

SCHMERZ LASS NACH...

Existenzanalytische Behandlung bei psychosomatischen Erkrankungen

RENATE BUKOVSKI

Ausgehend vom 2009 publizierten Verständnis von Alfried Längle zum „Eingefleischten Selbst“ wird die Behandlung von vorwiegend durch somatisches Leiden imponierenden psychischen Erkrankungen beleuchtet. Wesentlich ist dabei der Blick auf alle vier Dimensionen der Existenz. Therapeutische Beziehung, Struktur- und Prozessarbeit bahnen den Weg zum schmerzhaften Geschehen, es wahrzunehmen und sich ihm fühlend zuzuwenden. Es gilt, den phänomenalen Gehalt der wahrgenommenen Beschwerden zu heben, um über die Erarbeitung einer Stellungnahme zu einem neuen Umgang mit sich und dem Leiden zu kommen. Dies und eine mögliche Aufarbeitung existenzverhindernder Erfahrungen dient dem Ziel, den inneren Dialog des Ichs auch mit dem Körper zu verbessern, das Erleben von Im-Körper-Sein wieder zu erlangen und den Existenzvollzug zu stärken.

SCHLÜSSELWÖRTER: Psychosomatik, Körper, Existenzanalytische Behandlung

OH PAIN, GO AWAY...

Existential Analytical treatment for psychosomatic illnesses

Based on Alfried Längle's understanding of the „ingrained self“, which was published 2009, the treatment of mental illnesses predominantly showing through somatic suffering are illuminated. Special attention must be given to all four dimensions of existence. Therapeutic relationship, working on structure and process pave the way towards the painful happenings, in order to perceive and turn to it feelingly. It is important to raise the phenomenological contents of the perceived complaints, in order to find new ways of dealing with oneself and the suffering by establishing a position statement. This, as well as possibly working through experiences preventing existence, serves the goal of improving the inner dialogue with the ego and body, of regaining the experience of „being-in-body“ and strengthening the realization of existence.

KEYWORDS: psychosomatics, body, Existential Analytical treatment

Dies ist ein praxisbezogener Beitrag zur existenzanalytischen Behandlung von Menschen, die an vorwiegend somatischen Beschwerden leiden, meist Menschen, deren Schmerz zum Peiniger geworden ist, deren Körper zum Feind, deren Hoffnung auf Besserung geschwunden ist; Menschen, die einer psychotherapeutischen Behandlung oft ablehnend oder zumindest kritisch gegenüberstehen, weil sie eher in der Medizin, besser noch, in der Reparaturmedizin, Hilfe suchen. Was zeigt sich angesichts der somatischen Beschwerden dieser Menschen von ihrer psychischen Befindlichkeit, ihrem sozialen Eingebundensein, ihrer Lebensgeschichte und ihrer Fähigkeit, sich gestalterisch in ihre Existenz einzubringen?

Von der Diagnose her unterteilen wir die psychosomatischen Störungen früher in (Morschitzky 2007):

- Wiederkehrende **Befindlichkeitsstörungen**, Beschwerden, wie wir sie alle kennen, vorübergehende Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, und anderes mehr. Menschen, die diesen oft am nächsten Tag wieder verschwundenen Beschwerden einen Krankheitswert zuschreiben und sie deshalb ängstlich beobachten und beurteilen, leiden daran ungewöhnlich stark und entwickeln möglicherweise in der Folge daraus auch eine Angsterkrankung oder eine somatoforme Störung.
- **Funktionelle (dissoziative und somatoforme) Störungen**, damit sind u.a. langandauernde Schmerzzustände sowie Funktionsstörungen gemeint, wofür die

Medizin keine ausreichenden somatischen Ursachen finden kann.

- **Psychosomatische Störungen im engeren Sinn**, Dies sind somatisch nachvollziehbare und mit körperlichen Befunden begründbare Beschwerden. Sie können bei manchen Menschen ein größeres Leiden und vielfältigere Beeinträchtigungen hervorrufen, als diese durch die somatische Störung alleine erklärbar wären. Beispiele hierfür wären die Migräne oder das Reizdarmsyndrom.
- **Somatopsychische Erkrankungen**, das sind schwere, oft chronische und auch letale somatische Erkrankungen. Diese Menschen brauchen oft psychische Unterstützung, weil sie die Erkrankung kaum aushalten und nicht annehmen, schwer in ihr Leben integrieren können. Sie können eingeschränkt sein in ihrer Existenz, oft auch im Trauer- und Sterbeprozess.

Heute würden wir allgemein die somatische Belastungsstörung des DSM V (von Känel 2017) oder die bodily distress disorder nach ICD-11 diagnostizieren. Diese neuen Diagnosen versuchen, die „Unterstellung“, die körperlichen Beschwerden hätten psychogene Ursache – womit der Dualismus nicht überwunden wird (wie wir es bei der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung des ICD-10 finden) – aufzugeben. Sie geht auf das Leiden, das die somatischen Beschwerden verursachen, ganzheitlich ein. Im Grunde geht es darum, dass der Mensch durch seine körperliche Symptomatik Stress hat.

Die Überweisungen dieser Menschen in die Psychotherapie erfolgen oft erst dann, wenn sich nach langwierigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen für den Schweregrad des Leidens keine ausreichenden somatischen Ursachen finden lassen. Oft haben diese Behandlungen immense Kosten verursacht und bei den Betroffenen Verzweiflung und Ohnmacht verstärkt.

Gerd Rudolf beschrieb eindrücklich die Arzt-Patient-Beziehung insbesondere bei damals noch diagnostizierten somatoformen Störungen:

„Ich‘ kommt zum Arzt und bringt das Objekt ‘meinen Körper‘ mit. Dem Objekt ‘mein Körper‘ gelten Bedrohungsgefühle und ängstliche Gedanken. Ich‘ übergibt das Objekt ‘meinen Körper‘ dem Arzt als mächtigem Helfer und fordert ihn auf zu heilen. Ich‘ hat darüber hinaus wenig Interesse für ‘meine Situation‘ und ‘meine Geschichte‘ im Hintergrund der Körperbeschwerden. Ich‘ ist von den vergeblichen Behandlungsversuchen des Arztes am Objekt Körper enttäuscht. Ich‘ ist verunsichert, weil das Objekt Körper angeblich ‘nichts‘ hat. Ich‘ ist besorgt, dass man es für ‘verrückt‘ hält. Ich‘ ist geängstigt, weil niemand ihm helfen kann. Seine affektive Situation: Enttäuschung, Beschämung, Ängstigung, Resignation, Selbstvorwürfe, defensive Aggression.“ (Rudolf 2008, 9)

Angesichts der oft schwierigen Arzt-Patient:innen-Beziehung ist es nicht verwunderlich, dass diese Störungen in der Literatur auch als **„Beziehungsstörungen im Gesundheitswesen“** bezeichnet wurden (Waller, Scheidt 2008).

Kommen die Betroffenen dann in die Psychotherapie, sind Verzweiflung und Ohnmacht leider oft schon groß. Stellen wir uns vor, ein Arzt schickt einen dieser Patienten¹ zu uns. Wie sieht unsere Ausgangslage für die Behandlung aus?

„Ich“ kommt, geschickt vom Arzt/von der Ärztin, zur Psychotherapeut:in und bringt das Objekt „meinen Körper“ mit. „Der Arzt meint, ‘ich‘ leide an ‚meiner Psyche“ (Rudolf ebd.). „Ich“ kennt „meine Psyche“ wenig bis nicht (Anmerkung für Existenzanalytiker:innen: „meinen Geist“ noch weniger...) und wenn, dann hat „meine Psyche“ (und schon gar nicht „mein Geist“) einen Einfluss auf „meinen Körper“. „Ich“ ist doch nicht verrückt! „Ich“ ist misstrauisch und feindselig, was es mit „meinem Körper“ hier in der Psychotherapie machen soll, übergibt jedoch möglicherweise in „letzter Hoffnung“ „meinen Körper“ an den Psychotherapeuten und fordert auf, ihn zu heilen. Ohne aber über „meine Situation“, „meine Geschichte“, geschweige denn über „meine Psyche“ reden zu wollen. Auch wenn die neue Diagnose etwas von der problematischen, dualistischen Sichtweise auf den Menschen

entschärft hat, finden wir bei diesen Menschen, oft wie bisher auch, spezifische Schwierigkeiten. Um uns in sie einzufühlen, müssen wir uns vergegenwärtigen, dass die Betroffenen sich und das Geschehen in sich selbst nicht verstehen und nicht einordnen können UND keinen zumindest lindernden Umgang mit den Beschwerden finden können. Beides stellt eine Zumutung für das Leben dar.

Die geschilderte Einstellung lässt diese Menschen auch für Psychotherapeut:innen oft als „schwierig“ erscheinen: Es sind spezifische Phänomene zu erkennen, die in der psychotherapeutischen Behandlung Beachtung finden sollen, weil sie sonst die therapeutische Beziehung oder den therapeutischen Prozess blockieren.

A. Konkret finden wir ein **einseitiges Gesundheits- und Krankheitsverständnis**, in dem es keinen Zusammenhang zwischen und keine Einheit von Körper, Psyche, Geist, Sozialem gibt. Wo ein körperlicher Schmerz, muss eine körperliche Ursache gefunden werden.

B. **Ohnmacht und Hilflosigkeit** haben sich breit gemacht. Die Betroffenen fühlen sich ausgeliefert an die Behandler:innen, es fehlt ihnen an Selbstwirksamkeit.

C. Sie haben eine **objekthafte „Arbeitsbeziehung“ zum Körper**. Er soll funktionieren. Ohne Zuwendung. Sie erleben kein Körper SEIN, nur Körper HABEN. Ihr Selbstbild ist durch den eingeschränkten Körper und das erlebte Versagen ein destruktives. Sie fühlen sich als Schwächlinge, bringen dem Körper nur Härte entgegen, verstehen seine „Sprache“ nicht.

Was brauchen diese Menschen in der Psychotherapie?

Grundlage meiner Überlegungen ist das **existenzanalytische Verständnis zur Psychosomatik**, von Alfried Längle 2009 publiziert, auf das ich nur kurz wiederholend hinweisen möchte. Aufschlussreich sind auch alle anderen Konzepte zur Psychosomatik. Es zeigt sich, dass das eine oder andere bei manchen dieser Patient:innen aussagekräftig und für das Verstehen und die Behandlung hilfreich sein kann. Für Psychotherapeut:innen, egal welcher Fachrichtung, können diese Überlegungen zum Zusammenspiel von psychischer, somatischer und sozialer, manchmal auch geistiger Dimension, die Behandlung unterstützen und bereichern (Morschitzky 2007). Ebenso wertvoll sind alle körperbezogenen Behandlungsverfahren wie z.B. Somatic Experience, Focusing.

Bei allen Konzepten, die wir bilden, sollten wir nicht aus dem Auge verlieren, dass jedes Konzept zu kurz greifen muss, da wir uns den Menschen in seiner Ganzheit nicht erklären können, sondern immer nur Ausschnitte davon.

Alfried Längle sieht in den psychosomatischen Erkrankungen den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung

¹ Zur einfacheren Lesbarkeit wird abwechselnd das weibliche bzw. männliche Geschlecht verwendet.

(Längle 2009) – dies, weil die Menschen sich einem existenziellen Zugang vorerst verschließen und es einige Zeit und psychoedukative und beratende Elemente benötigt, bevor prozesshaft in einem inneren Dialog gearbeitet werden kann. Die Begründung für die Erkrankung oder die Vulnerabilität, an solchen Phänomenen zu erkranken, liegt nach Längle in der gleich starken Schwächung der zweiten und dritten personal-existenziellen Grundmotivation (Längle 2002). Oft aufgrund biografischer Defizite oder Verletzungen leiden diese Menschen im Grunde an einem Mangel an der Fähigkeit, sich fühlend in Beziehung zu setzen – zu sich, insbesondere zu ihrem Körper und zu anderen. Emotional eingeschränkt bleibt ihnen als Sensor, als Rückmeldung über das „Wie“ einer Situation, nur ihr Körper mit seinen Empfindungen. Diese Menschen sind oft stark im Können und Funktionieren, hart im Nehmen, übergehen sich und auch andere in einem verzweckten Lebensstil (wir erleben eine Hypertrophie der 1. und 4. Grundmotivation). Sie leiden unter einer starken Anspannung, auch muskulär, da das „Nicht-fühlen-Können“ in der Tiefe Angst und Unsicherheit erzeugt, auf die sie unbewusst mit einem Halterelex reagieren. Dies verstärkt insbesondere Verspannungen bei Schmerzzuständen z.B., oft bis zum Hartspann.

Daraus erschließt sich für uns die **Behandlung** – wir arbeiten strukturell an der 2. und 3. GM, regen den inneren Dialog an und streben eine neue Körperbeziehung an. Wir bearbeiten die biografischen Verletzungen.

Mein Fokus in diesen Ausführungen liegt nicht auf diesen grundsätzlichen existenzanalytischen Vorgehensweisen, sondern auf dem Eingehen auf die Kernschwierigkeiten dieser Patient:innen, wie sie oben genannt wurden.

A. Das einseitige Gesundheits-Krankheitsverständnis:

- Es gilt, wie in jeder psychotherapeutischen Behandlung, die Betroffenen dort abzuholen, wo sie stehen. Das heißt hier, in einer ernstnehmenden Haltung auf die **körperliche Symptomatik einzugehen**, ohne diese sofort psychischen oder sozialen Problemen zuzuordnen. Die Patienten sollen lange genug über ihre körperlichen Beschwerden sprechen können. Das Interesse gilt auch den Befunden und erfolgten Abklärungen, die Enttäuschung über die mögliche Unerklärbarkeit der Symptomatik braucht Respekt, das Vorherrschen der und das wiederholte Reden über die körperliche Symptomatik soll von der Psychotherapeutin nicht als Widerstand gesehen werden. Die Zuschreibung, alles sei nur psychisch, wird von diesen Patienten leicht

kränkend und die Beziehung als störend erlebt. Maximal ist eine Verallgemeinerung der Psychosomatik auf alle Menschen möglich. Ein Beispiel:

Fr. X: „Dr. F hat mich geschickt. Meine Beschwerden seien bloß psychosomatisch.“

Th: „Wie sehen Sie das, Frau X?“

Fr. X: „Das gibt es nicht, ich bin ja nicht verrückt! Es muss eine körperliche Ursache geben für meine Schmerzen!“

Th: „Sie meinen, wenn es psychosomatisch wäre, wären Sie verrückt?“

Fr. X: „Naja, zumindest fürchte ich das!“

Th: „Frau X, psychosomatisch ist, wie wir alle funktionieren. Z.B. kenne ich ein flaes Gefühl im Bauch bis hin zur Übelkeit, wenn ich an bevorstehende schwierige Ereignisse denke. Diesen Zusammenhang zwischen meiner Sorge und meiner Körperempfindung z.B. nennen wir psychosomatisch. Das ist die Art und Weise, wie wir Menschen geschaffen sind. Vielleicht meint es Dr. F auch so?“

Fr. X: „Aha. Und was tu ich dann hier bei einer Psychotherapeutin?“

Th: „Ich verstehe, dass Sie das beschäftigt, fürchten Sie doch eine körperliche Ursache für Ihre Schmerzen. Ich kann Ihnen anbieten, dass wir gemeinsam schauen, welchen Umgang Sie mit den Beschwerden finden können. Was dabei hilfreich ist, was nicht. Was Ihnen gut tut und dass sie das dann mehr bzw. reduzieren, was nicht gut tut. Und schauen, ob etwas davon vielleicht Auswirkungen hat auf Ihre Lebensqualität und Ihre Beschwerden.“

- Die **Anamnese** fokussiert interessieren die aktuellen somatischen Beschwerden, wir lernen die Lebens- und Krankheitsgeschichte rund um den Körper des Patienten kennen, reduzieren den Menschen jedoch nicht auf seine Symptomklagen. Wir sehen ihn und erweitern auch sein Bewusstsein dahingehend, dass er wesentlich mehr ist als diese Symptomatik. Jedoch soll er hierfür ausreichend Zeit haben. Es gilt, den Patient:innen in ihrer Einzigartigkeit und Eigenheit mit Respekt zu begegnen, bereit zu sein, sie zu verstehen, Interesse und Neugier zu haben, um ihre Anliegen in Erfahrung zu bringen, ihr Leiden und ihr Potential zu würdigen. Es ist wichtig, ihr Erleben ernst zu nehmen. Eine mögliche erhöhte Schmerzempfindlichkeit, eine erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft, die hier oft festgestellt werden kann, führen zu einem anderen Erleben als wenn diese nicht so stark ausgeprägt sind (Bukovski 2012). Dennoch gilt es, als Psychotherapeutin Halt und Zuversicht zu signalisieren.
- Wertvoll ist die **Erkundung möglicher Auslöser** für die Erkrankung (was war, als die Symptome begonnen haben in ihrem Leben?), **salutogenetischer Faktoren** (die Frage nach den Ausnahmen: Wann ist es etwas besser?) und

Ressourcen (Wie haben Sie es bisher geschafft, damit zu leben?). Ziel ist in dieser Phase auch der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

- Auf die **subjektiv verwendete Sprache** ist zu achten. Redewendungen, die sich auf den Körper beziehen, können bedeutsam sein („das verschlägt einem ja die Sprache“, „es liegt mir im Magen“,...). Es kann aufmerksam gemacht werden, dass es da eventuell eine Erfahrung gegeben hat, die möglicherweise einen körperlichen Ausdruck findet und zu der noch kein Zusammenhang hergestellt wurde in Bezug auf die Beschwerden.
- Existenzanalytisch betrachten wir die „somatischen“ Abläufe der Erkrankung v.a. auch **phänomenologisch**. Dies eröffnet die Möglichkeit, nach selbstähnlichen Phänomenen in der psychischen, sozialen oder geistigen Dimension Ausschau zu halten und später dort therapeutisch anzusetzen – z.B. das Ausufern der Gebärmutter Schleimhaut einer an Endometriose schwer erkrankten Patientin und das grenzüberschreitende Verhalten in ihren Ursprungsbeziehungen und auch in ihren Gegenwartsbeziehungen. Man könnte annehmen, dass sich selbstähnliches, also fraktales Geschehen auf den verschiedenen Dimensionen abspielt. Interessant in diesem Zusammenhang sind die Ausführungen von Christian Schubert (Schubert, Singer 2020, 252) zum Künstler Josef Beuys. Seine Hypothese: ein emotional bedeutsames Thema, das das gesamte spätere Leben überschattet, kann sich im Lauf des Lebens immer wieder in durchgängiger selbstähnlicher und musterartiger Wiederholung in allen intraindividuellen und biopsychosozialen Dimensionen wieder finden.
- Angeregt durch das ernsthafte, interessierte Gefragtwerden und den Raum, die Zeit und die Beachtung, die Patient:innen für Ihre Beschwerden erhalten, beginnen sie, vom Klagen weg und zu mehr **Interesse für die ablaufenden Krankheitsprozesse** und für sich selbst zu kommen. Sie merken, was sie womöglich in der Patient:innenaufklärung nicht verstanden haben, was sie nie gefragt wurden bzw. nie gefragt haben, obwohl es wichtig wäre. Ihre Patient:innenkompetenz und ihre Beziehung zu sich wächst. Jede Information kann für die Heilungs- bzw. Linderungschance und für die Psychotherapie wichtig sein. Später kann dadurch auch leichter ein inneres Bild zur Erkrankung entstehen.
- Langsam wird das einseitig somatische Erklärungsmodell der Erkrankung um die weiteren Dimensionen des Menschseins auch über **Psychoedukation** erweitert. Angemessene Informationen über Zusammenhänge zwischen Belastungen und physiologischen Reaktionen, über somatosensorische Verstärkung, über den Teufelskreis des Schonverhaltens, über psychische Begriffe wie Angst, Belastung, Überforderung und Stress helfen dabei. Einfache Erklärungen, symbolische Bilder, die verstehbar sind, sind zu empfehlen. Dafür sind die Patient:innen erfahrungsgemäß oft dankbar. Es entsteht ein Verständnis dafür, was abläuft und was wie zusammenhängen könnte. Das hilft auch, es auszuhalten. Information gibt Halt.
- Patient:innen sollen vor allem auch IN der psychotherapeutischen Praxis **Erfahrungen** (Bukovski 2012) machen von physiologischen Reaktionen bei körperlicher Belastung, von physiologischen Reaktionen bei negativen Gedanken, ungunstigen Gefühlen, unterschiedlichsten Erinnerungen, verschiedenen Sinneswahrnehmungen. Diese Erfahrungen können miteinander reflektiert werden und auf die Zusammenhänge im Menschsein hinweisen. Beispielhaft eignen sich die Imagination einer Zitrone, die Erinnerung an das Geräusch kratzender Tafelkreide, das Pendeln der Aufmerksamkeit zwischen Gegensatzpaaren. Dabei werden die Menschen eingeladen, sich einzufühlen in die Vorstellung von gegensätzlichen Erlebnissen (feine bzw. enttäuschende Urlaubserinnerungen), Haltungen (zu eigenen Stärken bzw. zu eigenen Schwächen), Arten von Beziehungen (liebevolle bzw. konflikthafte). Dabei sollen die ausgelösten Befindlichkeiten wahrgenommen und z.B. auf einer Skala zwischen 0 und 10 eingeschätzt werden. Erfahrungsgemäß zeigen sich Unterschiede in der ausgelösten Befindlichkeit. Die Patient:innen erfahren selbst, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Art von Erinnerungen, Gedanken, Beziehungen und ihrem Körpererleben, bzw. ihrem ganzheitlichen Wohlbefinden. Es wird ihnen bewusst, dass sie eine Wahl haben, sich dem Stärkenden oder dem Schwächenden zuzuwenden. Die personale Dimension, die Fähigkeit zur Gestaltung und Entscheidung, gewinnt an Bedeutung.
- Angebote zur Stressreduktion, zur Entspannung, zur Selbstberuhigung – also Atem-, Bewegungs-, Achtsamkeitsübungen im Tun (achtsam duschen, Spaziergang mit Aufmerksamkeit auf alle Sinneseindrücke) können angeboten und auch für zu Hause mitgegeben werden. Wichtig sind dabei wiederum die Erfahrungen der Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Dimensionen des Menschseins IN der Praxis. Dann kann auch auf eine psychische, eine soziale und eine personale Dimension und deren Zusammenwirken verwiesen werden. Die Patient:innen müssen es niemandem glauben, sondern erleben es selbst.

So können sie ihr einseitiges Gesundheits-Krankheitsverständnis vielleicht zu einem noo-bio-psycho-sozialen hin erweitern.

B. Hilflosigkeit, Ohnmacht.

Das Gegenteil davon ist, selbst etwas bewirken zu können. Existenzanalytisch braucht dies die Aktualisierung der Person zur Stellungnahme, unterstützt durch die Erarbeitung der Selbstdistanzierung. Darauf kann von Beginn an das Augenmerk gelegt werden.

- Vor allem mit der Frage nach dem, was in der Therapie für die Patient:innen getan werden kann, um die **Betroffenen aus der Opferhaltung zu führen**, mit der sie ihren Körper den Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zur Behandlung übergeben. Wichtig ist es von Anfang an eine Behandlungsform herzustellen, in der wir den Menschen helfen, sich selbst zu helfen. Dies soll auch benannt werden: „Sie sind die Spezialistin in allem, was ihren Körper, ihren Organismus angeht! Ich brauche Sie und Ihre Einschätzung für die gemeinsame Arbeit. Bitte prüfen Sie bei allem, was wir miteinander ausprobieren, ob es Ihnen gut tut oder nicht und melden Sie mir dies bitte zurück!“ Das kann die Patient:innen in eine aktive Rolle in der Behandlung einladen.
- Als **Therapieziele** eignen sich konkrete, kleine, v.a. erreichbare Schritte, die nach geraumer Zeit überprüft werden können. Z.B. selbst für Entspannung sorgen können, mit der Freundin wieder ins Kino gehen können, Arbeitsfähigkeit bei Krankenstand, wenn vom Patient:innen gewünscht.
- Die **Aktivierung von Selbstdistanzierung** führt in die Disidentifikation. Hierfür können wir einladen zu beobachten, welche Aktivitäten des Alltags, welche Situationen und welche Bedingungen zu einer Symptomverstärkung und welche zu einer Symptomlastung führen. Das erlaubt, sich weiter mit den Symptomen zu beschäftigen, jedoch in einer Art, durch die langsam ein Freiraum, ein Spielraum für einen personalen Umgang entstehen kann.
- Zu Vielem soll die persönliche Einschätzung, eine Stellungnahme erfragt werden, um die Person zu aktualisieren, z.B.:
 - Zur *Stärke der „somatischen“ Beschwerden*: „Wie sind sie gerade jetzt? Spüren Sie diesen Schmerz gerade jetzt dort auch? Wenn ja, in welcher Intensität auf einer Skala von 0 bis 10?“ Das führt aus der Generalisierung „es ist immer gleich schlecht!“ Wir fragen dies, wenn der Patient Belastendes er-

zählt, aber auch später in derselben Stunde, wenn wir mit ihm über seine Ressourcen sprechen. Dann kann es sein, dass die Beschwerden unterschiedlich stark erlebt werden, je nachdem, wovon wir gerade sprechen. Und wieder können wir auf die Möglichkeit und die Wirkung der Aufmerksamkeitsfokussierung hinweisen.

- *Arztbesuche, Doktor-Shopping, Arztwechsel, stationäre und ambulante Behandlungsversuche, Medikamentenkonsum und Kontrolle des eigenen Körpers*. Wie viel und was genau tut mir gut? Was schadet eher, ist zu viel des Guten?
- *Verstärkungsbedingungen*, wie Nachlesen im Internet oder in Zeitschriften v.a. die negativen, Angst machenden Informationen zur Erkrankung: „Wie viel davon tut mir gut? Was davon brauche ich, was nicht?“
- *Schonverhalten* soll in ein angemessenes Verhalten in Bezug auf die Einschränkungen hin verändert werden. Es gilt zu erkunden, was trotz der Schmerzen möglich ist. Die lähmende Frustration in Folge der erlebten Einschränkung soll so durchbrochen werden. Mögliche Tätigkeiten in kleinen Schritten sollten wieder ausgeführt werden, um aus der passiven Schonhaltung zu kommen. aber eine Überforderung und eine neuerliche Frustration zu verhindern. Diese verstärkt bekanntlich die Symptomatik weiter, da ein wenig bewegter Körper schon im Allgemeinen mehr schmerzt. Ein Beispiel (Bukovski 2009):

Frau N, eine Patientin mit schwerer Endometriose war früher gerne gelaufen. Nach der Gebärmutterentfernung konnte sie dies schmerzbedingt nicht mehr. Frustriert durch den Bewegungsmangel verfiel sie in Ess-Brech-Attacken, die resultierende Gewichtszunahme frustrierte sie noch mehr, der Teufelskreis der Einengung war geschlossen. Die Erkundung, welche Form der Bewegung dennoch möglich sei, um ihrem Bedürfnis danach – es wurde ja bisher als Ressource, zum Stressabbau und für die Erlangung von Wohlbefinden erlebt – führte sie zu täglichen Wanderungen auf einen nahe gelegenen Aussichtsberg. Wir verbinden dies noch mit achtsamem Wahrnehmen der Natur mit allen Sinnen. Zunehmend erlebt sie dabei Freude und Erfüllung.

- *Soziales Umfeld, Beziehungen*. „Die Qualität unserer Beziehungen entscheidet über unser Befinden und unsere Gesundheit“ schreiben schon Uexküll & Wesiack (2011). Wir erkunden Nährendes, aber auch Zehrendes, Destruktives im Beziehungsgefüge. Die Imagination „Ich als Organismus in einer Landschaft“ (Kopp 2007; Bukovski 2012, 126ff)

kann Aufschluss über die Art des sozialen Eingebundenseins der Patient:innen geben. Wir gehen den Phänomenen im Gespräch nach und laden zur Stellungnahme ein. Psychosomatische Beschwerden sind oft Reaktionen auf Verletzungen in oder von Verlusten von Beziehungen. Ziel ist es, Beziehungen in zunehmendem Maß stimmiger zu gestalten. Dabei kann auch eine Therapeut:in-Patient:in-Beziehung als neue, heilsame Beziehungserfahrung unterstützen.

- *Krankheitsvorbilder in der Familie oder das Leben mit kranken Familienmitgliedern* (insbesondere bei starken Krankheitsängsten) (Bukovski 2012) bieten Aufschluss über mögliche Nachahmung, mögliche Traumatisierung durch Krankheit in der Familie und auch über einen möglichen sekundären Krankheitsgewinn (wie z.B. die Einstellung „Aufmerksamkeit oder Pausen sind nur unter Krankheit möglich und erlaubt“). Diese Einstellungen können im Laufe der Behandlung erkundet und in Frage gestellt, möglicherweise über eine neue Stellungnahme verändert werden. Die Frage nach der „Geschichte des Körpers, seinen Leiden und nach dem Umgang mit Krankheiten in der Familie“ kann erkundet und durch die Bearbeitung eine neue Haltung zu Gesundheit und Krankheit entwickelt werden.
- Oftmals beobachtbar ist die *somatosensorische Verstärkung* (Morschitzky 2007) bei den Patient:innen, d.h. der unheilvolle Prozess der zunehmenden Einengung der Aufmerksamkeit auf körperliche Empfindungen und Symptome und Interpretation derselben als gefährlich. Im Sinne eines Teufelskreises erfolgt eine zunehmende Einengung auf die somatischen Beschwerden und diese werden durch die damit verbundene ängstliche Erregung verstärkt. Diese Hilflosigkeit soll erkannt und aufgelöst werden. Zum Beispiel (Bukovski 2012):

Frau M war nach der Geburt ihrer ersten Tochter, bei der sie sich eine Analfissur zugezogen hatte, in Panik geraten. Ihr Tag und ihre Lebensführung (wie das Haus verlassen, Essenszeiten,...) drehten sich nach ein paar Wochen nur mehr um ihre Darmtätigkeit, ihren Stuhlgang und die Schmerzen in Folge der Verletzung. Im Internet las sie Patientengeschichten, die sich von dieser Einschränkung „lebenslang“ nicht mehr erholten. Die Aufmerksamkeit hinlenken zum schmerzhaften Bereich kostet Überwindung. Bald erlebt die Patientin, unterstützt durch ruhiges Atmen, und sogar in diesen Bereich Hineinatmen und Weiteratmen, dass sie die Symptomatik aushalten kann, dass sie durch ruhige und gleichmäßige Atmung eine sich

immer wieder anbahnende Panik beruhigen kann, die Schmerzen nach und nach annehmen kann. Die Imagination der Wunde im erkrankten Körperbereich und das imaginäre Versorgen dieser mit wundheilenden Maßnahmen ermöglicht es, die Symptomatik lindernd zu beeinflussen. Nun kann sie auch wieder wesentliche Bereiche ihres Lebens im Außen fokussieren (die Tochter, soziale Beziehungen, Familie,...). Die überzogene Interozeption und der Teufelskreislauf der somatosensorischen Verstärkung vermindern sich. Die Schmerzen klingen ab.

- Der existenzanalytisch bekannte *Erwartungsangstzirkel*, der häufig schmerzverstärkend beobachtet werden kann, soll durch Halterleben im Hier und Jetzt unterbrochen werden.
- Das größte Therapieziel ist, realistisch gesehen, die Verbesserung der Lebensqualität, nicht unbedingt Gesundung. *Caring statt Curing* (Rudolf 2008) ist angesagt, Linderung statt Heilung ist der Anspruch, der gestellt werden kann. Es bleibt, auch wenn (noch) keine Ursachen für das Beschwerdebild gefunden sind, nicht ausgeschlossen, dass es sich doch um schwerwiegende somatische Beeinträchtigungen handelt. Viele der Patient:innen kommen mit schweren chronische Erkrankungen, oft auch tödlichen. Es braucht unsere Demut ob der Möglichkeiten, die bleiben, bei der Würdigung der Person und der Achtung ihres persönlichen Umgangs mit der Situation. Die Autorität, die uns zugeschrieben wird, nutzen wir im „Caring“, in der Unterstützung beim Besorgen, Versorgen auf allen Dimensionen des Menschseins in einer wohlwollenden Beziehung. So wird schon vieles nachgenährt, was vielleicht ätiologisch zu kurz gekommen ist, was in der Lebensgeschichte gefehlt hat. Die Patient:innen können selbst beginnen, sich zu versorgen, besorgen, ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen, weil sie dazu ermutigt werden, es manchmal auch als Aufgabe in der Therapie erhalten und so in eine fürsorgliche Beziehung zu sich hineinwachsen.
- *Lindernde Interventionen*, die oft als hilfreich erlebt werden, wie z.B. die zärtliche Zuwendung im Sinne einer `Be-hand-lung` (die Hand auflegen bei Schmerzen, Wärme oder Kälte anzuwenden, sich kurz hinlegen zur Entlastung, Lichtimaginationen, Atemübungen, sanfte Körperübungen), unterstützen eine aktive Selbstzuwendung.

Das Ziel all dieser Bemühungen ist es, die Person aus der Ohnmacht und Hilflosigkeit in ihre Selbstwirksamkeit zu begleiten.

C. Körperbezug:

Der Körper ist für viele dieser Menschen eher ein Werkzeug, er wird objekthaft erlebt, als „Maschine“ soll er funktionieren. Sie sind enttäuscht von ihm, für viele ist er zum Feind geworden. Einen anderen Bezug zum Körper zu erarbeiten – also vom Körper HABEN, zum leiblichen SEIN zu gelangen – ist ein langfristiges, aber lohnendes Ziel.

- Schritte auf diesem Weg sind die **Interozeption**, die für den kranken Bereich oft gut ausgeprägt ist, auf den ganzen Körper **auszudehnen**, um auch gesunde Teile des Körpers wieder in den Blick zu bekommen. Das hilft, den Körper nicht nur in seiner Dysfunktionalität, sondern auch in seiner Funktionalität, in seinen Möglichkeiten für schöne Erlebnisse und als Basis für sein Können zu erfahren. Möglichkeiten dafür sind die Dankbarkeitsübung von Luise Reddemann (2001) und das Körper-Durchwandern von Jon Kabat-Zinn (2011). Dabei wird der Körper in seinen Möglichkeiten für schöne Erlebnisse und als Basis für das Können erfahren. Besonders eindrücklich schildert das eine Kollegin in einer Supervision, die mit einem wegen eines hohen Querschnitts verbitterten jungen Mannes eine Kopfreise angeleitet hat, während der er, dabei berührt von Dankbarkeit, erstmals wieder bewusst wahrnimmt, welche Fähigkeiten ihm auch verblieben sind.
- Wertvoll ist es, einen **Wohlfühlort IM Körper** zu erarbeiten. Dort kann Körper-Sein, über ein IM-Körper-Sein, über Körpererleben von innen, wieder erlangt und erlebt werden (Bukovski 2012, 128ff). Egal, wie groß oder wie klein der Bereich ist, an dem es sich ein „wenig besser anfühlt als überall sonst“, er eignet sich dafür. Zum Beispiel hat Herr L, ein Patient mit einer Somatisierungsstörung, diesen Wohlfühlort in seiner großen Zehe gefunden. Nach jahrzehntelanger Tätigkeit als LKW-Fahrer mit immenser Anspannung und Stresszuständen kann er sich dort in Ruhe niederlassen und in die Entspannung kommen. Insbesondere für psychosomatische Patient:innen kann es empfehlenswert sein, den „Geborgenheitsort“, bekannt aus der Traumatherapie, zu modifizieren und ihn IM Körper zu erarbeiten und so in ein Innenerleben ihres Körpers zu kommen.
- Die aufmerksame Zuwendung zum Körper kann zu einer **Konfrontation mit der Einschränkung**, zum Bewusstwerden von körperlichen Belastungen, die sich auch nicht ändern lassen, führen. Es wird möglich, sich auch erkrankten Körperbereichen zu nähern und mit diesen in einen Dialog zu treten. Therapeutisch kann es nun zu Verarbeitungsprozessen kommen, in denen Wut

und Trauer Raum gegeben wird, damit letztlich eine Selbstannahme mit unveränderlichen Bedingungen möglich und die Einschränkungen ins Selbstverständnis und ins Selbstbild integriert werden können.

Elementare Schritte in der **Vorgehensweise entlang der Personalen Existenzanalyse** (Längle 2000) sind folgende:

- Die Patient:innen werden eingeladen, auf ihrer inneren Reise zum erkrankten Körperbereich das Bild einer Landschaft aufsteigen zu lassen (Farben, Formen), und dieses mit allen Sinnen zu erkunden (Temperatur, Geruch, Geräusche, ...). In dieser Phänomenologie nach innen kann, unterstützt durch Bilder, vorerst in der Deskription (PEA 0) festgestellt werden, was ist.
- Geachtet wird auf ausreichende Selbstdistanzierung der Patient:innen, damit es nicht zu Überflutungen von Gefühlen kommt. Wir fragen, wie es hier ist, wie sich das Organ, der Körperbereich fühlt, somit wird der Eindruck (PEA 1) erarbeitet. Es kann und soll zur Berührung kommen über das, was sich in den Bildern zeigt. Die Arbeit induziert also eine emotional gefühlte Zuwendung zum erkrankten Körperbereich.
- Wir fragen nach dem phänomenalen Gehalt, nach der Botschaft: „Wovon sprechen die Farben, Formen,...? Was ist hier passiert? Wie ist das Geschehen, das Bild hier zu verstehen? Hat der Bereich eine Botschaft für Sie?“ um im Grunde zu verstehen: „Was tut so weh?“ und auch die Differenzierung zwischen Gefühlen und Körperempfindungen zu erreichen, was erfahrungsgemäß den Schmerz reduzieren kann.
- Dann können wir zur Stellungnahme (PEA 2) „Was halten Sie davon, was Ihnen ihr Körper vermittelt?“ und zu Verarbeitungsprozessen mit Trauer und Wut über das Geschehene kommen.
- Möglicherweise entsteht eine innere Bewegung im Patienten, ein Wollen: „Was braucht dieser Körperbereich, damit es ihm besser geht? Wie können Sie ihm das geben?“ und leitet über zum Umgang mit dem Leiden (PEA 3). Haben Menschen einmal Beziehung mit ihrem Körper und ihrem Leiden aufgenommen, sind sie oft motiviert, etwas zu verändern. In transformierenden Imaginationen (Schmid 2010) werden Helferwesen eingeladen, die Bereiche z.B. zu streicheln, zu reinigen, die Patienten finden auch über Hinatmen, Lichtströmen und auch ganz real im Alltag Möglichkeiten, wie und wodurch sie sich und ihrem Körperbereich helfen können.

Es kann auch ohne innere Bilder gearbeitet werden, in der reinen Wahrnehmung und im Anfühlen, was ist. Unterstützt wird diese Arbeit durch ruhiges dorthin Atmen und Beobachten, was unter einer liebevoll gehaltenen Zuwendung und dem Weiteratmen als Nächstes passiert – welche Körperempfindungen, Gefühle, innere Bilder und Erinnerungen, die sich mit der Situation im Hier und Jetzt verbinden, auftauchen. Das kann zu einem Mehr an Verstehen führen und reicht oft völlig aus. Eine Bemerkung aus der Literatur unterstreicht dies:

„Wenn der Klient achtsam seine Körperwahrnehmungen anerkennt, ermöglicht er es dem Körper von ganz alleine eine Beruhigung und Lösung dieser körperlichen Erfahrungen herbeizuführen... Das aufmerksame Beobachten und Erleben der unangenehmen Körperwahrnehmungen erzielt eine allmähliche Verringerung der Intensität und Häufigkeit der Symptome. Das Verringern von beängstigenden Körpersymptomen und die verbesserte Fähigkeit, den Körperwahrnehmungen nachzuspüren, ermöglicht(en) es den Klienten zunehmend, mit anderen Elementen, ... zu arbeiten.“ (Ogden et al. 2012, 11f)

In diesem, **mit der Personalen Existenzanalyse vertieften inneren Dialog** (Bukovski 2014) kann es sein,

- dass die Patient:innen sich eine *Vernichtung der Krankheitserreger* und der kranken Zellen mit Hilfe von Helferwesen vorstellen (dies wurde schon von Simonton et al. 2010 u.a. in der Krebstherapie berichtet....).
- Die *Krankheit wird als Chance erkannt* und der somatische Ausdruck als Information für eine Verhaltensänderung genutzt. Frau N z.B. erkannte in der Schmerzmeldung ihrer Endometrioseherde ihre unterdrückten Gefühle und achtete in der Folge darauf, ihre Gefühle mehr zu beachten, ihnen nachzugehen, um durch diese Information in einen angemesseneren Umgang mit der Lebenssituation zu kommen. Die Herde wurden in der Folge nicht mehr als störend, nur mehr als hilfreich erlebt (Bukovski 2009).
- Auch kann es sein, dass sich im *Körper gespeicherte Erinnerungen* schmerzhafter Erlebnisse, auch Traumatisierungen, heben lassen.
All dies soll dann in der Therapie weiter be- und verarbeitet werden.

Ein letztes Beispiel (Bukovski 2012): Der Patient mit der Somatisierungsstörung und dem Wohlfühlort im großen Zeh kommt in die Therapiestunde und berichtet von einem Engegefühl im Brust-Magenbereich, von dem aus er sich elektrisiert fühlt und das von dort aus in den ganzen Körper pulsiert. Er ist davon sehr eingenommen, ganz auf seinen Körper und seine Empfindungen fokussiert und eingeengt. Da er sichtlich belastet, erregt ist,

pendle ich mit ihm zu seinem Wohlfühlort, wo er sich ausruhen und Kraft tanken kann. In seinem großen Zeh kann er sich im Sessel der therapeutischen Praxis niederlassen und entspannt sich nach und nach. Nun wird er eingeladen, von dort aus das Körperempfinden in Bildern zu visualisieren.

Therapeutin: „Wie schauen die Empfindungen aus, wenn Sie sie sich diese in einem Bild vorstellen?“

Patient: „Wie Meereswellen mit Schaumkronen in einem Unwetter.“

Therapeutin: „Wovon sprechen die Wellen? Wovon das Unwetter?“

Patient: „Ach, da fallen mir die Schläge ein, die ich immer wieder von meiner Mutter bekommen habe.“

Jetzt tauchen biografische Erinnerungen auf, die sich aus dem Körpererleben lösen, es fügen sich dissoziierte Teile von Traumaerfahrungen (wiederholte physische Gewalt in der Kindheit) zusammen und können in der weiteren Bearbeitung befriedet werden. Herr L lernt so die „Sprache“ seines Körpers zu lesen.

- Die durch die **achtsame Wahrnehmung der Körperempfindungen**, unterstützt durch Imaginationen, vor allem aber durch die **Arbeit mit der PEA am schmerzhaften Körperbereich** können in Erinnerung gerufene Lebensbelastungen, auch bisher „vergessene“, dissoziierte Traumata verarbeitet werden (Bukovski 2014). Oft werden bisher als selbstverständlich gesehene Lebensbelastungen (z.B. Vernachlässigung, Gewalt, psychischer Missbrauch, Entwertungen...) im Laufe der Therapie durch einen liebevolleren Umgang mit sich, durch eine wohlwollende Zuwendung zu sich und durch die neue Beziehungserfahrung zur Therapeut:in und deren Aufmerksam-Machen auf Verletzendes erst als solche erkannt. Dies braucht dann vor allem eine Zuwendung zu sich als Kind, Jugendlicher, oder junger Erwachsener, der/die man damals war, und eine Stellungnahme zum Unrecht und zur Verletzung, die Einem geschehen ist. Es braucht ein Zugestehen der Emotionen und Körperempfindungen, die damals unterdrückt wurden, um den Körper davon zu entlasten und zu befreien. Es hilft, den Körper zu entlasten, indem seinen Empfindungen, Intentionen heute nachgegangen und nachgegeben wird und die Patient:in möglicherweise eine Stressreaktion heute vervollständigen kann, die in den früheren traumatischen Situationen blockiert und unterdrückt wurde. Der Verarbeitungsprozess braucht auch das Zulassen verarbeitender Gefühle der Trauer und der Wut beim/bei der Erwachsenen, welche die Patient:in heute ist. Erst wenn sich die Patient:in auf „ihre“ Seite (auf die Seite des Verletzten, der er da-

mals war) gestellt hat, und sich getröstet hat (unter Begleitung eines mitfühlenden Therapeuten, der dem Patienten dabei hilft, ihn dazu ermutigt), lösen und befrieden sich alte Verletzungen. Die dazu mögliche Methode ist in der Existenzanalyse die Biografische Existenzanalyse (Längle 1994; Tutsch & Luss 2000). Durch diese Prozessarbeit geschieht ein Verstehen von Zusammenhängen im Geworden-Sein der Patient:in, das letztlich beruhigend und heilsam wirken kann.

All diese, auch die biografischen Verletzungen verarbeitenden Interventionen haben das Ziel, die Patient:innen in eine neue Beziehung mit ihrem Körper einzuladen, ihr Leben mit ihm gemeinsam gestalten und insbesondere, vom Wohlfühlort ausgehend, auch ein Körper SEIN zu erleben.

In allen Phasen der Therapie kann die Zuwendung zum Körper zu einer Konfrontation mit Einschränkungen führen, die sich auch nicht ändern lassen. Dann ist es wichtig, hier zu verweilen. Das eigene Leid muss angenommen und gefühlt werden, dem zärtlichen Mitgefühl mit sich und der Trauer Raum gegeben werden, „Jetzt bin ich wirklich arm!“, sonst wird das Leid mit Härte und Aggression abgewehrt. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen braucht es viel Loslassen, Bedauern, was nicht mehr möglich ist und Betrauern des Verlorenen. So wird eine Selbstannahme mit unveränderlichen Bedingungen möglich und gelingt die Integration der Einschränkungen ins Selbstverständnis und ins Selbstbild. In der Tiefe geht es existenzanalytisch bei diesen Patient:innen um die Arbeit am *Grundwert* und am *Selbstwert*, um ein Ja zu diesem Leben und ein Ja zu sich selbst, auch im Defizit. Kann durch die Erkrankung bisherigen Werten nicht mehr nachgegangen werden, ist Neuorientierung nötig, sind Sinnhorizonte neu zu entdecken.

Abschließend möchte ich betonen, dass kein Konzept dem Wunder Mensch gerecht wird, alle greifen zu kurz, kein Therapieplan kann strikt angewendet werden. Auch diese Schwierigkeiten, auf die hier eingegangen wurde, können sich vielleicht nicht lösen lassen und sich auch als Fixierungen erweisen. Therapie bleibt „Kunst“, mit Hans Peter Dürr (2016) könnte man sie im besten Fall als liebenden Dialog auffassen. Dabei strebt man danach, so viel wie möglich von dem aufzunehmen, was der andere sagt, ohne über den nicht-verstandenen Teil weiter besorgt zu sein. Gemeinsam versuchen wir, etwas mehr zu verstehen und durch einen veränderten Umgang etwas zum Stimmigeren hinzuwenden. Das Leben der Patient:in lebendiger werden zu lassen, damit es bejaht werden kann, der Existenzvollzug angesichts und trotz der vorgefundenen, v.a. körperlichen Einschränkungen wieder ein selbst entschiedener

werden kann. Manchmal bleibt man als Therapeut:in aber auch einfach eine Klagemauer, die das Erleben des Patient:in würdigt und ihren Umgang damit bedingungslos achtet. Wir wissen vielleicht auch nicht, ob wir selbst in dieser Situation anders damit fertig werden würden.

Literatur

- Bukovski R (2009) Frau zu werden. Psychotherapie einer Patientin mit schwerer Endometriose. In: Existenzanalyse 26, 2, 53–59.
- Bukovski R (2012) Der Körper als Botschafter. Masterarbeit, Schloss Hofen
- Bukovski R (2014) Eine Botschaft des Körpers? Der innere Dialog bei psychosomatischen Erkrankungen. In: Existenzanalyse 31, 2, 65–72
- Dürr H P (2016) Geist, Kosmos und Physik. Gedanken über die Einheit des Lebens. Crotona Verlag GmbH.
- Kabat-Zinn J (2011) Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. München: Knauer.
- Känel von R (2017) Somatische Belastungsstörung: eine „Revolution“ erfasst die Psychosomatik. PowerPoint der Dienstagnachmittag-Fortbildung. Psychosomatik Basel.
- Koppe A (2007) Mut zur Selbstheilung. Würzburg: Diametric Verlag.
- Längle A (1994) Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Existenzanalyse. In: Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien: Tagungsbericht 1992 der GLE, 9–33.
- Längle A (2000) (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas.
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstrukturen in der Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica, 1, 2002: 5–13.
- Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13–34.
- Morschitzky H (2007) Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Wien: Springer Verlag. 2.Aufl.
- Ogden P, Pain C, Minton K, Fisher J (2012): Einbeziehung des Körpers in die Hauptrichtungen der Psychotherapie mit traumatisierten Klienten. Zeitschrift für Psychotherapie. Psychotherapiewissenschaft. Psychologische Medizin Jg. 10, 2012, Heft 2.
- Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rudolf G (2008) Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. In: Psychotherapie-Forum 16, 8–14.
- Schmid G B (2010) Selbstheilung durch Vorstellungskraft. Wien: Springer.
- Schubert C, Singer M (Hrsg.) (2020) Das Unsichtbare hinter dem Sichtbaren. Gesundheit und Krankheit neu denken. BoD-Books on Demand, Norderstedt
- Simonton O C, Matthews Simonton St, Creighton J (2010) Wieder gesund werden. Hamburg: Rowohlt. 9.Aufl.
- Tutsch L, Luss K (2000) Anleitung für die biographische Arbeit in der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 17, 1, 31–35.
- Waller E, Scheidt C E (2008) Körper und Beziehung. Der Beitrag zur Bindungsforschung. In: Psychotherapie im Dialog 9, 283–289.
- Von Uexküll Th, Wesiack W (2011) Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R et al.: Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier. 7.Auflage, 3–40.

Anschrift der Verfasserin:

MAG.^A RENATE BUKOVSKI, MSc

Aubach 5

A–4873 Redleiten

renate.bukovski@existenzanalyse.at

www.bukovski.at