

„Ich bin doch kein Schamane“

Fallbericht zu Psychosomatik und Trauma

"I'm not a shaman after all"

Case report on psychosomatics and trauma

Dominik Stelzig

Kurzzusammenfassung

Der Artikel „Ich bin doch kein Schamane“ präsentiert eine detaillierte Falldarstellung, die die psychotherapeutische Behandlung einer Patientin mit tiefgreifenden psychosomatischen Beschwerden verfolgt. Diese Fallstudie erörtert sowohl die Herausforderungen als auch die therapeutischen Ansätze, die bei der Behandlung von traumabezogenen Störungen angewendet werden. Der Artikel untersucht kritisch die Rolle des Therapeuten im Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen und stellt dar, wie traditionelle Therapiemethoden durch innovative Ansätze ergänzt werden können. Die Therapie von Frau L. führt uns durch intensive Sitzungen, in denen psychosomatische Beschwerden und traumatische Erlebnisse im Mittelpunkt stehen, und zeigt, wie eine tiefe Auseinandersetzung mit persönlichen und spirituellen Überzeugungen der Patientin den therapeutischen Prozess prägen kann. „Ich bin doch kein Schamane“ lädt dazu ein, die Wirksamkeit und die Herausforderungen integrativer Therapieansätze zu erkunden und reflektiert auch über die professionelle Entwicklung des Therapeuten im Kontext von anspruchsvollen therapeutischen Beziehungen.

Abstract

The article "I Am Not a Shaman" presents a detailed case study that follows the psychotherapeutic treatment of a patient with profound psychosomatic complaints. This case study discusses both the challenges and therapeutic approaches used in treating trauma-related disorders. The article critically

examines the therapist's role in managing transference and countertransference processes and illustrates how traditional therapeutic methods can be complemented by innovative approaches. The therapy of Ms. L. takes us through intensive sessions focused on psychosomatic complaints and traumatic experiences, demonstrating how a deep engagement with the patient's personal and spiritual beliefs can shape the therapeutic process.

Schlüsselwörter

Trauma, Psychosomatik, Minderwertigkeitsgefühl, Gegenübertragung, Schamanismus

Keywords

Trauma, psychosomatics, feeling of inferiority, countertransference, shamanism

1 *Symptomatik, Anamnese und erster Eindruck*

Gegenstand meiner Falldarstellung ist die Behandlung von Frau L. während dreier Monate nach den Weihnachtsferien. Frau L. war zu Beginn der Behandlung 39 Jahre alt. Geboren und aufgewachsen ist sie im ländlichen Bereich in der westlichen Hälfte Österreichs unweit einer Kleinstadt, in welcher sich auch die Klinik befand. Nach dem allgemeinen Erstgespräch das zur Aufnahme auf unserer psychosomatischen Station mit internistischem Schwerpunkt dient, sowie der psychologischen Begutachtung, kam Frau L. auf die Warteliste. Mitte Jänner wurde sie schließlich auf der Station aufgenommen, nach einigen Wochen Wartezeit. Durch Corona war die Station immer noch in „Alarmbereitschaft“, da die Situation nicht abschätzbar war.

Mit der Aufnahme auf der Station startete die Therapie in einer Frequenz von drei Mal pro Woche einzeln plus zwei Mal pro Woche in der Gruppe über einen Zeitraum von ca. eineinhalb Monaten (bis Anfang März).

Da dies eine meiner allerersten psychotherapeutischen Behandlungen einer Patientin im Erwachsenen-Setting überhaupt war, hat sie allein hierdurch einen besonderen Stellenwert. Die Intensität der Behandlung und die damit verbundene Supervision haben mich in meinem zukünftigen Werdegang sowie meine Arbeitsweise als Psychotherapeut stark beeinflusst. Frau L.s Geschichte, der Therapieverlauf und die Veränderungen in der gemeinsamen Beziehung haben einen intensiven Eindruck hinterlassen.

Bereits vor der eigentlichen Therapie kommt es zu „Berührungspunkten“ mit Frau L. bzw. ihrem Fall. Es ist Dienstag in meiner zweiten Woche auf der Station. Ich habe gerade die Krankengeschichten der Patient*innen erhalten, um mich auf die Einzeltherapien vorbereiten zu können. Die erste Akte umfasst den Fall eines Mannes mittleren Alters mit einer ausgeprägten Angststörung und damit in Verbindung stehenden Panikattacken. Die zweite Akte gehört zu einer Frau mit mittelgradiger Depression. Beide sind so unleserlich geschrieben, dass ich die Inhalte kaum erfassen kann. Bereits die Lektüre der ersten Akte nimmt so viel Raum ein, dass ich keine Zeit mehr habe, mir die zweite Akte genauer anzusehen. Die einzigen Begriffe, die ich mir merken kann, sind „schwarze Magie“ und „Schamane“.

Frau L. treffe ich im Aufenthaltsraum der Station an und lade sie zur ersten Therapieeinheit ein. Durch die Maske, die zu diesem Zeitpunkt noch verpflichtend ist, kann ich wenig von ihrem Gesicht erkennen. Sie trägt einen Trainingsanzug (wie viele Patient*innen auf der Station), hat schulterlange, schwarze Haare und einen starken Körperbau. Um den Hals trägt sie eine Kette mit einem auffälligen Amulett.

Im Therapiezimmer lade ich sie ein, die Maske abzunehmen, was sie umgehend tut. Die Frau mir gegenüber wirkt traurig und niedergeschlagen, zugleich auch ängstlich und nervös, was ich der Unsicherheit gegenüber der Therapie und dem Kommenden zuschreibe. Sie wirkt zurückgezogen und ihre Körperhaltung ist schlaff. Ihr Blick ist glasig und ihre Gesichtszüge wirken schwer, ausdrucksarm und müde. Dennoch versucht sie immer wieder zu lächeln, was ob der oft traurigen Inhalte bizarr wirkt – ein Phänomen, das sich noch lange in der Therapie bemerkbar machen wird. Selbst während sie weint, lacht sie zeitweise. Ich melde ihr dies zurück. Sie reagiert kurz nachdenklich, kann mit dieser Rückmeldung jedoch nichts anfangen. Insgesamt vermittelt sie den Eindruck von tiefer Traurigkeit und Resignation. Es scheint fast, als wäre sie von einer Art Nebel umgeben, durch den ich nur schwer blicken kann.

Die Patientin hat bereits eine lange Krankengeschichte mit zahlreichen Untersuchungen. Die Symptome, die sie beschreibt, sind starke Magenschmerzen, Bauchkrämpfe, Verspannungen im Nacken und im Hals sowie Niedergeschlagenheit. Zudem klagt sie über Panikattacken-artige Zustände, die von Traurigkeit und Angst geprägt sind. Sie ist zu dieser Zeit bereits im Krankenstand. Die ärztlichen Untersuchungen haben jedoch keinerlei Ergebnis gebracht, weshalb sie auf die internistisch-psycho somatische Station gekommen ist. Bisher hat sie noch keinerlei Erfahrung mit Psychotherapie gehabt, gibt aber an, Interesse daran zu haben. Auch gibt sie an, einen Schamanen besucht zu haben. Sie meint, ich würde sie womöglich für verrückt halten, aber sie sei sich sicher, verhext zu sein.

Ich schweige und schaue sie lange an, ehe ich sie frage, woher diese Annahme komme. Daraufhin erzählt sie mir, dies sei durch eine ehemalige Bekannte geschehen, die sie dafür verantwortlich gemacht hat, dass sich ihr Mann von ihr getrennt habe. Sie habe sie, Frau L., bezichtigt, ihren Mann über deren Verhältnis aufgeklärt zu haben. Obwohl dies nicht stimme, sei die Freundin so wütend gewesen, dass sie meine Patientin verhext habe. Es sei eine Art „schwarze Magie“ und meine Patientin habe das auch gemerkt. Wenn sie die Augen schließe, würde sie nur „Schwarz sehen“.

In diesem Augenblick kommt mir der Gedanke, Frau L. könne an einer paranoiden Persönlichkeitsstörung bzw. zumindest an paranoiden Persönlichkeitszügen leiden (Dilling & Freyberger, 2012, S. 237). Sie wiederholt, dass ich sie deshalb wohl für verrückt halte. Bei diesen Worten blitzen eine gewisse Stärke und Vehemenz in ihr auf. Wenn es nämlich so sei, dass diese Spiritualität nichts für mich sei, fährt sie fort, dann passe das nicht. Dabei zeigt sie abwechselnd auf mich und auf sich.

Ich erkläre ihr daraufhin, dass ich ihr zwar nicht sagen könne, was ich genau glaube, dass es jedoch viele Dinge gebe, die ich nicht verstehe und ich mich gerne mit den von ihr genannten Phänomenen auseinandersetzen werde, da diese für „sie“ wichtig seien und somit auch für „uns“. Dabei zeige ich abwechselnd auf mich und auf sie. Die Patientin wirkt daraufhin sichtlich gelockert.

In der Exploration ihrer Symptome berichtet Frau L. von einer stark gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität, die auch ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. So berichtet sie davon, dass sie bei der Arbeit öfters geweint habe. Ihre ausgeprägte Müdigkeit trete bei der kleinsten Anstrengung auf. Auch der Schlaf sei gestört (Durchschlafprobleme und frühes Aufwachen). Ihr Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien, wie sie berichtet, beeinträchtigt. Dennoch spüre ich eine gewisse Stärke in ihr, die sie phasenweise durchaus selbstbewusst erscheinen lässt. Zudem berichtet die Patientin von einem Libidoverlust, der sie aber weniger störe. Ich weise sie darauf hin, dass diese Aussage einen Vergleich beinhalte. Sie hält kurz inne und berichtet davon, dass es sie weniger störe als ihren Lebensgefährten. Sie meint zudem, dass sie ohnehin andere Qualitäten in die Beziehung einbringe. Auf meine Nachfrage entgegnet sie, sie sei mehr der „Kumpeltyp“.

Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, scheint trotz des teils bizarr wirkenden Lächelns vermindert, dennoch wirkt Frau L. konzentriert. Die Belastung ist ihr in Mimik und Körpersprache anzumerken. Wie Rieken schreibt, geht es in der individualpsychologisch-analytischen Psychotherapie auch darum, körperliche Äußerungen zu beachten. Es könne sein, dass ungelöste Konflikte, welche die Patient*innen in ihrer Lebensqualität einschränken, von diesen in Form kleiner Szenen wie auf einer Bühne dargestellt würden. (Rieken, 2017, S. 239)

Einzig bei der Schilderung ihrer Glaubensausprägungen und entsprechenden damit verbundenen Handlungen, zum Beispiel Horoskope konsultieren, entsteht ein merklicher Unterschied in ihrem Ausdruck. Hier wirkt sie stärker, selbstbewusster. Es scheint ihr viel zu bedeuten.

In Anbetracht der Anzahl und Schwere der Symptome sowie deren bereits monatelanger Dauer habe ich mich schließlich dazu entschlossen, eine depressive Episode mittelgradiger Ausprägung zu diagnostizieren. In Bezug auf die allgemeinen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) (ICD-10 BMSGPK 2022) erscheint ihre Kognition (d. h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen) trotz der geäußerten phänomenalen Gedanken in einem nicht krankheitswertigen Bereich. Die Affektivität

(Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion) ist den Umständen entsprechend (Krankenhausaufenthalt und ungewohntes Umfeld sowie das Faktum, dass sie noch nie psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen hat) unauffällig.

2 *Lebensgeschichte*

Die Patientin wurde Anfang der 1980-er geboren. Sie sei die jüngere von insgesamt zwei Geschwistern, es gebe einen älteren Bruder, erzählt sie. Sie sei in einer Familie aufgewachsen, in der wenig Liebe gezeigt wurde. Ihr Vater sei Vorarbeiter, die Mutter Büroangestellte gewesen. Etwas, das die Patientin für sich nie wollte. „Ich woit nie ins Büro und jetzt bin i do.“ Trotz der kaum geäußerten Liebe sei sie aber in einem schönen Umfeld aufgewachsen und habe eine unbedarfte Kindheit gehabt. Freunde habe sie ebenfalls gehabt. Generell sei das Familiengefüge groß gewesen und auch heute würden noch immer alle Verwandten zu Feierlichkeiten zusammenkommen.

Ihr Vater habe, als die Patientin ca. 30 Jahre alt war, die Diagnose Krebs erhalten, diesen aber nach längerer Behandlung überstanden. Ihr Bruder lebe bei ihren Eltern und sei langzeitarbeitslos. Sie selbst sei liiert und lebe mit ihrem Lebensgefährten. Er sei Mechaniker. Auch sie sei sehr interessiert an Autos und stolz auf ihren getunten Wagen. Nach der Volksschule habe sie anschließend die Handelsakademie HAK besucht (eine kaufmännische, 5-jährige Schule) und dort ihre Matura gemacht. Durch diese Ausbildung habe sie den Beruf der Kassiererin in der Gemeinde erhalten. Etwas, das sie für sich – wie bereits dargelegt wurde – nie gewollt habe.

In den Berichten über ihren Beruf wirkt Frau L. merklich lustlos und eine Lethargie erfüllt den Raum. Auch ich merke, wie ich in meinem Stuhl zusammensacke und wie mein Rücken ob dieser Haltung anfängt zu schmerzen. Ein Phänomen, das ich der Gegenübertragung (Rieken, 2011, S. 203) zuschreibe.

Die Patientin berichtet, sie sei momentan im Krankenstand wegen ihrer anhaltenden Belastungsgefühle und Schmerzen. Davor habe sie öfters in der Arbeit in ihrem Büro geweint. Dabei sei sie überrascht gewesen, dass ihre Gefühlslage ihren Kolleg*innen überhaupt aufgefallen sei.

Sie erzählt auch von einer Zusatzausbildung im spirituellen Bereich, an deren Abschluss sie seit einiger Zeit (ca. 1 Jahr) arbeite. Mir ist diese Art der Ausbildung nicht bekannt.

Wenn Frau L. von dieser Ausbildung spricht, wirkt sie zunächst verunsichert, gewinnt jedoch zunehmend an Stärke, was sich durch eine lautere Stimme und aufrechte Körperhaltung zeigt. Es wirkt, als würde sie aus der Ausbildung und allen damit verbundenen Gedanken Sicherheit und Kraft gewinnen.

Sie habe, so erzählt sie weiter, zwar einige Freunde, dies sei aber kein wirklich enger Freundeskreis. So habe sie aktuell nur eine wirklich gute Freundin. Mit ihr könne sie über ihre Gefühle reden. Mit ihrem Lebensgefährten gehe das nicht. Dieser sei ein typischer Mann. Ihre Leidenschaft für Phänomene

könne er überhaupt nicht teilen und werte diese ab. Als Beispiel nennt sie einen Vorfall, als ihr Lebensgefährte sie beim Horoskop lesen überrascht und es umgehend mit herablassenden Worten kommentiert habe.

Vor einigen Jahren sei ihr Lebensgefährte an Prostatakrebs erkrankt. Er habe wie ihr Vater zuvor seinen Krebs überstanden, es sei aber keine einfache Zeit gewesen. Zudem habe sie einen Hund gehabt. Dieser sei ebenfalls an Krebs erkrankt, daran aber gestorben, was sie immer noch belaste. Ihre aktuelle Situation führe sie auch auf den besagten Zauber zurück. Diesen sei sie zwar durch die Interventionen eines Schamanen losgeworden. Es sei dennoch eine große Belastung in ihrem Leben gewesen.

Generell fühle sie sich überlastet. Sie habe keine Kraft mehr. Sie wolle auch keine Kraft mehr haben. Denn immer hätten bei ihr alle anderen Vorrang. Sie fühle sich nicht gesehen, nicht wahrgenommen. Dabei werde sie immer vorgeschickt, um Konflikte zu lösen. Dies liege an ihrer „Goschn“ (Mundwerk), dass sie keine Angst habe, unangenehme Dinge anzusprechen.

In der achten Einheit berichtet die Patientin im Zuge einer liegenden Stunde von einem Vorfall in ihrer Kindheit. Sie sei mit fünf Jahren von ihrem Stief-Onkel sexuell missbraucht worden. Dieser habe sie bei einer Übernachtung bei ihrer Tante dazu gebracht, ihn am Glied zu berühren. In dieser Situation sei ihr bereits klar gewesen, dass dies falsch sei. Als Reaktion auf diesen Vorfall habe sie versucht, ihren Stief-Onkel zu meiden. Doch dies sei ihr nicht gelungen. Er sei in der ganzen Familie sehr beliebt gewesen und als erfolgreicher und netter Mensch angesehen worden. Zwar sei es nie wieder zu sexuellen Übergriffen gekommen, doch habe er mehrmals im Laufe ihrer Kindheit ihre Nähe gesucht.

Sie habe noch nie jemandem davon erzählt, behauptet sie zunächst. Diese Aussage relativiert sie jedoch im Laufe der Therapie ein Stück weit. Sie habe nämlich bereits in ihren jungen Erwachsenenjahren versucht, mit ihrem Bruder über diesen Vorfall zu sprechen. Dieser habe ihr jedoch nicht geglaubt. Daraufhin habe sie nie wieder jemandem davon erzählt. Da ihr Stief-Onkel auch weiterhin gut in die Familie integriert sei, falle ihr der Besuch von Familienfesten schwer. Immer noch habe sie große Angst vor diesen Feierlichkeiten. Ein Wegbleiben sei aber nicht einfach, da das Familienbündnis eng sei.

2.1 Kindheitserinnerungen

In der individualpsychologischen Therapie spielen Kindheitserinnerungen eine wesentliche Rolle. In dieser Zeit werden Handlungsmuster im Sinne des Lebensstils (Adler, 1927a, S. 29) entwickelt. Die abrufbaren Erinnerungen sind dabei – auch wenn sie willkürlich erscheinen – keine zufällige Auswahl. Stattdessen wird angenommen, dass das Gedächtnis Ereignisse besser speichert, die mit den typischen subjektiven Erfahrungen und Bemühungen des Lebensstils übereinstimmen. (Adler, 1933b/1933c, S. 40.)

Im Zuge der Therapieeinheiten wurden mehrere Kindheitserinnerungen der Patientin erfragt. Die Patientin schildert jedoch kaum klare Bilder. Bei einer dezidierten Intervention, die sich dem Kindesalter widmete, kam in der folgenden Stunde der Missbrauch der Patientin auf.

1. Ich erinnere mich, dass die Patientin erwähnt hat, sie wolle die junge, leichte L. wieder. Ich lasse sie mir diese Version schildern. Im Zuge dessen berichtet sie von einer jungen Version von sich. Sie habe lange Haare und sei mädchenhaft. Ein bisschen „tussig“, also ein Mädchen, das besonderen Wert auf ihr Äußeres, auffällig gestyltes Erscheinungsbild legt.

2. Die zweite Kindheitserinnerung war der bereits erwähnte Missbrauch. Dieser trug sich nachts zu. Ihr Stief-Onkel sei zu ihr ins Bett gekommen und habe sie dazu gedrängt, sein Glied zu berühren.

3 *Lebensstilanalyse unter Berücksichtigung der Kindheitserinnerungen*

Jeder Mensch hat sein eigenes Verhalten, das durch seinen Lebensstil geprägt wird. Dabei werden nur die Dinge wahrgenommen und behalten, die zu diesem Lebensstil passen. Andere Aspekte werden ignoriert. Der individuelle Lebensstil entsteht in der Regel im Alter von vier oder fünf Jahren und beeinflusst fortan alle Erfahrungen und Handlungen des Einzelnen. Es ist ein einzigartiges Muster, das sich im Laufe des Lebens entwickelt und stets genutzt wird (Khoshrouy-Sefat, S. 26).

Bezüglich des charakteristischen Lebensstils von Frau L. ist festzuhalten, dass sie mit einem Gefühl durchs Leben zu gehen scheint, nicht gesehen und wahrgenommen zu werden, außer sie steht für andere ein. Sie hat das Gefühl, sich für andere aufopfern zu müssen, was sie bis an ihre eigenen Belastungsgrenzen sowie darüber hinausbringt. Die psychosomatischen Beschwerden zeugen gemeinsam mit den depressiven Symptomen im Rahmen des diagnostischen Spektrums psychischer Krankheitsbilder von einem „abwehrenden Umgang mit dem Seelenleben“ (Sindelar, 2011, S. 307), was mich zur Annahme bringt, Frau L. habe nie gelernt, ihr Seelenleben wahrzunehmen. Nach ihrem Missbrauch habe sie nie die familiäre respektive elterliche Sicherheit gehabt – nie den nötigen Halt – diesen zu be- und verarbeiten. Die völlig überraschend und ohne Vorwarnung massiv negative Erfahrung (erlebter physischer und darauffolgender psychischer Missbrauch) könnte demnach zur Folge haben, dass sie sich daraufhin nie mehr als typische Frau fühlen durfte. Schließlich beschreibt sie in ihren Kindheitserinnerungen eine junge, leichte, mädchenhafte Version von sich. Ihr aktuelles Auftreten könnte ihr den Schutz geben, um nicht (erneut) zu Schaden zu kommen.

Mit dem Missbrauch dürfte zudem ein massiver Verlust des Gefühls von Sicherheit, Selbstsicherheit, Vertrauen sowie Urvertrauen einhergehen. Die ausbleibende Zuwendung und Sicherheit im familiären Umfeld dürften die Patientin dazu gebracht haben, diese in einer magischen Welt zu suchen. Diese Welt ist einerseits geprägt durch Bedrohungen wie „schwarze Magie“ und „Hexen“, andererseits ist

hier auch vieles „vorhersagbar“. Durch Horoskope z. B. kann das Schicksal, der eigene Weg, klarer gesehen werden, ebenso der Wunsch nach Erkennen des eigenen Lebensstiles (Stephenson, 2011, S. 67). Außerdem zeichnet diese Welt ein das Einzelleben übersteigendes Gefühl der Verbundenheit mit etwas Höherem (oder Tieferen) aus. Alles Sein ist hier verbunden. Inhalte, die dem für die Individualpsychologie zentralen Begriff des Gemeinschaftsgefühls nahekomen (Stephenson, 2011, S. 355).

Ihre Angst, nicht gesehen zu werden, mündet in einer Kompensation (Adler, 1912a, S. 88–89), die sie dazu bringt, als Frau von anderen vorgeschickt zu werden, um Konflikte auszutragen. Die Angst, nicht wahrgenommen zu werden, kann auch hinsichtlich der Finalität (Stephenson, 2011, S. 71) beleuchtet werden. Demnach entstünde ein Nutzen, sich anderen Menschen so wenig tief wie möglich zu nähern, um nicht wieder Opfer zu werden. Ihr unbewusstes Ziel wäre demnach die Vermeidung wiederholender Verletzung. (Khoshrouy-Sefat, S. 9)

Vor der Therapie gelangen ihr die Lebensziele nach Alfred Adler (Liebe, Arbeit und Gemeinschaft) (Adler, 1927a, S. 6) zwar dauerhaft, jedoch scheinen sie nicht „erfüllt“ zu sein. Die Liebe in der Partnerschaft wird als „kumpelhaft“ beschrieben. In Bezug auf die Gemeinschaft scheint sie kaum wahre Freunde zu haben und das soziale Umfeld wirkt konfliktbehaftet. In Bezug auf Arbeit hat sie zwar einen Job, diesen beschreibt sie jedoch als quälend. Einzig durch die Spiritualität-Ausbildung gelingt ihr zunehmend die Eingliederung in eine Gemeinschaft, was wichtig für das Gemeinschaftsgefühl (Adler, 1927a, S. 138) ist. Hier gelingt ihr die Aufnahme von neuen Freundschaften sowie teilweise die Übernahme einer Führungsrolle (für andere einzustehen und vorgeschickt zu werden).

Frau L. scheint viele Minderwertigkeitsgefühle (Rieken, 2011a, S. 209) zu haben, nämlich nicht liebenswert zu sein, sondern unattraktiv, unzulänglich. Lange Zeit dürften diese zu Resignation und innerlichem Rückzug geführt haben bzw. ins Außen projiziert worden sein (abwertender Lebensgefährte, unglücklich machender Beruf).

Auch die Paniksymptome der Patientin lassen die Vermutung aufkommen, sie leide unter einer defizitären Persönlichkeitsstruktur. Es geht in den kindlichen Entwicklungsphasen auch um die Entfaltung des Selbst, die Festlegung von Ich-Grenzen und die Entwicklung von Selbst- sowie Objektrepräsentanzen. Patient*innen, die an Panikstörungen leiden, können aufgrund unzureichender emotionaler Erfahrungen in ihrer Eltern-Kind-Beziehung defizitäre Repräsentanzen entwickeln. Vorherrschende Affektvermeidung in folgenden Beziehungen kann dazu führen, dass keine Nachreifung dieser Repräsentanzen stattfindet. Infolgedessen können Panikpatient*innen in Situationen mit starken Emotionen lediglich durch körperliche Symptome und Angst reagieren. Ihre defizitäre Persönlichkeitsstruktur wird erschüttert und überfordert. Die hieraus resultierenden Symptome werden von den Betroffenen oftmals als Zusammenbruch ihres „Selbst“ empfunden, was als sehr bedrohlich wahrgenommen wird (Eibl-Mörzinger, 2011, S. 134).

Die von Frau L. beschriebene Überforderung durch das Gefühl, immer für andere da zu sein, wobei sie selbst auf der Strecke bleibe, kann als lebensstiltypisch (Adler, 1927a, S. 6) erachtet werden. Die Patientin könnte demnach versuchen, in dieser für sie charakteristischen Art und Weise die von ihr erlebten Mangellagen zu überwinden.

In der Übertragung im Therapieprozess hielt auch ich Frau L. anfangs für „verrückt“ und hatte abwertende Gedanken. Obwohl ich im Erstgespräch die abwertenden Gedanken gespürt hatte, was mich sehr beschäftigte, war es mir wichtig, ihre Realität zu verstehen, anzunehmen und mich auf diese einzulassen. Ihr meine Wahrnehmung der Realität aufzuzwingen, hätte ihr vermutlich (erneut) das Gefühl gegeben, falsch und unzulänglich zu sein.

In meiner Supervision habe ich zudem meine eigene Angst thematisiert, die durch die magischen Gedanken ausgelöst wurde und mich in meiner Arbeit anfangs stark verunsicherte. Ich spürte in der ersten Therapieeinheit sogar leichte Panik in mir aufkommen. Panik, die Kontrolle zu verlieren und womöglich mitgerissen zu werden. In der Supervision konnten an dieser Stelle sowohl meine eigenen Ängste und Erfahrungen beleuchtet werden als auch das Gefühl meiner Patientin, ihr Leben nicht unter Kontrolle zu haben, das auf mich übertragen worden sein könnte.

4 *Therapieverlauf unter Berücksichtigung der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle*

4.1 *Erstgespräch*

Frau L. erscheint pünktlich zum Erstgespräch in meinem Therapiezimmer auf der Station. Sie macht einen verängstigten, rigiden und etwas ungepflegten Eindruck. Im Gespräch wirkt sie zunächst zurückhaltend, verschlossen und affektflach. Während der Anamnese erzählt sie viel und scheint vordergründig keine Berührungsängste zu haben. Zeitgleich ist das Gespräch spürbar von einer gewissen Distanz geprägt. Diese wird durch die abwertende Äußerung, ich würde sie wahrscheinlich für verrückt halten, kurzzeitig bestärkt (siehe Kapitel 1).

Noch während sie mir von ihren Erfahrungen berichtet und von dem Glauben, verhext worden zu sein, spüre ich Panik in mir aufkommen. Ich merke, dass ich anfangs zu schwitzen und meine Hände feucht werden. Zudem spüre ich, dass meine Atmung zittrig wird. Ich erinnere mich an mein Praktikum an einer psychiatrischen Tagesklinik. In dieser Zeit hatte ich viele Patient*innen, die unter F.02 Diagnosen leiden (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen [F20-F29]; ICD-10 BMSGPK 2022), betreut.

Obwohl mir die Arbeit damals großen Spaß gemacht und ich keine allzu großen Berührungsängste mit den Patient*innen hatte, litt ich in der Zeit unter Panikattacken. Ich hatte Angst, „verrückt zu werden“,

selbst eine Psychose zu erleiden. Es fühlte sich an, als würde ich am Rand einer Klippe stehen, jemand würde mich schubsen und ich wäre verloren. Wobei verloren = verrückt bedeutet. In dieser Zeit habe ich durch meine Lehranalyse viel über meine Ängste gelernt und diese bearbeitet. Dennoch kommt manchmal die Angst vor Panikattacken auf, so auch in dieser Situation. Da ich die aufkeimenden Symptome jedoch kenne, weiß ich dem entgegenzusteuern. Zudem nehmen diese Gefühle einen wichtigen Teil in meinen Supervisionen ein.

Aus heutiger Sicht kann ich nicht sagen, ob meine Patientin etwas von meinen inneren Vorgängen mitbekommen hat. Fakt ist jedoch, dass ich von ihrer Frage, ob ich sie für verrückt halte, überrascht wurde. Augenscheinlich ist dabei die Veränderung in ihrer Körperhaltung. Sie wirkt zwar angespannt, aber auch stark. Diese Stärke spüre ich auch, als sie mir sagt, dass es zwischen uns nicht passe, wenn ihre Spiritualität nichts für mich sei.

Ich mache eine kurze Pause, in der ich sie ruhig anlächle. Es ist mir wichtig, eine authentische Antwort geben zu können, gleichzeitig will ich ihr nicht meine Wahrnehmung der Realität aufzwingen. Wie anfangs in dieser Falldarstellung bereits angeführt, erkläre ihr, dass ich ihr zwar nicht sagen könne, woran ich genau glaube, dass es jedoch viele Dinge gebe, die ich nicht verstehe und dass ich mich aber freuen würde, mehr über diese Themen zu erfahren, da sie wichtig für sie seien und somit auch für „uns“. Dabei zeige ich abwechselnd auf mich und auf sie. Meine Patientin ist nun sichtlich gelockert. Ich spüre eine gewisse Annäherung und Wärme.

4.2 Erste Therapiephase

In den folgenden fünf Therapieeinheiten geht es vor allem darum, eine Beziehung aufzubauen und das Ziel, „mit einem Lächeln hier rauszugehen“, zu definieren und zu verstehen, was dies bedeutet. Den Wunsch, die Schmerzen zu beseitigen, können wir in einer gemeinsamen Sitzung einordnen und diesen gemeinsam in ein „Verständnis für die Schmerzen“ und „Psychosomatik“ sowie die „Untrennbarkeit von Körper und Seele“, was zur Erleichterung führen kann, umformulieren. Mir ist klar, dass neben psychoedukativen Inhalten, die zum Ziel haben, die Patientin die Krankheit, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit den Symptomen zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (psychiatrie.de), auch körpertherapeutische Interventionen einfließen müssen. Meine Vermutung ist, dass sich Frau L. nicht nur selbst nicht wahrgenommen fühlt, sondern sich auch selbst nicht spürt.

Auch über ihre Spiritualität, die für sie eine große Ressource zu sein scheint, sprechen wir viel. Es dürfte ein Ausgleich bzw. eine Ergänzung zu ihrer restlichen Welt sein. (Rieken, 2017, S. 254) Immer wieder bringt sie in den Einheiten den Wald als Kraftort ein (so auch in einer Gruppentherapie). Aus meiner Lehranalyse weiß ich, dass wiederkehrende Symbole für den Therapieprozess große Bedeutung haben

können. Freud schreibt in seiner 10. Vorlesung über die Symbolik im Traum, dass die Genitalbehaarung beider Geschlechter Wald und Gebüsch bedeuten kann (Freud, 1933a, S.165-166). Auch wenn die Patientin nicht ihre Träume wiedergibt, so nimmt das Symbol des Waldes doch einen wichtigen Platz in der Therapie ein. Ich notiere mir, dass es mir scheint, als zeige sich das Thema Weiblichkeit bzw. Geschlechtlichkeit in den unterschiedlichsten Facetten. Ich merke zudem, dass wir in den Therapieeinheiten beide vermehrt lächeln, und spüre eine gestärkte Verbundenheit sowie ein vertrauensvolles Miteinander.

In der fünften Therapieeinheit wirkt Frau L. äußerst niedergeschlagen. Sie meint, sie habe keine Kraft mehr. Sie wolle auch nicht mehr Kraft haben. Immer hätten alle anderen Vorrang. Sie würde nie für sich eintreten und nicht gesehen werden. Ich habe einen Impuls, dem ich nachgehe, und frage sie, ob es in Ordnung wäre, wenn wir beide etwas versuchen. Nachdem sie einwilligt, bereite ich eine Intervention vor, die ich bereits in meiner Lehranalyse an mir selbst erfahren durfte, da mein individualpsychologischer Lehrtherapeut zusätzlich auch Körpertherapeut war. Ich stelle einen leeren Stuhl sehr nah an sie heran, sodass sie diesem knapp gegenüber sitzt. Noch ehe ich mich wegbeuge, merke ich, dass Frau L. weint. Ich frage, was sie gerade spürt. Sie berichtet von einem starken Druck auf der Brust, sie bekomme auch keine Luft und die Anspannung im Nacken (eines ihrer Hauptsymptome) sei sehr schmerzhaft. Es sei zu nah. Einen kurzen Augenblick lang bin ich versucht, den Stuhl wegzuschieben, entscheide mich dann jedoch anders und bitte sie, den Stuhl ein wenig wegzuschieben, sodass sie sich besser fühlt. Dem kommt sie nach. Als ich merke, dass sie sichtlich erleichtert ist, frage ich, wer denn da auf dem Stuhl platzgenommen habe. Sie entgegnet mir, es seien die anderen – alle anderen – gewesen. Und dass da so viel Druck gewesen sei.

Ich halte kurz inne und sage ihr, dass gerade etwas Spannendes passiert sei. Ich wollte nämlich eigentlich „sie selbst“ auf den Stuhl setzen, sodass sie sich selbst einmal sehen könne und wir uns fragen könnten, was sie denn bräuchte. Daraufhin fängt Frau L. wieder an zu weinen. Ich mache sie darauf aufmerksam, woraufhin sie mir erklärt, warum sie weine: Sie habe gerade das Gefühl, dass sie sich selbst als Belastung empfinde.

Die folgenden Stunden widmen wir erneut ihrer Familiengeschichte. Sie schildert wenig konkrete Kindheitserinnerungen, erzählt aber, dass in ihrer Familie wenig Liebe gezeigt worden sei. Sie erinnere sich noch daran, dass sie in jungen Jahren leicht durchs Leben gegangen sei. Sie nennt diese Phase die „junge, leichte {Vorname}“. So wolle sie wieder sein – fröhlich.

Ich notiere mir eine Hypothese, dass dieses Mädchenhafte nie wirklich sein durfte, wodurch sich, ob dessen Abstinenz, auch das Weibliche nicht entwickeln konnte. Zudem notiere ich mir das Thema der Selbstfürsorge, da in mir das Gefühl aufkommt, Frau L. habe nie gelernt, zu sich selbst liebevoll zu sein. Ich will sie containen, mich auf ihre Welt und Werte einlassen, um ihr Sicherheit und das Gefühl zu geben, es sei okay, so wie sie sei. Mir ist wichtig, nicht ihren lebensstiltypischen Erfahrungen zu

entsprechen und Teil des Wiederholungszwangs zu werden, sondern eine korrigierende Beziehungserfahrung bereitzustellen (Rieken, 2011a, S. 203).

Des Weiteren geht es mir darum, ihr das Konzept der Selbstfürsorge näherzubringen. Eine Übung in diesem Bereich, die ich in der Zeit während meiner Lehranalyse in einer Fortbildung kennenlernen durfte, ist die sogenannte Kuschelübung. Diese wurde von Dr. Manfred Stelzig entwickelt und gilt der Nachbeelterung. In der Übung geht es darum, prinzipiell vorhandene Urgefühle sowie das eigene Urvertrauen zu stärken (Stelzig, 2013, S. 213-214).

In der folgenden Therapieeinheit beziehe ich mich auf die Aussage von Frau L., sie halte sich selbst nicht aus. Ich unterbreite ihr das Angebot, uns diesem Thema einmal genauer zu widmen, und schlage ihr die genannte Kuschelübung vor. Frau L. liegt in dieser Einheit. Als ich ihr den Polster reiche und sie bitte, diesen zu halten, drückt sie ihn fest an sich. Ich äußere mein Gefühl, dass sie sich selbst in jungen Jahren hält. Sie fängt an zu weinen und entgegnet mir, dass sie aber nicht älter als fünf Jahre alt sei. Ich bin verwundert über diese Äußerung und frage nach, was sie damit meine. Sie entgegnet, dass da etwas passiert sei. Ich antworte, dass ich merke, dass dies sehr aufwühlend sei und wir nicht darüber reden müssten, wenn sie dies nicht wolle. Daraufhin entgegnet sie, es gehe um einen Vorfall mit einem Familienmitglied, einen sexuellen.

Frau L. hat eine embryonale Haltung eingenommen. Wir schweigen beide und ich bin darum bemüht, Ruhe und Sicherheit auszustrahlen. Am Ende der Therapieeinheit erklärt Frau L., sie habe noch nie jemandem davon erzählt. Ich spüre, wie sich eine Unsicherheit ausbreitet, inwieweit eine weitere Bearbeitung des Themas ob der voraussichtlichen kurzen Aufenthaltsdauer auf unserer Station der Patientin zugutekommt oder der Befriedigung meiner Neugier gilt. Zudem spüre ich eine große Nervosität aufkommen, eine Angst und Unsicherheit, ob ich alles richtig gemacht habe. Ich spüre aber eben auch Neugier und Stolz. Da ich keinerlei Traumaerfahrung in der Erwachsenentherapie habe, zweifle ich zudem daran, ob ich der richtige Therapeut bin. Daher entschieße ich mich, eine zusätzliche Supervision in Anspruch zu nehmen.

4.3 Supervision für Traumaerfahrung & Zweite Therapiephase

In der Supervision konzentrieren mein Supervisor und ich uns zunächst auf meine ablehnenden Gefühle zu Beginn der Therapie sowie auf meine Panik und das damit verbundene Gefühl, die Kontrolle zu verlieren. Der Supervisor macht mich darauf aufmerksam, dass die Patientin merke, wenn ich ihren Überzeugungen keinen Raum gebe. In mir entsteht eine Idee davon, dass sie geprägt durch ihre Erfahrungen ist und die Welt entsprechend ihrem Lebensstil mit eigenen Augen sieht (Stephenson, 2011, S. 68). Mein Supervisor unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit, mich darauf einlassen zu können. Es zeuge jedoch bereits von einer guten Beziehung, dass mir die Patientin ihren Missbrauch anvertraut

habe. Er empfiehlt mir auch, noch einmal das Lehrbuch der Individualpsychologie, „Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis“, zu lesen. In einem Kapitel von Bernd Rieken berichtet dieser von ähnlichen Erfahrungen und kommt zu dem Schluss, dass Körpertherapie „den analytischen Prozess sinnvoll ergänzen kann – gerade, wenn die körperlich-seelische Erstarrung nicht allein verbal hinreichend gelockert werden kann oder wenn frühe Defizite vorhanden sind.“ (Rieken, 2011b, S. 319) Zudem weist er mich darauf hin, dass ich explorieren solle, ob sich die Patientin schmutzig fühle. Sollte dies der Fall sein, könne ich das körpertherapeutische Ritual andenken, das Rieken in dem Kapitel „Die therapeutische Beziehung“ beschreibt (Rieken, 2011a, S. 217-218). Da sie empfänglich für das Spirituelle sei, könne ihr dies zugutekommen.

Nachdem er mir diesen Vorschlag unterbreitet hat, kommt in mir prompt ein abwertendes Gefühl hoch. Ich beginne zu lachen und sage, ich wäre doch kein Schamane. Ich wüsste ja nicht einmal, wie ich das machen solle. Der Supervisor greift meine Emotion auf und wiederholt die Wichtigkeit, mich auf die Patientin und deren Welt einlassen zu können. Ich müsse aber stets authentisch bleiben, und wenn ich es mir gar nicht vorstellen könne, solle ich es lieber bleiben lassen.

Nach einer kurzen Überlegung gehen wir das in dem Lehrbuch beschriebene Ritual gemeinsam durch. Darin wickle ich meine Hände in Handtücher und lege ihre Hand, die zum Werkzeug des Missbrauchs wurde, dazwischen. Ich erkläre ihr, ich würde sie von dem Schmutz reinigen. Die Selbstwirksamkeit der Patientin ist dabei äußerst wichtig. Sie soll immer die Kontrolle haben, mir Einhaltung gebieten zu können, und sich zum Schluss selbst von meinen Händen lösen. So kann sie die eigenen Grenzen spüren und korrigierend agieren.

In den folgenden Stunden habe ich den Missbrauch mit Frau L. weiter durchgearbeitet. Neben aggressiven Gefühlen gegenüber der „perversen Drecksau“, wie sie ihren Stief-Onkel nennt, äußert sie auch Scham und Schmutz-Gefühle. Zudem spüre ich eine Wut darüber, dass sie sich an niemanden habe wenden können. Ich sehe mich bereit, ihr das Angebot der körpertherapeutischen Intervention (Rieken, 2011a, S. 218) zu unterbreiten. Diese verzögert sich jedoch, denn Frau L. wird zu Untersuchungen in ein anderes Spital gebracht. Mir wird vom Pflegepersonal und meinen Kolleg*innen mitgeteilt, dass sie aber unbedingt die Einheit machen wolle, und ob ich ihren Termin ausnahmsweise verschieben könne. So geschehen, erzählt sie mir, dass sie die Untersuchungen wegen Unterleibsschmerzen hatte, Schmerzen, die sie so nicht einzuordnen wusste. Besonders spannend finde ich, dass sie die Schmerzen als „Frauenprobleme“ bezeichnet. So notiere ich mir, dass Frau L., die nie Frau hat sein dürfen, hier nun unter Frauenproblemen leidet.

In der folgenden Gruppentherapie, in der ich als Co-Therapeut fungiere, und der auch meine Patientin angehört, wird die Aufgabe gestellt, Ressourcen aufzustellen, woraufhin Frau L. mich bittet, mich an ihre Seite zu stellen. Ich würde für sie „Stärke“ symbolisieren.

4.4 *Das Ritual*

In der zwölften Einzel-Einheit kommt es schließlich zu der besagten Intervention. Frau L. sitzt mir gegenüber, meine Hände wickle ich in zwei Decken. Wenn sie nicht mehr wolle oder es ihr zu viel werde, erkläre ich ihr, möge sie mir das mitteilen. Ich nehme ihre (die missbrauchte) Hand zwischen meine in Decken gewickelten. Dann lasse ich sie die körperlichen Symptome und Wahrnehmungen schildern und merke, wie sie bitterlich weint. In diesem Moment ist es mir besonders wichtig, Ruhe und Stärke (die von der Patientin mir zugeschriebene Ressource) auszustrahlen. Ich sage ihr, dass sie von nun an von dem Schmutz gereinigt und von der Last befreit sei. Als Abschluss des Rituals bitte ich sie, die Ummantelung meiner Hände zu lösen, wann immer sie es wolle.

Auch am Ende des Rituals weint Frau L. viel. Es ist ein sehr emotionales Erlebnis. Ich spüre eine gewisse umfassende Taubheit, die ich nicht genau zuordnen kann. Auch wenn sie angibt, sich erleichtert zu fühlen, nehme ich eine gewisse Überwältigung wahr – auch in mir.

4.5 *Therapieeinheiten nach dem Ritual*

In der darauffolgenden Gruppentherapie bin ich erneut als Co-Therapeut in der Gruppe meiner Patientin eingeteilt. Wir hatten dazwischen keine Stunde. Frau L. wirkt sehr traurig und weint viel. Auf Nachfrage der Therapeutin entgegnet sie, alles sei okay, es sei nur viel in der Therapie passiert. Die restliche Einheit hält sich Frau L. zurück.

In der darauffolgenden Therapiestunde hat sie Tränen in den Augen. Ich mache sie darauf aufmerksam, woraufhin sie zu weinen beginnt. Sie erzählt mir, dass es ihr sehr schlecht gehe. Sie würde kaum schlafen und essen, weil sie so belastet sei. Sie halte es kaum aus, dass ich nun ihre Bürde tragen müsse – all den Schmerz und Schmutz.

Ich bleibe in dieser Situation sehr ruhig. Ich lächle sie an und frage, wie ich auf sie wirke. Sie meint, ich sei wohl gelassen. Das bestätige ich ihr. Es ist für mich offensichtlich, dass sie lebensstiltypisch (Adler, 1927a, S. 6) agiert: Kein anderer dürfe belastet sein, sie müsse alles ertragen.

Wir besprechen dieses Muster und einigen uns darauf, dass niemand diese Last tragen müsse. Vielmehr wollen wir sie hier im Krankenhaus lassen. Ich frage Frau L., ob sie zu einem erneuten Ritual bereit sei. Sie zögert, wirkt dann aber doch neugierig und willigt ein.

Ich erinnere mich an den öfters geschilderten Kraftort, einen Wald, und lasse mir diesen noch einmal genau schildern – von den Bäumen, den Gerüchen, dem leicht feuchten Boden bis hin zur Lichtung. Zudem frage ich sie, was vor diesem Ort liege und ob da ein Weg sei. Sie bejaht dies. Mir ist wichtig, ihr das Gefühl zu vermitteln, sie könne diesen Kraftort, wann immer sie möchte, betreten, und dass es hier nichts Böses gebe. Der Schmutz dürfe hier nicht rein. Sie soll aber auch das Gefühl bekommen,

diesen aktiv und selbstwirksam hinter sich gelassen zu haben. Also frage ich sie anschließend, was sie davon halte, wenn wir das Paket mit all dem Schmutz hier im Raum liegen lassen, sodass es nicht an ihren Kraftort gelangt und sie fortan ihren Weg weitergehen könne. Sie willigt ein. Ich wickle mir erneut die Handtücher um meine Hände, um zu symbolisieren, dass hier immer noch der Schmutz liege. Auch Frau L. erhält Tücher, um ihre Hände zu schützen. Gemeinsam legen wir das Paket auf den Boden, in eine Ecke. Und wir einigen uns darauf, uns für die letzten Einheiten einen anderen Therapieraum zu suchen.

4.6 Therapieende

Frau L. gibt an, sich stabiler und sicherer zu fühlen. Sie erzählt mir zudem, dass sie ihren Bruder kontaktiert und diesem bei einem seiner Besuche von dem Vorfall mit ihrem Stief-Onkel erzählt habe. Er habe sich dafür entschuldigt, dass er sie damals nicht ernst genommen habe. Sie würden nun an einer Lösung für die Familienfeste arbeiten.

Zudem sei sie sehr dankbar für die Zeit und froh, dass sie nun gehen könne. Die meisten ihrer Mitpatient*innen seien schon vor ihr gegangen und mit den neuen sei sie nicht so sehr auf einer Wellenlänge. Sie fühle sich jetzt wohler mit sich selbst und auch ihre Schmerzen seien besser.

Insgesamt wirkt ihre Introspektionsfähigkeit verbessert, ihre Gefühle und deren Beschreibungen sind differenzierter. Unbedingt wolle sie die Psychotherapie weiterführen und suche eine*n Therapeut*in. Auch wenn sie diesen privat zahlen müsse, sagt sie, wolle sie das für sich tun. Sie habe sich vorgenommen, sich mehr um sich zu kümmern, die Arbeit könne noch etwas warten. Sie sei noch ein paar Wochen im Krankenstand.

Zum Abschluss des stationären Aufenthalts konnten mehrere Therapiefortschritte erreicht werden. Sowohl die Reflexion der Therapie und die psychosomatischen Beschwerden als auch die Zukunftsperspektiven konnten von der Patientin auf adäquate Art geschildert und eingeordnet werden. Einerseits konnte sie sich darauf freuen, was kommt, andererseits empfand sie eine gewisse Wehmut und Traurigkeit über das Ende. Auch die Einschätzungen über die Zukunft gelangen ihr und sie konnte einen realistischen Weg für sich skizzieren.

Es war ein abgerundeter Abschiedsprozess und ich hatte das Gefühl, Frau L. habe so einen noch nie wirklich erlebt. Trauer und Freude mischten sich hier. Auch in mir machte sich Trauer breit. Doch es überwog das positive Gefühl der Freude, diesen Therapieprozess miterlebt zu haben.

Meine letzte Begegnung mit Frau L. ist im Krankenhausflur. Ich bin auf dem Weg aus dem Personal-Aufenthaltsraum in mein Therapiezimmer. Sie steht vor einer Wand, auf der alle

Stationsmitarbeiter*innen mit Fotos vertreten sind. Mein Foto hängt noch nicht dort. Frau L. meint zu mir, das sei schade. Ich hätte mir mein Foto auf der Wand schon verdient.

Ich muss lachen und frage mich, was sie unter das Foto als Berufsbezeichnung schreiben würde – vielleicht „Psychotherapeut und Schamane“.

Literatur

Adler, Alfred (1912a): *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 2.* Hg. von Karl Heinz Witte, Almuth Bruder-Bezzel, Rolf Kühn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008.

Adler, Alfred (1933b/1933c): Der Sinn des Lebens. In: Reinhard Brunner & Ronald Wiegand (Hrsg.). *Religion und Individualpsychologie. Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 6.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008.

Dilling, Horst & Freyberger, Harald J. (Hrsg.). (2012). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper (6. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Eibl-Mörzinger, Petra (2011). Panikattacken, ein Zusammenbruch des „Selbst“? In: Bernd Rieken (Hrsg.). *Alfred Adler heute – Zur Aktualität der Individualpsychologie* (S. 127–135). Münster: Waxmann.

Freud, Sigmund (1933a): *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 10. Vorlesung: Die Symbolik im Traum.* Studienausgabe, Bd. I. Frankfurt: Fischer 1969.

Rieken, Bernd (2011a). Die therapeutische Beziehung. In: Bernd Rieken, Brigitte Sindelar & Thomas Stephenson (Hrsg.). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 203–219). Wien: Springer.

Rieken, Bernd (2011b). Körperpsychotherapie. In: Bernd Rieken, Brigitte Sindelar & Thomas Stephenson (Hrsg.). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 315–321). Wien: Springer.

Rieken, Bernd (2017). Im Stehen auf der Couch oder: Zwischen „Oblomow“ und „Faust“. Überlegungen zur individualpsychologisch-analytischen Körperpsychotherapie. In: Bernd Rieken & Peter Geißler (Hrsg.). *Der Körper in der Individualpsychologie. Theorie und Praxis* (S. 239–259). Gießen: Psycho-sozial.

Sindelar, Brigitte (2011). Psychosomatik. In: Bernd Rieken, Brigitte Sindelar & Thomas Stephenson (Hrsg.). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 307–315). Wien: Springer.

Stelzig, Manfred (2013). *Krank ohne Befund.* Salzburg: Ecowin-Verlag.

Stephenson, Thomas (2011). Die Entwicklung der Individualpsychologie. In: Bernd Rieken, Brigitte Sindelar & Thomas Stephenson (Hrsg.). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis: Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 31–53). Wien: Springer.

Internetquellen:

ICD-10 BMSGPK 2022 – *Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. Abgerufen unter: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:695f578c-1905-4cd2-8553-68803658a1b0/ICD-10%20BMSGPK%202022+%20-%20SYSTEMATISCHES%20VERZEICHNIS.pdf> [Zugriff am 10.05.2023]

Psychoedukation. Abgerufen unter: <https://www.psychiatrie.de/behandlung/psychoedukation.html> [Zugriff am 09.05.2023]

Khoshrouy-Sefat, Houshang (o.J.). *Individualpsychologie Alfred Adlers (Eine Einführung)*. Abgerufen unter: <https://www.adler-institut-mainz.de/uploads/media/Individualpsychologie.pdf> [Zugriff am 17.05.2023]

Autor

Mag. Dominik Stelzig

Kaiserstraße 100

1070 Wien

Tel: +43 (0)617 81939

E-Mail: office@willreden.at

Dominik Stelzig ist ein österreichischer Psychotherapeut, Psychotherapiewissenschaftler, Werber und Marketer. Er studierte Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud Privatuniversität, wo er auch das Fachspezifikum der Individualpsychologie absolvierte. Derzeit ist er in einem Landeskrankenhaus im Fachbereich Psychosomatik sowie als freier Unternehmensberater im digitalen Marketing tätig.