiten, beendete ich meine Erklärung. Der Klient konnte es kaum fassen und so ging er schweigend neben mir her. Eine Pause war hier sichtlich angebracht. Wir setzten uns in ein Café auf dem Campus und ich gab ihm ein Getränk aus. Lautstark tat er seine Verblüffung über den geringen Preis für das Getränk kund, worauf ich antwortete, dass Studenten i. d. R. wenig Geld hätten und sich das Café auf die finanziellen Gegebenheiten ihrer Kundschaft einstelle. Z. T. würden Studierende im Studium auf einiges verzichten, aber mit einem Abschluss würden sie mehr Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben als viele andere. Die Arbeit, die dann ausgeübt werden könne, werde i. d. R. besser bezahlt, finanziell würden sie sich dann mehr leisten können als viele andere, was die finanziell schlechteren Zeiten während des Studiums evtl. wieder vergessen ließe, erzählte ich. Er war still, aber konzentriert, nickte an vielen Stellen und ich merkte, wie sehr ihn dies zum Nachdenken anregte.

6. Abschnitt: Ich fasste für ihn zusammen, welche Stationen wir bisher besucht hatten und dass dies nur einige Möglichkeiten seien, die er im Leben habe. Vielleicht sei etwas dabei, was er sich für sich selbst vorstellen könne. Also das Letzte auf keinen Fall kam schnell und spontan über seine Lippen. Zwar habe er die Universität am besten gefunden, dass hier jeder freiwillig lerne und seinen Stundenplan selbst zusammenstellen könne, das habe ihm richtig gut gefallen, aber das könne er im Moment vergessen, resümierte er. Dies verneinte ich und erzählte ihm, dass es Möglichkeiten geben würde auf dem zweiten Bildungsweg, oder aber auch nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung und einigen Jahren Berufserfahrung eine Universität zu besuchen. Es werde fast jedem möglich gemacht zu studieren, der dies wolle und entsprechende Vorleistungen erfülle. Er hörte erstaunt zu und meinte, dass er nicht in einem „Job“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] immer und ewig bleiben müsse, sondern viele Möglichkeiten habe, auch z. B. auf eine Universität zu kommen. Er lächelte sichtlich befreit und ich fragte, was er sich für seine Zukunft vorstellen könne und ob er noch einmal dort hin wolle, was er mit Begeisterung und strahlenden Augen bejahte. Er sagte, er könne sich vorstellen irgendwann einmal doch auf eine Universität zu gehen, das wolle er auch einmal erleben, freiwillig zu lernen. Und seinen Hauptschulabschluss wolle er auf jeden Fall schaffen, er sei nicht dumm und die Universität irgendwann das Ziel, überlegte er. Ob er noch einmal etwas Zeit in einem Hörsaal verbringen könne, fragte er und so

verbrachten wir ca. 30 Minuten (der Klient gab die Zeit vor) in einem Hörsaal, in dem eine Vorlesung gehalten wurde.

Der Klient sah sich immer wieder um und, so erzählte er mir anschließend, er könne es nicht glauben, wie viele junge Leute freiwillig zu dieser Vorlesung gehen würden, zuhören und mitschreiben würden.

An dieser Stelle endete unsere Imagination und während der dreiviertel Stunde Straßenbahnfahrt nach Hause sagte er mehrfach „Das ist echt krass gewesen, diese Tour durch die Stadt.“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Am meisten Eindruck hatte bei ihm die Universität gemacht und Frau X, als sie eingenässt hatte und es nicht merkte. Die Hauptzeit war er jedoch in Gedanken versunken, ernst, still und manchmal huschte das verlegene Lächeln über seine Lippen, das ich schon mehrmals beobachten konnte.

### 5.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Im Gespräch (zwei Tage später) erzählte mir der Klient, dass er die Lehrer in der Schule mit seiner Mitarbeit verblüfft habe und er Hausaufgaben mache. Der Besuch in der Stadt war ihm noch recht deutlich in Erinnerung. Wir gingen die Abschnitte der Imagination chronologisch durch. Der Klient erinnerte sich sehr genau an jede Szene und äußerte immer wieder sein Erstaunen darüber, dass er das so noch nie gesehen habe und auch nicht gewusst habe. Seinen „Kumpels“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] hatte er von seiner Imagination erzählt und die Vorstellung die Welt, wie am PC in Levels und ganz weit weg zu betrachten fanden „sie echt cool“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.].

Besonders sein Bericht über die Tagesstätte für Obdachlose mit Frau X, und dass in der Universität jeder für sein Lernen selbst verantwortlich war, seine Stundenpläne weitgehend selbst gestalten konnte, hatte Eindruck bei seinen Freunden gemacht. Aber auch ihm hatten diese beiden Abschnitte stark imponiert.

Ohne Abschluss in der Schule würde er wohl nicht sehr weit kommen, war sein Resümee. Und er führte weiter aus: Er sei selbst für sich verantwortlich. Er wolle die Schule beenden, ob er nun Spaß oder keinen dabei habe, die Lehrer mögen würde oder nicht, dürfe dabei keine Rolle mehr spielen.

Er war unsicher, ob er die Noten noch verbessern konnte, aber er wäre nicht dumm und lernte relativ schnell. Angst hatte er, ob die Lehrer ihm die Chance gaben, viele hätten bereits eine feste Meinung von ihm, erzählte er.

### 5.4 Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

Nach der Sitzung des Durcharbeitens erzählte ich dem Klienten von meinem Besuch bei seiner Klassenlehrerin, denn in diesem Fall musste mit Methoden aus der ‚Systemischen Therapie‘ geholfen werden und das soziale Umfeld in die Hilfe mit einbezogen werden.

Die Klassenlehrerin erzählte mir, außer der bekannten Schulunlust des Klienten, dass er nicht davon zu überzeugen sei, dass er einen Abschluss für eine Lehrstelle benötige. Auch dass er sonst arbeitslos werden würde, berühre ihn nicht und er würde es i. d. R. mit einem Achselzucken und einem lockeren Spruch abtun. Anschließend sprach ich mit ihr über die Imagination mit ihrem Schüler und wir erarbeiteten weiterführende Schritte, z. B. wie ein Gespräch zwischen der Klassenlehrerin und dem Lehrerkollegium, das den Klienten ebenfalls unterrichtete, genutzt werden konnte, um das Kollegium wieder freundlicher und offener gegenüber meinem Klienten zu stimmen, ihm eine weitere Chance einzuräumen. Vier Wochen später wollten wir uns wieder zusammensetzen.

Der Klient hörte aufmerksam zu und meinte, bei einigen Lehrern könne er sich vorstellen, dass dies funktionieren könne, aber da seien drei Lehrer, da glaube er dies weniger. Leider hatte er bei zwei von ihnen in je einem Hauptfach Unterricht. Nachdem er seine bisherigen Noten nannte, beruhigte er sich selbst mit den Worten, dass kriege er schon hin, er wolle es ihnen zeigen. Wann genau das nächste Gespräch sei, wolle er wissen, und ob ich ihm dann wieder berichten würde. Er wolle wissen, ob die Lehrer merken würden, wie er sich geändert habe und er wolle jetzt unbedingt den Hauptschulabschluss machen.

Zur nächsten Sitzung brachte er seinen Freund L. mit. Er stellte mich seinem Freund mit den Worten vor, dies sei die Frau, mit der er in der Stadt gewesen sei. In dieser Stunde erzählte der Klient seinem Freund, was er in der Stadt erlebt hatte (wahrscheinlich zum wiederholten Male, wie ich an den Reaktionen des Freundes ablesen konnte), wie die Imagination ablief und vor allem nahmen der Teil des Universitätsbesuchs und der Besuch der Tagesstätte für Obdachlose viel Raum ein. Der Freund des Klienten hörte (gespielt) aufmerksam und interessiert zu und sagte er habe diese Stätten noch nie von innen gesehen. Er wollte gerne die Universität oder die Tagesstätte für Obdachlose besichtigen, das fand er interessant. Er erzählte, dass er 20 Jahre alt sei, vor 9 Jahren seinen Vater verloren habe und bei seiner Mutter lebe. Er machte eine Ausbildung zum Sozialassistenten und wollte einmal Erzieher werden. Dieser junge Mann machte auf mich einen netten, ruhigen und besonnenen Eindruck. Als ich ihm die Sorgen der Mutter des Klienten mitteilte, dass sie nicht wisse, was ihr Sohn bei ihm mache, antwortete er, sie seien wegen des kalten Wetters oft bei ihm zu Hause und würden gemeinsam Musik hören. Alkohol und Drogen, da brauche sie sich keine Sorgen machen, würde es nicht geben, darauf achte auch seine Mutter, erzählte er.

Er hatte einige Ideen für Jugendliche, die sich zu Hause nicht wohlfühlten und das hiesige Jugendcenter ablehnten, wusste jedoch nicht, wo er die Ideen anbringen konnte und wer die richtigen Ansprechpartner waren. Zum Abschluss gab ich dem Freund meines Klienten die Nr. der Tagesstätte für Obdachlose mit, die er besuchen wollte, und gab ihm Tipps zum Besuch der Universität. Des Weiteren erzählte ich, dass es im hiesigen Rathaus eine Sprechstunde für Jugendliche gab. Der Klient und sein Freund wollten sich dort per Telefon einen Termin geben lassen. Die Telefonnummer gab ich ihnen ebenfalls mit.

Nach dem zweiten Gespräch mit seiner Klassenlehrerin trafen wir uns erneut zu einem Gespräch, indem ich dem Klienten von den Gesprächsinhalten berichtete. Zuerst erzählte mir der Klient in dieser vierten Sitzung (nach der Imagination) von seinen schulischen Verbesserungen. Wenn er unmotiviert war, half ihm das Bild „der nassen Frau X“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], um sich zusammenzureißen und schwierige oder langweilige Fächer durchzustehen. Er habe das Gefühl, dass einige Lehrer erstaunt über seine Wandlung seien, aber direkt gesagt habe ihm dies bisher noch niemand, vielleicht hätten sie Angst, dass er sich daraufhin wieder verschlechtern würde, war sein Resümee, verbunden mit einem Lächeln. Danach erzählte ich ihm von dem zweiten Gespräch mit seiner Klassenlehrerin. In diesem Gespräch berichtete mir die Klassenlehrerin, dass sich der Klient in der Schule sichtlich mehr Mühe geben würde und immer wieder Erfolgserlebnisse habe, was sie auch von ihren Kollegen höre. Sie sah für den Hauptschulabschluss immer weniger Probleme, vorausgesetzt seine Leistungen würden nicht wieder einbrechen. Der Klient war sichtlich erleichtert.

In der darauf folgenden Sitzung erzählte mir der Klient, dass er mit seinem Freund noch einmal zur Tagesstätte für Obdachlose und zur Universität gegangen sei. Er hatte ihm dort alles erklärt und war sehr stolz „die Führung übernommen“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] zu haben. Sein Beruf sollte auf jeden Fall handwerklicher Art sein, er wollte etwas schaffen, was man sehen konnte, nicht wie seine Mutter, oder auf dem Weihnachtsmarkt, fertige Dinge verkaufen. Dass er einmal studieren könnte, kam für ihn nicht infrage. Er sagte, da könne er mit seiner Schulbildung im Moment nicht hin, aber allein die Möglichkeiten zu sehen, was er erreichen könne, wenn er entsprechende Leistungen bringen würde, war für ihn beruhigend. Zu Hause nahm er den Haushaltsplan gerne an, denn die Arbeit fing an Spaß zu machen, weil am Ende Belohnungen erarbeitet wurden. Auf die Straße zu seinen Freunden im Nachbardorf zog es ihn kaum noch. Wenn er unterwegs war, ging er meist zu seinem älteren Freund, zum Musikhören und lernen. Zu Hause hatte seine Mutter dafür gesorgt, dass ihn sein kleiner Bruder in Ruhe ließ, sodass er nun ab und an wieder Freunde nach Hause brachte.

In der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.5.7).

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 2	K 5	K 12	K 23	K 24	K 35	K 45	
T2	K 1	K 8						
T3	K 1	K 4	K 9	K 13	K 17	K 25	K 28	K 34
T4	Auffälliges Verhalten			Erkennbarer Zusammenhang				
T5	K 1	K 6	K 8	K 12	K 17			

Tab.: III.5.7

Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: T3 K 30, ein Signal, das sich schwer einordnen ließ, war nicht mehr vorhanden. Dies schien wie vermutet u. a. mit seiner Unsicherheit und Angst in Zusammenhang zu stehen, denn Signale der Angst und Unsicherheit hatten sich stark minimiert, waren nun auf T1 K 12 reduziert. Auch Anzeichen von Unterlegenheit, Antriebs- und Willensschwäche, mangelndem Durchsetzungsvermögen, mangelndem Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit eine Minderung des kommunikativen Status Depression, Beschwichtigungshaltung und Selbstberuhigung, Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung waren nicht mehr zu erkennen. Gleich geblieben waren sein starkes Selbstbewusstsein (T3 K 1, T3 K 17) sowie seine expressive Emotionalität (T1 K 2). Verstärkt hatten sich dagegen die Signale der körperlichen Expansion um T1 K 23 und die nonverbalen Verstärker um T1 K 45. Neu entwickelt hatten sich, oder erkennbarer geworden waren Zeichen, dass Kommunikation auf gleicher Augenhöhe erwünscht war, gekoppelt mit Aufmerksamkeit und dem Respekt des Gegenübers (T1 K 5, T1 K 45; T2 K 1) sowie ein hoher kommunikativer Status (T1 K 23).

## 5.5 Der Abschluss

Das Beratungsintervall bestand bis dahin aus einem Einwochenrhythmus.

Bis Anfang Februar 2006 nahm der Klient fünf Sitzungen, exklusive des Erstgesprächs und der Imagination, in Anspruch. Der Klient konnte sich wieder in der Schule einbringen, fühlte sich zu Hause wieder wohl und hatte Ziele für seine Zukunft entwickelt.

Er arbeitete an sich und auch zu Hause veränderte sich einiges, da seine Mutter ebenfalls Veränderungen herbeiführte, die das Leben in der Familie positiv beeinflussten.

Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.5.8), welches im Anschluss unter 5.5.1 und 5.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

Name: Klient Fall 4
Vorher-Nachher-Vergleich: Vorher: Ängstlich – Unterlegenheitsgefühl – Unsicherheit – mangelnde Lebensorientierung – schwierige Selbstfindung – Trauma – häuslichen Situation überfordert und hilflos – Flucht zu Freunden – wütend auf Vater, Mutter und Bruder, keine Hilfe in schwierigen Situationen – keine schulischen/ beruflichen Ziele oder positive Zukunftsaussichten – sieht keinen Sinn Beruf anzustreben – verweigert Arbeit in Schule und Mithilfe zu Hause – fordert von Eltern unabdingbare Unterstützung, gibt Druck weiter Nachher: Selbstsicherer – selbstbewusster – Respekt des Gegenübers – aufmerksamer – arbeitet an sich im schulischen/häuslichen – keine Flucht mehr – entspannter, offener – Zukunftsperspektive – lernt für seine Ziele, macht Lernen nicht von Lehrern abhängig, hat gelernt, dass er für sich lernt, nicht für Lehrer
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft: - Nahziel: Für Mitte April 2006 für sechswöchiges Praktikum einen Schreinereibetrieb aussuchen - Sich im Praktikum so gut wie möglich präsentieren - Hauptschulabschluss - Evtl. Schreinerlehre

Abb.: III.5.8

### 5.5.1 Vorher-Nachher-Vergleich

K, S, V und E zeichneten ein Bild eines u. a. ängstlichen und verunsicherten, um Selbstschutz ringenden Menschen. Er war durch das Erlebnis, dass sein Vater psychisch krank wurde traumatisiert und stark verunsichert, was seine Lebensorientierung und Selbstfindung anbelangte. Der Klient sah keinen Sinn darin einen Schulabschluss für einen Beruf anzustreben, er verweigerte die Mitarbeit in der Schule und zu Hause. Er war mit der häuslichen Situation ebenso überfordert, wie seine Mutter. Der Klient fühlte sich zu Hause nicht geliebt und wohl, hatte keine Möglichkeit das System der Familie zu verstehen. Da war die überlastete Mutter, die sich nicht durchsetzen konnte, sein „fauler Vater“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und sein „nervender Bruder“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Er lehnte zu Hause alle ab (Vater, Mutter und Bruder). Es machte ihn wütend, wie sich der Vater aber auch die Mutter dadurch veränderten. Zusätzlich rebellierte sein Bruder laut und offen, er fühlte sich mit all seinen Sorgen allein gelassen, konnte keine Hilfe durch seine Eltern erhoffen. Er zog sich in eine Welt zurück, in der die Kumpels auf der Straße und sein älterer Freund wichtiger wurden als sein Zuhause und die Schule, die er als nutzloses Übel ansah.

Nach der Imagination zeigten die Veränderungen in der Körpersprache, dass sich die Veränderungen nicht nur in seinem sichtbaren Handeln, sondern auch in ihm vollzog. Bemerkte werden muss an dieser Stelle, dass parallel dazu auch die Mutter (s. Fall 3) für positive Veränderungen in der Familie sorgte.

Der Klient wurde zusehends selbstsicherer und selbstbewusster, zollte dem Gegenüber Respekt und Aufmerksamkeit. Er fühlte sich zu Hause wohler, weil er sah, dass seine Mutter Hilfe und Unterstützung benötigte. Er sah ihre Bemühungen seinen jüngeren Bruder in seine Schranken zu weisen, beteiligte sich an der Hausarbeit, arbeitete gerne mit. Er konnte wieder Freunde nach Hause einladen, musste zum Selbstschutz nicht mehr auf die Straßen flüchten. Er wirkte entspannter und offener, hatte Zukunftsperspektiven entwickelt und lernte sich für seine Ziele einzusetzen. Zudem hatte er gelernt die Schule als Mittel zum Zweck zu akzeptieren, ordnete sich den Vorgaben der Schule unter und die Fächer Deutsch, Englisch und Mathematik machten wieder mehr Freude. Er hatte erkannt, dass es nicht darauf ankam, die Lehrer zu mögen oder von den Lehrern gemocht zu werden, sondern dass seine schulischen Leistungen allein für ihn und sein späteres Leben wichtig waren. Diesbezüglich kam er in den Gesprächen mehrmals auf die Erlebnisse, während der Imagination zu sprechen.

### 5.5.2 Die Lösung des Problems

Der Klient hatte durch seinen Vater erlebt, wie der Beruf einen Menschen verändern konnte, bei seinem Vater in negativer Art und Weise. Er musste erleben, wie sein bis dahin fürsorglicher Vater psychisch krank wurde, zu kaum etwas in der Lage war, viel schlief, wenig am Familienleben teilnahm und sehr sporadisch seinem Sohn zeigte, wie es sein könnte. Leider hielten diese Phasen nur wenige Stunden an.

Die Lösung des Problems lag darin mit der Mutter zu arbeiten, um für den Klienten das häusliche Umfeld anders zu strukturieren, aber auch mit der Schule bzw. seiner Klassenlehrerin Kontakt aufzunehmen, um Verständnis und die Möglichkeit einer erneuten Chance aufzubauen und dem Klienten mithilfe der Imagination Einsicht in unterschiedliche Lebensweisen zu vermitteln.

Der Klient hatte durch die Imagination in der Stadt die Möglichkeit in einer ihm bekannten Technik, der PC-Spielart, aus der Distanz heraus selbst zu entdecken, wie sich eine Welt gestaltet, in die er langsam entlassen werden sollte. Er konnte in diesem Bereich selbst aktiv werden, relativ unbefangen die einzelnen Stationen auf sich wirken lassen. Im Gegensatz zum Unterricht war dies für ihn eine ganz neue Art zu lernen: Ohne Vorgaben, moralisch geäußerten Bedenken oder purer Wissensvermittlung des Gegenübers etwas zu lernen, freiwillig zu lernen, weil er es interessant fand und selbst etwas wissen wollte. Durch das Wecken des Interesses konnte er offen für Überlegungen werden, konnte viele Eindrücke körperlicher aber auch mentaler Art sammeln, die zur Wirkung gereiften.

### 5.5.3 Die Zukunftsorientierung

Vorrangiges Ziel war den Hauptschulabschluss zu erreichen, um im Anschluss eine Lehrstelle zu finden. Da im April 2006 ein sechswöchiges Praktikum durch die Schule geplant war, war das Nahziel sich für dieses Praktikum einen Handwerksbetrieb auszusuchen. Er wollte sich für das Praktikum bei zwei Schreinereien im Wohnort bewerben, da er sich gut vorstellen könne, mit Holz zu arbeiten, außerdem wolle er etwas herstellen, das sei ihm sehr wichtig, erklärte er. Ziel war es, sich so gut wie möglich bei dem Praktikum zu präsentieren, damit er nach dem Hauptschulabschluss, auch wenn er schlecht ausfallen würde, als Lehrling genommen werden würde.

## 5.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Im Mai 2006 kam der Klient spontan bei mir vorbei (wodurch sich ein informelles, nicht standardisiertes, telefonisches Interview erübrigte). Gedächtnisprotokoll: Er berichtete, wie hervorragend er das Praktikum gefunden habe und dass er ganz oft gelobt worden sei. Sein Chef hatte ihm angeboten, bei ihm eine Lehre zu machen. Der Klient war voller Stolz und meinte er wolle in der Schule noch mehr machen, das sei es ihm wert.

Anfang April 2007 rief er bei mir an (informelles, nicht-standardisiertes, telefonisches Interview). Gedächtnisprotokoll: Er entschuldigte sich, dass er sich so lange nicht gemeldet habe, aber ich wisse sicher bereits von seiner Mutter, dass er den Hauptschulabschluss mit einem Notendurchschnitt von 3,2 abgeschlossen habe. Er war nun fast ein drei viertel Jahr bei einem Schreinermeister, bei dem er sein Praktikum gemacht hatte. Die Entscheidung hatte er bisher nicht bereut. Die Berufsschule war so ganz anders als die vorherige Schule, da sie seinen Interessen mehr entgegenkam und er konnte sich vorstellen später noch einmal die Schule zu besuchen, um in seinem Beruf weiter zu kommen. Sein Meister unterstützte ihn sehr gut und machte ihm Mut mehr aus sich zu machen. Zum Schluss sagte der Klient noch, wenn wir die „Tour“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] durch die Stadt nicht gemacht hätten, wäre er sicher ohne Abschluss von der Schule gegangen. Seinem Meister hatte er von unserer Imagination erzählt, denn die war für ihn ein Erlebnis, dass nicht jeder hatte und er war stolz das erzählen zu können.

Im Januar 2008 führte ich ein informelles, nicht-standarisieretes Telefoninterview mit dem Klienten. Gedächtnisprotokoll: Er berichtete mir, dass „sein Meister pleite“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] sei und er daraufhin sein Lehrabschluss nicht mehr möglich gewesen sei. Daraufhin hatte er eine Fachschule besucht, um seinen Realschulabschluss nachzuholen.



Die Noten waren entsprechend gut, sodass er es schaffen könnte. Danach wollte er sich erneut bewerben oder, falls er keine Lehrstelle fand, das Fachabitur machen. Dann habe sich unsere Reise in die Stadt bei ihm eingepreßt, denn seit dieser Zeit verbessere er sich schulisch kontinuierlich, bemerkte ich anerkennend. „Na ja“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], druckste er herum, die Frau mit der nassen Hose vergesse er nicht und er wolle „da nie landen“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Er wollte so viel wie möglich aus sich machen, auch wenn er es evtl. nie auf eine Universität schaffen konnte. Daraufhin lenkte ich ein, dass er doch bald den Realschulabschluss habe und er auf einer Fachschule, seinen Interessen angelehnt, auch Abitur machen könne. Und sogar nach einer abgeschlossenen Lehre mit entsprechender Berufserfahrung würde es Möglichkeiten geben zu studieren. Ein lautes, erstauntes und lang gezogenes „Stimmt“ und dann, „...das hatte ich vergessen, hatten Sie das nicht in der Stadt mal gesagt?“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] war seine Reaktion. Dann könne er es doch noch schaffen einen Hörsaal von innen zu sehen, das sei „ja cool.“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], sagte er. Er dankte mir dafür und für die damalige Tour, die ihm die Augen öffnete und er wollte mir gerne hin und wieder berichten, wie es mit ihm weiterging, evtl. wollte er wegen eines Studiums noch einmal auf mich zukommen. Hörbar motiviert und fröhlich verabschiedete er sich von mir.

Er telefonierte bis März 2009 noch hin und wieder mit mir. Dazu eine kurze Zusammenfassung: Mit seiner Familie verstand er sich mittlerweile gut. Sein Vater suchte ab und an das Gespräch mit ihm und er hatte sich einmal dafür entschuldigt, dass er nicht für den Klienten da war, als er ihn so sehr brauchte. Aber er schaffe es auch so, bemerkte der Klient wie beiläufig. Vor allem die Imagination, die wir gemacht hatten, begleitete ihn ganz oft. Besonders als er nach der abgebrochenen Lehre die Schule wieder besuchte und er zurückblickte, wie er über die Universität damals staunte, wie über ein unerreichtes Ziel, darüber mußte er oft lachen.

Er überlegte das Fachabitur anzustreben, und wenn er auf eine Universität ginge, wollte er sich wieder bei mir melden.

## 5.7 Die Wirkungsweise

Die Imagination in der Stadt ermöglichte dem Klienten sich näher, unmittelbar erlebbar und bewusster nicht nur mit sozialen Unterschieden in der Gesellschaft auseinanderzusetzen. Berufe oder sozial sichtbare Unterschiede bekamen reale Gesichter und Persönlichkeit und z. T., je nach Planung dieser Imagination, auch ihre Geschichte. Durch das Naherlebnis, und die parallel dazu gewährte Distanz als Beobachter und Außenstehender, der die Kontrolle hatte, ließ sich der Klient auf die Thematik ein, wie es in seinem Leben weitergehen konnte. Diese hatte er in Gesprächen mit der Klassenlehrerin, ebenso wie zu Hause verweigert. Auch andere Klienten, mit denen ich die Imagination mit der Stadt machte, hatten diesbezügliche Gespräche z. T. mehrmals erfolglos geführt oder verweigert.

In dem Motiv 4 (*Die Stadt*) setzte sich der Klient freiwillig, zumeist konzentriert und wissbegierig mit der Thematik auseinander. Durch die Beobachtungen und dem Sammeln von Informationen wurde ihm bewusst, dass dahinter Menschen mit ihren Geschichten stehen, die vielleicht auch seine sein bzw. werden konnte. Der Klient konnte sich durch die ermöglichte Distanzierung in seiner Art *Cyberworld* unbefangen bewegen, Kontakte aufnehmen, Menschen befragen usw., konnte ungezwungener Wissen auf sich wirken lassen, weil es von ihm selbst gewollt und ihm nicht von anderen vorgegeben oder z. T. aufgezwungen wurde. Die Sinne wie hören, sehen und fühlen wurden angesprochen, Emotionen möglich, die so in den bisherigen Gesprächen nicht transferiert werden konnten, weil es scheinbar nichts gab, was ihn in irgendeiner Weise berührte. In dieser Imagination wurden für den Klienten schulische und berufliche Möglichkeiten wertungsfrei und empathisch authentisch nachempfindbar und begehbar gemacht. So konnte sich der Klient besser in die Lage versetzen, verstehen und fühlen, worüber sich die Erwachsenen in seinem Umfeld Sorgen machten, wenn er weiter die Schule verweigerte.

Nachdem er einzelne Möglichkeiten nachempfinden konnte, war er in der Lage für sich selbst eine Zukunftsvision zu erarbeiten.

## 5.8 Die Reflexion

Diese Imagination verläuft mit Menschen, die mit Computerspielen vertraut sind, evtl. am besten. Bei dem Klienten aus Fall 4 wusste ich, dass ausreichend Computerspielerfahrung mitbrachte und seine anfängliche Reaktion ein Spiel zu spielen zeugte davon, dass er die Distanz wahren konnte. Als er die Menschen in den Weihnachtsständen befragte, kamen bei mir die ersten Zweifel auf, ob er die Distanz aufrecht erhalten konnte, was das Risiko barg, dass dies seine Lust am *selbst entdecken können* minderte, er diese Sache als lächerlichen Versuch ihn zu manipulieren empfand und er mich evtl., als eine Art Lehrer ansah, was bei ihm wahrscheinlich Gegenwehr hervorgerufen hätte.

Für diese Situation hatte ich mir vorgenommen die Imagination abzubrechen, denn seine Lehrer waren bisher mit ihrer Technik der Wissensvermittlung gescheitert und diese Technik wollte ich unter keinen Umständen übernehmen, um das Vertrauen des Klienten nicht zu gefährden. So bemühte ich mich ihn zum Beobachten zu animieren, wählte bewusst die Worte, wie z. B., dass er bei PC-Spielen ebenso, wie hier die Möglichkeiten hatte, sich Informationen zu beschaffen und ließ ihn selbst agieren. Der Klient zeigte mir mit seiner Freude am Entdecken, den u. a. erstaunten, nachdenklichen, spontanen Reaktionen und den Fragen nach dem – wohin es nun noch ging –, dass er Spaß an der Imagination hatte und ich verlor immer mehr das Gefühl, dass er sich nicht darauf einlassen konnte.

Beklemmungen hatte ich, als wir in der Obdachlosenstätte waren, denn ich wusste, dass es ihm egal war, was aus ihm werden würde, sein bisheriger Lebensstil von der Tendenz her in Richtung Hartz IV ging, was ihm jedoch vollkommen egal schien, wie mir seine Klassenlehrerin und auch er selbst berichtet hatten. Meine Gedanken gingen in die Richtung, was, wenn er den Ort akzeptabel fand. Für Essen würde gesorgt, ebenso für Kleidung, warm war es ebenfalls und mitgebrachten Alkohol trinken, manchen gefällt auch das. Mich quälte die Frage, was passiert, wenn er sich dafür entschied, die Schule zu verlassen und auf der Straße leben zu wollen.

Diese Entscheidung schien für mich die Schlechteste, die ich meinem Klienten wünschte. An dieser Stelle wurde mir bewusst, wie schwierig es war loszulassen, dem Klienten zu vertrauen, dass er für sich die richtige Entscheidung trifft, auch wenn sie nicht mit dem der Berater/Therapeuten übereinstimmt und den Klienten weiterhin zu respektieren. Als er es lustig fand, die vielen betrunkenen Menschen, die sich an den Tischen z. T. mit Essen versorgt hatten und dies mit einer Bemerkung „Ist ja echt cool hier.“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] kommentierte, hatte ich Mühe meine Gesichtszüge zu kontrollieren und möglichst ruhig und gelassen zu wirken und sagte, dass sie es im Moment vom äußeren Anschein her zumindest warm hatten und es auch eine warme Mahlzeit gab, ich bezweifelte, dass diese Tagesstätte 24 Stunden geöffnet war, sie hieß immerhin Tagesstätte. Das machte ihn nachdenklich und anhand seines Verhaltens und seiner Fragen an die dortige Sozialpädagogin bemerkte ich, dass es ihm doch nicht so angenehm war, er sich sichtlich unwohl fühlte, vor allem, nachdem er sah, wie sich Frau X einnässte, ohne es selbst zu spüren. Dementsprechend deutlich waren seine Äußerungen, was er sich bezüglich seiner Zukunft vorstellte, was mich innerlich endlich ruhiger werden ließ. Auszuhalten, was sich die Klienten für ihre Zukunft vorstellen, nicht in Werturteilen zu erliegen, sich immer wieder zu verdeutlichen, dass es ihr persönlicher Weg ist, fordert in hohem Maße Professionalität vom Berater/Therapeuten, was mir besonders in dieser Imagination deutlich wurde.

## 6. Fall 5 unter Nutzung von Motiv 5

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 5 ist *Die Treppe*.

### 6.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll

Die Klientin entschied sich sehr zögerlich für einen Sessel im Beratungsraum. Währendem sie sich setzte, begann sie mit unsicherer Stimme zu erzählen, dass sie ein Problem mit ihrem 20 Jahre alten Sohn habe. Sie war wenig stolz auf ihren Sohn, er war eine Last für sie und sie verglich ihn oft mit ihrem Ex-Mann, dem Vater ihres Sohnes, der drogenabhängig (was Trennungs- bzw. Scheidungsgrund war) war.

Sie wurde 1962 geboren und hatte seit dem ca. 12. Lebensjahr Probleme mit ihren eigenen Eltern, besonders mit ihrer Mutter, die damals „eine Last“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] für sie war und ihr gegenüber eine lieblose, ablehnende Art hatte. Aus diesem Grund zog sie mit 19 Jahren von zu Hause aus, kam jedoch mit 20 Jahren wieder zurück, weil sie finanzielle Probleme hatte. Die Probleme mit ihren Eltern hatte sie mit 38 Jahren, über zwei Jahre lang mithilfe einer Therapeutin, zu lösen versucht. Vor allem galt es sich von ihrer kaltherzigen Mutter zu lösen, was sehr schwer war. In dieser Zeit zog sie gemeinsam mit ihrem Sohn aus ihrem Elternhaus in ihre jetzige kleine Wohnung, zwar im selben Ort, aber weiter entfernt vom Elternhaus. Sich von der Mutter zu lösen war nicht ganz gelungen. Ihre Mutter kritisierte und gängelte sie nach wie vor, machte ihr ständig Vorwürfe, wie schlecht sie und ihr Sohn waren und sie selbst schaffte es nur sehr selten, sich gegen ihre Mutter zu wehren. In ihrer eigenen Ehe und bei ihrem Kind hatte sie alles besser machen wollen, merkte aber, dass sie ihr Kind ebenfalls (wie ihre Mutter sie) ablehnte. Ihr Sohn habe die Hauptschule mit erheblichen Schwierigkeiten geschafft, darunter habe sie sehr gelitten und es sei schwer gewesen, erzählte sie. Sie hatte die ganzen Jahre nie das Gefühl eine Familie zu haben, die für sie und ihren Sohn da war, ihren Mann eingeschlossen. Ihr Sohn bemühte sich nicht um eine Lehrstelle und arbeitete ab und an als Hilfsarbeiter. Wenn er zu Hause war, lag er im Bett, sah fern oder spielte Computer. Sie habe den ganzen Haushalt und kümmere sich um alles, weil er zu nichts in der Lage sei, das rege sie auf und sie wolle diese Belastungen nicht länger, es sei ihr zu viel, so die Klientin.

Vielleicht habe er einfach nur viel von ihrem Ex-Mann, fügte sie (achselzuckend) selbst beruhigend hinzu. Diesen lernte sie mit 21 Jahren kennen und zog schnell zu ihm. Schon innerhalb der ersten drei Monate ahnte sie seinen Drogenkonsum, da war sie bereits schwanger. Ein Jahr später heiratete sie ihn auf Drängen ihrer Mutter. Ein weiteres Jahr später, nachdem sich ihr Mann mit seinen Eltern zerstritten hatte, weil diese die Augen vor seinem Drogenmissbrauch nicht mehr verschließen wollten, zogen sie in die Nähe ihrer Eltern, eine Straße weiter. Sie hatte sich Unterstützung von ihren Eltern erhofft. Wenn es Sorgen und Probleme gab, wollte sie das Gefühl haben, dass ihre Eltern für sie da waren, was sich jedoch als Trugschluss herausstellte. Vieles trug sie selbst, so die Klientin. Als sie 28 Jahre alt war, zog sie mit ihrem Sohn und ihrem Mann zu ihren Eltern ins Haus, denn ihre Oma war verstorben und somit eine Wohnung in dem Zwei-Familienhaus frei, und da ihr Mann ohnehin die Arbeit verloren hatte, schien es das Beste. Sieben Jahre später ließ sie sich, gegen den Willen ihrer Mutter, von ihrem Mann scheiden. Seither hatte sie ein noch schlechteres Verhältnis zur Mutter als vorher, daran änderte auch die Therapie wenig. Die Klientin bemerkte im Laufe des Gespräches des Öfteren, dass sie ihre Mutter, ihren Ex-Mann sowie auch ihre ständige Unterstützung für ihren Sohn als Last empfand. Das Sorgerecht für ihren Sohn bekam sie ohne Probleme, ihr Mann bemühte sich nicht einmal darum, selbst die ihm zustehenden Wochenenden lehnte er ab. Sie regelte und leistete vieles alleine, immer verbunden mit Maßregelungen und Bevormundungen seitens ihrer Mutter, was das ganze bisherige Leben als alleinerziehende Mutter erschwerte.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.6.1).

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Passivität (T1 K 3), Angst/Unsicherheit (T1 K 21, T1 K 32, T1 K 39, T1 K 46; T2 K 9 b), T2 K 12; T3 K 14, T3 K 18, T3 K 26), Beschwichtigungshaltung (T1 K 13; T2 K 12), Raumreduktion bzw.

Selbsterniedrigung (T1 K 21, T1 K 32, T1 K 39; T3 K 18; T5 K 3), Unterlegenheit/Unterwerfung (T1 K 13, T1 K 26, T1 K 46; T2 K 12), Ausdruck von Kontrollvermögen (T2 K 2), Kapitulation/Opferstatus (T2 K 6; T3 K 18), wenig Selbstbewusstsein (T3 K 14, T3 K 18) mangelndes Selbstvertrauen aber auch Selbstsicherheit und -bewusstsein (T3 K 2) und nonverbale Verstärker (T3 K 34).

Tabellenkode	Kodenummern									
T1	K 3	K 13	K 21	K 26	K 32	K 39	K 46			
	Sonstiges: K 13, dabei Schultern nach vorne gezogen K 32 – eine am Hals Hat oft Tränen in den Augen									
T2	K 3	K 6	K 9	K 12						
	Sonstiges: K 6 besonders bei belastenden Themen K 9 und K 12 werden im Wechsel benutzt.									
T3	K 2	K 4	K 9	K 14	K 15	K 18	K 26	K 28	K 34	
T4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang					
T5	K 3	K 7	K 8	K 14	K 17					
	Sonstiges: K 3 – Modemix, alt, abgewetzt aber sauber K 14 – Haare lang, fettig/strähnig und unfrisiert									

Tab.: III.6.1

Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Klientin einen sehr verunsicherten, sehr ängstlichen Eindruck hinterließ. Sie war häufig um Beschwichtigung bemüht, indem sie Selbsterniedrigung betrieb, Unterlegenheit und Unterwerfung demonstrierte. Zudem erzählte sie häufig von Last, Belastung oder vieles selbst tragen müssen, was die seelische Belastung sprachlich deutlich werden ließ. Das Erscheinungsbild, mit den scheinbar wahllos angezogenen alten Kleidungsstücken ließ ahnen, dass sie sich selbst nicht, oder sich als Opfer wahrnahm und kapitulierte hatte (s. T1 K 3; T2 K 6; T3 K 18).

Sie war allerdings um Kontrolle (s. T2 K 2) bemüht, u. a. ihr niedriges Selbstbewusstsein und ihr mangelndes Selbstvertrauen (s. T3 K 14, T3 K 18) zu kaschieren. Wobei sie zwei Signale hatte, die im Gegensatz dazu Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein und nonverbale Verstärker zeigten: T3 K 2 und T3 K 34.

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.6.2), **B** (s. Abb.: III.6.3) und **C** (s. Abb.: III.6.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt, s. Abb.: III.6.5). Die Klientin konnte sehr genau angeben, dass es vor ihrem 12. Lebensjahr keine erwähnenswerten Probleme gab. Ab da erlebte sie ihre Mutter als sehr dominant und konnte sich seither gegen ihre Mutter nicht aufstellen war ihr hilflos ausgeliefert, fühlte sich klein und minderwertig, so die Klientin. Sie war auf sich gestellt, denn ihr Vater schützte sie nicht vor den Attacken ihrer Mutter. Nachdem sie es nicht mehr aushielt, zog sie mit 19 Jahren für ein Jahr aus, was eine unbeschwertere Zeit war. Sie musste, wegen finanzieller Probleme, mit 20 Jahren wieder in ihr Elternhaus einziehen. Es reihten sich schwierige Lebensphasen aneinander: Sie wurde mit 21 Jahren ungewollt schwanger und war mit ihrem drogenabhängigen Partner zu seinen Eltern gezogen. Auf Drängen der Mutter heiratete sie ihn mit 22 Jahren. Mit 23 Jahren, die Situation im Haus der Schwiegereltern und ihres Mannes eskalierte, zogen sie in die Nähe ihrer Eltern, und als ihre Oma verstorben war, zogen sie in ihr Elternhaus (sie war 28 Jahre). Die Eheprobleme wurden zusehends problematischer, die Mutter zwang sie dazu auszuhalten und beschwichtigte die Klientin immer wieder. Mit 35 Jahren ließ sich die Klientin gegen den Willen der Mutter von ihrem Partner scheiden. Mit 38 Jahren begab sich die Klientin, wegen Problemen mit ihrer Mutter, für zwei Jahre in Therapie und zog daraufhin aus dem Elternhaus aus. Doch sie konnte sich nicht vollständig von ihrer Mutter lösen. Sie wiederholte an ihrem eigenen Sohn das Muster der Ablehnung, das sie von ihrer Mutter gegenüber ihr Selbst kannte. Sie war sich bewusst, dass sie gegenüber ihrer Mutter keine großen Erfolge bezüglich Ehe und Familie vorweisen

konnte. Sie verglich ihren Sohn mit ihrem ehemaligen Partner und projizierte ihre gesammelte Wut auf ihre Mutter und vermutlich auch gegen sich auf ihren Sohn.  
Zusammenfassend war ihr Hauptproblem die Versagensangst als Reaktion auf die vielen erlebten Belastungssituationen.

**A** **Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... April 2006** **Seite: 1**

Name/n: Klientin Fall 5				
Geb./Alter: geb. 1962				
Adresse: XXX				
Tel.: XXX			Mobiltel.: XXX	
Verh.: Nein	Gesch.: Ja	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: 1	Alter: 20
Geschwister: Keine			Alter: /	Verst.: /
Eltern: XXX und XXX			Gesch.: /	Verst.: /
Initiator der Beratung: Selbst				
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problem mit kaltherzigen, bevormundenden Mutter</li> <li>- Vergleicht Sohn mit Ex-Partner, wenig stolz auf ihn</li> <li>- Wütend auf »faulen« Sohn</li> </ul>				
In Anspruch genommene Sitzungstermine:				
1 Erstgespräch	6			
2 Imagination	7	Abschlusssitzung		
3 Durcharbeiten				
4				
5				

Abb.: III.6.2

**B** **Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G** **Seite: 2**

Name: Klientin Fall 5
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... April 2006 - Erstgespräch
Prägende Ereignisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geb. 1962</li> <li>- Seit 12. Lebensjahr Probleme mit kaltherziger, ablehnender und bevormundender Mutter</li> <li>- 19 Jahre – aus Elternhaus ausgezogen</li> <li>- 20 Jahre – finanzieller Probleme – in Elternhaus eingezogen</li> <li>- 21 Jahre – Partner kennengelernt</li> <li>- In ersten drei Monaten bei Partner Drogensucht bemerkt – schwanger – in sein Elternhaus gezogen</li> <li>- 22 Jahre – auf Drängen der Mutter geheiratet</li> <li>- 23 Jahre – Mann mit Eltern zerstritten (Thema: Drogensucht) – Umzug in Nähe ihrer Eltern, eine Straße weiter</li> <li>- Hilfe von Eltern erhofft – keine bekommen</li> <li>- 28 Jahre – Oma verstorben – Einzug ins Elternhaus – Mann arbeitslos – Partner als Last empfunden</li> <li>- 35 Jahre – Scheidung gegen Willen der Mutter und alleinige Sorgerecht für Sohn – damit heftige Probleme mit Mutter – Mutter mehr denn je maßregelnd und bevormundend</li> <li>- 38 Jahre – zwei Jahre Therapie wegen Problemen mit Mutter – Lösungsprozess</li> <li>- In dieser Zeit mit Sohn aus Elternhaus ausgezogen in derzeitige kleine Wohnung</li> <li>- Lösung von Mutter nicht ganz gelungen – sie gängele, kritisiere, macht Vorwürfe bezüglich Erziehung – ist Last</li> <li>- Lehnt nun selbst Sohn ab – sei wie ehemaliger Partner – ist Last</li> <li>- Sohn – Hauptschule mit Schwierigkeit bestanden – keine Lehrstelle – ab und an Hilfsarbeiter – PC, schlafen</li> </ul>

Abb.: III.6.3

**C****Ergänzungsblatt für Blatt A**

Seite: 3

Name: Klientin Fall 5
Datum: ... April 2006 - Erstgespräch
Involvierte Personen: Mutter: - Kalthertzig, lieblos - Bevormundend, bestimmend, kritisierend Vater: - Scheint <u>mittelbar</u> involviert zu sein weil er a) Von Klientin im Gespräch nicht erwähnt b) Für die Klientin keine Hilfe – kein Schutz vor Mutter c) Sich nicht um die Klientin gekümmert Ehemaliger Partner: - Suchtkrank Sohn: - Schlecht in der Schule - Keine Motivation Lehrstelle zu suchen - Selten Hilfsjobs - Nur um eigenes Wohlergehen bemüht - »Schmarotzer«
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: a) Nächste Stunde findet eine Imagination statt b) Wöchentliche Sitzungen nach Absprache mit der Klientin

Abb.: III.6.4

**D****Problemanalyse**

Seite: 4

Name: Klientin Fall 5	
Datum: ... April 2006	
Problem/Teilprobleme: - Mutter sehr dominant - Konnte sich bisher von Mutter nicht komplett lösen - Wiederholt an eigenem Sohn Muster der Ablehnung von Mutter gegenüber ihr - Ist Mutter hilflos ausgeliefert, fühlt sich klein, minderwertig – Vater schützt sie nicht vor <i>Attacken</i> der Mutter - Kann Mutter keine großen Erfolge bezüglich Ehe und Familie vorweisen - Vergleicht Sohn mit ehemaligem Partner – projiziert Wut von ihm auf ihren Sohn	
Hauptproblem: Versagensangst als Reaktion auf Belastungssituationen	
Problem fördernde Situationen/Umstände: - 20 Jahre – wegen finanzieller Probleme in Elternhaus gezogen - Drogenabhängigen Freund – in sein Elternhaus gezogen – mit 21 Jahren ungewollt schwanger - 22 Jahre – geheiratet - 23 Jahre – Umzug in Nähe ihrer Eltern - 28 Jahre – Einzug ins Elternhaus - 35 Jahre – Scheidung gegen den Willen der Mutter	Problem mindernde Sit./Umst.: - Auszug aus Elternhaus mit 19 Jahren – für ein Jahr - 38 Jahre – zwei Jahre Therapie wegen Problemen mit Mutter und Auszug aus Elternhaus
Involvierte Person/en: - Mutter - Partner Mittelbar: Vater – weil kein Halt, Schutz	Involvierte Person/en: - Therapeutin
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): - Vor 12. Lebensjahr	

Abb.: III.6.5

## 6.2 Die Imagination - Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. Sicherer Hinweis, dass in diesem Fall Gewichte induziert sind, war die Wortwahl der Klientin. Sie benutzte häufig Worte wie Last, Belastung, schwer usw. Aber auch die Signale von Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung, Unterlegenheit und Unterwerfung deuteten an, dass sie unter etwas litt. Wie in Motiv 7 lediglich mit Gewichten zu arbeiten schien mir angesichts der weiteren starken Signale von Angst und Unsicherheit als zu wenig geeignet. Zudem waren aus der Erzählung der Klientin viele einzelne Sequenzen aus ihrem Lebensweg bekannt, welche unbedingt einfließen sollten. So wäre Motiv 1 möglich gewesen, allerdings hätte aufgrund der bekannten Lebensabschnitte der Spaziergang mit Gewichten Innerorts stattfinden müssen, was für Aufsehen gesorgt hätte, der Klientin evtl. peinlich gewesen wäre und somit der Imagination abträglich geworden wäre. Einen abgelegenen Waldweg (selbst mit Steigung) wäre von der Sequenzierung der Lebensabschnitte, die sehr dicht aufeinanderfolgten a) evtl. zu lang (zeitlich gesehen) geworden, hätte b) zu wenig deutlich sichtbare Sequenzen und Abzweigungen geboten, sodass auch dieses Motiv ausschied.

Die Treppe schien hier ein geeignetes Mittel. Sie bot deutlich voneinander abgegrenzte Sequenzen durch die Stufen an und sie implizierte, in Kombination mit Gewichten, von unten nach oben gegangen Anstrengung. Die Klientin konnte alles im Blick behalten, so wie ihr die Erinnerungen scheinbar noch sehr lebhaft bewusst waren. Eine Treppe mit Gewichten zu laufen erhöhte evtl. Unsicherheit und Angst (nicht zu fallen), so wie es Ihre Körpersprache zeigte.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.6.6).

Termin: ... April 2006

Name: Klientin Fall 5

Imaginationsmotiv und Begründung:

Motiv: Die Treppe kombiniert mit Gewichten – Motiv 5

Begründung:

- Deutlich machen ihres bisherigen Lebensweges, soweit mir bekannt
- Gefühl der Belastung durch Mutter, Partner und Sohn
- Lässt sich von ihrer Mutter vieles gefallen, über ihr Leben entscheiden (z. B. Hochzeit)
- Traut sich nicht aufzubegehren
- Hat wenig Entscheidungen unabhängig von ihrer Mutter getroffen
- Vater trat nie in Erscheinung weder als Helfer noch als Stütze
- Hat kaum Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit entwickelt – ängstlich und unsicher

Die Klientin soll dadurch u. a.:

- Übersicht und Einsicht erhalten, wie sich ihre Verhaltensmuster entwickelt haben
- Durch Überblick Einsicht in ihre Stärken und Schwächen – sie neu einordnen lernen
- Eltern, ehemaligen Partner und Sohn anders wahrnehmen
- »Die Last, die sie getragen hat« körperlich bewusst gemacht werden
- Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit erlangen – Angst und Unsicherheit ablegen
- Lernen eigene Entscheidungen treffen – Zukunft eigenverantwortlich planen
- Lernen sich selbst als eigenständige Person zu sehen unabhängig von Mutter werden

Geplanter Ablauf:

Gewichte in jedem Abschnitt aufnehmen oder ablegen, je nachdem wie die Belastung damals empfunden wurde.

1. Abschnitt: 12. Lebensjahr – als Problem mit Mutter begann – sieben Jahre: 28-mal nächste Stufe antippen, dann draufstellen
2. Abschnitt: 19. Lebensjahr – Auszug – ein Jahr: Viermal nächste Stufe antippen, dann draufstellen
3. Abschnitt: 20. Lebensjahr – finanzielle Probleme – Einzug ins Elternhaus – ein Jahr: Viermal nächste Stufe antippen, dann draufstellen
4. Abschnitt: 21. Lebensjahr – Mann kennengelernt – in sein Elternhaus gezogen – schwanger – Drogensucht nach 3 Monaten bemerkt – ein Jahr: Viermal nächste Stufe antippen, dann draufstellen
5. Abschnitt: 22. Lebensjahr – auf Druck durch Mutter Hochzeit – Geburt des Sohnes – ein Jahr: Viermal nächste Stufe antippen, dann draufstellen
6. Abschnitt: 23. Lebensjahr – Umzug in Nähe ihrer Eltern, weil Mann sich mit eigenen Eltern überworfen hatte – fünf Jahre: 20-mal die nächsten drei Stufen antippen, dann auf die Obere stellen
7. Abschnitt: 28. Lebensjahr – Einzug in ihr Elternhaus – Partner arbeitslos – Drogensucht weiter aktuell – sieben Jahre: Nächsten vier Stufen insgesamt 28-mal antippen und auf oberste stellen
8. Abschnitt: 35. Lebensjahr – Scheidung – alleinige Sorgerecht – drei Jahre: Zwei Stufen insgesamt 12-mal antippen und auf die Oberste stellen
9. Abschnitt: 38. Lebensjahr – Therapie – Auszug aus Elternhaus, aber im Ort – drei Jahre: Letzte Stufe insgesamt 12-mal antippen und auf die Oberste stellen
10. Abschnitt: Gegenwart darstellen
11. Abschnitt: Zukunftsvision erarbeiten



Wenige Tage später fand die Imagination statt. Da die Klientin des Öfteren bemerkt hatte, dass sie ihren Ex-Mann, ihre Mutter, sowie auch die ständige Unterstützung von ihrem Sohn als Last empfand, wollte ich bei ihr mit der Treppe und Gewichten arbeiten.

Die Außentreppe (18 Stufen) zum Beratungsraum fungierte von unten nach oben als Lebensweg der Klientin. Da ich das Gefühl hatte, dass sie sich in vielen Lebensbereichen schwer tat loszulassen, richtete ich oben auf der Treppenveranda, die einen weiten Blick auf das nahe Naturschutzgebiet bot, einen Tisch mit einem Kaffeegedeck<sup>604</sup> ein. Dieser Bereich sollte Freiheit im Tun und Handeln symbolisieren, je nachdem wie die Imagination ausging, konnte die Freiheit individuell symbolisiert werden, z. B. dass die Klientin bestimmte Dinge in Zukunft loslassen konnte, Einblicke bekam oder Zusammenhänge entdeckte o. ä. Das Kaffeegedeck sollte in diesem Fall Ruhe *für sich sorgen* und eine Art Belohnung symbolisieren, es trotz aller Widrigkeiten, bis hierher geschafft zu haben.

Am unteren Treppenabsatz lagen ein Rucksack und folgende Gewichte bereit: Zwei Handmanschetten mit jeweils 1,25 kg, sowie zwei Handmanschetten mit jeweils 2,5 kg (diese Manschetten konnten am Handgelenk befestigt werden), zwei Hanteln mit jeweils 2 kg und zwei Hanteln mit jeweils 3 kg.

Die Stufen teilte ich in etwa auf die Lebensabschnitte auf, die mir aus dem Erstgespräch bekannt waren. Um die Kraft und Anstrengung des Lebens der Klientin für diese spürbarer zu gestalten, sollte sie für ein Jahr die jeweiligen Stufen viermal (dies sollte die vier Jahreszeiten pro Jahr symbolisieren) im Wechsel mit jedem Fuß antippen. Da die Treppenstufen nicht ausreichten, waren es unterschiedlich viele Treppenstufen, die sie antippen sollte.

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **F**:

Zu jedem Lebensabschnitt erzählte ich das, was ich darüber wusste und hoffte auf Ergänzungen durch die Klientin. Die untere, erste Stufe symbolisierte ich als ihr 12. Lebensjahr. Ich bat sie so viele Gewichte aufzunehmen und diese so zu verteilen, wie sie damals die Last mit ihrer Mutter empfunden hatte. Wollte sie die Last mehr auf den Rücken verteilen, konnte sie den Rucksack entsprechend befüllen und aufsetzen, erklärte ich ihr. Bei jedem Abschnitt in ihrem Leben hatte sie die Möglichkeit die Gewichtsverhältnisse zu ändern.

1. Abschnitt, Stufe 1: Mit 12 Jahren habe sie die Eltern als Last empfunden, besonders jedoch die Mutter, gab ich als Hinweis. Für den Vater nahm sie eine Hantel mit 3 kg in die rechte Hand. Er war eine Last, weil er ihr nicht half, ihr nie beistand, sich gegen seine Frau nicht wehrte und nicht durchsetzte. Alle anderen Gewichte lud sie auf ihren Rücken mit den Worten, das sei noch zu leicht für das, was ihre Mutter ihr angetan habe und wie sehr sie ihre Mutter als Last empfunden habe. Sieben Jahre erlebte sie dies, was in der Imagination bedeutete für diese sieben Jahre insgesamt 28-mal die nächsten Stufen anzutippen, da die Treppenstufen nicht genau der Anzahl der erlebten Jahre entsprachen, sollte sie für diesen Abschnitt vier Stufen nehmen und jeweils siebenmal antippen. Nach dem Antippen dieser Stufe sollte sie sich auf diese stellen und die Nächste antippen und sich danach jedes Mal eine Stufe höher stellen, sodass sie langsam die Treppe nach oben ging.

2. Abschnitt: Mit 19 Jahren zog sie das erste Mal von zu Hause aus, sie legte alle Gewichte und den Rucksack ab. Sie behielt jedoch die Gewichte für ihren Vater in der Hand, weil sie sich ihm dadurch verbunden fühle, so ihre Erklärung. Als sie dies äußerte, hatte sie plötzlich einen ganz erschreckten Ausdruck im Gesicht, riss die Augen weit auf und sie fügte schnell hinzu, dass sie ganz vergessen habe, dass sie kurz vor ihrem Auszug, auf Drängen ihrer Mutter ein Kind abgetrieben habe. Sie sei damals von ihr derartig unter Druck gesetzt worden, dass sie selbst nicht mehr in der Lage gewesen sei, klar zu denken, geschweige denn eine Entscheidung treffen zu können. Darunter und unter der hartherzigen Art ihrer Mutter habe sie sehr gelitten, beendete sie ihre Ausführungen.

Als sie dieses eine Jahr (viermal die nächste Stufe antippen) bis zum nächsten Lebensabschnitt antippte und auf der nächsten Stufe stehen blieb, weinte sie recht heftig. Ich ging zu ihr auf die Stufe und sie erzählte mir von der Schwangerschaft, dem Vater des Kindes (eine kurze Bekanntschaft) und den verbalen Attacken ihrer Mutter. Selbst nach so langer Zeit tue es ihr weh, als sei es gestern gewesen,

<sup>604</sup> Am Ende der Imagination sollten zumindest Stühle o. ä. zum Ausruhen bereitstehen. Dabei sollte je nach Klient der Tisch entsprechend gedeckt sein, bei den meisten jedoch symbolisiert eine Tasse Kaffee bereits Pause, Ruhe und Erholung.

erzählte sie. Erstaunt war sie, dass sie diese Phase ihres Lebens so lange ausgeblendet hatte und auch bei der Psychologin, als es um die Beziehung zu ihren Eltern ging, hatte sie diese Sequenz ausgeblendet, verdrängt. Darüber war sie besonders erschrocken. So stand sie einige Minuten auf der Treppenstufe, weinte und schüttelte voller Verwunderung immer wieder den Kopf. Als sie sich beruhigte und sie von sich aus fragte, wie es nun weiterging, leitete ich, mit ihrem Einverständnis, zum nächsten Lebensabschnitt über.

3. Abschnitt: Mit 20 Jahren zog sie ins Elternhaus zurück. Sie nahm alle Gewichte, bis auf eine Handmanschette mit 1,25 kg und eine Hantel mit 2 kg, wieder in den Rucksack auf ihren Rücken. Es sei mit ihrer Mutter nach dem einjährigen Auszug leichter gewesen als davor, berichtete sie während dem sie die Gewichte verringerte (1 Jahr = viermal die nächste Stufe antippen und draufstellen).

4. Abschnitt: Mit 21 Jahren hatte sie den Vater ihres Sohnes kennengelernt. Sie zog mit ihm zusammen in sein Elternhaus. Bereits innerhalb der ersten drei Monate entpuppte sich ihr Partner als Drogenabhängiger, da war sie bereits schwanger. Für ihren Sohn nahm sie eine Handmanschette mit 1,25 kg Gewicht an den linken Arm, denn durch die Schwangerschaft hatte sie das Gefühl an diesen Partner gebunden zu sein, somit war die Schwangerschaft nicht nur als solches eine Last. Eine 2-kg-Hantel kam in den Rucksack, weil die Umstände schwieriger wurden und für ihren Partner nahm sie eine Manschette mit 2,5 kg, die sie um ihr linkes Fußgelenk band. Sie erklärte dazu, dass sie das Gefühl habe, ihren Mann *mitschleppen* zu müssen. Das schwere Gewicht am Fuß würde das sehr gut wiedergeben, die Stufen ließen sich schwer antippen, es sei schwierig damit zu laufen und man müsse darauf achten nicht zu stolpern, bemerkte die Klientin. So fühle sie sich damals ebenfalls, sie sei immer auf der Hut allen alles recht zu machen, im Umfeld nicht aufzufallen, keiner solle merken, dass ihr Mann drogenabhängig sei und sie selbst sei absolut verunsichert gewesen (1 Jahr = viermal die nächste Stufe antippen und draufstellen), erzählte sie.

5. Abschnitt: Mit 22 Jahren heiratete sie auf Druck der Mutter den Vater ihres Sohnes. Ihr Mann hatte bereits ein schlechtes Verhältnis zu seinen Eltern, dort zu wohnen war schwierig. Aber auch die Bevormundungen durch ihre Mutter waren belastend. Ebenso war sie enttäuscht, dass ihr Vater zu allem still war, ihr nie half. Die Gewichte blieben unverändert (1 Jahr = viermal die nächste Stufe antippen und draufstellen).

6. Abschnitt: Mit 23 Jahren zog sie mit Mann und Kind in den Ort ihrer Eltern, eine Straße weiter. Sie hatte sich dadurch Entlastung und Hilfe wegen ihres suchtkranken Mannes und ihrem Kind erhofft. Stattdessen, so erzählte sie, habe sie von ihrer Mutter immer wieder gehört, dass sie durchhalten müsse. Scheidung und Trennung seien für ihre Mutter nicht infrage gekommen. Männer würden eben manchmal über die Stränge schlagen, und wenn er sie schlagen wolle, müsse sie ihm einfach aus dem Weg gehen bzw. ihm keinen Grund geben, so die Ratschläge ihrer Mutter. Verständnis und Hilfe habe sie nie erlebt, erzählte die Klientin. Die Gewichte ließ sie unverändert, da die Treppenstufen nicht genau der Anzahl der erlebten Jahre entsprachen, sollte sie für diesen Fünf-Jahres-Abschnitt drei Stufen insgesamt 20-mal antippen und sich anschließend auf die letzte dieser drei Stufen stellen.

7. Abschnitt: Mit 28 Jahren zogen sie in das Haus ihrer Eltern. Der Partner war bedingt durch seine Sucht arbeitslos geworden. An dieser Stelle richtete ich ihre Aufmerksamkeit auf die vielen Gewichte, die ihr langsam schwer wurden, besonders das Laufen mit dem Gewicht am linken Fuß machte ihr sichtbar Mühe beim Antippen und Hinaufsteigen der Treppenstufen. Daraufhin sagte sie, ihr würde erst jetzt bewusst, wie lange sie „das alles“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] mitgemacht habe mit ihrem Mann und ihrer Mutter und sie müsse wohl sehr selbstquälerisch veranlagt sein. Die Gewichte blieben unverändert (da die Treppenstufen nicht genau der Anzahl der erlebten Jahre entsprachen, sollte sie für diese sieben Jahre vier Stufen insgesamt 28-mal antippen).

8. Abschnitt: Mit 35 Jahren ließ sie sich von ihrem Mann scheiden und erhielt das alleinige Sorgerecht für ihren Sohn. Sie erzählte, wie schlecht es ihr gegangen sei, bis sie endlich den Entschluss gegen ihre Mutter durchgesetzt habe. Sie nahm das Gewicht am Fuß (das Symbol für die Last, die sie durch ihren Mann empfand) ab und legte es auf die Stufe. Sie genoss das Gefühl, wieder sicherer und leichter zu gehen. Das Gefühl habe sie nach der Trennung auch erlebt, endlich leicht und frei, nicht mehr in der ständigen Angst zu leben, wie der Mann nach Hause kommen würde und sie sich und ihr Kind vor ihm schützen könne, erklärte sie.

Sie atmete tief durch, hob ihren Fuß, drehte ihn, sah ihn dabei an und lächelte zufrieden (da die Treppenstufen nicht genau der Anzahl der erlebten Jahre entsprachen, sollte sie für drei Jahre zwei Stufen insgesamt 12-mal antippen).

9. Abschnitt: Mit 38 Jahren gelang es ihr mithilfe einer Therapeutin sich von ihrer kaltherzigen Mutter zu lösen, zumindest was die Wohnsituation anbelangte und zog mit ihrem Sohn in eine eigene Wohnung. Diese war zwar im selben Ort, aber weiter entfernt von ihrem Elternhaus. Im Rucksack verblieben zwei Handmanschetten von je 2,5 kg, denn sie hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht ganz von der Mutter gelöst (da die Treppenstufen nicht genau der Anzahl der erlebten Jahre entsprachen, sollte sie für diese drei Jahre die Letzte verbleibende eine Stufe 12-mal antippen).

10. Abschnitt: Wir standen auf der letzten Stufe. Sie war zum Zeitpunkt der Imagination 41 Jahre. Die gegenwärtige Situation wurde besprochen, der Grund weshalb sie in meine Beratungspraxis kam und wie es ihr im Moment ging. Sie ließ ihre Gewichte unverändert.

11. Abschnitt: Als ich diesen letzten Abschnitt, die Zukunftsperspektive ansprechen wollte, ergriff die Klientin das Wort: Wir seien am Ende der Stufen angelangt und sie würde einen gedeckten Tisch sehen, das passe sehr gut, denn sie habe vor einiges zu verbessern und gemütlicher für sich einzurichten. Und so ging sie zielstrebig, mit ihren Gewichten beladen, zum gedeckten Tisch. Bevor sie sich setzte, legte sie den Rucksack (Symbol der Last *Mutter*) und die Hantel (Symbol der Verbundenheit und gleichermaßen der Last *Vater*) direkt neben sich. Als sie sich seufzend setzte, sagte sie, sie könnte nicht glauben, wie viele Jahre sie diese ganze Last mit sich herumschleppte, bis sie es hier (sie meinte damit die Imagination) zum ersten Mal schaffte, sie abzulegen. Sie stellte fest wie gut und leicht das ginge und wie erleichtert sie sich fühle, sie könne besser atmen, was sie mehrfach tat, indem sie kräftig durchatmete, so als ob sie testen musste, ob es wirklich leichter ging. Dabei hatte sie die 1,25 kg Gewichtsmanschette (das Symbol für ihren Sohn) immer noch am linken Arm. Sie griff nachdenklich zur Kaffeetasse. Da diese schwer und der Kaffee heiß war, benötigte sie zwei Hände für die Tasse, wobei ihr das Gewicht am Arm ziemlich hinderlich war. Darauf angesprochen sagte sie, es sei doch schön „ihn“ [Originalwortwahl der Klientin; womit sie ihren Sohn meinte; P. H.] bei sich zu haben, „es ist so beruhigend“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] nicht ganz allein zu sein. Daraufhin fasste ich zusammen, was sie erlebt hatte: Alleingelassen zu werden von den Eltern, aber besonders von der eigenen Mutter, das wolle sie ihrem Sohn ersparen. Also müsse er in ihrer Nähe sein, nur so könne sie ihm signalisieren, dass sie für ihn da sei und auch weil sie nicht allein sein wolle, würde sie ihm vieles abnehmen, auch wenn es für sie unbequem, nervend, lästig und zu viel sei, so wie das Halten der Kaffeetasse während der Imagination.

Sie sah sich um, sagte nach einer Weile wie still und friedlich es sei, wie schön und gemütlich der Tisch gedeckt sei. Dann machte sie eine kurze Pause, schloss die Augen und genoss sichtlich die Atmosphäre, als sie plötzlich und unvermittelt sagte, sie wolle das Gewicht am Arm doch lieber ablegen, „ihn“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] neben sich legen, das sei bequemer. Ich nahm dies auf und reflektierte, dass ihr Sohn ihr auch da noch sehr nahe sei, sie nicht ganz alleine sei, die Verbindung da sei, sie könne ihr Leben sichtbar besser genießen wenn sie ihn, wie in diesem Augenblick, nicht so fest an sich binde. Auf der anderen Seite könne auch er sich vielleicht freier bewegen und entwickeln, es sei wohl für sie und ihn das Bessere, lenkte sie ein, was sie sichtlich beruhigte.

### 6.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Als wir einige Tage später die Imagination noch einmal gedanklich durchgingen, kam sie sofort auf das Thema ihrer Abtreibung zu sprechen. Nach wie vor konnte sie schwer begreifen, wie sie dieses belastende Ereignis ausblenden konnte, war es doch der Grund für ihren ersten Auszug von zu Hause. Sie sei damals davon überzeugt gewesen es als Alleinerziehende mit Kind schaffen zu können, aber ... (hier brach die Klientin den Satz ab). Sie merkte, wie sehr sie sich von der Meinung ihrer Mutter immer wieder in Situationen treiben ließ, wie „ein Kind zu töten“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], eine Ehe, die sie nie freiwillig eingegangen wäre, einzugehen und diese so lange auszuhalten.

Eigentlich hätten die Gewichte gar nicht ausgereicht auf der Treppe, da hätte sie noch etliche Kilo mehr schleppen müssen, berichtete sie kopfschüttelnd. Seit Beginn der Pubertät versuche sie gegen ihre Mutter aufzubegehren, aber sie fühle sich ihr gegenüber immer unterlegen, stellte sie fest.

Selbst wenn sie so handelte, wie ihre Mutter es forderte, hatte sie nie das Gefühl, ihrer Mutter zu gefallen oder von ihr geliebt zu werden. Das alles wolle sie ihrem eigenen Kind ersparen und nun stelle sie erschrocken fest, lehne sie ihr Kind ab, wie es ihre eigene Mutter bei ihr getan habe, erzählte sie. Sicher seien ihre Gründe für die Ablehnung anders, stellte sie fest, aber das Ergebnis sei dasselbe. Sie hielt im Gespräch inne und die Tränen liefen über ihre Wangen. Das sei ein Schock, denn sie bevormunde ihren Sohn nicht, kritisiere nicht, liebe ihn doch und das war doch genau das Gegenteil, von dem was sie erlebt habe, resümierte sie und hielt auch sofort inne. Erschrocken sah sie mich an. Sie setzte das andere Extrem in ihrer Erziehung um. Sie verabscheute Vorgaben bei ihrer Mutter so sehr, dass sie ihrem Sohn gar nichts mehr sagte, keine Erwartungen an ihn herantrug und immer hoffte, dass er von alleine darauf kam, wie belastend er für sie z. T. war. Vielleicht müsse sie anders damit umgehen, die beiden Extreme seien beide auf ihre Art nicht gut, dabei atmete sie tief durch und beendete ihre Überlegungen.

#### 6.4 Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

In der Folgesitzung ging sie an die Gründe der Ablehnung heran, wobei immer wieder Verbindungen zur Imagination gezogen wurden, was für sie die Leidensphasen deutlicher werden ließ. Sie wollte nie wieder ihr Leben als eine Treppe mit so vielen Gewichten erleben, waren häufige Bemerkungen von ihr. Teilweise wiederholte sie ihre Ausführungen aus der letzten Sitzung und sie entdeckte, dass sie egal was und wie sie etwas machte, immer die Kritik der Mutter zur Folge hatte. Sie erzählte viele kleine Erlebnisse, die sich diesbezüglich zutrugen wie z. B., als sie ihrer Mutter einmal eine dreistöckige Torte zum Geburtstag schenkte (an der sie mehrere Stunden gearbeitet hatte) und ihre Mutter an dem Aussehen der Torte ebenso herumkritisierte wie an dem Geschmack. Ihre Mutter verletzte sie so oft, dass sie sich nicht erklären konnte, wie sie das ausgehalten hatte.

Sie nahm sich vor ihrer Mutter demnächst „die Stirn zu bieten“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und ihr zu sagen, wie sich fühlte. Da sie allerdings ängstlich war, Unsicherheit darin bestand, wie sie sich gegen ihre Mutter aufstellen konnte, übte sie in einer Sitzung, auf eigenen Wunsch, auf Kritik ihrer Mutter geeignet zu reagieren.

Sie wusste ebenso wenig, wie sie mit ihrem Sohn umgehen sollte. In den nächsten Sitzungen benutzten wir wieder die Erlebnisse der Imagination, um auf das einzugehen, was sie in ihrem Verhalten ändern konnte. Sie zog immer wieder die Vergleiche, wie sie sich von ihrer Mutter behandelt fühlte. Ihr wurde bewusst, dass ihre Mutter genau wie sie wenig lobte, vorwiegend kritisierte und sie wollte sich diesbezüglich ändern. Etwas deprimiert, vor allem aber erschrocken sagte sie einmal, dass sie eigentlich genau wie ihre Mutter geworden war, obwohl sie diese für ihr Verhalten absolut ablehnte. Sie hatte ihren „Sohn abgelehnt und ihn in eine Schablone pressen wollen, in die er nicht hineinpasst“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie mache bei ihrem Sohn dieselben Fehler, wie ihre Mutter bei ihr, stellte sie fest. Da habe ihre Mutter „gut gearbeitet“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] ihr Verhalten in die nächste Generation weiter zu tragen, aber das wolle sie nun ändern, bemerkte sie.

Sie führte danach Gespräche mit ihrem Sohn über das, was sie während der Sitzungen entdeckte und was sie ändern wollte. Diese Gespräche und deren Inhalt ging sie vorher jedes Mal in einer vorangehenden Sitzung durch, da sie dadurch mehr Sicherheit erlangte, mehr Mut hatte, weil sie wusste, was sie und vor allem wie sie etwas sagen konnte, waren ihre Begründungen. Sie machte sich jedes Mal einen Stichwortzettel, damit sie nichts vergaß. Bei der Mutter boten sich während der Zeit der Beratungsphase keine Möglichkeiten, gezielt ein klärendes Gespräch zu führen, aber ihr Sohn entwickelte Interesse an seiner Mutter und ihrer Lebensgeschichte und veränderte sich langsam. In einer Sitzung erzählte mir die Klientin, dass ihr Sohn sie mit einem Essen überrascht habe und er mache immer öfter etwas im Haushalt. In einer anderen Sitzung brachte die Klientin ein Din-A4-Blatt mit und strahlte mich an. Sie hatte sich nach all den Stunden einmal zu Hause hingeworfen und aufgeschrieben, was sie an ihrem Sohn positiv empfand. Denn bisher hatte sie nur in der Welt mit der Sichtweise gelebt, die von

ihrer Mutter geschaffen worden war. Sicher habe sie auch ihren Teil dazu beigetragen, z. B. war ihr Ex-Mann in ihren Augen ein Versager und sie habe sich nicht vorstellen können, wie sie an ihn geraten und das Martyrium so lange habe aushalten können, erzählte sie. Und weil ihr ihre Mutter immer gesagt habe, mit dieser Erbmasse könne aus ihrem Sohn ohnehin nie etwas werden, vergleiche sie ihn ständig mit ihrem Ex-Mann, aus der Angst heraus, ihr Sohn könne sich vielleicht wirklich zu einem suchtkranken Versager entwickeln, erzählte sie weiter. Ständig hatte sie Stress genau aufpassen zu müssen wie und was er tat, besonders im Verhalten gegenüber seiner Oma. Natürlich, so ihre ironische Tonart, habe er immer etwas getan oder habe etwas Unangenehmes gesagt und sie habe ihn dafür teilweise gehasst. Sie hasste ihn, weil sie sich so viel Mühe gab, dass sie endlich einmal Anerkennung für ihre Leistung als Mutter bekam. Sich selbst hasste sie dafür, dass sie keinen intelligenten, zielstrebigem und aufmerksamen Sohn auf die Welt gebracht hatte. Auf der einen Seite konnte sie ihren Sohn bisher nicht loslassen, weil sie beweisen wollte, wie gut sie für ihn sorgen konnte und sie wollte nicht alleine sein. Sie wollte ihrer Mutter beweisen, dass ihr Sohn gut war und er auch beruflich auf die Beine kam, deshalb konnte sie ihn während der Imagination, am Schluss auf der Treppe, nur sehr zögerlich ablegen, erinnerte sie sich. Auf der anderen Seite war sie wenig stolz auf ihren Sohn, lehnte ihn ab und verglich ihn oft mit ihrem drogenabhängigen Ex-Mann. Sie sei oft auf der Suche nach vermeintlichen Gemeinsamkeiten von ihrem Ex-Mann und ihrem Sohn, hielt bei ihrem Sohn häufig Ausschau nach schlechten Angewohnheiten u. ä., damit sie sofort gegensteuern könne, sodass sie kaum einen Blick für das Positive habe, sagte sie. Sie hatte in einer Sitzung eine Positivliste von ihrem Sohn mitgebracht:

*Er ist hilfsbereit, ausgeglichen, warmherzig, nimmt weder Alkohol, noch Drogen zu sich, raucht nicht, ist sehr ruhig und strahlt Zufriedenheit aus.*

Wir gingen diese Liste durch und die Klientin stellte fest, dass diese Persönlichkeitsmerkmale wichtige, gute Eigenschaften im Leben seien und sie durchaus stolz sein könne, wenn ihr Sohn z. B. nicht zu Drogen und Alkohol greifen würde. Sie wollte sich vornehmen diese Liste anzusehen, wenn sie an ihrem Sohn wieder zweifelte. Sie löste sich zwar nur sehr langsam von ihrem Sohn, gewann aber dank der zunehmend positiven Einstellung ihrem Sohn gegenüber immer mehr Vertrauen, dass er eine eigene Persönlichkeit war und mit ihrem Ex-Mann nicht vergleichbar war. Sie wollte ihm nicht mehr alles hinterher räumen, für ihn waschen, putzen und kochen, ließ ihn seine persönlichen Dinge immer öfter alleine machen, auch wenn er manchmal scheiterte. Sie regte bei ihrem Sohn an, dass er sich bei der Agentur für Arbeit informieren konnte, wie es für ihn beruflich weitergehen konnte. Sie suchte aber weder die Telefonnummer heraus, noch machte sie einen Termin für ihn, was sie als großen Fortschritt in ihrem Verhalten ansah und sich dabei erstaunlich wohlfühlte. Zu einem etwas späteren Moment setzte sie ihm eine Frist – spätestens im Juli 2009 sollte er ausziehen, egal ob er Arbeit hatte oder nicht. Er sei alt genug und sie wolle, dass er endlich auf eigenen Füßen stehen lerne und sie habe auch endlich das Recht auf ein Leben nach der Erziehungsphase, so ihre Argumentation. Gegenüber ihrer dominanten, hartherzigen Mutter schämte sie sich phasenweise immer noch, dass ihr Sohn nicht besser war und keine Ausbildung machte, aber sie hielt sich dann vor Augen, was sie an ihrem Sohn so schätzte und das half ihr, dieses Gefühl immer weniger wirksam werden zu lassen. In der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung erzählte mir die Klientin, dass sie ein „heftiges Gespräch“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] mit ihrer Mutter gehabt habe. Es ergab sich einfach aus einem Gespräch heraus. Ihre Mutter fing wieder an sie und ihren Sohn schlecht zu machen und da war ihr „der Kragen geplatzt“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie hielt ihrer Mutter vor, wie sie mit ihr umging, ihre harte kaltherzige Art und dass sie Jahrzehnte ihres Lebens damit zubrachte, ihren Ansprüchen zu genügen und sie dabei ihren eigenen Sohn fast verlor. Und noch vieles mehr hatte sie „herausgelassen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie fühlte sich danach leicht und entspannt, ihre Mutter dagegen erlebte sie das erste Mal in ihrem Leben sprachlos. Ihr Vater stellte sich auf ihre Seite und pflichtete ihr ganz oft bei. Er ging am Schluss auf sie zu, nahm sie weinend in den Arm und sagte es wäre gut, dass sie das alles einmal los wurde und er ahnte es schon lange, wie sehr sie darunter litt. Aber auch er hatte manchmal vor seiner Frau und ihren Reaktionen Angst und um des Friedens willen blieb er immer still, das tat ihm leid, denn er hatte es versäumt, ihr zu helfen. So lagen sie sich lange Zeit beide weinend in den Armen.

In der letzten Stunde vor der Abschlussitzung dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.6.7). Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 19), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 19), Selbstsicherheit/Selbstbewusstsein (T3 K 2, T3 K 17), hohen kommunikativen Status/körperliche Expansion (T3 K 36), nonverbale Verstärker (T2 K 8), Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 42; T2 K 1, T2 K 8) und auch im äußeren Erscheinungsbild zeigte sie, dass sie langsam energischer wurde (T5 K 13).

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 2	K 14	K 19	K 24	K 36	K 42		
	Sonstiges: Hand nur noch am Hals, wenn sie Lösungen kreierte							
T2	K 1	K 8						
T3	K 2	K 4	K 9	K 13	K 17	K 25	K 28	K 34
T4	Auffälliges Verhalten			Erkennbarer Zusammenhang				
T5	K 3	K 7	K 10	K 13	K 17			
	Sonstiges: K 3 - Modemix, alt, sauber aber gut erhalten							

Tab.: III.6.7

### 6.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden bis dahin aus einem zwei- bis dreiwöchigen Rhythmus. Bis Mitte Juli 2006 nahm sie, exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlussitzung insgesamt vier Sitzungen in Anspruch.

Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.6.8) welches im Anschluss unter 6.5.1 und 6.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

<b>H</b>	<b>Abschluss</b> - Datum: ... Juli 2006	<b>Seite: 15</b>
Name: Klientin Fall 5		
Vorher-Nachher-Vergleich:		
Vorher: Ängstlich – unsicher – Versagensangst bei Erziehung – versagt in Augen ihrer Mutter – Abhängigkeit von Meinung der Mutter – wütend auf sich, ihren Sohn und ihre Mutter – vergleicht Sohn mit drogenabhängigem Vater – eigener Vater spielt kaum Rolle – in schwierigen Situationen auf sich allein gestellt		
Nachher:		
Abtreibung wurde in Lebenslauf integriert – selbstsicherer – selbstbewusster – löst sich von Mutter – handlungsfähig – zuversichtlich, hat Zukunftspläne – sieht Sohn anders, vergleicht nicht mehr – kommt Vater wieder näher – sucht die Gespräche mit Sohn, Mutter, Vater		

Abb.: III.6.8

#### 6.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

Die Klientin hatte, bedingt durch die Umstände, gelernt vieles auszuhalten, emotionale Lasten zu tragen, ohne Rücksicht auf sich selbst. Dem Vater und vor allem der Mutter wollte sie vieles recht machen, den Ansprüchen besonders der Mutter genügen. Die Angst und das unbewusste Wissen, dass auch ihr Kind den Ansprüchen ihrer Mutter nicht genügen konnte, bewirkten bei ihr Minderwertigkeitsgefühle gegenüber ihrer Mutter, Ängstlichkeit, Unsicherheit, Versagensangst in der Erziehung auch bedingt durch die Abhängigkeit von der Meinung der Mutter, wie dies in vielen Bereichen der Fall war. Sie war wütend auf sich, weil sie sich gegen ihre Mutter nicht durchsetzen konnte, auf ihren Sohn, weil er scheinbar durch sein Verhalten bei ihr immer den Vergleich mit ihrem ehemaligen drogenabhängigen

Partner hervorrief und auf ihre Mutter, aus oben genannten Gründen. Der eigene Vater spielte kaum eine Rolle, in schwierigen Situationen war sie auf sich allein gestellt.

Nach der Imagination zeigten die Veränderungen in der Körpersprache, dass sich die Veränderungen nicht nur in ihrem sichtbaren Handeln, sondern auch in ihr vollzogen. Anzeichen von Passivität (T1 K 3), Beschwichtigungshaltung (T1 K 13; T2 K 12), Unterlegenheit/ Unterwerfung (T1 K 13, T1 K 26, T1 K 46; T2 K 12), Ausdruck von Kontrollvermögen (T2 K 2), Kapitulation/Opferstatus (T2 K 6; T3 K 18), wenig Selbstbewusstsein und mangelndes Selbstvertrauen (T3 K 14, T3 K 18) waren verschwunden. Anzeichen der Angst, Unsicherheit und ebenso Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung waren stark reduziert auf T1 K 19. Selbstsicherheit/Selbstbewusstsein (T3 K 2) war verstärkt durch T3 K 17, hohen kommunikativen Status/körperliche Expansion (T3 K 36) trat in den Sitzungen immer öfter auf, non-verbale Verstärker hatten sich von T3 K 34 auf T2 K 8 verlagert und die Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 42; T2 K 1, T2 K 8) hatte sich entwickelt.

Sie war nach der Imagination endlich in der Lage ihre Abtreibung mit 19 Jahren in ihren Lebenslauf zu integrieren, was gleichzeitig der Schlüssel war, Einsicht zu gewinnen, wie sehr sie sich von ihrer Mutter bevormunden ließ. Je mehr sie sich mit ihrer, durch die Imagination deutlich gewordenen, Geschichte auseinandersetzte, desto selbstsicherer und selbstbewusster wurde und agierte sie. Langsam löste sie sich von ihrer Mutter, entwickelte Lösungsmöglichkeiten ihr im Gespräch besser begegnen zu können. Sie wurde zunehmend handlungsfähiger, zuversichtlicher und machte Zukunftspläne, wie sie mit Lebensereignissen umgehen könnte und entwickelte Strategien wie sie gegen Situationen, die sie nicht mehr erleben wollte, vorgehen könnte. Sie sah seit der Imagination und den anschließenden Sitzungen ihren Sohn anders, verglich ihn nicht mehr mit seinem Vater, sondern suchte die Gespräche mit ihrem Sohn, ließ ihn an ihren Problemen und Veränderungswünschen teilhaben. Ihrem Vater war sie nach einem ernsthaften Gespräch mit ihrer Mutter wieder näher gekommen.

### 6.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin der Klientin einen chronologisierten Gesamtüberblick über ihre genannten Eckdaten zu ermöglichen, ihre Erinnerungen aufzufrischen, präsenter werden zu lassen und sie dadurch selbst entdecken zu lassen, was sie ausgehalten hatte. Sie wurde dadurch in die Lage versetzt ihre Schwächen und auch ihre Stärken zu entdecken, aber auch Unbewusstes konnte dadurch für sie zugänglich gemacht werden (Abtreibung mit 19 Jahren). Die Imagination machten ihr bewusst, welche Umstände z. T. ihre schwierigen Situationen ausgelöst hatten, zeigten Stärken auf (Auszug mit 19 Jahren, so lange ausgehalten zu haben) und vermittelte das Gefühl sich von Dingen und Personen befreien zu können. Aus dieser Perspektive heraus wurde sie in die Lage versetzt neue Zielvorstellungen zu entwickeln, denn die Klientin hatte durch diese Übersichtsmöglichkeit über ihre Geschichte ihren *roten Faden* erkannt, konnte ihre Verhaltensweisen besser verstehen und einordnen.

War die erste Begegnung seitens der Klientin geprägt von Angst und Unsicherheit entwickelte sich bei ihr die Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 42; T2 K 1, T2 K 8). Letzteres wertete ich als Signal, dass sie das, was sie in den Sitzungen für sich erkennen konnte und die Einsichten, die ihr durch die Imagination ermöglicht wurden, in Lern- und Veränderungsverhalten umsetzen konnte, was ihr Leben angenehmer werden lies und im Umkehrschluss dazu führte, dass sie a) Vertrauen in die Hilfe durch die Imagination und die Sitzungen gewann und b) sich mit ihren Sorgen und Problemen nicht mehr alleingelassen fühlte.

### 6.5.3 Die Zukunftsorientierung

Die nächsten Schritte, die sie gehen wolle, waren a) weiter an der Verbesserung der Beziehung zu ihrem Sohn zu arbeiten, b) ihren Sohn weiter am Haushalt zu beteiligen, c) ihren Sohn darauf vorzubereiten, dass er noch ca. zwei Jahre (Juli 2009) in der Wohnung wohnen könne, dann jedoch ausziehen müsse, egal wie er das finanziell schaffen werde, es gäbe Sozialwohnungen usw., sie wolle das durchsetzen, dann käme er vielleicht endlich beruflich auf die Beine, so ihre Überlegungen und zuletzt d) das Verhältnis zu ihrer Mutter müsse endlich verändert werden.

Zuerst wollte sie an dem Verhältnis zu ihrem Sohn arbeiten und so plante sie in einigen Monaten, wenn dieses Verhältnis einigermaßen gefestigt war, und sich gut für sie anfühlte, nochmals Gesprächstermine bei mir zu machen, die darauf abzielen sollten, sie für ein Gespräch mit ihrer Mutter zu festigen und zu stärken.

Diese Termine fanden nicht statt.

## 6.6 Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Im September 2006 verlief das informelle, nicht-standardisierte Telefoninterview wie folgt (Gedächtnisprotokoll): Ihre Mutter rief nach einem weiteren heftigen Gespräch bei ihr nur kurz an und sagte, da sie ohnehin alles falsch mache, aber nicht anders könne, würde sie sich von jetzt an ganz aus allem heraushalten, sie solle aber „nur nicht angekröchen kommen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], wenn es ihr schlecht ginge. Hilfe könne sie nicht mehr erwarten, so die Worte ihrer Mutter. Seit dem zweiten heftigen Gespräch mit ihrer Mutter gingen die Klientin und ihr Vater öfter aus und unterhielten sich über das, was war und wie es weitergehen sollte. Die Ehe ihrer Eltern hatte seither einen tiefen Riss erfahren, was (so ihr Vater) schon lange der Fall war, nur wollte es keiner bemerken. Ihre Mutter wechselte seither weder mit ihrem Mann noch mit ihr oder ihrem Enkel ein Wort. Die Klientin erzählte mir dies in einem sehr gelassenen, fast fröhlichen Ton und fügte hinzu, dass die Hilfe ihrer Mutter ohnehin nur darin bestehen würde, sie zu Dingen zu zwingen, die deren Welt entsprechen würden, ohne Rücksicht auf die Gefühle ihrer Tochter und das brauche sie nicht mehr. Sie hatte einen Vater, der sich ihrer endlich richtig annahm und sie immer besser verstehen lernte, so wie sie den Weg zu ihrem Sohn gefunden hatte.

Im Dezember 2006 rief ich bei der Klientin nochmals an (informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview). Gedächtnisprotokoll: Sie hatte mit ihrer Mutter noch ein persönliches Gespräch und ihrer Mutter gesagt, dass sie ebenfalls Hilfe brauche, eine Therapie oder aber auch die Hilfe, die sie habe bei Frau Hempel erfahren dürfen, aber ihre Mutter habe dies vollkommen brüskiert abgelehnt und „schmiss“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] sie raus. Seitdem habe es kein einziges Wort mehr zwischen ihnen gegeben und das merkwürdige dabei sei, dass es ihr nichts mehr ausmache, solle sie doch sehen, wo sie bleibe, sie ginge ihren Weg auch ohne sie und das war weitaus besser als mit ihr, so die Klientin. Ihr Sohn hatte eine Festeinstellung als Hilfsarbeiter und plante von sich aus den Auszug aus der gemeinsamen Wohnung. Am kommenden Wochenende würden sie gemeinsam nach einer kleinen Wohnung im Ort suchen. Ihr mache das gar nichts aus, wunderte sie sich, so müsse sie mittags nicht immer Essen kochen, habe dann endlich weniger im Haushalt zu tun. Sie konnte sich das Leben ohne ihren Sohn in der Wohnung sehr gut vorstellen. Das gute Verhältnis zu ihrem Vater verbessere sich stetig und sie glaube, dass er sich von seiner Frau bald trennen würde, das sei besser für ihn, nur entscheiden müsse er das alleine, erzählte die Klientin. Sie lachte, meinte es sei schön so viel Positives berichten zu können und wir verabschiedeten uns voneinander.

Im Juli 2007 rief ich bei der Klientin ein letztes Mal an (informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview). Gedächtnisprotokoll: Es sei fast ein Jahr her, seit den Sitzungen bei mir und ich wolle hören, wie es ihr in der Zeit ergangen sei, begann ich das Gespräch. Dass ich mich nach so langer Zeit an sie noch erinnerte, fand sie erstaunlich und sie fing gleich zu berichten an. Ihre Eltern lebten in Trennung und ihr Vater hatte eine neue Partnerin, mit der er bereits zusammenwohnte. Er stand nach wie vor zu ihr, auch wenn er mit der neuen Partnerin etwas weiter weggezogen war. Aber dort habe sie endlich das Gefühl Eltern zu haben, denn seine Freundin sei ein richtiger Mutterersatz für sie, erzählte die Klientin. Dann sei ihre eigene Mutter ziemlich in den Hintergrund getreten, resümierte ich. Ihre leibliche Mutter sei nicht in der Lage auch nur ein vernünftiges Wort mit ihr zu reden, sie habe das Gefühl, dass sie ihr die Schuld daran gäbe, dass ihre Ehe zerbrochen sei. Aber das sei ihr Problem, sagte die Klientin.

Ihr Sohn hatte eine schöne Wohnung und im Beruf entwickelte er sich gut. Sein Vorgesetzter regte bei ihm an, ob er nicht doch in diesem Bereich (arbeiten im Lager) eine Ausbildung machen wollte, die Kenntnisse hätte er doch ohnehin fast alle. Sie war gespannt, ob er das machen wird.



Sie selbst genoss die Ruhe, wenn sie nach Hause kam und langsam würde sie sich wieder anderen Menschen und vor allem auch wieder Männern gegenüber öffnen, das war viele Jahre nicht möglich und sie hatte das Gefühl sich endlich selbst kennenzulernen und das, was sie entdeckte, gefiel ihr. An dieser Stelle beendeten wir das Gespräch.

### 6.7 Die Wirkungsweise

Die Treppe hat einen definierten, exakten Beginn und ein ebensolches absehbares Ende wie das Leben selbst, wobei eine Einschränkung gilt, dass das Leben zwar ein Ende hat, aber i. d. R. keinesfalls ein absehbares. Die Treppenimagination beginnt in der Vergangenheit, geht über die Gegenwart hin zur Zukunft und kann während der meisten Zeit komplett eingesehen werden. Die Klienten gehen bei dieser Imagination die Treppe bergauf, was bei vielen impliziert, dass es mit ihrem Leben bergauf geht, was wiederum häufig mit *es wird besser* gleichgesetzt wird. So wirkt die Treppe von diesem Aspekt her häufig bereits psychologisch positiv bei den Klienten (was einige in dieser Form deutlich verbalisieren), noch ehe sie auf der ersten Stufe stehen. Die Treppe impliziert parallel dazu eine Bewegung hin zu einem Ziel, was dem Klienten a) bewusst macht, was er an Erlebnissen und Leidensgeschichten überstanden oder bewältigt hat und b) was hinter ihm liegt aber, dass es ebenso Dinge gibt, die noch vor ihm liegen (z. B. Ziele). Dadurch, dass das Ziel einsehbar ist, sehen die Klienten während der Imagination häufig hin, orientieren sich ein Stück weit daran, öffnen sich von Beginn der Imagination für den Weg, der angenehm zu enden scheint, für den sie jedoch z. T. Unangenehmes überwinden müssen, sollten sie sich auf die Imagination einlassen. Entschließt sich der Klient die Treppe zu gehen, macht er dies i. d. R. ganz bewusst, mit einem bestimmten Ziel vor Augen, das er erreichen möchte. Eine Treppe ist immer zielführend. Die Treppe wirkt durch die a) Möglichkeit des Klienten Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft im Blick haben zu können b) zusätzliche Belastung durch die Gewichte, die das Gehen anstrengender sowie wirkungsvoller werden lässt und c) Gewichtsveränderung in jeder neuen Sequenz, die das damalige oder derzeitige Leiden nun direkt am Körper spürbar werden lässt.

Durch die Gewichte wird psychisches Leid aus Vergangenheit und Gegenwart in momentanes, direktes körperliches Empfinden umgesetzt (wenn auch nicht identisch, so doch zumindest im Ansatz) und durch das Verändern der Gewichtssituation von Sequenz zu Sequenz wird die Erleichterung beim Ablegen der Gewichte ebenso deutlich wie beim Auflegen die Belastung.

Den Klienten wird durch das Arbeiten mit den Gewichtsveränderungen in Verbindung mit der Treppe (ihrem imaginierten Lebensweg) ihr Leiden wieder ins Gedächtnis zurückgerufen und in Folge kommt es nicht selten vor, dass verdrängte Ereignisse, die belastend waren, wieder an die Oberfläche gelangen können, wie in Fall 5 die erzwungene Abtreibung.

### 6.8 Die Reflexion

Gut wäre es gewesen, wenn die Treppe so viele Stufen gehabt hätte wie die Klientin Lebensjahre, dann wäre die Anstrengung und die größere Strecke, die hätte zurückgelegt werden müssen bei der Klientin sicher einen noch imposanteren und drastischeren Eindruck hinterlassen. Da dies jedoch nicht immer möglich ist, wie in diesem Fall und es keine Alternative gab ungestört mit der Klientin zu arbeiten, griff ich auf die Variante mit dem Antippen der Treppenstufen zurück, wodurch ich hoffte, eine kleinere Anstrengung eingebaut zu haben. Als sie ein Gewicht an ihr linkes Bein befestigte (Abschnitt 4) und damit die Stufen antippen sollte, bemerkte sie, wie schwierig es war, was mir anzeigte, dass die Variante mit dem Antippen der Stufen keinesfalls hinderlich für die Wirkungsweise der Imagination war. Eine andere Variante hatte ich verworfen: Es wäre durchaus denkbar gewesen, eine Stufe hoch und wieder herunterzugehen und dies entsprechend der Jahre wiederholen zu lassen. Aber als die Klientin gleich zu Beginn alle Gewichte auflud, ließ ich diesen Gedanken sofort fallen.

Bereits bei Abschnitt 1 der Imagination hatte die Klientin alle Gewichte aufgenommen und mir mitgeteilt, dass dies noch zu wenig sei, gegenüber dem wie sie ihr Leid und ihre Belastung empfunden habe. Dies brachte mich, abgesehen von der eben genannten Überlegung, kurzfristig zu neuen Überlegungen a) noch mehr Gewichte zu holen, nur - ich hatte kein geeignetes Material mehr, was mich zu der Frage

fürte b), was ich noch holen könnte und c) wenn sie noch mehr Gewichte auflud, wie sie damit das Gleichgewicht auf der Treppe halten wollte, was ein erhöhtes Unfallrisiko barg. Ich entschied mich in dieser Situation abzuwarten, und als die Klientin in meine Gedanken hinein kopfschüttelnd resümierte, wie lange sie es so ausgehalten habe und sie auf das Thema Gewichte nicht weiter einging, beließ ich es dabei. Die Sicherheit der Klienten hat oberste Priorität, auch wenn bewusst sein sollte, dass nicht alle Risiken beseitigt werden können. Aber die Risiken, die entdeckt werden, müssen minimiert bzw. eliminiert werden. Dies bedeutet für den Berater/Therapeuten absolute Sorgfaltspflicht gegenüber dem Klienten und dem was gemacht werden soll.

Als die Klientin in Fall 5 mehrere Stufen mit den Gewichten bewältigen musste (Abschnitt 1, 6 und 7), hatte ich Bedenken, dass sie hinfällt. Als ich das während des Abschnittes 6 mit dem Satz „Das sieht ziemlich anstrengend und schwierig aus.“ kommentierte, bestätigte die Klientin dies. Stillhalten und zusehen, was passiert, war an diesen Stellen (Abschnitt 1, 6 und 7) schwierig, aber ich machte mir bewusst, dass sie im Leben auch niemanden hatte, der sie führte, stützte oder schützte, was mich davon abhielt ihr irgendwie helfen zu wollen. Im Nachhinein bin ich der festen Überzeugung, dass meine Zurückhaltung bewirkte, dass die Klientin zu dem Schluss kam, sie müsse selbstquälerisch veranlagt sein. Der Abschnitt 2 während der Imagination war weniger von der Sorge um die Sicherheit der Klientin geprägt, sondern für mich wesentlich emotionaler. Denn in dieser Sequenz teilte mir die Klientin etwas mit, was sie bisher noch keinem anvertraut hatte. Sie hatte dieses Leid all die Jahre verdrängt, bis es auf der Treppe plötzlich aus ihr herausbrach. Als sie mir von ihrem Schwangerschaftsabbruch unter Tränen und Schluchzen berichtete, stellte ich mich zu ihr auf dieselbe Stufe. Hatte ich bisher ca. zwei bis vier Stufen unter ihr gestanden, um sie nicht abzulenken und besser beobachten zu können, schien es mir nun wichtig ihr nah zu sein a), falls sie einen Schwächeanfall bekam, b) damit ich ihre nun sehr leise, zitterige und mit Weinen unterbrochene Stimme besser folgen konnte und c) um ihr zu vermitteln, dass sie nun jemanden hatte, dem sie dieses Leiden anvertrauen konnte. Vielleicht hätte ich sie in dieser Phase ebenfalls alleine lassen sollen wie in Abschnitt 1, denn damals war sie es auch, aber da sie so leise sprach, war es mir wichtig sie verstehen zu können, was so lange verdrängt wurde. Es stellte sich mir die Frage, ob sie jemals wieder so dicht an das Thema herangehen würde wie in diesem Moment. Ich wollte ihr signalisieren, dass sie und alles was sie betraf, wichtig war, sie meiner ungeteilten Aufmerksamkeit sicher sein konnte.

Während der ganzen Imagination überraschte mich die Klientin immer wieder mit ihren Reaktionen auf das, was sie all die Jahre über sich hatte ergehen lassen und wie sie sich gequält hatte. Ich war am Ende der Imagination fest davon überzeugt, dass die Klientin, diese Eindrücke nicht so schnell vergessen würde und sie ihren Wunsch nach Veränderung in Handlungen umgesetzt würde.

## 7. Fall 6 unter Nutzung von Motiv 6

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 1 ist *Der Bach*. Dieser Fall ist einer der drei Fälle, der vollständig dokumentiert ist. Begründet ist dies darin, dass diese Klientin traumatisiert war und dadurch ihre Handlungsfähigkeit im familiären Bereich stark beeinträchtigt wurde. Sie lehnte Hilfe durch eine Traumatherapie oder andere Therapeuten kategorisch ab. Für den professionellen Berater, im Bereich der 'Sozialen Therapie', eine große Herausforderung aber auch an die Möglichkeiten der Methode der 'Imaginativen sozialen Therapie'.

### 7.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll

Die Klientin (geboren 1972) kam im September 2006 in meine Beratungspraxis. Sie kam sofort zu ihrem Problempunkt. Ihr Mann habe vor ca. fünf Jahren bei einem Einkauf einen epileptischen Anfall erlitten. Leider sei er mit ihren beiden gemeinsamen Kindern unterwegs, heute sei sie Mutter von drei Kindern, begann sie das Gespräch. Sie erzählte weiter, dass ein Freund der Familie sie zum Unfallort gefahren habe und sich anschließend um die Kinder gekümmert habe. Sie fuhr mit ihrem Mann im Rettungswagen mit und fühlte sich hilf- und machtlos, machte sich Vorwürfe, warum sie ihm die Kinder mitgab. Ihr Mann lag drei Tage in einer Klinik. In dieser Zeit wurde sie über eventuelle Folgen o. ä. von keinem der Ärzte informiert. Es fand kein klärendes Gespräch mit Ärzten statt. Das habe sie eigentlich nicht anders erwartet und trotzdem sei es sehr hart, erzählte sie. Diesbezügliche Erfahrungen machte sie bereits schon einmal, als sie mit 17 Jahren eine Ausbildung zur Krankenschwester begann. Über belastende Erlebnisse in ihrem Beruf konnte sie mit keinem reden. Nach der Ausbildung arbeitete sie deswegen nur zwei Jahre im Beruf. Sie verdiente sich mit diversen Putzstellen ihren Unterhalt, bis sie ihren Mann kennenlernte.

Als ihr Mann aus der Klinik entlassen wurde, bekam er ein halbes Jahr Fahrverbot vom Hausarzt. Ihre Schwiegereltern hätten darauf bestanden, dass keiner erfahren solle, was mit ihrem Sohn sei, denn so fügte die Klientin hinzu, die Kinder ihrer Schwiegereltern, also auch ihr Mann, dürften keine Makel haben, hätten perfekt zu sein, dies gelte besonders vor anderen. Die Schwiegereltern würden zum Glück nicht so nah wohnen, sondern ca. 30 km entfernt von ihnen, erzählte die Klientin. Beide, ihr Mann und sie entsprachen deren Wunsch, über die Krankheit ihres Mannes zu schweigen. Als vor einem Jahr bei einem Besuch einer Fabrikverkaufshalle ihr Mann, im Beisein der drei Kinder und ihr, einen erneuten Anfall gehabt habe, habe sie wie ein Roboter reagiert und sich um alles gekümmert, so die Klientin. Ihr Mann blieb eine Nacht zur Beobachtung im Krankenhaus und durfte daraufhin ein Jahr lang nicht Auto fahren.

Ihre Schwiegereltern waren wieder darauf bedacht, dass keiner etwas davon erfahren durfte. Nur die engsten Verwandten und zwei befreundete Paare waren informiert. Die älteste Tochter, die vor einem Jahr ca. acht Jahre alt gewesen sei, frage sie manchmal, ob sie noch wisse, wie es damals mit Papa gewesen sei, als er umgefallen sei, so die Klientin. Sie war äußerst unsicher, wie sie reagieren sollte, wich meist aus oder lenkte auf andere Themen. Sie selbst hatte seitdem immer wieder Atembeklemmungen, besonders wenn sie sich vom Bücken aufrichtete (genau in dem Moment, wenn sie mit dem Oberkörper eine fast waagerechte Haltung hatte).

Sie schob die Ursache ihrer Atembeklemmungen, die nach dem ersten epileptischen Anfall ihres Mannes auftraten, auf alte Rückenprobleme, die sie seit der ersten Schwangerschaft hatte. Diesbezüglich war sie bei einem Orthopäden, was wenig half. Er versicherte, dass körperlich alles in Ordnung war. Seit dem zweiten epileptischen Anfall ihres Mannes im letzten Jahr kamen Beklemmungen im Halsbereich dazu.

Ihr Vater erhielt kurz nach dem Anfall ihres Mannes die Diagnose *Darmkrebs*. Da ihre Eltern an der Nordseeküste wohnten, erfuhr sie davon per Telefon. Beide, ihr Mann und ihr Vater seien sehr positive Menschen, sagte die Klientin. Sie dagegen stufte sich als den Gegenpol ein. Nun durfte ihr Mann bald wieder Auto fahren und sie machte sich große Sorgen, wenn er die Kinder mitnehmen wollte.

Sie traute sich ihm gegenüber nicht ihre Ängste auszusprechen, weil sie ihm seine positiven Gedanken nicht zerstören wollte. Sie traute sich auch nicht ihren Nachbarn und Kindern gegenüber, etwas zu sagen.

Z. Z. sei sie so durcheinander, müsse ständig an belastende Erlebnisse denken, würde die Szenen der Situationen mit den Anfällen ihres Mannes nicht aus dem Kopf bekommen, sodass sie auf Anraten ihrer Hausärztin Johanniskraut gegen ihre Angst- und Unruhezustände einnehmen würde, erzählte die Klientin. Therapien, wie eine Traumatherapie oder andere Therapien lehne sie kategorisch ab, das brauche ich ihr gar nicht erst zu raten, da würde sie keiner hin bekommen, war ihr Abschluss.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.7.1).

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 2	K 8	K 15	K 22	K 31	K 37	K 47	
	Sonstiges: K 15 Schultern dabei stark nach vorne gezogen							
T2	K 2	K 9						
	Sonstiges: K 9 extrem							
T3	K 2	K 4	K 15	K 18	K 19	K 26	K 28	K 34
	Sonstiges: K 18 und 19 je nach Problem, mit Tränen und K 2 verbunden, weil zu leise s. K 18 und K 19							
T4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang			
T5	K 3	K 7	K 9	K 13	K 17			
	Sonstiges: Alle Kleidungsstücke ein bis zwei Nummern zu groß.							

Tab.: III.7.1

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 15, T1 K 31, T1 K 37; T2 K 9 b); T3 K 19, T3 K 26), Depression (T3 K 19), Selbstberuhigung (T1 K 31), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T3 K 19; T5 K 3), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 8), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 2, T3 K 19), Gegenüber wird als stark überlegen angesehen/Körperbarrikade (T1 K 15, T1 K 22, T1 K 31, T1 K 37; T1 K 46), Unterwerfung (T1 K 46), Kontrollvermögen (T2 K 2), Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2), nonverbale Verstärker (T3 K 34), möchte energisch wirken (T5 K 13). Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Klientin einen verunsicherten, ängstlichen, teilweise aber auch resignierten Eindruck hinterließ, was auf Erlebnisse hindeuteten in denen sie sich anderen gegenüber stark zurücknehmen musste (s. T3 K 15), was auch erklären würde, weshalb sie ihr Gegenüber als überlegen ansah, sodass sie Körperbarrieren aufbaute. Diesbezüglich wäre ihre abschließende, fast feindselige Einstellung zu Therapien und dem Hinweis, das müsste ich gar nicht versuchen, darin begründet, zu etwas gezwungen zu werden. Sie wollte Hilfe, hatte aber Angst, dass sie etwas machen musste, was ihren Einstellungen und Wünschen widersprach, dies hatte sie bereits in ihrer Familie erlebt (z. B. Tabuisierung der Erkrankung ihres Mannes). Das Erscheinungsbild, die Kleidungsübergröße ließ ahnen, dass sie Enge in ihrem Leben (bevormundet durch die Maßgaben der Schwiegereltern) nicht auch noch am Körper empfinden wollte. Sie fühlte sich evtl. wohler, wenn es nicht eng wurde, weder im Leben noch bei der Kleidung.

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.7.2), **B** (s. Abb.: III.7.3) und **C** (s. Abb.: III.7.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt, s. Abb.: III.7.5). Problemlos schien die Zeit von ihrer Geburt 1972, bis zum Beginn ihrer Ausbildung zur Krankenschwester 1989.

Während der Ausbildung und in den zwei Berufsjahren hatte sie viele negative Erlebnisse, die der Grund dafür waren den Beruf 1994 aufzugeben. Danach erlebte sie eine relativ ruhige Zeit, arbeitete und lernte ihren Mann kennen.

Ab dem Moment der 1. Schwangerschaft gab es immer wieder Probleme mit Rückenschmerzen und das Verhältnis zu den Schwiegereltern war schwierig. Traumatisch war der erste epileptische Anfall ihres Mannes, bei dem zwar nicht dabei war, aber ihre (damals) zwei Kinder. Es ist davon auszugehen, dass es für sie ein Schock war, als ein Freund sie plötzlich abholte, um sie an den Unfallort zu bringen. Sie hatte Angst um ihre Kinder, Angst um ihren Mann, fühlte sich hilf- und machtlos und von den Ärzten allein gelassen. Eine kurze Zeit – zwischen dem ersten Anfall, als ihr Mann wieder Auto fahren durfte und dem zweiten Anfall – wurden die Probleme etwas besser, obwohl sie seither unter Atembegrimmungen litt. Beim zweiten Anfall, bei dem ihre mittlerweile drei Kinder und sie anwesend waren, fühlte sie sich überfordert, weil sie a) auf Kinder achten musste und b) sich um ihren Mann kümmern wollte und c) wieder Ärzte, die ihr nicht zur Seite standen. Bei beiden Anfällen kam noch hinzu, dass die Schwiegereltern ihnen verboten über die Erkrankung und den damit verbundenen Ereignissen zu reden, bzw. nur sehr eingeschränkt reden durften. Sie konnte sich dagegen nicht wehren zumal sie erkennen musste, dass sie einen Partner hatte, der nicht zu ihr stand, was die Vorgaben durch seine Eltern anbelangte. Über belastende Erlebnisse nicht reden dürfen erlebte sie mehrfach a) in ihrer Ausbildung b) im Beruf und nun auch c) im privaten Bereich, was die Krankheit ihres Mannes anbelangte. Tragisch war der Umstand, dass sie zeitgleich mit dem 2. Anfall ihres Mannes per Telefon über die Darmkrebs-erkrankung ihres Vaters informiert wurde, da ihre Eltern weit entfernt wohnten. Sie fühlte sich wieder hilf- und machtlos, hatte Angst, wie es mit ihrem Vater und ihrem Mann weiter ging. Nach dem 2. Anfall entwickelte die Klientin zu den bestehenden Atembegrimmungen zusätzlich Begrimmungen im Halsbereich. Sie hatte oft Angst ihre Kinder mit ihrem Mann allein zu lassen und die Gedanken an erlebte, belastende Situationen kamen ihr immer wieder in den Sinn, Angst- und Unruhezustände entwickelten sich. Eine diesbezügliche Therapie lehnte sie ab. Zusammenfassend war diese Klientin traumatisiert, ihr Hauptproblem die nicht verarbeiteten Erlebnisse.

<b>A</b>					<b>Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... September 2006</b>	<b>Seite: 1</b>
Name/n: Klientin Fall 6						
Geb./Alter: geb. 1972						
Adresse: XXX						
Tel.: XXX				Mobiltel.: XXX		
Verh.: Ja	Gesch.: /	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: 3	Alter: /		
Geschwister: /			Alter: /	Verst.: /		
Eltern: XXX und XXX			Gesch.: /	Verst.: /		
Initiator der Beratung: Selbst, evtl. Hausärztin						
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychosomatische Probleme wie Atembegrimmungen nach ersten epileptischen Anfall ihres Mannes</li> <li>- Nach zweitem Anfall ihres Mannes seit einem Jahr zusätzlich Halsbegrimmungen</li> <li>- Angst- und Unruhezustände</li> <li>- Hausärztin hat Johanniskraut und Traumatherapie o. ä. geraten</li> <li>- Therapien lehnt sie ab</li> <li>- Kann gedanklich kaum abschalten (schlimme Erlebnisse, Anfälle des Mannes)</li> <li>- Angst ihre Kinder mit ihrem Mann allein zu lassen (Autofahrt, Einkauf)</li> </ul>						
In Anspruch genommene Sitzungstermine:						
1 Erstgespräch	6					
2 Imagination	7					
3 Durcharbeiten	8	Abschlusssitzung				
4						
5						

Abb.: III.7.2

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u> und Blatt <u>G</u></b>	<b>Seite: 2</b>
Name: Klientin Fall 6		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... September 2006 - Erstgespräch		
Prägende Ereignisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1972 geboren</li> <li>- 1989 mit 17 Jahren Ausbildung zur Kinderkrankenschwester begonnen</li> <li>- 1994 Beruf aufgegeben – über belastende Erlebnisse wurde nicht geredet – Grund Beruf aufzugeben</li> <li>- Ab 1994 diverse Putzstellen – bis sie Mann kennenlernte</li> <li>- 1. Schwangerschaft – Rückenprobleme</li> <li>- 2. Schwangerschaft</li> <li>- 2001 Mann epileptischer Anfall beim Einkauf mit den zwei Kindern – Freund holte sie zu Hause ab, versorgte Kinder, während sie ihren Mann im Rettungswagen begleitete – machte sich Vorwürfe, weshalb sie ihrem Mann die Kinder überlassen habe</li> <li>- Ihr Mann war drei Tage in Klinik – Arzt suchte nicht das Gespräch mit ihr, ließ sie allein mit ihren Fragen und Sorgen</li> <li>- Mann 1/2 Jahr Fahrverbot</li> <li>- Schwiegereltern erreichten, dass die Erkrankung ihres Sohnes, nach außen hin, vertuscht, wurde (Tabu)</li> <li>- Seither Atembeklemmungen</li> <li>- 3. Schwangerschaft</li> <li>- 2005 erneuter Anfall in Fabrikverkaufsstelle, sie und alle drei Kinder anwesend</li> <li>- Wieder nicht reden dürfen, bis auf engste Verwandte und zwei befreundete Paare durfte keiner etwas wissen</li> <li>- Ein Jahr Fahrverbot für Mann</li> <li>- Vater Darmkrebs, telefonisch informiert worden</li> <li>- Jetzt darf ihr Mann Auto fahren – sie hat Angst und Sorge, weiß nicht wie sich verhalten soll, wenn ihr Mann die Kinder mitnehmen möchte</li> <li>- Seit zweitem Anfall sind zu Atembeklemmungen noch Beklemmungen im Halsbereich dazugekommen</li> <li>- Angst- und Unruhezustände</li> <li>- Ihre Gedanken kreisen vermehrt um belastende Erlebnisse, besonders an die Anfälle muss sie oft denken</li> </ul>		

Abb.: III.7.3

<b>C</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u></b>	<b>Seite: 3</b>
Name: Klientin Fall 6		
Datum: ... September 2006 - Erstgespräch		
Involvierte Personen: <p>Mann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epileptiker</li> <li>- Zwei Anfälle im Abstand von vier Jahren</li> <li>- Beide Male vor den Augen seiner älteren Kinder, einmal vor Frau und jüngstem Kind</li> </ul> <p>Schwiegereltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Können mit Erkrankung ihres Sohnes nicht umgehen</li> <li>- Erzwingen von ihrem Sohn und seiner Frau nach erstem Anfall absolutes Stillschweigen, nach zweitem Anfall erfahren nur engste Familienmitglieder und zwei befreundete Paare der Klientin davon</li> </ul> <p>Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Älteren haben ihren Vater zweimal mit einem Anfall erlebt, das Jüngste einmal</li> <li>- Die Älteren waren beim ersten Mal allein mit Vater unterwegs</li> <li>- Beim zweiten Mal war Mutter dabei und für Kinder sichtbar, die ebenfalls von Situation überfordert</li> </ul> <p>Vater - mittelbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Darmkrebsdiagnose, als sein Schwiegersohn zweiten Anfall hatte</li> <li>- Nachricht an Tochter per Telefon</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nächste Stunde findet eine Imagination mit der Klientin statt</li> <li>- Weitere wöchentliche Sitzungen mit der Klientin</li> </ul>		

Abb.: III.7.4

<b>D Problemanalyse</b>		Seite: <b>4</b>
Name: Klientin Fall 6		
Datum: ... September 2006		
Problem/Teilprobleme:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belastende Erlebnisse: Während der Ausbildung und den zwei Berufsjahren – Grund Beruf aufzugeben – erster Anfall ihres Mannes, sie nicht dabei – Schock, als Freund sie holte, um sie an den Unfallort zu bringen – Angst um Kinder, um Mann – Hilflosigkeit – Machtlosigkeit – von Ärzten allein gelassen – zweiter Anfall, bei dem Kinder und sie anwesend waren – überfordert a) auf Kinder achten und b) sich um Mann kümmern – am Telefon über Darmkrebserkrankung ihres Vaters informiert worden – parallel zum 2. Anfall ihres Mannes – Angst, wie es weiter geht</li> <li>- Über belastende Erlebnisse nicht reden dürfen a) in Ausbildung b) im Beruf und c) im privaten Bereich, was Krankheit ihres Mannes anbelangte</li> <li>- Nach 1. Schwangerschaft Rückenschmerzen</li> <li>- Nach 1. Anfall des Mannes – Atembeklemmungen</li> <li>- Nach 2. Anfall – Atembeklemmungen und Beklemmungen im Halsbereich</li> <li>- Angst Kinder und Mann allein zu lassen</li> <li>- Gedanken an belastende Situationen kommen ihr immer wieder in den Sinn</li> <li>- Angst- und Unruhezustände</li> </ul>		
Hauptproblem: Traumatisierung		
Problem fördernde Situationen/Umwstände: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenschwesterausbildung</li> <li>- 2-jährige Berufsausübung</li> <li>- 1. Anfall ihres Mannes</li> <li>- 2. Anfall ihres Mannes</li> <li>- Kinder waren jedes Mal dabei</li> <li>- Ärzte, die ihr nicht zur Seite standen</li> <li>- Über belastende Ereignisse nicht bzw. nur sehr eingeschränkt reden dürfen</li> <li>- Darmkrebsdiagnose des Vaters</li> <li>- Schwieriges Verhältnis zu Schwiegereltern</li> <li>- Partner, der nicht zu ihr steht, was die Vorgaben durch seine Eltern anbelangt</li> <li>- Häufiges Erinnern</li> <li>- Ablehnende Haltung gegenüber einer Therapie</li> </ul>	Problem mindernde Sit./Umst.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeit zwischen dem ersten Anfall, als ihr Mann wieder Auto fahren durfte und dem zweiten Anfall</li> </ul>	
Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärzte</li> <li>- Mann</li> <li>- Kinder</li> <li>- Schwiegereltern</li> </ul>	Involvierte Person/en:	
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1972 bis 1989 – vor Ausbildung zur Krankenschwester</li> <li>- Nach Berufsabbruch 1994 bis 1. Schwangerschaft</li> </ul>		

Abb.: III.7.5

## 7.2 Die Imagination - Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. Die Klientin zeigte in K, S, und E, dass der Gegenüber als stark überlegen angesehen wurde, und baute verstärkt Körperbarrikaden auf. In diesem Fall sollte das Motiv Begebenheiten ansprechen, ihr aber auch ermöglichen auf Distanz zu bleiben und evtl. von sich aus Menschen zu integrieren. Zudem musste auch ich als Beraterin im Hintergrund bleiben können, um nicht ihre Abwehrhaltung gegen jegliche Art Therapeutisierung zu provozieren. Es musste ein Motiv sein, das den Lebenslauf an sich zeigte, in den jedoch ihre Erlebnisse integriert werden konnten, ohne dass ich diese unmittelbar darstellen oder an ihr herstellen musste. Der Bach bot all diese Vorzüge, er hatte natürliche Hindernisse, die lediglich benannt werden mussten, somit behielt ich die Distanz zur Klientin und diese wiederum die Distanz zum Geschehen.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial E, s. Abb.: III.7.6).

<u>E</u>	<b>Planung der Imagination</b>	Seite: 5
Termin: ... September 2006	Name: Klientin Fall 6	
Imaginationsmotiv und Begründung: Motiv: Der Bach – Motiv 6 Begründung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zukunftsangst, weil sie Kinder vor negativen Erlebnissen schützen will, um Mann – nächster Anfall, und um Vater – stirbt er</li> <li>- Schwere Selbstvorwürfe, weshalb sie ihm die Kinder beim ersten Anfall überließ</li> <li>- Fühlt sich in schwierigen Situationen alleingelassen</li> <li>- Gegenüber wird als stark überlegen angesehen, Angst</li> <li>- Hat viele Ereignisse nicht verarbeitet – psychosomatische Körperreaktionen</li> <li>- Lehnt Hilfe durch entsprechende Therapien kategorisch ab – hat Hilfe in emotional schwierigen Situationen nie kennengelernt, kann sie nicht einordnen</li> <li>- Weiß nicht weiter, wie sie sich verhalten soll</li> </ul> Die Klientin soll dadurch u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebenslauf chronologisch erleben</li> <li>- Erkennen, welche Erlebnisse sie nicht verarbeitet hat, den Blick darauf richten können und neu einordnen lernen</li> <li>- Erkennen, dass manche Dinge im Leben nicht vorhersehbar sind</li> <li>- Vertrauen in die Zukunft entwickeln lernen</li> <li>- Vertrauen in eigene Stärken entwickeln</li> <li>- Erkennen, dass Hilfe nicht unbedingt schlecht sein muss</li> <li>- Handlungsfähiger werden</li> </ul>		
Geplanter Ablauf: Bachstrecke aussuchen und abgehen. Der Bach hat viele Windungen und Hindernisse und ist dadurch relativ langsam in der Fließgeschwindigkeit. Der Bereich der Zukunft ist ein Bereich ab einem Kanalrohr. Hindernisse sind in etwa den Lebenssituationen entsprechend. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abschnitt: Geburt – Klientin soll für sich ein schwimmendes Symbol aussuchen und sich in das Leben (den Bach) geben – 1. Hindernis – Ausbildung zur Krankenschwester – belastende Erlebnisse</li> <li>2. Abschnitt: 2. Hindernis – erster Anfall ihres Mannes</li> </ol> Ab hier die Klientin die Hindernisse selbst definieren lassen Beachten: 2. Anfall des Mannes – gegenwärtige Situation Letzter Abschnitt: Vor dem Kanalrohr Beginn der Zukunft, vor der sie Angst hat, weil ungewiss und nicht planbar		

Abb.: III.7.6



Meine diesbezügliche Idee war ihr, durch die Imagination mit dem Bach, bewusst zu machen, dass es ihm Leben immer wieder Situationen geben kann, die trotz aller Planung von Lebensabschnitten unberechenbar sind. Auch ihre Vermeidungstechnik, dem Mann die Kinder nicht mehr mitzugeben, damit sie sich weniger Sorgen machen musste, wollte ich ihr auf diese Art bewusst werden lassen. Sie sollte erkennen, dass sie versuchte, bekannte und als negativ empfundene Dinge oder Situationen zu vermeiden, dabei jedoch übersah, dass das Leben weitaus mehr bot, positiv wie negativ, und sie keinesfalls alles kontrollieren konnte. Sie sollte lernen Vertrauen zu entwickeln, in ihren Mann, ihre Kinder, in sich und vor allem bezüglich dessen, was sie im Leben bisher geschafft hatte.

F	Ablauf der Imagination	Seite: 6
Termin: ... September 2005   Name: Klientin Fall 6		
Ablauf der Imagination:		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abschnitt: Dünnen, kleinen, geraden Stock – Einfluss auf Leben? – Hindernis: Ausbildung – Blätter: Sterbende, schwer kranke Patienten – Unsicherheit – Schulkolleginnen/Kolleginnen, Tabu – Eltern nicht belasten – Stock nicht weiter thematisiert – Ausbildungsabbruch? – Alternative? – Zeit, Hindernis weg, Wasser wegspült – keine Zeit, schiebt Stock „geht doch“ – Blick, Hilfe leichter – Ausbildung nicht „aussitzen müssen“ leichter gewesen?</li> <li>2. Abschnitt: Stock nicht weit, Grasrand – Ich dachte: 2. Abschnitt würde steinerne Hindernis schaffen – lacht: „Unverhofft kommt oft.“ Leben, denkt Ruhe, käme was – thematisiert – Stock seitlich, bald frei – Klientin beobachtete: Zeit Mann und Eltern kennengelernt – Schwiegereltern „recht gewöhnungsbedürftig“, offen nicht akzeptiert, aber da (schmunzelnd) – Stock frei, Klientin fasziniert</li> <li>3. Abschnitt: zögerlich durch Steine, Klientin „Unebenheiten“: Schwangerschaften, Streit Schwiegereltern, Hauskauf – Stock Steinwall: 1. Anfall – Schock, Angst um Mann, zwei Kinder, welche Verfassung? Wer betreut? Noch da? Entführt? – Fahrt nur gedacht – Krankenhaus, Ungewissheit – Ärzte keine Zeit – Unsicherheit, Umgang mit Krankheit? – Angstthema <i>Unfall</i> mit Kindern und Umfeld, Wunsch Schwiegereltern, schweigen – wohin Fragen, Ängste, blockiert, gefangen wie Stock – „Wände“, Bedürfnis reden, blockten Schwiegereltern – krank „alles Blödsinn“, Ärzte keine Ahnung – Mann nicht behelligen, wird wieder, keine Sorgen machen – aufgegeben, alleine, täglich Angst um Mann – nachdenklich Blick Stock, bewegte sich, kam Hindernis nicht vorbei, reihte sich ein – nachdenklich Parallelen, Atemprobleme, lachte – bedächtiger Blick, Hindernisse stieß, Schweigen müssen – nachdenklich – Stopp – Ich: Unbehagen verbalisiert – Blick, bücken, Stock im Bach wieder fallen – das wünschte sie für schwere Zeit</li> <li>4. Abschnitt: weiter Strecke, bis Ast – Blick dann Stock, Anfall – Einzelheiten Mann zusammengesackt, Augen verdreht, Zucken, Zittern, Schal zwischen Zähne, auf Zunge geachtet, Verkäuferin – Kinder, Handy – Notruf, endlos, Kinder geblickt, Mann geblieben, Schaulustige – wie „Roboter“ aufgenommen, gefühlsmäßig „abgeschaltet“ – später Schaulustigen geärgert – Parallele auch, gefangen, keine Kontrolle, wohin?, weitergehen? – sei am Ende – angst um Vater, weit weg, kaputtmake – Weile stillstehen, Stock hin und her, Wasserstrom, frei – ich: Geschehen im Bach verbalisiert – nachdenklich stumm, Blick zum Stock bis Kanalrohr, Blick</li> <li>5. Abschnitt: Zusammenfassung – Klientin nun zurückzublicken, Möglichkeiten hängen zu bleiben – Erstaunen – gar nicht bedacht, Leben unberechenbar, Zufälle – ich mit/ohne Hilfe – nickte – Zukunft – spontan Stock gesucht, Ende – fröhlich nicht verfangen, suchte, Stock schwamm – verbalisierte Situation – Vergangenheit, Zukunft lernen mit Angst, nicht Leben kontrollieren, Blick, gelernt, Altes verarbeiten, Neues anders – zielstrebig Parkplatz</li> </ol>		

Abb.: III.7.7

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **F** (s. Abb.: III.7.7):

Wir hatten uns einige Tage später auf einem Waldparkplatz verabredet. In der Nähe hatte ich einen Bach gefunden, der mit Laub, Steinen und Ästen in seiner Fließgeschwindigkeit behindert wurde, kurvenreich war und für die Imagination mit der Klientin wie geeignet schien.

Als wir die Stelle am Bach erreichten, die den Beginn darstellte, erklärte ich der Klientin, dass hier ihr Leben begann. Den Bachlauf sollte sie sich in Folge nun als den Lauf des Lebens vorstellen und sich in Form eines schwimmenden Gegenstands ins Leben schicken.

1. Abschnitt: Sie suchte sich einen dünnen, kleinen aber sehr geraden Stock aus und ließ ihn in den Bach fallen. Als er so dahin schwamm, fragte sie, ob sie denn gar keinen Einfluss auf ihr Leben habe. Ich wartete, bis der Stock auf das erste Hindernis (viele Blätter) traf, ließ ihre Frage offen und symbolisierte dieses Hindernis als die Zeit in ihrer Ausbildung zur Krankenschwester. In dieser Zeit habe sie viele Dinge erlebt, die sie jedoch mit keinem habe besprechen können, erzählte ich und machte eine Pause. Die Blätter sagte die Klientin, ja das könnten ihre Patienten sein, die starben oder unheilbar krank seien. Sie sei unsicher, wie sie mit all dem umgehen solle und im Ausbildungsplan seien solche Themen wohl nicht vorgesehen, so ihre Ausführungen. Auch mit ihren Kolleginnen konnte sie sich nicht so richtig austauschen, da es vielen ähnlich ging. Ihre Eltern wolle sie nicht damit belasten, also müsse sie dort irgendwie durch, bemerkte sie.

Da der Stock nicht selbstständig durch die Blätter kam, machte ich ihr dieses bewusst (indem ich anmerkte) dass es schwer sei, allein dort durchzukommen. Sie nickte und meinte sie habe sich äußerst schwer getan und müsse sich wirklich durchkämpfen. Sie habe sogar zwischendurch überlegt alles hinzuschmeißen, habe aber keine Alternative gesehen, so die Klientin. Der Stock kam von alleine nicht weiter. Vielleicht dauere es noch, bis das Laub verrottet sei oder vom Wasser irgendwie fortgespült werde und so habe sich das Problem dann von alleine gelöst, überlegte die Klientin laut. So viel Zeit hätten wir nicht, war der schnell folgende Kommentar der Klientin, sie schob den Stock mit leichtem Druck durch die Blätter und bemerkte „Geht doch.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie sah mich an und sagte mit Hilfe wäre es auch für sie leichter gewesen und sie hätte die Ausbildung nicht bis zum Ende „aussitzen müssen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], vielleicht wäre alles leichter gewesen, war ihre Überlegung.

2. Abschnitt: Der Stock war währenddessen nicht sehr weit gekommen und hing am Rand des Baches im Gras fest. Der Klientin sagte ich, dass ich gehofft habe, der Stock würde es bis zu dem steinernen Hindernis weiter vorne schaffen, für das ich mir eine Station in ihrem Leben ausgesucht hatte. Sie lachte und sagte „Unverhofft kommt oft.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], das sei wie im richtigen Leben, wenn man denken würde man habe Ruhe, würde doch wieder etwas auf einen zukommen. Vielleicht wolle sie das Hindernis thematisieren, fragte ich sie. Der Stock war bereits dabei sich seitlich zu bewegen und es war nur eine Frage der Zeit, wann er sich befreien würde. Die Klientin schien dasselbe zu beobachten und meinte, dies sei die Zeit, in der sie ihren Mann mit seinen Eltern kennengelernt habe. Die Schwiegereltern seien „recht gewöhnungsbedürftig“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und haben sie als Schwiegertochter nicht akzeptieren wollen, was sie ihr und ihrem Mann offen gezeigt haben, aber sie habe sich durchgesetzt, fügte sie schmunzelnd hinzu. Der Stock im Bach benötigte keine Unterstützung, hatte sich kurz darauf selbst befreit, was die Klientin fasziniert beobachtete.

3. Abschnitt: Der Stock im Bach schwamm zögerlich durch einige Steine hindurch, was die Klientin als „Unebenheiten“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] im Leben, wie die Schwangerschaften, die Streitigkeiten mit ihren Schwiegereltern und dem Hauskauf symbolisierte, bis der Stock in einem kleinen Steinwall hängen blieb. Dieses Hindernis symbolisierte ich als den ersten epileptischen Anfall ihres Mannes. Die Klientin erzählte, für sie sei es ein Schock gewesen, die Angst um ihren Mann aber auch um ihre zwei Kinder, in welcher Verfassung sie diese vorfinden würde und wer sie während des Anfalls im Kaufhaus betreut habe. Hoffentlich seien sie noch da, sie hatte Angst gehabt ihre Kinder könnten entführt worden sein, all diese Gedanken seien ihr auf der Fahrt zum Unfallort durch den Kopf gegangen, *sprudelte* es nun aus der Klientin heraus. Und ohne Pause fügte sie hinzu, dass es auf der Fahrt ins Krankenhaus und im Krankenhaus selbst nicht besser sei, sie sei in ständiger Ungewissheit, wie es weitergehen solle und auch die nicht vorhandenen Gespräche mit den behandelnden Ärzten vergrößerten ihre Unsicherheit im Umgang mit der Krankheit ihres Mannes ganz enorm. Aus Angst bei den Kindern etwas falsch zu machen, blendete sie das Thema *Unfall* ganz und gar aus, es wurde nicht mehr darüber gesprochen und das Umfeld wurde auf Wunsch der Schwiegereltern ebenfalls nicht informiert. Sie habe nirgendwo mit ihren Fragen und Ängsten hinwenden können, sie fühle sich blockiert und gefangen, so wie der Stock in den Steinen, sagte sie.

Überall hatte sie das Gefühl gegen „Wände“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] zu reden denn, wenn sie das Bedürfnis hatte, über das Geschehene zu reden blockten ihre Schwiegereltern ab, ihr Sohn wäre nicht krank, das wäre „alles Blödsinn“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], die Ärzte hätten keine Ahnung usw. Und ihr Mann meinte jedes Mal sie solle ihn damit nicht behelligen, das würde schon wieder, sie brauche sich wirklich keine Sorgen machen, erzählte sie. Sie hatte irgendwann aufgegeben, das Thema anzusprechen. Sie versuchte alleine damit fertig zu werden, aber täglich begleitete sie die Angst um ihren Mann. Sie sah dem Stock nachdenklich zu, wie er sich zwischen den Steinen hin und her bewegte, am Hindernis jedoch nicht vorbeikam und sich in andere Hindernisse (andere Zweige, Gras, Blätter usw.), die dort bereits hängen geblieben waren, einreichte. Nachdenklich sagte sie, wenn sie so dem Stock zusehen würde, wie er sich hin und her bewege, immer wieder auf Hindernisse stoßen und nicht vorwärtskommen würde, müsse dieser Stock auch langsam Beklemmungen bekommen, so wie sie ihre Atembeklemmungen bekommen habe, lachte sie. Und sie fügte bedächtig hinzu, wenn man ständig gegen Hindernisse stieße (an dieser Stelle machte sie eine Pause), das sei bei ihr heftig, dieses Schweigen müssen (hier brach sie ihre Erklärungen nachdenklich ab). Als sich bei ihr nach einer Weile sichtliches Unbehagen breitmachte, verbalisierte ich meinen diesbezüglichen Eindruck nach einer längeren Pause. Sie sah mich an, bückte sich, griff mit einer Hand nach dem Stock, hob diesen über die Steine und dem darin liegenden Material und ließ ihn an der nächsten freien Stelle im Bach wieder fallen und sagte, das habe sie sich für sich gewünscht, jemanden der sie über diese schwere Zeit habe bringen können.

4. Abschnitt: Der Stock schwamm eine weitere Strecke, bis er sich in einem quer liegenden, starken Ast verfang. Die Klientin sah mich an, dann den Stock und meinte dies sei wohl nun die Etappe mit dem zweiten epileptischen Anfall ihres Mannes.

Sie konnte sich noch an alle Einzelheiten erinnern, wie ihr Mann plötzlich neben ihr zusammensackte, die Augen verdrehte und dann das Zucken und Zittern, sie klemmte ihm ein Stück ihres Schals zwischen die Zähne, achtete auf die Zunge, dass sie nach unten gehalten wurde, er sich weder auf die Zunge beißen noch die Zunge verschlucken konnte, forderte eine Verkäuferin auf sich um ihre Kinder zu kümmern und rief per Handy den Notruf an. Die Zeit, bis der Rettungswagen kam, waren für sie vom Gefühl her endlose, bange Stunden. Sie sah abwechselnd nach ihren Kindern und ihrem Mann, suchte sie mit ihren Blicken, wich aber nicht von der Seite ihres Mannes, da mittlerweile viele Schaulustige anwesend waren. Sie funktionierte wie ein „Roboter“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], sie nahm alles auf, war gefühlsmäßig wie „abgeschaltet“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Erst später ärgerte sie sich sehr über die vielen Schaulustigen. So wie der Stock fühlte sie sich auch, gefangen in Umständen, die sie nicht kontrollieren konnte, sie wusste so wie der Stock, nicht wohin sie wollte, wie es weitergehen sollte. Nur eins wisse sie, dass sie nicht mehr könne, am Ende ihrer Kraft sei und auch die Angst um ihren Vater, der so weit weg von ihr sei, sie kaputt mache, erzählte sie. Wir blieben eine Weile still stehen und sahen dem Stock zu, wie er vom Wasser hin und her getrieben wurde, bis er in einen Wasserstrom geriet, der ihn an einer freien Ecke am Ast vorbei führte. Er schwamm wieder frei im Bach. Der Stock könne, dank der Hilfe des Wassers, wieder seinen Weg im Bach bis zum nächsten Hindernis fortsetzen, fasste ich zusammen und ließ die Worte wirken. Die Klientin war sehr nachdenklich und stumm geworden, die Eindrücke schienen in ihr zu arbeiten und ich ließ ihr Zeit. Sie sah dem Stock nach, bis er kurz vor einer Einmündung zu einem Kanalrohr war, das den Bach unter einem Waldweg hindurchfließen ließ, und dann sah sie mich an.

5. Abschnitt: Diese Stelle am Kanalrohr erklärte ich ihr, dies sei ihre gegenwärtige Situation, die Angst vor dem Ungewissen und in der Gegenwart, wie sie sich verhalten solle, wie sie mit den derzeitigen Situationen fertig werden solle, der Druck mit niemand reden zu dürfen, keine Einwände anbringen zu dürfen, ohne ihren Mann oder ihre Schwiegereltern zu verletzen. Sie nickte stumm. Und immer wieder die Vergangenheit, die sie nicht loslassen könne, fügte ich noch hinzu. Sie sah den Bach zurück und meinte, da war so einiges, was sie nicht vergessen konnte, aber wer wusste denn, was noch kam. Sie stand immerhin hier und hatte es irgendwie bis hierher geschafft, sagte sie. Still, mit etwas Stolz im Blick sah sie auf das Rohr und sagte dieses dunkle Rohr (in das nun der Stock mithilfe des Wassers hineingespült wurde) war es genau so dunkel wie ihre Zukunftsangst.

6. Abschnitt: Das Kanalrohr selbst sei ihre Zukunft, die sie kaum einsehen könne, erzählte ich ihr. Für die Bearbeitung der Zukunft fasste ich das bisherige Geschehen zusammen: Der Bach sei das Leben und der Stock das Symbol für sie selbst, machte ich noch einmal deutlich, und bat die Klientin nun zurückzublicken, welche Etappen sie im Leben zurückgelegt habe und wie viele Möglichkeiten es auf dieser Strecke für sie gegeben habe auf ihrem Weg hängen zu bleiben. Sie sah mich erstaunt an und blickte zurück. Daran habe sie gar nicht gedacht, der Stock habe eigentlich ständig die Chance gehabt am Rand im Gras, an dem einen oder anderen Hindernis hängen zu bleiben, bemerkte sie. Das Leben sei anscheinend unberechenbar und an welche Hindernisse man stieße, sei wahrscheinlich, wie in diesem Bach, eher Zufall, sagte sie. Und der Stock habe es im Bach entweder mit Hilfe oder aber auch alleine weiter geschafft, fügte ich hinzu, woraufhin sie nickte. Nun bat ich sie wieder in Richtung Zukunft zu sehen, auf das Kanalrohr. Spontan ging sie darauf zu und schaute am anderen Ende nach, ob sich der Stock darin verfangen hatte. Sie rief fröhlich, dass er nicht im Rohr zu sehen sei, und sie sah dem Bachlauf nach. Als ich gerade wieder bei ihr stand, zeigte sie im Bach auf den von ihr ausgewählten Stock, der langsam dahin schwamm. Manchmal würden sich unverhofft Hindernisse auftun, so wie es bei dieser Imagination geschehen sei, als sich der Stock im Gras verfangen habe (s. 2. Abschnitt) und dann wieder rechne sie mit Hindernissen und der Stock habe ohne Probleme seinen Weg gefunden, fasste ich diese Situation zusammen. In der Vergangenheit sei das ebenso und in der Zukunft müsse sie wohl lernen mit der Angst umzugehen, sie könne das Leben nicht kontrollieren, weder für ihre Eltern noch für ihre Familie oder sich selbst, dachte sie laut nach. Dann sah sie mich an und meinte, dass sie einiges gelernt habe, und sie nun lernen müsse Altes zu verarbeiten und Neues anders anzugehen. Sie drehte sich um und ging zielstrebig Richtung Parkplatz, für sie war an dieser Stelle die Imagination beendet.

### 7.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.7.8) und **B** (s. Abb.: III.7.9):

Im ersten Gespräch nach der Imagination gingen wir jede einzelne Station so durch, dass wir ihr Leben (Stock) im Lebensfluss (Bach) nachskizzierten und ihr soziales Umfeld mit einbezogen. Ich sprach dabei an, welche Art Stock sie für sich ausgewählt habe und sie stutzte erst einmal und meinte, im Gegensatz zu ihren eigentlichen Körperproportionen hätte es eigentlich ein Ast sein müssen, aber sie fühle sich so hilflos und das habe sie wohl intuitiv zu diesem dünnen Stock greifen lassen, erzählte sie nachdenklich. Dabei entdeckte sie für sich, dass sie die Erlebnisse in ihrer Ausbildungszeit und ihrem Beruf, den ersten epileptischen Anfall ihres Mannes vor ca. fünf Jahren genauso wenig verarbeitet hatte, wie den Zweiten vor ca. einem Jahr und die gleichzeitige Diagnose der Darmkrebserkrankung ihres Vaters. Nicht reden zu können, weil sie nicht durfte oder aber aus Rücksicht auf andere, dieses immer wieder auf sich selbst gestellt zu sein, es alleine schaffen zu müssen, hatte sie über die Jahre zu der gemacht, die sie jetzt war, verängstigt und unsicher, stellte sie mehrfach resigniert fest und schüttelte dabei fast immer mit dem Kopf, weil sie nicht begreifen konnte, weshalb sie vieles über sich ergehen ließ. Aber sie habe auch nie richtig für Hilfe gesorgt, sie nie eingefordert, oder sie gesucht, sondern immer erwartet, dass sie ihr gegeben werde, wenn sie es nötig gehabt habe, erzählte sie einmal nach einer langen Pause (ca. 6 Minuten). Wann sie eigentlich das letzte Mal für ihre Wünsche gekämpft und sich eingesetzt habe, fragte sie sich selbst. Immer verzichte sie aus Rücksicht auf die Gefühle anderer zu ihren Ungunsten, resümierte sie mit leicht enttäuschem Unterton. Und was sie sehr wütend machte, sie hatte sich den Mund von ihren Schwiegereltern verbieten lassen. An dieser Stelle sah sie wütend auf die gegenüberliegende Zimmerwand, sie war noch sie so wütend gewesen wie jetzt, auf sich, auf ihre Schwiegereltern aber auch auf ihren Mann, der sich ebenso widerwillig gefügt hatte wie sie. Das müsse sie erst einmal alles sortieren, sagte sie.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 7</b>
Name: Klientin Fall 6		
Sitzungstermin: ... September 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkennt, dass sie traumatische Erlebnisse nicht verarbeitet hat</li> <li>- Alles allein schaffen wollen, Überforderung erkannt</li> <li>- Ursache erkannt weshalb verängstigt und unsicher</li> <li>- Kann nicht fassen, was mit ihr passiert ist</li> <li>- Fragt nach ihren Wünschen</li> <li>- Muss sich neu ordnen</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
Keine		

Abb.: III.7.8

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 8</b>
Name: Klientin Fall 6		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... September 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Über belastende Erlebnisse nicht reden zu dürfen, resigniert</li> <li>- Immer Rücksicht auf Gefühle anderer verzichtet, zu ihren Ungunsten (enttäuschter Unterton)</li> <li>- Hilfe nie eingefordert, gesucht, erwartet, dass sie kommt</li> <li>- Von Schwiegereltern den Mund verbieten lassen – Wut</li> <li>- Partner, der sich fügt – Wut</li> </ul>		

Abb.: III.7.9

#### 7.4 Die einzelnen Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

2. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.7.11) und **B** (s. Abb.: III.7.12):

Heute müsse und wolle sie unbedingt über ihre ersten belastenden Erfahrungen reden, begann die Klientin die Sitzung. Dies begann in ihrer Ausbildung, sie hatte zu wenig nachgehakt, zu wenig darauf bestanden, Gespräche über die Themen Leben und Tod führen zu wollen. Sie hätte nicht aufgeben sollen mit dem Fragen, an anderen Stellen nach Hilfe suchen können, Hilfe nachdringlich einfordern müssen, meinte sie in dieser Sitzung selbstkritisch, als es um die Erlebnisse zu den Themen *Tod und Behinderung* in ihrer Ausbildungszeit ging. Stattdessen hing sie wie der Stock im Bach fest und wartete darauf, dass es irgendwie weiterging. Dass sie noch sehr jung und unerfahren war, ließ sie bei sich nicht gelten. Das sei ihr Muster, wie der Unfall ihres Mannes vor fünf Jahren deutlich demonstrierte, war ihr Resümee. Auch in dieser Situation bat sie in der Klinik nie Ärzte um ein Gespräch, obwohl sie einigen begegnet war. Auch später hatte sie nie nach jemandem gesucht, der ihr Informationen oder Hilfe gab. Erstaunt stellte sie fest, dass sie sogar von ihrer Hausärztin angebotene Gespräche und Therapievor schläge ablehne, sich selbst Hilfe verweigere. Sie sei es wahrscheinlich nicht gewohnt Hilfe anzunehmen oder zu suchen, überlegte sie laut. Sie wolle alles alleine schaffen und das sei ihr Problem, war ihr Fazit. Wenn sie an den Bach zurückdachte, sie hatte sich in einigen Situationen Hilfe gewünscht und sich (im Bach) auch geholfen, weil sie dadurch wieder leichter vorankam. Sie habe scheinbar ein echtes Defizit, erzählte sie und schüttelte den Kopf. Wenn sie an die Imagination dachte, wie viele Möglichkeiten es im Leben gab mehr oder weniger stark hängen zu bleiben (hier brach sie den Satz ab). Nach einer kurzen Pause holte sie tief Luft und sagte, wer denn bestimme, dass sie alles alleine schaffen müsse. Sie wollte das nicht mehr und als Erstes nahm sie sich ein Gespräch mit ihrem Partner über ihre Ängste und Sorgen vor.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.7.10), da es einige auffällige Veränderungen gab.

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 2	K 6	K 15	K 21	K 32	K 39	K 45	K 46
	Sonstiges: K 15 Schultern dabei stark nach vorne gezogen K 46 häufiger als K 45							
T2	K 2	K 8	K 9					
	Sonstiges: K 9 im Wechsel mit K 8							
T3	K 2	K 4	K 14	K 18	K 25	K 28	K 34	
	Sonstiges: K 2 verbunden mit K 18							
T4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang			
T5	K 3	K 7	K 9	K 13	K 17			
	Sonstiges: Alle Kleidungsstücke ein bis zwei Nummern zu groß.							

Tab.: III.7.10

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus: Im Bereich Kontrollvermögen (T2 K 2), Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2) und von T5 waren gleich geblieben, aber im Bereich Angst und Unsicherheit (T1 K 31, T1 K 37, T1 K 32, T1 K 39 als Zeichen geringer Angst oder ins Gespräch vertieft sein; T2 K 9 b); T3 K 19, T3 K 26), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T3 K 19), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 19, T3 K 14), Gegenüber wird als stark überlegen angesehen/Körperbarrikade (T1 K 22, T1 K 31, T1 K 37; T1 K 21 als abgeschwächte Form von T1 K 22, T1 K 32), Unterwerfung und Beschwichtigungshaltung (T1 K 6), nonverbale Verstärker (T1 K 45; T2 K 8) veränderten sich ihre Körpersignale. Zum Teil blieben die Signale ähnlich oder sie kamen in abgeschwächter Form vor. Dass sich so viel veränderte, führte ich darauf zurück, dass Bewegung in ihr Unterbewusstsein kam, sich Veränderungen ankündigten. Signale von Depression (T3 K 19), Selbstberuhigung (T1 K 31) oder einer Minderung des kommunikativen Status (T1 K 8) waren nicht mehr sichtbar und sie erzählte wesentlich chronologischer als im Erstgespräch (T3 K 25).

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 9</b>
Name: Klientin Fall 6		
Sitzungstermin: ... September 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin ist veränderungswillig – hinterfragt oft und selbstkritisch</li> <li>- Analysiert ihre Situation selbst – Ursache – sich nie um Hilfe bemüht zu haben – wollte alles selbst schaffen – Hilfeangebote bei Ärztin abgelehnt</li> <li>- Diesbezügliches Defizit erkannt</li> <li>- Entwickelt eigene Ideen zur Selbsthilfe</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Partner ein Gespräch über ihre Sorgen, Probleme und Nöte führen</li> <li>- Will nicht mehr auf Hilfe verzichten</li> </ul>		

Abb.: III.7.11

Name: Klientin Fall 6
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... September 2006
Prägende Ereignisse: - Erlebnisse wie Tod, Trauer, schwerer Krankheit bei Patienten in der Ausbildung - Zu wenig nachgehakt, zu wenig auf Gespräche über Leben und Tod bestanden - Auch sonst nie Hilfe gesucht, eingefordert oder angenommen, wenn angeboten wie z. B. durch Hausärztin - Erinnerung an Bach: Habe Problem alles alleine schaffen zu wollen, obwohl Hilfe sicher besser gewesen wäre - Bach als Lebenslauf habe gezeigt wie viele Möglichkeiten es gab hängen zu bleiben

Abb.: III.7.12

3. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial G (s. Abb.: III.7.14) und B (s. Abb.: III.7.15):

Das Gespräch mit ihrem Mann habe sie einige Überwindung gekostet, erzählte sie. Sie hatte Angst, wie er darauf reagieren würde, ob er sie nicht evtl. auslachte, als dumm und kindisch ansah. Diese Angst in den Griff zu bekommen gelang ihr durch die Erinnerung an ihre Imagination, dem Stock im Bach. Sie hatte erfahren, dass manche erwarteten Hindernisse, mitunter gar nichts bewirkten, weil sie den Stock nicht berührten, der Stock mehr Kraft hatte daran vorbeizukommen.

Sie arbeitete daran sich nicht vorzustellen, wie das Gespräch verlaufen könnte. Sie ließ es auf sich zukommen. Ein Hindernis sei bisher, dass niemand von ihren Sorgen und Problemen wisse, sie dementsprechend nicht auf Entgegenkommen und Verständnis hoffen könne. Ein Hindernis, das sie übrigens selbst aufgebaut habe, fügte sie sehr selbstkritisch hinzu. Sie wählte einen Abend für das Gespräch mit ihrem Mann aus, an dem die Kinder schon früh im Bett lagen, richtete den Tisch im Wohnzimmer mit Wein und Snacks und zündete Kerzen an. Sie habe diese Stimmung für sich selbst benötigt, denn so hätte es gemütlicher ausgesehen, was den ernsthaften Charakter etwas überdeckt habe, so die Klientin. Nach Anfänglichem „herumdrucken“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] sah sie auf eine Kerze und fing an, sich ihren Kummer von der Seele zu reden. Nachdem sie vieles erzählt habe, sei ihr aufgefallen, dass ihr Mann gar nichts gesagt habe, erzählte sie. Sie hatte das Gefühl sie müsste nachsehen, ob er noch anwesend war. Und als sie von der Kerze zu ihrem Mann blickte, hatte er Tränen in den Augen, war nicht in der Lage zu reden und nahm sie in den Arm. Das habe sie seit langer Zeit nicht mehr gehabt, diese Nähe, das Gefühl in ihrem Leid verstanden zu werden und es habe ihr so gut getan, schwärmte sie. Ihr Mann sagte ihr im Laufe des nachfolgenden Gesprächs mehrfach, dass er das alles nicht wusste und er wohl mit sich so sehr beschäftigt war, dass er gar nicht auf die Idee kam, wie es ihr und den Kindern damit ergangen war. Er war ziemlich darüber erschrocken und nun wollten sie „beide gründlich aufräumen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Es müssten Gespräche in alle Richtungen geführt werden, war ihr Resümee.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.7.13), da es einige auffällige Veränderungen gab.

Tabellenkode	Kodenummern						
T1	K 2	K 5	K 6	K 14	K 33	K 45	K 46
	Sonstiges: K 45 häufiger als K 46 K 5 und K 6 je nach Thema, wenn K 5 dann K 14						
T2	K 2	K 8	K 9				
	Sonstiges: K 9 im Wechsel mit K 8 aber K 9 nur noch selten						
T3	K 1	K 4	K 17	K 25	K 28	K 34	
T4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang		
T5	K 3	K 7	K 9	K 13	K 17		
	Sonstiges: Oberteil weit, Hose passt						

Tab.: III.7.13

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus:

Im Bereich und Unterwerfung und Beschwichtigungshaltung (T1 K 6) seltener, Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5) und nonverbale Verstärker (T1 K 5, T1 K 45; T2 K 8) wurden verstärkt sichtbar. Dagegen waren Anzeichen von Kontrollvermögen (T2 K 2), Angst und Unsicherheit (T1 K 31, T1 K 37, T1 K 32, T1 K 39 T2 K 9 b); T3 K 19, T3 K 26), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T3 K 19), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 19, T3 K 14), Gegenüber wurde als stark überlegen angesehen/Körperbarrikade (T1 K 22, T1 K 31, T1 K 37; T1 K 21 als abgeschwächte Form von T1 K 22, T1 K 32) nicht mehr zu erkennen.

Neu hinzugekommen waren Signale von Aufmerksamkeit (T1 K 5), Entspannung und Gelassenheit (T1 K 33) und Anzeichen von starkem Selbstbewusstsein und starker Selbstsicherheit (T3 K 1, T3 K 17).

In der Körperhaltung richtete sie sich auf (T1 K 14), die bisher nach vorne gezogenen Schultern waren nur noch sichtbar, wenn sie belastende Themen (dann hatte sie T1 K 6) ansprach. Sie hatte insgesamt eine wesentlich geradere Körperhaltung.

Sie hielt häufiger den Blickkontakt aufrecht, was deutlich auffiel. Im Erscheinungsbild hatte sie sich ebenfalls verändert, das Oberteil war zwar noch eine Nr. zu groß, aber die Hose, die sie anhatte, war zum ersten Mal passgenau.

**G****Folgesitzung**

Seite: 12

Name: Klientin Fall 6
Sitzungstermin: ... Oktober 2006
Bisherige Veränderungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin ist nicht mehr nur veränderungswillig, sondern wird sich ihrer inneren Stärke bewusst, Veränderungen selbst herbeizuführen zu können</li> <li>- Setzt Ziele um – muss sich noch sehr überwinden – Erinnerung an Imagination hilft ihr dabei (Hindernisse sind nicht planbar)</li> <li>- Analysiert ihre Situation selbst immer kritischer, erkennt, dass sie andere an ihren Gefühlen nicht teilhaben ließ</li> <li>- Entwickelt eigene Ideen zur Selbsthilfe und Strategien, z. B. Gespräch über sich mit ihrem Mann plant sie atmosphärisch so, wie sie es benötigt</li> <li>- Handelt lösungsorientiert (z. B. möchte sie weitere Gespräche gemeinsam mit Partner an anderen Stellen führen)</li> <li>- Kleidung: Hose passgenau</li> </ul>
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemeinsam mit ihrem Mann möchte sie „gründlich Aufräumen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]</li> <li>- Es müssen Gespräche in alle Richtungen geführt werden</li> </ul>

Abb.: III.7.14



Name: Klientin Fall 6
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Oktober 2006
Prägende Ereignisse: - Spürt, wie gut es, ist sich dem Partner zu öffnen, ihn an ihrer Gefühlswelt teilhaben zu lassen – hat dadurch gelernt, dass ihr Mann hilft, wenn er die Probleme erkennen darf, er durch sie nicht ausgeschlossen wird - Positiver Gesprächsausgang – trotz vorheriger Bedenken – Partner ist an Veränderungen interessiert - Sieht Partner nun als Unterstützer/Helfer in bestimmten Lebenssituationen an, was sie innerlich stärkt - Erkennt, dass im Umfeld Klärungsbedarf ist - Imagination – Hindernisse im Bach wird als Hilfe erinnert sich zu verändern, Situationen zu verändern

Abb.: III.7.15

4. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial G (s. Abb.: III.7.16) und B (s. Abb.: III.7.17):

Sie kam fröhlich und entspannt in die Sitzung. Das Gespräch mit ihrem Mann hatte zur Folge, dass sie und ihr Mann kurze Zeit später in einem Restaurant mit ihren Schwiegereltern das Gespräch suchten. Es sei ein schöner Abend, obwohl ihr sehr ängstlich zumute gewesen sei, weil sie sich habe nicht vorstellen können, wie dieser Abend verlaufen könne, erzählte sie. Diese Angst in den Griff zu bekommen gelang ihr wieder durch die Erinnerung an ihre Imagination, dem Stock im Bach. Sie konnte sich das Bild abrufen, wie manche erwarteten Hindernisse, mitunter gar nichts bewirkten, weil sie den Stock nicht berührten. Sie arbeitete ebenso (wie vor dem Gespräch mit ihrem Mann) daran sich nicht vorzustellen, wie das Gespräch laufen könnte. Sie ließ es auf sich zukommen. An besagtem Abend traten ihr Mann und sie seit langer Zeit wieder gemeinsam auf, ließen sich nicht in ihrer Meinung bzw. sich nicht gegeneinander ausspielen, was ihre Schwiegereltern mehrfach versuchten. Dies war etwas, was ihr noch nie so deutlich aufgefallen war, wie an diesem Abend. Aber im Nachhinein fielen ihr einige Szenen ein, in denen ihre Schwiegereltern genau dies machten. Letztlich gingen sie an diesem Abend so auseinander, dass sie und ihr Mann, gegen den ausdrücklichen Wunsch ihrer Schwiegereltern, ein Gespräch mit den Kindern über die Krankheit ihres Mannes führen und auch ihre Freunde einweihen wollten. Jetzt wüssten ihre Schwiegereltern jedenfalls, wie sie darunter gelitten habe nichts sagen zu dürfen, allein mit ihren Ängsten und Sorgen habe umgehen müssen und dass sie sich nun nicht mehr deren Willen unterwerfen wolle, sagte die Klientin. Die Schwiegereltern hätten sich zwar nicht von ihrem Standpunkt wegbewegt, seien jedoch sehr betroffen gewesen, was dies bei ihrer Schwiegertochter ausgelöst habe, erzählte sie weiter. Sie haben den Weg (das Thematisieren der Krankheit ihres Sohnes) nicht akzeptieren können, aber sie würden sie nicht mehr beeinflussen und das sei für die Klientin mehr als das, was sie sich erhofft habe, berichtete sie in der direkt auf den Abend folgenden Sitzung. Sie fühlte sich wie befreit, endlich erzählen zu dürfen. Die Familiensitzung war für das nächste Wochenende angesetzt und dies wollte sie nun planen. In dieser Sitzung überlegte sie, wie sie ihre Kinder mit der Krankheit vertraut machen und die Geschehnisse von damals darstellen konnte, denn sie wollte gemeinsam mit ihrem Mann das Gespräch mit ihren Kindern so kindgerecht wie möglich gestalten. Da sie in Familiengesprächen keine Übung hatte, machte sie sich in dieser Sitzung etwas damit vertraut.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin nicht erfasst, da es keine auffälligen Veränderungen gab, bis auf ihre Kleidung, die zum ersten Mal ausnahmslos passte.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	Seite: 14
Name: Klientin Fall 6		
Sitzungstermin: ... Oktober 2006		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trat fröhlich und entspannt auf</li> <li>- Klientin befindet sich in Veränderungsphase</li> <li>- Gemeinsam mit Partner Konfrontation mit Schwiegereltern in Restaurant gesucht</li> <li>- Entwickelt langsam Ritual sich mental auf angstbesetzte Situationen positiv einzustimmen</li> <li>- Ist sensibel geworden gegenüber dem Verhalten der Schwiegereltern sie und ihren Mann gegeneinander auszuspielen</li> <li>- Fühlt sich befreit, weil sie endlich reden kann</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorrangig: Gespräch mit Kindern führen – Familiensitzung nächstes Wochenende</li> <li>- Gespräche mit Freunden suchen</li> </ul>		

Abb.: III.7.16

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u> und Blatt <u>G</u></b>	Seite: 15
Name: Klientin Fall 6		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Oktober 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erlebt Partner als Unterstützer/Helfer im Gespräch mit ihren Schwiegereltern</li> <li>- Kein Gefühl auf sich allein gestellt zu sein</li> <li>- Schwiegereltern sind unbeirrbar in ihrer Meinung – waren betroffen, was in ihrer Schwiegertochter dadurch ausgelöst wurde</li> <li>- Hat sich gegen ihre Schwiegereltern gestellt, deren Taktik (gegeneinander ausspielen) durchschaut, hat gewonnen – Schwiegereltern wollen sich nicht mehr einmischen</li> <li>- Erlebt, wie befreiend es ist zu reden, sich mitzuteilen, andere an ihren Gedanken, Gefühlen und Wünschen teilhaben zu lassen</li> </ul>		

Abb.: III.7.17

5. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.7.19) und **B** (s. Abb.: III.7.20):

Sie bemerkte zufrieden, dass ihr Atembegrümmungen und die Begrümmungen im Hals zusehends weniger geworden seien, und gestand sich ein, dass dies sicher damit zu tun habe, dass sie die Sitzungen mache, ihr anscheinend solche Gespräche gut tun würden. Die Angst sei endlich weg, denn sie dürfe und könne jetzt endlich reden, berichtete sie. Sie ließ ihren Mann mit ihren Kindern jetzt wieder allein zu Hause oder auch zum Einkaufen o. ä. fahren. Sie sprach offen über ihre Angst und ihr Mann konnte sie beruhigen. Es gab keine Tabus mehr und ihre Schwiegereltern konnte sie immer besser ignorieren, sich über deren Wünsche, die nicht mit den ihren kompatibel waren, hinwegsetzen. Sie habe nun endlich das Gefühl Luft zu bekommen, wolle sich aber bei einem Kurs für Atemtraining o. ä. anmelden, erklärte sie. Sie entschied sich einen Yogakurs zu belegen, sie sah hier die Möglichkeit gezielt Entspannungsmöglichkeiten zu erlernen, um mit Stress besser umgehen zu können. Zudem wolle sie nun doch eine spezielle, auf ihre Probleme ausgerichtete Therapie aufsuchen, da sie noch einiges aufarbeiten müsse, so die Klientin. Beide Wünsche besprachen wir in dieser Sitzung bezüglich der Angebote in Wohnortnähe.

Anschließend berichtete sie mir von dem Gespräch mit ihren Kindern, das sehr gut verlaufen war. Ihre Kinder fragten viel nach, was sie sehr verwunderte, denn sie dachte, dass sie einiges gar nicht mehr wussten. Nachdenklich bemerkte sie dazu, dass ihre Kinder anscheinend, ebenso wie sie, angefangen hätten über Dinge zu schweigen, die sie beschäftigen würden. Sie habe es ihnen nicht vorleben können, woher solle sie es gelernt haben, waren ihre Überlegungen.

Aber da hatte sie wohl rechtzeitig gegensteuern können (dies ließ sie tief durchatmen). Sie wusste, dass die Zukunft nicht immer planbar war, was Hindernisse betraf, die zu bewältigen waren und sie wollte weiter daran arbeiten Zuversicht zu entwickeln, dass sie vieles schaffen konnte, vor allem da sie mehr Unterstützung hatte, sie sich über ihre Probleme, Ängste und Sorgen austauschen konnte. Auch dabei wollte sie weiter bleiben, sich nicht wieder in die Defensive begeben.

In der letzten Stunde vor der Abschlussitzung dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.7.18).

Tabellenkode	Kodenummern					
T1	K 2	K 5	K 14	K 33	K 39	K 45
T2	K 1	K 8				
T3	K 1	K 4	K 17	K 25	K 28	K 34
T4	Auffälliges Verhalten			Erkennbarer Zusammenhang		
T5	K 2	K 7	K 10	K 13	K 17	

Tab.: III.7.18

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus:

Im Bereich Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5) und nonverbale Verstärker (T1 K 5, T1 K 45; T2 K 8), Aufmerksamkeit (T1 K 5, T1 K 39), entspannt und gelassen sein (T1 K 33) und Anzeichen von starkem Selbstbewusstsein und starker Selbstsicherheit (T3 K 1, T3 K 17) war alles gleich geblieben. Wobei T5 K 2 als wachsende Selbstsicherheit und wachsendes Selbstbewusstsein gewertet werden könnte, da ihr, ihr sozialer Status scheinbar bewusst wurde, sie entsprechend mehr Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild legte. Die gesamte Kleidung war modisch (T5 K 2) und passgenau. Dagegen waren Anzeichen von Unterwerfung und Beschwichtigungshaltungen (T1 K 6) nicht mehr zu erkennen. Die Körperhaltung war durchgängig gerader (T1 K 14), die bisher ab und an noch nach vorne gezogenen Schultern nicht mehr sichtbar. Sie hielt sehr häufig den Blickkontakt aufrecht.

## G

## Folgesitzung

Seite: 16

Name: Klientin Fall 6
Sitzungstermin: ... November 2006
Bisherige Veränderungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat keine Zukunftsangst mehr – Kinder und Mann allein zu lassen, oder einkaufen o. ä.</li> <li>- Spricht ihre Angst direkt aus</li> <li>- Beklemmungen lassen nach – plant diesbezüglich aktiv zu werden, Kurs besuchen o. ä.</li> <li>- Erkennt ihre unaufgearbeiteten Themen</li> <li>- Hat Vertrauen in Hilfe und Hilfsangebote gewonnen</li> <li>- Erwägt Therapie</li> </ul>
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatherapie beginnen</li> <li>- Yogakurs belegen</li> </ul>

Abb.: III.7.19

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 17</b>
Name: Klientin Fall 6		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... November 2006		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partner nimmt ihre Angst ernst und kann sie beruhigen</li> <li>- Erstaunt wie viel die Kinder noch über Situationen wissen, als Mann Anfälle hatte – fragen nach – hat erkannt, dass ihre Kinder nicht gelernt haben über Gefühle usw. zu reden, weil sie es nicht vorgelebt hat</li> <li>- Widersetzt sich Willen der Schwiegereltern, kann sie ignorieren, was ihr nichts ausmacht – löst sich von ihnen</li> </ul>		

Abb.: III.7.20

### 7.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden bis dahin aus einem ein- bis zweiwöchigen Rhythmus, je nach Bedarf der Klientin. Bis Ende November nahm sie (exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlusssitzung) insgesamt fünf Sitzungen in Anspruch.

Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.7.21) welches im Anschluss unter 7.6.1 und 7.6.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

<b>H</b>	<b>Abschluss - Datum: ... November 2006</b>	<b>Seite: 18</b>
Name: Klientin Fall 6		
Vorher-Nachher-Vergleich:		
Vorher:		
Kaum Einsicht in Verhaltensentwicklung unangenehme Themen auszublenden – ständige Rücksichtnahme auf Gefühle anderer – Zukunftsangst bezüglich Mann und Kinder allein zu lassen – Abhängigkeit von Wünschen und Meinungen der Schwiegereltern – hilflos – machtlos – wenig handlungsfähig – sucht weder Gespräche noch Hilfe in belastenden Situationen – ermöglicht selbst ihrem Mann keine Einblicke in ihre emotionale und mentale Situation – psychosomatische Körperreaktionen – Ablehnung von Therapie		
Nachher:		
Selbstsicherer – selbstbewusster – löst sich von Schwiegereltern – ist wieder handlungsfähig – zuversichtlich – entwickelt Strategien/Ritual gegen ihre Ängste – lässt Partner an ihren Gedanken und Emotionen teilhaben – erhält dadurch Hilfe und Unterstützung von ihm – öffnet sich gegenüber den Kindern, den Schwiegereltern und Freunden – kann Hilfe annehmen und einfordern – psychosomatische Körperreaktionen sind abgeschwächt – erkennt: Zukunft nicht immer planbar – offen für Therapie		

Abb.: III.7.21

#### 7.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

K, S, V und E zeichnete ein Bild einer u. a. hilflosen, machtlosen, wenig handlungsfähigen Person, die durch ihre unverarbeiteten Erlebnisse psychosomatische Körperreaktionen entwickelt hatte. Sie hatte kaum Einsicht in ihre Verhaltensentwicklung, unangenehme Themen auszublenden, aus Rücksichtnahme auf die Gefühle, Wünschen und Meinungen anderer, besonders der Schwiegereltern. Dies hatte zur Folge, dass sie auch ihrem Mann keine Einblicke in ihre emotionale und mentale Situation ermöglichte, weder Gespräche noch Hilfe in belastenden Situationen suchte, Therapieangebote seitens der Hausärztin ablehnte. Parallel dazu entwickelte sie Zukunftsangst, bezüglich der Situation ihren Mann mit den

Kindern allein zu lassen. Ihre Angst vor dem Gegenüber und ihre Unsicherheit, mangelnde Selbstsicherheit usw. waren deutlich in K, S, V und E sichtbar.

Nach der Imagination zeigten die Veränderungen in der Körpersprache, dass sich die Veränderungen nicht nur in ihrem sichtbaren Handeln, sondern auch in ihr vollzogen hatten. Die Klientin entwickelte Strategien (u. a. Ritual: Bachlauf vorstellen) gegen ihre Ängste und um sich zu öffnen. Sie erkannte, dass die Zukunft nicht immer planbar war und sie wurde mit jedem Erfolgserlebnis, dass sie in ihrer Veränderungsphase hatte, handlungsfähiger, zuversichtlicher, selbstsicherer und selbstbewusster. Sie öffnete sich gegenüber den Kindern, den Schwiegereltern und Freunden und ließ auch ihren Partner immer öfter an ihren Gedanken und Emotionen teilhaben. Dadurch wurde es ihm möglich ihr Hilfe und Unterstützung zu geben, was zur Folge hatte, dass sie lernte, Hilfe anzunehmen und einzufordern. Sie löste sich innerlich von den Schwiegereltern, öffnete sich gegenüber einer Therapie und suchte selbstständig nach weiterer Unterstützung ihre nun abgeschwächten psychosomatischen Körperreaktionen weiter zu reduzieren.

### 7.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin, die Klientin selbst entdecken zu lassen, wie viele ähnlich gelagerte Erlebnisse sie in ihrem Leben hatte, die eine ähnliche Thematik beinhalteten: Nicht über belastende Erlebnisse reden zu können oder zu dürfen. Die Imagination zeigte ihr, welche Ursache hinter ihrer Angst und Verzweiflung vor der Zukunft lag. Des Weiteren wurde ihr während der Imagination bereits bewusst (s. 2. Abschnitt), dass manches im Leben unverhofft kam, nicht voraussehbar oder planbar war und sie konnte daraufhin Möglichkeiten, Strategien und ein Ritual entwickeln ihrer diesbezüglichen Angst zu begegnen. Sie entdeckte zudem während der Imagination, dass mit Hilfe vieles wesentlich leichter gewesen wäre (s. 1. Abschnitt und 3. Abschnitt), was sie zum Nachdenken anregte, wieso sie keine Hilfe hatte. Insgesamt lag die Lösung des Problems darin ihr mind. einen Ansatzpunkt bewusst werden zu lassen, den sie aus ihrer schwierigen Situation heraus verändern konnte. Während der Phase der Sitzungen konnte sie selbst entdecken, dass ihre körperlichen Beschwerden nachließen, was sie für eine Therapie öffnete.

### 7.5.3 Die Zukunftsorientierung

Während der Imagination und des Weiteren in den Gesprächen wurde ihr bewusst, dass sie Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse während ihrer Ausbildung, bezüglich der Erkrankungen ihres Mannes und ihres Vaters benötigte. Sie wollte sobald als möglich mit einer Therapie beginnen. Zudem wollte sie aufgrund ihrer Atemprobleme parallel noch einen Yogakurs belegen.

Sie wollte weiter daran arbeiten Zuversicht zu entwickeln, dass sie vieles schaffen konnte, vor allem da sie mehr Unterstützung hatte, sie sich über ihre Probleme, Ängste und Sorgen austauschen konnte. Sich nicht wieder in die Defensive zu begeben, auch dabei wollte sie weiter bleiben.

## 7.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Im Januar 2007 verlief das informelle, nicht-standardisierte Telefoninterview wie folgt (Gedächtnisprotokoll): Sie hatte sich bereits bei einer Psychotherapeutin vorgestellt und eine erste Probesitzung absolviert. Die Genehmigung der Therapie durch die Krankenkasse lag seit einigen Tagen vor und die erste Sitzung bei der Therapeutin sollte in drei Tagen sein. Die Klientin war von der Stimme her wie ausgewechselt, sie war seit der Imagination bei mir für sich selbst schon sehr weit gekommen, konnte ihren Mann bereits mit ihren Kindern alleine zum Einkaufen fahren lassen, ohne die ganze Zeit in Angst zu verbringen. Ihren Eltern besuchte sie für ein verlängertes Wochenende und sie besprach viel mit ihren Eltern, sodass sie danach beruhigt nach Hause fahren konnte. Ihre Kinder würden, seit einem Gespräch über die Krankheit ihres Vaters viel nachfragen, und sie könne nun endlich befreit reden, ohne nach Ausflüchten suchen zu müssen, sie habe das Gefühl, dass das ganze Familienverhältnis liebevoller und entspannter verlaufen würde, erzählte sie fröhlich und lachte viel.

Sie fand einen Kurs im Wohnort, in welchem sie Entspannungsübungen, Atemtraining und Rückenschule verbinden konnte. Die Kosten dafür übernahm zum großen Teil ihre Krankenkasse. Die Psychotherapie würde gut laufen und sie plane sogar wieder als Halbtagskraft oder als Dauernachtwache in ihrem Beruf zu arbeiten, was sie sich eigentlich nie habe vorstellen können, aber nun sei ja alles anders, so ihr Resümee.

Ende Mai 2007 bekam ich eine Karte aus dem Urlaubsort der Klientin und ihrer Familie, außer Grüßen war vermerkt, dass sie ab dem 01.07.2007 eine Stelle in einem Krankenhaus als Halbtagskraft begann. Die Arbeitszeiten waren derart, dass sie ihre Kinder durch Schule und Kindergarten oder durch ihren Mann versorgt wusste.

Mitte November 2007 rief ich ein weiteres Mal bei der Klientin an (nicht-standardisiertes, informelles Telefoninterview), Gedächtnisprotokoll: Es ginge ihr anscheinend gut, so wie ihre Begrüßung ausgefallen sei, bemerkte ich. Sie erzählte, sie sei rundherum zufrieden, die Therapie solle Ende Dezember beendet werden und einen Yogakurs in ihrem Wohnort belege sie demnächst. Die Atembeschwerden seien fast verschwunden, die Beklemmungen am Hals hätten sich schon in den ersten Stunden aufgelöst, so die Klientin. Hilfe einfordern, das hätte sie schon viel früher machen sollen, aber wie sie merke, sei es nie zu spät, sie hätte sich allerdings viele Ängste und Sorgen und auch körperliche Reaktionen ersparen können, resümierte sie. Dies war der Moment sich zu verabschieden.

### 7.7 Die Wirkungsweise

Angelehnt an die Erfahrungen, die aus der Erlebnispädagogik bekannt sind, wirkt die Imagination mit dem Bach in ähnlicher Weise auf den Klienten. Die Bewegung in der Natur, das Arbeiten und Beobachten ist beim Erkennen von eigenen Stärken, Schwächen und Grenzen von wesentlicher Bedeutung. In der Natur gewinnt der Klient die Distanz zum bisherigen Leben, ist aufnahmefähiger, entwickelt Neugier und Interesse am Geschehen um ihn herum, weil es in dieser Form für ihn i. d. R. unbekannt ist. Gleichzeitig bestehen im Ablauf und der Imagination an realen Gegenständen die Verbindung zum eigenen Leben, was z. B. im Psychodrama oder Soziodrama durch das Ersetzen von Personen durch fremde Menschen oder leere Plätze, wie sie häufig in der Gestalttherapie genutzt werden, ebenfalls genutzt wird. Im Psychodrama wird ebenfalls das bisherige Leben nachempfunden, allerdings kann in der Imagination am Bach der Klient wie in einem Film zusehen, der vom Berater/Therapeuten oder z. T. vom Klienten selbst kommentiert wird und dieser kann jederzeit auf seine eigene Figur (z. B. Stock) Einfluss nehmen. So ist der Klient in wechselnden Rollen Beobachter und Akteur, kann jederzeit eingreifen, Stationen selbst imaginieren und wahrt trotzdem die Distanz, behält den Überblick. Dies ermöglichte es der Klientin, in diesem Fall recht leicht zu reflektieren und gegebenenfalls zu agieren. Der Bach machte ihr bewusst, dass es Situationen im Leben gab, die nicht zu beeinflussen oder vorherzusagen waren, aber jederzeit Hilfe eingefordert werden konnte, was allerdings Handlung oder Veränderung der Einstellung von ihr bedurfte, um Änderungen hervorzurufen oder Situationen und andere Gegebenheiten anders als bisher anzunehmen. Gleichzeitig wurde der Klientin in dem eben dargestellten Fall bewusst, was sie bisher allein geschafft hatte und dass es hätte leichter sein können, wenn sie ab und an Hilfe gehabt hätte, nur dass sie hierzu aktiv werden musste. Sie lernte für sich zu sorgen und sich nicht den Wünschen anderer Menschen unterzuordnen, wenn es um ihre ganz persönlichen Dinge ging und dass Hilfe manchmal eingefordert werden sollte, aber auch von alleine angeboten wurde, wenn das Umfeld die Nöte und Sorgen kennt, die Klientin diese nicht für sich behielt.

### 7.8 Die Reflexion

Als die Klientin im Fall 6 einen dünnen, kleinen aber sehr geraden Stock als Symbol für sich aussuchte und auch, als sie fragte, ob sie keinen Einfluss auf ihr Leben hat, hätte ich zwei Ansatzpunkte zum Gespräch gehabt, ergriff sie aber nicht. Als sie für sich ein Symbol aussuchte, sah sie sehr konzentriert und ernst aus und ich wollte diese Stimmung nicht zerstören. Sie war vertieft in ihre Aktion und auch beim Hineinfallenlassen des Stockes in den Bach war sie hoch konzentriert. Ihre anschließende Frage, die sie vor sich selbst hinsagte, eher an sich selbst stellte und von der Körpersprache her nicht an mich

richtete, bestärkte meine Entscheidung in dieser Phase nichts zu verbalisieren, was Zeit bis zur Sitzung des Durcharbeitens hatte. Vielleicht war das der Grund, weshalb die Klientin bereits im 1. Abschnitt die Blätter als ihre damaligen Patienten zu imaginieren begann. Über ihr relativ resolutes Eingreifen, um den Stock aus dem Hindernis zu befreien und ihren Satz, dass wir nicht so viel Zeit hätten, ließ mich für einen Moment darüber nachdenken, ob sie evtl. keine Lust auf diese Imagination hatte und nur schnell fertig werden wollte. Aber, als sie mir erklärte, wie hilfreich es für sie gewesen wäre, wenn ihr jemand durch diese Zeit geholfen hätte, war mir klar, wie sie das meinte und dass sie in der Imagination angekommen war. Im 2. Abschnitt, der sich zufällig ergab, weil der Stock im Bach nicht an dem nächsten, von mir ausgesuchten Hindernis hängen blieb, sondern bereits einiges vorher und ich dies spontan verbalisierte, war ich innerlich erschrocken, was ich da tat. Da ich mich mit den zu imaginierenden Klientenfällen im Vorfeld immer sehr vertraut mache, gelingt es mir i. d. R. entsprechend spontan und flexibel zu reagieren. So ist es eigentlich für mich kein Problem, ein neues Hindernis wie selbstverständlich und schlüssig für die Klientin zu symbolisieren. In diesem Fall wurde mir allerdings im selben Moment bewusst, dass diese Klientin in ihrem derzeitigen Leben genau davor Angst hatte, Angst vor Dingen oder Ereignissen, die unberechenbar waren, wie ein erneuter epileptischer Anfall ihres Mannes. Dies hatte ich bereits bei der Bearbeitung des Falls wahrgenommen und es fand an dieser Stelle spontan seinen Ausdruck. Umso erstaunlicher war ihre Reaktion darauf, denn ich hatte bisher den Eindruck, dass sie mit ihrem Schicksal haderte und es keinesfalls als unkontrollierbare Sache ansah. Hatte sich bereits hier eine erste Veränderung oder eine Einsicht eingestellt? Verblüfft war ich, wie sie die Stelle imaginierte, denn sie konnte sehen, dass sich der Stock recht bald wieder frei bewegen konnte und entsprechend hatte sie eine Sequenz gewählt, aus der sie ebenfalls alleine und recht befriedigend herausgekommen war. Ich war erstaunt über die schnelle Umsetzung dieser Situation, vom imaginativen Bereich hin zu real existenten Sequenzen aus dem Leben der Klientin und war in der Annahme bestärkt mit dem Bach die richtige Entscheidung getroffen zu haben, um der Klientin einiges bewusst werden zu lassen, was sie in ihren Alltag einbringen kann, um ihn für sich positiv zu verändern. Als sich der Stock im 3. Abschnitt in den Steinen verfang, entstand eine längere Pause. Die Klientin sah in Gedanken versunken dem Stock zu. Lange Zeit hatte ich das Gefühl sie ließ diese Situation auf sich wirken, dies änderte sich jedoch als sie zwar nichts verbalisierte aber doch körperlich unruhig wurde, was sich langsam aufbaute. Das Gefühl der Hilf- und Ratlosigkeit schien Raum zu gewinnen, ebenso wie das Unbehagen es aushalten zu müssen. Eine Weile sah ich zu, aber als ich das Gefühl hatte sie sei gefangen in ihrer Handlungsunfähigkeit verbalisierte ich meinen Eindruck. Ich hatte mit einer Erklärung o. ä. gerechnet, nicht aber mit einer Handlung. Wie im 1. Abschnitt bemerkte sie an dieser Stelle, dass es für sie mit Hilfe leichter gewesen wäre. Dies schien ein Thema zu sein, dass sie sehr beschäftigte, allein zu sein, wenn sie Hilfe brauchte. Dieses Thema hatte sich bisher für mich noch nicht eröffnet. Mir wurde erst an dieser Stelle deutlich, dass es nicht nur darum ging, dass die Klientin mit dem Schicksal haderte, Angst vor unkontrollierbaren Dingen und Situationen hatte, sondern auch darum, dass sie in vielen kritischen Situationen keine Hilfe erfahren hatte.

So gab es in diesem Fall auch für mich einen sog. *Aha-Effekt*, der für die weitere Arbeit mit der Klientin wichtig war. Und es bewies, dass die 'Imaginative soziale Therapie' auch dem Berater/Therapeuten Einblicke ermöglicht, die er sonst evtl. übersah. Denn der Klient kann in Sitzungen nur das wiedergeben, was ihm bewusst ist und nur das kann der Berater/Therapeut aufnehmen.

Unbewusste Themen bleiben beiden Parteien i. d. R. verschlossen, können somit in der Beratung oder Therapie nicht berücksichtigt werden und bleiben ein unsichtbares Hindernis, das evtl. Lernen, Veränderungen im Handeln sowie Einsicht z. B. verhindert, einschränkt, nur für kurze Zeit oder nur in Teilen gelingen lässt. Am Schluss der Imagination spürte die Klientin selbst, was sie ändern und lernen musste, um aus ihrer bisherigen Situation herauszukommen und es war ihr bewusst, dass sie am Ende der Imagination, der Bearbeitung der Zukunft, selbst aktiv werden musste. Und indem sie den Weg zum Parkplatz einschlug, zeigte sie mir unmissverständlich, dass sie begriffen hatte, worauf es in ihrem Leben ankam und dass sie keine weiteren Imaginationen benötigte. Für mich war es, wie bei allen anderen Klienten, wieder einmal erstaunlich wie abrupt sie von der Imagination in das reale Leben umschalten konnte. Dies war u. a. für das Durcharbeiten von Vorteil, den ich bisher jedes Mal nutzen konnte.

## 8. Fall 7 unter Nutzung von Motiv 7

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 8 sind *Die Gewichte*. In diesem Fall benötigte ich zwei Sitzungen, um eine Imagination entwickeln zu können, da der Klient nie lange bei einem Thema blieb, ständig zwischen den Zeiten wechselte, mal aus der Kindheit, mal aus der Jugend- oder der Erwachsenenzeit berichtete. Es war äußerst schwierig, einen Ansatzpunkt zu entdecken.

### 8.1 Das Erst- und Zweitgespräch (Gedächtnisprotokoll, eine Zusammenfassung aus beiden Sitzungen):

Der Klient erzählte in diesen zwei Sitzungen, dass er mit einem Kommilitonen in einer Studentenwohnung lebe, der sehr esoterisch orientiert und der Überzeugung sei, der Mensch müsse nichts essen, er könne von Wasser leben. Der Mitbewohner hatte ihn vor Kurzem bedroht, nun überlegte er auszuweichen und das Studium der Soziologie aufzugeben. Er wäre komplett orientierungslos, hatte keine Freunde, keine Freundin und kaum Kontakt zur Familie, es sei denn, er brauchte wieder Geld. Der Klient berichtete über ein für ihn sehr gespaltenes Verhältnis zu seiner Mutter, wolle Besuche nur auf das Nötigste beschränken, denn er habe in seiner Kindheit erlebt, dass es von den Eltern und dem späteren Stiefvater kaum Zuneigung, Liebe, Zärtlichkeiten und körperliche Berührungen gegeben habe. Seine Mutter habe ihm ganz offen gezeigt, wie sie ihn ablehne, erzählte der Klient. Er fing in seiner Kindheit sehr früh an Essen zu verweigern, was keinen in der Familie interessierte, nur seine Mutter bekam irgendwann ein schlechtes Gewissen, weil sie oft von Bekannten und der Kindergärtnerin auf sein Untergewicht angesprochen wurde. Aufgrund dessen ging sie mit ihm zum Kinderarzt und er wurde, im Alter von sechs Jahren, für sechs Wochen in eine Kinderkur geschickt. Mit dem Erfolg, dass er zwar wieder Essen zu sich nahm, aber höchst ungern und nur ausgewählte Produkte. Seine Mutter kochte nicht gerne und immer wenn sie gemeinsam am Tisch mit seinem Vater saßen wurden Gespräche geführt, die regelmäßig in Geschrei und Lärm endeten. Täglich gab es manchmal zwei- bis dreimal Streit. Meist ging er unbemerkt in sein Bett, bevor er wieder in den Streit hineingezogen wurde, was sehr oft passierte. Seine Flucht bestand darin, sich mit einem Buch unter seiner Bettdecke zu verstecken und in eine andere Welt abzutauchen. Der Vater war für ihn fast nicht existent, es sei denn, er „verprügelte“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] seine Mutter. Der Vater behandelte ihn und seine Mutter sehr schlecht und seine Mutter trennte sich von ihm, als sie ihren jetzigen zweiten Mann kennenlernte. Von seinem leiblichen Vater ließ sich seine Mutter scheiden, als er sechs Jahre alt war (1987). Als seine Eltern geschieden waren, kochte niemand mehr. In der Zwischenzeit, bis zur Hochzeit des zweiten Mannes, hatten sie noch weniger Geld als vorher. Er sei in dieser Zeit die Stütze seiner Mutter gewesen, habe sie zu trösten versucht, wenn sie geweint habe, und sei ihr in dieser Zeit so nahe wie vorher und nachher nie wieder gewesen, so der Klient. Sie müssen sparen, das habe er fast täglich von seiner Mutter gehört und daraufhin habe er für sich entschieden, noch weniger zu essen, erklärte der Klient.

In der Schulzeit sei er von den Klassenkameraden oft gehänselt a) wegen seines leiblichen Vaters, da im Dorf bekannt gewesen sei, dass er mit anderen Frauen „rum machte“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und b) dem Lebenswandel seiner Mutter, die auf der Suche nach einem neuen Partner gewesen sei. Als er acht Jahre alt gewesen sei, habe seine Mutter einen neuen Partner in die Familie gebracht, den sie recht schnell geheiratet habe. Er habe nie gewusst, woran er bei seiner Mutter dran sei, ergänzte er. Diesen Mann konnte er bis heute nicht akzeptieren. Es gab von ihm aus keine echte Beziehung zu ihr und seinem Stiefvater, so seine Gefühle. Aber dieser Mann „machte wenigstens Essen“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und legte darauf sehr viel Wert. Der Klient kam sich vollkommen ausgeschlossen und ausgestoßen vor und wurde phasenweise von beiden „wie ein Hund behandelt“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.].

Die Lehrer hatten ihm gegenüber oft überdeutlich gezeigt, wie sehr sie ihn wegen seiner Herkunft ablehnten. Er hasste die Schule, die Mitschüler und die Lehrer, die ihn z. T. mit einem „hämischen Grinsen“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] vor der Klasse bloßstellten und er versuchte, von der ersten bis zur vierten Klasse „als Klassenclown zu überleben“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.].



In der Natur fühlte er sich am wohlsten. Er lief oft nach der Schule im nahe gelegenen Wald umher, baute sich Unterstände und machte dort teilweise die Hausaufgaben. Ab und an begleitete ihn ein Klassenkamerad, wenn es die Anderen nicht mitbekamen, weil dieser Junge sonst von den Klassenkameraden ebenfalls gemieden worden wäre und das wiederum wollte er vermeiden, denn dann hätte er gar keinen mehr gehabt zu dem er ab und an einmal zum Essen gehen konnte. Das Essen in dieser Familie war für ihn wie ein Fest, diese Harmonie, beide Eltern am Tisch, die Mutter immer sehr darauf bedacht, dass er von allem genug bekam und diese Ruhe, die dort herrschte, waren ihm noch deutlich im Kopf. Überhaupt habe er eigentlich nur gut gegessen, wenn er bei anderen gewesen sei, sagte er nachdenklich.

Nach dem Schulwechsel zog er sich zurück und wurde im Unterricht still. Er hatte keinen der ihm half, auch in der Zeit nicht, als er ca. 14 Jahre alt war und von einer „Horde“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] Schuljungen, die für ihr Verhalten entsprechend bekannt waren, auf einer Klassenfahrt übel behandelt und fertiggemacht wurde, so seine Erzählung. Daraufhin hatte er seine zweite Herzoperation (die Erste hatte er mit einem halben Jahr). Als er danach für drei Wochen zur Erholung auf eine griechische Insel ging, fühlte er sich in der Gastfamilie (entfernte Verwandte) sehr wohl. Dort aß er viel und gerne, sodass er über sieben Kilo zunahm. Es sei so viel Freundlichkeit und Harmonie in dieser Familie gewesen, schwärmte der Klient.

Die physische und psychische Gewalt in der Schule begann danach wieder und hielt bis zum Ende des 10. Schuljahres an. Das mit der jahrelangen physischen und psychischen Gewalt habe er übrigens der Therapeutin nicht erzählt, die er später aufsuchen müsse, fügte er wie beiläufig hinzu. In der Zeit, als er auf einer Wirtschaftsschule Fachabitur machte, ging es ihm ganz schlecht. Nur das, was ihn interessierte, nahm er auf, bei allen anderen Dingen konnte er sich nicht konzentrieren. Dies war nicht nur in der Schule, sondern auch zu Hause so. Seine Mutter habe sich derartig darüber aufgeregt, dass sie ihn bei einer Psychotherapeutin angemeldet habe, so der Klient. Er war dort eher widerwillig, wegen schlechter Konzentration, aber auch dem schlechten seelischen Allgemeinzustand, zwei Jahre in Psychotherapie gewesen. Besonders schrecklich fand er, dass die Therapeutin ihn ständig zum Weinen aufforderte. Aber es habe ihm geholfen seinen Lebensmut nicht zu verlieren, endlich habe ihm jemand zugehört und kurzfristig habe diese Therapie das Interesse an psychologischen Büchern geweckt, so der Klient. Denn wenn man viel Wissen habe, könne man mehr erkennen, dies sei ein Schutz für ihn, fügte er hinzu. Aber viele Sachen waren ihm peinlich und er merkte, dass die Therapeutin ihn nicht verstand. Deshalb wolle er eine solche Therapie nie wieder machen und suche bei mir Hilfe, stellte er fest. Heute als Erwachsener verzettelte er sich, alles war irgendwie interessant. Er wolle möglichst alles in allen Wissensbereichen bis ins Detail lernen, habe bereits zwei Ausbildungen abgebrochen, studiere, was er jedoch auch abbrechen wolle, weil ihn wieder ganz andere Dinge interessieren würden. Ebenso habe es sich mit dem Berufsweg verhalten, erklärte er seine Ausbildungssituation.

Er habe keine Freunde, weil es auf der einen Seite keiner lange mit ihm aushalten würde, da er sehr hektisch und unstet sei, er aber auf der anderen Seite selbst nie wisse ob und welche Freunde für ihn gut seien, er sei nicht in der Lage Freundschaften zu halten bzw. zu pflegen, sagte er. Er war auch höchst wählerisch was, wann, wo und wie viel er essen wollte, konnte sich oft nicht entscheiden was gut und was weniger gut für ihn war, was sich anscheinend durch alle Lebensbereiche bei ihm zog, so der Klient. Er wollte einen Rat von mir, wie es vor allem beruflich für ihn weitergehen sollte.

Nach diesen Gesprächen wurden K, S, V und E des Klienten in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.8.1).

Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 4, T1 K 8, T1 K 17, T1 K 19, T1 K 25, T1 K 34; T2 K 3, T2 K 12, T2 K 14; T3 K 19), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung (T1 K 7, T1 K 8, T1 K 13; T2 K 12), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 8, T1 K 17, T1 K 19; T3 K 19; T5 K 3), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 17), Unterlegenheit (T1 K 7, T1 K 13, T1 K 17, T1 K 41; T2 K 3, T2 K 12), Antriebs- und Willensschwäche (T1 K 17), mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17), mangelndes Selbstbewusstsein und -sicherheit (T1 K 25, T1 K 34, T1 K 41; T3 K 3, T3 K 10, T3 K 19)

Tabellenkode	Kodenummern									
T1	K 4	K 7	K 8	K 13	K 17	K 19	K 25	K 34	K 41	K 43
T2	K 3	K 12	K 14							
T3	K 3	K 5	K 10	K 14	K 15	K 18	K 19	K 26	K 27	K 31
	Sonstiges: K 5 – „s“ wurde fast durchgängig durch „sch“ ersetzt - Sprache war schwer verstehbar K 14 und K 15 wurden im Wechsel benutzt K 18 und K 19 wurden im Wechsel benutzt K 26 Erzählstruktur war eigentlich keine zu erkennen und wenn, dann war sie nur von kurzer Dauer									
T4 Seite 4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang					
	Monotone Stimmlage  oder Starker Sarkasmus				Bei Erzählungen von traumatischen Erlebnissen muss er innere Distanz aufbauen, damit er überhaupt über seine Erlebnisse berichten kann.  Wenn er von seiner Mutter, seinem Mitbewohner, Vater, Stiefvater, Schulkameraden, Lehrern oder anderen Personen erzählt, die mit der Traumatisierung unmittelbar zu tun haben.					
T5	K 4	K 7	K 9	K 14	K 17					

Tab.: III.8.1

Zusammenfassend war zu bemerken, dass der Klient bereits beim Händedruck (T1 K4) einen verunsicherten, ängstlichen, teilweise aber auch resignierten Eindruck hinterließ (s. T1 K13), was auf Erlebnisse hindeutete, in denen er versagte, sich nicht durchsetzen konnte.

Sein Sprachfehler war schwierig einzuordnen, aber sicherlich konnte dieser für seine Selbstsicherheit und sein Selbstbewusstsein nicht unbedingt förderlich sein, was zusätzlich zu seiner flatternden, oft versagenden, leisen bis sehr leisen Stimme, meine Vermutungen in Richtung Traumaerlebnisse unterstützten (s. auch Beschwichtigungshaltung T1 K7, T1 K8, T1 K13; T2 K12). Dass er Traumata erlebt haben musste, wurde durch den Gesamteindruck relativ schnell erkennbar, da er eine veränderte Wahrnehmung von Distanzzonen entwickelt hatte, indem er invasives Verhalten zeigte (T1 K43). Zudem erzählte er sehr schnell, inhaltlich sehr viel, fast unstrukturiert (T3 K26), verbunden mit Gesten, die zeigten, dass er nicht die Absicht hatte, sein Gespräch zu beenden (T1 K34), es war schwierig ihm zu folgen.

Seine Angst, Unsicherheit, sein mangelndes Selbstbewusstsein und mangelnde Selbstsicherheit spiegelte sich auch in seiner häufig wechselnden Körpersprache wieder. Das Erscheinungsbild zeigte einen sehr dünnen und blassen Menschen, der in seiner gesamten Körperhaltung schlaff, kraftlos und unterlegen wirkte (Unterlegenheit s. auch T1 K7, T1 K13, T1 K17, T1 K41; T2 K3, T2 K12). Unterstrichen wurde die Blässe durch seine hellbeige Kleidung. Er wollte scheinbar nicht auffallen (s. auch Selbsterniedrigung T1 K8, T1 K17, T1 K19; T3 K19; T5 K3), durch nichts auf sich aufmerksam machen, was auch seine ungepflegten Haare signalisierten, die im Gegensatz zur übrigen gepflegten Körperhygiene standen.

Im Anschluss an die Gedächtnisprotokolle erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.8.2), **B** (s. Abb.: III.8.3) und **C** (s. Abb.: III.8.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erst- und Zweitgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt, s. Abb.: III.8.5).

Bei dem Klienten zogen sich belastende Erlebnisse und Gewalterfahrungen fast durch sein gesamtes Leben. Begonnen hatte es mit der täglichen Gewalt im Elternhaus, gefolgt von physischer und psychischer Vernachlässigung in seiner Kinder- und Jugendzeit, der physischen und psychischen Gewalterfahrungen während der gesamten Schulzeit (besonders dramatisch die Klassenfahrt mit 14 Jahren, die eine zweite Herzoperation nach sich zog), der psychischen Gewalt durch den zweiten Partner seiner Mutter und zum Zeitpunkt des Erstgesprächs die Bedrohung durch seinen Mitbewohner.

Problem verstärkend wirkten

a) seine Herzerkrankung, die zum einen vermuten ließ, dass die Mutter bereits bei der ersten Operation (der Klient war gerade ein halbes Jahr alt) überfordert war und zum anderen der Klient nicht so belastbar war wie gesunde Kinder.

Zudem musste das Gewalterlebnis auf der Klassenfahrt (als 14-jähriger) traumatisch gewesen sein, so dass dieses eine zweite Herzoperation nach sich zog,

b) Streitereien zwischen seinen Eltern, die meist am Essenstisch begannen, sodass sich der Klient mit einem Buch unter seiner Bettdecke verkroch, sich dort in eine andere Welt begab und die dadurch entwickelte mangelhafte Nahrungsaufnahme, die ihn körperlich schwach werden ließ, für Klassenkameraden ein leichtes Opfer zwecks physischen und psychischen Attacken

c) der gesellschaftlich nicht akzeptierte Lebenswandel seiner Eltern, der Vater der wegen wechselnder Partnerinnen in seiner Ehe abgelehnt wurde und seine Mutter, die nach der Scheidung, für alle im Umfeld sichtbar, Partnersuche betrieb,

d) seine Flucht in die Klassenclownposition, was er als Selbstschutz ansah, aber ihn bei den Klassenkameraden und vermutlich auch manchem Lehrer unbeliebt machte, wobei der Sprachfehler – falls schon vorhanden – zusätzliche Aversionen hervorgerufen haben könnte,

e) seine evtl. aus den vielen Gewalterfahrungen resultierende u. a. unstete, hektische Art, wodurch er z. B. wenig in der Lage war, Sozialkontakte zu halten und

f) Lehrer, die wegsahen oder mitmachten und die Tatsache von keinem Hilfe erwarten zu können bzw. zu bekommen.

Zu seiner Mutter entwickelte er ambivalente Gefühle, er fühlte sich von ihr abgelehnt, nur für kurze Zeit nach der Scheidung ließ sie ihren Sohn so nah an sich heran, wie vorher und nachher nicht mehr, eine kurze Zeit, in der die Probleme zumindest im häuslichen Bereich gemindert waren und er sich von ihr gebraucht, so etwas wie geliebt fühlte. Ebenso ambivalent empfand er die damalige, zweijährige therapeutische Hilfe. Auf der einen Seite war sie ihm lästig, er fühlte sich unter Druck gesetzt (sollte Weinen) und auf der anderen Seite hörte ihm endlich jemand zu. Auch der neue Partner seiner Mutter löste bei ihm Ambivalenzen aus, er kochte, was dem Klienten entgegenkam, aber er übte psychische Gewalt auf den Klienten aus, sodass dieser ihn nie akzeptierte.

Durch aufmerksame Bekannte und die Kindergärtnerin wurde das schlechte Gewissen seiner Mutter aktiviert, was dazu führte, dass ihn der Arzt mit sechs Jahren zur Kinderkur schickte, mit dem Erfolg, dass er aß – wenn auch nur ausgewählte Produkte. Diese Zeit war nicht als problemfrei einzuordnen, denn der Klient erzählte unmittelbar, wenn er sich in bestimmten Situationen wohlgeföhlt hatte und diesbezüglich berichtete er nichts dergleichen. Zu beachten war, dass zum damaligen Zeitpunkt Kinderkuren über sechs Wochen gingen und sechsjährige Kinder i. d. R. und u. a. mit der Zeitspanne der Kur überfordert waren, was die Trennung vom gewohnten Umfeld anging.

Er selbst begann sich vor unangenehmen Erlebnissen, so gut als möglich zu schützen, indem er in der Grundschulzeit in die Natur flüchtete. Er baute Unterstände, in denen er z. T. mit einem Freund auch Hausaufgaben erledigte. Zu diesem Freund ging er manchmal zum Essen, was er jedes Mal genoss, weil er das bekam, was er zu Hause vermisste: Freundlichkeit, Ruhe, Harmonie und Fürsorge.

Letzteres erlebte er einmal nach seiner zweiten Herzoperation, während einer dreiwöchigen Erholung, bei einer befreundeten Gastfamilie in Griechenland, übrigens die einzige zusammenhängende Zeit, in der sich der Klient gänzlich wohlföhlt und sieben Kilo an Körpergewicht zunahm.

Zusammenfassend war festzuhalten: Der Klient aß nur noch gern, wenn die Umstände entsprechend freundlich, harmonisch, fürsorglich und ruhig waren. Bei Stress zu Hause verzog er sich in eine andere Welt, die Welt der Bücher. Um sich vor Streitereien, beim Essenstisch und anderen Streitereien, zwischen seinen Eltern zu schützen, ging er in die Natur oder (in der Grundschulzeit) zu einem Freund zum Mittagessen.

Er hatte kaum Zeiten der Ruhe, hatte viele unverarbeitete, z. T. traumatische Erlebnisse, was ihn evtl. in vielen Lebensbereichen hektisch, unstet verunsichert und ängstlich werden ließ.

<b>A</b>				<b>Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... August 2008</b>		<b>Seite: 1</b>
Name: Klient Fall 7						
Geb./Alter: geb. 1981						
Adresse: XXX						
Tel.: XXX				Mobiltel.: XXX		
Verh.: Nein	Gesch.: /	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: /	Alter: /		
Geschwister: Keine			Alter: /	Verst.: /		
Eltern: XXX und XXX			Gesch.: Ja	Verst.: /		
Initiator der Beratung: Selbst						
<p>Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzettelt sich mit Interessen, alles ist irgendwie interessant</li> <li>- Möchte in allen Wissensbereichen bis ins Detail gehen</li> <li>- Will Rat, wie es beruflich weitergehen kann, zwei Ausbildungen abgebrochen – studiert Soziologie, will abbrechen, weil etwas anderes interessiert</li> <li>- Er hat keine Freunde, keine Freundin – hektisch und unstet – könne sich nicht entscheiden, wer gut für ihn sei – ist nicht in der Lage Freundschaften zu pflegen</li> <li>- Beim Essen ebenfalls wie im Beruf und Freunden, wählerisch, kann nicht entscheiden, was gut ist</li> </ul>						
In Anspruch genommene Sitzungstermine:						
1 Erstgespräch	6					
2 Zweitgespräch	7					
3 Imagination	8					
4 Durcharbeiten	9	Abschlusssitzung				
5						

Abb.: III.8.2

Name: Klient Fall 7

Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... August 2008 – Erst- und Zweitgespräch

Prägende Ereignisse:

- 1981 geboren
- 1/2 Jahr alt – 1. Herzoperation
- Eltern stritten zwei- bis dreimal täglich, vorzugsweise beim gemeinsamen Essen – Abends, Flucht in andere Welt, mit Buch unter seine Decke
- Kindergartenalter, Essen verweigert – Untergewicht – Kindergärtnerin und Bekannte sprachen Mutter an, schlechtes Gewissen
- Kinderarzt, 1987 sechswöchige Kinderkur – aß, ausgewählte Produkte
- Vater schlug Mutter
- Scheidung der Eltern 1987 – Mutter neuen Freund
- Wenig Geld, Mutter kochte nicht mehr – verzichtete häufig auf Essen – tröstete Mutter, war ihr nah wie nie wieder, Stütze für sie
- 1. bis 4. Schuljahr: Klassenkameraden hänseln und bloßgestellt – Lebenswandel der Eltern – Lehrer beteiligten sich – machte Klassenclown, um zu überleben – hasste Schule usw.
- Natur – baute Unterstände und machte dort die Hausaufgaben – ab und an kam heimlich (weil sonst auch ausgegrenzt worden) Klassenkamerad mit – einziger Freund
- Freund: Mittagessen, Fest, harmonisch, ruhig, Mutter fürsorglich
- 1989 neuer Partner der Mutter, schnelle Heirat
- Eltern und Stiefvater keine Zuneigung, Liebe, Zärtlichkeiten oder Berührungen
- Ambivalentes Verhältnis zur Mutter, zum Stiefvater, wusste nie, woran er war
- Mann, wenigstens Essen, er wurde schlecht behandelt
- Klasse 5 – Schulwechsel: zurückgezogen und still – keine Freunde
- 1995 – 14 Jahren: Schulkameraden, Klassenfahrt übel behandelt, fertiggemacht – keiner half, auch kein Lehrer
- Daraufhin 2. Herzoperation – drei Wochen Erholung, befreundete Familie in Griechenland
- Gastfamilie: Freundlich, harmonisch – sehr wohl gefühlt – sieben Kilo Gewicht zugenommen
- Danach wieder psychische und physische Gewalt bis 10. Schuljahr
- Wirtschaftsschule – Fachabitur – schlechte Zeit – konnte nur auf interessante Themen konzentrieren
- Konzentrationsprobleme zu Hause – schlechter seelischer Zustand
- Mutter schickte ihn zur Therapie – Gewalt in Schule nach 12. Lebensjahr, Therapeutin nicht erzählt – widerwillig Therapie in Zeit Fachabitur, für zwei Jahre – bes. schrecklich Therapeutin forderte Weinen – aber ihm hörte jemand zu, hat geholfen Lebensmut nicht zu verlieren – vieles war peinlich, Therapeutin konnte ihn nicht verstehen – nie wieder Therapie
- Therapie weckte kurzfristig Interesse an psychologischen Büchern – Wissen sei Schutz – man könne mehr erkennen
- Zwei Ausbildungen begonnen und abgebrochen
- Studium der Soziologie begonnen – will abbrechen
- Wohnt z. Z. in Wohngemeinschaft mit Kommilitonen – Kommilitone hat ihn bedroht
- Möchte nur Kontakt zur Familie (Mutter), wenn er Geld benötigt

Name: Klient Fall 7

Datum: ... August 2008 – Erst- und Zweitgespräch

Involvierte Personen:

Mutter:

- Gewalttätigen, untreuen Mann
- finanziell schlecht gestellt, besonders nach Scheidung – Suche nach finanzieller Sicherheit durch neuen Partner – viele Partnerwechsel
- Kocht ungern
- Mit Sohn überfordert – behandelt ihn schlecht, besonders nach zweiter Heirat
- Weder fürsorglich noch liebevoll
- Kümmerte sich nur auf Druck anderer (Untergewicht) oder, wenn sie ihren Sohn nicht ertragen kann, (Konzentrationsprobleme, seelisch schlechtem Allgemeinzustand) um Hilfe für ihren Sohn
- Klient kann keine echte Beziehung zu ihr aufbauen

Vater:

- Viele Frauen neben Ehe
- Gewalttätig

Stiefvater:

- Kocht
- Behandelt Klienten schlecht
- Wird vom Klienten bis heute nicht akzeptiert

Mitschüler:

- Gewalttätig – üben von Ersten bis 10. Klasse physische und psychische Gewalt mehr oder weniger intensiv aus – besonders auf Klassenfahrt als Klient 14 Jahre alt war und er daraufhin eine zweite Herzoperation benötigte

Freund aus Grundschulzeit:

- Nahm Klienten zum Essen in Familie mit – Klienten gefiel es (fürsorgliche, harmonische, liebevolle Atmosphäre)
- Ging heimlich mit ihm in seine Unterstände in der Natur

Lehrer:

- Beteiligten sich z. T. von Ersten bis 10. Klasse an psychischer Gewalt

Befreundete Gastfamilie in Griechenland:

- Klient lernte Freude am Essen, fühlte sich wohl (fürsorgliche, harmonische, liebevolle Atmosphäre)

Mitbewohner in der derzeitigen Wohngemeinschaft:

- Esoterisch orientiert
- Eigenwillige Ansichten: Mensch muss nicht essen, kann von Wasser leben
- Hat Klienten bedroht

Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:

- In zwei Tagen findet eine Imagination statt
- Danach Entscheidung über weitere Sitzungen

<b>D Problemanalyse</b>		Seite: <b>5</b>
Name: Klient Fall 7		
Datum: ... August 2008		
Problem/Teilprobleme: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tägliche Gewalt im Elternhaus</li> <li>- Ambivalente Gefühle zur Mutter – für kurze Zeit nach der Scheidung, kamen sich so nah wie vorher und nachher nicht mehr</li> <li>- Physische und psychische Vernachlässigung in Kinder- und Jugendzeit</li> <li>- Physische und psychische Gewalterfahrungen in gesamten Schulzeit – besonders dramatisch Klassenfahrt (14 Jahre)</li> <li>- Erfahrung keine Hilfe erhalten zu haben, weder von Eltern noch Lehrern noch Schulkameraden</li> <li>- Psychische Gewalt durch zweiten Partner seiner Mutter</li> <li>- Therapeutische Hilfe ambivalent a) lästig, fühlte sich unter Druck (sollte Weinen) und b) endlich hörte ihm jemand zu</li> <li>- Verunsichert und ängstlich in vielen Lebensbereichen</li> </ul>		
Hauptproblem: Unverarbeitete Gewalterfahrungen und Traumatisierung		
Problem fördernde Situationen/Umstände: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herzerkrankung des Klienten</li> <li>- Streitereien zwischen den Eltern entstanden meist beim Essen</li> <li>- Mangelhafte Nahrungsaufnahme</li> <li>- Lebenswandel seiner Eltern</li> <li>- Scheidung und offensichtliche Partner-suche seiner Mutter</li> <li>- Flucht in Klassenclownposition</li> <li>- Fraglich: evtl. Sprachfehler</li> <li>- Lehrer, die wegsahen oder mitmachten</li> <li>- Klassenfahrt mit 14 Jahren, nach erlebter Gewalt erneute Herzoperation</li> <li>- Neuer Partner der Mutter – psychische Gewalt gegen Klienten</li> <li>- Seine aus den vielen Gewalterfahrungen resultierende u. a. unstete, hektische Art</li> <li>- Kann Sozialkontakte nicht halten</li> <li>- Derzeitiger Mitbewohner hat Klienten bedroht</li> </ul>	Problem mindernde Sit./Umst.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufmerksame Bekannte und Kindergärtnerin</li> <li>- Arzt, der ihn mit sechs Jahren zur Kinderkur schickte</li> <li>- Flucht in die Unterstände in der Natur z. T. mit Freund</li> <li>- Essen mit der Familie seines Freundes aus der Grundschulzeit</li> <li>- Kurze Zeit nach der Scheidung, als Mutter zugänglicher war</li> <li>- Neuer Partner der Mutter, der für Essen sorgte</li> <li>- Therapeutin, die ihm zuhörte</li> </ul>	
Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter</li> <li>- Vater</li> <li>- Stiefvater</li> <li>- Klassenkameraden</li> <li>- Lehrer</li> <li>- Derzeitiger Mitbewohner</li> </ul>	Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter</li> <li>- Stiefvater</li> <li>- Freund aus Grundschulzeit und dessen Familie</li> <li>- Bekannte – mittelbar</li> <li>- Kindergärtnerin – mittelbar</li> <li>- Arzt - mittelbar</li> <li>- Therapeutin</li> </ul>	
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dreiwöchige Erholung bei befreundeter Gastfamilie in Griechenland mit ca. 14/15 Jahren</li> </ul>		

Abb.: III.8.5

## 8.2 Die Imagination - Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. In diesem Fall war es wichtig dem Klienten bewusst zu machen, wie er aus seinem Gleichgewicht geraten war. Die traumatischen Erlebnisse aufzuarbeiten und bewusst zu machen war die Aufgabe von u. a. Psychotherapeuten, dies überschritt meine Kompetenzen. Somit schieden Motive aus, die den Lebensweg oder einzelne Sequenzen aus diesem deutlicher werden ließen. Wichtigstes Körpersignal war seine schlafe und kraftlose Körperhaltung, die das Motiv 7 nahe legte. Gewichte forderten ihn zumindest im ersten Ansatz zur körperlichen Anstrengung heraus. Aufgrund seiner monotonen Stimmlage und seinem starken Sarkasmus bezüglich seiner belastenden Erlebnisse, die innere Ablehnung, die schwere psychische Verletzungen erahnen ließ, durften im Motiv lediglich zwei Themen angesprochen werden, bei denen er nicht zu Monotonie und Sarkasmus und damit innerer Abwehr neigte: 1. seine problematischen Ernährungssituationen und 2. sein Streben nach Wissen.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.8.6).

<b>E</b>	<b>Planung der Imagination</b>	Seite: 6
Termin: ... August 2008		
Name: Klient Fall 7		
Imaginationsmotiv und Begründung: Motiv: Die Gewichte – Motiv 7 Begründung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sein Leben war aus Gleichgewicht geraten</li> <li>- Häufte unkontrolliert Wissen an – immer wieder neue Interessen – kann nichts beenden (Ausbildungen, Studium), immer wieder neue Interessen – Bücher haben ihn gewalttätiges Zuhause vergessen lassen</li> <li>- Sehr wählerisch bei Nahrungsaufnahme, bis zur Nahrungsverweigerung – Essen oft mit Streitereien der Eltern verbunden, flüchtete zu seinen Büchern</li> <li>- Hatte sich emotional fast vollständig zurückgezogen</li> </ul>		
Der Klient soll dadurch u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsicht in die Entwicklung des Ungleichgewichts bekommen (soweit bekannt)</li> <li>- Ungleichgewicht im Bereich Wissen und Nahrung erkennen und evtl. Rückschlüsse und Erkennen von Ursachen möglich machen</li> <li>- Selbstsicherheit gewinnen, Stärken entdecken und Selbstbewusstsein aufbauen</li> <li>- Einsicht gewinnen, in welchen Bereichen Handlungsbedarf ist</li> <li>- Handlungsfähigkeit und Entscheidungsfindung entwickeln</li> <li>- Körpergefühl und Emotionen entwickeln – sich selbst bewusster wahrnehmen</li> <li>- Lösungswege entwickeln</li> </ul>		
Geplanter Ablauf: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitet wird: Ein 200-ml-Glas (sein Körper) und eine 1l-Kanne mit Wasser zum Einfüllen ins Glas (Nahrungsangebot), einen großen Weidenkorb mit Henkel (sein Geist), Bücher als Gewichte, mehrere 1,5 kg Gewichte (Gesamtgewicht ca. 10 kg).</li> <li>- Rechte Hand, leere Glas</li> <li>- Linke Hand, leeren Korb</li> <li>1. Abschnitt: Ohne Harmonie isst er kaum (Wasser einfüllen) – Situation zu Hause – Klassenkamerad Grundschulzeit – Griechenland (Wasser einfüllen) – beim Essen heute oft allein – überlegt sehr genau, was er essen möchte, keine Chance Gewicht zuzunehmen (Wasser einfüllen) – ist unsicher, was schadet – eher Verzicht, wenn keine Sicherheit (Wasser bis ca. 2/3 füllen)</li> <li>2. Abschnitt: (Gewichte einlegen) Lesen – andere Welt – Streitereien, Disharmonie entfliehen – gaben ihm das was er vermisste Harmonie, Frieden, Liebe u. v. m. (Korb nebenbei langsam mit Büchern zur Hälfte füllen)</li> <li>3. Abschnitt: Er braucht Impuls zum Lesen – befreit aus Realität – Impuls: Nicht wohlfühlen – lenkt nur so lange ab, bis uninteressant (Bücher einlegen) – Ausbildung (Buch einlegen) – zweite Lehre (Buch einlegen) – Studium, Anforderungen höher (letzten Gewichte hinzulegen)</li> <li>4. Abschnitt: Gegenwart wirken lassen und besprechen</li> <li>5. Abschnitt: Zukunftsvisionen und Lösungen erarbeiten</li> </ul>		

Abb.: III.8.6



Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **E**: Vorbereitet hatte ich ein 200-ml-Glas und eine 1l-Kanne mit Wasser, einen großen Weidenkorb mit Henkel, Bücher, die als Gewichte dienten (in Folge auch als Gewichte benannt werden) und nicht zuletzt mehrere 1,5 kg Gewichte (Gesamtgewicht ca. 10 kg).

Nachdem ich dem Klienten den ungefähren Ablauf der Imagination erklärt hatte, bat ich ihn sich hinzustellen, gab ihm in die rechte Hand das leere Glas und in die linke Hand den leeren Korb mit den Worten „Das Glas ist Ihr Körper und der Korb Ihr Geist“.

Erstaunt stellte er fest, dass sein Körper wesentlich kleiner als sein Kopf sei, ob ich mich da nicht vertan habe, er würde eher wechseln wollen. Ich bot ihm an abzuwarten, was geschieht, um dann neu zu entscheiden.

1. Abschnitt: Ich begann sein Glas mit dem Wasser aus der 1l-Kanne zu füllen, sehr zögerlich und in kleinen Etappen und erklärte dem Klienten, bei jedem Schluck, den ich eingoss, wie er mit seinem Körper umging: Ohne Harmonie schmecke es ihm in seiner Kinderzeit nicht, in dieser Zeit habe er wenig (ich goss wenig Wasser ein) gegessen. Fühle er sich als Kind am Esstisch wohl, esse er mehr, wie z. B. damals bei seinem Klassenkameraden am Familientisch oder auf der griechischen Insel beim Essen mit seinen entfernten Verwandten (ich goss die Hälfte des Glases ein). Aber mittlerweile sei hinzugekommen, dass er oft alleine esse und anfangs sich sehr genau zu überlegen, was er esse und trinke. Dadurch zerstöre er seine Chance wieder zuzunehmen (ich goss wenig ein). Alles, was er als nicht gut für den eigenen Körper erachte, mied er, und wenn er sich unsicher sei, ob das Essen gut oder schlecht für ihn sein könne, verzichte er ganz darauf. Die Folge sei, dass es kaum noch etwas geben würde, was er essen könne, ohne sich Sorgen um eventuelle Schad- oder Giftstoffe zu machen (ich goss wenig ein). Das Glas war zu zwei Drittel voll. Der Klient sah sich das Glas mit dem Wasser an und meinte für das, was er zu sich nehmen würde, sei das Glas in seiner Größe wohl doch der richtige Behälter und das Wasser wahrscheinlich bald das Einzige was er noch zu sich nehmen würde. Worauf ich bemerkte, dass ich mit der 1l-Kanne noch mehrmals sein Glas nachfüllen könne, es genug Nahrungsangebote geben würde, jedoch auch Wasser und Bioprodukte belastet sein könnten, woher er wisse, ob das vermeintlich gute Wasser oder Bioprodukt wirklich ohne Schadstoffe sei und wie es denn mit der Luft sei, die er zum Leben brauche. Daraufhin sah er mich ganz erstaunt an, sagte aber nichts. Ich ließ die Stille wirken, sah, wie er in Gedanken versunken war.

2. Abschnitt: Als er mich wieder ansah, fragte er, was es mit dem Korb auf sich habe, woraufhin ich begann, die Gewichte in den Korb zu legen. Dabei erklärte ich ihm, dass das Lesen in seiner Kindheit die Funktion erfülle, sich in einer Welt verlieren zu können, Harmonie herzustellen, wenn es in der Realität keine gab, z. B. wenn seine Eltern wieder gestritten haben (ich erinnerte an seine häufige Flucht mit einem Buch in sein Bett, in welchem er dann las). Bücher haben den Zweck gehabt ihn zu beruhigen, seine Sehnsucht nach Frieden, Liebe und Harmonie zu erfüllen. Der Klient nickte zustimmend und sagte, dass er in dieser Zeit oft Bücher gelesen habe in denen „das Gute“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] gesiegt habe und dazu haben vorwiegend Karl May Bücher gehört. Er habe sich oft die Ohren beim Lesen zugehalten, um sich besser konzentrieren zu können und wenn er überlege, habe er sich oft vorgestellt er selbst könne „das Böse“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] in seiner Familie besiegen. Leider hole ihn die Realität meist schneller ein als ihm lieb sei, sagte er. Manchmal kam ein Elternteil zu ihm gestürzt und zerrte ihn an den Esstisch zurück, oder aber seine Eltern stritten so laut, dass er sich nicht auf das Lesen konzentrieren konnte. Verzweifelt sah er auf den Korb, der zur Hälfte gefüllt war. Der schwere Korb sei sehr passend, die Zeit sei wirklich sehr „straining“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], so der Klient. Da fiel ihm ein, einmal sei der Streit zwischen seinen Eltern so heftig, dass er aus Sorge um seine Mutter, die vor Schmerzen aufs Schlimmste geschrien habe, wieder aus seinem Bett herausgekommen sei. Er sei damals sehr klein gewesen, noch nicht in der Schule, versuchte er sich zu erinnern. Ihm fiel ein, dass er ein Bilderbuch mit Autos angesehen habe, das würde er nun ganz genau vor sich sehen. Und als er dann in der Tür zum Schlafzimmer seiner Eltern gestanden habe, er habe erleben müssen, wie sein Vater seine Mutter sexuell missbraucht habe. Als kleines Kind habe er das nicht einordnen können, was er gesehen habe nicht einordnen können, aber das Entsetzen wie brutal sein Vater mit seiner Mutter umgegangen sei wirke auch jetzt noch nach, erinnerte er sich.

Seine Augen waren weit aufgerissen, so als ob er das Ganze gerade noch einmal sah. Es verstrich einige Zeit, bis er durchatmete und meinte das sei „echt krass“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], dass er diese Szene wieder so deutlich vor Augen habe. Er wusste damals eine lange Zeit nicht, wie er sich zu Hause verhalten sollte, und traute sich kaum noch aus seinem Zimmer. Er schüttelte den Kopf und sagte, dass es wirklich schrecklich in seiner Familie war. Damit schien nach außen hin für ihn das Thema erledigt. Er sah mich an und wollte sehr ungehalten wissen, wie es mit der Imagination weitergehen würde.

3. Abschnitt: Er brauchte einen Impuls zum Lesen, denn nur dann hatte Lesen und später auch Lernen durch Lesen Sinn, erfüllte seinen Zweck ihn aus der Realität zu befreien, erzählte ich weiter.

Der Impuls war *sich nicht wohlfühlen*, dieser Impuls ließ ihn lesen bzw. lernen, was ihn von seinem Gefühl des *sich nicht wohl Fühlens* jedoch nur so lange ablenkte, solange es interessant, neu und fesselnd für ihn war. Der Klient sah mich erstaunt an und nickte. Er erzählte, als er bei einer Psychotherapeutin in Behandlung gewesen sei, habe er sich kurze Zeit intensiv mit dem Thema Psychologie beschäftigt, habe viele Bücher darüber gelesen (ich legte einige Gewichte in den Korb). Ebenso sei es einige Zeit in seinem Ausbildungsberuf gewesen, es sei eine Flucht von zu Hause (ich legte neue Gewichte dazu) in eine vermeintlich heile Welt, erzählte ich. Er sagte er habe sich in seine Lehrbücher vertieft, aber das Gefühl des Ablenkens von zu Hause würde nicht lange anhalten, er habe relativ schnell die Lehre abgebrochen. Eine zweite, andere Lehre habe die entstandene Leere füllen sollen, er habe gelesen und habe wieder mit vollem Einsatz gelernt (ich legte neue Gewichte in den Korb). Und als ihn das auch nicht mehr habe befriedigen können, habe er mit einem Studium begonnen. Dadurch erhöhe er die Anforderungen an sich. Während seiner Ausführung hatte ich den Korb Stück für Stück mit Gewichten bis obenhin gefüllt, sodass der Klient Mühe hatte, alle Gewichte im Korb zu halten. Er glaube er könne sich vielleicht länger damit befassen, aber der Druck sei dazu gekommen endlich etwas beenden zu müssen, was seine Mutter ständig von ihm fordere, so der Klient. Er sagte, das sei wirklich so, immer wenn er begann, sich unwohl zu fühlen ändere er seine Interessenschwerpunkte bezüglich Lernen und Berufsausbildung, das sei in der Schule ebenso gewesen. Immer wenn er Lehrer gehabt habe, die er mochte, habe er sich für jedes Thema interessieren können und habe die Zeugnisnote eins gehabt. Wechselten die Lehrer und habe er den neuen Lehrer nicht gemocht, seien seine Leistungen rapide nach unten gegangen, dann habe er sich für kein Thema motivieren können. Das sei ihm gerade bewusst geworden und das bedeute für ihn, dass es nicht die Ausbildung sei, die ihm Probleme mache, sondern er habe „ein dickes“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] Problem, so der Klient. Dieser Satz ließ ihn sehr nachdenklich werden und ich ließ ihn wirken. Er stand von der Körperhaltung her ziemlich schief, er sah sich das Glas und den Korb an und mir fiel auf, dass er in dieser Stunde wenig sagte, nicht mit schwer nachvollziehbaren Gedankensprüngen *heraussprudelte*. Er war erstaunlich still, in sich gekehrt und hoch konzentriert, auch was seine Ausführungen anbelangten.

Eigentlich habe er zwei Probleme, brach der Klient die Stille. Das Eine sei seine vermeintliche Wissensbegierde und dass andere sein Essverhalten, das sich gänzlich verselbstständigt habe und seine Harmoniebedürftigkeit, obwohl – und hier stockte er kurz – jetzt sei es ihm bewusst geworden: Essen ginge früher nur, wenn Harmonie herrsche und mit Lesen und Lernen stelle er sich Harmonie her, vielleicht solle er beim Essen lesen, lachte er. Und nach einer Pause: Das sei die Idee, stellte er regelrecht stolz fest. Damit hätte er vielleicht wenigstens ein Problem, sein geringes Körpergewicht, im Griff. Er stand lange ruhig da, blickte vom Glas zum Korb und zurück und fragte schließlich, ob er sich setzen könne, es sei ziemlich unbequem so zu stehen.

4. Abschnitt: Dies griff ich auf und machte ihn auf sein Körpergefühl aufmerksam. Er konnte kein Körpergefühl entwickeln, nichts dazu äußern, schließlich fragte er nach, was ich mit Körpergefühl meine. Er konnte kein Körpergefühl äußern, bis ich ihn auf die unterschiedliche Gewichtsverteilung aufmerksam machte. Er würde langsam schwach, könne den Korb nicht mehr lange halten, aber das Glas das sei leicht, das ginge sicher noch eine Weile. Ich fasste das von ihm eben Gesagte noch einmal zusammen, benutzte aber das Wort *Körper*, wenn ich das Glas meinte und das Wort *Geist*, wenn ich den Korb meinte. Der *Geist* sei überfüllt mit unterschiedlichem Wissen und orientierungslos und der *Körper* habe Mangelerscheinungen. Was auf der einen Seite zu viel sei, sei auf der anderen Seite zu wenig, es fehle die Harmonie zwischen *Geist* und *Körper*.

Der Korb sei voll – der *Kopf* werde schwer, er könne kippen, fallen und sei in Schiefelage, fasste er nun seine Gefühle in Worte. Er esse zu wenig, sortiere immer mehr aus, nur beim Wissen komme immer mehr dazu, zog er sein Resümee. Mittlerweile wurde ihm der Korb so schwer, dass er das Glas mit dem Korb tauschen wollte. Ich bemerkte kurz, dass er *den vollen Geist* nicht einfach ablegen oder mit dem *Körper* tauschen könne. Wie das für ihn in der Zukunft weitergehen könne, da er nun, bedingt durch diese Disharmonie spüre, wie anstrengend sein Leben sei, stellte ich in den Raum. Er gab zur Antwort: Mit der Hand am Wasserglas sei er noch recht flexibel, könne noch viel machen, den Korb könne er kaum noch halten (er wurde unruhig), der Rücken schmerze, es tue ihm weh.

6. Abschnitt: Die Tränen stiegen ihm in die Augen und ich sagte ihm, dass er in seiner Zukunft entscheiden könne, wie es mit ihm weitergehen solle, ob er sich setzen und ausruhen wolle, um z. B. das, was sich an Wissen im Geist angesammelt habe, in aller Ruhe zu sortieren, den Geist gezielt für berufliche Zwecke oder weiterhin zwecks Herstellung von Harmonie usw. füllen wolle. Er könne in der Zukunft ebenso über seinen Körper bestimmen und ihm immer weniger zuführen und verhungern. Oder er könne langsam beginnen wirklich gut für sich zu sorgen, sodass er kräftiger werden würde, ihn nichts so leicht umwerfen könne. Er setzte sich und sagte er müsse die Gefäße für beide Bereiche so verteilen, dass er nicht mehr aus dem Gleichgewicht geraten würde, fester und sicherer werde. Dabei stellte er den Korb und das Glas dicht nebeneinander auf einen leeren Tisch. Er müsse dringend mit seiner Mutter reden, raus aus allem, stellte er unvermittelt und etwas verwirrt fest. Das war „echt krass und straining“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und auf keinen Fall war es möglich weiter Soziologie zu studieren, das hatte wenig mit Menschen zu tun. Er wollte Menschen helfen und ihnen etwas auf ihrem Lebensweg mitgeben. Er hatte „sehr esoterische Ansichten“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und er könnte mit dem Studium der Soziologie nichts bei den Menschen erreichen. Das wollte er aber in seiner beruflichen Zukunft. Vor allem wollte er endlich finanziell unabhängig von seiner Mutter sein, das ersparte ihm die lästige Bettelei u. v. m. Das waren seine Zukunftsvisionen.

### 8.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Die direkte Sitzung nach der Imagination verlief, bedingt durch die Wiederholung des Ablaufs der Imagination recht strukturiert, der Klient folgte dem *roten Faden*, der durch die Imagination vorgegeben war, sehr aufmerksam und konzentriert, während er in den ersten beiden Sitzungen vor der Imagination immer wieder dazu neigte unstrukturiert zu erzählen, Erlebnisse aus der Vergangenheit, Gegenwart und Ideen für seine Zukunft z. T. miteinander vermischte oder mitten in der Erzählung abbrach, weil ihm durch ein Stichwort etwas anderes einfiel. In der ersten Sitzung nach der Imagination wiederholte er viele der Aussagen, die er in der Imagination machte, aber er kritisierte zunehmend sein Elternhaus und sich selbst. Besonders heftig reagierte er, als wir den zweiten Abschnitt besprachen, als ihm die Szene mit der Vergewaltigung seiner Mutter durch seinen Vater wieder einfiel. Dies war anscheinend die belastendste Situation, die er erlebte, folgerte ich, was er spontan verneinte. Das Schlimmste passierte ihm auf der Klassenfahrt. Er schämte sich so sehr dafür, dass er darüber nicht reden konnte. Er schüttelte sich und erzählte in Gedanken versunken er sei nur groß geworden, weil er nicht aufgegeben habe und sich immer wieder Auszeiten von der Familie erschlichen habe, wie der Rückzug in den Wald oder mit einem Buch in sein Bett. Es wurde ihm in der Sitzung nach der Imagination bewusst, welches Muster er erlernt hatte, welchen *roten Faden* er in seinem Leben hatte, um emotional, rational und körperlich zu überleben. Er stellte mit Tränen in den Augen fest, dass er von seiner Mutter außer dem Leben nichts bekommen habe, keine Liebe, kein harmonisches Miteinander, keine Hilfe in schwierigen Lebenssituationen, weil sie selbst ihr Leben nicht beherrsche. Er habe bereits als Kind Strategien entwickeln müssen allein zurechtzukommen und diese seien heute noch wirksam, aber leider keine Hilfe mehr, sondern eher Last, bemerkte er. Er müsse lernen von diesen Strategien aus der Vergangenheit wegzukommen und dazu benötige er Hilfe, resümierte er.

#### 8.4 Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

In den Folgestunden nutzte ich die Imagination, die Vorstellung von dem zu zwei Dritteln gefüllten Wasserglas (Symbol dafür, wie er mit seinem Körper umging) und dem übervollen, schweren Korb mit den Gewichten (Symbol dafür, was er von seinem Geist abverlangte), um die Verbindung zum Klienten zu halten. Ich begann immer wieder die Ereignisse und Erlebnisse zu chronologisieren, sobald er etwas Neues erzählte und machte ihn durch diese Technik darauf aufmerksam, wie schwierig es war ihm zu folgen. Verblüfft stellte er fest, dass er selbst so einen chronologischen Ablauf nicht hin bekommen würde, weil er voller Ereignisse sei, manche heftig, andere wiederum so schlimm, dass er sie keinem erzählen könne und es wenige schöne oder normale geben würde. Im Laufe dieser Ausführung regte ich ihn an darüber nachzudenken, sich Hilfe bei einem Psychotherapeuten, einem Mann zu holen, bei dem ihm manche Dinge weniger peinlich sein könnten, um die Vergangenheit besser bewältigen zu können, damit sie ihn weniger belasteten. Er reagierte darauf sichtlich irritiert, meinte er habe bei einer Psychotherapeutin schlechte Erfahrungen gesammelt, da wolle er auf keinen Fall mehr hin und das „ganze Aufarbeiten“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], da würde er auch bei einem Mann nicht mitmachen, er sei schließlich nicht ohne Grund zu mir gekommen, davon verspreche er sich mehr, erzählte er. Damit war das Thema für ihn erledigt. Nachdem ich ihm erklärte, dass ich für die Aufarbeitung der Vergangenheit nicht ausgebildet sei, sondern als Sozialtherapeutin Empowerment im Hier und Jetzt ermöglichen könne, beschloss der Klient sich in den Folgesitzungen darauf zu konzentrieren konstruktiv an der Zukunft zu arbeiten, „seine Überlebensstrategien“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], die er nun erkannt hatte, genauer zu betrachten und in die neue Lebensplanung zu integrieren. In einer dieser Sitzungen konnte er sich langsam dafür öffnen, eine erneute Therapie zu erwägen.

Er bat mich ihn zu korrigieren, sobald er abschweife, damit er lerne sich auf ein Thema zu konzentrieren, bis es abgeschlossen sei, das habe er bisher nicht gelernt, sagte er. Er wollte immer nur kurzfristige Ablenkung haben und die musste nur so lange wirken, wie seine Disharmonie andauerte. Und die Dauer werde immer von außen vorgegeben, entweder durch die Dauer der Streitigkeiten seiner Eltern, die Dauer der Dienstzeit der Lehrer oder die Dauer der Gewalt von Mitschülern, erzählte der Klient. Mit sehr sarkastischer Stimme und grinsend fügte er hinzu, um sein Studium „als Fluchtpunkt und Harmoniespender“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] zu genießen und zu beenden, müsse er nur seine Mutter häufiger besuchen (weil er ihr Geld dazu benötigte) und dann müsse er es nur noch schaffen, das Interesse nicht zu verlieren. Das Studium der Soziologie wolle er definitiv aufhören, das sei seiner Vergangenheit entsprungen und eher Mittel zum Zweck, um sich selbst und die Umstände seiner Handlungen vielleicht besser verstehen zu lernen, so der Klient. Er ging auf die Suche nach einem neuen Lebensinhalt. Dazu benutzte er den chronologisierten Lebenslauf aus dem Erst- und Zweitgespräch, den ich erarbeitet und für ihn kopiert hatte und er versuchte sich so gut als möglich an die einzelnen Stationen zu erinnern, wobei Neue von ihm eingetragen wurden. Er überlegte, was er in dieser Zeit an Fähigkeiten entwickelt hatte. Es zeigte sich schnell, dass er sehr naturverbunden war, viel Wissen über Lebensmittel hatte und Menschen auf ihrem Weg helfen wollte. Mit diesem Wissen ging der Klient zur Arbeitsagentur und ließ sich über Berufe beraten, die seinen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Wünschen entsprechen könnten.

Mit seiner Mutter führte er mehrere Gespräche über seine Kindheit. Er spürte immer mehr, dass seine Einschätzung, dass seine Mutter selbst nicht in der Lage war, ihr Leben zu regeln, geschweige denn jemals in der Lage gewesen war sich auch noch um ein Kind kümmern zu können, absolut zutreffend war. Mit der Zeit entwickelte der Klient ein Gefühl des Stolzes auf sich, „überlebt“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und nicht aufgegeben zu haben. Sein Körpergewicht stieg langsam aber stetig. Er berichtete mir, als er von einem, wie er sagte, „Abschlussgespräch“ [Originalwortwahl des Klienten] bei seiner Mutter kam, dass er keine Lust mehr darauf habe, sich für Disharmonien im Umfeld selbst zu bestrafen, indem er wenig esse oder mit künstlich herbeigeführter Harmonie durch Lesen und Lernen auszugleichen. Es hatte ihn damals bei der Imagination schon „geschockt“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] sich mit dem Wasserglas und dem Korb zu sehen. Er habe keine Lust mehr von anderen Menschen oder Umständen abhängig zu sein und in seinem Handeln gesteuert zu werden, erklärte er.

Im Laufe der Sitzungen stellte ich fest, dass der Klient immer ruhiger sprach, weniger in Zeiten und Themen hin und her sprang, konzentrierter und aufmerksamer an der Gestaltung seiner Zukunft arbei-

tete. Der Klient vermied alleine zu essen, ging immer häufiger in die Mensa der nahe gelegenen Universität, um das Gefühl von Gemeinschaft und Wohlbefinden zu entwickeln. Das Essen in einer Gemeinschaft war für ihn anfangs schwierig, hinzu kam noch, dass er viel Wert auf Bioprodukte und gesunde Ernährung legte. Aber da das Essen günstig war und es vegetarisches Essen gab, arrangierte er sich immer mehr mit dieser Variante, denn ihm war wichtiger in einer für ihn harmonischen Umgebung zu essen. Das Essen in der nahe gelegenen Mensa wurde für ihn langsam zur Routine und den Rest des Tages versorgte er sich mit Bioprodukten aus einem Bioladen. Hier entdeckte er ein Prospekt einer Firma, die Bioprodukte aller Art vertrieb und Mitarbeiter für die Gewinnung von Neukunden suchte. Er hatte sich Informationen dazu eingeholt und war bereits auf vier Fortbildungsveranstaltungen dieser Firma, hatte dort Menschen in seinem Alter getroffen, die seine Ideen teilten und bei denen er sich akzeptiert und anerkannt fühlte. Die Agentur für Arbeit bot für ihn keine interessanten Berufswege, aber bei der Firma mit den Bioprodukten schien er einen Berufsweg entdeckt zu haben.

In der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.8.7). Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 17, T1 K 19, T1 K 34, T1 K 39; T2 K 3, T2 K 12, T2 K 14; T3 K 19), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung (T1 K 7, T1 K 8, T1 K 13; T2 K 12), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 17, T1 K 19), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 17), Unterlegenheit (T1 K 7, T1 K 17, T1 K 26; T2 K 12), Antriebs- und Willensschwäche (T1 K 17), mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17), Passivität und Distanz (T1 K 3) mangelndes Selbstbewusstsein und -sicherheit (T1 K 34; T3 K 10), Optimismus (T1 K 11), Selbstberuhigung (T1 K 26), abwartende, ins Gespräch vertiefte Haltung (T1 K 39), Vertrauensbeweis (T1 K 42), Ausdruck von Kontrollvermögen (T2 K 2), Anerkennung des Gegenübers (T2 K 8), nonverbale Verstärker (T1 K 8), Selbstbewusstsein und -sicherheit (T3 K 2, T3 K 17).

Tabellenkode	Kodenummern									
T1	K 3	K 7	K 11	K 17	K 19	K 26	K 34	K 39	K 42	
T2	K 2	K 8	K 12							
	Sonstiges: K 8 und K 12 im Wechsel									
T3	K 2	K 5	K 10	K 13	K 17	K 25	K 26	K 28	K 34	
	Sonstiges: K 5 – „s“ wurde fast durchgängig durch „sch“ ersetzt aber die Sprache war deutlicher zu verstehen									
	K 17 und K 18 wurden im Wechsel benutzt									
	K 25 und K 26 K 34 war fast angepasst									
T4 Seite 17	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang					
	Sarkasmus				Wenn er von seiner Mutter, seinem Mitbewohner, Vater, Stiefvater, Schulkameraden, Lehrern oder anderen Personen erzählt, die mit traumatischen oder belastenden Erlebnissen unmittelbar zu tun haben und nun auch sich selbst gegenüber.					
T5	K 4	K 7	K 10	K 13	K 17					

Tab.: III.8.7

Zusammenfassend war zu bemerken, dass der Klient bereits beim Händedruck keine feuchten Hände (T1 K 4), sondern nur noch einen schlaffen Händedruck (T1 K 3) hatte. Reduziert hatten sich Anzeichen von Beschwichtigungshaltung, Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung und mangelndem Selbstbewusstsein und geringer Selbstsicherheit. In den Bereichen Angst/Unsicherheit (T1 K 4, T1 K 8, T1 K 17, T1 K 19, T1 K 25, T1 K 34, T1 K 39 – geringe Angst; T2 K 3, T2 K 12, T2 K 14; T3 K 19) hatten sich über die Hälfte der Anzeichen reduziert und durch T1 K 39 (Zeichen geringer Angst) zeigte sich, dass die Angst langsam wich. Ebenfalls stark minimiert hatten sich Signale der Minderung des kommunikativen Status (T1 K 17), Unterlegenheit, wobei eine Veränderung (T1 K 26) zu bemerken war.

Antriebs- und Willensschwäche (T1 K 17) sowie mangelndes Durchsetzungsvermögen (T1 K 17) waren weiterhin zu bemerken. Dagegen waren Anzeichen von Depression (T3 K 19) nicht mehr zu erkennen. Neue Signale hatten sich entwickelt: Passivität und Distanz (T1 K 3) Optimismus (T1 K 11), Selbstberuhigung (T1 K 26), abwartende, ins Gespräch vertiefte Haltung (T1 K 39), Vertrauensbeweis (T1 K 42), Ausdruck von Kontrollvermögen (T2 K 2), Anerkennung des Gegenübers (T2 K 8), nonverbale Verstärker (T1 K 8), Selbstbewusstsein und -sicherheit (T3 K 2, T3 K 17). Der Klient hatte sich im Laufe der Zeit angepasst, was das Gesprächstempo und die deutliche Aussprache anbetraf, war am Gespräch interessiert, wahrte die Distanz zum Gegenüber und war immer mehr in der Lage sich auf Themen zu konzentrieren. Die Arbeit in den Sitzungen machte ihm sichtlich Spaß. Seine monotone Stimmlage war einer normalen Stimmlage gewichen, nur sein Sarkasmus blieb und richtete nun auch gegen sich. Selbst das Erscheinungsbild änderte sich. Er hatte mehrfarbig aufeinander abgestimmte Kleidungsstücke an und war besser frisiert.

### 8.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden bis dahin aus einem ein- bis zweiwöchigen Rhythmus je nach Bedarf des Klienten. Bis Ende Januar 2009 nahm er, exklusive dem Erst- und Zweitgespräch, der Imagination und der Abschluss Sitzung, insgesamt fünf Sitzungen in Anspruch.

In der Abschluss Sitzung rekapitulierten wir, welchen Beratungsbedarf er in der ersten Sitzung hatte, wiederholten die Imagination in groben Zügen und das, was er entdeckt hatte und wie er sich daraufhin entwickelte.

Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.8.8) welches im Anschluss unter 8.5.1 und 8.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

<b>H</b>	<b>Abschluss</b> - Datum: ... Januar 2009	<b>Seite: 18</b>
Name: Klient Fall 7		
Vorher-Nachher-Vergleich:		
Vorher:		
Ängstlich – unsicher – z. T. resigniert und depressiv – erzählt schnell, unstrukturiert, hektisch und undeutlich – Einzelgänger – unstrukturiert, unstet in vielen Lebensbereichen – Alltag wurde schwierig – ständiges Wissen erweitern wollen – gestörtes Essverhalten – mangelndes Selbstbewusstsein, mangelnde Selbstsicherheit – perspektivenlos		
Nachher:		
Selbstsicherer – selbstbewusster – erzählt langsamer, strukturierter und deutlicher – arbeitet an sich, entwickelt Perspektiven – löst sich von Mutter – ist wieder handlungsfähig – zuversichtlicher – verbessertes Essverhalten – Alltag ist geregelter		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weiterhin zum Essen in die Mensa,</li> <li>- Vertraut auf Bioware</li> <li>- Wenn er sich in Lage fühlt: Kontakt zu seiner Mutter, um Kindheit evtl. zu verarbeiten</li> <li>- Psychotherapie bei einem Mann beginnen</li> <li>- Aufbau einer beruflichen Tätigkeit bei der Firma mit den Bioprodukten, bis dahin weiter Soziologie studieren</li> </ul>		

Abb.: III.8.8

### 8.5.1 Vorher-Nachher-Vergleich

Bedingt durch die Gewalterfahrungen, die der Klient erlebte, hatte er sich zu einem ängstlichen, unsicheren, unsteten, hektischen z. T. resignierten und depressiven Einzelgänger mit mangelndem Selbstbewusstsein und mangelnder Selbstsicherheit entwickelt, der sehr schnell und unstrukturiert erzählte. Der Klient war in seinen Gedanken, ebenso wie in seinen Taten unstrukturiert, was sich auf sein ganzes Leben auswirkte. Die Bestimmung der eigenen Identität wurde gefährdet, was sich auf viele Lebensbereiche auswirkte. Der Alltag wurde phasenweise zum Fiasko, konnte nicht mehr beherrscht werden. Er war in seinem Verhalten depressiv, was er in eine Art *Wissenssucht* kanalisierte, was wiederum zur Folge hatte, dass er seinem Körper die Nahrung fast gänzlich verweigerte. Nach zwei abgebrochenen Ausbildungen wollte er sein Soziologiestudium abbrechen, ohne eine neue Perspektive zu haben und unter dem Druck, auch finanzieller Art, endlich eine Ausbildung beenden zu müssen.

Seine diesbezügliche K, S, V und E waren entsprechend eindeutig.

Nach der Imagination zeigten die Veränderungen in der Körpersprache, dass sich die Veränderungen nicht nur in seinem sichtbaren Handeln, sondern auch in ihm vollzogen. Viele Körpersignale reduzierten und veränderten sich oder es etablierten sich neue Signale.

Er erzählte langsamer, strukturierter und deutlicher. Er arbeitete an sich, entwickelte Perspektiven und eigene Ideen zwecks Lösungswegen, wurde langsam selbstsicherer und selbstbewusster. Er strukturierte seinen Alltag, wurde handlungsfähiger und zuversichtlicher. Die Lösung in der Mensa zu essen verbesserte zudem sein Essverhalten. Bezüglich seiner beruflichen Entwicklung wurde ihm deutlich, dass er sich von seiner Mutter auch finanziell lösen musste, emotional war es ihm z. T. bereits möglich.

### 8.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin dem Klienten nicht die einzelnen Gewaltszenen noch einmal wiederholen zu lassen, denn dies käme einer erneuten Verletzung gleich. Zudem war es ihm, durch die vielen Gewalterfahrungen, nicht mehr möglich die Erinnerungen zu chronologisieren, geschweige denn alle zu thematisieren. Die Gedankensprünge sollten sich während der Imagination nicht wiederholen. Durch das chronologische Aufbereiten seiner Erlebnisse und dem Gegenüberstellen der Themen Essen und Wissen, Körper und Geist konnte er nachvollziehen, was mit ihm geschehen war. Er hatte die Möglichkeit sich zu erinnern, wenn er dies wollte, wurde aber durch die Art der Imagination nicht dazu gedrängt. Er ließ sich dadurch auf die Imagination ein, erzählte passend zum Thema seine entsprechenden Eindrücke und konnte Gefühle langsam zulassen.

Durch die Imagination wurden ihm einige seiner Verhaltensmuster und deren Ursachen deutlicher. Er entdeckte Möglichkeiten mit den erlernten Strategien (Lesen und Lernen, um kurzfristig Harmonie herzustellen bzw. zu erhalten und nur bei Harmonie am Esstisch dem Körper Nahrung zu geben, ihm bei Disharmonie diese vorzuenthalten) neu einzuordnen und nicht mehr zu seinem Schaden zu nutzen. Seine Mutter hatte er akzeptiert, wie sie war, hatte eher Mitleid, z. T. gepaart mit dem Gefühl auch ohne sie durchs Leben gekommen zu sein und dem Bewusstsein innere Stärke mehr als einmal bewiesen zu haben. Es wurde ihm bewusst, dass er in der Lage war „Strategien zum Überleben“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] zu entwickeln, auch wenn sich diese im Erwachsenenleben als hinderlich erwiesen. Er entwickelte die Gewissheit, wenn er damals in der Lage war, Strategien zu entwickeln, könnte er dies heute auch noch und so ging er daran, seine bisherigen Muster aufzulösen.

### 8.5.3 Die Zukunftsorientierung

Folgende Ziele wurden zum Abschluss festgehalten:

Er wollte weiterhin regelmäßig zum Essen in die Mensa gehen und er vertraute darauf, wenn er Bio-ware in der Mensa aß oder kaufte, dass diese Produkte besser waren als andere Produkte, ohne weiter zu hinterfragen.

Wenn er sich dazu emotional in der Lage fühlte, wollte er Kontakt zu seiner Mutter aufnehmen, um z. B. Erlebnisse und Erfahrungen aus seiner Kindheit auszutauschen, damit er diese evtl. verarbeiten konnte. Eine Psychotherapie bei einem Mann wollte er sobald als möglich beginnen.

Der Aufbau einer beruflichen Tätigkeit bei der Firma mit den Bioprodukten war angedacht, aber bis dahin wollte er weiter Soziologie studieren.

#### 8.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Als ich ca. sechs Wochen, nach der Abschlusssitzung bei ihm anrief, war er nicht erreichbar. Weitere drei Wochen später war eine mir unbekannte Person am Telefonapparat, die mir berichtete, dass der Klient nicht mehr im Wohnheim wohne, sondern nach Bayern verzogen sei. Er arbeite dort als Außendienstmitarbeiter einer Bioproduktfirma, mehr wisse er nicht und eine Adresse oder Telefonnummer habe er nicht. Ich hörte von diesem Klienten nichts mehr.

#### 8.7 Wirkungsweise

Diese Imagination wirkte durch die chronologisierte Abfolge seines Lebenslaufs. Durch seine strukturierte Biografie konnte der Klient sich besser auf das konzentrieren, was während der Imagination mit ihm mental, psychisch und physisch, durch Nutzen von bekanntem Material passierte. Wobei hier das Motiv und das Material nicht vom Klienten bestimmt wurden (sondern von mir) und der Klient dieses Material nicht selbst bearbeiten konnte. Der Klient konnte durch die unterschiedliche Gewichtsverteilung direkte, unmittelbar fühl- und sichtbare Vergleiche anstellen, was sich auf sein Verhalten auswirkte. Er konnte sich besser konzentrieren, als in den Gesprächen, arbeitete mit, stellte entsprechende Überlegungen an und erinnerte sich an eine bis dahin verdrängte Szene, als sein Vater seine Mutter vergewaltigte. Zudem konnte er z. T. sehr detailliert von seinen belastenden Erlebnissen aus seiner Kinder- und Jugendzeit berichten. Er selbst war nicht in der Lage seine Lebenserfahrungen zu chronologisieren, was ihn u. a. daran hinderte, sich an Details und Begebenheiten zu erinnern. Vieles wurde im Durcheinander vergessen oder durch deren traumatische Wirkung verdrängt. Die durch die Imagination möglich gewordenen Darstellungen und Zusammenfassungen bezüglich seines Lebenslaufs konnte er gezielt nutzen, um verdrängtes Material in das Bewusstsein zurückzuholen und er konnte Einsicht in sein bisheriges Verhalten gewinnen. In der Imagination wurde sein Lebenslauf gekoppelt mit Gewichten, aufgeteilt in Körper und Geist und dadurch konnte ihm bewusst werden, wie er sich in welchen Situationen verhielt, vor allem weshalb er dies so tat und wie dies bis in die Gegenwart wirksam war. Die *Aha-Erlebnisse* im Erkennen der Ursache-Wirkungsmechanismen waren für den Klienten der Schlüssel seine Situation anders einschätzen und sich selbst besser verstehen zu können, um Veränderungen möglich werden zu lassen oder zumindest in Betracht zu ziehen. Als er den Korb und das Glas dicht nebeneinander auf einen leeren Tisch stellte, hatte er den unmittelbaren Vergleich vor Augen und konnte dadurch leichter reflektieren und resümieren.

#### 8.8 Reflexion

Dieser Klient war bisher der schwierigste Klient, was die Rekonstruktion seines Lebenslaufs anbelangte. Seine sehr schnelle und stark unstrukturierte Erzählweise kam noch hinzu. Er brach Erzählungen mittendrin ab und sprang unvermittelt in andere Zeiten und andere Ereignisse. Erst durch das Aufzeichnen der Gedächtnisprotokolle konnte ich anhand der Stichworte einen Zugang gewinnen, den ich im Gespräch nur phasenweise fand. In diesem Fall wurde mir besonders bewusst, wie hilfreich das standardisierte Arbeitsmaterial war. Ich konnte relativ einfach a) Sequenzen zusammenfügen, dadurch b) das vermutete Problem oder die Problemthemen erkennen, um c) anhand dessen eine geeignete Imagination zu finden.

Bei diesem Klienten hatte ich vorab das Gefühl, dass es mit ihm schwierig werden könnte, denn so, wie ich ihn kennenlernte, war er nicht in der Lage sich auf eine Sache zu konzentrieren. Er konnte schlecht bei einem Thema bleiben, und wenn ihn etwas nicht interessierte, nahm er nichts mehr wahr oder lenkte ab. Zudem war ich mir bezüglich dessen, was ich als Thema für die Imagination auswählte nicht sicher, ob dies auch zutreffend war und nicht evtl. andere Problematiken hätten in den Vordergrund gestellt werden müssen. Mein Eindruck war, durch die Schilderungen des Klienten (sein prügelnder Vater, der



ihn und seine Mutter vorwiegend schlecht behandelte und die vielen Streitereien seiner Eltern usw.), dass er durch Gewalterfahrungen und Traumatisierungen psychisch krank geworden war und dringend eine Psychotherapie o. ä. Hilfe benötigte und ich ihm evtl. nicht bedeutend weiterbringen konnte.

Der Klient kam zu Beginn der Imagination bereits neugierig auf mich zu, was mich hoffen ließ, ihn interessiert zu haben, sodass er nicht, wie in den Gesprächen, zwischen den Themen hin und her sprang. Während der Imagination war ich erstaunt, wie er sich auf diese Imagination einließ, und stellte fest, dass diese der Schlüssel für die Öffnung des Klienten war, z. B. Unbewusstes und seine unterschiedliche Reaktionsweise in bestimmten Situationen zu entdecken. Dieser Klient verblüffte mich voll und ganz, mit solch einem Ergebnis hatte ich nicht gerechnet. Denn bei der Entscheidung für ein bestimmtes Imaginationsmotiv stelle ich mir zwar nie ein exakt zu erreichendes Ziel vor, um nicht einer Art *Planerfüllung* zu erliegen, versuche jedoch einzuschätzen wie gut oder weniger gut die Imagination beim Klienten wirksam werden könnte. Derartige Überlegungen sind wichtig, um aus evtl. mehreren möglichen Imaginationsmotiven für den Klienten das (meiner Einschätzung nach) bestmögliche auszusuchen.

Meine Vermutung, dass dieser Klient mehreren Gewaltsituationen ausgesetzt war, bestätigte sich im Laufe der Imagination immer mehr. Situationen, die er mich in den Gesprächen z. T. nur ahnen ließ, konnte er in der Imagination relativ detailliert erzählen, was für mich die Frage aufwarf, ob es an der Imagination lag, oder einfach nur daran, dass er in dieser dritten Stunde bereits so viel Vertrauen entwickelt hatte (immerhin ließ er sich auf die Imagination ein), dass er diese Erlebnisse auch in einer ganz normalen Sitzung erzählt hätte. Aber, so wie ich ihn in den Sitzungen kennenlernte, blieb er nie bei einem Thema, wechselte zwischen Zeiten und Themen. Während der ganzen Zeit der Imagination allerdings blieb er konzentriert, nur nach der Schilderung der Vergewaltigung seiner Mutter durch den Vater, als er mich recht ungehalten ansah und fragte, wie es nun weiterging, hatte ich für den Moment das Gefühl er würde wieder in seinen unsteten, schnellen Redefluss und Themenwechsel zurückfallen. Als dies nicht eintrat, er weiter ruhig mitmachte, konnte ich diese Szene im Nachhinein anders werten. Er hatte ein Trauma, das lange verdrängt war, wieder in sein Bewusstsein gerückt und mich daran teilhaben lassen, worüber er sicher erstaunt, erschrocken und zugleich verunsichert war, was ihn zum schnellen Handeln, weg von diesem Thema zwang. In den Folgestunden wurde er zusehends ruhiger und ich fragte mich oft, ob es daran lag, dass ihn neue Dinge am Anfang immer faszinierten und begeisterten, oder ob er es wirklich ernsthaft und auf Dauer schaffen wollte, sich zu verändern. Als Signal, dass er es vielleicht wirklich ernst meinte, wertete ich seinen Mut die Gespräche mit seiner Mutter zu suchen, mit ihr gemeinsam sein traumatisches und andere belastenden Erlebnisse verarbeiten zu wollen und das relativ strukturierte Vorgehen bei der Planung seiner beruflichen Zukunft. Als denkbar schlechte Voraussetzung für eine dauerhafte Verbesserung seiner Lage sah ich, dass er es ohne professionelle Hilfe vielleicht nicht schaffen konnte, weil es zu viele belastende Ereignisse (in seiner Kindheit und Jugendzeit) gab, die nicht nur die Mutter und ihn gemeinsam betrafen, sondern ihn ganz persönlich. Da der Klient für mich nach dem Abschlussgespräch nicht mehr erreichbar war, ist die weitere Entwicklung des Klienten nicht nachvollziehbar und hinterlässt das Gefühl, dass sein nochmaliger Berufswechsel vielleicht wieder nur eine Art Flucht darstellte. Wobei diesmal von ihm zum allerersten Mal ein größerer Ortswechsel vollzogen wurde, er sich aus dem Einzugsbereich seiner Mutter entfernte, er damit auch die Orte der Erinnerungen an seine belastenden Erlebnisse hinter sich ließ, scheinbar zum ersten Mal selbst Geld verdiente und somit wahrscheinlich unabhängig von seiner Mutter und ihrem zweiten Mann war.

## 9. Fall 8 unter Nutzung von Motiv 8

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 8 ist *Die Brille*. In diesem Fall schloss sich an die Sitzungen bezüglich des Problems des Kinderwunsches eine Eheberatung an. Dokumentiert sind die Sitzungen, bis die Klientin die Hintergründe ihrer Wunschfixierung erkannt hatte. Die anschließenden Sitzungen mit ihrem Ehemann trugen zwar weiter dazu bei, dass sich die Klientin wohler fühlte und sie sich stabilisieren konnte, aber sie hatten nicht mehr unmittelbar mit der Imagination zu tun (sie war in diesem Fall der *Türöffner*, die Eheberatung wurde erst durch die Imagination und die entsprechenden Sitzungen möglich) und so wird der weitere Verlauf nur kurz erwähnt.

### 9.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll

Das Gespräch mit der Klientin fand im Beisein ihres Ehepartners statt, der das Gespräch initiierte. Ihr Mann fing zu erzählen an, da die Klientin bereits bei den ersten Worten zu weinen begann und sie das Wort an ihn abgab. Es berühre sie so sehr, sie könne im Moment nicht reden, waren ihre Worte. Dementsprechend erzählte ihr Mann, wie sehr sich seine Frau ein zweites Kind wünsche, und nach fünf Inseminationen (Befruchtung reifer Eizellen durch Einführen von ausreichender Samenmenge, direkt am Tag des Eisprungs, über eine Spritze in die Gebärmutter der Klientin) innerhalb von fünf Monaten bereits die zweite Fehlgeburt gehabt habe und psychisch damit nicht mehr umgehen könne. Es wäre zwar auch für ihn schön, wenn es klappen würde, aber sie sei nur noch auf den Kinderwunsch fixiert, vergesse ihren 5-jährigen Sohn, vernachlässige ihre Hausarbeit und sei als Arzthelferin (Halbtagskraft) auch beruflich kaum in der Lage konzentriert zu arbeiten, so der Ehemann. Sie hatte sich inzwischen beruhigt und bestätigte ihren überstarken Kinderwunsch, der sie überallhin begleite und sie kaum noch den Alltag wahrnehmen lasse und im selben Satz bemerkte sie, sie sei sehr gereizt und ihr Mann sei ihr keine Hilfe, da er politisch sehr aktiv sei. Sichtlich getroffen von ihrem Vorwurf erzählte er, er wolle Karriere machen, um die Familie abzusichern, da er selbst mit vielen Geschwistern von der Mutter allein groß gezogen worden sei. Sein Vater starb, als er elf Jahre alt gewesen sei. Sie seien sehr arm gewesen und das habe ihn geprägt, so sein Resümee. Nun ergriff sie das Wort und erzählte, dass sie sich jetzt für künstliche Befruchtungen (in einer darauf spezialisierten Klinik) entschieden habe. Da man ihr dort jedoch sagte, dass sie auch hier mit Fehlgeburten rechnen müsste, nicht immer zu 100 % alles wie gehofft verlief, wollte sie Begleitung für diese schwierige Phase haben.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.9.1).

Tabellenkode	Kodenummern								
T1	K 2	K 6	K 13	K 18	K 26	K 32	K 36	K 44	
	Sonstiges: K 18, wenn sie Themen anspricht, die sie verletzen Bei K 36 ein Bein nach hinten gerichtet								
T2	K 6	K 9							
T3	K 1	K 4	K 9	K 13	K 18	K 23	K 25	K 28	K 34
T4	Auffälliges Verhalten							Erkennbarer Zusammenhang	
	Durchgängig Tränen in den Augen oder geweint							Hochemotionales Thema, Verzweiflung	
T5	K 3	K 7	K 10	K 13	K 17				

Tab.: III.9.1

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 6, T1 K 36, T1 K 44; T2 K 9 b); T3 K 18), Beschwichtigungshaltung (T1 K 6, T1 K 13), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 6, T5 K 3), eine Minderung des kommunikativen Status (T1 K 6), expressiv-emotionales Verhalten (T1 K 2), Unterlegenheit (T1 K 13, T1 K 26), Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2), Hilf- und Machtlosigkeit (T1 K 18; T2 K 6), Selbst-

beruhigung (T1 K 32), nonverbale Verstärker (T3 K 34), starke Selbstsicherheit, starkes Selbstbewusstsein (T3 K 1) und sie schien Mitleid erregen (T3 K 23) zu wollen. Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Klientin mir gegenüber unsicher und ängstlich war, wie ich auf sie und ihr Problem reagieren würde. Zudem war sie ihrem Selbstmitleid erlegen.

Sie fühlte sich der Situation gegenüber hilf- und machtlos und hatte Angst, dass sich ihr Traum vom zweiten Kind nicht erfüllen könnte. Aber ich hatte auch das Gefühl, dass dieser Wunsch das eigentliche Problem überdeckte. Denn durch diese emotionale Instabilität bekam sie von ihrem Mann Aufmerksamkeit. Es war eine Vermutung, aber ich möchte sie an dieser Stelle vermerkt wissen.

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.9.2), **B** (s. Abb.: III.9.3) und **C** (s. Abb.: III.9.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt, s. Abb.: III.9.5).

**A** **Anamnesebogen - Erstgespräch am:** ... Februar 2008 **Seite:** 1

Name: Klientin Fall 8				
Geb./Alter: /				
Adresse: XXX				
Tel.: XXX			Mobiltel.: XXX	
Verh.: Ja	Gesch.: /	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: 1	Alter: 5 Jahre
Geschwister: Keine			Alter: /	Verst.: /
Eltern: XXX und XXX			Gesch.: Nein	Verst.: /
Initiator der Beratung: Ihr Partner				
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überstarker Kinderwunsch (2. Kind)</li> <li>- Fünf Inseminationen – innerhalb von fünf Monaten zwei Fehlgeburten, psychisch nicht verkräftet</li> <li>- Konfusion in der Alltagsbewältigung</li> <li>- Angst vor Zukunft, wie geplante künstliche Befruchtungen verlaufen</li> </ul>				
In Anspruch genommene Sitzungstermine:				
1 Erstgespräch	6	Abschlusssitzung		
2 Imagination				
3 Durcharbeiten				
4				
5				

Abb.: III.9.2

**B** **Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G** **Seite:** 2

Name: Klientin Fall 8	
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Februar 2008 - Erstgespräch	
Prägende Ereignisse:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geburt eines gesunden Sohnes im Alter von 5 Jahren</li> <li>- Wunsch nach zweitem Kind – Klientin ist stark darauf fixiert</li> <li>- Alltag kann sie nur schlecht bewältigen</li> <li>- Halbtagskraft als Arzthelferin</li> <li>- Mann politisch aktiv, wenig Zeit für seine Familie – will Karriere machen</li> <li>- Mann ist mit vielen Geschwistern in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen – sein Vater verstarb, als er elf Jahre war</li> <li>- Unzufrieden, weil ihr Mann keine Hilfe ist</li> <li>- Nach fünf Inseminationen – zwei Fehlgeburten in fünf Monaten</li> <li>- Klinik für künstliche Befruchtung erklärte, dass mit Fehlgeburten zu rechnen ist</li> <li>- Angst vor der diesbezüglichen Zukunft</li> </ul>	

Abb.: III.9.

**C****Ergänzungsblatt für Blatt A**

Seite: 3

Name: Klientin Fall 8
Datum: ... Februar 2008 - Erstgespräch
Involvierte Personen:  Partner: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf Karriere fixiert</li> <li>- Durch Armut und Verzicht in Kindheit geprägt</li> <li>- Kaum für die Familie verfügbar</li> <li>- Keine Hilfe für seine Frau</li> </ul>
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nächste Stunde findet eine Imagination mit der Klientin statt</li> <li>- Weitere Sitzungen nach Absprache mit der Klientin</li> <li>- Bei Bedarf die eine oder andere Sitzung gemeinsam mit Partner</li> </ul>

Abb.: III.9.4

**D****Problemanalyse**

Seite: 4

Name: Klientin Fall 8	
Datum: ... Februar 2008	
Problem/Teilprobleme:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie ist fixiert auf zweiten Kinderwunsch</li> <li>- Fünf Inseminationen – zwei Fehlgeburten in fünf Monaten – starke psychische Belastung</li> <li>- Mangelnde Aufmerksamkeit durch Partner</li> <li>- Partner steht nicht so zur Seite, wie sie es sich wünscht – für Familie kaum verfügbar – ist fixiert auf Karriere</li> <li>- Sie fühlt sich überfordert</li> <li>- Kann sich weder privat noch beruflich konzentrieren, Gedanken kreisen um den unerfüllten Kinderwunsch</li> <li>- Entwickelt Selbstmitleid – überlässt sich dem Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit und der Angst</li> </ul>	
Hauptproblem: Zwangsgedanken	
Problem fördernde Situationen/Umstände: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karrierebewusster Partner</li> <li>- Kaum Hilfe durch Partner</li> <li>- In kurzer Zeit zwei Fehlgeburten, die kaum verarbeitet werden konnten</li> <li>- Aussage der Klinik, mit Fehlgeburten sei zu rechnen</li> </ul>	Problem mindernde Sit./Umst.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesunder Sohn</li> </ul>
Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partner</li> <li>- Klinikpersonal</li> </ul>	Involvierte Person/en:
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partnerschaft ohne Kind bis zur Geburt des ersten Kindes</li> </ul>	

Abb.: III.9.5

## 9.2 Die Imagination - Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. Die Brille bot sich als Motiv, auch ohne Hinweis durch K, S, V und E, sofort an. Die Klientin war auf das Thema *Kinderwunsch* fokussiert, was ihr Leben beeinträchtigte.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.9.6).

<b>E</b>	<b>Planung der Imagination</b>	Seite: 6
Termin: ... Februar 2008   Name: Klientin Fall 8		
Imaginationsmotiv und Begründung: Motiv: Die Brille – Motiv 8 Begründung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ihr Kinderwunsch ist in ihren Gedanken häufig präsent</li> <li>- Der Wunsch lässt sie unkonzentriert und gereizt werden</li> <li>- Der Alltag wird zum Problem</li> <li>- Zukunftsangst bezüglich der Möglichkeiten in der Klinik für künstliche Befruchtungen</li> <li>- Ist sich der Auswirkungen ihrer Fixierung auf zweite Kind nicht bewusst</li> </ul>		
Geplanter Ablauf: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf einer Wiese an einem Bach</li> <li>- Ca. 15 m langen Hindernisparcours aufstellen, mit 25 Wasserflaschen – werden mit Bachwasser vor Ort befüllt (Fassungsvermögen 1 ½ l)</li> <li>- Der Parcours ist ihr Alltag</li> <li>- Große Puppe ihr Sohn</li> <li>- Ihre Arbeit ein Schreibblock mit Stift</li> <li>- Sonnenbrille – vor Gläser Papierstreifen mit der Aufschrift „Baby“, mit Schrift zur Brillenträgerin</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abschnitt: Vergangenheit – Beruf und dreimal Parcours abgehen lassen – nebenbei auf Schreibblock schreiben</li> <li>2. Abschnitt: Vergangenheit – häusliche Situation mit Sohn – Sohn beschäftigen und Parcours mehrmals abgehen lassen</li> <li>3. Abschnitt: Beide Vergangenheitssituationen besprechen und wirken lassen</li> <li>4. Abschnitt: Gegenwart – mit Brille wiederholen von Abschnitt 1</li> <li>5. Abschnitt: Gegenwart – mit Brille wiederholen von Abschnitt 2</li> <li>6. Abschnitt: Zukunftsvision</li> </ol>		

Abb.: III.9.6

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **F**:

1. Abschnitt: Der Klientin erklärte ich, dass der Parcours ihren Tagesablauf aus der Vergangenheit darstelle. Ich gab ihr den Schreibblock mit dem Stift, was ich als ihr berufliches Tätigkeitsfeld imaginierte, in die Hand. Allerdings sollte sie etwas auf den Block schreiben, während sie den Parcours in einer Art Slalomlauf entlangging. Ich bat sie den Parcours dreimal und langsam zu gehen, damit sie ihn sich einprägen konnte, denn so meine Erläuterung ihre berufliche Tätigkeit sei bei ihr in der Vergangenheit wahrlich auch langsam zur Routine geworden, was sie bejahte.

Sie sollte darauf achten, dass sie nirgendwo anstieß, was während der Imagination Ungenaueres erledigen von Tätigkeiten bedeutete. Es ging von Beginn an sehr gut, sie stieß nicht an einem der Hindernisse an und sie machte neugierig und gespannt mit, schrieb einiges auf ihren Block und sah sich in der Natur um, was sie mit Sätzen wie, dass es schön ruhig sei, aber die Wiese noch sehr nass sei usw. kommentierte. Ob sie auch mehr als drei Runden gehen könne, fragte sie mich und ich bejahte.

2. Abschnitt: Nach fünf Runden gab sie mir den Schreibblock und ich bat sie statt Stift und Block ihren Sohn (die Puppe) zu nehmen, denn nach ihrer Arbeit war sie Hausfrau und Mutter. Wieder bat ich sie den Parcours mehrmals zu laufen, ohne die Hindernisse dabei zu berühren. Da ihr Sohn sie ab und an bei der Hausarbeit ablenkte, sollte sie sich ihrem Sohn (Puppe) zuwenden, mit ihm reden, diesen öfter

ansehen, so wie sie es in der Vergangenheit evtl. auch tat. Sie lief gelassen mit ihrem Sohn im Arm den Parcours entlang und zeigte ihm die angrenzende Schafweide mit großer Scheune, den weiter entfernten Wald, ging auf eine Spaziergängerin mit Hund ein und erklärte ihm, wie toll das Wetter sei u. v. m.

3. Abschnitt: Danach besprachen wir die bisherige Imagination. Sie war verwundert, wie leicht ihr der Parcours fiel, und stellte fest, dass sie sogar noch Zeit finde, sich die Natur anzusehen und aufzunehmen. Erstaunt sagte sie, es sei verwunderlich, was sie so alles nebenbei machen könne. Sie erzählte, dass die Imagination ihre Belastungen im Alltag sehr deutlich mache. Morgens ging sie arbeiten und nach der Arbeit holte sie ihren Sohn ab. Sie war im Beruf voll angespannt, musste manchmal einige Dinge parallel laufen lassen, und wenn sie ihren Sohn nach der Arbeit aus dem Kindergarten holte, hatte sie die gleiche Situation wieder. Es gab kaum Zeit für sie selbst und so leicht wie hier der Parcours kam ihr das derzeit gar nicht vor. Ich fügte ein, dass dies die Vergangenheit gewesen sei. Sie sah mich einen Moment irritiert an. Das stimme schon, denn früher, vor dem Kinderwunsch sei ihr vieles leichter gefallen als jetzt, war ihr Kommentar dazu. Sie sei total überfordert, alles lief irgendwie nebenher, denn sie habe im Moment das Gefühl, dass sie nichts mehr (Hausarbeit, Beruf und Kinderbetreuung und Erziehung und Partnerschaft) richtig mache, keinem mehr gerecht würde, weder an der Arbeit noch zu Hause, klagte sie.

4. Abschnitt: Nun wiederholte ich den 1. Abschnitt mit ihr, bat sie allerdings die Sonnenbrille mit der Sichtblende, ihrem Wunsch ein zweites Kind zu wollen, aufzusetzen. Diesmal lief sie den Parcours unsicher, hatte Mühe sich auf das Schreiben und auf den Parcours zu konzentrieren, eckte an fast jedem Hindernis an, eines schmiss sie dabei um und für die Natur hatte sie keinen Blick mehr übrig.

Wir machten eine Pause und die Klientin lachte, sagte jetzt sei ihr klar, warum sie den Parcours im Leben nicht mehr beherrsche, sie sei mit ihren Gedanken nicht bei der Sache, könne sich gar nicht richtig auf ihre Arbeit konzentrieren. Sie habe oft keine Lust mehr zur Arbeit zu gehen, fügte sie hinzu. Sie nickte erstaunt und still mehrfach vor sich hin. Ich ließ ihr Zeit und als ich das Gefühl hatte, dass sie wieder aufmerksam mitarbeiten konnte, folgte der

5. Abschnitt der Imagination: Hier wiederholte sie den 2. Abschnitt der Imagination, allerdings mit der aufgesetzten Brille. Es war ähnlich wie beim 4. Abschnitt. Sie hatte Mühe sich auf ihren Sohn und den Parcours zu konzentrieren, warf drei Flaschen um, brachte fünf ins Wanken, lief einmal in die falsche Richtung und touchierte die restlichen Flaschen fast durchgängig. Sie redete nicht mehr mit ihrem Kind (Puppe), musste sich darauf konzentrieren es festzuhalten und für die Umgebung hatte sie kein Interesse mehr. Sichtlich genervt beendete sie die fünfte Runde und sagte, das sei schrecklich, wie wenig sie mit dieser Brille wahrnehmen würde. Sie habe keinen freien Blick mehr und es sei nervig, bemerkte sie. Plötzlich sagte sie, dass sie auch zu Hause sehr gereizt sei, nervlich am Ende, viel weine, weil nichts mehr klappe, und dann würden immer wieder die Gedanken an den Kinderwunsch kommen. Stumm zeigte ich auf ihre Brille. Sie sah sie an und meinte in einem fragenden Ton, mit ihrer „inneren Brille“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] könne sie demnach gar nicht mehr in der Lage sein alles wie früher wahrzunehmen, sich auf bestimmte Sachen, wie Beruf oder ihre Familie zu konzentrieren. Erschrocken stellte sie fest, wie oft sie in letzter Zeit ungehalten mit ihrem Sohn oder Mann war. Vor allem unternahm oder spielte sie mit ihrem Sohn kaum noch etwas, sie nahm kaum noch etwas wahr. Sie fing heftig zu weinen an und sprach eher zu sich, was sie denn tun solle, sie wünsche sich doch so sehr ein Kind, aber das könne es doch nicht Wert sein.

6. Abschnitt: Als sie sich wieder beruhigt hatte, sagte ich ihr, dass sie die Möglichkeit habe, mit ihrem Wunsch zu machen, was sie wolle. Der Wunsch sei nun einmal da, sagte ich und zeigte auf die Brille, aber was sie damit in der Zukunft machen würde, wäre ihre persönliche Entscheidung. Sie könne jetzt im Parcours ausprobieren wie sie in Zukunft, trotz Babywunsch, allem etwas gerechter werden könne. Sie sah mich an und sagte erstaunt, sie müsse den Wunsch nicht fallen lassen, wie es viele von ihr verlangten? Ich bestärkte sie darin, dass es ihre Entscheidung sei, wie sie ihre Zukunft gestalten wolle. Sie sah ihren Sohn (Puppe) an und meinte er solle nicht nebenher laufen und unter ihrem Kinderwunsch leiden. Zu Beginn des Parcours ließ sie die Brille in ihrer rechten Hand, kümmerte sich um ihren Sohn, sprach mit ihm, dass er nicht mehr unter ihrem Kinderwunsch leiden sollte, sie wieder mit ihm spielen wollte, es waren eine Reihe von Vorsätzen, wie es mit ihr und ihrem Sohn in Zukunft sein sollte.

Die Brille sah sie zuerst nicht an, aber als sie in der dritten Runde war, sah sie sich die Brille an, kümmerte sich jedoch schnell wieder um ihren Sohn, kurz darauf wechselte sie die Brille in die linke Hand, nahm ihren Sohn an ihre rechte Seite und ging sichtlich zufrieden weiter. Mir rief sie zu, dass die rechte Seite ihre starke Seite sei, da solle ihr Sohn hin, dort habe sie ihn sicherer im Griff. Sie sah sich in der Natur wieder um, kümmerte sich um ihren Sohn und sah ab und an zur Brille. Den Parcours schaffte sie mühelos. Strahlend stand die Klientin am Ende vor mir. Sie sagte, sie müsse den Traum gar nicht aufgeben, er müsse nur einen anderen Platz bei ihr einnehmen, damit alles andere in ihrem Leben wieder besser ginge. Sie erzählte mir, wie groß ihre Angst sei, dass man ihr das zweite Kind ausreden wolle, damit sie nicht wieder leiden müsse, wenn es schief ginge. Aber da müsse sie durch, sie wolle noch ein Kind und davon sei sie nicht abzubringen, aber dieser Wunsch müsse und dürfe nicht ihr Leben beherrschen, sie habe ein Kind und einen Mann, Familie, das müsse für sie wieder in den Mittelpunkt rücken, erklärte sie. Unvermittelt schob sie die Brille auf den Kopf und meinte so ginge es auch, das sei auch noch eine Variante, da habe sie die Hände wenigstens frei und sie lachte befreit. Die Brille gab ich ihr bis zur nächsten Sitzung mit, damit sie diese aufziehen oder ansehen konnte, wenn der Wunsch wieder in den Vordergrund trat.

### 9.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

In der ersten Stunde nach der Imagination fing die Klientin von sich aus sofort zu berichten an, dass sie die letzten Tage immer wieder versucht habe, den Kinderwunsch nicht über ihren Alltag bestimmen zu lassen. Die Brille hatte sie oft in der Hand und einmal sogar aufgezogen. Ihr Mann fand die Idee ganz witzig und probierte sie in der Wohnung selbst einmal aus. Sie zog Vergleiche zu ihren Erfahrungen während der Imagination. Sie erzählte, dass ihr bei ihrem Mann herausgerutscht sei, dass bei ihm „Karriere“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] auf dem Zettel der Brille stehen müsse, was ihn ziemlich wütend gemacht habe. Sie hatte mit ihrem Mann darüber gesprochen, dass sie nach wie vor das zweite Kind wolle. Sie wollte, dass dieser Wunsch weiterhin verfolgt wurde, aber nicht mehr jeglichen Raum einnehmen sollte, damit sie wie in der Vergangenheit wieder konzentrierter und ruhiger würde. In der Imagination war es ihr, mit der Brille in der Hand, auch leichter gefallen. Wir erarbeiteten in dieser Stunde, mithilfe der Erfahrungen aus der Imagination, wie sie den Alltag wieder beherrschen und den Kinderwunsch integrieren konnte, ohne dass er hinderlich wurde. Die Klientin entdeckte, dass sie eigentlich den Kinderwunsch so viel Raum einnehmen ließ, weil sie Angst hatte, von zu Hause weg zu müssen. Im Moment wohnte ihre Familie bei ihren Eltern im Haus. Hier war sie aufgewachsen und lebte nie an einem anderen Ort. Nun wollte ihr Mann politisch Karriere machen und im Jahr 2009 stand eine wichtige Wahl, in einem Ort ca. 50 km von ihrem Wohnort entfernt an, zu der sich ihr Mann als Kandidat aufstellen ließ. Da die Gemeinde darauf bestand, dass sie dann in dieser leben sollten, war ein Umzug unvermeidbar. Am Ende der Sitzung hatte sich herausgestellt, dass die Klientin den Kinderwunsch und die übermäßige Trauer um den Verlust der Kinder (zwei Fehlgeburten) in den Mittelpunkt stellte, um von ihrem Partner wahrgenommen zu werden und nicht über das Thema Umzug in eine neue Gemeinde, weit weg (so empfand sie es) vom Elternhaus nachdenken zu müssen. Diese Feststellung trieben der Klientin Tränen in die Augen, sie schien hilf- und ratlos.

### 9.4 Die Zusammenfassung aller Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

In den beiden Folgegesprächen nach dem Durcharbeiten war nicht mehr ihre Angst vor dem Umzug ihr Thema, sondern sie erzählte selbstmitleidend den genauen Ablauf der fünf ambulanten Inseminationen, von ihren Schmerzen, Medikamenteneinnahmen mit deren Nebenwirkungen und dem Stress diese Termine am Arbeitsplatz bei ihr und Ihrem Mann zu verbergen. Dreimal war es zu keiner Befruchtung gekommen, die Periode stellte sich wieder ein. Das war weniger belastend als die beiden letzten Male, als sie hoffte, dass sie schwanger würde und sie schnell hintereinander Fehlgeburten erlitt. Sie habe sich kaum von dem ersten Schock erholt, da habe die Ärzte gemeint die Chance, dass es klappen könne, sei besser, wenn sie recht bald einen weiteren Versuch wagen würden, erzählte sie. Heute sah sie das anders, denn zweimal hintereinander eine Fehlgeburt zu verkraften, das hatte sie unterschätzt.

Ihr Mann war demgegenüber auch hilflos, er sagte oft, dann bliebe es eben bei dem einen Kind, es wäre doch gesund, was sie denn eigentlich für ein Problem damit hätte, es dabei zu belassen. Er mache ihr oft derartige Vorwürfe, so die Klientin. Als Ende 2007 die Inseminationen abgebrochen wurden, da die Krankenkasse, nach fünf vergeblichen Versuchen keine weiteren Behandlungen bezahlen wollten, kümmerte sich die Klientin um die Genehmigung einer externen Befruchtung (sog. künstliche Befruchtung), da war sie bereits mit ihrer „Brille herumgelaufen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie erzählte, wie schön die Zeit vor dem ersten Kind gewesen sei, als ihr Mann sie auf Händen getragen habe, und als sie dann schwanger gewesen sei, habe er ihr fast jeden Wunsch von den Augen gelesen und sei sehr fürsorglich gewesen, schwärmte sie. Dies änderte sich, als ihr Sohn in den Kindergarten kam und ihr Mann seine Karriere zu forcieren begann. Sie habe ihm oft gesagt, dass er zu wenig Zeit für sie habe, ihr zu wenig abnehmen würde und sie sei damals bereits sehr weinerlich gewesen, so die Klientin. Sie wisse nicht weshalb, sie erinnere sich immer öfter an die Zeiten vor, während und nach der Schwangerschaft des ersten Kindes, diese seien so harmonisch gewesen, so ihre Erklärung. An dieser Stelle machte die Klientin eine Pause, sah erschrocken auf und sagte, vielleicht wolle sie mit einem zweiten Kind die Aufmerksamkeit von ihrem Mann wiederbekommen.

Sie erkannte, dass sie Mitleid erheischte, damit ihr Mann seine Aufmerksamkeit ihr gegenüber nicht verlor, nachdem die Inseminationen nicht zum Ziel führten, bzw. keine weitere Schwangerschaft die Aufmerksamkeit ihres Mannes ihr gegenüber wieder herstellte. Zudem wurde sie zusehends unsicherer und ängstlicher. Es gab nur noch eine Möglichkeit mit drei künstlichen Befruchtungen, dann war auch diese ausgeschöpft. Sie hatte Angst, dass es nicht gelingen könnte und vor allem aber auch, wie sie die Zukunft gestalten sollte, wenn sie ein zweites Kind bekam. Der Weg sei ohnehin unsicher, was wenn ihr Mann sich wieder zurückziehen würde, wenn dieses Kind größer sei, sie könne nicht ständig schwanger werden, das sei keine Lösung, resümierte sie. Aber sie habe diesen Weg eingeschlagen und wolle ihn nicht abbrechen, das käme bei den Krankenkassen wahrscheinlich nicht so gut an (der Genehmigungsantrag für die künstlichen Befruchtungen lief bereits), denn sie zweifele inzwischen stark daran, ob das der richtige Weg sei und fragte sich, wie sie sich habe so „verrennen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] können. Sie lachte kurz auf und sagte, sie müsse an die Imagination denken, als sie mit der Brille auch einmal die Orientierung verloren habe.

Kurz darauf kam der Bescheid, dass die künstlichen Befruchtungen genehmigt wurden. Allerdings, sagte die Klientin, habe sie nur drei Chancen. Die Erste erfolgte im April 2008, dabei wurden der Klientin zwei befruchtete Eizellen eingesetzt, die sich nach der externen Befruchtung gut entwickelten. Sie behielt eine Eizelle für 12 Tage, die zweite drei Wochen. Sie sei zwar traurig, aber nicht mehr verzweifelt, erzählte sie mir während der Sitzung nach dem Verlust der zweiten Eizelle. Sie wollte „nicht mehr mit der Brille“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] herumlaufen.

Mittlerweile fand sie das zweite Kind nicht mehr ganz so wichtig, gelangte mehr und mehr zu der Einsicht, dass sie ein gesundes Kind hatte, das war mehr als manche andere Familie hatten und wenn es nicht sein sollte, „Dann ist es Gottes Wille.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Sie musste vertrauen entwickeln, dass alles seinen Sinn hat und da war ihr Glaube, den sie wieder fand, sehr hilfreich. Aber sie hatte oft das Gefühl von ihrem Mann nicht ernst, bzw. nicht wahrgenommen zu werden. Problematisch war dies für die Klientin da sie oft erlebte wie ihr Mann z. B. abends um 22 Uhr bei einem Anruf eines Kollegen hellwach und offen für dessen Probleme war, ihr aber kurz vorher nicht einmal zuhörte, mit den Worten er wäre zu müde und nicht aufnahmefähig. Diese Szene erlebte die Klientin des Öfteren und das verletze sie sehr.

Das Paar entwickelte daraufhin (in den Sitzungen der Eheberatung) Möglichkeiten sich gegenseitig zu respektieren und dem anderen entweder Auszeiten zuzugestehen oder Aufmerksamkeit einzufordern. Bezüglich der anstehenden örtlichen Veränderungen konnte ihr Mann ihre Ängste nicht verstehen. Sie glaubte er würde sie nicht ernst nehmen. Sie wurde immer wieder daran erinnert, wie ihre Mutter auf Veränderungen reagierte, das wusste er nicht, davon hatte sie ihm nie erzählt, weil sie Angst hatte, dass er sie auslachte ob ihrer Naivität. Die Klientin hörte fast täglich von ihrer Mutter, wie schlecht es war, dass ihr Vater auswärts arbeiten musste, dass sie Angst hatte, aus dem geliebten Elternhaus ausziehen zu müssen, denn dann wäre sie ganz alleine, keiner der ihr helfen könnte, die Klientin hätte dann auch keine Oma und keinen Opa mehr, die mit ihnen spielen würden u. v. m.



Sie könne, und wolle nicht ihrem Mann hinterher ziehen, sie könne doch ihre Eltern nicht im Stich lassen, so beendete ihre Mutter ihre Reden meist. Dabei hatte dazu nie ein Grund bestanden, ihr Vater beruhigte ihre Mutter immer wieder, dass dies nicht nötig war. Dieses Thema war eines, das in der Eheberatung noch ausführlicher besprochen wurde und es kristallisierte sich heraus, dass der Babywunsch noch einen anderen Grund hatte: Die Klientin hoffte, dass dann ein Umzug schwieriger wurde oder gar nicht mehr infrage kam. Ab diesem Moment ging es um die Angst der Klientin vor Veränderungen bezüglich ihres gewohnten Umfeldes. Der Babywunsch trat in den Hintergrund. Es wurde deutlich, wie wenig die Partner voneinander wussten, wie wenig dem anderen zugehört wurde und wie wenig Zeit miteinander verbracht bzw. geredet wurde. Beide entdeckten, was sie an Gemeinsamkeiten verloren hatten und arbeiteten an ihrer Ehe. Hier griff der Ansatz der 'Systemischen Therapie', denn die Fokussierung auf ein Baby war ein Thema, das ein anderes, Ursprünglicheres überdecken half, das hatte dieses Paar erkannt und sie nahmen Eheberatung in Anspruch.

In der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung, die ich thematisch nach der dritten Stunde (exklusive Erstgespräch und Imagination) von der nun folgenden Eheberatung abkoppelte, dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.9.7).

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 2	K 5	K 24	K 33	K 36	K 42		
T2	K 1	K 8						
T3	K 1	K 4	K 9	K 13	K 17	K 25	K 28	K 34
T4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang			
T5	K 2	K 7	K 10	K 13	K 17			

Tab.: III.9.7

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Geblieben war expressiv-emotionales Verhalten (T1 K 2), fast vollständig (bis auf T1 K 36) reduziert waren Signale der Angst/Unsicherheit, nicht mehr zu bemerken waren Beschwichtigungshaltung, Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung, Minderung des kommunikativen Status, Unterlegenheit, Hilf- und Machtlosigkeit, Selbstberuhigung und ihr Signal Mitleid erregen zu wollen.

Dagegen zeigten sich mehr Signale für die Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5; T2 K 8), non-verbale Verstärker (T2 K 8; T3 K 34) und starke Selbstsicherheit, starkes Selbstbewusstsein (T3 K 1, T3 K 17). Neu hinzugekommen waren Zeichen des Vertrauens dem anderen gegenüber (T1 K 42) und von emotional entspannt, gelassen und selbstsicher sein (T1 K 33; T2 K 1). Die Klientin war sich sicher, dass sie in den Sitzungen ernst genommen wurde, ihr keine Floskeln oder beschwichtigenden Sätze begegneten, sodass sie ihre Gedanken frei zulassen konnte und erkannte, was ihr eigentliches Problem war. Ab dem Moment der Imagination wurde sie offener, entspannter und zuversichtlicher. Sie arbeitete an sich in selbstkritischer Art und war an Lösungen stark interessiert.

## 9.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden aus einem drei- bis vierwöchigen Rhythmus, je nach Bedarf der Klientin, im Hinblick auf die Termine bezüglich der geplanten künstlichen Befruchtung. Bis Anfang Mai 2008 nahm sie, exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlusssitzung insgesamt drei Beratungsstunden in Anspruch. Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.9.8) welches im Anschluss unter 9.5.1 und 9.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze* für die weitere Zukunft immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

Name: Klientin Fall 8
Vorher-Nachher-Vergleich:
<p>Vorher:          Ängstlich – unsicher – weinerlich, stark psychisch belastet – selbst bemitleidend – Mitleid erheischend – fixiert auf zweiten Kinderwunsch – sie fühlt sich überfordert – kann sich im Alltag weder privat noch beruflich konzentrieren – überlässt sich dem Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit – Zukunftsangst</p>
<p>Nachher:          Selbstsicherer – selbstbewusster – emotional entspannter, gelassener – zuversichtlicher – selbstkritischer – lösungsorientiert – handlungsfähig im Privat- und Berufsbereich – um Veränderungen bemüht – hatte inneren Helfer aktiviert (Glaube)</p>
<p>Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft:          Neue Prioritäten setzen:          - Eheberatung in Anspruch nehmen          - Kind, aber ohne Zeitdruck</p>

Abb.: III.9.8

### 9.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

Die Klientin fühlte sich überfordert, weil ihr Mann sie und ihren Sohn kaum unterstützte. Als sich bei ihr der Kinderwunsch entwickelte, bekam sie von ihrem Partner mehr Aufmerksamkeit, als dies vorher der Fall war und sie konnte dadurch ihre Angst vor einem Umzug in eine Nachbargemeinde verdrängen, hoffte insgeheim mit einem zweiten Kind diesen unmöglich zu machen, zumindest aber verschieben zu können. Nachdem sie fünf Inseminationen hatte und sie bei den letzten Malen zwei Fehlgeburten erlitt bewirkte dies nicht, dass sich der Wunsch nach einem Kind dadurch verlor, sondern funktionierte als Verstärker. Der Wunsch verselbstständigte sich derart, dass sie fast gänzlich auf den zweiten Kinderwunsch fixiert war, sie sich im Alltag weder privat noch beruflich auf die jeweiligen Aufgaben konzentrieren konnte. Sie war psychisch stark belastet und überließ sich dem Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit. Sie wurde weinerlich, selbstbemitleidend, aber sie wollte besonders bei ihrem Mann die, ihr in dieser Situation, entgegengebrachte Aufmerksamkeit nicht verlieren (bzw. wiederbekommen, wie vor und in der Schwangerschaft mit dem ersten Kind), wodurch sie zur Aufrechterhaltung dieser, Mitleid erheischen musste. Zur Erfüllung des Kinderwunsches gab nun nur noch eine Möglichkeit mithilfe von maximal drei künstlichen Befruchtungen. Sie hatte Angst, dass es nicht gelingen könnte, was sie zusehends unsicherer und ängstlicher werden ließ. Vor allem die Gedanken, wie sie dann die Zukunft gestalten sollte, wenn sie nicht durch eine erneute Schwangerschaft die Aufmerksamkeit des Mannes binden und einen Umzug dadurch vermeiden oder verzögern konnte, ließen sie kaum los.

Nach der Imagination zeigten die Veränderungen in der Körpersprache, dass sich die Veränderungen auch in ihr vollzogen.

Die Klientin hatte relativ schnell erkannt, welchen Zweck eine zweite Schwangerschaft erfüllen sollte und akzeptierte, dass sich ein Kind nicht erzwingen ließ, sie bereits einen gesunden Sohn hatte. Sie konnte ihren Glauben (inneren Helfer) neu aktivieren und fand Halt im Glauben. Es war ihr mittlerweile egal, wann das nächste Kind kommen würde. Sie war zuversichtlich, dass es kommen würde, was sie emotional entspannt und gelassen werden ließ. Sie war direkt nach der Imagination im Privat- und Berufsbereich wieder handlungsfähig und stark um Veränderungen bemüht. Selbstsicherer, selbstbewusster und selbstkritischer entwickelte sie lösungsorientierte Wege für die Zukunft, in der ihre Ehe einen großen Part einnahm. Aus der Eheberatung sei an dieser Stelle noch Folgendes kurz eingefügt:

In der Partnerschaft lernten die Eheleute sich Auszeiten zuzugestehen, aber auch Interesse und Aufmerksamkeit des anderen einzufordern. Die Klientin und ihr Mann sprachen darüber, was die Klientin von ihrer Mutter anhören musste und kamen zu dem Ergebnis, den Ablauf der Termine für die nächsten

sechs Jahre für die Klientin auf einen übersichtlichen Plan zu notierten, damit sie die Angst vor Neuem und den Veränderungen langsam verlor. Dieser Plan enthielt ebenfalls den Termin für den evtl. anstehenden Umzug und hing seither an einer Tür des Schlafzimmerschranks der Klientin. Immer, wenn sie Angst vor den Veränderungen bekommen würde, ginge sie hin, würde sich den Plan ansehen und beruhige sich dabei recht schnell wieder, erzählte die Klientin. Die Ehe harmonierte immer besser und die Klientin entwickelte auch hier Varianten Aufmerksamkeit und Zeit bei ihrem Partner einzufordern. Die Klientin fühlte sich als Partnerin immer wohler und hatte das Gefühl für ihren Mann wieder wichtig zu sein.

### 9.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin, dass die Klientin den Kinderwunsch in ihren Alltag integrieren lernte, ohne von ihm beherrscht zu werden. Sie konnte erkennen, dass dieser Wunsch andere Probleme überdecken half, teilweise Mittel zum Zweck war. Die Klientin und ihr Mann benötigten eine Eheberatung, damit die Klientin sich nicht erneut in andere Themen flüchtete, um Aufmerksamkeit vom Partner zu erlangen. Mit einer Eheberatung gab es die Chance diesem System zu begegnen. In der Ehe sollte sich die Klientin wahrgenommen, akzeptiert und wichtig fühlen, wichtige Schritte der Veränderung sollten offen und gemeinsam geplant werden, um der Klientin die Angst vor dem Ungewissen zu nehmen.

### 9.5.3 Die Zukunftsorientierung

Die Klientin wollte neue Prioritäten setzen und Eheberatung in Anspruch nehmen, damit sie nicht wieder körperlich und seelisch leiden musste, sondern sich ihr Mann um sie bemühte und sie wahrnahm. Das müsse anders möglich sein als über Fehlgeburten, Schwangerschaften, Krankheiten oder seelisches Leid, so ihr Fazit. Und ein zweites Kind konnte sie sich vorstellen, aber ohne Zeitdruck.

## 9.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Ein informelles, nicht-standardisiertes Interview nach ca. sechs Wochen innerhalb einer Sitzung zwecks Eheberatung verlief folgendermaßen (Gedächtnisprotokoll): Sie hatte sich ein Bild mit einer Brille gemalt, ähnlich der aus der Imagination, das an ihrem Kühlschranks hing. Dadurch erinnerte sie sich immer wieder daran, ihr Leben zu leben und nicht einem Traum hinterherzulaufen. In ihrer Ehe musste sie ab und an ihren Mann daran erinnern sie wahrzunehmen, ihre Probleme anzuhören. Dazu entwickelte sie die Strategie im spaßigen Ton z. B. zu sagen: „Hey, ich bin die Bundeskanzlerin, der würdest Du jetzt auch zuhören.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Auf solche witzigen Sätze reagiere er immer sofort, so die Klientin.

Nach ca. einem halben Jahr rief ich bei der Klientin an (informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview, Gedächtnisprotokoll): Sie berichtete es ginge ihr gut. Sie genoss ihren Sohn, der immer selbstständiger wurde und dass sie dadurch mehr Zeit für sich hatte. Sie kam sogar wieder dazu, ein Buch zu lesen und regelmäßig Sport zu treiben. Sie war gerade dabei die Geburtstagsfeier für ihren Mann auszurichten, sodass sie das Gespräch schnell beendete.

Ca. ein Jahr nach Abschluss der Beratung erhielt ich einen Anruf (informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview, Gedächtnisprotokoll), indem mir die Klientin mitteilte, dass ihr Mann die erste Wahl seiner Partei zur Nominierung als Kandidat gewonnen habe und sie sich langsam auf die Veränderungen freue. Aber ein zweites Kind hatte sie immer noch nicht. Alle drei künstlichen Befruchtungen blieben ohne Erfolg, berichtete sie sehr sachlich. Sie verhüte nicht und vielleicht habe sie irgendwann das Glück, es würde andere Prioritäten geben, das sei ihr nicht mehr so wichtig, bemerkte sie abschließend. Im Mai 2009 rief sie mich überglücklich an (informelles, nicht-standardisiertes Telefoninterview, Gedächtnisprotokoll): Sie war im dritten Monat schwanger und bisher sah alles sehr gut aus, was die Untersuchungen anbelangten. Sie war glücklich und hoffte nun, dass sie es auch gesund auf die Welt

bringen durfte. Wir unterhielten uns noch etwas über die zumeist üblichen Anfangsbeschwerden einer Schwangerschaft und beendeten dann das Gespräch.

### 9.7 Wirkungsweise

Die Klientin hatte sich in der Fiktion verloren unbedingt ein zweites Kind haben zu müssen und das unter allen Umständen (fünf Inseminationen, Antrag auf künstliche Befruchtung). Umso mehr war sie enttäuscht, als sie ihre Menstruation bekam oder als sie bei den beiden letzten Inseminationen Fehlgeburten erlitt. Sie reagierte depressiv, wurde ungehalten, manchmal sogar aggressiv gegenüber ihrem Mann und ihrem Sohn, konnte sich immer weniger auf ihre täglichen Aufgaben konzentrieren. Durch die Imagination war es ihr möglich in die Vergangenheit einzutauchen, als sie ihrem Kind noch mehr Aufmerksamkeit entgegenbringen und sich im Berufsleben noch konzentrieren konnte. Sie konnte den Parcours (ihr Leben) relativ sicher beherrschen, hatte ihn im Blick. In der zweiten Sequenz konnte sie, ähnlich wie in der Erlebnispädagogik, am eigenen Körper erleben, wo sie ihre persönlichen Grenzen hatte und was diese Einschränkung der Sichtweise (Fokussierung auf ein zweites Kind) bewirkte. Denn im Vorher-Nachher-Vergleich von Vergangenheit und Gegenwart konnte die Klientin umgehend Rückschlüsse ziehen. Dies wiederum eröffnete ihr die Möglichkeit nach neuen Varianten der Integration ihres Babywunsches für die Zukunft zu suchen, einen neuen Umgang zu überdenken. Für sie war es sichtlich erleichternd auf ihren Wunsch nicht verzichten zu müssen, was andere von ihr verlangten. Für sie schien diese Forderung enormen Druck zu bedeuten. Diesen Eindruck bestätigte die Reaktion während der Imagination, als sie erleichtert realisierte, dass sie nicht auf diesen Wunsch verzichten musste. Durch die langsame Integration des Babywunsches konnten darunter verdeckte Probleme bewusst werden, wie ihre Eheprobleme und Zukunftssorgen.

Dass sie mit dem überstarken Babywunsch diese Probleme unbewusst verdeckte, damit diese für sie nicht zur Bedrohung bzw. wirksam werden würden, erkannte sie selbst recht bald. Dadurch trat der Babywunsch in den Hintergrund, die eigentlichen Probleme konnten nun reflektiert und bearbeitet werden. Je zufriedener und wohler sie sich in der Beziehung fühlte, je klarer sie ihre gemeinsame Zukunft (bedingt durch die politischen Aktivitäten ihres Mannes) planen konnte, umso unwichtiger wurde der Babywunsch.

### 9.8 Reflexion

Als Berater/Therapeut ist einem bewusst, dass Klienten, die eine überstarke Fokussierung auf ein bestimmtes Thema, eine bestimmte Sache oder Person usw. betreiben, damit meist unbewusst andere brisantere Themen verdecken. Durch die Imagination konnte relativ schnell das eigentliche Problem erfasst werden. Während der Imagination galt es zuerst, den Fokus bezüglich des Kinderwunsches zu reduzieren, sodass die Klientin in die Lage versetzt wurde, ihren familiären Alltag und Berufsalltag wieder zu beherrschen. Ich war sehr sicher, dass dieses Motiv der Klientin helfen würde, Einsicht in ihr Verhalten zu ermöglichen und daraus eine Neuorientierung entstehen zu lassen. Der Unterschied zwischen der Vergangenheit, als diese Fokussierung noch nicht bestand und der imaginierten Gegenwart war so groß, dass ein Vergleich für die Klientin sichtbar möglich wurde. Da ich immer davon ausgehe, dass die Klienten Ressourcen besitzen ihre Lage zu verändern, vertraute ich auf diese Fähigkeit. Wie die Veränderung allerdings aussieht, ist ganz und gar die Angelegenheit des Klienten, der Berater/Therapeut hat lediglich die Aufgabe Einsichten zu fördern, ebenso wie die meist bereits unbewusst vorhandenen Lösungswege des Klienten für diesen sichtbar werden zu lassen. Dass in dem dargestellten Fall hinter dem fokussierten Thema ein anderes verborgen war, erstaunte mich aus oben genannten Gründen nicht weiter. Um dies in das Bewusstsein der Klientin zu rücken, war die Imagination ein schnelles und einfaches Mittel. Die zuletzt meist passive Leidenszeit wurde von der Klientin zugunsten aktiver Handlungen bei der Veränderung bisheriger Lebensumstände in der Ehe und den beruflichen Entwicklungen ihres Mannes verändert.

## 10. Fall 9 unter Nutzung von Motiv 9

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Das Imaginationsmotiv 9 ist *Die Wiese*. Dokumentiert sind hier (wie in Fall 8) die Sitzungen, bis der Klient die Hintergründe seiner Verzweiflung und Resignation erkannte. Die anschließenden Sitzungen mit seiner Ehefrau trugen zwar weiter dazu bei, dass sich der Klient stabilisierte, aber sie hatten nicht mehr unmittelbar mit der Imagination zu tun (sie war in diesem Fall der *Türöffner*, die Eheberatung wurde erst durch die Imagination und die unmittelbar dazugehörenden Sitzungen möglich) und so wird der weitere Verlauf nur kurz erwähnt.

## 10.1 Das Erstgespräch - Gedächtnisprotokoll

Der Klient sprach sehr leise und ich spürte seine Resignation, nicht nur bezüglich seiner Ehe. Er fühle sich nicht mehr wohl in seiner Beziehung, am Arbeitsplatz und auch sein 14-jähriger Sohn sei ihm absolut fremd geworden, berichtete er. Er sei völlig verzweifelt, vor allem mache ihm das Gefühl, sich von seiner Frau wahrscheinlich trennen zu müssen, schwer zu schaffen, erzählte er. Dies überlegte er sich schon seit einiger Zeit, aber irgendetwas hielt ihn zurück. Es war seine zweite Ehe, die Erste wurde nach neun Jahren geschieden. Aus dieser Beziehung hatte er zwei Kinder, zu denen er aber keinen Kontakt hatte, weil seine Ex-Frau dies nicht wollte und er akzeptierte das. Nun habe er Angst nach 13 Ehejahren wieder alles zu verlieren, erzählte der Klient. Er war verwirrt, was auch am Arbeitsplatz störte. In seiner Firma musste er 100 % Leistung zeigen, da er nicht zu denen gehören wollte, die entlassen werden mussten. Seine Firma müsse ca. 100 Arbeitsplätze einsparen und im Moment habe jeder Angst um den Arbeitsplatz, das mache die Situation für ihn nicht einfacher, so der Klient. Er musste irgendwo das Gefühl haben sicher sein zu können, aber das war in keinem Lebensbereich der Fall. Er arbeite die Woche über oft in Hamburg, Berlin, München usw., sei manchmal erst am Freitag wieder zu Hause, und dann seien seine Frau und sein Sohn unterwegs, sagte der Klient. Beide würden freitags Sport betreiben, und sein Sohn spiele meist am Wochenende in einer Jugendmannschaft auf Turnieren o. ä. und er selbst jogge am Wochenende, denn er brauche das Laufen, da er wochentags viel sitze, so der Klient. Er sah seine Frau z. B. nur kurz und wenn sie zu Spielen ihres Sohnes fuhren kam keine Gemeinsamkeit auf, dort standen die Freunde im Vordergrund. Oder er erledigte die Arbeitsaufträge seiner Frau, die Arbeiten am und ums Haus beinhalteten. Dabei war er ganz auf sich gestellt und diese Zeit war dann wieder nicht zur Verfügung, um mit seinem Sohn etwas zu unternehmen oder Familienausflüge zu machen. Seine Frau verplante ihm viel von seiner freien Zeit. Es gab keinen Raum mehr für Gemeinsamkeiten. Er fühle sich verloren und wisse keinen Ausweg mehr, so der Klient. Mit seiner Frau streite er, wenn er mehr Zeit für sich und Familienaktivitäten einfordere, dann ginge jeder seiner Wege und sie sprachen tagelang nicht mehr miteinander. Verzweifelt und mit Tränen in den Augen beendete er seine Ausführungen. Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E des Klienten in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.10.1).

Tabellenkode	Kodenummern										
T1	K 2	K 5	K 9	K 14	K 19	K 26	K 34	K 35	K 36	K 45	
	Sonstiges: K 35 und K 36 wechseln häufig Bei K 36 ein Bein lang gestreckt										
T2	K 3	K 6	K 8								
	Sonstiges: K 6 ist verbunden mit Weinen										
T3	K 1	K 4	K 8	K 13	K 19	K 23	K 24	K 28	K 34		
	Sonstiges: K 19 und K 23 fast nur im Zusammenhang mit T2 K 6 verbunden mit Weinen										
T4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang						
T5	K 2	K 7	K 9	K 13	K 17						

Tab.: III.10.1

Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 9, T1 K 19; T2 K 3; T3 K 19), Traurigkeit/Depression (T3 K 19), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T3 K 19, T3 K 23), Kapitulation/Unterlegenheit (T1 K 26; T2 K 3, T2 K 6; T3 K 23), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 19), starke Selbstsicherheit, starkes Selbstbewusstsein (T3 K 1, T3 K 17), Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5; T2 K 8), expressive-Emotionalität (T1 K 2), Aufmerksamkeit (T1 K 5, T1 K 45), Kommunikation auf gleicher Augenhöhe war erwünscht (T1 K 5), hohen kommunikativen Status (T1 K 9, T1 K 34, T1 K 35, T1 K 36), körperliche Expansion (T1 K 34, T1 K 35, T1 K 36), gekonnte Selbsterhöhung (T3 K 8), non-verbale Verstärker (T1 K 45; T2 K 8; T3 K 34), und mittleren sozialen Status (T5 K 2).

Zusammenfassend war zu bemerken, dass der Klient die Signale von Angst, Unsicherheit, Traurigkeit, Depression, Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung, Kapitulation, Unterlegenheit, expressiver-Emotionalität, mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit hauptsächlich zeigte, wenn er seine belastenden Situationen ansprach. Dagegen wurde seine starke Selbstsicherheit, sein starkes Selbstbewusstsein, seine Anerkennung des Gegenübers, Aufmerksamkeit, Kommunikation, die er auf gleicher Augenhöhe wünschte, sein hoher kommunikativer Status (T1 K 9, T1 K 34, T1 K 35, T1 K 36), seine körperliche Expansion, gekonnte Selbsterhöhung, sowie seine nonverbalen Verstärker (T1 K 45; T2 K 8; T3 K 34) zumeist deutlich sichtbar, wenn er davon sprach, was er beruflich machte und wie er sich mit seiner ersten Ehefrau bezüglich der Kinder arrangierte. Was den Schluss zuließ, dass er mit der derzeitigen häuslichen Situation überfordert war, zumal seine Frau Veränderungswünsche blockierte und er auch beruflich stark gefordert war. Er war eingeschränkt handlungsfähig, depressiv und traurig, weil er keine Möglichkeiten sah, wie er dieser Situation begegnen sollte.

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.10.2), **B** (s. Abb.: III.10.3) und **C** (s. Abb.: III.10.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt, s. Abb.: III.10.5).

<b>A</b>				<b>Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... März 2007</b>	<b>Seite: 1</b>
Name: Klient Fall 9					
Geb./Alter:					
Adresse: XXX					
Tel.: XXX			Mobiltel.: XXX		
Verh.: Ja	Gesch.: Ja	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: 3, 2 aus erster Ehe	Alter: ♂ Aus 2. Ehe 14 Jahre	
2. Ehe					
Geschwister: /			Alter: /	Verst.: /	
Eltern: /			Gesch.: /	Verst.: /	
Initiator der Beratung: Selbst					
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst vor erneuter Trennung von zweiter Frau nach 13 Jahren Ehe</li> <li>- Wenig Zeit für Partnerschaft – zu wenig Zeit für 14-jährigen Sohn – kein Raum für Gemeinsamkeiten</li> <li>- Beruflich: Angst vor Entlassung</li> <li>- Beruflich und privat: In keinem Bereich das Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden</li> <li>- Verzweiflung, weil stark eingeschränkt handlungsfähig</li> </ul>					
In Anspruch genommene Sitzungstermine:					
1 Erstgespräch	6 Abschlussitzung				
2 Imagination					
3 Durcharbeiten					
4					
5					

Abb.: III.10.2

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u> und Blatt <u>G</u></b>	Seite: <b>2</b>
Name: Klient Fall 9		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... März 2007 - Erstgespräch		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 Jahre Ehe und zwei Kinder</li> <li>- Scheidung – auf Wunsch der Mutter hat er keinen Kontakt zu diesen Kindern</li> <li>- Zweite Heirat</li> <li>- 13 Jahre Ehe und einen Sohn, 14 Jahre alt</li> <li>- Arbeitet oft weit entfernt von zu Hause, kommt oft erst freitags nach Hause</li> <li>- Frau und Sohn machen Sport – freitags Frau und Sohn – am Wochenende hat der Sohn meist Spiele im Verein</li> <li>- Am Wochenende joggt er selbst</li> <li>- Sieht Sohn und Frau zu wenig, vermisst Raum für Gemeinsamkeiten</li> <li>- Denkt über Trennung nach, was am Arbeitsplatz zu Problemen führt</li> <li>- Arbeitsplatz ist unsicher, Entlassungen stehen an</li> </ul>		

Abb.: III.10.3

<b>C</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u></b>	Seite: <b>3</b>
Name: Klient Fall 9		
Datum: ... März 2007 - Erstgespräch		
Involvierte Personen:		
Partnerin:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nimmt Veränderungswünsche ihres Mannes nicht ernst</li> <li>- Kann Situation des Partners nicht erkennen</li> <li>- Kaum ruhige Aussprache mit Partner möglich, Schweigen statt konstruktiv nach Lösungen zu suchen</li> </ul>		
Sohn:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Macht Sport im Verein, hat dadurch vorgegebene Trainingszeiten – Wochenenden, Spiele</li> <li>- Spiele finden durchgängig am Wochenende statt</li> </ul>		
Mittelbar der Arbeitgeber:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muss ca. 100 Arbeitnehmer entlassen,</li> <li>- Keiner der Arbeitnehmer weiß, wer entlassen wird, was den Druck auf alle Mitarbeiter erhöht</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nächste Stunde findet eine Imagination statt</li> <li>- Weitere Sitzungen nach Absprache mit dem Klienten</li> </ul>		

Abb.: III.10.4

D Problemanalyse		Seite: 4
Name: Klient Fall 9		
Datum: ... März 2007		
Problem/Teilprobleme: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst beruflich wie privat alles zu verlieren – absolute Verunsicherung</li> <li>- Privat mehr Zeit miteinander zu verbringen kann er bei seiner Frau nicht durchsetzen</li> <li>- Rat- und hilflos wie es beruflich und privat weitergehen soll</li> <li>- Muss beruflich 100 % Leistung bringen, aber Gedanken schweifen ins private</li> </ul> Hauptproblem: Zukunftsangst		
Problem fördernde Situationen/Umstände: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Familienmitglieder machen Sport</li> <li>- Klient hat nur das Wochenende für Familie</li> <li>- Arbeitgeber muss ca. 100 Personen entlassen, nicht bekannt, wer davon betroffen ist</li> <li>- Klient hat eine gescheiterte Ehe hinter sich</li> <li>- Darf Kinder aus erste Ehe nicht sehen</li> <li>- Aussprache mit seiner Frau sind Streitgespräche und enden oft in Schweigen</li> </ul>	Problem mindernde Sit./Umst.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klient joggt zum Ausgleich seiner sitzenden Tätigkeit.</li> </ul>	
Involvierte Person/en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau</li> <li>- Sohn</li> <li>- Arbeitgeber</li> </ul>	Involvierte Person/en:	
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitsplatz: vor Entlassungssituation</li> <li>- Als Sohn noch nicht im Sportverein war</li> </ul>		

Abb.: III.10.5

Als die Wochenenden noch nicht durch den Sport seines Sohnes belegt waren und er einen relativ sicheren Arbeitsplatz hatte, konnte der Klient in der Vergangenheit mehr Zeit mit seiner Familie verbringen. Als sich diese Situation änderte, bekam der Klient Probleme sich den neuen Anforderungen anzupassen. Besonders da sein Arbeitgeber ca. 100 Personen entlassen musste, aber nicht bekannt gab, wer davon betroffen war. Der Klient fühlte sich gefordert beruflich 100 % Leistung zu bringen, aber die Gedanken an seine privaten Probleme lenkten ihn immer wieder ab, was darin mündete, dass sich seine Angst arbeitslos zu werden noch verstärkte. Diese Anspannung wiederum machte ihn sensibel für seine mangelnde Regenerationsphase zu Hause. Er wollte mehr Zeit mit der Familie verbringen, hatte aber oft nur das Wochenende zur Verfügung, an dem alle Familienmitglieder unterschiedlichen sportlichen Aktivitäten nachgingen. Privat mehr Zeit miteinander zu verbringen, damit konnte er sich bei seiner Frau nicht durchsetzen. Diesbezügliche Aussprachen zwischen ihm und seiner Frau wurden oft zu Streitgesprächen und endeten meist in tagelangem Schweigen. Der Klient hatte bereits eine gescheiterte Ehe hinter sich, eine von ihm befürchtete bzw. überlegte zweite Trennung machte ihm Angst. Im privaten Bereich wieder alles zu verlieren, vor allem weil er die Kinder aus erster Ehe nicht sehen durfte, ließ ihn gedanklich kaum los.

Der Klient war verunsichert, rat- und hilflos, wie es beruflich und privat weitergehen sollte. Seine Stimmung schwankte zwischen Angst und Besorgnis, ließen ihn im Alltag kaum noch Momente, in denen sie nicht vorherrschten. Er hatte weder beruflich noch privat das Gefühl vorausplanen zu können und bezüglich der Gegenwart war diese für ihn unerträglich geworden. Einzig für eine negative Situation, seine sitzende Tätigkeit im Beruf, hatte er eine Lösung gefunden, er joggte zum Ausgleich.



## 10.2 Die Imagination

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. Sein hoher kommunikativer Status, der sich in K, S, V und E widerspiegelte, deutete an, dass in diesem Fall durchaus ein Motiv gewählt werden konnte, das diesem gerecht wurde. Zudem sollte es kein Motiv sein, dass seine Kapitulation und Unterlegenheit noch unterstrich oder förderte. Er sollte relativ unbefangen und frei agieren können, ohne seine negativen Emotionen bewusst in den Vordergrund zu stellen. Sein Lebenslauf musste in diesem Motiv nur eine untergeordnete Rolle spielen, da sich sein Problem eher auf die jetzige Familiensituation bezog.

Die Wiese, die bei Hanscarl Leuner einen friedfertigen, ausgleichenden, konflikt- und rivalitätsfreien<sup>605</sup> Raum bedeutet, war das, was sich der Klient in seiner Familie wünschte.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.10.6).

<b>E</b>	<b>Planung der Imagination</b>	<b>Seite: 4</b>
Termin: ... März 2007	Name: Klient Fall 9	
Imaginationsmotiv und Begründung: Motiv: Die Wiese – Motiv 9 Begründung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kann seine derzeitige Situation nicht genau einschätzen</li> <li>- Hat keinen gezielten Ansatzpunkt, den er ändern will, hält es sehr allgemein (mehr Zeit miteinander verbringen wollen)</li> <li>- Kann kaum positive Emotionen aufkommen lassen</li> <li>- Sieht Gegenwart und Zukunft sehr pessimistisch</li> <li>- Situation stagniert, er ist ziemlich handlungsunfähig und fühlt sich der Situation ausgeliefert</li> <li>- Inneres Gleichgewicht verloren</li> </ul> Die Klientin soll dadurch u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seine derzeitige Situation besser einschätzen lernen</li> <li>- Unterschiedliche Emotionen entwickeln bezüglich unterschiedlicher Situationen</li> <li>- Ansatzpunkte für Veränderungen entdecken</li> <li>- Gegenwart neu einschätzen lernen</li> <li>- Inneres Gleichgewicht wieder finden</li> <li>- Handlungsfähig werden – Zukunft konstruktiv gestalten lernen</li> <li>- Bisherigen Lebenslauf überdenken</li> </ul>		
Geplanter Ablauf: Die Wiese bot in dieser Jahreszeit außer Gras, Steinen, Moos und Stöcken relativ wenig an Material. Die ausgesuchte Wiese war zu einer Seite von einem Graben und einen angrenzenden, Feldweg begrenzt, zur zweiten Seite durch eine lange Baumreihe, die dritte Seite wurde begrenzt durch einen Bach, der z. Z. viel Wasser führte und die vierte Seite der Wiese wurde begrenzt durch einen Acker. Material: Korb Symbolisierung des Areals: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiese – jetzige Familie</li> <li>- Bach – Freunde, die kommen und gehen können</li> <li>- Feldweg – sein Sport,</li> <li>- Acker – Arbeitsplatz</li> <li>- Baumreihe - seine Lebensstationen – 1. Ehe – zwei Kinder – Scheidung – zweite Ehe – Sohn</li> </ul> 1. Abschnitt: Den Klienten ca. 20 Minuten Symbole für Vergangenheit und Gegenwart suchen lassen 2. Abschnitt: Aus Abschnitt 1, gesammelte Symbole besprechen 3. Abschnitt: Zukunftsvision erarbeiten		

Abb.: III.10.6

<sup>605</sup> Ein Zitat dazu befindet sich in Kapitel II.2.9

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial **F**:

Der Klient bekam einen Korb in die Hand und den Auftrag für die Vergangenheit und für die Gegenwart Gegenstände oder Pflanzen als Symbole zu sammeln, die er als besonders wichtig für sein Leben, seine Familie, Arbeit oder Freunde empfunden hatte. Diese sollte er mir anschließend zeigen und erläutern. Ich sagte ihm, dass die Wiese seine jetzige Familie sei, die sich stetig verändere auch bedingt durch äußere Umstände, wie bei der Wiese u. a. die Jahreszeiten für Veränderungen sorgen würden. So sei es auch in der Familie, je nach vorherrschender Stimmung blühe sie auf, wie die Wiese z. B. im Sommer oder es herrsche Eiszeit, wie im Winter und dabei immer wieder einmal die Hoffnung auf Besserung, wie im Frühling. Nur, dass die *Jahreszeiten* in der Familie mitunter schneller wechseln würden und nicht unbedingt immer die genannte Reihenfolge einhalten würde. Hier lachte der Klient und meinte da würde ich wohl recht haben. Den angrenzenden Bach symbolisierte ich als seine Freunde. Freunde kämen im Laufe des Lebens dazu, manche Freunde entfernten sich von ihm, manche blieben wie z. B. die Steine im Bach. Die Straße mit dem Graben symbolisierte ich als seinen Sport, den er nur am Wochenende betrieb. Der angrenzende Acker stellte seinen Arbeitsplatz dar, wie beim Acker wusste er am Arbeitsplatz ebenfalls nicht, wie es weiterging, wie oder ob er bestellt sein würde. Die Baumreihe stellte seine Lebensstationen dar. Jeder Baum hatte dabei seine Bedeutung wie z. B. seine Trennung von der ersten Frau, die Geburt seines letzten Sohnes usw. Während der Ausführungen war der Klient sehr begeistert, wie die Symbole zugeordnet wurden. Die großen Bäume lenkte er ein, das habe er alles geschafft, obwohl es damals viele Höhen und Tiefen gegeben habe, aber es habe ihn auch gestärkt, so wie die Bäume gewachsen seien, habe er sich entwickelt, lerne dazu (er hielt kurz inne). Starke Bäume würde man doch nicht so leicht ins Wanken bringen (er schüttelte den Kopf mehrmals), er könne im Moment nicht verstehen, was ihn aus dem Gleichgewicht gebracht habe, so der Klient. Nach einer kurzen nachdenklichen Pause, definierte er das eine oder andere Symbol mit eigenen Worten noch genauer, wie den Acker, der für ihn zusätzlich bedeute sich anstrengen zu müssen, vorwärtszukommen, nicht stecken zu bleiben (der Acker war frisch durchpflügt worden und bestand aus großen, nassen Ackerschollen), auf der Strecke zu bleiben und er wisse nicht, was er mit seinen Anstrengungen im Beruf ernten werde, beendet er seine Ausführungen.

Wir verabredeten eine Zeit von 20 Minuten, die er nutzen konnte, um Symbole für seine Vergangenheit und Gegenwart einzusammeln. Diese Symbole konnte er sich aus den insgesamt fünf Bereichen holen, der Wiese und den vier angrenzenden Bereichen der Wiese, die ich ihm symbolisierte. Auf meine Nachfrage, ob ich ihm die symbolischen Erklärungen der Umgebung und den Ablauf der Imagination genügend erklärt hatte, nickte er und meinte, ob er jetzt anfangen sollte.

1. Abschnitt: Langsam, mit dem Blick nach unten gerichtet, ging er auf die Wiese. Dabei begleitete ich ihn nicht, ließ ihn in aller Ruhe Material sammeln. Die ersten drei Minuten ging er langsam und bedächtig in Richtung Bachlauf (Symbol für Freunde), sah mal hier, mal da hin, blieb aber auf der Wiese. Nach weiteren vier Minuten bückte er sich zum ersten Mal, hob etwas auf und ging im gewohnten Gang weiter. Nach insgesamt ca. 17 Minuten rief er mir zu, wie viel Zeit er noch habe und nachdem ich ihm den Stand zurief, kam ein „Okay.“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] von ihm, dann bückte er sich und hob zwei Dinge auf. Er war sehr weit von mir entfernt und bewegte sich bedächtig und mit einem suchenden, nach unten gerichteten Blick auf die Wiese kam er auf mich zu. Ca. 20 m von mir entfernt ging er sichtlich erfreut und erstaunt in die Hocke und pflückte einen gelben Huflattich, diesen behielt er in der Hand, bis er bei mir war, und sagte schon aus ca. 3 m Entfernung, so etwas Einzigartiges habe er die ganze Zeit auf der Wiese gesucht.

2. Abschnitt: Wir setzten uns und der Klient erzählte mir, dass er lange habe nachdenken müssen, was ihm in der Vergangenheit und Gegenwart wichtig und wertvoll erscheine und welche Dinge diese Ereignisse oder Personen würden symbolisieren können. Er hielt immer noch die gelbe Blume in der Hand, drehte sie zwischen seinen Fingern und stellte erstaunt fest, dass er gar nicht gewusst habe, wie wichtig ihm die Freitagabende seien (die Abende verbrachte er ungewollt allein, da seine Frau an diesen Abenden zum Sport ging und sein Sohn Training hatte). Diese Abende waren seit Langem nicht mehr das, was sie einmal waren.

Für ihn bedeuteten diese Abende, sich nach einer Woche beruflichen Anstrengungen, dem oft auch weit entfernt von der Familie sein, mit seiner Familie gemütlich beim Abendessen zu sitzen, anschließend fern zu sehen oder gemeinsam Spiele zu spielen.

Dieser Abend war für ihn eine feste Insel gewesen, dann wusste er, dass Wochenende war, er fühlte sich wohl und zufrieden. Diese Zeit schien seine Hauptquelle für seine Regeneration gewesen zu sein, das wurde ihm mit der Blume bewusst. Dieser gelbe Huflattich war ebenso schwierig auf der Wiese zu finden, wie die Harmonie, wenn er am Wochenende zu Hause war. Er legte die Blume vorsichtig neben den Korb, den er neben sich stellte. Nun holte er mit einem Seufzer trockenes Gras aus dem Korb. Dies symbolisierten seine Gefühle bezüglich seiner Ehe. Seine Frau war nicht mehr erreichbar für ihn, ständig im Stress und unterwegs, sie richtete sich ihr Leben ohne ihn ein. Bemühungen mehr Zeit zu zweit und auch zu dritt verbringen zu wollen scheiterten meist daran, dass ihm seine Frau darauf hinwies, wie beschäftigt sie war und dass sie auch ihren Ausgleich benötigte, der Anfang der meisten Streitereien. Dann hatte er das Gefühl es bewegte sich gar nichts mehr. Resigniert griff er wieder in den Korb und nahm einen Stein heraus. Er drehte ihn in seiner Hand, sah ihn sehr genau an, und als er mich ansah, sagte er, dies seien sein jüngster Sohn und seine Frau, die ein ganz fester und wichtiger Bestandteil in seinem Leben seien, den er nicht verlieren wolle. Er wusste, dass sie beide zu wenig Zeit verbrachten, entweder waren sie zu Spielen unterwegs bei denen ihr Sohn mitspielte, oder er musste sich um Haus und Garten kümmern, und da seine Frau „immer wieder neue Aufträge“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] hatte, nahm dies oft die ganzen Samstage in Anspruch. Arbeiten, die im Hause gemacht werden konnten, erledigte er, wenn samstags ein Spiel seines Sohnes anstand, oft auch sonntags. Zum Schluss nahm er einen krummen, leicht verästelten ca. 30 cm langen Stock aus dem Korb, der nun leer war. Er sah ihn sich an und ich dachte bei seinem Blick, dass er gar nicht mehr wusste, wofür er dieses Symbol in den Korb gelegt hatte. Nach einer langen Pause sagte er sehr leise, das sei er. Er fühlte sich „alt, leer und tot“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Er hatte das Gefühl nirgendwo etwas bewegen zu können, sondern „stocksteif“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] zu sein. Er nahm wieder den gelben Huflattich in die Hand und sah ihn weinend an, er bekam keinen Ton mehr heraus und ich ließ seinen Gefühlen Raum und Zeit. Als er sich mir langsam zuwandte, immer noch mit Tränen in den Augen, sagte er, ihm werde überdeutlich bewusst, dass er seine Kraftquelle verloren habe.

3. Abschnitt: Er habe demnach mit allem abgeschlossen und würde keine Veränderung für die Zukunft sehen, fasste ich zusammen. Noch mit Tränen in den Augen wurde seine Körperhaltung plötzlich sehr gerade, er sah zu den Bäumen hinüber, die seine vergangenen Lebenssequenzen symbolisierten und er blieb eine Weile in dieser Haltung sitzen. Dann sagte er, mir sehr direkt zugewandt, er schäme sich gerade, wie er so verzweifelt werden könne, er müsse eigentlich nur wieder seine Kraftquelle zurückholen, seine Freitagabende, dann könne er sich beruflich wieder besser konzentrieren und er glaube ohnehin nicht, dass er entlassen werde, dazu habe er zu viel Wissen und halte wichtige Kundenkontakte. Er atmete beruhigt durch. Wenn er es schaffen könne, seinen Feierabend wieder harmonisch zu gestalten, auch wenn sein Sohn Training machen müsse, könne er mit seiner Frau diese Abende nutzen und sie könnten sich vielleicht wieder näher kommen, philosophierte er vor sich hin. Nach einer Weile der Stille fragte er, was mit all den gesammelten Dingen geschehen solle, woraufhin ich sagte, das sei seine Entscheidung. Er nahm als Erstes den Stock und schleuderte ihn mit ganzer Kraft über die Wiese und sagte „weg damit, das will ich nicht mehr sein“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] und so sei er eigentlich nie gewesen, das passe nicht zu ihm. Dann nahm er das trockene Gras und legte es etwas weiter weg, das wäre nicht von heute auf morgen zu verändern, aber er musste das evtl. auch nicht so überbewerten und ganz so negativ sehen. Den Stein und die Blume wolle er mitnehmen, das seien ihm die wichtigsten Dinge im Leben, sein Sohn und die Freitagabende in der Familie, sein Kraftquell, so sein Resümee.

### 10.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Einige Tage später fand das Durcharbeiten der Imagination statt. Der Klient kam gleich zum Thema. Er sei überrascht, was auf der Wiese passiert sei. Die Blume stand auf seinem Schreibtisch zu Hause und er wollte sie später trocknen, damit er sich immer an diesen Tag erinnern würde. Der Stein lag in einem Regal im Wohnzimmerschrank. Seine Frau reagierte auf keines von beidem. Er hoffte, dass sie nachfragte, aber bisher war es ihr noch nicht aufgefallen. Er hoffte noch immer, dass sie beide wieder eine Basis fanden, sich normal zu unterhalten und die Wiese zeigte ihm, wie wichtig die Familie für ihn war. Er dachte die letzten Tage immer wieder darüber nach, dass er auf der Wiese keinen Gedanken daran verschwendete, eines der Randgebiete aufzusuchen. Die Familie war für ihn der Mittelpunkt seines Lebens. Er dachte auch darüber nach, wie sich seine Frau auf der Wiese verhalten würde. So philosophierte er eine Weile darüber, was sie wohl gemacht hätte und kam zu dem Ergebnis, dass sie sich voneinander ziemlich weit entfernt haben mussten, denn früher hatte er das Gefühl genau zu wissen was sie tun würde und nun dachte er so lange darüber nach. Er wisse, was er wieder aktivieren wolle und was ihm fehle, aber das könne er nur begrenzt alleine machen, seine Frau müsse mitmachen, so der Klient. Seit er auf der Wiese war, war er beruflich wieder so wie früher. Er konnte sich gut einbringen, weil er durch die Imagination entdeckte, dass er keine Angst haben musste. Er unterhielt sich gestern mit seinen Kollegen darüber, dass sie vom Arbeitgeber endlich wissen wollten, wer entlassen würde und wer nicht, damit das Betriebsklima wieder besser würde. Dabei bemerkte er, wie viele seiner Kollegen durch diese unsichere Situation ebenso an ihre Belastungsgrenzen geraten seien. Auch sie hatten verstärkt das Bedürfnis nach einem harmonischen Ausgleich nach der Arbeit. Wenn er darüber nachdachte, hatte ihm die veränderte häusliche Situation vor Beginn der schwierigen Arbeitsplatzsituation nicht ganz so viel ausgemacht. Er vermisse zwar auch die Gemeinsamkeit, aber wolle sie nie so nachhaltig und konsequent einfordern wie in letzter Zeit. Ihm sei „mit einem Mal alles über den Kopf gewachsen“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], resümierte der Klient.

### 10.4 Die Zusammenfassung der Gedächtnisprotokolle aus der Folgesitzung

Der gelbe Huflattich war für den Klienten in den Folgegesprächen oft der Aufhänger über die notwendigen Veränderungen zu sprechen. Beruflich entwickelte er wieder Ruhe und Sicherheit, es wurde ein Gespräch mit der Belegschaft und dem Arbeitgeber herbeigeführt und man hatte gemeinsam Druck gemacht endlich für Klarheit zu sorgen, was die Umstrukturierungspläne anbelangte. Daraufhin wurde beschlossen, dass in den nächsten Tagen alle Arbeitnehmer über ihre Lage informiert wurden. Die Gespräche waren eingeleitet, aber er bekam bereits signalisiert, dass er nie in der engeren Auswahl war, entlassen zu werden. Er wirkte wesentlich entspannter und ruhiger und erzählte, dass er nun nicht mehr ständig an seine Belastungsgrenze gehen musste. Er war weniger negativ gestimmt, weniger traurig und hatte das Gefühl, dass er nicht mehr „zwischen allen Fronten zerrieben“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.] wurde. Seiner Familie fiel sein Stimmungswandel positiv auf. Nur hatte er immer noch Probleme seiner Frau zu erklären, was er sich wünschte. Sie fühlte sich sofort angegriffen, aber vielleicht fand er nicht die richtigen Worte, fügte er selbstkritisch hinzu. Immerhin begann sie vor einem halben Jahr ihren Freizeitsport freitags zu machen, was sie seiner Meinung nach durchaus auch auf einen anderen Tag verschieben konnte. Sie musste doch langsam merken, wie wichtig ihm das war, das musste er ihr nicht bis ins letzte Detail erklären, war seine Frage an mich. Zudem sah er nicht ein ihr von unseren Sitzungen und seinen Erlebnissen auf der Wiese zu erzählen, denn sie bemerkte nichts und fragte nicht nach, obwohl er ihr erzählte, dass er Hilfe in Anspruch nahm. Ihre Reaktion enttäuschte ihn sehr. Dementsprechend fühlte er sich als Einzelgänger und Einzelkämpfer in seiner Beziehung, fasste ich zusammen. Ja, das traf es, nur ohne ihre Einsicht und ihr Entgegenkommen war das recht sinnlos, so der Klient. Vielleicht sollte er sie bitten zu der nächsten Sitzung mitzukommen überlegte er, hier hatte er das Gefühl reden zu können und dann hatten sie gewissermaßen eine Verabredung, bei der es einmal nur um ihre Probleme ging. Er war seit der Imagination fest entschlossen seine *Kraftquelle* wieder zu aktivieren und dazu war es notwendig, seine Ehefrau mit einzubeziehen.

Als seine Frau in der zweiten Beratungsstunde nach der Imagination anwesend war und ihr Mann ihr, in fast allen Einzelheiten, von der Imagination erzählte, hatte sie bei der Stelle mit dem Huflattich Tränen

in den Augen und sagte sie habe gar nicht gewusst, was sie ihm damit angetan habe. Spontan reichte sie ihrem Mann ihre Hand, der nun ebenfalls Tränen in den Augen hatte und kurz darauf nahmen sie sich in die Arme. Es wurde ihnen bewusst, wie wenig sie voneinander wussten, wie wenig dem anderen zugehört und wie wenig Zeit miteinander verbracht bzw. geredet wurde. Der Ehefrau war z. B. nicht bewusst, wie sehr ihr Mann unter den schwierigen Umständen in seinem beruflichen Umfeld litt und wie sehr er die Familie brauchte und vermisste.

In dieser Stunde versprachen sie sich daran zu arbeiten am Wochenende wieder mehr Zeit füreinander zu haben. Beide entdeckten, wie viel sie an Gemeinsamkeiten verloren hatten, und wollten an ihrer Ehe arbeiten. Ab diesem Moment wurde Eheberatung in Anspruch genommen.

In der letzten Stunde vor der Abschlusssitzung dokumentierte ich K, S, V und E (s. Tab.: III.10.7).

Tabellenkode	Kodenummern									
T1	K 2	K 5	K 9	K 14	K 19	K 26	K 34	K 35	K 36	K 45
	Sonstiges: K 35 und K 36 wechseln häufig Bei K 36 ein Bein lang gestreckt									
T2	K 1	K 8								
T3	K 1	K 4	K 8	K 13	K 17	K 24	K 28	K 34		
T4	Auffälliges Verhalten				Erkennbarer Zusammenhang					
T5	K 2	K 7	K 10	K 17						

Tab.: III.10.7

Die Körpersprache des Klienten wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, er zeigte u. a.: Angst/Unsicherheit (T1 K 9, T1 K 19), Kapitulation/Unterlegenheit (T1 K 26), starke Selbstsicherheit, starkes Selbstbewusstsein (T3 K 1, T3 K 17), Anerkennung des Gegenübers (T1 K 2, T1 K 5; T 2 K 8), expressive-Emotionalität (T1 K 2), Aufmerksamkeit (T1 K 5, T1 K 45), Kommunikation auf gleicher Augenhöhe war erwünscht (T1 K 5), hohen kommunikativen Status (T1 K 9, T1 K 34, T1 K 35, T1 K 36), körperliche Expansion (T1 K 34, T1 K 35, T1 K 36), gekonnte Selbsterhöhung (T3 K 8), nonverbale Verstärker (T1 K 45; T2 K 8; T3 K 34) und mittleren sozialen Status (T5 K 2).

Der Klient hatte keine Tränen mehr in den Augen, selbst bei seinen Problemthemen. Traurigkeit, Depression, Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung, mangelndes Selbstbewusstsein und -sicherheit waren nicht mehr zu erkennen. Die Themen schienen ihn emotional nicht mehr so stark zu berühren. Signale wie seine Angst und Unsicherheit waren selten zu entdecken, hatten sich um T2 K 3 und T3 K 19 merklich reduziert, ebenso verhielt es sich mit seinen Signalen der Kapitulation und Unterlegenheit, die lediglich noch in T1 K 26 zu bemerken waren. Selbstsicherheit, sein starkes Selbstbewusstsein, seine Anerkennung des Gegenübers, Aufmerksamkeit, Kommunikation, die er auf gleicher Augenhöhe wünschte, sein hoher kommunikativer Status, seine körperliche Expansion, gekonnte Selbsterhöhung sowie seine nonverbalen Verstärker waren nun bei allen Themenbereichen vertreten. Im Erscheinungsbild fiel mir in der letzten Stunde auf, dass er nicht mehr durchgängig helle Kleidung gewählt hatte, sondern farbenfrohe Kleidung trug (T5 K 10). Der Klient wirkte wesentlich entspannter, zuversichtlicher und handlungsfähiger.

## 10.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden aus einem wöchentlichen Rhythmus. Der Klient nahm exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlusssitzung insgesamt drei Beratungsstunden in Anspruch. Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (H, s. Abb.: III.10.8), welches im Anschluss unter 10.5.1 und 10.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

Name: Klient Fall 9
Vorher-Nachher-Vergleich: Vorher: Im privaten wie beruflichen Bereich: Zukunftsangst – resigniert, rat- und hilflos, depressiv, überfordert, verunsichert – handlungsunfähig
Nachher Handlungsfähig – zuversichtlicher – entspannter – zielgerichteter
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft: - Eheberatung - Partnerin mehr an seinen Problemen und Sorgen teilhaben lassen - Beruflich entspannter bleiben, schneller klärende Gespräche suchen

Abb.: III.10.8

### 10.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

Für den Klienten bedeuteten zwei Veränderungen einen tiefen Einschnitt in seinem Leben. Entstanden waren diese zum einen, weil seine Frau nach einer Möglichkeit gesucht hatte einmal in der Woche etwas für sich selbst tun zu wollen. Naheliegender schien ihr den Freitag zu nutzen. Sie fühlte sich unverstanden, wenn ihr Mann mehr gemeinsame Zeit einforderte, weil dies für sie bis dahin bedeutete auf ihren Freitag verzichten zu müssen und damit auf die vermeintlich einzige Zeit, die sie für sich hatte. Das machte sie wütend, ebenso wie ihr Mann wütend war, weil er auf etwas verzichten musste, was für ihn zur Regeneration wichtig war, was er aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht artikulieren konnte, weil es ihm noch nicht bewusst war. So *prallten* die beiden immer wieder aneinander, jeder Versuch miteinander zu reden endete im Streit, weil sich jeder unverstanden fühlte und um seine Regenerationszeiten kämpfte. Die Fokussierung auf diesen *Stellungskampf* verhinderte eine Neuorientierung im Rahmen der familiären Möglichkeiten. Zum anderen kam seine große berufliche Unsicherheit hinzu, arbeitslos werden zu können. Sein Arbeitgeber ließ alle seine Mitarbeiter im Unklaren, wen es betreffen würde, sodass der Leistungsdruck enorm stieg, begleitet von der ständigen Angst trotz übermäßigen Einsatzes für die Firma diese verlassen zu müssen. Der Klient war in der privaten wie der beruflichen Situation verunsichert und überfordert. Er war rat- und hilflos, stark eingeschränkt handlungsfähig und resignierte. Die Angst vor der Zukunft förderte sein depressives Verhalten.

Bereits während der Imagination zeichnete sich für den Klienten ab, an welcher Stelle er intervenieren konnte. Der *Huflattich* war für den Klienten wie eine *Initialzündung*. Von da an wusste er, was ihm fehlte und welche Schritte er privat aber auch beruflich einleiten musste. Wieder handlungsfähig ging er zielstrebig daran, im Beruf für Planungssicherheit bezüglich seiner Arbeitsstelle zu sorgen. Er sprach mit Kollegen und erreichte, dass den Mitarbeitern mitgeteilt wurde, ob sie bleiben konnten oder nicht. Die dort gewonnene Sicherheit ließ ihn zuversichtlicher und entspannter werden, was sich im privaten Bereich niederschlug und der Familie positiv auffiel. Der Klient konnte entdecken, dass er seine Frau mehr an seinen Sorgen und Problemen teilhaben lassen musste, um Verständnis für seine Belange erreichen zu können. Eheberatung schien für ihn sehr schnell ein Weg in seiner Ehe wieder einen gemeinsamen Weg mit seiner Partnerin zu finden. In diesem Fall war 'Systemische Therapie' angeraten, da die Beziehung der Partner untereinander problematisch schien, wurden in gemeinsamen Gesprächen weitere Vorgehensweisen und Lösungen erarbeitet.

Aus der Eheberatung sei an dieser Stelle Folgendes kurz eingefügt:

Die Frau des Klienten verlegte, nach ca. drei Wochen, ihren Sport auf einen anderen Tag. Der Klient bekam den für ihn wichtigen Freitag. Seine Frau und er genossen diesen Abend wieder, an dem ihr Sohn im Training war.

In den Folgestunden erarbeitete das Paar neue Konzepte im Umgang miteinander, die Frau nahm sich bei der Verteilung ihrer Arbeitsaufträge an ihren Mann zurück und wo immer möglich wollte die Familie

im Garten, am Haus oder im Haus zusammenarbeiten. Beide fühlten sich geachtet und in ihren Wünschen respektiert, der Klient bekam wieder mehr Zugang zu Frau und Sohn.

Entscheidend in der Ehegemeinschaft war, dass sich beide Partner angewöhnt hatten, *Huflattich* zu sagen, wenn einem von ihnen eine Veränderung zum Positiven sehr wichtig war. So z. B. in der achten Stunde nach der Imagination, als es darum ging, wie die Arbeiten am und im Haus geregelt werden sollten. In dieser Stunde war die Frau des Klienten anfangs kaum bereit den Arbeitsplan für ihren Mann zu verringern. Als ich alle Arbeitsanforderungen auf ein Papier schrieb und sie Zeiten vorgeben sollte, wie lange sie glaubte, dass ihr Mann für jede einzelne Tätigkeit benötigte und er im Anschluss diese Zeiten korrigierte, i. d. R. nach oben, wurde sie still. Als sie lange Zeit nichts sagte und wie starr auf den Plan sah, sagte er nur kurz „Huflattich“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Sie sah ihn sofort an und sagte wie auf Knopfdruck: „Du hast recht, wir wollen mehr Zeit miteinander verbringen.“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.]. Sie seufzte, strich einige der Aufgaben durch und machte an einige Kreuze. Als sie damit fertig war, sagte sie stolz, auf die gestrichenen Dinge könne sie noch lange verzichten. Diese seien zwar gestrichen, aber im Kopf und dabei hob sie lachend ihren Zeigefinger. Die mit dem Kreuz, da könne sie in der Woche mit ihrem Sohn vorarbeiten, wenn er ihnen zeige wie und was, so die Ehefrau des Klienten. Zufrieden sahen sie sich an, das Wort *Huflattich* hatte für dieses Paar fast eine magische Funktion, es rüttelte wach und machte ihnen bewusst, worum es ging, welche Priorität in der Familie zählt. Für die Zukunft wollte die Familie mehr gemeinsam machen, dazu gehörte nun auch anfallende Arbeiten am und im Haus nicht mehr nur dem Klienten zu überlassen, sondern diese, wo immer möglich, gemeinsam anzugehen. Das Wort *Huflattich* wollten beide als Signalwort beibehalten, denn das hatte sich als Wort für besonders wichtige Dinge verinnerlicht.

### 10.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin den Klienten selbst entdecken zu lassen, in welchen Bereichen er vorrangig für Veränderungen sorgen konnte, bzw. wie bestimmte Situationen zusammenhingen. Durch die Imagination wurde ihm bewusst, welche Lebenssituationen er bereits geschafft hatte und das die jetzige Situation eigentlich so gar nicht zu ihm passte. Dies öffnete ihn dahin gehend genauer hinzusehen, was sich dementsprechend verändert hatte, wodurch er depressiv, wenig handlungsfähig, hilf- und ratlos wurde und resignierte. Indem er während der Imagination bemerkte, dass ihm Regenerationszeit fehlte, er seine Freitage vermisste, die für ihn wie ein Schalter funktionierten, um die belastende Situation am Arbeitsplatz vergessen zu lassen, konnte er erkennen, welche Faktoren seine emotional belastende Gegenwart begünstigte. Zudem konnte er erkennen, dass ihm seine Familie sehr wichtig war, er sie unter keinen Umständen aufgeben wollte.

### 10.5.3 Die Zukunftsorientierung

Er wollte sich vornehmen wieder mehr mit seiner Frau zu reden, seine Gefühle, Sorgen und Probleme deutlicher zum Ausdruck zu bringen, denn wenn er das von Anfang an getan hätte, wäre die verfahrenere Situation nicht entstanden, so sein Fazit und seine Vorsätze für die Zukunft.

Er hatte erkannt, dass er und seine Frau in ihrer Beziehung einiges ändern mussten, und er hatte das Gefühl evtl. die falschen Worte zu benutzen, nicht zu wissen, was in seiner Frau vorging, und wollte diesbezüglich weiter Eheberatung in Anspruch nehmen. Beruflich wollte er entspannt bleiben, sich nicht gleich wieder von negativen Nachrichten in Stress bringen lassen und auch hier schneller für Klärung sorgen und entsprechend Gespräche suchen, so der Klient.

### 10.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Nach Abschluss der Eheberatung im August 2007 rief mich die Klientin oder der Klient innerhalb eines halben Jahres abwechselnd an, um mir zu berichten, dass sie alles noch weiterführten, was sie beschlossen hatten. Zusammenfassung von zwei informellen, nicht-standardisierten Telefoninterviews (Gedächtnisprotokolle): Die Partnerin des Klienten erzählte, dass ihr Sohn und sie so einiges am Haus ganz alleine erledigt hätten. Sie tapezierten gemeinsam einen Raum und waren ganz stolz, als ihr Mann nach Hause kam und vollkommen perplex dastand und absolut begeistert von ihrer Arbeit war. So verliefen die Wochenenden weitaus schöner und ruhiger. Der Klient erzählte mir einige Zeit später, dass sein Sohn das Wort *Huflattich* ebenfalls für sich und seine Belange entdeckt habe. Er hörte das Wort einige Male bei ihnen und fragte eines Tages nach, was dieses Wort bedeutete. Daraufhin erklärte der Klient seinem Sohn in einem „richtigen Vater-Sohn-Gespräch“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], wie dieses Wort eine ganz eigene Bedeutung für ihn und seine Frau bekommen hatte. Als er seine Geschichte beendete, sagte sein Sohn, das finde er „cool“ [Originalwortwahl des Klienten; P. H.], das wolle er nun auch benutzen, wenn ihm Dinge in der Familie wichtig seien.

Im März 2008 verlief das informelle, nicht-standardisierte Telefoninterview wie folgt (Gedächtnisprotokoll): Der Klient freute sich hörbar, dass ich mich nach ihnen erkundigte und er berichtete mir, es habe sich alles bewährt, was sie für sich und ihre Familie während der Sitzungen und im Anschluss daran erarbeitet hätten. Sie fühlten sich so wohl, dass sie sich noch ein Baby wünschten. Dieses Thema hatten sie lange nicht anzusprechen gewagt, weil sich beide überfordert fühlten. Seine Frau berichtete mir, ihr Mann habe einen relativ sicheren Arbeitsplatz, weil die Auftragslage sehr gut sei und seine Firma volle Auftragsbücher bis ins Jahr 2011 habe und das mache die Situation in der Familie weiterhin angenehm. Die Familie entwickelte sich harmonisch und es machte Spaß miteinander etwas zu unternehmen und auch das Reden miteinander veränderte sich seit der Eheberatung. Sie redeten seither über ihre Gefühle und konnten ihre Handlungen und Entscheidungen besser verstehen. Sie wollten sich auf jeden Fall melden, wenn ein Baby unterwegs wäre, beendete sie das Gespräch.

### 10.7 Wirkungsweise

Diese Imagination lässt den Klienten direkt und unmittelbar darüber nachdenken, was ihm im Leben wichtig ist, ähnlich der Frage: Wenn sie auf eine einsame Insel drei Dinge mitnehmen dürften, was würden sie einpacken? In der Imagination ist der Klient, ab dem Ende der Erklärungen vom Berater/Therapeuten, alleine auf der Wiese. Er hat einen Auftrag, den er ganz für sich alleine erledigen kann, ohne weitere Ablenkung seitens des Beraters/Therapeuten, ohne sich auf ein Gespräch konzentrieren zu müssen und in diesem evtl. unbewusst darauf bedacht zu sein das eigentliche Problem nicht zu zeigen, weil es z. B. unangenehm war. Während der Imagination kann er sich ganz auf sich besinnen und für sich selbst auf Entdeckungstour gehen, ähnlich dem, was in der Erlebnispädagogik angeboten wird. Allerdings bezieht sich in der Imagination die Entdeckungstour auf das eigene Leben und das eigene Ich. Der Klient kann in aller Stille für sich entscheiden, welche Eindrücke, Erlebnisse, Dinge oder Personen er imaginieren möchte. I. d. R. reagieren die Klienten dabei mehr emotional als rational gesteuert und aus diesem Grund können verdrängte und unbewusste Dinge wieder ins Bewusstsein rücken. Meist passiert dies in der Form, dass sie einen imaginierten Gegenstand oder eine imaginierte Pflanze in den Behälter legen und erst beim anschließenden Besprechen mit dem Berater/Therapeuten realisieren, was sie gemacht haben und was dies für sie bedeutet (s. Fall 9 – *Huflattich*). Unbewusste Dinge sind nach meiner Erfahrung häufig emotional belastet und insofern ist die Imagination auf der Wiese, die besonders emotional wirkt, eine besonders gute Form Verdrängtes in das Bewusstsein vordringen zu lassen. Dadurch, dass der Klient Einsicht in ihm bis dahin verborgene Zusammenhänge bekommt, ist der Klient in der Lage Verhaltensänderungen anzustreben.

Entsprechend konnte im Fall 9 die Ehefrau mit einbezogen werden, was wiederum Einfluss auf den primär-familiären Umgang miteinander hatte. Gemeinsam konnten bisherige Handlungsweisen erkannt und verändert werden. Dem Klienten gelang es wieder, seine Regenerationszeit wie gewohnt zu nutzen.



Es war eine relativ kleine Veränderung im Alltag der Familie, das zum großen Problem für den Klienten, geworden war (auch bedingt durch seine Arbeitsplatzsituation) und eine regelrechte Kettenreaktion ausgelöst hatte, die nur unterbrochen werden konnte, weil die Ursache erkannt wurde.

#### 10.8 Reflexion

Ich bin immer wieder erstaunt, wie gut sich die Klienten auf die Imaginationen einlassen und sie umsetzen können. In diesem Fall (9) dachte ich, als der Klient langsam vor sich hinging und er die angrenzenden Bereiche ignorierte, dass er demotiviert war, weil die Wiese scheinbar so wenig bot. Es kamen Zweifel bei mir auf, ob er alle Ausführungen aufnehmen konnte. Aber im Nachhinein wurde mir bewusst, dass die Familie sein Hauptproblem war, das Problem am Arbeitsplatz nur deshalb so belastend war, weil ihm die Regenerationszeit fehlte.

In der Vergangenheit veränderten sich familiäre Bedingungen, die bis in die Gegenwart andauerten, welche weder mit dem Freundeskreis noch mit seinem Sport zu tun hatten. Dies schien der Klient bereits zu ahnen. Insofern war es eine Bestätigung dessen, was ich oft beobachte, dass Klienten häufig die Ursachen ihrer Leiden ahnen, sie ihnen (manchmal mit Hilfe) nur noch bewusst werden müssen.

Verwundert war ich allerdings, dass er für seine Frau keinen imaginierten Gegenstand, kein Pflanzenteil o. ä. in den Korb gelegt hatte. Erst als er mir den imaginierten Huflattich erklärte, wurde mir bewusst, dass der gelbe Huflattich ganz unmittelbar mit seiner Frau zu tun hatte.

In Folge war es wichtig, dass die Frau des Klienten bei den Veränderungswünschen ihres Partners mitarbeitete. Die diesbezügliche Öffnung seiner Frau gegenüber einer gemeinsamen Eheberatung und dem gemeinsamen Wunsch etwas ändern zu müssen, gelang dem Klienten bei seiner Frau hauptsächlich durch die Schilderung der Imagination, über dessen Ausgang er selbst erstaunt war. Der Klient hatte Einsichten erhalten in die Ursache seiner Problematik und wollte diese unter allen Umständen auf die eine oder andere Art lösen, am liebsten mithilfe seiner Frau. An dieser Stelle hätte evtl. die Wirksamkeit der Imagination verloren gehen können, denn für diese Veränderung war die Mithilfe der Ehefrau unabdingbar. Das Eine ist sicherlich, dass die Imagination dem Klienten Einsichten ermöglicht, aber das Andere - sobald der Veränderungswille des Klienten mit einer weiteren Person direkt gekoppelt ist, kann die Wirkungsweise ganz anders aussehen, evtl. keine oder nur noch unzureichende Veränderungen erwirkt werden und der Klient mitunter am Handeln gehindert. So ist immer auch der Faktor Glück dabei, wenn sich Veränderungen relativ leicht umsetzen lassen und alle beteiligten Personen *an einem Strang ziehen* und dies entzieht sich manchmal dem Einfluss des Beraters/Therapeuten.

## 11. Fall 10 unter Nutzung von Motiv 7

Die Darstellung des Falls wird unter der Maßgabe von III.1. dokumentiert. Dieser Fall ist von besonderem Interesse, da die Klientin eine diagnostizierte paranoide Schizophrenie hatte. Sie war nur Übergangsweise in meiner Beratungspraxis, die Gründe sind unter 11.1 dargestellt.

In diesem Fall war die Lebensqualität, zu dem Zeitpunkt als sie die erste Sitzung hatte, durch ihre Angst plötzlich zu sterben, stark gemindert. Für die Methode der 'Imaginativen sozialen Therapie', in meiner sozialpädagogischen Beratungspraxis, eine eher seltene Möglichkeit die Wirkungsweise der Imagination bei einer psychisch kranken Patientin unter Beweis zu stellen. Der Fall ist bezüglich der Angstsymptomatik vollständig dokumentiert, andere von mir getätigte Interventionen, die den Alltag der Patientin und das familiäre Umfeld entlasteten, sind hier nicht erfasst<sup>606</sup>. Die Gedächtnisprotokolle sind in diesem Fall sehr kurz, denn die Klientin hatte Mühe, ein Gespräch länger als ca. 20 Minuten aufrecht zu halten. Während dieser Zeit kreisten die Gedanken häufig oder sie machte lange Pausen, in denen sie gedankenversunken vor sich hinsah.

### 11.1 Das Erstgespräch (Gedächtnisprotokoll)

Die Klientin war mit dem Sohn der Initiatorin der Beratung (die Mutter ihres Freundes) liiert und war seit ca. drei Wochen bei ihm eingezogen. Das Problem lag darin, dass ihr Freund (27 Jahre) nach dem Tod seines Vaters vor 12 Jahren eine geistige, motorische und emotionale Störung erlitten hatte, was für dessen Mutter und den Stiefvater an sich schon eine Herausforderung darstellte. Sie selbst hatte die Diagnose *paranoide Schizophrenie*<sup>607</sup>. Krank geworden sei sie, weil sie Probleme zu Hause gehabt habe, so die Klientin. Ihre Eltern hätten sie und auch ihre Geschwister schlecht behandelt (hier brach sie das Gespräch minutenlang ab). Sie höre Stimmen, die alle schlecht zu ihr seien, sie beschimpfen würden, wie alle in der Schule und auch im Elternhaus (wieder brach sie das Gespräch minutenlang ab) und sie würde oft Herzrasen und Atemnot bekommen, sei aber nach Auskunft der Ärzte körperlich absolut gesund, so die Klientin. Erwähnt werden sollte, dass die Klientin rund 25 kg zu viel an Körpergewicht hatte.

Sie sei aus einer Kleinstadt, in der sie in einer Behindertenwerkstatt arbeite und von einer gesetzlich bestellten Betreuerin im Alltag unterstützt worden sei, weil sie mit ihren Eltern und Geschwistern nicht leben können, erzählte sie (sie war minutenlang mental abwesend). Nun wohnte sie mit ihrem Freund zusammen, das Gericht lehnte eine erneute Betreuerin mit der Begründung ab, denn sie lebte in einer eheähnlichen Beziehung, und da ihr Partner bereits seit einigen Jahren in einer eigenen Wohnung zurechtkam, somit war sie durch ihn versorgt, so die gerichtliche Begründung. Dass die Eltern des jungen Mannes fast täglich haben vorbeischauchen müssen und alle schriftlichen Angelegenheiten von Ämtern haben übernehmen müssen, ihn im Haushalt haben entlasten müssen usw. habe das Gericht nicht anerkannt, erzählte die Begleiterin der Klientin.

Das belastendste Problem für ihre Lebensqualität sei, so die Klientin, dass sie immer wieder Stimmen höre, die sie „fertigmachen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] wollen (sie war minutenlang mental abwesend) – und dass sie oft Angst habe, tot umzufallen. Dies begann i. d. R. mit Herzrasen und dann kam die Atemnot dazu, wenn sie beim Spaziergehen etwas schneller ging. Etliche Untersuchungen ergaben, dass sie körperlich vollkommen gesund war, lediglich an Übergewicht litt, was als Ursache ihrer Atemnot angesehen wurde. Aber das könne nicht solche Symptome machen, sie müsse krank sein, schlussfolgerte die Klientin sehr bestimmend. An dieser Stelle bemerkte die Initiatorin der Beratung, dass die Klientin in jeder dieser Atemnotsituationen täglich manchmal sechs bis achtmal Bekannte anrief, um sich bestätigen zu lassen, dass sie nicht tot umfiel. Völlig ungerührt, fast feindselig hörte sich die Klientin dies an und sagte sehr bestimmend: Keiner wisse, wie schlimm dieses Gefühl sei und sie könne eben nicht anders. Außerdem seien das Herzrasen und die Angst erst jetzt so schlimm.

<sup>606</sup> Vorrangig war ich darum bemüht, der Klientin anderweitige, professionelle psychiatrisch-medizinische Hilfe zukommen zu lassen und ich wollte erreichen, dass sie (entgegen dem bisherigen gerichtlichen Entscheid) einen gesetzlich bestellten Betreuer erhält.

<sup>607</sup> Die paranoide Schizophrenie wird unter dem Kürzel F20.0 der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) beschrieben (vgl. Dilling/Mambour/Schmidt 2005).

Für die Klientin war es äußerst anstrengend die erste Sitzung zu überstehen, sie war sichtlich müde. Wir verabredeten wöchentliche, zeitlich auf 30 Minuten begrenzte Sitzungen bei ihr, in ihrem neuen privaten Umfeld, um zu sehen wo und wie Hilfe ansetzen konnte.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.11.1).

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 3	K 8	K 13	K 19	K 26	K 37	K 43	K 46
	Sonstiges: K 19 und K 26 wechseln häufig							
T2	K 3	K 9						
T3	K 2	K 4	K 10	K 13	K 17	K 19		
	Sonstiges: K 17 und K 19 je nach Thema K 19, wenn sie von ihren Stimmen und Ängsten erzählt							
T4 Seite 4	Auffälliges Verhalten						Erkennbarer Zusammenhang	
	War oft über viele Minuten hinweg abwesend, signalisierte, dass sie nicht angesprochen werden wollte, indem sie sich vom Gegenüber spontan wendete. Gesprächsbereitschaft signalisierte in dem sie in die Hände klatschte und „So“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] sagte und sich mit einem Thema an ihr Gegenüber richtete.						Wenn das Gespräch Erlebnisse aus ihrer Kinder- und Jugendzeit berührte.	
T5	K 4	K 7	K 10	K 14	K 18			

Tab.: III.11.1

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Passivität (T1 K 3), Angst/Unsicherheit (T1 K 8, T1 K 19, T1 K 37; T2 K 3, T2 K 9 b); T3 K 19, T3 K 26), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung (T1 K 8, T1 K 13), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 8, T1 K 19; T3 K 19), Unterlegenheit (T1 K 13, T1 K 26, T1 K 46; T2 K 3), Minderung des kommunikativen Status (T1 K 8), Angst vor verbalen Attacken (T1 K 37, T1 K 46), dass sie Gewalterfahrungen evtl. gesammelt hatte (T1 K 43), sie hatte eine veränderte Wahrnehmung von Distanzzonen entwickelt (T1 K 43), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 10, T3 K 19) aber auch ein normales Maß an Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 2, T3 K 17) und nonverbale Verstärker (T3 K 34). Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Klientin einen verunsicherten, eingeschüchterten, ängstlichen, fast schon verängstigten Eindruck hinterließ. Dies passte zur Körpersprache T1 K 43, vermutlich hatte sie in ihrer Kindheit oder später, diverse Gewalterfahrungen gemacht. Sie hatte Angst vor verbalen Attacken, benutzte als Schutz u. a. Beschwichtigungshaltungen, Unterlegenheits- und Raumreduktionssignale ein.

Wenn das Gespräch Erlebnisse aus ihrer Kinder- und Jugendzeit berührte, wurde ihre Stimme, die von Emotionen stark beeinflusst wurde, sehr leise. Sie war oft, über viele Minuten hinweg, mental abwesend. Sie signalisierte, dass sie nicht angesprochen werden wollte, indem sie sich vom Gegenüber spontan wendete. Gesprächsbereitschaft signalisierte sie, indem sie in die Hände klatschte und „So!“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] sagte und sich mit einem Thema auch wieder körperlich ihrem Gegenüber zuwandte.

Erstaunlich war ihr schneller Wechsel zwischen ihrer verunsicherten, eingeschüchterten und oft sehr ängstlichen Art hin zu einer sehr bestimmenden auch feindseligen Stimme und Körpersprache bei Themen, die ihr nicht zu gefallen schienen. Dies waren die Momente, in denen sie Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit erkennen ließ.

Während des Gesprächs hatte ich das Gefühl, dass die Klientin evtl. bedingt durch ihre Krankheit bestimmte Situationen erfand und als real ansah, obwohl T3 K 30 bewusstes Lügen unterstellte.

Des Weiteren wäre noch zu bemerken, dass ihr Erscheinungsbild vermuten ließ, dass sie sich selbst wenig wahrnahm, sie es u. a. mit der Hygiene nicht so genau nahm.

Im Anschluss an das Gedächtnisprotokoll erfasste ich die Aussagen in der Anamnese auf Blatt **A** (s. Abb.: III.11.2), **B** (s. Abb.: III.11.3) und **C** (s. Abb.: III.11.4).

Die Problemanalyse wurde aus dem Erstgespräch und der Anamneseerstellung erarbeitet (standardisiertes Arbeitsblatt, s. Abb.: III.11.5).

<b>A</b>					<b>Anamnesebogen - Erstgespräch am: ... Januar 2008</b>		<b>Seite: 1</b>	
Name: Klientin Fall 10								
Geb./Alter: geb. 1978								
Adresse: XXX								
Tel.: XXX				Mobiltel.: XXX				
Verh.:	Gesch.: /	Partner verst.: /	Anz. d. Kinder: /	Alter: /				
Nein								
Geschwister: Ja			Alter: /		Verst.: /			
Eltern: XXX und XXX			Gesch.: /		Verst.: /			
Initiator der Beratung: Mutter ihres Lebenspartners								
Beratungsbedarf bezüglich/Istzustand:								
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umzug in Wohngemeinschaft mit derzeitigem Lebenspartner</li> <li>- Eltern des Lebenspartners mit Situation überfordert</li> <li>- Bisherige gesetzliche Betreuung wurde beendet, eine erneute abgelehnt</li> <li>- Verunsicherung durch körperliche Probleme</li> </ul>								
In Anspruch genommene Sitzungstermine:								
1 Erstgespräch	6							
2 Imagination	7 Abschlusssitzung							
3 Durcharbeiten								
4								
5								

Abb.: III.11.2

<b>B</b>		<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>		<b>Seite: 2</b>	
Name: Klientin Fall 10					
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Januar 2008 - Erstgespräch					
Prägende Ereignisse:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1978 geboren</li> <li>- Evtl. negative Erlebnisse in Kindheit und Jugendzeit – Elternhaus durch Eltern, Geschwister und in Schule</li> <li>- Krankheit: Paranoide Schizophrenie – hört Stimmen</li> <li>- In Kleinstadt in Behindertenwerkstatt gearbeitet</li> <li>- Gesetzlich bestellte Betreuerin stand ihr zur Seite</li> <li>- Partner kennengelernt</li> <li>- Umzug in die Wohnung des Partners (anderes Bundesland)</li> <li>- Partner ist auf Hilfe von Eltern teilweise angewiesen</li> <li>- Gericht hat keine neue Betreuerin bestellt – für Eltern ihres Partners eine zusätzliche Belastung</li> <li>- Arbeitet in Behindertenwerkstatt</li> <li>- Angst zu sterben – Herzrasen und Atemnot, wenn sie schneller geht – körperlich gesund</li> </ul>					

Abb.: III.11.3

**C****Ergänzungsblatt für Blatt A**

Seite: 3

Name: Klientin Fall 10
Datum: ... Januar 2008 - Erstgespräch
Involvierte Personen: - Eltern: Behandelten Klientin „schlecht“ - Geschwister: Behandelten Klientin „schlecht“ - Personen in der Schule: Behandelten Klientin „schlecht“ - Partner (27 Jahre alt): Seit 12. Lebensjahr, als Vater starb, geistige, motorische und emotionale Störungen – Benötigt z. T. Hilfe von seiner Mutter und dem Stiefvater - Eltern ihres Partners: Mit der Situation überfordert - Richter: Lehnte Betreuung der Klientin durch eine, gerichtlich bestellte Betreuungsperson ab
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze: - Nächste Stunde findet eine Imagination mit der Klientin statt - Ein Gespräch mit der bisherigen Betreuerin, ihrer alten Behindertenwerkstatt und ihrem Hausarzt wird festgelegt - Weitere Sitzungen, aber auf 30 Minuten reduziert bei der Klientin zu Hause, um u. a. den Hilfebedarf einschätzen zu können

Abb.: III.11.4

**D****Problemanalyse**

Seite: 5

Name: Klientin Fall 10	
Datum: ... Januar 2008	
Problem/Teilprobleme: - Paranoide Schizophrenie – Stimmen machen ihr Angst - Schwierige Kinder- und Jugendzeit - Kann über ihre scheinbar negativen Erlebnisse nicht sprechen - Partnerschaft mit traumatisiertem Partner - Einzug beim Partner – keine gesetzliche Betreuung mehr - Herzrasen und Atemnot – viele verschiedene Personen anrufen, um sich zu beruhigen - Kritik an ihrem Verhalten begegnet sie feindselig – fühlt sich nicht ernst genommen - Diagnose „Übergewicht“ nicht umgehen, nicht akzeptieren Hauptproblem: Angst zu sterben	
Problem fördernde Situationen/Umwände: - Ihre Grunderkrankung der paranoiden Schizophrenie, sie hört Stimmen - Übergewicht - Partner, der ebenfalls Hilfe benötigt - Durch Umzug komplett neues Umfeld - Richterlicher Beschluss: gesetzliche Betreuerin entfällt - Evtl. negative Erlebnisse aus Elternhaus und Schule kann sie nicht erinnern oder nicht verbalisieren - Gestörte eigene Wahrnehmung	Problem mindernde Sit./ Umst.: - Wohnt mit Partner zusammen - Hat Familienanschluss - Hat Arbeitsplatz in Behindertenwerkstatt
Involvierte Person/en: - Eltern, Geschwister - Personen aus der Schulzeit - Richter - Partner	Involvierte Person/en: - Eltern ihres Freundes
Phasen ohne Problem (Umfeld/ökonomischer Einfluss usw.): Speziell auf ihr Problem des Herzrasens und der Atemnot bezogen und den damit verbundenen häufigen Telefonanrufen, - als sie noch normalgewichtig war und - vor dem Wechsel ihres sozialen und beruflichen Umfeldes	

Abb.: III.11.5

Zu der Diagnose der paranoiden Schizophrenie findet sich im ICD-10 Folgendes: „**F20.0** **paranoide Schizophrenie** Hierbei handelt es sich um die in den meisten Teilen der Welt häufigste Schizophrenieform. Das klinische Bild wird von ziemlich dauerhaften, oft paranoiden, Wahnvorstellungen beherrscht, meist begleitet von in der Regel akustischen Halluzinationen und anderen Wahrnehmungsstörungen. (...) Denkstörungen können im akuten Zustand deutlich sein, aber sie verhindern nicht die klare Beschreibung der typischen Wahngedanken oder Halluzinationen.“<sup>608</sup>

Der Beginn der paranoiden Schizophrenie, verbunden mit den Stimmen, die der Klientin Angst machten, war nicht festzustellen. Anzunehmen war jedoch, dass ihre schwierige Kinder- und Jugendzeit, die Probleme mit Eltern und Geschwister, sowie in der Schule ihre Krankheit förderten. Problematisch war, dass die Klientin über ihre negativen Erlebnisse nicht sprechen konnte, diese dadurch nicht verarbeitet werden konnten.

Bis zum Umzug zu ihrem Freund war ihr soziales und berufliches Umfeld stabil. Das Übergewicht und ihre damit verbundenen Symptome hatte sie bereits entwickelt, aber die Klientin gab an, dass sie erst seit Kurzem verstärkt unter Herzrasen und Atemnot litt. Ihre Grunderkrankung der paranoiden Schizophrenie, verschlimmerte dies noch, da die Klientin ohnehin Stimmen hörte, die ihr schaden wollten, was die Angst zu sterben noch erhöhte. Daher musste sie, wenn sie unter Herzrasen und Atemnot litt, mehrfach verschiedene Personen anrufen, um sich zu beruhigen. Erschwerend kam hinzu, dass sich ihr ganzes soziales und berufliches Umfeld durch den Einzug in die Wohnung ihres ebenfalls auf Hilfe angewiesenen Freundes verändert hatte, sie ihre bisherige Sicherheit aufgab. Ihr Partner hatte früh den Vater verloren, er war dadurch schwer traumatisiert worden, konnte der Klientin zwar das Gefühl der Geborgenheit geben, war aber z. T. auf die Hilfe seiner Eltern angewiesen. Diese kümmerten sich nun auch um die Klientin, ein Familienanschluss, den die Klientin bisher so wahrscheinlich nicht kennenlernen durfte, suchten nach Möglichkeiten ihr zu helfen, machten sich Sorgen um sie und waren aber dadurch überlastet. Bei der Klientin war weitaus mehr zu leisten, als dies bisher bei deren Sohn nötig war und daraufhin hatte die Familie des Freundes versucht per Gericht erneut eine gerichtlich bestellte Betreuerin zu bekommen, was scheiterte.

Die Klientin war innerhalb kürzester Zeit auf sich allein gestellt, hatte einen Haushalt, keine Betreuerin mehr und dazu noch eine neue Familiensituation. Die Familie und die sofort aufgenommene Arbeit in einer Werkstatt für Behinderte erleichterten der Klientin die Umstellung auf die neue Situation zwar, aber sie benötigte bezüglich ihrer Angst zu sterben, der Atemnot und dem Herzrasen, ihre vertrauten Personen aus dem alten Umfeld, daher musste sie mehrfach verschiedene Personen anrufen, um sich zu beruhigen. Diesbezüglicher Kritik durch die Mutter ihres Freundes an diesem Verhalten begegnete sie feindselig, fühlte sich nicht ernst genommen und bedingt durch ihre gestörte Wahrnehmung ihres Körpers konnte sie mit der ärztlichen Diagnose *Übergewicht* nicht umgehen, sie nicht akzeptieren.

## 11.2 Die Imagination - Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung

Bevor die Imagination durchgeführt wurde, musste überlegt werden, welches Motiv sich für diesen Fall eignete. Die Imagination sollte in diesem Fall recht einfach, kurz und thematisch auf ihre Gewichtssituation abzielen, somit waren Gewichte das naheliegendste Motiv.

Nachdem ich das Atem-Angst-Problem aus dem Erstgespräch kannte und die Klientin mich zwischen der ersten Sitzung und dem Treffen zur Imagination, mehrfach telefonisch um Rat fragte, weil sie beim Spaziergehen oder Einkaufen immer wieder diese Atemnot, verbunden mit ihren Ängsten hatte, konnte ich die Klientin nun selbst in ihrer Angst erleben und ich überlegte mir eine kleine, bewusst kurz gehaltene Imagination, um die Klientin nicht zu überfordern.

Sie sollte selbst körperlich nachempfinden und spüren, wie sich mehr Körpergewicht auf ihren Körper auswirkte, da sie anderen Meinungen keinen Glauben schenken konnte.

Mithilfe des standardisierten Arbeitsmaterials konnten die diesbezüglichen Überlegungen in Stichpunkten oder kurzen Sätzen dokumentiert werden (Arbeitsmaterial **E**, s. Abb.: III.11.6).

<sup>608</sup> Dilling H./Mombour W./Schmidt M. H. (Hrsg.) 2005; S. 106

<b>E</b> <b>Planung der Imagination</b>		Seite: 6
Termin: ... Februar 2008	Name: Klientin Fall 10	
Imaginationsmotiv und Begründung:		
Motiv: Die Gewichte – Motiv 7		
Begründung:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat Übergewicht und entsprechende Symptome, beim schnelleren Gehen bekommt sie Atemnot, Herzrasen und die Angst zu sterben</li> <li>- Veränderte Körperwahrnehmung – kann die Diagnose »Übergewicht« nicht glauben – dementsprechend handelt sie nicht</li> <li>- Körperlich gesund</li> </ul>		
Die Klientin soll dadurch u. a.:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Körpergefühl entwickeln</li> <li>- Lernen ihre Ängste abzubauen,</li> <li>- Körpersignale neu einordnen können</li> <li>- Akzeptanz des Übergewichts erlangen</li> <li>- Diesbezüglich Handlungsfähigkeit entwickeln</li> <li>- Entsprechend dem Thema Zukunftsvisionen entwickeln</li> </ul>		
Geplanter Ablauf:		
Kurz gehaltene Imagination, um Klientin nicht zu überfordern. Verschiedene Gewichte (insgesamt 15 kg) im Rucksack mitnehmen und ebene Strecke im Wald aussuchen.		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abschnitt: Symptome benennen – Vergangenheit: Beginn des Übergewichts in Gedächtnis zurückrufen – Zusammenhänge evtl. deutlich machen – Gegenwart: Wegstrecke von ca. 15 Minuten zurücklegen, dabei forciertes Tempo</li> <li>2. Abschnitt: Pause nach 15 Minuten Wegstrecke – Körpergefühl artikulieren lassen – Zeit geben es nachzufühlen</li> <li>3. Abschnitt: Zukunft: Rückweg – alle Gewichte am Körper der Klientin anbringen – 10 kg um den Bauch binden und 5 kg im Rucksack auf den Rücken – ähnlich forciertes Tempo wie in Abschnitt 1</li> </ol>		

Abb.: III.11.6

<b>F</b> <b>Ablauf der Imagination</b>		Seite: 7
Termin: ... Februar 2008	Name: Klientin Fall 10	
Ablauf der Imagination:		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abschnitt: Früher Größe 38 – Sport in Werkstatt – dann nur schwimmen im Angebot – kein Sport – Bewegung anstrengend – Gewichtszunahme</li> <li>2. Abschnitt: Atemnot – Angst, fragt nach Handy – will Sportangebot hier nicht annehmen – nie wiegen – Kleidungsgröße mehr – nach 3-6 Monaten größere Hosen – Größe 54 – hat kein Geld dafür – erholen</li> <li>3. Abschnitt: Vergleich meine Situation mit Gewichten mit ihrer – Klientin gibt auf – alle bekannten Symptome – Übungen und beruhigen – Vergleich Größe 38 – heute und Zukunft – Zusammenhang erkannt – will Veränderungen – braucht dazu Hilfe – selbstkritisch – Schuldzuweisung</li> </ol>		

Abb.: III.11.7

Ich fuhr mit ihr eine Woche nach dem ersten Gespräch in einen nahe gelegenen Wald.

Gedächtnisprotokoll der teilnehmenden Beobachtung aufgrund der Stichwortnotizen aus dem standardisierten Arbeitsmaterial F (s. Abb.: III.11.7):

1. Abschnitt: Auf einer von mir vorgegebenen Wegstrecke erzählte ich ihr noch einmal mit meinen Worten, wie sich ihre Atemnot und die damit verbundenen Ängste für mich darstellten. Sie bestätigte meine Ausführungen. Auf die Frage, ob sie schon immer fülliger gewesen sei, antwortete sie, dass sie früher Größe 38 getragen habe und immer viel Sport in ihrer Behindertenwerkstatt gemacht habe, bis dieser nicht mehr angeboten worden sei, nur noch Schwimmen, aber das sei nicht ihr Sport. Sie bewege sich auch sonst wenig und irgendwann habe sie keine Lust mehr auf Bewegung, weil es zu anstrengend sei. Sie habe bald gar keinen Sport mehr gemacht und das Gewicht sei mehr geworden, ergänzte ich, woraufhin sie nickte. Dass die Gewichtszunahme, außer mit falscher Ernährung, u. a. auch mit mangelndem Sport zusammenhing, war für sie ebenso wenig nachvollziehbar, wie der Zusammenhang zwischen Gewichtszunahme, Kurzatmigkeit und Herzrasen bei z. B. schnellerem Gehen. Wir gingen während dieses Gesprächs ca. 15 Minuten in relativ schnellem Tempo.

2. Abschnitt: Als ich nach 15 Minuten anhielt, atmete die Klientin bereits als hätte sie einen Marathon hinter sich. Ich ließ sie wieder zu Atem kommen, indem ich sie bat sich jetzt darauf zu konzentrieren, wie sie sich fühlte. Sie erklärte, dass sie jetzt auch Atemprobleme habe, aber da ich dabei sei, würde ich ihr sicher helfen oder für Hilfe sorgen, ich hätte doch mein Handy dabei, fragte sie immer noch schnell atmend. Ich bemerkte, dass sie kaum noch Kondition habe, sonst würde sie nicht so pusten. Ohne Sport und mit wenig Bewegung in der Freizeit sei ein solcher Spaziergang für sie bereits ein Problem, stellte ich fest. Sie erzählte, in ihrer jetzigen Behindertenwerkstatt werde zwar Sport angeboten, aber das sei ihr zu anstrengend und deshalb wolle sie nicht mitmachen. Ihre dortige Vorgesetzte habe sie mehrfach darauf angesprochen, aber sie wolle nicht, so die Klientin.

Sie wog sich nie, aber sie kaufte alle 5-6 Monate neue Hosen und war heute bei Größe 54 (bei einer von mir geschätzten Körpergröße von 160 cm). Was für sie besonders belastend war, dass sie sich das eigentlich finanziell nicht leisten konnte. Ich ließ der Klientin noch 10 Minuten Zeit sich von unserer Wegstrecke, die ganz eben war, zu erholen.

4. Abschnitt: Für den Rückweg hatte ich Gewichte mit einem Gesamtgewicht von 15 kg für die Klientin mitgenommen. Als ich diese Gewichte aus meinem Rucksack holte, machte die Klientin ein erstauntes Gesicht. Sie konnte es nicht fassen, dass ich diese Gewichte die ganze Zeit trug und weshalb ich dann nicht kaputt sei und genauso außer Atem wie sie, fragte sie designiert. Ich ließ dies so stehen, band ihr einige Gewichte um den Bauch (10 kg) und gab ihr meinen Rucksack mit 5 kg Gewichten an Inhalt auf den Rücken. Dazu erklärte ich, dass sie in der Zukunft, wenn sie sich weiter so wenig bewegte und wie ich vermutete falsch aß, so etwa in ein bis zwei Jahren dieses Gewicht zusätzlich an Körpergewicht hatte. Wir würden nun den gleichen Weg mit ähnlich schnellem Schritt wie zuvor zurücklegen, erklärte ich weiter. Zu Beginn sollte sie sich aber noch einmal ins Gedächtnis rufen, wie sie sich vorher ohne die Gewichte fühlte. Sie nickte und wir gingen den Weg retour. Nach ca. 8 Minuten gab sie pustend und schwer atmend auf, sie war vollkommen fertig, sie konnte nicht mehr, ihr Herz rase und sie bekomme kaum noch Luft, erzählte sie und atmete laut. Sie war voller Angst, ich sprach beruhigend auf sie ein und machte mit ihr Atemübungen, um sie in einen ruhigen Atemrhythmus zu bekommen (hier waren meine Ausbildungen zur Kinderkrankenschwester und Geburtsvorbereiterin sehr vorteilhaft). Als sie wieder ruhig atmete, sagte sie von sich aus, dass sie nicht gewusst habe, wie viel Gewicht beim Gehen ausmache. Als sie noch Größe 38 gehabt habe, habe sie nie so „geschnauft“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] wie heute, ihr derzeitiges Gewicht mache ihr bereits genug Probleme, aber wenn sich das wirklich so weiterentwickle, könne sie bald gar nicht mehr und da müsse sie wohl etwas tun, resümierte sie. Dann könne sie sich ihre Zukunft anders vorstellen, bemerkte ich. Dieses Gewicht wolle sie auf keinen Fall haben, erklärte sie und nahm alle Gewichte von ihrem Körper ab und gab sie mir. Sie könne sich vorstellen abzunehmen, aber dabei brauche sie Hilfe, sie sei sehr inkonsequent und vergesse auch viel, so die Klientin. Den restlichen Weg gingen wir langsam. Und immer wieder kam sie darauf zu sprechen, dass sie nicht gewusst habe, dass ihre Atemnot, ihr Herzrasen und die Angst vom Übergewicht kommen würden, sie selbst Schuld habe usw., dabei schüttelte sie immer wieder den Kopf.



### 11.3 Das Durcharbeiten - Gedächtnisprotokoll der ersten Stunde nach der Imagination

Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.11.8) und **B** (s. Abb.: III.11.9): Als ich zwei Tage nach der Imagination bei ihr Zuhause war, kam sie bereits in der Haustür, ohne Umschweife, mit den Worten auf mich zu, ich müsse ihr jetzt bei ihrem Gewicht helfen. Zuerst gingen wir an ihren Kühlschrank und wir sprachen u. a. über dessen Inhalt und wie sie kochte. Dabei erzählte sie mir, dass sie sich noch nie mit dem Thema Ernährung auseinandergesetzt habe, sie esse und trinke, was ihr schmecke und das, bis sie satt sei. Um Kochen durfte sie sich nie kümmern. In ihrer Werkstatt für behinderte Menschen wurde gekocht, und als sie noch zu Hause wohnte, war es für sie streng verboten die Küche zu betreten, ihre Mutter war sehr streng, die Küche musste absolut sauber sein. Gegessen wurde im Wohnzimmer. Ihre Mutter trug alleine auf, der Vater verteilte das Essen. An diesem Punkt wurde die Klientin still, sie wandte sich von mir ab, das Verhalten kannte ich bereits und ich wartete, bis sie sich wieder gesammelt hatte. Sie drehte sich wieder zu mir und ging mit bereits beschriebener Wortwahl und Gestik mit mir weiter den Inhalt des Kühlschranks durch, als wäre nichts gewesen. Während dieser ersten Sitzung nach der Imagination erklärte ich ihr, welche Nebenwirkungen Übergewicht haben kann und sie verglich welche sie bereits entwickelte. Es würde also in ihrer Hand liegen das Risiko und ihr Gewicht zu reduzieren, resümierte sie. Immer wieder kam die Klientin auf die Gewichte während der Imagination zu sprechen und sie war motiviert, etwas zu ändern. Sie musste lernen besser und anders zu kochen und es erschreckte sie, dass sie fast nichts Gesundes im Kühlschrank hatte. Ihr Freund esse diese Sachen (wir hatten viele minderwertige Nahrungsmittel aussortiert) gerne und sie wolle keinen Streit mit ihm, sagte sie. Sie fragte nach, ob wir die nächste Sitzung gemeinsam mit ihrem Freund machen könnten, um mit ihm nötige Veränderungen besprechen zu können. Und sie willigte ein, dass sie eine Ernährungsberaterin zur Seite bekam. In diesem Fall war 'Systemische Therapie' notwendig, da beide Partner auf Unterstützung angewiesen waren und das Umfeld unbedingt einbezogen werden musste, aber auch andere Helfer waren nötig, wo das soziale Umfeld nicht helfen konnte.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 8</b>
Name: Klientin Fall 10		
Sitzungstermin: ... Februar 2007		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientin ist veränderungswillig</li> <li>- Motiviert</li> <li>- Analysiert Ursache, durfte und musste bisher nicht kochen, hat sich bisher nicht mit Ernährungsfragen beschäftigt</li> <li>- Diesbezügliches Defizit erkannt</li> <li>- Hört interessiert zu, als ich über Symptome von Übergewicht berichtete – Vergleiche zur Imagination</li> <li>- Einsicht gewonnen, dass sie selbst gefordert ist, aber Hilfe benötigt</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Partner eine Sitzung über Veränderungen in Ernährung</li> <li>- Will Hilfe von Ernährungsberaterin</li> <li>- Möchte besser und anders kochen lernen</li> </ul>		

Abb.: III.11.8

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt</b> für Blatt <b>A</b> und Blatt <b>G</b>	Seite: <b>9</b>
Name: Klientin Fall 10		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... Februar 2007		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewichte auf Spaziergang fließen oft in Gespräch ein</li> <li>- Weis nichts über Ernährung</li> <li>- Isst und trinkt, was ihr schmeckt und bis sie satt ist</li> <li>- Nie kochen gelernt, weil a) zu Hause nicht durfte, Küche – Tabu – Sauberkeit, Mutter bediente im Wohnzimmer, Vater verteilte (reales, negatives Erlebnis?) und b) in ihrer Werkstatt für Behinderte wurde gekocht</li> <li>- Kennt Symptome von Übergewicht nicht</li> <li>- Hat Angst wie Freund auf Veränderungen reagiert, möchte Streit aus dem Weg gehen</li> <li>- Erschrocken erkannt, wie viel ungesunde Nahrung sie im Kühlschrank hat</li> </ul>		

Abb.: III.11.9

Bezüglich K, S, V und E konnte ich keine Veränderungen feststellen, dementsprechend liegen keine Unterlagen vor.

11.4 Die einzelnen Gedächtnisprotokolle aus den Folgesitzungen

2. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.11.10) und **B** (s. Abb.: III.11.11):

Sie selbst initiierte in dieser Sitzung, dass ihr Freund teilnahm und sie suchten gemeinsam nach Lösungen. Die Klientin erzählte, dass sie bis zum 18. Lebensjahr in ihrer Ursprungsfamilie gelebt habe und anschließend in einer Wohngruppe für psychisch Kranke. Sie musste sich in der Wohngruppe weder um Haushalt, Wäsche und Einkauf kümmern, das hatten immer die Anderen für sie gemacht, noch hatte sie Lust dazu. Nun musste sie vieles neu lernen und das fiel ihr schwer, vor allem wenn ihr Freund (der sehr schlank war) nicht ihr zu liebe auf ungesunde Nahrungsmittel verzichten wollte und ihr „etwas voressen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Nach einigem hin und her gelang es ihnen in aller Ruhe eine Lösung zu finden: Sie wollten abends nicht mehr gemeinsam kochen wie bisher, da sie beide an ihren Arbeitsstellen mittags warm aßen, sondern z. B. Salate essen. Den Sport an ihrer neuen Arbeitsstelle wollte sie viermal pro Woche nach der Arbeit mitmachen, das waren immer 30 Minuten und damit füllte sie die Zeit, bis ihr Bus fuhr. Ich gab den beiden die Telefonnummer einer Ernährungsberaterin, bei der sie sich professionelle Hilfe bezüglich ihrer Ernährung holen konnten, woraufhin die Klientin zu ihrem Freund sagte, sie würde morgen gleich anrufen und egal was das koste, das müsse „drin sein“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Parallel kümmerte ich mich um Möglichkeiten für eine Betreuung der Klientin und verwies sie an eine psychiatrische Ambulanz, einer in der Nähe gelegenen psychiatrischen Klinik, die seit Kurzem auch Soziotherapie anbot. In dieser Ambulanz wollte sie sich ebenfalls einen Termin geben lassen.

Am Ende wollte sie von mir die Atemübungen noch einmal gezeigt bekommen, die ich mit ihr während der Imagination gemacht hatte, denn das würde ihr sehr gut tun und sie würde dadurch schneller als sonst wieder zur Ruhe kommen, begründete sie ihren Wunsch. So übte ich mit ihr diese Atemtechnik ein, bis sie diese gut umsetzte und ich das Gefühl hatte, dass sie diese auch abrufen konnte, wenn es nötig war.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 10</b>
Name: Klientin Fall 10		
Sitzungstermin: ... März 2007		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analysiert ihre Situation selbstkritischer</li> <li>- Wohngruppe nie Haushalt, Wäsche und Einkauf gekümmert – keine Lust</li> <li>- Entwickelt mit Freund Lösungen</li> <li>- Nimmt Hilfe zur Selbsthilfe aktiv an</li> <li>- Entwickelt eigene Ideen</li> <li>- Wollte Atemübungen aus der Imagination lernen</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viermal pro Woche 30 Minuten Sport am Arbeitsplatz, füllt die Zeit, bis ihr Bus fährt</li> <li>- Abends nicht mehr kochen, sondern z. B. Salate</li> <li>- Ernährungsberaterin hinzuziehen, finanziell müsse das „drin sein“</li> <li>- Termin in psychiatrischer Ambulanz vereinbaren</li> <li>- Ich kümmere mich um Betreuung durch Soziotherapeut o. ä.</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V und E</li> </ul>		

Abb.: III.11.10

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 11</b>
Name: Klientin Fall 10		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... März 2007		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis 18. Lebensjahr zu Hause gewohnt</li> <li>- 18. Lebensjahr in Wohngruppe gezogen</li> <li>- Nie um Haushalt, Wäsche und Einkauf gekümmert – keine Lust – andere übernahmen das</li> <li>- Einsicht: Neues lernen fällt schwer</li> <li>- Keine Kontrolle, wenn ihr Freund „etwas vorese“</li> <li>- Längere Diskussion mit Partner über Regelungen bezüglich Essverhalten enden in konstruktiven Lösungen, nicht wie angenommen in Streit</li> </ul>		

Abb.: III.11.11

Bezüglich K, S, V und E konnte ich keine Veränderungen feststellen, dementsprechend liegen keine neuen Unterlagen vor.

3. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.11.13) und **B** (s. Abb.: III.11.14): Dieser Termin fand in der Wohnung der Klientin statt.

Die Klientin hatte sich in der psychiatrischen Klinik medizinisch-ambulant vorgestellt und über ihren dortigen Arzt erreichte ich, dass die Klientin einmal pro Woche von einer Krankenschwester aufgesucht wurde, die von der Krankenkasse bezahlt wurde und sich u. a. um die Ernährung, die Haushaltsführung (aus hygienischen Gesichtspunkten) und die körperhygienischen Belange kümmerte, da dies für die Klientin ziemlich schwierig umzusetzen oder unbekanntere Bereiche waren, sie einiges bisher nicht gelernt hatte. Stolz zeigte mir die Klientin ihren neuen Kühlschranksinhalt und auch in ihrem Gefrierschrank hatte sich der Inhalt positiv gewandelt. In dieser Stunde bemerkte ich gegenüber der Klientin, das seit der Imagination von ihr anscheinend keine Telefonate bezüglich ihrer Angst zu sterben, in denen sie um Bestätigung bat, dass sie an ihren Atembeschwerden nicht sterben würde, nötig waren. Ich bekam kurz zuvor einen Anruf von der Mutter<sup>609</sup> ihres Freundes.

<sup>609</sup> Die Einwilligung der Mutter des Freundes, ihre positiven Eindrücke der Klientin schildern zu dürfen, habe ich während des Telefonats eingeholt.

Sie fragte bei mir nach, was ich gemacht habe, die Freundin ihres Sohnes habe in den letzten Tagen nur zweimal bei ihr angerufen und dann auch nur, um nachzufragen, wie sie dies oder jenes zubereite oder wie welche Wäsche zu waschen sei, erzählte ich ihr. Worauf sie erleichtert lachte und hörbar stolz sagte, sie hätte noch Unsicherheiten und es sei schön bei der Mutter ihres Freundes immer Rat und Hilfe zu bekommen. Die Klientin meinte weiter, dass sie lerne, die Angstgefühle während der Atemnot zu kontrollieren. Wenn diese Atemnot kam, beruhigte sich damit, dass sie lediglich zu dick war und sie diese Atemnot verlieren würde, wenn sie abnahm. Zudem halfen ihr die von mir gezeigten Atemübungen, die sie sich noch einmal zeigen ließ. Die Imagination, den anstrengenden Spaziergang, wie sie es nannte, würde sie sich oft zur Beruhigung abrufen und sich sagen, dass sie körperlich nicht krank war. An der Arbeitsstelle habe sie mit Sport begonnen, aber sie könne nicht lange durchhalten, dann sei sie an ihrer Belastungsgrenze gekommen und dafür schäme sie sich, und ob sie sich das „antun“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] müsse, klagte sie. Sie wirkte plötzlich wieder für viele Minuten hinweg abwesend, signalisierte, dass sie nicht angesprochen werden wollte, indem sie sich von mir spontan wendete. Als sie wieder Gesprächsbereitschaft signalisierte, indem sie in die Hände klatschte und „So!“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und jetzt wolle sie sich hinlegen sagte, verabschiedete ich mich.

Nach diesem Gespräch wurden K, S, V und E der Klientin in dem entsprechenden standardisierten Arbeitsmaterial erfasst (eine Kurzfassung in Tabellenform, s. Tab.: III.11.12), da es einige auffällige Veränderungen gab.

Tabellenkode	Kodenummern							
T1	K 3	K 8	K 11	K 19	K 26	K 39	K 43	K 45
	Sonstiges: K 19 und K 26 wechseln häufig							
T2	K 1	K 9	K 12					
	Sonstiges: K 9 und K 12 werden im Wechsel benutzt							
T3	K 2	K 4	K 10	K 13	K 17	K 19	K 30	K 34
	Sonstiges: K 17 und K 19 je nach Thema K 19, wenn sie von ihren Stimmen und Ängsten erzählt							
T4 Seite 12	Auffälliges Verhalten							Erkennbarer Zusammenhang
	War oft über viele Minuten hinweg abwesend, signalisierte, dass sie nicht angesprochen werden wollte, indem sie sich vom Gegenüber spontan wendete. Signalisierte Gesprächsbereitschaft, indem sie in die Hände klatschte und „So!“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] sagte und sich mit einem Thema an ihr Gegenüber richtete.							Wenn das Gespräch Erlebnisse aus ihrer Kinder- und Jugendzeit berührte.
T5	K 3	K 7	K 10	K 13	K 17			

Tab.: III.11.12

Die Körpersprache der Klientin wertete ich im Rahmen der Wirkungsweise auf mich wie folgt aus, sie zeigte u. a.: Passivität (T1 K 3), Angst/Unsicherheit (T1 K 8, T1 K 19, T1 K 39 - geringe Angst; T2 K 12, T2 K 9 b); T3 K 19), Depression (T3 K 19), Beschwichtigungshaltung (T1 K 8, T2 K 12), Raumreduktion bzw. Selbsterniedrigung (T1 K 8, T1 K 19; T3 K 19), Unterlegenheit (T1 K 26, T1 K 39; T2 K 12), Minderung des kommunikativen Status (T1 K 8), dass sie Gewalterfahrungen gemacht hatte (T1 K 43), sie entwickelte eine veränderte Wahrnehmung von Distanzzonen (T1 K 43), mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 10, T3 K 19), sowie ein normales Maß an Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit (T3 K 2, T 3 K 17) und nonverbale Verstärker (T1 K 45, T3 K 34), Optimismus (T1 K 11), respektierte den Gegenüber (T1 K 45), Freude (T2 K 1).

Zusammenfassend war zu bemerken, dass die Angst vor verbalen Attacken nicht mehr vorhanden schien, was sich auch darin widerspiegelte, dass sich die nonverbalen Verstärker um T1 K 45 verstärkt hatten, Optimismus (T1 K 11), Respekt dem Gegenüber (T1 K 45) und Freude (T2 K 1) erstmalig erkennbar wurden.

Verändert hatten sich Signale der Angst und Unsicherheit T 1 K 37, die sich in T1 K 39 (geringe Angst) wandelten T1 K 8, T1 K 19; T2 K 9 b); T3 K 19 blieben gleich. Aber sie senkte häufiger den Blick (T2 K 12) im Wechsel mit einem ausweichend flüchtenden Blick, was zwar immer noch als Symptom der Angst und Unsicherheit zu werten war, aber eine positive Veränderung darstellte, da parallel dazu T3 K 26 nicht mehr zu erkennen war und Signale der Unterlegenheit ebenfalls starke Veränderungen zeigten. T1 K 13 und T1 K 46 waren nicht mehr erkennbar. T1 K 26 blieb und T1 K 39 sowie T2 K 12 kamen hinzu. Verstärkt hatte sich ihre Beschwichtigungshaltung um T2 K 12, was ich darauf zurückführte, dass sie mehr in der Lage war, sich selbst zu beruhigen, ihre Angst unter Kontrolle bringen wollte. Unverändert blieben Signale der Depression, der Minderung des kommunikativen Status, Gewalterfahrungen, die sie evtl. gesammelt hatte, die veränderte Wahrnehmung von Distanzzonen, von mangelndem Selbstbewusstsein und mangelnder Selbstsicherheit sowie das normale Maß an Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit. Das Erscheinungsbild hatte sich positiv verändert, sie wirkte wesentlich gepflegter als in den Sitzungen zuvor.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 13</b>
Name: Klientin Fall 10		
Sitzungstermin: ... März 2007		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenschwester kommt einmal pro Woche ins Haus (Wäsche, Hygiene, Ernährung) – Krankenkasse erstattet</li> <li>- Keine Anrufe wegen Angst</li> <li>- Stolz auf ihre Konsequenz besser zu essen – Kühl- und Gefrierschrank gut</li> <li>- Mutter des Freundes, Rat bezüglich Wäsche und Kochen (Telefonat vom ... März 2007 mit mir), keine Angstgespräche mehr</li> <li>- Erkennt ihre Unsicherheiten und steht dazu</li> <li>- Stolz, Angst zu kontrollieren – Übergewicht, wird besser wenn weniger – Atemübungen – Erinnerung an Imagination</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erneuter Termin in 14 Tagen</li> </ul>		

Abb.: III.11.13

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 14</b>
Name: Klientin Fall 10		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... März 2007		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es entwickelt sich Stolz auf eigene Fähigkeiten Dinge konsequent umzusetzen</li> <li>- Schämt sich, wenn im Sport Belastungsgrenze – ob sie sich das „antun“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] müsse – bekannte Verhaltensweise „So!“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] – Umstand scheint Verbindung zu früheren Erlebnissen zu haben, brach Sitzung ab</li> </ul>		

Abb.: III.11.14

4. Sitzung nach der Imagination – Gedächtnisprotokoll nach den Stichwortnotizen auf dem standardisierten Arbeitsmaterial **G** (s. Abb.: III.11.15) und **B** (s. Abb.: III.11.16):

Ihr Freund begrüßte mich und erzählte mir nebenbei, dass seine Freundin kein Wort mehr über ihre Atemnot, Herzrasen und Ängste verlieren würde und sie diesbezüglich keine Telefonate mehr führe. Die Klientin erzählte mir ganz begeistert von den beiden Besuchen der Ernährungsberaterin und was sie alles erfahren habe. Die Beraterin habe Material mitgebracht, in welchem sie immer wieder nachschlagen könne, so die Klientin. Sie schaffte es in der Kantine am Arbeitsplatz jedoch nicht immer das richtige Essen zu wählen, das wusste sie, aber das war ihr egal. Die Hosen seien jetzt schon wesentlich lockerer und das sei gut, erzählte sie. Wegen des Sports hatte sie ein Gespräch mit ihrer Betreuerin am Arbeitsplatz. Diese wolle mit dem Sportlehrer reden, dass sie für den Anfang leichtere Übungen bekommen würde und ab Sommer werde es eine Laufgruppe geben, das würde ihr ohnehin besser gefallen, dann sei sie an der frischen Luft, stellte sie fest. In dieser Stunde erzählte sie mir verstärkt von ihren Stimmen, was sie ihr sagten und wie sie darunter litt. Bei den Stimmen waren fast nur Sätze dabei, wie „Du bist nichts wert.“, „Wir machen Dich fertig“, „Du hast das nicht verdient.“, „Dein Freund bleibt auch nicht mehr lange bei Dir, das wirst Du schon sehen.“ [Alles Originalwortwahl der Klientin; P. H.]. Als ich meinte, dass sich das so anhöre, als ob die Stimmen ihr nichts gönnen würden, neidisch seien, auf das, was sie habe, griff sie dies begeistert auf. Wir unterhielten uns bis zum Ende der Sitzung über *Neider* und am Ende dieser Sitzung sagte die Klientin für mich völlig überraschend, dass die Stimmen „arm dran“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] seien, wenn sie so neidisch seien, eigentlich müsse sie Mitleid mit ihnen haben.

Bezüglich K, S, V und E konnte ich keine Veränderungen feststellen, dementsprechend liegen keine Unterlagen vor.

<b>G</b>	<b>Folgesitzung</b>	<b>Seite: 15</b>
Name: Klientin Fall 10		
Sitzungstermin: ... April 2007		
Bisherige Veränderungen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ernährungsberaterin, zweimal bei ihr, Material zum Nachlesen</li> <li>- Spricht Probleme an – wegen Sport Betreuerin am Arbeitsplatz angesprochen – will mit Sportlehrer reden, leichtere Übungen</li> <li>- Gewichtsreduktion</li> <li>- Essen, ist inkonsequent am Arbeitsplatz – ihr egal</li> <li>- Atemproblem, Herzrasen und Angst zu sterben kein Thema mehr – keine Anrufe mehr (nach Aussagen des Freundes)</li> <li>- Stimmen „Du bist nichts wert.“, „Wir machen Dich fertig“, „Du hast das nicht verdient.“, „Dein Freund bleibt auch nicht mehr lange bei Dir, das wirst Du schon sehen.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und wie sie leidet</li> <li>- Kann Wirkung der Stimmen neu einordnen, Mitleid, seien „arm dran“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.]</li> <li>- Keine besonderen bezüglich K, S, V und E</li> </ul>		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ab Sommer in Laufgruppe mitmachen</li> <li>- Nächste Sitzung, Abschlussgespräch bezüglich ihres Angstthemas</li> </ul>		

Abb.: III.11.15

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt A und Blatt G</b>	<b>Seite: 16</b>
Name: Klientin Fall 10		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum): ... April 2007		
Prägende Ereignisse:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfolgserlebnisse: Konsequenter Veränderung Essverhalten – Ausübung von Sport</li> <li>- Sport nicht aufgeben – sieht ihr Problem – mit Betreuerin besprochen, Sport nicht aufgeben, anders aufbauen lassen – Zukunftsperspektive</li> <li>- Stimmen, schaden – zerstören evtl. Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit</li> </ul>		

Abb.: III.11.16

## 11.5 Der Abschluss

Die Beratungsintervalle bestanden bis dahin aus einem ein- bis zweiwöchigen Rhythmus, je nach Bedarf der Klientin. Bis April 2007 nahm sie, exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und der Abschlussitzung insgesamt vier Sitzungen in Anspruch. Für das Abschlussgespräch benutzte ich das standardisierte Arbeitsmaterial (**H**, s. Abb.: III.11.17) welches im Anschluss unter 11.5.1 und 11.5.3 genauer betrachtet wird, wobei die Punkte *Vorher* und *Nachher* vor dem Abschlussgespräch erarbeitet werden, *Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft* immer im Anschluss an das Gespräch eingetragen wurden.

<b>H</b>	<b>Abschluss</b> - Datum: ... April 2007	<b>Seite: 17</b>
Name: Klientin Fall 10		
Vorher-Nachher-Vergleich:		
Vorher: Ängstlich – unsicher - Angst vor Gegenüber – Angst zu sterben, Atembeschwerden, Herzrasen, Übergewicht – tägliche Telefonate, Beruhigung, nicht sterben – diesbezügliche Passivität – eingeschränkt handlungsfähig in Haushaltsführung, Ernährung, Körperhygiene – veränderte Selbstwahrnehmung – vertraut Diagnose <i>Übergewicht</i> der Ärzte nicht, eigentlich gesund sei – Angst vor Stimmen		
Nachher: Etwas weniger ängstlich und unsicher – lernt in Bereichen Haushaltsführung, Ernährung, Körperhygiene gerne – handlungsfähiger, aktiver, selbstständiger – entwickelt Stolz auf sich – bessere Selbstwahrnehmung – Akzeptanz des Übergewichts, arbeitet an Reduktion – aufgeschlossener im Gespräch – macht Sport – gelernt mit den Symptomen Herzrasen, Atemproblemen und Angst umzugehen		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft: - Ausbau der gewonnenen Selbstständigkeit - Sport beibehalten - Ernährung weiter verbessern - Weitere Sitzungen, bis die Sozialpädagogin aus der Klinik kommen kann		

Abb.: III.11.17

### 11.5.1 Der Vorher-Nachher-Vergleich

In dieser letzten Stunde fasste ich für die Klientin zusammen, in welcher Verfassung sie zu mir kam und was sich verändert hatte: Sie hatte außer ihrer psychischen Grunderkrankung und den Ängsten vor den Stimmen auch Angst vor dem Gegenüber. Zusätzlich entwickelte sie Ängste, die mit ihren Symptomen durch Übergewicht zusammenhingen, denn sie war sonst bei körperlicher Gesundheit. Sie hatte bedingt durch veränderte Umstände (kein adäquates Sportangebot in ihrer Behindertenwerkstatt, kombiniert mit ungesunder Ernährung) an Gewicht zugenommen und dadurch Atemnot und Herzrasen bei schnelleren Spaziergängen entwickelt, was in eine Art panische Angst mündete tot umzufallen. Sie rief häufig verschiedene Menschen an, um sich abzusichern, dass sie nicht sterben musste. In Kombination mit den Stimmen, die sie hörte und die sie „fertigmachen“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] wollten, schien es für sie nur logisch, dass sie an der Atemnot sterben würde. Der Zusammenhang zwischen Gewichtszunahme, Atemnot und Herzrasen war ihr nicht bewusst, sie vertraute der Diagnose *Übergewicht* und den Befunden der Ärzte nicht, dass sie körperlich gesund war. Sie hatte eine veränderte Selbstwahrnehmung, war dadurch passiv bezüglich notwendiger Veränderungen, was sich auch in ihrer mangelnden Körperhygiene niederschlug.

Durch den Umzug in die Wohnung ihres Freundes wurde sie aus ihrem geschützten, behüteten Umfeld herausgelöst, mit Dingen und Situationen konfrontiert, die sie vorher nicht gemacht hatte, so war sie eingeschränkt handlungsfähig u. a. in der Haushaltsführung und in Ernährungsfragen.

Nach der Imagination besserte sich ihre Selbstwahrnehmung, wodurch sich ihre Körperhygiene auffällig verbesserte und sie akzeptierte von da an ihr Übergewicht. Sie begann (mithilfe einer Ernährungsberaterin) gut motiviert, an ihrer Gewichtsreduktion zu arbeiten. Sie wurde etwas weniger ängstlich und unsicher, wirkte in den Sitzungen aufgeschlossener. Je handlungsfähiger, aktiver und selbstständiger sie mit ihren Situationen umging (z. B. Gespräch mit Betreuerin bezüglich ihrer Überforderung im Sport), desto mehr Stolz entwickelte sie auf sich.

Sie lernte in den Bereichen Haushaltsführung und Ernährung sichtbar gerne dazu. Sie machte Sport, gab sich Mühe ihre Ernährung zu verbessern und rief niemanden mehr an, wenn sie unter Herzrasen, Atemnot und Angst litt, sie hatte gelernt, allein mit dieser Situation umzugehen. Innerhalb von vier Sitzungen (exklusive des Erstgesprächs, der Imagination und des Abschlussgesprächs) lernte sie ihre diesbezügliche Angst zu kontrollieren, ihre Symptome neu einzuordnen. Der Sport machte ihr mittlerweile Spaß und sie musste nur noch selten andere Übungen machen, komplettierte sie meine Ausführungen voller Freude. Und noch etwas veränderte sich, sie hatte weniger Angst vor ihren Stimmen, beendete sie zufrieden.

#### 11.5.2 Die Lösung des Problems

Die Lösung des Problems lag darin der Klientin zu ermöglichen die Auswirkungen von zusätzlichem Körpergewicht selbst erkennen, am eigenen Körper nachempfinden zu können. Durch die Imagination konnte sie diese Verbindung am eigenen Körper spüren, worauf der Weg für weitere Hilfen geöffnet wurde. Durch das Gewinnen von Einsicht in das System von Übergewicht und Körpersymptomen, wie Herzrasen und Atemnot konnte sie diese Zusammenhänge nicht mehr leugnen.

Die Klientin war misstrauisch den Aussagen anderer gegenüber, hatte Angst vor dem Gegenüber, wodurch sie sich ungern etwas sagen ließ bzw. etwas annehmen konnte, was sich nach der Imagination zusehends positiv veränderte.

Parallel konnte ihr Freund für eine Zusammenarbeit gewonnen, eine Ernährungsberaterin hinzugezogen und die Hilfe durch eine Sozialpädagogin auf den Weg gebracht werden.

All dies gab der Klientin u. a. das Gefühl a) ernst genommen zu werden, b) Hilfe zu erhalten, wenn sie nötig war, c) dass Veränderungen gut sein konnten und d) dass sie mit entsprechender Hilfe vieles zum Besseren entwickeln konnte.

#### 11.5.3 Die Zukunftsorientierung

Für die Zukunft nahm sie sich vor, dass sie weiterhin die Hilfe der Krankenschwester, der Ernährungsberaterin und je nach Gesprächsbedarf weitere Sitzungen bei mir in Anspruch nehmen wollte, bis die Sozialpädagogin von der Klinik kommen würde, damit sie sicherer im Haushalt werden und sich bei der Ernährung weiter verbessern konnte, aber auch weniger Angst vor ihren Stimmen haben musste. Sie war stolz auf das, was sie bisher erreichte, und wollte weiterhin die gewonnene Selbstständigkeit ausbauen. Weiterhin Sport betreiben war ebenfalls ein Ziel, weil sie Spaß daran hatte und sie von ihrem Körpergewicht noch einiges abnehmen wollte.

#### 11.6 Die Überprüfung der Nachhaltigkeit von Veränderungen

Kurz zu erwähnen war noch, dass die Klientin es innerhalb zweier Sitzungen schaffte, ihre „Neider“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], wie sie ihre Stimmen ab der 4. Stunde nach der Imagination nannte, als arme, dumme, kleine, unwichtige Wesen zu sehen und sie mit einer Handbewegung der Missachtung abzutun. Die Stimmen waren zwar da und unangenehm, aber sie ging anders damit um, hatte kaum noch Angst vor ihnen. Parallel dazu wurde sie in der psychiatrischen Fachklinik mit neuen Medikamenten eingestellt, was sicherlich ebenfalls zu diesen Veränderungen beitrug. In der Fachklinik liefen regelmäßig alle vier Wochen u. a. Blutuntersuchungen zwecks medikamentöser Überwachung, sodass sich die Klientin auch dadurch immer wieder sicher sein konnte, dass sie körperlich gesund war. Die Sozialpädagogin aus der Klinik kam ab Ende Mai 2007.



Diese Klientin rief in unregelmäßigen Abständen von bis zu sechs Monaten bei mir an, um mir mitzuteilen, wie es ihr ging. Manchmal fragte sie nur um Rat, manchmal teilte sie mir kurz mit, was sich in ihrem Leben veränderte. Wenn sie auf ihre „Neider“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] kam, sagte sie im gleichen Atemzug „Die habe ich im Griff, die jagen mir keine Angst mehr ein, dafür sind sie zu klein.“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] und dann lachte sie wie befreit.

Informelles, nicht-standardisiertes Telefonat nach ca. vier Monaten (Gedächtnisprotokoll): Ihr Gewicht hatte sich innerhalb der vier Monate um sieben Kilo reduziert.

Die Sozialpädagogin aus der Klinik war nett und sie erzählte ihr von unserem Spaziergang [sie meinte damit die Imagination; P. H.], der sie motiviert habe an der Gewichtsreduktion dranzubleiben, so die Klientin. Aber ohne Hilfe von dieser Frau (sie meinte die Ernährungsberaterin) und der Krankenschwester, die nun durch die Sozialpädagogin einer psychiatrischen Klinik abgelöst worden sei, ihrem Partner und dessen Mutter würde sie es nicht schaffen, erzählte sie weiter.

Im Dezember 2007 verlief das informelle, nicht-standardisierte Telefoninterview wie folgt (Gedächtnisprotokoll): Sie hatte insgesamt 14 Kilo abgenommen und sie hatte Spaß am *neuen Essen* und war sehr stolz auf sich. Die Atemnot war fast weg und die neue Betreuerin, ihr Freund und dessen Mutter achteten darauf, dass sie beim Abnehmen blieb.

Im Januar 2008 verlief das informelle, nicht-standardisierte Telefoninterview wie folgt (Gedächtnisprotokoll): Sie freute sich, als sie meinen Namen hörte, dass ich mich bei ihr meldete, und berichtete sogleich, dass sie sich mittlerweile mit ihrem Freund verlobt habe. Sie plante sich sterilisieren zu lassen, da sie sich beide kein Kind zutrauten. Sie sei psychisch krank und ihr Freund sei mit sich selbst genug beschäftigt, resümierte sie. In der Behindertenwerkstatt arbeitete sie beim Telefondienst, war nicht mehr bei den „Schraubenzählern“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], was sie stolz machte. Sie habe keine Angst mehr vor ihren „Neidern“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.], das sei geblieben, nur mit dem Gewicht kämpfe sie im Moment sehr, es ginge einfach kaum noch etwas weg, erzählte die Klientin. Ihr Arzt meine das sei normal, dass das Gewicht irgendwann langsamer nach unten ginge, was ich dazu meine, fragte die Klientin. Als ich ihr die Auskünfte des Arztes bestätigte, legte sie mit einem „dann ist ja gut“ [Originalwortwahl der Klientin; P. H.] den Hörer auf.

### 11.7 Die Wirkungsweise

Die Wirkungsweise liegt in der Möglichkeit, unmittelbare Vergleiche von der gegenwärtigen Körpergewichtssituation zur zukünftigen am Körper selbst spüren zu können. Durch diese Vergleichsmöglichkeit kann ebenso der Vergleich stattfinden, wie es mit weniger Gewicht in der Vergangenheit gewesen sein musste. Aus der Erlebnispädagogik ist bekannt, dass es hilfreich ist, eigenen Grenzen und Belastbarkeiten kennenzulernen, um daraus Einsichten für das weitere Handeln zu ziehen.

Der Klientin konnte durch die Imagination bewusst werden, wie Gewicht und körperliche Belastbarkeit zusammenhängen, indem sie durch die Gewichte an ihrem Körper eine imaginäre Gewichtszunahme, verbunden mit entsprechend körperlichen Veränderungen nachempfinden konnte. Die Gewissheit nicht durch die Symptome zu sterben, die bei ihr durch körperliche Anstrengung entstanden (Herzrasen und Atembeklemmungen), beruhigten sie, zumindest in diesem Bereich. Durch die Entlastung auf diesem Gebiet öffnete sich bei der Klientin ein zweites Angstthema, dass dadurch mehr Raum einnehmen konnte. Auch in diesem Bereich gelang es ihr relativ schnell eine andere Einstellung zu gewinnen, allerdings beherrschte sie dies allein. Bei der Gewichtsreduktion, der Haushaltsführung und der Ernährung, war sie auf die Kontrolle und regelmäßige Hilfe angewiesen, weil sie sonst nicht konsequent blieb. Meine Annahme bestand darin, dass sich die neuen Ernährungsgewohnheiten ebenso wie die Haushaltsführung erst allmählich und langsam bei ihr einprägen mussten bzw. zu Routine werden mussten, damit sie es alleine umsetzen konnte, denn sie hatte derartige Erfahrungen in ihrem bisherigen Leben noch nicht machen können.

### 11.8 Die Reflexion

Ich war mir nicht sicher, ob sie mich an realen Erinnerungen ihrer Vergangenheit teilhaben ließ oder diese Szenen ihrer Krankheit zuzuschreiben waren. Ich beschloss sie ernst zu nehmen und alles als real anzunehmen was sie berichtete, da die Klientin es als real ansah.

Bei dieser Imagination war mir von Anfang an bewusst, dass ich auf die Grunderkrankung der Klientin keinen Einfluss hatte, aber ich hoffte ihr den Umgang mit ihren Symptomen erleichtern zu können, ihr Einsicht in Zusammenhänge zu ermöglichen.

Die Imagination sollte so kurz und prägnant wie möglich sein, damit sie nicht überfordert wurde und sie sich Einzelheiten merken konnte. Da ihre Krankheit sie mental relativ stark beherrschte und sie dadurch wenig aufnahmefähig erschien, war mir dieser Ansatz bei der Imagination sehr wichtig. Die Imagination lief erwartungsgemäß gut, wobei ich mir im Anschluss nicht ganz sicher war, ob ihre Einsicht anhielt und in der Zukunft in Veränderungen mündete.

Als ich nach der Imagination bei der Klientin zu Hause war, war ihr Partner bei dem Gespräch anwesend und es war relativ unkompliziert eine andere Ernährungsweise anzuregen und mehr Spaziergänge und Sport in der gemeinsamen Freizeit zu integrieren. Obwohl ich mir bei dieser Klientin, bedingt durch ihre Grunderkrankung, kaum vorstellen konnte, dass sie eine längere Zeitspanne an ihrer Gewichtsreduktion arbeiten konnte und auch vor ihren Stimmen keine neue Angst mehr entwickelte. Im Nachhinein stellte ich erstaunt fest, dass die Imagination, die Hilfe zu Hause (die Ernährungsberaterin, die Krankenschwester, die Mutter ihres Freundes und der Freund selbst), der Sport in der Behindertenwerkstatt und die neue Medikation zusammen einen positiven Einfluss hatten, der nicht explizit nur der Imagination zugeschrieben werden konnte und sollte. Aber die Imagination trug ihren Teil zur Verbesserung der Lebensqualität im Bereich des Körpergewichts und den damit verbundenen Angstzuständen bei, machte es u. a. möglich einem zweiten Angstthema (ihren Stimmen) Raum zu geben, dass in wenigen Sitzungen für die Klientin positiv zu lösen war. Dass dieser Zustand so positiv blieb, war auch für mich eine Überraschung.

#### IV. Einbindung der Imaginativen sozialen Therapie in die Soziale Arbeit

In diesem Kapitel wird der Fokus vorwiegend auf die `Soziale Arbeit` gelegt, da Imaginationsarbeit, im Gegensatz zum therapeutischen Bereich (z. B. PITT von Louise Reddemann und das `Katathyme Bild-erleben` von Hanscarl Leuner), wenig bis gar nicht angewandt wird und diese Methode der `Imaginativen sozialen Therapie` aus der sozialen Arbeit heraus entwickelt wurde.

Zur Erinnerung (Weiteres s. Kapitel 1.): Zu unterscheiden ist zwischen einem Berater und einem Therapeuten in der Form, als das der Berater u. a. die Entwicklung des Klienten nicht zielgerichtet lenkt, sondern dem Klienten Möglichkeiten zur freien Entfaltung lässt und der Klient letztendlich darüber entscheidet, wie sein weiterer Lebensweg aussehen sollte. In der Therapie sind zielgerichtete und strukturierte Vorgehensweisen inkludiert, evtl. zu überlegen wäre, dies auch in die Methode der `Imaginativen sozialen Therapie` zu integrieren.

Der Aufwand, der für die `Imaginative soziale Therapie` betrieben werden muss, ist relativ gering und auch vom Material wenig kostenaufwendig. Die Orte außerhalb der Beratungsräume sind frei wählbar und i. d. R. ohne größere Probleme erreichbar.

Sollte es zu Unfällen kommen, sind die Klienten, ebenso wie der Sozialarbeiter, rechtlich durch den Träger abgesichert. In einer privaten Beratungspraxis sind für diesen Fall Zusatzversicherungen abzuschließen.

Um allerdings die Methode in die `Soziale Arbeit` und die `Soziale Therapie` als weiteres Instrument integrieren zu können, muss die Methode durch Publikationen, Schulungen und Seminaren an entsprechenden Hochschulen, die Sozialarbeiter ausbilden, vorgestellt werden, damit Kenntnis von ihr genommen werden kann. Welche Klientel damit angesprochen werden können, welche Voraussetzungen der Berater mitbringen sollte, wie die Gebührenerstattung geklärt werden kann und welche Einsatzmöglichkeiten sich im Bereich der sozialen Arbeit für die `Imaginative soziale Therapie` anbieten, soll im Anschluss kurz diskutiert werden.

##### 1. Die Klientel

Die Erwachsenenklientel sind Menschen, die Veränderungen möchten, weil sie so, wie es bisher ist, nicht mehr oder nur schwer zu ertragen sind, sie immer weniger handlungsfähig werden, kaum oder keine Bewältigungsstrategien entwickeln können, sie immer mehr ihrer Hilflosigkeit gegenüber stehen. Dies beinhaltet häufig, dass Veränderungsprozesse dazu geführt haben, dass die Klientel diese Situationen anders erleben als bisher und in einem mehr oder minder langen Überlegungs-, Entscheidungs- und Beurteilungs- bzw. Bewertungsprozess zu der Entscheidung kommen, anstatt der bis dahin zumeist angenommenen Hilfe durch das Umfeld, professionelle Hilfe haben zu wollen<sup>610</sup>. *„Zum Anlass, Therapie aufzusuchen, werden nur solche Veränderungen, die negativ bewertet werden, die eine negative Valenz haben. Aus lernpsychologischer Sicht sind die Veränderungen für den Betroffenen ein aversiver Sachverhalt oder negativer Verstärker. Und die Person wird Flucht- oder Vermeidungsverhalten entwickeln, um diese negativen Verstärker zu reduzieren, letztlich durch das Aufsuchen eines Therapeuten.“*<sup>611</sup>

Wobei hier nach Schulte die Motivationspsychologie einen anderen Aspekt einbringt: Die Erwartungen des Klienten an die Beratung, die durchgängig positiv und hoffnungsvoll besetzt sind bewirken, dass Hilfe eingefordert und erwartet wird<sup>612</sup>.

Die Kinderklientel fällt dem Umfeld oft durch verminderte Reifungs- und Entwicklungsprozesse (im Vergleich zu Gleichaltrigen) oder inadäquate Verhaltensweisen auf und dementsprechend sucht das Umfeld Hilfe für das Kind, wenn es selbst mit seinen eigenen Interventionen keine Verbesserung erreichen konnte.

Die Zielgruppe der `Imaginativen sozialen Therapie` sind alle Altersstufen ab dem 6. Lebensjahr, wobei geringe sprachliche Fähigkeiten ausreichen.

<sup>610</sup> Schulte, Dietmar 1998

<sup>611</sup> Ebd.; S. 26 f.

<sup>612</sup> Vgl. ebd.; S. 27

Gute Voraussetzungen für eine Imagination bei Klienten sind Aufgeschlossenheit, Neugierverhalten, Spaß am Spielen und Experimentieren, sowie Vorstellungsvermögen.

Die Einschätzung, inwieweit eine Imagination mit einem behinderten Menschen möglich ist, gleich ob seelischer, körperlicher oder geistiger Art, sollte dem Berater/Therapeuten überlassen werden, wobei nicht von vornherein eine bestimmte Klientel ausgegrenzt werden sollte, denn zumeist ist lediglich die Motivwahl und Ausgestaltung genauer zu überdenken.

Bandler und Grinder, die Begründer der Neurolinguistischen Programmierung (NLP), gehen davon aus, dass jeder Mensch ein eigenes Weltbild in sich trägt und sie dementsprechend flexibel oder wenig bis gar nicht flexibel auf die Anforderungen der Umwelt reagieren können. Sie sind weiterhin der Meinung, dass kreative Menschen Probleme kreativ, flexibel und gut lösen können, da sie über ein vielfältiges Reservoir an Möglichkeiten, Alternativen und Verhaltensmöglichkeiten verfügen. Menschen, die nicht über dieses Reservoir zu verfügen glauben und keines der vorhandenen Möglichkeiten, Alternativen und Verhaltensmöglichkeiten als attraktiv empfinden, haben das Problem, dass sie sich dagegen sperren die ihnen zu Verfügung stehenden Möglichkeiten, Alternativen und Verhaltensmöglichkeiten zu nutzen, weil sie in ihrem Weltmodell ganz einfach nicht vorkommen<sup>613</sup>.

Imaginationen der 'Imaginativen sozialen Therapie' wurden bisher bei Klienten eingesetzt, die ihre Alternativen und Möglichkeiten nicht nutzten, nicht zu nutzen wussten oder diese in ihrem Weltmodell noch nicht hatten. Bei diesen Klienten sind in den Beratungsgesprächen oft Kommunikationsprobleme, eine kaum überwindbare Barriere sich weiterzuentwickeln oder Einsichten zu gewinnen usw. zu spüren. Manche hatten bereits Therapieerfahrung ohne einen Erfolg verspürt zu haben, galten z. T. als *therapieresistent* bzw. *nicht-therapierbar*. Für die Anwendung der 'Imaginativen sozialen Therapie' ist davon auszugehen, dass die Klientel auch aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen erreicht werden könnten, zumal sie während der Imagination nicht rein geistige Fantasiearbeit erbringen müssen, sondern die Imagination an realen Gegenständen stattfindet, die mit allen Sinnen wahrgenommen werden können, handeln und erleben möglich machen.

Hanscarl Leuner bemerkt bezüglich seiner Standardmotive im 'Katathymen Bilderleben', „(...) dass die durchschnittliche Klientel der Ambulanz einer psychiatrischen Klinik, einer psychotherapeutischen oder einer Allgemeinpraxis einer konfliktzentrierten Psychotherapie nur begrenzt oder gar nicht zugänglich ist. Auch intellektualisierende und alexithyme Patienten finden – wie bekannt – nur schwer Zugang zu ihren Phantasien bzw. ihrer Gefühlswelt überhaupt. Eine vage vorgegebene Motivstruktur aus der Erlebniswelt der Patienten (...) bietet nach meinen frühen Erfahrungen gute Chancen, die meisten für ihre Phantasiewelt aufzuschließen.“<sup>614</sup>

Wichtig für die Klientel ist, dass sie

1. freiwillig Hilfe bzw. Beratung einfordert und nicht abbricht,
2. seelisch und geistig folgen kann,
3. körperlich eine Imagination bewältigen kann,
4. wenn es Gefühlen Ausdruck verleiht, durch seine Handlungen sich selbst und den Berater nicht schädigt,
5. mitarbeitet<sup>615</sup>,
6. sich dem Berater gegenüber öffnet und Vertrauen in die Methode der 'Imaginativen sozialen Therapie' ebenso wie zu dem Berater entwickelt und
7. in der Beratung erarbeitete Vereinbarungen, Ziele, Lösungsansätze oder Verhaltensweisen im sozialen Umfeld erprobt.

Schulte argumentiert in ähnlicher Weise und spricht dabei (Punkt 1, 5, 6 und 7) von „Basisverhalten des Patienten“<sup>616</sup>, welches durch den Therapeuten (er bezieht diese Argumentation auf den Bereich des therapeutischen Prozesses) wahrgenommen und immer wieder bewertet werden muss, um bei Veränderungen positiv motivierend eingreifen zu können, da die Patienten dieses Basisverhalten nicht auf Dauer in der gleichen Form aufrecht erhalten können.

<sup>613</sup> Bandler, Richard/Grinder, John 1997

<sup>614</sup> Leuner, Hanscarl 1994; S. 484

<sup>615</sup> Dazu gibt es zahlreiche Studien, wonach Mitarbeit und Therapieerfolg abhängig voneinander sind.

<sup>616</sup> Schulte, Dietmar 1998; S. 33

Die Klientel der 'Imaginativen sozialen Therapie' reagiert erfahrungsgemäß anders. Da bereits in der zweiten Stunde eine Imagination aktive Mitarbeit abverlangt und sie spätestens die Zukunft eigenständig imaginieren, wird ihnen spürbar bewusst, dass sie selbst aktiv an ihrer Zukunft arbeiten müssen. Durch das in der Imagination von ihnen selbst geschaffene *Zielbild* und die dort erlebte Beruhigung, es schaffen zu können, wird dauerhaft Motivation beim Klienten hergestellt.

Sie arbeiten von sich aus in allen weiteren Sitzungen z. T. sehr zielstrebig an der Verbesserung ihrer derzeitigen Lage, immer in Hinblick auf das in der Imagination Erlebte und sie sind dabei erstaunlich euphorisch, agil, aktiv, kreativ, zielstrebig und häufig auch schnell in der Umsetzung und Erprobung im sozialen Umfeld.

## 2. Der Berater

Es ist für den Sozialpädagogen unerheblich, wie er seinen Klienten hilft Selbsthilfe zu entwickeln, sofern er methodische Grundlagen kennt und einsetzt, er dabei professionell vorgeht und sich bei aller Professionalität seinen Klienten gegenüber auch als Mitmensch mit eigener Emotionalität zeigt.

„Folgende Fragen sollten vor einer geplanten Imagination vom Berater mit einem sicheren Ja beantwortet werden:

- Habe ich einen Zugang [zum Klienten mit seinem spezifischen Problem; P. H.] bekommen?
- Habe ich als Berater hinreichendes Wissen (und/oder Erfahrung evtl. kombiniert mit Ahnung) dessen, was in der Imagination hilfreich für den Klienten sein könnte?
- Kann ich mit diesem Klienten eine Imagination wagen, oder ist er z. B. emotional zu instabil, ist eine Psychose bekannt, hat er anderweitige Therapeuten (Psychologe, Psychiater o. ä.)<sup>617</sup> die ihn z. Z. betreuen und ist daher eine Imagination evtl. kontraproduktiv?
- Ist er mental in der Lage einer Imagination zu folgen?
- Ist der Zeitpunkt der Richtige?<sup>618</sup>

Berater, die mithilfe der 'Imaginativen sozialen Therapie' beim Klienten agieren wollen, können sein: Sozialpädagogen, Sozialtherapeuten, Psychotherapeuten, Psychiater, kurz alle Personen, die aufgrund ihrer akademischen Ausbildung über die fachliche Kompetenz verfügen. Wobei ich anmerken möchte, dass es ungleich schwerer ist, persönliche Kompetenz zu lehren bzw. zu erlernen.

Der Berater in seiner Professionalität generell und speziell für die Arbeit mit der 'Imaginativen sozialen Therapie' sollte vorrangig

- Fachkompetenz haben, u. a. wissen, welche Methoden im Einzelfall anwendbar sind und Fachwissen besitzen, Beratungen darauf ausrichten, dass das Ziel *Empowerment* beim Klienten verfolgt wird, sowie die Beziehung formal gestalten<sup>619</sup>.
- Persönlichkeitskompetenz haben, um z. B. Nähe und Distanz aushalten zu können, Gefühle des Klienten akzeptieren zu können, sowie diesbezüglich Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit besitzen, rollenkonformes Verhalten dem Klienten gegenüber zeigen.
- Soziale Kompetenz haben, wie in Beziehungen Echtheit und Aufrichtigkeit sowie bedingungsloses Akzeptieren und Wertschätzen sowie einführendes Verstehen eingebracht werden kann<sup>620</sup>, eine zeitlich begrenzte soziale Bindung zum Klienten aufbauen können, ohne sie in andere alltägliche Formen wie Freund-Freund, Lehrer-Schüler o. ä. abgleiten zu lassen<sup>621</sup>, wissen, wie das soziale Gesellschaftsgefüge aufgebaut ist und sich selbstbewusst und selbstsicher darin bewegen, sowie soziale Netze nutzen und knüpfen können und z. T. darin eingebunden sein.
- Handlungskompetenz haben, u. a. sich zwar emotional auf den Klienten einzulassen aber die eigene Kontrolle über die persönliche Identität und Handlungsfähigkeit nicht verlieren, fallspezifische Entscheidungen treffen können, wissen, wann die eigene Kompetenz überschritten wird und ent-

<sup>617</sup> Hier sind Absprachen mit den Therapeuten nötig, es ist in Betracht zu ziehen diese zu der jeweiligen Imagination hinzuzuziehen.

<sup>618</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 54

<sup>619</sup> Die Sitzung ist zeitlich und i. d. R. räumlich begrenzt und alle Interventionen außerhalb des Beratungsraumes sind zweckdienlich gebunden (Schulte, Dietmar 1998).

<sup>620</sup> Petzold, Prof. Dr. Dr. Hilarion (Hrsg.) 1987

<sup>621</sup> Rogers, Carl R. 1972

sprechend handeln<sup>622</sup>, sich an eine zeitliche Begrenzung der Sitzung halten und auch dem Klienten gegenüber durchsetzen.

- Kreativität besitzen, u. a. im Einsatz von Material oder um Methoden flexibler und fallspezifischer einsetzen zu können, neue Wege basierend auf bekannten Methoden zu entwickeln, wenn dies ein Fall erfordert, sowie kreatives Denken im Bereich der Beratung einfließen lassen (z. B. in der Beratungsarbeit bei der Entwicklung von Metaphern).
- Feinhörigkeit besitzen, um z. B. hinter dem Gesagten das Gedachte zu hören, über eine Stimme Emotionen wahrnehmen können, Worte in ihrer Bedeutung fallspezifisch zu verstehen.
- Ahnungsvermögen haben<sup>623</sup>, dass hinter dem Gesagten Verborgenes liegen kann, eine Ahnung zu entwickeln, was es sein könnte oder wie der *rote Faden*, die Leidensgeschichte im Fall aussehen könnte und dies auch zu spüren und intuitiv zu handeln, was Emotionalität in hohem Maße aktiviert. Der zirkuläre Prozess von „(...) *Wahrnehmen, Beobachten, Staunen, Ärgern, Interpretieren und Verstehen* (...)“<sup>624</sup> bewirkt bei dem Berater/Therapeuten einen Prozess des Erkennens und Begreifens von fremden Erfahrungen.

Für den Klienten wäre ohne das Ahnungsvermögen des Beraters/Therapeuten Pacing<sup>625</sup> nicht möglich, ebenso wenig wie Kreativität zu entwickeln neue, evtl. auch ungewöhnliche Lösungswege zu entdecken.

Zudem ist „*Aufmerksamkeit und Interesse für die Welt des Patienten sowie Akzeptanz, ohne gleichzeitig dysfunktionale Einschätzungen und Bewertungen des Patienten zu übernehmen (...), Kompetenzvermittlung (...), [sowie eine; P. H.] [w]issenschaftlich-kritische Haltung auch gegenüber den eigenen Hypothesen [gefordert; P. H.] (...)*“<sup>626</sup>

Dr. med. Rudolf Klußmann sagt dazu: „*Kenne ich mich, meine Möglichkeiten und meine Grenzen, dann kann ich auf den anderen, den Patienten, in adäquater Weise eingehen und – vielleicht – auch einen kleinen Teil seiner Problematik verstehen.*“<sup>627</sup> Zusätzlich sollte der Berater die Fähigkeit besitzen Sympathie aufzubauen, die Autorität die sein Status für den Klienten bereits impliziert gekoppelt mit Sympathie, die auf das Verhältnis zum Klienten und direkt auf Gefühle zielt, ist für die Beziehung zum Klienten wichtig. Da Sympathie ein Gefühl ist, wird er sich diesem nicht bewusst entziehen können, was zwar die Arbeit des Beraters mit dem Klienten erleichtert, weil dieser zugänglicher sein wird, aber für den Klienten selbst eine Gefahr darstellt.

In der Lehre der Neurolinguistischen Programmierung (NLP) wird empfohlen den Kunden so gut als möglich in Haltung, Sprache und Stimmung zu kopieren, was sie *mirror and match* nennen<sup>628</sup>. Diese Lehre geht davon aus, dass Ähnlichkeiten Sympathien erzeugen, ebenso wie Attraktivität, Vertrautheit, Komplimente und übertragene Eigenschaften<sup>629</sup>. Menschen neigen dazu sich zu Personen, Orten, Dingen hingezogen zu fühlen, die sie für vertrauenswürdig oder gut halten, die ihnen am ähnlichsten erscheinen oder zu denen sie größtmögliche Identifizierungsmöglichkeiten haben, was in Fachkreisen auch Egotismus (*implicit egotism*) genannt wird. „*In vielerlei Hinsicht ist Vertrauen der Eckstein des natürlichen Prozesses der Veränderung von Glaubenssätzen. (...) Emotional hängt Vertrauen mit Hoffnung zusammen.*“<sup>630</sup> „*Die Erfahrung, auf etwas zu vertrauen, das außerhalb unserer Überzeugungen liegt, oder des Vertrauens auf ein System, das größer ist als wir selbst, kann die Veränderung von Überzeugungen erleichtern und sie angenehmer machen.*“<sup>631</sup>

<sup>622</sup> Ebd.

<sup>623</sup> Vgl. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 55

<sup>624</sup> Kannonier-Finster, Waltraud/Ziegler, Meinrad 1998; S. 81

<sup>625</sup> „Pacing“ bedeutet im NLP (Neurolinguistisches Programmieren), der Prozess von einem z. B. unerwünschten Überzeugungszustand durch Schaffung von u. a. Verwirrung oder Zweifel zu einem erwünschten („Leading“ genannt) zu gelangen. (vgl. Ötsch, Walter/Stahl, Thies 1993; Dilts, Robert 2001)

<sup>626</sup> Vgl. Margraf, Jürgen (Hrsg.) 1999; S. 513; Bartling, Gisela u. a. 1992

<sup>627</sup> Klußmann, Rudolf (1998); Vorwort XI

<sup>628</sup> Dilts, Robert B. 2001

<sup>629</sup> Dies gehört zu den unbewusst ablaufenden Prozessen. Gemeint ist die Übertragung von Eigenschaften von Menschen, Objekten oder Ereignissen auf Andere. Voraussetzung dafür ist in Metaphern denken, erklären und begründen zu können (vgl. Dilts, Robert B. 2001).

<sup>630</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 142

<sup>631</sup> Ebd.; S. 143

„[Eine] Evaluationsstudie von Dr. Schigl<sup>632</sup> zur Wirkung und zu den Wirkfaktoren der `Integrativen Gestalttherapie` basierend auf einer katamnestischen Befragung von Klienten im Alter zwischen 18 bis 76 Jahren<sup>633</sup> enthält fast nebenbei auch eine Einschätzung der Wichtigkeit des Beraters bzw. Therapeuten. (...) Für die Wirkung verantwortliche Faktoren (Mehrfachnennungen waren möglich) waren nach Meinung der Befragten in 79 Prozent der Fälle der Therapeut selbst in seiner Art. 51 Prozent nannten die integrativen-gestalttherapeutischen Techniken und 33 Prozent der Klienten machten keine bestimmte gestalttherapeutische Methode oder Technik als Wirkfaktor fest, sondern allgemeine Handlungen wie z. B. Gespräche<sup>634</sup>.

Fazit war, dass hauptsächlich die therapeutische Beziehung verantwortlich für die Zufriedenheit, die Bereitschaft zur Mitarbeit, die Bereitschaft Gefühle offen darzulegen und den Erfolg der Therapie war. Dies kann bedeuten, dass Klienten die Methode (51 Prozent nannten die integrativen-gestalttherapeutischen Techniken als verantwortlichen Faktor für das Wirken der Therapie) eher annehmen, wenn ihnen der Therapeut (79 Prozent der Fälle nannten als verantwortlichen Faktor für das Wirken der Therapie den Therapeuten selbst in seiner Art) sympathisch ist, eine positive therapeutische Beziehung erreicht wurde und bei einer negativen Klienten-Therapeuten-Beziehung nicht nur der Therapeut, sondern damit auch die Methode abgelehnt wird.

Es könnte aber auch bedeuten, dass die Methode keine Rolle spielt, es allein auf den Therapeuten bzw. die Klienten-Therapeuten-Beziehung ankommt. Am Ende ist in Bezug zur `Integrativen Gestalttherapie` nicht eindeutig, was die Veränderungen bewirkt hat: Die Methode, der Therapeut oder beides in Kombination?<sup>635</sup> Wahrscheinlich ist, dass die Autorität der Person des Beraters nicht zu unterschätzen ist, ist doch die Autorität u. a. Ursprung sozialer Gesellschaftssysteme. Die Anerkennung des Stärkeren, Mächtigeren, Größeren ist bei allen höheren Lebewesen unserer Erde im Unbewussten fest verankert<sup>636</sup>. Autorität schufen z. T. Symbole, wie Uniformen, der Arztkittel oder bestimmte Körpersprachen, wie der Stehschritt usw., die in unbewussten Signalen das Gegenüber erreichen. Aber auch über Worte werden Beziehungsaspekte bewusst deutlich gemacht. So empfinden die meisten Menschen Respekt vor Autoritätspersonen, trauen ihnen mehr als anderen zu. Ein Beispiel dazu ist der Bereich der Literatur, in der es als prominente Person weitaus leichter ist einen Bestseller zu schreiben, als dies bei einer gänzlich unbekanntem Person der Fall ist.

Der Klient geht zu einem Berater, weil er hofft, dass dieser ihm hilft und dies allein impliziert unterschwellig die Anerkennung der Autorität des Beraters, zumindest auf diesem Gebiet. Diese Autorität nicht zu nutzen, wenn Widerstände beim Klienten auftreten bedeutet Professionalität, denn „[j]eder Versuch die (...) wirksamen Kräfte geschickt, massiv oder mit Engelszungen zu beeinflussen, führt nicht zur Klärung der Situation, höchstens zu höheren Mauern oder zu gehorsamer Fügsamkeit und unterwürfiger Anpassung.“<sup>637</sup> Die `Imaginative soziale Therapie` beinhaltet, im Bereich der Motivauswahl durch den Berater/Therapeuten, die Suggestion. Auch aus diesem Grund ist diese Methode für das Klientel unter allen Umständen und in allen Phasen freiwillig und frei von Druck und Erfolgszwang zu halten. Nur so lässt der Berater dem Klienten den Raum selbst zu ureigenen Einsichten zu gelangen, die in dauerhaften Lernwillen und Verhaltensänderungen münden.

Für die Beratungsarbeit der `Imaginativen sozialen Therapie` ist die Gesprächsführung nach Carl R. Rogers wünschenswert. Denn „[e]in paar Worte verändern das Leben eines Menschen zum Besseren, indem sie eine einschränkende Überzeugung in eine umfassendere Sichtweise verwandeln, die mehr Möglichkeiten eröffnet. (...) [D]as richtige Wort zur rechten Zeit [kann; P. H.] eine ungeheuer positive Wirkung haben (...). Doch Wörter können uns ebenso leicht verwirren und einschränken, wie sie uns bereichern können. Das falsche Wort zum falschen Zeitpunkt kann sehr schmerzhaft und schädlich wirken.“<sup>638</sup>

<sup>632</sup> Dr. Schigl, Brigitte 1998

<sup>633</sup> Ebd.; S. 35; et al. Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 95

<sup>634</sup> Dr. Schigl, Brigitte 1998; S. 221

<sup>635</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 95 f.

<sup>636</sup> Lorenz, Konrad 1984

<sup>637</sup> Benien, Karl 2005; S. 246

<sup>638</sup> Dilts, Robert B. 2001; S. 18

Sofern Berater/Therapeuten mit der Methode nicht vertraut sind, ist es ratsam sich mit der nondirektiven Gesprächsführung auseinanderzusetzen, da sie z. T. den Ansätzen der Einzelfallhilfe sehr nahe kommt. Der Klient wird nicht als unmündiges zu heilendes Individuum angesehen, sondern als eines, das durchaus über Selbstheilungskräfte verfügt, um mit seinen mitunter gestörten Wahrnehmungen und Anpassungsproblemen allein oder mit zielgerichteter Hilfe fertig zu werden.

In Folge seien nur kurz die wesentlichen Grundlagen der nondirektiven Gesprächsführung genannt: Hierbei akzeptiert der Berater das Gesagte des Klienten, erkennt die Gefühle und klärt sie „(...) verbal, er versucht nicht ihre Ursachen zu interpretieren oder über Zweckmäßigkeit zu streiten – er nimmt einfach zur Kenntnis, dass sie existieren (...)“<sup>639</sup> und legt dadurch negativ besetzte Assoziationen bezüglich seiner Position als Autoritätsperson ab, denn „[e]s wird nicht einfach zur Kenntnis genommen, dass der Andere eben so ist, sondern er wird in seinem einmaligen Sein geschätzt: Die Person erfährt eine eindeutig positive Qualifikation.“<sup>640</sup> Der Klient muss das Gefühl haben, dass alles was er fühlt und denkt, ohne Druck und Zwang, Ausdruck finden darf, ohne einer Wertung durch den Berater zu unterliegen<sup>641</sup>. „Der gute Berater meidet es, seine eigenen Wünsche, Reaktionen oder Widersprüchlichkeiten in die therapeutische Situation einfließen zu lassen. (...) Ratschläge, Beeinflussung und Druck auf den Klienten (...) sind (...) fehl am Platze.“<sup>642</sup> Nicht der Berater bestimmt Reifung, Wachstum und die Richtung des Klienten, sondern der Klient, der ebenso über den Verlauf, das Tempo und das Ende der Sitzungen entscheidet<sup>643</sup>. Wahrhaftigkeit, Echtheit, Empathie und die Art der Kommunikation, durch die Konkretisierung von emotionalen Erlebnisinhalten des Klienten, ohne maßregeln, zu werten oder zu urteilen setzt den Prozess beim Klienten in Gang der „(...) fortwährend und immer wieder tiefgreifende Auseinandersetzung des Hilfesuchenden mit sich selbst und (...) [seinen; P. H.] inneren und äußeren Möglichkeiten fördert.“<sup>644</sup>

### 3. Die Gebührenerstattung

Dieser Bereich bezieht sich rein auf die soziale Beratungspraxis und `Soziale Arbeit`. Therapeuten müssen zwar, sofern sie in einem Angestelltenverhältnis ihrer Arbeit nachgehen ihre Methoden gegenüber ihrem Arbeitgeber begründen, aber in der Selbstständigkeit obliegt der Therapeut nur seiner Profession und seinem Gewissen, inwieweit er neue Methoden in sein Arbeitsfeld integrieren möchte und will, möglich ist dies jedoch in einigen Bereichen wie in Folge noch dargelegt wird (s. Kapitel IV.4.). Von der Erstattung her gilt der Therapeut und seine therapeutische Arbeit durch die Krankenkassen als finanziell unterstützungswürdig. Sofern die Therapie und der Therapeut durch diese anerkannt sind, müssen die dort behandelten Patienten i. d. R. keinen Eigenanteil aufbringen. Die Krankenkassen geben zwar Behandlungsformen vor<sup>645</sup>, aber die Imagination aus der `Imaginativen sozialen Therapie` kann durchaus z. B. im Bereich der Tiefenpsychologie als konfliktzentriertes Vorgehen integriert werden, in der analytischen Psychotherapie zwecks Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalysen und in den Verhaltenstherapien als Verhaltensübung, Desensibilisierung, Problemlösungsverfahren o. ä. Obwohl auch `Soziale Arbeit` therapeutische Methoden inkludiert und in Zusatzausbildungen nach meiner Schätzung zu ca. 50 % therapeutische Ansätze angenommen werden, u. a. verbunden mit der Hoffnung einen „(...) höheren Status, bessere Bezahlung zu erreichen und steigendes Ansehen in der Bevölkerung.“<sup>646</sup> zu erlangen, sind `Soziale Arbeit` und `Soziale Therapie` derzeit vom Gesetz her nicht erstattungswürdig, da derzeit nur rein medizinische Maßnahmen von den Krankenkassen unterstützt werden, die im anerkannten Krankheitsfall Erfolge versprechen und in langjährigen Verfahren auf ihre Wirksamkeit überprüft wurden.

<sup>639</sup> Rogers, Carl R. 1972; S. 44

<sup>640</sup> Schmid, Peter F. 1995; S. 135

<sup>641</sup> Rogers, Carl R. 1972

<sup>642</sup> Ebd.; S. 86 f.

<sup>643</sup> Rogers, Carl R. 1983

<sup>644</sup> Schmid, Peter F. 1995; S. 148

<sup>645</sup> Vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung z. B. der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) von 2006

<sup>646</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001; S. 122



Soziotherapie dagegen wird von den Krankenkassen seit dem 1. Januar 2000 erstattet. Dazu muss ein Sozialpädagoge ein Aufbaustudium (wenn möglich das der 'Sozialen Therapie') nachweisen und eine mind. dreijährige Berufspraxis an einem psychiatrischen Krankenhaus (davon mind. ein Jahr in einem allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung und ein Jahr in einer ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung) nachweisen können<sup>647</sup>, um sich *Soziotherapeut* nennen zu dürfen und in Zusammenarbeit mit einem Arzt mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Wobei es länderspezifische Anforderungen gibt. In Hessen gibt es, nach eigenen Recherchen<sup>648</sup> bei dem Verein der deutschen Angestellten Krankenkassen (vdak), bisher nur einen zugelassenen Soziotherapeuten.

Wobei in diesem Bereich das Arbeitsfeld stark begrenzt ist auf die Vermeidung der Einweisung oder Wiedereinweisung von schwer psychisch Kranken, auf der Grundlage von § 37a SGB V.

Im Bereich der sozialen Arbeit obliegt die finanzielle Last den öffentlichen, kirchlichen oder anderen Trägern wie z. B. Stiftungen, Vereinen usw. 'Soziale Arbeit' findet in der Hauptsache in Institutionen statt, die Beratungen für die Klienten i. d. R. kostenfrei anbieten.

Die Methode der Imagination in die institutionalisierte 'Soziale Arbeit' einzubringen würde diese für alle Menschen, unabhängig von deren finanzieller Lage zugänglich machen, da durch einen Träger die Kosten für die Klientel abgedeckt sind. Sozialarbeiter haben bezüglich ihrer Arbeit am Menschen außer den Trägerrichtlinien zumeist freie Hand bezüglich ihrer Methodik, sofern sie diese begründen können und der Arbeitgeber überzeugt werden kann, diese Methode anzunehmen. Insofern liegt die Bereitschaft die 'Imaginative soziale Therapie' anzuwenden und in die 'Soziale Arbeit' zu integrieren bei jedem einzelnen Sozialpädagogen selbst, der sich diese Methode als hilfreich und praktikabel im Umgang mit seiner Klientel vorstellen kann und der bei seinem Träger oder den entsprechenden Entscheidungsträgern Unterstützung, Wohlwollen und Akzeptanz für diese Methode erreichen kann.

In einer Beratungspraxis auf privater Basis müssen die Klienten selbst für die Kosten aufkommen, wenn sie Beratung in Anspruch nehmen wollen. Es wäre anzunehmen, dass dadurch nur eine bestimmte Klientel angesprochen würde, zumal es folgende Thesen gibt: a) *„Die therapeutische Beziehung muss frei sein von der finanziellen Bedürftigkeit des Therapeuten und vice versa von finanzieller Verpflichtung des Patienten.“*<sup>649</sup> und b) *„Wenn Therapie käuflich wird, hat sie den Charakter von Ware bekommen, die vom Patienten wie von Therapeuten als Surrogat gehandelt wird.“*<sup>650</sup> Peter Petersen (1987)<sup>651</sup> widerlegt diese Annahme anhand einer Studie der AOK in Bezug auf psychoanalytische Therapien an Kassen- und Privatpatienten, wonach kein Unterschied im Resultat der Behandlungen festzustellen war.

Bezüglich der Kosten, allerdings im sozialtherapeutischen Bereich, habe ich ähnliche Erfahrungen gesammelt: Die Klientel in meiner privaten Beratungspraxis besteht aus allen sozialen Schichten, da sie die Beratungsintervalle, auch entsprechend ihrer finanziellen Möglichkeiten selbst steuern können (außer der Imagination und dem Durcharbeiten, die dicht gelegt sein sollten, um dem Vergessen von Emotionen, Gedanken und anderen Details zu entgehen). In den Zeiträumen zwischen den Sitzungen können getroffene Vereinbarungen, Ziele und Lösungsansätze verfolgt werden, sodass diese Zeit aktiv, sinnvoll, zielgerichtet und innovativ genutzt werden kann.

Bisher gab es keinen Klienten, der nach dem Erstgespräch, eine weitere Beratung ablehnte, weil er dafür bezahlen sollte. Auch gab es in meiner Beratungspraxis bisher nur einmal den Fall, dass ein Ehepaar die Beratung abbrechen musste, da es beruflich ins Ausland ging. Die übrigen Klienten beendeten i. d. R. die Beratung, wenn sie ihr Leben wieder als lebenswert/er oder ihr Problem als immer weniger bis gar nicht mehr vorhanden erachteten, unabhängig von deren finanziellen Situation. So stellten sich oben genannten Thesen als, zumindest in meiner sozialpädagogischen Beratungspraxis, als nicht zutreffend heraus. Dass die Selbstzahlung nicht als Grund angesehen wird die Beratung und Hilfe abzubrechen, bezogen auf die 'Imaginative soziale Therapie', beruht meiner Meinung nach u. a. auf drei Tatsachen:

<sup>647</sup> Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, November 2001

<sup>648</sup> Stand: November 2008

<sup>649</sup> Petersen, Peter in: Petzold, Prof. Dr. Dr. Hilarion (Hrsg.) 1987; S. 24 f.

<sup>650</sup> Vgl. ebd.; S. 25 f. und Schwendter, Rolf 2000; S. 233

<sup>651</sup> Petersen, Peter in: Petzold, Prof. Dr. Dr. Hilarion (Hrsg.) 1987

1. Die Beratungsdauer im Bereich der `Imaginativen sozialen Therapie`<sup>652</sup> liegt im Durchschnitt bei etwas über neun Stunden (s. zu den 10 Fällen Tab.: IV.3.1), nicht nur auf die dargestellten 10 Fälle bezogen, finanziell für die meisten überschaubar.
2. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben die meisten Menschen in unserer Gesellschaft damit vertraut gemacht für Leistungen im Gesundheitswesen ganz oder teilweise zu bezahlen, wie z. B. beim Heilpraktiker, Homöopathen oder Osteopathen.
3. Bei verschiedenen Experimenten mit Studenten stellten Forscher fest „(...) *der Preis eines Gutes wird (...) im Zusammenhang mit und relativ zu anderen festgelegt. So ist es auch kein Wunder, dass Luxusprodukte zu außerordentlich höheren Preisen verkauft werden können als Durchschnittsprodukte.*“<sup>653</sup> Private, nicht-institutionalisierte Beratungspraxen heben sich heute noch von dem üblichen Beratungspraxen ab, sind mit Friedhelm Schwarz ausgedrückt „etwas Gutes“<sup>654</sup>, was viele Klienten akzeptieren, z. T. bewusst in Anspruch nehmen möchten. Den Klienten ist anscheinend vorrangig wichtig, dass sie das Gefühl haben es wird ihnen in schwierigen Lebenssituationen geholfen.

Zum Schluss eine Übersicht über die Anzahl der Sitzungen der aufgeführten 10 Fälle, inklusive der Erstsitzung, der Imagination und der Abschlusssitzung:

Fall	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anzahl der Sitzungen	20	8	9	8	7	8	8	6	6	7
Anzahl der Sitzungen insgesamt:	87 Stunden									
Anzahl der Sitzungen im Durchschnitt:	8,7 Stunden pro Fall (Umgerechnet 9 Stunden und ca. 20 Minuten)									

Tab.: IV.3.1

#### 4. Einsatzmöglichkeiten

„Besonders hilfreich sind Imaginationen z. B. bei Klientel, die sprachliche oder emotionale Schwierigkeiten haben, kein oder mangelndes Einsichtsvermögen zeigt, wenig bis gar nicht zu Verhaltensänderungen neigt bzw. wenig Lernbereitschaft mitbringt.“<sup>655</sup>

Die `Imaginative soziale Therapie` ist in fast allen Bereichen der `Sozialen Arbeit`, je nach Fall, einsetzbar und in vielen Bereichen der therapeutischen Arbeit als Methode denkbar. In diesem Kapitel werden Einsatzmöglichkeiten in der sozialen – aber auch in der therapeutischen Arbeit genannt, was das weitreichende Spektrum an Einsatzmöglichkeiten deutlich werden lässt.

Die Einsatzmöglichkeit unterliegt dabei nur dem geistig, körperlichen und seelischen Gesundheitszustand des Klientel und der diesbezüglichen Einschätzung des Beraters.

„Inwieweit Imaginationen bei psychisch Kranken oder geistig behinderten Menschen möglich sind und ab welchem Grad der Störung oder Behinderung sie unmöglich machbar sind (...) [muss der Berater/Therapeut selbst abschätzen; P. H.]“<sup>656</sup>

Bisher wurde die `Imaginative soziale Therapie` als Methode an einzelnen Klienten entwickelt, aber unter bestimmten Umständen ist sie durchaus in die Arbeit mit Gruppen integrierbar.

Sei es in der Art

a) des Psychodramas, dass der Hauptakteur durch die Gruppe bezüglich seiner Persönlichkeit zum Nachdenken über seine Vergangenheit und Gegenwart angeregt wird, Hinweise und Ideen für die Zukunft gemeinsam mit der Gruppe entwickelt werden, in der Art

<sup>652</sup> Weiterführende oder parallel dazu benötigte Eheberatungen oder Erziehungsberatungen zählen nicht dazu. Diese Sitzungen sind abgekoppelt von der Imaginativen sozialen Therapie, da sie sich durch diese erst ergeben haben. Zudem haben die Klienten die Möglichkeit diese Beratung in Institutionen kostenfrei zu erhalten.

<sup>653</sup> Schwarz, Friedhelm 2004; S. 119

<sup>654</sup> Ebd.; S. 119

<sup>655</sup> Hempel, Petra 2008, Band 1; S. 54 f.

<sup>656</sup> Ebd.; S. 52

b) des Soziodramas, an dem viele Personen teilnehmen und in das Geschehen interaktiv involviert werden, um die soziale Wahrnehmung und Interaktion zu verbessern, in der Art

c), dass jedes Gruppenmitglied nacheinander dieselbe Imagination durchläuft und anschließend ein Erfahrungsaustausch stattfinden kann oder

d) jeder für sich eine individuelle Imagination erleben kann und dies in der Gruppe dann in Form eines Erfahrungsaustausches bearbeitet werden kann. Weitere Möglichkeiten sind mannigfaltiger Art und unterliegen der Kreativität des Beraters und dessen Arbeitsfeld.

Die Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie' kann u. a. integriert werden

- in alle einzelfall- und primärgruppenbezogenen Methoden der 'Sozialen Arbeit', wie z. B. a) in die sozialpädagogische Beratung wie der beratenden Erwachsenenarbeit u. a. bezüglich von Problemen in den Bereichen Lebensplanung, Partnerschaft, Familie, Integration, Erlebnisbewältigung, Ausbildung und Beruf, insbesondere, wenn die Klientel schwierig zu beraten scheint weil sie wenig ein-sichtsfähig und veränderungswillig ist, b) in die Mediation, um sach- und zukunftsorientierten Problemlagen verschiedener Konfliktparteien in ihrer Konfliktentstehung und Dauer (Wirksamkeit in der Gegenwart) deutlicher spürbar und Einsichten wirksam werden zu lassen oder c) in die Geriatrie, da ältere Menschen erwiesenermaßen besser lernen und Einsichten gewinnen können<sup>657</sup>, wenn sie spielerisch und im biografischen Bezug lernen.
- In gruppen- und sozialraumbezogenen Methoden der 'Sozialen Arbeit' wie z. B. a) der sozialen Gruppenarbeit mit Kindern im Alter ab sechs Jahren, da in diesem Bereich die Kommunikation hauptsächlich über das Spiel stattfindet und die Imagination der 'Imaginativen sozialen Therapie' kindgerecht eingesetzt diesen Aspekt erfüllt, b) in der Jugendarbeit, da diese Klientel gegenüber Imaginationen, Spielen, neuen Dingen und Experimenten sehr aufgeschlossen ist. Durch diese Art der 'Sozialen Therapie' und 'Sozialen Arbeit' werden ihnen Einsichten vermittelt, die nicht den Charakter des Lehrens implizieren, sondern den des eigenständigen erfahren dürfen. Sie können frei agieren und das aus der Imagination entnehmen was sie ganz persönlich als hilfreich und annehmenswert erachten, c) in die Erlebnispädagogik als ein integrierter Teil dieser Veranstaltung oder d) in die themenzentrierte Interaktion unter Nutzung einer themenspezifischen Motivauswahl.
- In Verhaltenstherapien, um dem Patienten bisherige Verhaltensweisen mit vielen Sinnen spürbar werden zu lassen, sie mit Kognitionen (und mit deren Entwicklung im Problemzusammenhang) imaginativ, aus der Distanz heraus, zu konfrontieren, um auf diese Weise eine heilende Mikrokatharsis zu erzeugen. Oder im Bereich der systemischen Desensibilisierung, unter Nutzung der Methode der Imagination aus der 'Imaginativen sozialen Therapie', um die Patienten einer langsamen Konfrontation mit den Angst auslösenden Reizen zuzuführen.
- In psychoanalytischer Einzel- oder Gruppentherapie, um u. a. unzugängliche seelische Vorgänge des Patienten durch die Überdeckung des Themas während der Imagination sichtbar werden zu lassen, Übertragung durch eine gemeinsam erlebte Imagination wirksamer werden zu lassen. Abgedeckt werden durch die Methode der 'Imaginativen sozialen Therapie' u. a. alle Techniken der Psychoanalyse: Die Konfrontation, die Klärung des Konflikts, die Deutung und der Abbau von Widerständen während dem Prozess des Durcharbeitens.
- In psychoanalytischer, struktureller oder systemischer Familientherapie unter Nutzung der Methode in Einzelimagination oder als Gruppenimagination, um Familienkonflikte aufzudecken und den Umgang miteinander bewusst werden zu lassen.
- In der Gestalttherapie, zwecks ausagieren von Affekten durch nochmaliges Erleben im geschützten Rahmen der Imagination und der dadurch ermöglichten Überdeckung des Themas, was Nähe ebenso wie die Distanz ermöglicht.

Nicht vorstellbar ist die 'Imaginative soziale Therapie' im Bereich der Gemeinwesenarbeit, da diese Tätigkeit sich nicht am Individuum oder einer Kleingruppe, „(...) sondern in einem großflächigen, sozialen Netzwerk (...)“<sup>658</sup> orientiert.

<sup>657</sup> Vgl. Ruhe, Hans Georg 2007; Berne, Eric 2006

<sup>658</sup> Galuske, Michael in: Rauschenbach, Thomas (Hrsg.) 2001; S. 98

## V. Ausblick auf weitere Forschungsfelder und Wirkungsanalyse im Bereich der Imaginativen sozialen Therapie

### 1. Studien über verwandte Therapieformen

Der Erfolg von imaginativen Methoden außerhalb der 'Imaginativen sozialen Therapie' ist in der therapeutischen Praxis belegt. Die Gründe für die Wirksamkeit sind bekannt. Auch für das autogene Training, das zumindest in der Oberstufe ebenfalls mit Imagination arbeitet, existieren einige Untersuchungen zur klinischen Wirksamkeit. Die meisten Studien kommen in Bezug auf die entspannende Wirkung zu positiven Ergebnissen. Eine positive Wirkung wird bei Depressionen und bei einer Vielzahl von psychosomatischen Störungen (besonders Angststörungen) nachgewiesen, häufig ist dabei eine stimmungsverbessernde Wirkung beobachtet worden<sup>659</sup>.

Bezüglich der 'Kognitiven Therapie' von Aaron T. Beck und der verwandten 'Rational-emotiven Therapie'<sup>660</sup> gibt es ähnliche Wirksamkeitsstudien. Bis zum Jahr 1984 wurden für die 'Rational-emotive Therapie' 17 Studien (mit insgesamt 713 Patienten) durchgeführt und für die 'Kognitive Therapie' 16 Studien (mit 767 Patienten). Indikationen bei der 'Rational-emotiven Therapie' waren Probleme wie mangelnde soziale Kompetenz, Persönlichkeitsstörungen oder Agoraphobie und bei der 'Kognitiven Therapie' vorwiegend Depressionen. Eine Übersicht zu dieser Art Metastudie<sup>661</sup> zeigt auf, dass beide Therapieformen bei einigen Krankheitsbildern oder Problemen deutliche Verbesserungen erzielten.

Die 'Rational-emotive Therapie' bewirkte vor allem im Bereich der Persönlichkeit und bei Störungen der sozialen Kompetenz eine deutliche Verbesserung. Statistisch gesehen scheint die 'Kognitive Therapie' jedoch als wirksamer. Bei mehr als der Hälfte der Patienten mit leichten bis mittelschweren Depressionen verschwanden die Symptome vollständig. *„Die Studien sprechen auch dafür, daß die Patienten im Verlauf der Therapie ständige Verbesserungen ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit (weniger Pessimismus, mehr positive Veränderungen des Selbstbildes) zeigen und daß diese Verbesserungen eng mit dem Rückgang der depressiven Symptome zusammenhängen.“*<sup>662</sup>

Andere empirische Forschungen zum Nachweis der Wirksamkeit wurden des 'Katathymen Bilderlebens' von Hanscarl Leuner durchgeführt. Wie einleitend bereits beschrieben (s. u. a. Kapitel 1.3), ist das 'Katathyme Bilderleben' eher psychoanalytisch fundiert und zur Behandlung psychisch Kranker konzipiert. Ähnlich der 'Imaginativen sozialen Therapie' liegt der Fokus auf der Nutzung von Imaginationen. Aus diesem Grund eignen sich statistische Wirksamkeitsnachweise über das 'Katathyme Bilderleben' sicherlich, um die Wirksamkeit der 'Imaginativen sozialen Therapie' zumindest im Ansatz, bezüglich der Nutzung von Imaginationen, zu unterstreichen.

Hierzu sollen einige wenige Studien zusammengefasst werden. Einen ersten Einblick bietet eine Studie von Günther Horn<sup>663</sup>. Er untersuchte in einer Erziehungsberatungsstelle insgesamt 200 neurotisch gestörte Kinder im Alter von 7-11 Jahren, welche er einer kurzen Therapie mit dem 'Katathymen Bilderleben' unterzog. In den 8-15 Minuten dauernden Sitzungen wurden den Kindern zwei Motive zur Auswahl vorgegeben, die als Auslösereiz für die Imagination fungierten. Ein Motiv war eine Wiese, das andere ein Waldrand. Erstaunlicherweise korrelierten die imaginierten Bilder mit den psychischen Problemen der Kinder. Ein überdurchschnittlich intelligentes Mädchen im Alter von 9,5 Jahren mit vielen Ängsten und ausgeprägtem Leistungsversagen imaginierte auf der Wiese ein erschrecktes Huhn, ein verängstigtes Eichhörnchen und einen hungrigen Fuchs. Es erfolgte in vielen Fällen schon durch diese Kurztherapie eine sichtbare Besserung und es ließ sich eine Besserung in Form von Aussöhnen mit den als fremd oder feindlich erlebten Objekten bereits innerhalb der Imagination beobachten. *„Eine gesonderte Auszählung der Sitzungen zum Zweck der Feststellung einer Entwicklungstendenz ergab, daß sich bereits bei 95 von 200 Probanden eine Verbesserung der Situation auf der Bild- und Erlebnisebene*

<sup>659</sup> Mayer, Karl C. 2009

<sup>660</sup> Grundannahme der von Albert Ellis entwickelten 'Rational-emotiven Therapie' ist, dass das Erleben von Realität durch die Art des Wahrnehmens und Denkens über das Erlebte abhängt. Psychische Probleme entstehen, wenn die Bewertung der Realität von unangemessenen, vor allem negativen, Denkmustern verzerrt wird. In der Therapie werden diese Denkmuster rational geprüft und u. a. mittels Verhaltenstherapie geändert (vgl. Walter, Oliver 2009)

<sup>661</sup> Ebd.

<sup>662</sup> Ebd.

<sup>663</sup> Horn, Günter 1990

einstellte.<sup>664</sup> Zudem waren die Kinder nach solchen Sitzungen gelöst und entspannt, was im Anschluss an diese Sitzungen von den Eltern bestätigt wurde.

Eine Studie zu Erfolgsmöglichkeiten und Gründen für das Scheitern des 'Katathymen Bilderlebens' unternahm Ehlers<sup>665</sup>. Dabei befand er am Ende, dass typische Gründe für Misserfolge neben der Unfähigkeit zur Imagination, Abwehr gegen die Methode, gegen die Aufdeckung oder die Psychotherapie allgemein waren, oder Psychosen vorlagen und dass KIP keine „(...) hilflose Alternative zu kompliziert verlaufender Gesprächstherapie oder als erwarteter Ausweg aus einer gestörten Therapeut-Patient-Beziehung“<sup>666</sup> sei und warnt vor dem unsachgemäßen Einsatz.

Eine verhältnismäßig aufwendige Studie wurde 1977 an der Abteilung für psychosomatische Medizin der Universität Göttingen durchgeführt. 26 Patienten wurden vor, während und nach einer insgesamt auf 20 Stunden angesetzten Therapie mit dem 'Katathymen Bilderleben' anhand standardisierter Testprofile untersucht<sup>667</sup>. Die Katamnese erfolgte 12-24 Monate später, Differenzwerte dabei statistisch auf Signifikanz überprüft. Die Ergebnisse waren dabei insgesamt positiv und belegten die Möglichkeiten des 'Katathymen Bilderlebens' als Therapieform<sup>668</sup>, die bis zum heutigen Zeitpunkt<sup>669</sup> jedoch von den Krankenkassen nicht anerkannt wurde. Auffällig waren dabei die positiven Veränderungen bei psychosomatischen Beschwerden wie Erschöpfungsneigung, Muskel- und Gliederschmerzen, Sexual- und Schlafstörungen sowie mit Störungen des vegetativen Nervensystems verbundene Symptome (wie zittern, Schwindel, Schweißneigung oder Beklemmungen) zeigten statistisch bedeutsame Besserungen<sup>670</sup>. Ängstlichkeit und bes. Neurotizismus gingen signifikant zurück, und die Extroversions-Skalenwerte zeigten eine signifikante Erhöhung<sup>671</sup>.

Veränderungen im FPI bei 23 Patienten durch die Therapie mit dem Katathymen Bilderleben <sup>672</sup>						
Dimension	Präphase		Postphase		Nach 18 Monaten	
	X	S	X	S	X	S
Nervosität	6.7	1.8	5.4	1.8	4.2	1.6
Aggressivität	6.8	4.3	6.1	4.3	5.2	3.3
Depressivität	7.7	3.4	5.8	2.1	3.5	1.8
Erregbarkeit	5.9	1.9	4.9	1.6	4.7	1.7
Geselligkeit	3.9	1.8	5.6	1.7	5.6	2.2
Gelassenheit	2.5	1.2	3.6	2.0	3.6	1.4
Dominanzstreben	4.0	1.7	4.0	1.8	3.6	2.0
Gehemmtheit	6.7	1.9	5.7	1.9	4.7	1.3
Offenheit	4.7	1.9	4.6	1.9	4.3	1.8
Extraversion	3.6	1.6	4.5	1.6	6.2	3.6
Emotionale Labilität	6.5	1.9	5.4	2.4	4.7	3.5
Maskulinität	2.2	1.5	3.9	2.1	4.7	1.9

Tab.: V.3.1 Quelle: Vgl. Jung, Friedhelm/Kulesa, Christoph 1980; S.179.

Wie oben dargestellt (Tab. V.3.1), zeigten sich signifikante Abnahmen in den Skalen von Nervosität, Gehemmtheit, Depressivität und Aggressivität sowie eine Zunahme von Extraversion, Maskulinität, Gelassenheit und Geselligkeit.

<sup>664</sup> Ebd.; S. 66-67.

<sup>665</sup> Ehlers, Günter 1992

<sup>666</sup> Ebd.; S. 90

<sup>667</sup> Verwendet wurden der Freiburger Persönlichkeitstest (FPI), Gießentest Form S (Gt-S), die „Manifest Anxiety Scale“ MAS, der E-N-NR-Test sowie die Gießener Beschwerden-Liste, zur Erfassung psychosomatischer Beschwerden.

<sup>668</sup> Das Studiendesign schließt laut Angaben der Autoren allerdings viele Fehlermöglichkeiten ein. Bei 20 Stunden Therapie ist nicht für alle Patienten mit optimalen Besserungsmöglichkeiten zu rechnen, die Mittelwertbildung schließt die Aufhebung positiver und negativer Therapieeffekte ein und die einfache Vorher-Nachher-Messung, als Idee eines zugrunde liegenden linearen Therapieverlaufs, ist in der Praxis eher unwahrscheinlich (vgl. Jung, Friedhelm/Kulesa, Christoph 1980, S. 181-184).

<sup>669</sup> Stand November 2008; Seit Dezember 2008 ist sie anerkannt (Nachtrag vom 01.02.2010).

<sup>670</sup> Vgl. Jung, Friedhelm/Kulesa, Christoph 1980; S. 181-183.

<sup>671</sup> Vgl. Ebd.; S. 176-179.

<sup>672</sup> Ebd.; S.179. Signifikante Veränderungen sind durch hellgraue Felder hervorgehoben.

Bemerkenswert ist, dass nach 18 Monaten in keiner Skala Verschlechterungen der Patientensituation zu erkennen waren, was auch in einer zusätzlichen Studie FPI (Freiburger Persönlichkeits-Inventar) positiv bemerkt wurde. *„Insgesamt zeigte sich eine deutliche Normalisierung der ursprünglich testpsychologisch auffälligen Werte vor der Therapie. In keiner Skala des FPI sind 18 Monate nach der durchgeführten Einzelbehandlung Veränderungen zu beobachten, die auf eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes hinweisen.“*<sup>673</sup>

Dazu wurde 2003 eine weitere Studie von einer Gruppe Mediziner der Universität Ulm durchgeführt<sup>674</sup>. Durch die Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes wurde die Frage nach der Wirksamkeit des 'Katathymen Bilderlebens' in der Anwendung durch niedergelassene Psychotherapeuten im ambulanten Bereich wieder interessant. Untersucht wurde in einer Längsschnittstudie (Stichprobengröße: 140 Patienten und einer zufällig bestimmten Kontrollgruppe<sup>675</sup>) die Wirksamkeit auf unterschiedliche Diagnosegruppen sowie bezüglich der Veränderungen im Katamnesezeitraum (Studiendauer: 50 Wochen).

Die Patienten litten unter depressiven Erkrankungen (62 %), davon hatten 38 % eine neurotische Depression, psychischen Krankheiten wie Angststörungen (10 %), Persönlichkeitsstörungen oder Essstörungen<sup>676</sup>. Die Messinstrumente wurden so gewählt, dass sowohl die Schwere der jeweiligen psychischen Störung sowie der Ausprägungsgrad und den damit korrespondierenden (z. T. auch körperlichen) Befindlichkeiten dokumentiert wurden. Die Messungen wurden insgesamt dreimal durchgeführt: Zu Beginn, nach 25 und nach 50 Therapiestunden; sowie Anamnese und Katamnese. Der Mittelwert der Therapiezeit lag allerdings am Ende nicht bei 50, sondern 80 Stunden, wobei nur in 15-45 % der Stunden aktive Imaginationen durchgeführt<sup>677</sup> wurden, waren die Ergebnisse insgesamt als sehr positiv einzustufen. *„In allen Fragebögen (bis auf den Angstfragebogen) sind deutliche Effekte zu erkennen. Die Werte sind zunächst pathologisch und verändern sich über die Zeit bis zum Therapieende in den gesunden (Norm-)Bereich. Von Therapieende bis zum Katamnesezeitpunkt finden noch weitere Verbesserungen statt.“*<sup>678</sup> Einzige Ausnahme war ein leichter Anstieg in der momentanen Angst, während die allgemeinen Angstwerte leicht aber signifikant absanken. Wie eine ergänzende Untersuchung außerdem feststellte, besserten sich nach der Therapie die Messwerte weiter. Die zusätzlich durchgeführten Evaluierungen der Patienten durch die betreuenden Psychotherapeuten verwiesen auf die Erfolge der Therapie. Positive Änderungen im Umgang mit Konflikten, im Durchsetzungsvermögen und in der Selbstabgrenzung gegen Mitmenschen wurden von den Therapeuten häufig beschreiben. Die Patienten selbst fühlten sich leistungsfähiger, konnten sich mehr in Gruppen einbringen, hatten ein positiveres Selbstbild und körperliche Beschwerden ließen nach<sup>679</sup>.

Autogenes Training, die 'Rational-emotive Therapie', die 'Kognitiven Therapie' und das 'Katathyme Bilderleben' sind prinzipiell in ihrer Wirksamkeit empirisch-statistisch bestätigt<sup>680</sup>, was bezogen auf die Wirksamkeit für die 'Imaginative soziale Therapie' auch angeraten und wünschenswert wäre, damit sie als sozialtherapeutische Methode anerkannt wird und in diesem Bereich breite Anwendung finden kann. Allerdings sind hier mehrere Problemfelder wirksam:

1. Empirie, die im sozialen Rahmen stattfindet, ist im Ergebnis als fragwürdig anzusehen, denn *„[e]mpirisch gewonnene Forschungsergebnisse besitzen nur statistischen Wahrheitsgehalt, d. h. sie sind Wahrscheinlichkeitsaussagen aufgrund einer Untersuchung zahlenmäßig begrenzter Fälle.“*<sup>681</sup> Dies bedeutet, wenn ein Imaginationsmotiv in hundert Fällen helfen würde, wäre dadurch noch lange nicht bewiesen, dass es bei dem nächsten Fall ebenso wäre. Und welchen Maßstab könnte der Forscher anwenden, um positive Veränderungen zu dokumentieren? Allein die Auswahl dieser Parameter würde die Aussage einer Studie nicht unerheblich beeinflussen. Und bestimmte Sach-

<sup>673</sup> Ebd.; S.177

<sup>674</sup> v. Wietersheim, Jörn u.a. 2003

<sup>675</sup> Die Patienten der Kontrollgruppe haben mit einer Verzögerung von einem halben Jahr die Therapie begonnen.

<sup>676</sup> v. Wietersheim, Jörn u.a. 2003; S. 174 f.

<sup>677</sup> Ebd.; S. 174

<sup>678</sup> Ebd.; S. 176

<sup>679</sup> Vgl. ebd; S. 177

<sup>680</sup> Wenn auch das 'Katathyme Bilderleben' bisher von den Krankenkassen nicht anerkannt ist. Es geht bei diesen Methoden um den erbrachten Nachweis von Wirksamkeit und nicht um die Erstattungsmodalitäten der Krankenkassen.

<sup>681</sup> Banki, Farsin/Rothe, Friedrich Karl 1979; S. 46

verhalte erschließen sich nur dem Klienten selbst können nicht evaluiert werden. Menschen sind zu komplex, eine Wirkungsanalyse könnte im sozialen Bereich nur eine Wahrscheinlichkeit ausdrücken und das wäre nicht mehr und nicht weniger als das, was der Berater/Therapeut tagtäglich durch Beobachtung und Erprobung der `Imaginativen sozialen Therapie` in der Praxis erkennen kann.

2. Dazu kommen methodische Probleme. Wie in der Darstellung der KIP-Wirksamkeitsstudien ersichtlich, lassen sich gerade die in ihren Ergebnissen als *sicher* geltenden, langfristigen Studien wegen hoher Therapieabbruchquote kaum zufrieden stellend beenden. Ein wirklich makelloses Studiendesign ist extrem aufwendig, da nicht nur zur Anamnese, Katamnese und zu ein oder zwei weiteren willkürlichen Zeitpunkten Patientendaten erhoben werden müssten, sondern zu einer großen Anzahl von Zeitpunkten. Auch lässt sich einer der Hauptkritikpunkte an der Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie auf die `Imaginative soziale Therapie` übertragen. Die in einer Studie festgestellte *mangelnde Wirksamkeit* kann auch viel mit den Patienten bzw. dessen Persönlichkeitsstrukturen zu tun haben: „*Die klinische Erfahrung zeigt, dass Psychotherapie bei manchen Patienten nicht wirksam ist bzw. die unterschiedliche Wirksamkeit auf Unterschiede zwischen den Patienten zurückgeführt werden kann.*“<sup>682</sup>
3. Vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2006<sup>683</sup> wurde das `Katathyme Bilderleben` von Hanscarl Leuner trotz Belegen für die Wirksamkeit als eigenständige Psychotherapie abgelehnt, da sie „(...) *gegebenenfalls im Rahmen eines übergeordneten, tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzepts (...) Anwendung (...)*“<sup>684</sup> finden kann. Mit fast identischer Argumentation wurde die `Rational emotive Therapie` (RET), die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie, die Logotherapie, das Psychodrama, das `Respiratorische Biofeedback` und die Transaktionsanalyse als nicht erstattungswürdig durch die Krankenkassen eingeordnet. Ebenso könnte nun diese Argumentation bei der `Imaginativen sozialen Therapie` greifen.
4. Sozialpädagogen und ihre Arbeit werden durch das Gesundheitswesen generell als nicht erstattungswürdig durch die Krankenkassen angesehen.

Insofern wären Anstrengungen zu unternehmen den Bereich der `Sozialen Therapie` als anerkannte therapeutische Methode gesetzlich zu etablieren. Der Ansatz der `Imaginativen sozialen Therapie` macht deutlich, dass gestern und bes. heute, in einer immer komplexer werdenden Welt, die Verunsicherung der Gesellschaftsmitglieder zunimmt und soziale Hilfe mehr denn je ohne therapeutische Methoden kaum noch möglich ist. In diesem Bereich ist politische Überzeugungsarbeit zu leisten.

## 2. Die Wirksamkeit von Imagination

Wie im Lauf dieser Arbeit (Kapitel III.) und auch in einer früheren Veröffentlichung<sup>685</sup> dargestellt, sind meines Erachtens Belege für eine Wirksamkeit der `Imaginativen sozialen Therapie` gegeben. Bereits zu den Therapieformen, zu denen sie Verbindungen hat bzw. die sie anteilartig integriert, gibt es hinreichend Belege für ihre Wirksamkeit, darunter auch statistische Studien (s. Kapitel V.1.). Grundsätzlich haben die mit Imagination arbeitenden Methoden schon längst ihre Wirksamkeit bewiesen. Vor allem in der Psychotherapie gibt es, wie schon beschrieben, viele mit inneren Bildern arbeitende Ansätze. Bereits Freud verwendete anfänglich eine Technik der Fokussierung auf bestimmte evozierende Szenen, und Jung verwendete erfolgreich die sog. *Aktive Imagination*, bei der ein Patient mit bestimmten symbolischen Bildern in Dialog trat und interagierte.

In der behavioristischen Psychotherapie gibt es das *emotionale Fluten*, eine Technik, bei der Patienten ihre Phobien durch das Imaginieren ihrer Ängste konfrontiert. Ähnlich verwendete Wolpe die *systematische Desensibilisierung*, bei der Patienten durch Serien mit belastenden imaginierten Szenen geführt wurden. Durch zunehmende Intensivierung der Szenen wurden die Patienten von ihren Phobien

<sup>682</sup> Jung, Friedhelm/Kulesa, Christoph 1980; S. 172

<sup>683</sup> Vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung z. B. der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) von 2006

<sup>684</sup> Vgl. ebd.; S. 22

<sup>685</sup> Hempel, Petra 2008

geheilt<sup>686</sup>. Bezüglich der Gründe für den Erfolg von Imagination als psychotherapeutische *Basistechnik* folgende Annahmen: Techniken, die mit geistigen Bildern arbeiten, erleichtert es mit den Patienten in Interaktion zu kommen, weil mentale Bilder symbolische Repräsentationen bedeutungsvoller Erfahrungen des Patienten sind. Durch die Arbeit mit diesen individuellen Bildern kann sich der Therapeut im persönlichen Bezugsrahmen des Patienten bewegen und so das therapeutische Verhältnis verbessern. Zudem lassen sich mentale Bilder prinzipiell diagnostisch einsetzen. Therapeuten können z. B. Patienten auffordern, sich als Baum zu imaginieren. Je nach Form und Ausmaß lässt sich die Selbsteinschätzung des Patienten ermesen (s. dazu Fall 6). Patienten können mentale Bilder erschaffen, ihnen Stimmen geben, mit ihnen kommunizieren und sie transformieren. Dadurch erschafft therapeutische Arbeit mit solchen Bildern einen hohen Intensitätsgrad<sup>687</sup>.

### 3. Forschung im Bereich der Imaginativen sozialen Therapie

Grundsätzlich ist die Forschung im Bereich der 'Imaginativen sozialen Therapie', im Gegensatz zu vielen quantitativen Forschungsfeldern, eher für den Praktiker relevant. Er bekommt eine Methode in die Hand, die ihm eine Ausgangsbasis bietet und die er sofort in die Praxis umsetzen kann. Er erhält aber auch ein Instrument, auf dessen Grundlage er selbst weiterforschen kann, um z. B.

- a) weitere Einsatzmöglichkeiten bezüglich des Problemfeldes (der Fallgeschichte) zu entdecken,
- b) vorhandene Motive auszubauen,
- c) weitere Motive zu entwickeln,
- d) vorhandenes, standardisiertes Material zu verfeinern oder
- e) das standardisierte Arbeitsmaterial zu erweitern.

Der Praktiker wird durch die 'Imaginative soziale Therapie' angeregt eigene Forschungen anzugehen, evtl. in kleineren Forschungsgruppen, und Forschungskompetenzen zu erwerben, die nicht gleichbedeutend sind sich mit Statistik, deren statistischen Feinheiten und mit mathematischen Formeln u. ä. auseinandersetzen zu müssen. Praktiker sind nicht frei von Forschungsinteresse, nur weil sie den Weg in die Statistikseminare ablehnen. Sie sind i. d. R. zeitlich zu stark ausgelastet, um den quantitativen Forschungsprozess leisten zu können. Im Bereich der 'Imaginativen sozialen Therapie' wird ihnen eine Möglichkeit der Forschung an die Hand gegeben mit denen sie in der Praxis gewonnene Kompetenzen in diese einfließen lassen können. Ihre Forschungen erlangen somit sofortige Umsetzung in den praktischen Bereich, haben direkten Einfluss darauf, der wiederum erforscht und bearbeitet werden kann.

Wirksamkeitsstudien im Bereich der 'Imaginativen sozialen Therapie' zu betreiben wäre erst angeraten, wenn sie mehr Verbreitung gefunden hat, als eigenständige Methode anerkannt werden soll und/oder eine Anerkennung der bei der Kassenärztlichen Vereinigung erreicht werden soll, damit die Sitzungen, evtl. integriert in der soziotherapeutischen Arbeit, durch die Krankenkassen erstattet werden.

Letzteres würde bedeuten, diese Methode im gesetzlich festgelegten Arbeitsfeld der Soziotherapie zu etablieren, wobei Erfahrungen im Bereich mit schwer psychisch Kranken bisher, bis auf Fall 10, nicht vorliegen. Bezogen auf die 'Imaginative soziale Therapie' würde dies eine Erprobung in Zusammenarbeit mit einem Soziotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten oder in einer psychiatrischen Klinik bedeuten. Die Etablierung der 'Imaginativen sozialen Therapie', als soziotherapeutische Methode, wäre somit eine Möglichkeit, Forschung an schwer psychisch Patienten zu betreiben.

Im weiteren Verlauf müsste die Wirksamkeit in diesem Bereich durch Studien bestätigt werden und die Methode in Folge als Methode der Soziotherapie anerkannt werden, und die Methode als Teil der Soziotherapie anerkannt werden. Die Soziotherapie, etabliert für schwer psychisch kranke Patienten, damit in ihrem Arbeitsfeld evtl. zu erweitern, würde u. a. bedeuten, die Wirksamkeit der Methode auch für Fälle, wie neurotische -, Belastungs- und somatoforme Störungen o. ä. nachzuweisen und eine Änderung des Gesetzesparagrafen § 37a SGB V zu erreichen. Es ist allerdings zu bedenken, dass die 'Imaginative soziale Therapie' dann ihren ursprünglichen Stellenwert der sozialen Arbeit evtl. verlieren

<sup>686</sup> Vgl. Leuner, Hanscarl 1994; Schaller, Roger 2006;

<sup>687</sup> Ebd.



würde. Ihr Einsatz wäre in diesem Bereich wohl eher therapeutischer, als sozialer Art und stünde einem klar definierten Patientenkreis zur Verfügung.

Eine andere Variante, mit dieser sozialtherapeutischen Methode einen größeren Kreis an Hilfesuchenden zu erreichen, wäre 'Soziale Therapie' als Therapieform zu gestalten, mit all den Anforderungen, die an Therapien gestellt werden (s. Kapitel 1.1), um eine Kassenzulassung, auch für die darin enthaltene Methode wie die 'Imaginative soziale Therapie', zu erhalten. Denn die 'Imaginative soziale Therapie' ist primär als zusätzliches Instrument der 'Sozialen Therapie' für Berater/Therapeuten entwickelt worden, um Menschen in schwierigen Problem- oder Krisensituationen, zwecks Verbesserung der Befindlichkeiten, in anderer Weise als bisher, Einsicht in die diesbezüglich ausgebildeten Verhaltensweisen zu ermöglichen und daraus Lernverhalten zu entwickeln.

In jedem Fall müssen entsprechende Wirkungsanalysen zur 'Imaginativen sozialen Therapie' folgen und dazu festgelegte Standards entwickelt werden, wie z. B.

- sämtliche Gespräche und die Imagination von Beginn an mithilfe von Aufzeichnungen durch Kameras oder Gesprächsmitschnitten genauer dokumentieren und unter festgelegten Standards auswerten.
- Imaginationen müssten unter festen Vorgaben und Beobachtungsschemata ablaufen.
- Kontrollen der Wirkung nach Abschluss der Sitzungen müssten durch Fragebögen oder standardisierte Interviews in festgelegten Abständen erfolgen.

## VI. Anhang

### 1. Kodierpläne zur Erfassung von Körpersprache, Erscheinungsbild, Sprach- und Verhaltensmuster

#### 1.1 Tabelle 1 (T1) und Kodierung (K ...):

- (a) **T1 K 1:** *Schraubstockgriff*<sup>688</sup> – mitunter schmerzt die Hand, der so begrüßten Person danach.  
Mögliche Bedeutung<sup>689</sup>: Grenzverletzung durch den Klienten<sup>690</sup> mittels invasiven Verhaltens – er demonstriert Fremdherabsetzung – Dominanzverhalten – Macht – Schwäche und Unfähigkeit kann der Klient dadurch kompensieren  
**T1 K 2:** Der Händedruck ist gut spürbar.  
Mögliche Bedeutung: Anerkennung des Gegenübers – der Klient ist – extravertiert – expressiv-emotional  
**T1 K 3:** Der Händedruck ist kaum spürbar.  
Mögliche Bedeutung<sup>691</sup>: Der Klient zeigt Passivität und Distanz – ist selbstgefällig – oft Menschen, die häufig Hände schütteln müssen  
**T1 K 4:** Die Hände sind feucht oder sogar nass.  
Mögliche Bedeutung: Der Klient hat Angst – ist unruhig – unsicher – Eine chronische Krankheit (z. B. die Hyperhidrose) liegt vor, bei der die Schweißdrüsen übermäßig Schweiß absondern.
- (b) **T1 K 5:** Kinn ist entweder waagrecht oder nach oben gerichtet, der Hals ist gut erkennbar.  
Mögliche Bedeutung: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe ist erwünscht – signalisiert Aufmerksamkeit – Respekt des Gegenübers  
**T1 K 6:** Das Kinn ist zur Brust gezogen, der Nacken ist gut erkennbar.  
Mögliche Bedeutung: Selbsterniedrigung – Raumreduktion – Minderung des kommunikativen Status – Beschwichtigungshaltung – der Klient zeigt Angst – Unsicherheit – Verlegenheit  
**T1 K 7:** Der Kopf ist wenig bis stark seitlich geneigt und der Hals ist an der gestreckten Seite gut zu erkennen.  
Mögliche Bedeutung: Der Klient nimmt Drohhaltung ein – zeigt ein Unterwerfungssignal – hat das Gefühl von Unbehagen – deutet Beschwichtigungsgeste an – signalisiert Unschuld – Schüchternheit des Klienten – zurückhaltende Art des Klienten  
**T1 K 8:** Der Kopf wird zu den Schultern gezogen, das Kinn geht in Richtung Brustkorb und der Hals ist kaum erkennbar.  
Mögliche Bedeutung: Raumreduktion – Minderung des kommunikativen Status – Beschwichtigungshaltung – der Klient zeigt Angst – Unsicherheit – Verlegenheit
- (c) **T1 K 9:** Der Oberkörper ist mit verkrampfter Haltung stark aufgerichtet, evtl. Hohlkreuz und der Oberkörper wirkt wie aufgeblasen.  
Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt körperliche Expansion – Drohgebärde – Dominanzverhalten – soll vermeintlichen Gegner abschrecken – zeigt einen hohen kommunikativen Status – demonstriert Macht – Sicherheitsgefühl – Angst  
**T1 K 10:** Sich »groß« machen durch tiefes Einatmen in den Brustkorb und halten der so gewonnenen Größe.

<sup>688</sup> Die Hand wird vom Gegenüber fest umschlossen und so gedrückt, dass sich mitunter die Mittelhandknochen zusammenschieben, was zu Schmerzen führen kann.

<sup>689</sup> Bedeutungen sind durchgängig übernommen aus Rhode/Meis (2004), Molcho (1998) und Collett (2003). Anderweitig übernommene Bedeutungen werden gesondert vermerkt. Manchmal ist unter *Mögliche Bedeutungen* in der Literatur keine Zuordnung zu finden, diese müssen dann vom Berater/Therapeuten aus dem Gesamtbild heraus entwickelt werden.

Die Auswahl der Bedeutungen aus *Mögliche Bedeutung* ergibt sich aus dem Gesamteindruck und dem Kulturkreis dem der Klient angehört, wie auch Collett mehrfach betont. So macht z. B. ein Redner in unserem Kulturkreis deutlich, wenn er die Anzahl der Themen parallel mit seinen Fingern anzeigt, dass er nicht vorhat, seinen Redefluss zu unterbrechen, in Italien dagegen ist es durchaus normal dies zu tun und gilt keinesfalls als Signal nicht unterbrochen werden zu wollen (Collett, Peter 2003; S.114 f.). Ein anderes Beispiel ist das Augensenken, das Unterwürfigkeit ebenso signalisieren kann, wie die Bereitschaft zu flirten. Hier kommt es auf die Begleitumstände an, wie das Senken der Augen zu bewerten ist und wie die übrige Körpersprache aussieht (Collett, Peter; 2003). Bedeutungen gewinnen erst an Gewicht, sind als relevante Bedeutungen zu werten, wenn das Gesamtbild, also der Gesamteindruck stimmig ist.

<sup>690</sup> »Der Klient« ist auch hier nicht als geschlechtlich zugeordnetes Substantiv zu verstehen.

<sup>691</sup> Die Art und Weise des Händedrucks kann kulturell bedingt sein. In diesem Kontext beziehe ich mich auf den hiesigen Kulturkreis (vgl. Rhode/Meis, 2004).

Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt körperliche Expansion – Drohgebärde – Dominanzverhalten – hat Angst

**T1 K 11:** Der Oberkörper ist in angespannter Haltung aufgerichtet.

Mögliche Bedeutung: Minimierte, abgeschwächte Bedeutungsversion von *sehr gerade* – optimistisch

**T1 K 12:** Entspannte Haltung.

Mögliche Bedeutung: Anzeichen von Dominanz – hoher kommunikativer Status – der Klient ist angstfrei – zeigt Selbsterhöhung bzw. Überheblichkeit – ist souverän

**T1 K 13:** Sich *klein* machen, buckeln (Rundrücken).

Mögliche Bedeutung: Signal der Unterlegenheit – Konfliktvermeidung durch Besänftigen – der Klient ist oft erfolglos – bei großen Menschen ist buckeln gegenüber kleineren Menschen mitunter der Ausdruck vom Wunsch nach Kommunikation auf gleicher Augenhöhe

(d) **T1 K 14:** Beide Schultern auf gleicher Höhe und evtl. leicht nach hinten gezogen.

**T1 K 15:** Bemühung die Schulter gerade zu halten, mehr oder weniger stark nach hinten oder nach vorne gezogen, die Anspannung ist evtl. sichtbar.

Mögliche Bedeutung: Schutz vor einem Gegner, der überlegen scheint – der Klient hat Angst

**T1 K 16:** Schultern sind mehr oder weniger stark Richtung Ohren gezogen und der Hals ist kaum sichtbar.

Mögliche Bedeutung: Schutzbedürfnis des Klienten vor Attacken des Gegenübers – Angst – Gegner wirkt überlegen – Schuldeingeständnis

**T1 K 17:** Schultern sind schlaff und locker und Arme hängen dadurch locker neben dem Körper.

Mögliche Bedeutung: Der Klient betreibt Selbsterniedrigung – ist kleinlaut oder kleinmütig – ist ängstlich – er zeigt Verlegenheits- und Unsicherheitssignal – ist antriebsschwach – ist willensschwach – hat mangelndes Durchsetzungsvermögen – zeigt kommunikativen Tiefstatus

**T1 K 18:** Schultern werden kurz nach oben gezogen.

Mögliche Bedeutung: Selbstschutz – der Klient zeigt Unterwerfungssignal – Hilflosigkeit – Machtlosigkeit – Ausstiegssignal – Abschluss der Redezeit

(e) **T1 K 19:** Keine Spannung sichtbar.

Mögliche Bedeutung: Der Klient demonstriert Selbsterniedrigung – ist kleinlaut oder kleinmütig – ängstlich – zeigt Verlegenheit – zeigt Unsicherheit

**T1 K 20:** Hände halten sich mehr oder weniger verkrampt an der Hüfte fest, die Ellenbogen sind nach außen und weg vom Körper gerichtet.

Mögliche Bedeutung: Der Klient demonstriert körperliche Expansion – zeigt hohen kommunikativen Status – Dominanzverhalten – Macht – zeigt eine Drohgeste – es ist eine Vorbereitung der Arme zum Angriff übergehen zu können

**T1 K 21:** Arme liegen ohne Spannung verschränkt am Körper, die Hände liegen locker auf den Armen.

Mögliche Bedeutung: Der Gegenüber wird als überlegen angesehen – sog. *Körperbarrikade* als Schutz

**T1 K 22:** Arme werden fest aneinander gedrückt, die Hände pressen oder krallen sich in die Arme und Spannung ist sichtbar.

Mögliche Bedeutung: Der Gegenüber wird als stark überlegen angesehen – *Körperbarrikade* als Schutz vor evtl. Angriffen – Angst

**T1 K 23:** Beide Arme werden seitlich in voller Länge z. B. auf einer breiten Lehne locker abgelegt bzw. ausgebreitet, die Hände hängen entspannt herunter oder Hände liegen locker auf der Lehne.

Mögliche Bedeutung: Der Klient demonstriert körperliche Expansion – hohen kommunikativen Status – Dominanz – Macht

(f) **T1 K 24:** Hände liegen locker neben dem Körper oder auf dem Schoß oder anderen Körperteilen.

**T1 K 25:** Z. T. nervöses oder rhythmisches klopfen oder trommeln mit den Fingern.

Mögliche Bedeutung: Der Klient steht unter Zeitdruck – hat innere Unruhe – ungehalten – unsicher – hat wenig Selbstsicherheit

**T1 K 26:** Finger sind locker.

Mögliche Bedeutung: Selbstberuhigung – Unterwürfigkeitssignal

**T1 K 27:** Finger werden so gedrückt und aneinandergedrückt, dass die Spannung zu sehen ist und evtl. werden einige Stellen sichtbar blutleer gedrückt.

Mögliche Bedeutung: Der Klient ist ängstlich – unsicher – verlegen – Unterwürfigkeit ist groß

**T1 K 28:** Finger sind angespannt.

Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt Drohgebärde – demonstriert Kraft und Macht gegenüber dem Gesprächspartner – z. T. unbewusste Androhung von körperlicher Gewalt – betont, dass er zur Gesprächsaufgabe nicht bereit ist – der Klient deutet das imaginäre Niederstechen des Gegenübers an – er will belehren

**T1 K 29:** Finger sind locker zur Faust geformt.

Mögliche Bedeutung: Der Klient demonstriert seine Stärke und Kraft.

**T1 K 30:** Finger werden sichtbar fest zusammengepresst.

Mögliche Bedeutung: Der Klient demonstriert seine Stärke und Kraft – zeigt Drohgebärde – will abschreckend wirken – dicht vor dem Gesicht des Gesprächspartners ist dies eine aggressive, invasive Grenzverletzung – er demonstriert Ärger – Frust

**T1 K 31:** Hände werden über Augen, Mund, Wangen oder Ohren gelegt oder die Hände nesteln im Gesicht herum, kratzen im Gesicht oder die Nase wird mit dem Finger gerieben o. ä.

Mögliche Bedeutung: Selbstberuhigung – der Klient hat Angst vor Dominanz des Gegenübers – zeigt Befangenheit – Absichtslosigkeit – der Klient lügt

**T1 K 32:** Eine oder beide Hände werden vor oder um den Hals gelegt.

Mögliche Bedeutung: Körperbarriere als Schutz vor evtl. Angriffen – der Klient zeigt Schuldbewusstsein – Unterwürfigkeit – körperliche Distanzierung zum Gegenüber – Selbstberuhigung

- (g) **T1 K 33:** Arme und Hände bewegen sich im Gespräch selten.

Mögliche Bedeutung: Emotional entspannt – Gelassenheit – selbstsicher

**T1 K 34:** Arme und Hände bewegen sich im Gespräch mit raumgreifenden, großen Gesten.

Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt körperliche Expansion – hohen kommunikativen Status – Dominanzverhalten – zeigt, dass er nicht die Absicht hat, sein Gespräch zu beenden – er hat wenig Selbstsicherheit – Angst

- (h) **T1 K 35:** Beine sind lang vom Körper weggestreckt, die Beine liegen dabei locker nebeneinander.

Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt körperliche Expansion – hohen kommunikativen Status – Dominanzverhalten

**T1 K 36:** Beine sind angewinkelt aufgestellt, die Füße stehen auf dem Boden und die Beine sind mehr oder weniger weit locker nebeneinander aufgestellt.

Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt körperliche Expansion – hohen kommunikativen Status – Dominanzverhalten – Unbeweglichkeit

**T1 K 37:** Die Beine sind angewinkelt aufgestellt, die Füße stehen fest auf dem Boden, die Beine werden fest aneinandergedrückt und Spannung ist sichtbar.

Mögliche Bedeutung: Schutz vor verbalen Attacken – der Klient zeigt Angst – Unsicherheit

**T1 K 38:** Die Beine sind angewinkelt aufgestellt und werden nach hinten unter die Sitzfläche gezogen.

Mögliche Bedeutung: Der Klient schwankt zwischen Dominanz und Unsicherheit – zeigt z. T. Unterwürfigkeit

**T1 K 39:** Beine sind angewinkelt aufgestellt und liegen locker übereinander.

Mögliche Bedeutung: Schutz vor verbalen Attacken – der Klient hat geringe Angst – benutzt abwartende Position – er ist ins Gespräch vertieft – er zeigt Unterwerfungsgeste

**T1 K 40:** Die Beine sind angewinkelt aufgestellt, werden dabei fest übereinander gepresst und Spannung ist sichtbar.

Mögliche Bedeutung: Der Klient beruhigt sich selbst – hat Angst – signalisiert Absichtslosigkeit

**T1 K 41:** Die Füße bewegen sich oder tippen vermeintlich nervös oder rhythmisch.

Mögliche Bedeutung: Unterlegenheitsgefühl – der Klient ist wenig selbstsicher

- (i) **T1 K 42:** Der Klient rutscht dicht heran, wahrt jedoch die Intimzone des Gegenübers.

Mögliche Bedeutung: Der Klient fühlt sich u. U. zum Gegenüber emotional hingezogen – Vertrauensbeweis – Ausdruck identischem Statusgefühls

**T1 K 43:** Eindringen in die persönliche Intimzone des Beraters/Therapeuten.

Mögliche Bedeutung: Der Klient hat evtl. Gewalterfahrungen gesammelt – hat veränderte Wahrnehmung von Distanzzonen entwickelt – zeigt invasives Verhalten – der Gesprächspartner soll psychische und physische Destabilisierung erfahren

**T1 K 44:** Der Klient sitzt auf Distanz, der Oberkörper wird nach hinten gezogen und der Stuhl wird oft zurückgezogen.

Mögliche Bedeutung: Der Klient ist mit dem Gesagten nicht einverstanden – wenig Akzeptanz des Gegenübers – kritische Haltung gegenüber dem Gesprächspartner – Fluchtreaktion, Herstellen eines Sicherheitsabstandes aus Angst heraus – der Klient fühlt sich bedroht – der Klient sieht den Gegenüber als Fremden an

**T1 K 45:** Der Klient sitzt direkt gegenüber, ist locker und entspannt dem Gesprächspartner zugewandt.

Mögliche Bedeutung: Dem Partner im Auge behalten wollen – nichts soll entgehen – Kommunikationsaufforderung – Ausdruck von Konfrontationsbereitschaft, wenn man sich fremd ist – Ausdruck von Respekt, wenn man sich gut kennt – gesprächsfördernde, nonverbale Verstärkung<sup>692</sup>

**T1 K 46:** Körper ist nicht komplett zu sehen und eine Seite ist mehr oder weniger abgewandt.

Mögliche Bedeutung: Der Klient will dem Gegenüber möglichst wenig Angriffsfläche zeigen – hat Angst vor verbalen oder körperlichen Attacken – zeigt Unterwerfungszeichen

- (j) Sonstiges<sup>693</sup>: Hier, wie bei allen folgenden Tabellen, kann der Berater/Therapeut weitere Merkmale oder Hinweise für neue Kategorien zum Klienten einbringen, die bisher nicht erfasst wurden.

## 1.2 Tabelle 2 (T2) und Kodierung (K ...):

- (a) **T2 K 1:** Absichtsloses Lächeln, die Augen lachen mit, Augenfältchen zeichnen sich evtl. ab und Mundwinkel sind nach oben gezogen.

Mögliche Bedeutung: Die Beziehung zum Gegenüber soll intensiviert werden – Angebot des Klienten auf Augenhöhe zu kommunizieren – Emotion der Freude wird sichtbar gemacht – der Klient zeigt Dominanz, wenn das Lächeln vorrangig in freundlichen Situationen vorkommt

**T2 K 2:** Ein Lächeln wird zurückgehalten und Anspannung ist sichtbar.

Mögliche Bedeutung: Ausdruck des Klienten von Kontrollvermögen.

**T2 K 3:** Mundwinkel ziehen sich zurück, verziehen sich seitlich oder nach unten, die Augen lachen nicht mit und das Lächeln wird länger gehalten als das freudige Lächeln, es wird schnell auf- und abgebaut.

Mögliche Bedeutung: Angst vor dem Gegenüber – der Klient signalisiert Unterwerfung – Unsicherheit – Schüchternheit – Verlegenheit – beabsichtigt Besänftigung des Gesprächspartners – offenbart sich selbst

**T2 K 4:** Beide Mundwinkel werden asymmetrisch nach oben gezogen.

Mögliche Bedeutung: Ausdruck von Wut – der Klient zeigt seinen Willen eigene Interessen durchsetzen zu wollen – er demonstriert Fremdherabsetzung

**T2 K 5:** Mehr oder weniger von Geräuschen begleitetes Ein- und Ausatmen durch den Mund.

Mögliche Bedeutung: Ausdruck des Klienten von Langeweile – Desinteresse – Selbsterhöhung – Gefühl von Unbehagen oder Verlegenheit – Stressreaktion – Dominanzgebaren – Drohgebärde

**T2 K 6:** Die Mundwinkel sind nach unten gezogen und die Lippen evtl. zusammengepresst.

Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt Kapitulation an – Ohnmacht – benutzt damit ein Druckmittel – Opferstatus wird angezeigt

**T2 K 7:** Der Mund zeigt wenig bis gar keine Regungen, die auf emotionale Zustände schließen ließen.

<sup>692</sup> Watzlawick, Paul/Jackson Don D. 1974

<sup>693</sup> In den Folgetabellen werde ich »Sonstiges« nicht mehr genauer ausführen, da überall dasselbe gemeint ist.

- (b) **T2 K 8:** Blickkontakt wird gehalten, wenn der Gesprächspartner spricht, der Klient wirkt selbstsicher, durchsetzungswillig, ruhig und ausgeglichen.  
Mögliche Bedeutung: Der Gesprächspartner wird geachtet, wertgeschätzt und respektiert – gesprächsfördernde, nonverbale Verstärkung<sup>694</sup>
- T2 K 9:** Der Klient kann den Blickkontakt nicht halten, weicht ständig aus, nachdem er kurz und zumeist angstvoll die Reaktion oder Aktion des Gegenübers kontrolliert hat.  
Mögliche Bedeutung: Situationsbezogene Unsicherheit des Klienten – absolute Unsicherheit oder Angst des Klienten
- T2 K 10:** Der Blick wirkt als würde man *durchbohrt* oder mit dem Blick *getötet*.  
Mögliche Bedeutung: Der Gesprächspartner soll auf Distanz gehalten werden – Selbsterhöhung, damit Erniedrigung des Gegenübers – der Gesprächspartner soll vom Klienten mit dem Blick besiegt oder zum Aufgeben gezwungen werden – Drohgeste – Gesprächspartner wird als Feind angesehen – erzeugen von Druck und Angst beim Gegenüber – Ausdruck von Dominanz
- T2 K 11:** Der Gesprächspartner wird übersehen und nicht wahrgenommen.  
Mögliche Bedeutung: Machtdemonstration
- T2 K 12:** Augen blicken nach unten und der Gesprächspartner wird nicht bzw. kaum angesehen.  
Mögliche Bedeutung: Der Klient präsentiert seine Kapitulation – vollständige Unterlegenheit – fühlt sich ausgeliefert – zeigt Schuldeingeständnis – Besänftigungstaktik – ängstlich – verlegen – unsicher/es ist, je nach Situation aber auch als Flirtsignal wirksam
- T2 K 13:** Oft wird der Gesprächspartner aus dem Augenwinkel beobachtet, der Blick wandert ständig hin und her, so als ob sich der Klient ständig gegen evtl. Angriffe oder Gefahren absichern müsste.  
Mögliche Bedeutung: Der Gegenüber wird als Machtmensch mit Sanktionsmöglichkeiten angesehen.
- T2 K 14:** Der Klient blinzelt schnell (normal sind 20 Wimpernschläge in der Minute<sup>695</sup>).  
Mögliche Bedeutung: Der Klient ist unsicher – hat Angst – lügt – ist aufgeregt – fühlt sich unter Druck gesetzt
- (c) **T2 K 15:** a) Die Augen werden dabei weit aufgerissen oder b) die Augen werden nicht aufgerissen.  
Mögliche Bedeutung<sup>696</sup>: Zu a) der Klient ist erstaunt oder erschrocken – glaubt das eben Gesagte nicht – will Mitleid erheischen – zeigt unschuldige Aufmerksamkeit – möchte seiner Aussage Ausdruck verleihen (optisches Ausrufezeichen) – signalisiert Hochmütigkeit und zu b) der Klient zeigt Unterwürfigkeit – benutzt dies als Beschwichtigungssignal
- T2 K 16:** Augenbrauen werden nach unten gezogen.  
Mögliche Bedeutung: Der Klient zeigt seine Dominanz – Wut – Aggression – benutzt dies als Schutz vor Verletzung – zeigt Konfrontationsgeste
- T2 K 17:** Aggressivere Variante von T2 K 16, dabei ist die Anstrengung zu sehen, wenn die Augenbrauen nach unten gezogen werden.  
Mögliche Bedeutung: Die verstärkte Form der Bedeutung von T2 K 16 – Ausdruck von Besorgtheit

<sup>694</sup> Vgl. Watzlawick, Paul/Jackson Don D. 1974

<sup>695</sup> Collett, Peter 2003; S. 299

<sup>696</sup> Die Bedeutung der Haltung der Augenbrauen ist kulturell bedingt. Hier bezieht sich die Bedeutung der Haltung der Augenbrauen auf den hiesigen Kulturkreis (vgl. Rhode/Meis, 2004).

## 1.3 Tabelle 3 (T3) und Kodierung (K ...):

- (a) **T3 K 1:** Die Mehrheit der Worte ist gut zu verstehen und die Worte werden mehrheitlich komplett ausgesprochen.

Mögliche Bedeutung: Der Klient ist der Wirkung seiner Worte sicher – hat starke Selbstsicherheit – hat starkes Selbstbewusstsein

**T3 K 2:** Bei einigen Worten werden Buchstaben ausgelassen, Worte verkürzt – einige Worte sind unverständlich

Mögliche Bedeutung: T1 K 1 in abgeschwächter Form.

**T3 K 3:** Zumeist undeutliche oder falsche Aussprache Worten, die meisten Worte werden abgekürzt und Buchstaben werden ausgelassen.

Mögliche Bedeutung: T1 K 1 in stark abgeschwächter Form.

- (b) **T3 K 4:** Der Klient ist gut zu verstehen und sprachlich gibt es keine Auffälligkeiten

**T3 K 5:** Der Klient ist gut zu verstehen, er hat wenig sprachliche Auffälligkeiten wie z. B. leichtes Stottern, Lispeln oder einzelne Buchstaben können nicht ausgesprochen werden.

**T3 K 6:** Der Klient ist phasenweise kaum zu verstehen, er hat deutliche sprachliche Auffälligkeiten wie z. B. Stottern, Lispeln oder einzelne Buchstaben können nicht ausgesprochen werden.

**T3 K 7:** Der Klient ist nur durch äußerste Konzentration des Gegenübers zu verstehen, phasenweise ist der Klient nicht mehr zu verstehen und es muss mitunter nachgefragt werden.

- (c) **T3 K 8:** Gekonnte, häufige Nutzung von Fremdwörtern oder/und Fachausdrücken sowie gute Grammatik.

Mögliche Bedeutung: Selbsterhöhung

**T3 K 9:** Alltagssprache mit guter Grammatik unter Nutzung von Fremdwörtern.

**T3 K 10:** Die Sprache ist grammatikalisch oft falsch, benutzt werden hauptsächlich einfache Worte, Sätze werden manchmal abrupt unterbrochen und *nach Worten gesucht*, Fremdwörter fehlen oder werden, wenn sie genutzt werden, teilweise falsch eingesetzt.

**T3 K 11:** Häufige Nutzung der Fäkalien Sprache, unzusammenhängende Satzfragmente, inhaltlich kaum nachvollziehbar sowie keine Nutzung von Fremdwörtern oder i. d. R. falsch benutzt.

- (d) **T3 K 12:** Durchgängig feste Stimme und Emotionen verändern die kräftige Stimme nicht.

Mögliche Bedeutung: Dominanzgebaren

**T3 K 13:** Phasenweise feste Stimme aber Emotionen verändern teilweise die Stimme.

**T3 K 14:** Viele Sprechpausen, weil die Stimme versagt und Emotionen verändern häufig die Stimme.

Mögliche Bedeutung: Der Klient ist verunsichert – hat wenig Selbstvertrauen – hat wenig Selbstbewusstsein – hat Angst

**T3 K 15:** Die Stimme versagt sehr oft und Emotionen verändern durchgängig die Stimme.

- (e) **T3 K 16:** Auch noch in einer Entfernung von ca. 5 bis 10 m Abstand noch deutlich zu verstehen, Unbeteiligte können das Gespräch leicht mitverfolgen oder es scheint, als ob der Klient schreien würde.

Mögliche Bedeutung: Soll körperliche Kraft ausdrücken – soll den Gegenüber abschrecken – Drohsignal

**T3 K 17:** Für den Zuhörer bestimmt und bei einem Gesprächsabstand von ca. 1 bis 2 m gut verstehbar und der Zuhörer muss nicht nachfragen.

Mögliche Bedeutung: Der Klient ist selbstbewusst – ist selbstsicher

**T3 K 18:** Nur für den nächsten Zuhörer hörbar, bei einem Gesprächsabstand von ca. 1 bis 2 m manchmal kaum zu verstehen und der Zuhörer muss manchmal nachfragen.

Mögliche Bedeutung: Selbsterniedrigung – wenig Selbstbewusstsein – Ehrfurchtsverhalten – der Klient ist ängstlich – unsicher – ist verlegen – das illusionäre Erzeugen von physischer und psychischer Nähe – Traurigkeit – ist depressiv

**T3 K 19:** Der Klient ist so leise, so als ob er mit sich im Selbstgespräch sei, der Zuhörer kann ihn kaum bis gar nicht verstehen und muss häufig nachfragen.

Mögliche Bedeutung: s. Bedeutung unter T1 K 18 in verstärkter Form.

- (f) **T3 K 20:** Die Stimme enthält vorwiegend tiefe Töne.

Mögliche Bedeutung: Dominanz – Drohsignal – der Klient signalisiert seine Zugehörigkeit zu einer sozial hohen Schicht – signalisiert Sicherheit – Besorgtheit

**T3 K 21:** Die Stimme enthält vorwiegend hohe Töne.

Mögliche Bedeutung: Selbsterhöhung und Drohgebärde (wenn eine ursprünglich tiefe Stimme im Gespräch plötzlich erhöht wird) – der Klient signalisiert die Zugehörigkeit zu einer sozial niedrigen Schicht – zeigt Unterwürfigkeit – zeigt Unsicherheit – Angst – lügt – fühlt sich psychisch unter Druck

**T3 K 22:** Emotionen haben unmittelbaren Einfluss auf die Stimmlage und den Tonfall.

Mögliche Bedeutung: Der Klient ist unsicher.

**T3 K 23:** Die Stimme ist mit einem weinerlichen und leidenden Tonfall belegt.

Mögliche Bedeutung: Der Klient will Mitleid erheischen – sendet Unterwürfigkeitssignal – signalisiert Selbsterniedrigung

- (g) **T3 K 24:** Der Klient erzählt chronologisiert, akribisch detailliert und verbessert sich sofort, wenn er etwas ausgelassen hat, evtl. mit einer Entschuldigung verbunden.

**T3 K 25:** Der Klient erzählt chronologisch, nicht unbedingt bis ins kleinste Detail und die wenigen Dinge, die er vergessen hat, fügt er später ein oder erwähnt sie nur kurz, evtl. mit dem Zusatz es sei nicht ganz so wichtig und beendet Themen, bevor er zum nächsten überleitet.

**T3 K 26:** Der Klient erzählt, was ihm gerade wichtig erscheint, beendet Themen manchmal nicht, springt teilweise ohne Überleitung zum nächsten, scheinbar unzusammenhängenden Thema, wechselt ab und an zwischen den Zeiten, Erlebnissen aus verschiedenen Altersstufen werden z. T. vermischt und der Zuhörer kann dem Gespräch kaum folgen.

Mögliche Bedeutung: Der Klient ist ängstlich – ist unsicher – ist verlegen

- (h) **T3 K 27:** Die Themen wechseln schnell (schneller Redefluss), häufig zu jedem Thema, zur eigenen oder zu anderen Person/en, Zeit- und Ortsangaben konzentrierte Informationen oder ein oder mehrere Themen werden bis in kleinste Detail rekonstruiert.

Mögliche Bedeutung: Der Klient macht überdeutlich, dass er die wichtigste Person ist – der Klient hört sich selbst am liebsten zu – zeigt Dominanz

**T3 K 28:** Normaler, angepasster Redefluss, die Themen wechseln, Informationen zur eigenen oder zu anderen Person/en, Zeit- und Ortsangaben fließen manchmal nur in Teilen in die Themen ein oder ein Thema wird mit wenig oder immer wiederkehrenden Informationen versehen.

**T3 K 29:** Pausenfüller wie „äh“, „also“, „ähm“, „hm“ usw. werden genutzt.

Mögliche Bedeutung: a) Wenn der Klient selbst redet, kann es eine Sprechhemmung sein – Unsicherheit ausdrücken – er hat Angst – je dominanter der Klient, desto weniger Verlegenheitsfloskeln benutzt er

b) ist der Klient Zuhörer, zeigt er dem Redner dadurch, dass er nicht den Wunsch hat, das Wort zu übernehmen – er bestärkt durch die Floskeln den Gegenüber in dessen Redefluss

**T3 K 30:** Die Themen wechseln, es kommen jedoch wenig Informationen oder Einzelheiten dazu, Themen kreisen häufig, ohne neue Informationen zu eröffnen und der Zuhörer muss für Informationen nachfragen.

Mögliche Bedeutungen: Der Klient lügt<sup>697</sup>

- (k) **T3 K 31:** Der Klient spricht sehr schnell, benutzt aber wenige Worte und er macht selten Pausen.

Mögliche Bedeutung: Der Klient hat chronische Angst – ist aufgeregt

**T3 K 32:** Der Klient spricht sehr schnell, aber benutzt wenige Worte, er macht häufige Pausen und die mit „ähm“, „hm“ oder „äh“ gefüllt werden.

Mögliche Bedeutung: Der Klient hat eine akute situationsbezogene Angst.

**T3 K 33:** Dem Klienten scheint es Mühe zu bereiten Sätze zu formulieren.

Mögliche Bedeutung: Der Klient lügt – er hat Sprachprobleme

**T3 K 34:** Der Klient spricht in einem angemessenen Sprechtempo.

Mögliche Bedeutung: Gesprächsfördernde, nonverbale Verstärkung<sup>698</sup>

<sup>697</sup> Collett (2003) geht auf dieses Merkmal ein und benennt lediglich die Möglichkeit, dass der Klient lügt. Meiner Meinung nach könnte auch mangelnde Intelligenz oder ein psychisches Problem dahinter verborgen sein, weshalb der Klient auf ein Thema fixiert ist/bleibt.

<sup>698</sup> Watzlawick, Paul/Jackson Don D. 1974



## 1.4 Tabelle 5 (T5) und Kodierung (K ...):

- (a) **T5 K 1:** Durchgängig neu erscheinende Kleidung und Schuhe, neu erscheinende, modische Accessoires und modisch aufeinander abgestimmt.

Mögliche Bedeutung: Ausdruck von hohem sozialen Status.

**T5 K 2:** Vorwiegend modische Kleidungsstücke, Accessoires und Schuhe sowie teilweise neu erscheinende Kleidung.

Mögliche Bedeutung: Ausdruck von mittlerem sozialen Status.

**T5 K 3:** Ältere Kleidungsstücke, Schuhe oder Accessoires mit neueren modischen Accessoires, Schuhen oder Kleidung kombiniert, mehr ältere Kleidungsstücke, Schuhe und Accessoires als neue.

Mögliche Bedeutung: Ausdruck von geringem sozialen Status.

**T5 K 4:** Starke Abweichungen zum derzeitig vorherrschenden Modestil, z. T. alte, abgetragene Kleidungsstücke, Accessoires und Schuhe.

Mögliche Bedeutung: Ausdruck von sehr geringem sozialen Status.

- (b) **T5 K 5:** Alle Kleidungsstücke tragen das Firmenlogo sichtbar und alle Accessoires haben ein sichtbares Label.

**T5 K 6:** Es werden wenig Kleidungsstücke und Accessoires mit sichtbarem Firmenlabel getragen.

**T5 K 7:** Es werden keine Kleidungsstücke und Accessoires mit sichtbarem Firmenlabel getragen.

- (c) **T5 K 8:** Alle Kleidungsstücke in sehr dunklen Farben oder schwarz.

Mögliche Bedeutung<sup>699</sup>: Der Klient demonstriert Unterwürfigkeit<sup>700</sup>.

**T5 K 9:** Der Klient kleidet sich durchgängig in sehr hellen, zarten oder/und blassen Farben.

**T5 K 10:** Helle, dunkle und kräftige Farben werden miteinander kombiniert.

**T5 K 11:** Starke, kräftige Farben werden miteinander kombiniert.

- (d) **T5 K 12:** Haare sind toupiert, die Frisur ist gestylt, mit viel sichtbarem Gel oder/und Haarspray und sieht aus wie frisch vom Friseur.

Mögliche Bedeutung: Der Klient möchte unbedingt jung und energisch wirken.

**T5 K 13:** Haare sind frisiert, Gel und/oder Haarspray sind wenig sichtbar und sie erscheinen wie frisch gewaschen.

Mögliche Bedeutung: Abgeschwächte Form der möglichen Bedeutung von T5 K 13

**T5 K 14:** Die Haare sind etwas fettig, strähnig oder splissig und wenig frisiert.

**T5 K 15:** Die Haare könnten eine Haarwäsche vertragen und sind nicht frisiert.

- (e) **T5 K 16:** Die Fingernägel sind sauber und gepflegt, evtl. gut oder frisch lackiert o. ä. sie sind sehr gepflegt oder gestylt und die Kleidung ist sauber und gepflegt.

**T5 K 17:** Die Fingernägel sind z. T. sauber und gepflegt, evtl. lackiert o. ä., die Haare sind gepflegt oder gestylt und die Kleidung ist sauber und gepflegt.

**T5 K 18:** Die Fingernägel sind weniger gepflegt, evtl. sind lackierte Fingernägel abgeplatzt o. ä., die Haare sind kaum gepflegt oder gestylt und die Kleidung ist z. T. sauber und gepflegt.

**T5 K 19:** Die Fingernägel sind unsauber, ungepflegt, lackierte Fingernägel sind alt und unansehnlich o. ä., die Haare sind ungepflegt, die Kleidung ist wenig sauber und gepflegt.

<sup>699</sup> Die Bedeutung der Kleidungsfarbe ist kulturell bedingt. Hier bezieht sich die Bedeutung der Kleidungsfarbe auf den hiesigen Kulturkreis (vgl. Rhode/Meis, 2004).

<sup>700</sup> Meiner Meinung nach ist dies eine zu einseitige Sichtweise, denn der Klient könnte sich auch in Trauer befinden oder einer bestimmten Gruppierung angehören, wie den sog. *Gruffies*, deren Kleidung zum Zeichen der Gruppenzugehörigkeit schwarz ist.

**2. Standardtabelle 4: Auffallende Verhaltensformen**

Standardtabelle 4: Auffallende Verhaltensformen

Name:	Datum:	Seite:
Auffälliges Verhalten	Erkennbarer Zusammenhang	

### 3. Standardisierte Arbeitsmaterialien

#### 3.1 Anamnesebogen, Blatt A

**A** **Anamnesebogen - Erstgespräch am:** Seite: 1

Name/n:				
Geb./Alter:				
Adresse:				
Tel.:			Mobiltel.:	
Verh.: Ja/Nein	Gesch.: Ja/Nein	Partner verst.:	Anz. d. Kinder:	Alter:
Geschwister:		Alter:	Verst.:	
Eltern:		Gesch.: Ja/Nein	Verst.: V / M	
Initiator der Beratung:				
Beratungsbedarf bezüglich/Ist-Zustand:				
In Anspruch genommene Sitzungstermine:				

3.2 Ergänzungsblatt **B** für Blatt **A** und Blatt **G**

<b>B</b>	<b>Ergänzungsblatt</b> für Blatt <b>A</b> und Blatt <b>G</b>	Seite: <b>...</b>
Name/n:		
Ergänzung zum Sitzungstermin vom (Datum):		
Prägende Ereignisse:		

3.3 Ergänzungsblatt C für Blatt A

<b>C</b>	<b>Ergänzungsblatt für Blatt <u>A</u></b>	<b>Seite: . . .</b>
Name/n:		
Datum:		
Involvierte Personen:		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:		

3.4 Problemanalyse, Blatt D

<b>D</b>		<b>Problemanalyse</b>	Seite: <span style="background-color: black; color: black;">. . .</span>
Name:			
Datum:			
Problem/Teilprobleme:			
Hauptproblem:			
Problem fördernde Situationen/Umstände:		Problem mindernde Sit./Umst.:	
Involvierte Person/en:		Involvierte Person/en:	
Phasen ohne Problem:			

3.5 Planung der Imagination, Blatt EE**Planung der Imagination**

Seite: . . .

Termin:	Name:
Imaginationsmotiv und Begründung:	
Geplanter Ablauf:	

3.6 Ablauf der Imagination, Blatt F

<b>F</b>		<b>Ablauf der Imagination</b>	Seite: . . .
Termin:	Name:		
Ablauf der Imagination:			



3.7 Folgesitzungen, Blatt G**G****Folgesitzung**

Seite: . . .

Name/n:

Sitzungstermin:

Bisherige Veränderungen:

Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze:

3.8 Abschluss-sitzung, Blatt H

<b>H</b>	<b>Abschluss - Datum:</b>	<b>Seite:</b> . . .
Name/n:		
Vorher-Nachher-Vergleich:		
Vereinbarungen/Ziele/Lösungsansätze für die weitere Zukunft:		

## VII. Literaturliste

- **Aristoteles** (1951): Die Lehrschriften. Band 2: Kategorien und Hermeneutik. Urteilslehre. Paderborn
- **Bandler, Richard/Grinder, John** (1997): Kommunikation & Veränderung. Struktur der Magie. Band I, 9. Auflage. Paderborn
- **Bandura, A.** (1979): Sozialkognitive Lerntheorie. Stuttgart
- **Bäumer, Gertrud** (1929): Die historischen und sozialen Voraussetzungen der Sozialpolitik und die Entwicklung ihrer Theorie. In: **Nohl, Herman/Pallat, Ludwig** (Hrsg.): Handbuch der Pädagogik. 5. Band; S. 3-17. Berlin/Leipzig
- **Banki, Farsin / Rothe, Friedrich Karl** (1979): Wege der pädagogischen Forschung: Eine Einführung von Farsin Banki und Friedrich Karl Rothe. Bad Heilbrunn/Orb.
- **Baumann, Sigurd** (1993): Psychologie im Sport. Aachen
- **Bartling, Gisela** (1992) u. a.: Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis. 3. Auflage. Stuttgart
- **Beck, Aaron T.** (1999): Kognitive Therapie der Depression. 2. Auflage. Weinheim
- **Benin, Karl** (2002): Beratung in Aktion. Erlebnisaktivierende Methoden im Kommunikationstraining. Hamburg
- **Berne, Eric** (1996): Was sagen Sie, nachdem Sie ›Guten Tag‹ gesagt haben? Psychologie des menschlichen Verhaltens. Frankfurt am Main
- **Bissig, D./Lustig, C.** (2007): Who benefits from memory training? Psychological Science, 18/8; S. 720-726
- **Blom, Ria** (2005): Wenn Babys häufig schreien. Wirksame Hilfe durch Rhythmus und Pucken. Stuttgart
- **Blume, Dr. Horst-Dieter** (1978): Einführung in das antike Theaterwesen. Darmstadt
- **Blumenberg, Hans** (1960): Paradigmen zu einer Metaphorologie. Frankfurt/M.
- **Blumenberg, Hans** (1979): Arbeit am Mythos. Frankfurt/M.
- **Blumenberg, Hans** (1989): Höhlenausgänge. Frankfurt/M.
- **Bodenmann, Guy u. a.** (2004): Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendung in Erziehung und Psychotherapie. 1. Auflage. Bern
- **Bohnsack, Ralf** (1991): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. S. 91-107. Opladen
- **Bohnsack, Ralf/Lüders, Christian/Reichert, Jo** (Hrsg.) (2000): Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik. Opladen
- **Bower, T. G. R.** (1965): Stimulus variables determining space perception in infants. Science No. 149; S. 88-89
- **Bower, T. G. R.** (1966): The visual world of infants. Scientific American No. 215; S. 80-92
- **Bower, T. G. R.** (1979): Human Development. San Francisco
- **Buchholz, Michael M** (1993). (Hrsg.): Metaphernanalyse. Göttingen
- **Buchholz, Michael M.** (1993): Metaphern in der „talk in cure“. Die Rhetorik der „Arbeit am Widerstand“. In: **Buchholz, M.** (Hrsg.): Metaphernanalyse. S. 171-207. Göttingen
- **Buchholz, Michael M.** (2003): Metaphern der Kur. Eine qualitative Studie zum psychotherapeutischen Prozess. Opladen
- **Bühring, Petra** (2006). Systemische Therapie: Wirksamkeit und Langzeiterfolge. Deutsches Ärzteblatt pp5, Oktober 2006
- **Bundesanzeiger** (2006): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien). Nr. 176; S. 6339; zuletzt geändert am 20. Juli 2006, in Kraft getreten am 17. September 2006
- **Collett, Peter** (2003): Ich sehe was, was du nicht sagst. So deuten Sie die Gesten der anderen – und wissen was sie wirklich denken. Bergisch Gladbach
- **Chirazi-Stark, Fritz-Michael Sadre/Bremer, Fritz/Esterer, Ingeborg** (2002): Wege aus dem Wahnsinn. Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen. Aktualisierte und erweiterte Neuausgabe. Bonn
- **Daco, Pierre** (1998): Psychologie für jedermann. 6. Auflage. Landsberg a. Lech
- **Damsio, Antonio R.** (2002): Ich fühle also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München
- **Der Brockhaus** (2000): In einem Band. 9. Auflage. Leipzig

- **Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H.** (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- **Dilts, Robert** (2001): Die Magie der Sprache. Sleight of Mouth. Angewandtes NLP. Paderborn
- **Doehlemann, Martin** (1985): Die Phantasie der Kinder und was Erwachsene daraus lernen können. Frankfurt am Main
- **Duden** (2001): Deutsches Universalwörterbuch. 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich
- **Dultz, Wilhelm** (Hrsg.) (1965): DGB Fremdwörterlexikon. Gebrauch und Bedeutung von Fremdwörtern. 2. Auflage. Berlin
- **Eicke, Dieter** (1980): Vom psychiatrischen Krankenhaus zur sozialtherapeutischen Station. Göttingen
- **Ehlers, Günter** (1992): Ergebnisse und Mißerfolge mit dem Katathymen Bilderleben. Eine statistische Analyse und Schlussfolgerungen. In: **Hennig, Hans/Fikentscher, Erdmuth/Rosendahl, Wolfram** (Hrsg.): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Theoretische Überlegungen und klinische Versorgung. S. 88-92. Halle
- **Elliott, R./Greenberg, L. S./Lietaer, G.** (2004): Research on experiential psychotherapies. In: M. J. Lambert (Ed.): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5. Ausgabe; S. 393-540. New York
- **Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen** gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie. In der Fassung vom 29. November 2001
- **Flick, U.** (Hrsg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim/München
- **Flitner, Andreas** (1982): Spielen – Lernen. Praxis und Deutung des Kinderspiels. 7. Auflage. München
- **Friedländer, Prof. Dr. Walter A.** (Hrsg.) (1974): Grundbegriffe und Methoden der Sozialarbeit. 2. Auflage. Berlin
- **Friedrichs, Jürgen/Lüdtke, Hartmut** (1997): Teilnehmende Beobachtung. Zur Grundlegung einer sozialwissenschaftlichen Methode empirischer Feldforschung. Weinheim
- **Freud, Sigmund** (1975): Schriften zur Behandlungstechnik. Studienausgabe-Ergänzungsband. Frankfurt am Main
- **Freud, Sigmund** (2003): Die Traumdeutung. Nachwort von Hermann Beland. 11. Auflage. Frankfurt am Main
- **Fydrich, T. & Schneider, W.** (2007): Evidenzbasierte Psychotherapie. Psychotherapeut. Nr. 52; S. 55-68
- **Gagné, Robert M.** (1965): Die Bedingungen des menschlichen Lernens. Hannover
- **Galuske, Michael** (2001): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. In: **Rauschenbach, Thomas** (Hrsg.) 3. Auflage. Weinheim
- **Gerwitz, Jacob L.** (1977): Soziales Lernen. In: **Zeier, Hans** (Hrsg.): Kindlers »Psychologie des 20. Jahrhunderts«. Lernen und Verhalten. Band 1: Lerntheorien. S. 375-421. Zürich
- **Goethe, Johann Wolfgang von** (1970): Werksausgabe in sechs Bänden. Band 3: Faust I/II, Wahlverwandtschaften. Frankfurt
- **Gregory, Richard L.** (1966): Auge und Gehirn. Zur Psychophysiologie des Sehens. In: Kindlers Universitäts-Bibliothek. München
- **Grube, Frank / Richter, Gerhard** (1973): Leistungssport in der Erfolgsgesellschaft. Hamburg
- **Habermehl, Dr. Werner** (1992): Angewandte Sozialforschung. München
- **Hanses, Andreas** (2003): Biographie und sozialpädagogische Forschung. In: **Schweppe, Cornelia** (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. S. 19-42. Opladen
- **Hegel, Georg W.F.** (ohne Erscheinungsjahr): Phänomenologie des Geistes. Paderborn
- **Hekele, Wolfgang** (2004): Dialog zwischen Fantasie und Realität therapeutischer Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. PiD-Psychotherapie im Dialog. Heft 4; S. 348-355
- **Hellinger, Bert** (2002): Ordnung der Liebe. München
- **Hempel, Petra** (2008): Imaginative soziale Therapie. Eine neue Interventionsmethode für Pädagogen, Sozialpädagogen, Psychologen, Psychotherapeuten und andere Therapeuten in Beratung und Therapie. Band I – Eine Einführung. Göttingen
- **Herzlich, C.** (1973): Health and Illness: A social psychological analysis. London: Academic Press

- **Hillmann**, Karl-Heinz (1989): Wertewandel. Zur Frage soziokultureller Voraussetzungen alternativer Lebensformen. 2. Auflage. Darmstadt
- **Hoffman**, Donald D. (2002): Visuelle Intelligenz. Wie die Welt im Kopf entsteht. München
- **Hofmann**, Karl (1980): Sport – Theorie in der gymnasialen Oberstufe. Arbeitsmaterialien für den Sportunterricht. 1. Auflage. Band 1. Schorndorf
- **Horn**, Günther (1990): Test-KB mit Kindern: Statistisch verwertete Beobachtungen und Schlußfolgerungen für die Behandlung. In: **Leuner**, Hanscarl/**Horn**, Günther/ **Klessmann**, Edda (Hrsg.): Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. S. 55-67. Opladen
- **Hurrelmann**, K. (2000): Gesundheitssoziologie. München
- **Ingenkamp**, Karlheinz (1997): Lehrbuch der pädagogischen Diagnostik. Studienausgabe. 4. Auflage. Weinheim
- **Japp**, Klaus Peter/**Olk**, Thomas (1980): Wachsende Bedürfnisbefriedigung oder Kontrolle durch soziale Dienstleistungen? In: Neue Praxis. Sonderheft 5. Sozialarbeit als Sozialbürokratie? Zur Neuorganisation sozialer Dienste. S. 60-89
- **Janssen**, Jan-Peters (1995): Grundlagen der Sportpsychologie. Wiesbaden
- **Jung**, C. G. (Hrsg.) u. a. (1999): Der Mensch und seine Symbole. 15. Auflage. Zürich/Düsseldorf
- **Jung**, C. G. (2001): Archetypen. München
- **Jung**, Freidhelm/**Kulesa**, Christoph (1980): Katamnestiche Untersuchung einer 20 Stunden-Therapie mit dem Katathymen Bilderleben – Eine testpsychologische Studie. In: **Leuner**, Hanscarl (Hrsg.): Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. S. 172-185. Bern
- **Kagan**, Jerome (2002): Die drei Grundirrtümer der Psychologie. Weinheim
- **Kahneman**, Daniel/**Tversky**, Amos (2002): Choices, Values and Frames. New York
- **Kanfer**, F. H./**Saslow**, G. (1969): Behavior diagnosis. In: Frank CM, ed. Behavior Therapie: Appraisal and status. New York: MC Graw – Hill; S. 417-444
- **Kannonier-Finster**, Waltraud (1998): Methodologische Aspekte soziologischer Fallstudien. In: **Kannonier-Finster**, Waltraud/**Ziegler**, Meinrad: Exemplarische Erkenntnis: Zehn Beiträge zur interpretativen Erforschung sozialer Wirklichkeit. S. 35-65. Innsbruck/Wien
- **Klingenberg**, Hubert (2001): Lebensmutig. München
- **König**, Burghardt (Hrsg.) (2005): Qualitative Sozialforschung – eine Einführung. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg
- **Kohnstamm**, Rita (2006): Praktische Kinderpsychologie. Die ersten sieben Jahre. Bern
- **Konfer**, Friedrich H./ **Schmelzer**, Dieter (2005): Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance. 2. Auflage. Berlin
- **Kraimer**, Klaus (1966): Sozialpädagogisches Fallverstehen, professionelles Handeln, Forschungswerkstatt. In: **Dükers**, R./ **Soltz**, V.: Kinder fordern uns heraus. Stuttgart
- **Krombholz**, Dr. Heinz (1999): Wenn aus Partnern Eltern werden. In: Deutscher Familienverband (Hrsg.): Handbuch Elternbildung. Band 1. Opladen. S. 533-557
- **Kreft**, Dieter/**Mielenz**, Ingrid (Hrsg.) (1996): Wörterbuch Soziale Arbeit. 4. Auflage. Weinheim und Basel
- **Kretschmer**, Ernst (1963): Gestalten und Gedanken. Erlebnisse. Stuttgart
- **Kretschmer**, Ernst (1967): Körperbau und Charakter. 25. Auflage. Berlin
- **Kugemann**, Walter F. u. a. (1978): Lerntechnik für Erwachsene. Reinbek bei Hamburg
- **Kunath**, Paul (2001): Sportpsychologie für alle. Aachen
- **Leuner**, Hanscarl (1994): Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Grundstufe Mittelstufe Oberstufe. 3. korrigierte und erweiterte Auflage von „Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens“. Bern
- **Lorenz**, Konrad (1984): Vergleichende Verhaltensforschung. Grundlagen der Ethologie. 2. Auflage. Wien
- **Lust**, Franz/**Pfaundler**, Meinhard (1980): Pädiatrische Diagnostik und Therapie. 25. Auflage. München/Wien/Baltimore
- **Mackintosh**, Nicolas J. (1984): Kognitive Lerntheorien. In: **Zeier**, Hans (Hrsg.): Kindlers »Psychologie des 20. Jahrhunderts«. Lernen und Verhalten. Band 1: Lerntheorien. S.153-181. Zürich
- **Margraf**, J. (2000): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2. Auflage. Berlin
- **Marrow**, Alfred J. (1977): Kurt Lewin. Leben und Werk. Stuttgart
- **Mayer**, Karl C. (2009): Autogenes Training. Praxis Neurologie und Psychiatrie Heidelberg. Internet: [http://www.neuro24.de/autogenes\\_training.htm](http://www.neuro24.de/autogenes_training.htm); Zugriff vom 22.05.2009

- **Mayring**, Dr. phil. habil. M. A. Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. 8. Auflage. Weinheim
- **Molcho**, Samy (1998): Körpersprache. 21. Auflage. München
- **Moreno**, Jakob Levy (1959): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart
- **Mowrer**, O. H. (1960): Learning theory and behavior. New York
- **Mummendey**, Hans Dieter/**Mielke**; Rosemarie (1989): Die Selbstdarstellung des Sportlers. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaft Band 67. 1. Auflage. Schondorf
- **Nigsch**, Otto (1998): Theoriebezüge quantitativer und qualitativer Empirie. In: **Kannonier-Finster**, Waltraud/**Ziegler**, Meinrad: Exemplarische Erkenntnis: zehn Beiträge zur interpretativen Erforschung sozialer Wirklichkeit. S. 225-256. Innsbruck/Wien
- **Nußbeck**, Susanne (2006): Einführung in die Beratungspsychologie. München/ Basel
- **Ötsch**, Walter/**Stahl**, Thies (1993): Das Wörterbuch des NLP. Das NLP-Enzyklopädie Projekt. Paderborn
- **Oerter**, Rolf (1993): Psychologie des Spiels. Ein handlungsorientierter Ansatz. München
- **Papousek**, Dr. med. Hanus/**Jürgens**, Uwe/**Papousek**, Mechthild (1992): Nonverbal vocal communication. Cooperative and development approaches. Cambridge University Press 1992
- **Papousek**, Mechthild/**Gontard**, Alexander (Hrsg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. Stuttgart
- **Petzold**, Prof. Dr. Dr. Hilarion (Hrsg.) (1987): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. 2. Auflage. Paderborn
- **Piaget**, J. (1969): Nachahmung, Spiel und Traum. Stuttgart
- **Radatz**, Sonja (2003): Beratung ohne Ratschlag. 3. Auflage. Wien
- **Reddemann**, Luise (2003): Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT). Zeitschrift für Psychotraumatologie & Psychologische Medizin 1. Jg., Heft 2
- **Reich**, Kersten (1978): Erziehung und Erkenntnis. Studie zur Methodologie der Erziehungswissenschaften. Stuttgart
- **Rhode**, Rudi/**Meis**, Mona Sabine (2004): Wortlos sprechen. Körpersprache: Körperwahrheiten – Körperlügen. Zürich
- **Rogers**, Carl R. (1972): Die nicht-direktive Beratung. 5. Auflage. Frankfurt a. Main
- **Rogers**, Carl R. (1983): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt a. Main
- **Rogers**, Carl R. (1995). In: **Schmidt**, Peter F. (Hrsg.): Personale Begegnung: Der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. 2. Auflage. Würzburg
- **Ruhe**, Hans Georg (2007): Methoden der Biographiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. 3. korrigierte Auflage. Weinheim
- **Schäfer**, Thomas (1997): Was die Seele krank macht und was sie heilt. Die psychotherapeutische Arbeit Bert Hellingers. München
- **Schaller**, Roger (2006): Das große Rollenspiel-Buch. Grundtechniken, Anwendungsformen, Praxisbeispiele. 2. Auflage. Weinheim
- **Scheuerl**, Hans/**Flitner**, Andreas (Hrsg.) (1978). Das Kinderspiel. Alte und neue Spieltheorien. München
- **Schigl**, Dr. Birgit (1998): Evaluationsstudie zur Integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnesticher Sicht ehemaliger KlientInnen. Wien
- **v. Schlippe**, A. & **Schweitzer**, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 9. Auflage. Göttingen
- **Schmidt-Grunert**, Marianne (3/99): Methoden in der sozialen Arbeit – zwischen Bevormundung und Aushandeln. In: Standpunkt: sozial 3/99. Hamburger Forum für soziale Arbeit. S. 5-14
- **Smilansky**, Sara (1968): The effects of sociodramatic play on disadvantaged preschool children. New York/London
- **Schubert**, Franziska (April 2008): Sprache und Persönlichkeit: Differenzielles Ausdrucksverhalten unter Berücksichtigung der Sprachsituation. Hochschulschrift Dresden, Univ., Fak. Mathematik und Naturwissenschaften
- **Schütze**, Fritz (1999): Allgemeine Aspekt und theoretische Grundkategorien des Werkes von Anselm Strauss für die Fallanalyse im Sozialwesen. In: **Kirsch**, R./**Tennstedt**, F. (Hrsg.): Engagement und Einmischung. Kassel

- **Schulte**, Dietmar (1996): Therapieplanung. Göttingen
- **Schwartz**, Dieter (2007): Vernunft und Emotion. Die Ellis Methode. 5. Auflage. Dortmund
- **Schwarz**, Friedhelm (2004): Wenn das Reptil ins Lenkrad greift. Warum Gesellschaft, Wirtschaft und Politik nicht den Regeln der Vernunft gehorchen. Reinbek bei Hamburg
- **Schwendter**, Rolf (2000): Einführung in die soziale Therapie. Tübingen
- **Steininger**, Rita (2007): Geborgenheit und Selbstvertrauen. Wie Babys und Kleinkinder ein gutes Körpergefühl entwickeln. Stuttgart
- **Stiegler**, Michael (2006): Forschung zur KIP. Ist KIP wirksam – wenn ja: wodurch wirkt sie? Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben.  
Internet: [http://www.sagkb.ch/UserFiles/File/Stigler\\_Forschung\\_zur\\_KIP\\_Feb\\_2006.pdf](http://www.sagkb.ch/UserFiles/File/Stigler_Forschung_zur_KIP_Feb_2006.pdf).  
Zugriff vom 24. 5. 2009.
- **Strauss**, Anselm/**Fagerhaugh**, Shizuko/**Suczek**, Barbara/**Wiener**, Carolyn (Jg. 32/ 1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. S. 629-651
- **Stumm/Brandl-Nebehay/Fehlinger** (1995): Handbuch der Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen. Wien
- **v. Sydow**, Kirstin/**Beher**, Stefan/**Retzlaff**, Rüdiger (2006): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie. 1. Auflage. Bern
- **Thiersch**, H. 1977: Kritik und Handeln. Interaktionistische Aspekte der Sozialpädagogik. Neuwied/ Darmstadt
- **Trojan**, A./**Stumm**, B. (Hrsg.) (1992): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt/Main
- **Tuschen**, Brunna (2000): Problemanalyse. In: **Margraf**, J. (Hrsg): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2. Auflage; S. 291-299. Berlin
- **v. Sydow**, Kirstin/**Beher**, Stefan/**Retzlaff**, Rüdiger (2006): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie. 1. Auflage. Göttingen
- **Voigt**, Dieter (1992): Sportsoziologie, Soziologie des Sports. 1. Auflage. Frankfurt am Main
- **Walter**, Oliver (2009): Kognitive Therapien. Internetzugriff vom 11.08.2009.:  
<http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychotherapie/Verhaltenstherapie/Beck/beck.htm>;
- **Watzlawick**, Paul/**Jackson**, Don D. (1974): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern
- **Wegmann**, Niklas (1997). Dekonstruktion. In: Weimar, Klaus v. (Hrsg.): Reallexikon der Deutschen Literaturwissenschaft. Band 1. Berlin; S. 334-337
- **Werder**, Lutz (1996): Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten: Die eigene Lebensgeschichte kreativ schreiben. Berlin
- **v. Wietersheim**, Jörn /**Wilke**, Eberhard/**Röser**, Markus/**Meder**, Gerhard (2003): Ergebnisse der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Die Effektivität der Katathym-imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. Psychotherapeut 3/2003; S. 173-178
- **Wilke**, Eberhard (2005): Wachsende Bedeutung von Imaginationen in der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt online. 19. August 2005. Zugriff vom 11.08.2009: Internet:  
[www.aerzteblatt.de/v4/archiv/ao.asp?id47987](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/ao.asp?id47987).
- **Wilken**, Beate (2003): Methoden der kognitiven Umstrukturierung: ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. 2. Auflage Stuttgart
- **Zeier**, Hans (Hrsg.) (1984): Kindlers »Psychologie des 20. Jahrhunderts«. Lernen und Verhalten. Band 1: Lerntheorien. Zürich
- **Ziegler**, Meinrad (1998): „Dichte Beschreibung“ – essayistisches Theoretisieren und persönlicher Standort in der Interpretation. In: **Kannonier-Finster**, Waltraud/**Ziegler**, Meinrad: Exemplarische Erkenntnis: Zehn Beiträge zur interpretativen Erforschung sozialer Wirklichkeit. S. 65-93 Innsbruck/Wien
- **Zulliger**, H. (1952): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Frankfurt

## VIII. Abkürzungsverzeichnis

<b>Abb.:</b>	Abbildung
<b>a. a. O.:</b>	an anderem Ort
<b>bes.:</b>	besonders
<b>betr.:</b>	betrifft
<b>bzw.:</b>	beziehungsweise
<b>ca.:</b>	circa
<b>cm:</b>	Zentimeter
<b>d. h.:</b>	das heißt
<b>Dr. med.:</b>	Doktor der Medizin
<b>ebd.:</b>	ebenda
<b>etc.:</b>	et cetera
<b>evtl.:</b>	eventuell
<b>f.:</b>	folgende
<b>ff.:</b>	fortlaufend Folgende
<b>Hrsg.:</b>	Herausgeber
<b>ICD:</b>	International Classification of Diseases
<b>i. d. R.:</b>	in der Regel
<b>kg:</b>	Kilogramm
<b>km:</b>	Kilometer
<b>m:</b>	Meter
<b>mind.:</b>	mindestens
<b>Nr.:</b>	Nummer
<b>o. ä.:</b>	oder ähnliche/s
<b>PC:</b>	Personal Computer
<b>qm:</b>	Quadratmeter
<b>s.:</b>	siehe
<b>s. o.:</b>	siehe oben
<b>S.:</b>	Seite
<b>SGB:</b>	Sozialgesetzbuch
<b>sog.:</b>	so genannte/r/s/n/m
<b>Tab.:</b>	Tabelle
<b>tgl.:</b>	täglich
<b>u. a.:</b>	Im Zusammenhang mit dem Autor: und andere Im Textverlauf: unter anderem
<b>u. ä.:</b>	und ähnliche/s
<b>usw.:</b>	und so weiter
<b>u. v. m.:</b>	und viel/e/s/m mehr
<b>u. U.:</b>	unter Umständen
<b>vgl.:</b>	vergleiche
<b>WHO:</b>	World health organisation
<b>z. B.:</b>	zum Beispiel
<b>z. T.:</b>	zum Teil
<b>[...; P. H.]:</b>	Anmerkung der Autorin







