

An die Ausbildungsleitung
Paracelsus- Schulen Hannover
z.Hd. Herrn Prof. Dr. Ahlborn
Lister Strasse 9

30163 Hannover

Abschlussarbeit

Fachgebiet: Beratung bei Sexualproblemen
Fallbeschreibung Nr. 1

Erstellt und eingereicht von:

Petra Vogel
Marbacher Strasse 12A

70435 Stuttgart

Matrikelnummer: 175601

1

1. 1. Zusammenfassung des vorliegenden Falls:

Herr P. ist ein Mann Mitte 40 und erzählt zunächst, dass er vor einem guten Jahr sein Arbeitsverhältnis betriebsbedingt aufgekündigt bekommen hat, Arbeitslosengeld bezieht und bisher trotz Bemühungen keine neue Anstellung gefunden hat. Sein Umfeld macht sich über ihn lustig, da er nunmehr als Hausmann fungiert und er fühlt sich „...immer mehr an den Rand gedrängt“. Am schlimmsten aber ist, dass er Probleme hat, seinen „...ehelichen Pflichten nachzukommen“. Trotz aller Anstrengungen gelingt es ihm nicht, eine Erektion herbeizuführen. Die Abstände des Miteinander- Schlafens mit seiner Frau haben sich von bislang 2x wöchentlich auf ein Mal monatlich minimiert. Seine Frau ignoriert das Problem, weicht seinen Annäherungsversuchen aus und ist auch zu einem Gespräch darüber nicht bereit. Die Situation spitzt sich nun dadurch zu, dass Frau P. zunehmend abends mit ihren Freundinnen ausgeht und Herr P. Angst hat, sie zu verlieren.

1. 2. Anamnese, Befund, vorläufige Diagnose, Differentialdiagnose:

Zunächst werde ich die Anamnese, den Befund, die vorläufige Diagnose und die Differentialdiagnose mittels „Exploration“ und „Interviews“ mit Herrn P. erstellen. Dazu werde ich folgende Punkte abklären:

Anamnese:

a) Aktuelle Krankheitsgeschichte (Vorgeschichte und gegenwärtige Beschwerden):

„Sie erzählen mir, dass Sie ihren „ehelichen Pflichten“ nicht mehr nachkommen können und dass sie „trotz aller Anstrengungen“ ihr Glied, wie Sie sagen, nicht mehr „hochbringen“. Seit wann genau ist das denn so? Können Sie da einen genauen Zeitpunkt bestimmen? Was glauben Sie, warum das so gekommen ist? Was meinen Sie denn eigentlich mit „aller Anstrengung“? Wann war denn „früher“ bei Ihnen? Achso. Und zwei Mal wöchentlich Geschlechtsverkehr war für Sie und Ihre Frau in Ordnung? Haben Sie diese Probleme denn nur, wenn Sie mit ihrer Frau schlafen wollen? Ich meine: ist masturbieren möglich oder haben Sie morgens nach dem Aufwachen eine Erektion“?

b) Somatische und psychiatrische Vorgeschichte:

„Hatten sie vorher schon einmal solche Schwierigkeiten oder andere Beschwerden? Es müssen nicht unbedingt körperliche sein, eventuell auch psychische?“

c) Biographie (körperliche, psychische Entwicklung, beruflicher, sozialer Werdegang, Lebensgewohnheiten, Freizeitgestaltung,...) :

„ Erzählen Sie mir doch ein bisschen von sich. Vielleicht von früher, wie und wo sind Sie aufgewachsen, zu welchen Schulen sind Sie gegangen? Haben Sie danach eine Berufsausbildung gemacht? Aha, interessant, als was denn? Wie hat das hingehauen mit der Ausbildung? Mussten Sie nicht auch zum Wehrdienst? Hatten Sie viele Freunde oder haben Sie sich lieber alleine beschäftigt? Was haben Sie denn dann immer so gemacht? Machen Sie das eine oder andere heute noch gerne? Oder haben Sie ganz neue Hobbys dazu gewonnen? Mit

wem unternehmen Sie das? Haben Sie denn dazu genug Zeit? Wie teilen Sie sich denn ihren Tag so ein? In ihrer Anstellung, zu welchen Zeiten

2

haben Sie denn da gearbeitet? Ah ja, ich verstehe, mmh. Wie lange waren Sie in Ihrer letzten Anstellung beschäftigt? Haben Sie da auch Ihren erlernten Beruf ausüben können, oder haben Sie in einem anderen Metier gearbeitet“?

d) Familienanamnese (soziale, allgemein medizinische, psychiatrische und neurologisch Familienvorgeschichte, nur mit dem Einverständnis des Klienten) :

„Ich würde gerne wissen, ob Ihre Eltern noch leben, Herr P.! Haben Sie ein gutes Verhältnis zu Ihnen? War das schon immer so? Haben Sie Geschwister? Sind die älter oder jünger als Sie? Sind Sie gut miteinander ausgekommen? Waren Sie als Kind öfter mal krank? Kinderkrankheiten, oder? Mussten Sie auch schon mal stationär ins Krankenhaus? Und wann war das? Aha, und später, waren Sie da mal krank oder wegen irgendetwas in ärztlicher Behandlung? Wie war das beim Rest der Familie? Haben Sie Ihre Grosseltern auch noch gekannt? Wissen Sie da etwas über Krankheiten? Ach ja, ich verstehe. An was sind sie gestorben? Aha, und wann war das?“

e)F

remdanamnese (Befragung der Angehörigen, Bekannten, Freunde, Arbeitskollegen, auch nur mit dem Einverständnis des Klienten) :

„Denken Sie, dass Ihre Frau auch einmal mit zur Beratung kommen möchte? Oder wäre Ihnen das eventuell gar nicht recht? Haben Sie einen guten Freund, dem Sie sich manchmal anvertrauen?“

Befund:

a) Psychischer (psychopathologischer) Befund:

- Während unseres Gesprächs achte ich auf das **äussere Erscheinungsbild** des Herrn P. Wie ist seine Statur, Haltung, ist er gepflegt/ungepflegt, wie ist er gekleidet, ist er übergewichtig,
- Ich beobachte sein **Verhalten in der Untersuchungssituation**. Wie ist seine Mimik, seine Gestik und Sprache.
- Ich versuche, seine **Affektivität** zu erkunden? Wie ist seine Stimmung, sein Affektverhalten, sein Gefühlsleben.
- Wie ist die Grundaktivität des Herrn P.? Wie ist sein **Antrieb und seine Psychomotorik**? Ist er zielstrebig?
- Desweiteren erkunde ich sein **Kontaktverhalten**. Ist Herr P. gesprächig, mir zugewandt/abgewandt? Fällt es ihm leicht, über sich und seine Probleme zu sprechen? Kommt er damit klar, dass ich eine Frau bin?
- Weiterhin achte ich auf **Triebtendenzen/-störungen**. Ist Herr P. unbeherrscht oder eher gehemmt? Zeigt er gesteigerte oder reduzierte Triebtendenzen, Perversionen?
- Wie ist denn seine **Bewusstseinslage und Orientierung**? Ist er bewusstseinsklar oder eingeeengt? Hat er eine zeitliche, örtliche, situative und personelle Orientierung?
- Wie ist seine **Wahrnehmung**? Wird die Realität richtig erkannt, oder in gewisser Weise verändert, entstellt oder verzerrt?

- Wie ist sein **formales und inhaltliches Denken**? **Was** ist das inhaltliche Ergebnis seines Denkprozesses und **wie** sein Gedankenablauf?
- Wie steht es mit seiner **Merkfähigkeit/ Gedächtnis**? Muss er lange überlegen um zu antworten? Sind chronologische Abläufe möglich? Kann er sich gut an Vergangenes erinnern?
- Wie ist es um seine **Intelligenz** bestellt? Was macht er für einen Gesamteindruck? Besitzt er höhere Intelligenzfunktionen.

3

Anhand der Fallbeschreibung lässt sich momentan nur feststellen, dass:

- es Herrn P. wohl unangenehm ist, über sein Problem zu sprechen. Er berichtet erst über seine Arbeitslosigkeit, dann erst über seine Erektionshemmung.
- Desweiteren drückt er sich umgangssprachlich aus: "...ehelichen Pflichten...", oder: "...würde er sein Glied nicht mehr **hochbringen**".
- Er scheint jedoch zielgerichtet zu sein, da er ja mit seiner Frau reden wollte und letztendlich ja auch in die Beratungsstelle gekommen ist.
- Seine Gemütsverfassung scheint negativ, da er sich: "...immer mehr an den Rand gedrängt fühlt", und er Angst hat, seine Frau zu verlieren.
- Herr P. setzt sich wohl auch selbst unter Leistungsdruck, da er erzählt "...trotz aller Anstrengungen...".
- In wie weit seine Spekulationen über das, was seine Frau meint oder tut, der Realität entsprechen, lässt sich für mich nicht erkennen.

b) Körperlicher Befund:

- „Herr P., waren Sie, bevor Sie zu mir kamen, bei einem Facharzt, Neurologen oder Psychiater? Es könnte ja sein, dass Sie sich, weil Sie sich so schlecht gefühlt haben, irgendwelche Medikamente haben verschreiben lassen. Antidepressiva, o.ä., was ja auch Einfluss nimmt auf die sexuelle Funktionsfähigkeit.“
- Oder haben Sie vielleicht versucht, durch potenzsteigernde Mittel der Lage Herr zu werden? Viagra, oder sonstiges?
- Haben Sie, bzw. ein Arzt, urologische Erkrankungen in Erwägung gezogen, z.B. arterielle Hypertonie oder haben Sie Verletzungen im Urogenitalbereich?
- Wissen Sie, ob bei Ihnen irgendwelche neurologischen Erkrankungen vorliegen?
- Hat man apparative Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt?
- Haben Sie irgendwelche Atteste?“

c) Testpsychologischer Befund:

- „Wurden bei Ihnen irgendwelche psychologischen Tests durchgeführt? Z.B. MMPi oder TAT?“
- Haben Sie Untersuchungsergebnisse?

Vorläufige Diagnose:

Zunächst stellt es sich für mich so dar, dass Herr P. eine sexuelle Dysfunktion in Form einer Erektionsstörung auf Grund eines psychosozialen Konfliktes hat, da es vorerst noch anzunehmen ist, dass die Störung erst durch ein belastendes Lebensereignis zu Tage getreten ist.

Folgende Faktoren sollten zusätzlich berücksichtigt sein, um die Diagnose der sexuellen Funktionsstörung stellen zu können:

- Die Normalität, da es keine allgemein akzeptierten Richtlinien dafür gibt, was als „normale“ sexuelle Funktionsfähigkeit anzusehen ist. Nicht jeder muss ein leidenschaftliches Sexualleben haben. Somit liegt die Normalität im Auge des Betrachters und ist individuell verschieden.
- Man muss das Alter und die Erfahrung der Person, den in ihrem religiösen und kulturellen Umfeld vorherrschenden Sittenkodex,...
- ...die Angemessenheit der sexuellen Stimulation und...

4

- ...das Ausmass berücksichtigen, bis zu welchem das sexuelle Problem Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursacht.

Differentialdiagnose:

Man beachte, die Differentialdiagnose zwischen sexueller Funktionsstörung und der Diagnose eines Partnerschaftsproblems beim Paar.

1. 3. Klassifikation:

- Die „International Classification of Diseases“, kurz **ICD 10**, der WHO, derzeit in der **10.**ten Version, führt die Erektionsstörung unter der Ziffer **F.52.2** als **Versagen genitaler Reaktionen**.
- Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, kurz **DSM**, der American Psychiatric Association, derzeit in der **4.**ten Fassung beschreibt die Erektionsstörung beim Mann unter **302.72** wie folgt:

Diagnostische Kriterien:

- Anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrechtzuerhalten.
- Das Störungsbild verursacht deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.
- Die sexuelle Funktionsstörung kann nicht besser durch eine andere Störung auf Achse I (ausgenommen eine andere sexuelle Funktionsstörung) erklärt werden und geht nicht ausschliesslich auf die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Bestimme den Typus: Lebenslanger Typus / erworbener Typus

Bestimme den Typus: Generalisierter Typus / situativer Typus

Bestimme den Typus: Aufgrund psychischer Faktoren / aufgrund kombinierter Faktoren

Somit bestimme ich im vorliegenden Fall noch den Typus:

Erworbener Typus, situativer Typus, aufgrund psychischer Faktoren.

2. 1. Therapiemöglichkeiten:

Verhaltens- und kognitive Therapien

- Paartherapie nach Masters / Johnson
- Sexualerziehung nach Kaplan / Singer
- Desensibilisierung und Angstbewältigungstraining
- Fertigungs- und Kommunikationstraining

Integrierte lösungsorientierte Kurztherapie

- Systemische Kurztherapie (z.B. paradoxe Interventionen, provokative Therapie...)
- NLP- neurolinguistisches Programmieren (TIT FOR TAT, SWISH- fortgeschrittenes NLP, ..)
- Prozessorientierte Persönlichkeitstypologie (Unterteilung in 3 verschiedene Grundtypen)

5

Organotherapien

- Viagra
- Hormonbehandlungen
- Psychopharmaka
- Physio- und Mechanotherapien

Naturheilkundliche Therapieansätze

- Hakomi (die Arbeit mit Körper und Geist n. d. Prinzip der Inneren Achtsamkeit verhelfen zur Selbsterkenntnis)
- Körpercoaching in den Reflexzonen
- Bioenergetik und Vegetotherapie nach Lowen und Reich (Grounding, Intensivierung der Vibration des Körpers, Vertiefung der Atmung, Erhöhung des Selbstbewusstseins, Erweiterung des Selbstausdrucks)

Suggestionen, Trance, Hypnose

- Katathymes Bilderleben
- Phantasiereisen
- Kristallkugeltechnik

Entspannungsübungen

- Autogenes Training
- Progressive Relaxation nach Jackobsen
- Atemlenkung

2. 2. Paartherapie nach Masters / Johnson

Da diese Therapie nach wie vor zu den bahnbrechenden Konzepten der Behandlung sexueller Störungen zählt, möchte ich Sie hier genauer beschreiben:

- Die Therapie versucht, Leistungsängste zu mindern oder nach Möglichkeit auszuschalten, um den Patienten den Weg aus ihrer ungunstigen Zuschauerrolle zu weiden. Dann, so hofft man, wird das Paar fähiger sein zu freier und genussvoller Sexualität.
- Wichtig ist, dass den Paaren zunächst jegliche sexuelle Aktivität verboten wird. Zunächst wird eine vollständige soziale und sexuelle Anamnese erhoben, die Paare werden körperlich untersucht, sodass organische Faktoren ausgeschlossen oder gefunden und gehandelt werden können.
- In den diagnostischen Interviews gilt die besondere Aufmerksamkeit dem sogenannten sexuellen Wertesystem, d.h. den Vorstellungen, die beide Partner davon haben, was in einer sexuellen Beziehung akzeptabel und notwendig ist. Manchmal muss sich erst dieses Wertesystem für einen oder beide Partner ändern, bevor die Sexualität besser werden kann. Wenn einer der Partner Sexualität als etwas Schmutziges und Unmoralisches hält, wird vermutlich auch die beste Sexualtherapie versagen.
- Der Therapeut bietet dann dem Paar Interventionen dafür an, wie es zu dem Problem gekommen ist und warum es so hartnäckig erhalten bleibt. Im Mittelpunkt dabei stehen immer die Probleme innerhalb der Beziehung, nicht die besonderen Schwierigkeiten des einen oder anderen Partners. Es ist eine Grundprämisse der Masters / Johnson-Therapie, dass „... es in einer Ehe mit sexuellen Schwierigkeiten,

6

- gleich welcher Art, einen unbeteiligten Partner nicht gibt“. An diesem Punkt werden die Patienten auch mit der Vorstellung der Zuschauerrolle bekannt gemacht. Sie erfahren z.B., dass sich ein Mann mit Erektionsschwierigkeiten Gedanken darüber macht, wie gut oder wie schlecht er ist, statt sich dem Geschehen einfach zu überlassen. Man erklärt ihnen, dass diese Selbstbeobachtung unter den gegebenen Umständen zwar verständlich sei, aber die natürlichen Reaktionen blockiere und den sexuellen Genuss stark beeinflusse.
- Danach erfolgt die wichtigste Instruktion. Die Anweisung zum Empfindungsfokussieren. Dazu sollen sich die Partner eine Zeit aussuchen, in der zwischen ihnen „ein natürliches Gefühl der Wärme und Gemeinsamkeit...“, vielleicht sogar der verspielten „Verschworenheit“ herrscht. In so einem Moment sollen sie sich entkleiden und einander durch gegenseitiges Berühren ihrer Körper Freude bereiten. Der Therapeut weist einem der Partner die Rolle des „Freudenspenders“ oder „Gebenden“ zu. Der „nehmende“ Partner hat nicht weiter zu tun, als die Berührung zu genießen. Es wird von ihm keine sexuelle Reaktion verlangt, aber er soll dem gebenden Partner möglichst unmittelbar mitteilen, wenn ihn etwas ablenkt oder unangenehm ist. Dann werden die Rollen getauscht. Immer noch ist der Koitusversuch untersagt. Nach Masters / Johnson ist das ein Weg, die Paare von den krampfhaften Versuchen abzubringen, die sie gemeinsam praktizieren. Das Empfindungsfokussieren kann Kontakt herstellen, wo schon seit Jahren keiner mehr war.
- Beim Empfindungsfokussieren können tiefsitzende, bisher verborgene Feindseligkeiten ans Licht kommen. In den meisten Fällen machen die Partner aber die Erfahrung, dass das Zusammensein im Bett nicht immer die Funktion eines Vorspiels zum Geschlechtsakt haben muss.
- Als nächstes wird der empfangende Partner instruiert, den gebenden Partner zu bestimmten Zärtlichkeiten zu ermuntern und anzuleiten. Vom Orgasmus wird jedoch noch nicht gesprochen, und auch der Koitus bleibt verboten. Falls erforderlich, und das ist wohl häufig so, wird dem Paar anhand von Bildmaterial grundlegendes anatomisches Wissen vermittelt.
- Nach dem Empfindungsfokussieren konzentriert sich die Behandlung auf das besondere Problem des Paares. Nachdem sich das Paar jetzt nach dem Empfindungstraining im Bett wieder wohler miteinander fühlt, soll er Mann darauf bedacht sein, die eigene sexuelle Stimulation zu maximieren, ohne allerdings einen Orgasmus anzustreben.

Dabei baut sich gewöhnlich Erregung auf. Vom Therapeuten erfährt das Paar, wie sich der männliche Genitalbereich im allgemeinen besonders wirksam manuell manipulieren lässt, aber letztlich entscheidet immer der Mann, der ermuntert wird, seiner Frau fortlaufend seine Wünsche mitzuteilen. Der Therapeut betont, dass der Orgasmus in dieser Behandlungsphase immer noch nicht Ziel der Interaktion ist.

- Wenn der Mann anfängt, die Zärtlichkeiten zu genießen, geht man einen Schritt weiter. Die Quelle des sinnlichen Vergnügens soll nun von der Hand des Mannes auf seine Penis in ihrer Vagina verlagert werden. Der Geschlechtsakt soll nun „ zu Gunsten“ des Mannes praktiziert werden. Wenn das Paar es in einer von ihm ausgewählten Stellung einige Minuten schafft, ohne dass der Mann zum Orgasmus drängt, hat sich ihr sexuelles Miteinander gewöhnlich entscheidend verändert. Im Anschluss an diese Phase nimmt der Koitus in den meisten Fällen einen für beide Teile befriedigenden Verlauf.
- Zu beachten ist, dass manche Paare während der Behandlungszeit zum ersten Mal in ihrem Leben offen über Sexualität sprechen. Geht der Therapeut behutsam mit ihnen um, werden sie den Instruktionen folgen und lernen, damit umzugehen, was sexuelle Lust bereitet. Wie bei jeder Verhaltenstherapie steht auch hier das Erlernen einer Technik im Mittelpunkt, aber es sind die zwischenmenschlichen Faktoren, die für die Verhaltensänderung den Boden bereiten.

7

2. 3. Integrierte lösungsorientierte Kurztherapie

Da ich allerdings eher dazu tendiere, mit Herrn P. lösungsorientiert zu arbeiten, da es meiner Meinung nach sinnvoll ist, dass er schnelle Lösungen findet, bevor sich sein Gemütszustand noch weiter verschlechtert. Zudem denke ich, dass seine Frau momentan nicht sehr kooperativ zu sein scheint. Deshalb erörtere ich das Konzept der Integrierten lösungsorientierten Kurztherapie im Groben.

Die integrierte lösungsorientierte Kurztherapie setzt sich aus drei Teilen zusammen:

- Systemische Kurztherapie
- Neurolinguistisches Programmieren (NLP)
- Prozessorientierte Persönlichkeitstypologie

Lösungsorientierte Kurztherapie

Die lösungsorientierte Kurztherapie hat das problemorientierte Denken aufgegeben und zielt von Anfang an auf Lösungen ab. Die Lösungen werden durch **Zielorientierung**, durch das **Herausarbeiten von Ressourcen**, und über **hypothetische Lösungen** angeregt und realisiert. Lösungen sind in der Regel etwas qualitativ Neues und Anderes als Probleme. Bei Lösungen im Bereich Psychotherapie geht es um **Neukonstruktionen**. Die Lösungen werden in Lösungen gesucht. In der Entwicklung der **systemischen Kurztherapie** wurde entdeckt, dass besonders das zwischenmenschliche Verhalten und Geschehen „paradoxen“ Gesetzmässigkeiten gehorcht und durch passgenaue **paradoxe Interventionen** günstig beeinflusst werden kann. Zu diesen systemischen Vorgehensweisen gehören viele direkte Interventionen M. Ericksons, die **Provokative Therapie**, das **Pacen** im NLP, das **TIT FOR TAT** und die Musterunterbrechungen bei de Shazer.

Das Neue ist die Erkenntnis, dass im Leid die Lösungsenergie enthalten ist.

Begriffserklärung:

a) Zielorientierung

Durch die Klärung der Ziele entstehen den Klienten hoffnungsvolle Lösungsperspektiven, Motivation und Zuversicht. Es wird darauf geachtet, dass die Ziele

- Positiv formuliert
- Attraktiv
- Konkret
- Realisierbar
- Bekömmlich sind.

b) Herausarbeiten von Ressourcen

Die Frage nach dem was die Klienten selbst schon herausgefunden haben. Damit wird gleich zu Beginn des Gesprächs die Lösungskompetenz und die Eigenverantwortlichkeit des Klienten unterstrichen und einbezogen.

Es wird untersucht, was die Klienten anders machten und wie sie das machten, wenn sie ausnahmsweise mit dem Problem besser zurecht kamen.

8

c) Hypothetische Lösungen

Vorweggenommene Lösungen, so tun, als ob das Problem verschwunden und die Lösung schon realisiert sei, aktivieren schöpferische Prozesse in den Klienten und zuversichtliche Gefühle in Bezug auf die Möglichkeiten, eine Lösung zu realisieren.

Eigene Lösungsvorschläge der Klienten werden ausdrücklich bestätigt und durch Informationen, die ihnen weiterhelfen können, in ihrer Eigenkompetenz bestärkt.

d) Pacen

Der Therapeut begegnet dem Klienten auf einer „Wellenlänge“, verbal und körpersprachlich. Dadurch fühlen sich die Klienten verstanden und angenommen.

Zudem ist es wichtig, die Klienten grosszügig anzuerkennen, um sie in eine bessere Verfassung zu bringen, um ihnen zu ermöglichen, alte „Lösungsstrategien“ loszulassen und neue Wege auszuprobieren.

Da sich die Klienten oft stigmatisiert und minderwertig fühlen durch ihre Schwierigkeiten, sollte man ihre Probleme normalisieren. Das hilft ihnen, ihr Darauf-Fixiertsein aufzugeben und sich Lösungsalternativen zuzuwenden.

Man sollte das Gute im Schlechten herausarbeiten, da Probleme und Schwierigkeiten immer eine Chance zum Besseren beinhalten. So kann die belastende Situation als Herausforderung gesehen werden und ihr ansatzweise positive Seiten abgewonnen werden.

Auch sollte man den Klienten fragen, wie er trotz des Problems mit seinem Leben zurecht kommt. Dadurch wird die Aufmerksamkeit des Klienten darauf gerichtet, was in seinem Leben noch alles funktioniert. Dadurch wird die Problemfixierung gelockert und sonstige Kompetenzen werden deutlich gemacht.

e) TIT FOR TAT, Systemische Energieumwandlung

Die systemische Haltungsantwort- Energiebotschaft wird nach der Formel:

Ähnliches mit Ähnlichem begegnen- und dies positiv, spiegelbildlich und gegenläufig, ermittelt, Das TIT FOR TAT bewirkt somit zweierlei:
Man kommt mit einer als schwierig erlebten Person oder Situation besser klar und das TIT FOR TAT wirkt verändernd auf die Person oder die Situation.

Bei der systemischen Energieumwandlung geht es darum, das „Original- Leiden“ zu ermitteln, also keine Folgereaktion wie Ärger, Enttäuschung, Frustration,... Die Energie, die der Klient entwickelt, wenn er an etwas besonders Schlimmes denkt, wird umgewandelt und in eine heilsame Energie und auf die leidauslösende Situation zentriert.

f) SWISH- fortgeschrittenes NLP

Eine weitere Möglichkeit, Glaubenssätze zu verändern bietet diese Methode. Sie ermöglicht, stabile Veränderungen zu initiieren, d.h. es wird eine stabile Veränderung einprogrammiert vom einschränkenden zum erlaubenden Glaubenssatz. Zusätzlich können Fähigkeiten hinzugefügt werden, die es dem Klienten ermöglichen, sein Ziel zu erreichen.

g) Persönlichkeitstypen

Eine weitere Erleichterung für die Arbeit mit dem Klienten ist es, ihn zu einem bestimmten Persönlichkeitstyp zuordnen zu können. Diese erschliessen den Persönlichkeitsbereich mit den frühkindlichen Störungen, den Entwicklungsbereich mit den Schlüsselfähigkeiten und den

9

Zielbereich mit den Themen fremd (Typ1)- oder selbstbestimmt (Typ2) leben, sowie den persönlichkeitsstypischen Grundängsten.

Man unterscheidet 3 verschiedene Persönlichkeitstypen:

- **Beziehungstyp:** Seine verborgenen Qualitäten liegen im Bereich Erkenne. Er lernt, im Zielbereich Handeln eigene und fremde Bedürfnisse in Einklang zu bringen. Seine Antreiber sind: „Sei stark, sei kontrolliert“ (Typ1) und: „Mach`s anderen recht“ (Typ2). Typ 1 spielt Machtspiele, Typ 2 spielt Retterspiele. Typ1 ist körperlich eher schmal, dynamisch, dominierend, kämpferisch, mitreissend. Typ 2 ist körperlich eher ausgeprägt, liebenswürdig, lebendig, mitfühlend, sich aufopfernd. Hinter ihm verbirgt sich meist die schizoide und hysterische Charakterstruktur. Gut zu arbeiten mit **NLP:**“ Grosse Probleme, einfache Lösungen“.
- **Sachtyp:** Seine Qualitäten liegen im Bereich Handeln. Als besonders wertvoll erlebt der Sachtyp Wollen, Entscheiden, Handeln und Erfolg. Seine Antreiber sind:“ Streng Dich an“ (Typ1) und:“ Sei vorsichtig“ (Typ2). Typ 1 spielt Zuwendungsspiele, Typ 2 spielt Opferspiele. Typ 1 ist körperlich kompakt, gemütlich, wichtig, rebellisch, praktisch. Typ 2 ist eher ruhig, weich, zerstreut, vernünftig. Er zeigt in der Regel depressive Charakterstrukturen. Gut zu arbeiten mit der **lösungsorientierten Kurztherapie:**“ Ich bin neugierig, wie der Klient seine/ Ihre Lösungen realisieren wird“.
- **Handlungstyp:** Seine verborgenen Qualitäten liegen im Bereich Beziehung. Als besonders wertvoll erlebt der Handlungstyp Fühlen, Spontaneität und Sympathie. Seine Antreiber sind:“ Sei perfekt“ im Sinne von „ sei ordentlich“ (Typ1) und:“ Mach`s perfekt“ im Sinne von „ mach`s ordentlich“ (Typ2). Typ 1 ist eher energiegeladen, förmlich, selbstgerecht, geradlinig, moralisierend. Typ 2 ist eher verlässlich, pflichtbewusst, karg, ehrlich, reizbar. Er tendiert eher zur zwanghaften Charakterstruktur und es lässt sich

eher gut auf der Basis der **Systemischen Kurztherapie** mit ihm arbeiten:“ Wie Du mir, so ich Dir“.

Damit wurden nur einige Eigenschaften der verschiedenen Typen genannt, aber wohl die Prägnantesten.

Auch insgesamt sind das nicht alle Punkte der Integrierten lösungsorientierten Kurztherapie, aber die, so wie ich denke wichtigsten, die mir auch zur Lösungsfindung mit meinem Patienten Herrn P. behilflich sein werden.

2. 4. Meine Intentionen

Grundsätzlich möchte ich später auch hauptsächlich lösungsorientiert arbeiten. Ich halte es immer für besser, sich eher mit Lösungen zu beschäftigen als mit Problemen. Zudem denke ich, dass die Menschen eher zur Mitarbeit bereit sind, wenn sie merken, dass sie ihrem Ziel schnell näher kommen. Auch für akut „brenzlige“ Fälle ist es entscheidend, die Situation möglichst rasch zu entschärfen, bevor sich die Lebenslage oder der Gemütszustand des Klienten verschlechtert. Auch kann man ja manche unangenehme Situationen nicht immer ändern, aber die Art und Weise, wie jemand damit umgeht. Zudem finde ich es nicht besonders angenehm, in alten Wunden zu stochern, da es dem Klienten ja sowieso schon nicht gut geht. Das kann neurotische und psychotische Tendenzen eher verstärken. Auch die Gefahr der Abhängigkeit zum Therapeuten ist durch eine kurze Behandlungsdauer gebannt und der Klient hat eine gute Selbstbestätigung, indem er den Weg schliesslich „alleine“ gefunden hat. Mit der Kurztherapie kann man keine Schäden bei den Klienten verursachen, denn hier stehen aufbauende, stabilisierende und die Selbstständigkeit des Klienten unterstützende Interventionen im Vordergrund.

10

3. 1. Meine Therapie mit Herrn P.

Durch das vorangegangene Gespräch (Interview und Exploration) versuche ich für mich zunächst, den Persönlichkeitstyp des Herrn P. zu ermitteln. Aus dem Fallbeispiel stehen mir nicht sehr viele Angaben zur Verfügung, ich unternehme dennoch den Versuch:

- Herr P. fällt es offensichtlich schwer, seine Anliegen, Bedürfnisse, Wünsche klar zu äussern. Er scheint befangen zu sein, eventuell auch zurückhaltend. Möglicherweise deprimiert ihn dieses Unvermögen. Es kann auch sein, dass er generell schlecht aus sich heraus kann und versucht, seinen Kummer vor anderen zu verbergen. Deshalb sollte man auch bedenken, dass Herr P. möglicherweise ein höheres Aggressionspotential (gegen sich oder andere) in sich trägt. Man sollte also behutsam vorgehen.
- Aus seinen Äusserungen ist zu entnehmen, dass er sich erniedrigt oder gedemütigt fühlt, indem die Nachbarn und Freunde ihn als „Hausmann“ verlachen. Vielleicht erschüttert dies sein egomanisches „Mannsbild“, da er eher dazu tendiert, der Frau diese Rolle komplett zu überlassen. Es kann auch sein, dass er sich als benachteiligt, kritisiert oder zumindest wenig geschätzt erlebt.
- Trotzdem es ihm unangenehm scheint, sein Problem klar zu benennen, unternimmt er den Versuch, mit seiner Frau darüber zu sprechen. Zudem ergreift er die Initiative und sucht Hilfe bei mir. Auch scheint er sich nicht zu scheuen, Einkäufe zu erledigen. Das zeigt mir, dass seine Energien im Entwicklungsbereich Handeln liegen.

- Möglicherweise fühlt sich Herr P. durch die zunehmenden Ausgänge seiner Frau hilflos und gekränkt. Vielleicht kann er es generell auch nicht aushalten, wenn sie den Versuch unternimmt, Eigenständigkeit zu erlangen?
- Auch zeigt sich ja, dass eine längere Serie von emotionalen Verletzungen sich bei ihm in depressiven Strukturen zeigen. Da müsste man dann noch darauf achten, dass diese innerlich aufgearbeitet werden und nicht zum plötzlichen Ausbruch führen.

Wenn ich diese Ausführungen zu Grunde lege, würde ich vermuten, dass Herr P. ein **Sachtyp** (Typ1) ist. Für die therapeutische Arbeit wäre das eigentlich ein Glücksfall für mich, da Sachtypen ja eher zielorientiert sind und, wenn sie den „richtigen Kick“ bekommen, den Beziehungstyp zwischenmenschlich und den Handlungstyp in der Tüchtigkeit sogar übertreffen können. Wichtig wäre in dem Fall nur, dass ich sehr behutsam mit ihm umgehe, da der Sachtyp äusserst „sensibel“ auf vermeintliche Kritik reagiert. Auch sollte man ihm viel Anerkennung zukommen lassen. Das braucht er unbedingt für sein Selbstwertgefühl. Unsere Zusammenarbeit wird sicherlich solide, ausgeglichen und effizient, da ich selbst ein Handlungstyp bin und somit dort, wo der Sachtyp hin will. Ich muss mich nur vorsehen, dass Herr P. nicht mir die ganze Arbeit zuschustert, sondern selbst Initiative ergreift. Der Sachtyp neigt ja dazu, andere für sich arbeiten zu lassen. Auch sollte ich ihn nicht „überfahren“ da es für Sachtypen wichtig ist, selbst aktiv zu werden. Das wird ihm Dank seines Antreibers:“ Streng Dich an“ nicht schwer fallen.

Als nächstes werde ich mit Herrn P. einen Behandlungs“vertrag“ abschliessen, und ihm 5 Sitzungen vorschlagen. Ich möchte mit ihm besprechen, was sein aktuelles Thema ist, dann, was sein Ziel ist und was er selber schon herausgefunden hat, was ihm hilft, seinem Ziel näher zu kommen. Bei der Zielformulierung achte ich natürlich darauf, dass die 5 Kriterien erfüllt sind.

11

Mein Behandlungsplan, der lösungsorientierten Kurztherapie zufolge, wäre also:

1. Lösungsorientiertes Erarbeiten von Ausnahmen, Ziel und hypothetischen Lösungen mit Hilfe von Skalen, Kristallkugeltechnik.
2. Systemische Handlungsänderung mit TIT FOR TAT.
3. Veränderung seiner Glaubenssätze durch NLP und Swish.
4. Entspannungsübungen durch Provokative Relaxation zur Angstbewältigung
5. Besprechung der Sitzungen

Sollte Herr P. dennoch ein anderer Persönlichkeitstyp sein, wechselt nur die Reihenfolge der einzelnen Therapiesitzungen dementsprechend. Der Plan an sich würde bestehen bleiben.

Am Ende unseres Erstgesprächs rege ich noch an, dass Herr P., sollte es nicht schon erfolgt sein, bei einem Arzt seinen Hormonhaushalt überprüfen lässt, da es bei Männern um Mitte 40 zu Schwankungen kommen kann, die schon auch zu Erektionshemmungen führen können. Auch die anderen ärztlichen Untersuchungen sollten natürlich bis zur 1.ten Sitzung geklärt sein.

3. 2. 1.te Sitzung

Ich frage Herrn P. zunächst, ob er beim Arzt war und möchte die Untersuchungsergebnisse wissen. Ich gehe davon aus, dass „alles in Ordnung“ ist. Ich anerkenne seinen Schritt zur Zusammenarbeit und schlage ihm vor:

„So, Herr P., vermute ich richtig, dass es ihr Hauptanliegen ist, ihre Erektionshemmung zu beheben? O.K., dann möchte ich gerne mit Hilfe einer **Skala** Ausnahmen, Ressourcen, etc. mit Ihnen erarbeiten. Wenn Sie möchten, können Sie dazu nun die Augen schließen. Vielleicht fällt es Ihnen dadurch leichter.“

1. „Angenommen, auf einer Skala von 1- 10 steht 10 für „früher“ und 1 steht für den denkbar schlechtesten Zustand. Wo, denken Sie, stehen Sie heute?“
2. „Was ist denn der Unterschied zwischen X und 1. Warum geben Sie der Sache nicht mehr die 1 sondern die X?“
3. „Waren Sie schon mal höher als X? Ja? Was war denn damals anders als heute?“
4. „Waren Sie schon mal tiefer als X? Was haben Sie seitdem gemacht, um auf die X zu kommen? Was müssten Sie tun, um erneut auf den tiefsten Stand zu kommen?“
5. „Ab welchem Skalenstand wären Sie denn vorläufig zufrieden? Was ist ihr Ziel, wo würden Sie am liebsten hin?“
6. „Woran würden Sie oder ihre Frau merken, dass Sie auf X+1 gestiegen sind? Und bei X+2? Und bei X+3? Und was würde sich bei der X+4 noch verändern...“?
7. Angenommen, Sie sind dann irgendwann auf ihrem Zielstand. Wie könnten Sie dann absichtlich wieder auf den derzeitigen Wert absinken“?

Skalen finde ich deshalb sinnvoll, da sie auch kleine Fortschritte bewusst machen, Ziele deutlich formuliert werden und man peinliche Themen auch ohne ausführliche Erörterung bearbeiten kann. Dies kommt Herrn P., so denke ich, sehr entgegen. Es stellen sich mir auch noch einige Fragen, die ich im Gespräch mit Herrn P. noch versuchen werde zu klären. Diese wären:

- Welchen Stellenwert hat Sexualität für ihn, da er von „ehelicher **Pflichterfüllung**“ spricht?
- Ist es seiner Meinung nach die Pflicht des **Mannes**, eine Erektion herbeizuführen?

12

3. 3. Kristallkugeltechnik:

Sollte das für Herrn P. zu schematisch sein, biete ich ihm noch die Kristallkugeltechnik an. Sie ist sinnvoll bei der Behandlung von Klienten, die sexuelle Schwierigkeiten, aber keinen Partner haben, der bereit ist, an der Therapie teilzunehmen. Dies scheint ja im Fall von Herrn P. zunächst zuzutreffen. Die Technik soll den Klienten in eine „gelungene“ Zukunft hineinprojizieren, in der die beklagte Situation nicht mehr besteht. Der Klient konstruiert seine Lösungen selbst, die man dann dazu benutzen kann, den Gang der Therapie zu lenken. Man kann die Kristallkugel auch sehr gut unter Trance des Klienten durchführen.

- „Also gut, Herr P.. Schließen Sie am Besten wieder die Augen und stellen Sie sich vor, sie haben da eine Reihe von Kristallkugeln. Suchen Sie sich da mal eine aus und rufen Sie sich bitte eine frühe, angenehme Situation zurück. Wo alles wunderbar war. Pause. Haben Sie's? Gut. Schildern Sie mir die Erinnerung daran so detailliert wie möglich und achten Sie besonders darauf, was die anderen Personen, wenn welche dabei sind, tun. Sehr gut! O.K., jetzt legen Sie diese Erinnerung wieder zurück.“

Herr P. soll dadurch lernen, auf sein eigenes und auf das Verhalten anderer zu achten und es soll sich der Gedanke bei ihm festsetzen, dass Vergessenes erinnert und Erinnertes wieder vergessen werden kann. Bei dieser Technik geht es ganz wesentlich um die Voraussage, wie die

Personen, die zu seinem Umfeld gehören, auf eine Veränderung reagieren werden. Es können so viele Kristallkugeln wie nötig herangezogen werden. Die daraus vorausgesagten Reaktionen helfen Herrn P. seine eigenen Erwartungen und damit auch sein Verhalten zu ändern.

- „So, jetzt nehmen Sie sich bitte eine andere Kristallkugel und rufen sich ein nicht so lange zurückliegendes, aber überraschenderweise vergessenes Geschehen ins Gedächtnis zurück, an das sie sich deutlicher zu erinnern wünschen.“ Pause.

Gegenwärtig dient dieser zweite Schritt der Erinnerung an einen Erfolg in seinem Leben, der eine Ausnahme darstellt.

- „Haben Sie ein Ereignis gefunden? O.K., dann schildern Sie mir doch bitte ihr Verhalten und das der anderen Beteiligten.“

Bisher dienen die Kugeln dazu, in die Vergangenheit zu schauen, zu erinnern, zu vergessen, die Reaktion anderer Menschen zu beobachten und ein Erfolgsgefühl wachzurufen.

Nun kommt einer der wichtigsten Schritte, denn damit wird Herr P. auf die Zukunft hin orientiert.

- „Schauen Sie jetzt bitte in eine Kristallkugel. Einfach so (ohne irgendeinen Anhaltspunkt, was den Tag oder die Stunde betrifft). Ich möchte, dass Sie daran denken, mir danach von der erfolgreichen Lösung ihres Problems zu berichten.“
- „Sehr gut. Und nun, nehmen Sie sich eine weitere Kugel und erinnern Sie sich daran, auf welche Weise Sie ihr Problem bewältigt haben, wie Sie selbst auf diesen Prozess reagiert haben und welche Reaktion die Beteiligten zeigten.“

Hausaufgabe: „Beobachten Sie sich selbst und die Personen in ihrer Umgebung. Erstellen Sie ein Skalen- Tagebuch.“

3. 4. 2.te Sitzung:

Ich frage Herrn P., welche Beobachtungen er gemacht hat und welche Veränderungen er bereits festgestellt hat. Sehr gut! Dann bitte ich Herrn P. sich ein Thema oder eine Situation auszuwählen, mit dem/ der er Schwierigkeiten hat. Ich frage ihn, ob eventuell die Situation beim Einkauf, als er „gehänselt“ wird eine Variante wäre. Hierbei steht für mich die Frage im Vordergrund:

- Wie definiert er seine Rolle als Mann?

13

TIT FOR TAT- Handlungsänderungen:

Bei der systemischen Handlungsänderung geht es nicht um ein neues Verhalten, sondern um eine neue Haltung. Es ist eine Veränderung auf der Energie- Ebene. Diese neue Haltung, Energie ist zugleich eine wirksame Energie- Botschaft an den Anderen, auf die Situation oder sich selbst gegenüber, die verändernd wirkt. Da sie in der Regel nicht wahrgenommen wird, wirkt sie wie ein Zauber und die Veränderungen geschehen auf wunderbare Weise wie von selbst. Die neue Haltung sollte immer wieder geübt werden. Sie wirkt auf Distanz und gegenüber anwesenden Personen oder Situationen.

Die neue Haltung wird in 6 Schritten ermittelt.

1. „Herr P., ich möchte, dass Sie sich eine als für Sie schwierig erlebte Situation aussuchen.“ Wie tritt diese Situation in ihr Bewusstsein, wie begegnet Sie Ihnen? Oder wie tritt die Situation Ihnen entgegen?“
2. „In welcher Situation wäre es denn o.k., wenn sie so reagieren oder sich so fühlen würden? Die gibt es doch bestimmt auch. Und wie würden Sie dieses Verhalten dann nennen? Stellen Sie sich eine ganz konkrete Situation vor“.

3. Es gelten die klassischen Anwendungsregeln: „Wie sie mir, so ich ihr (+)
4. „ In welcher Situation haben Sie dies schon einmal erlebt, und zwar ganz positiv für sich und für andere?“
5. „Schön, dann gehen Sie jetzt in diese Erinnerung hinein und machen sich mit dieser positiven Haltung, Energie und Erfahrung ganz vertraut... Pause. Sind Sie soweit? Ok, dann treten Sie mit genau dieser positiven Haltung und Energie jetzt in die Situation die für Sie so unangenehm war, ein.“
6. „ Und, kommen Sie jetzt mit der Situation gut klar? Wenn nicht, dann wiederholen wir es noch einmal“.

„ Na prima, Herr P.! Dann können wir das gleich noch mal machen. Vielleicht mit einer anderen Situation, vielleicht die, in der Sie mit ihrer Frau sprechen wollten? Oder, schlagen Sie ein Thema vor.“

Hausaufgaben: „ Das können Sie auch zuhause wunderbar üben, mit allen möglichen Situationen und Personen, wo Sie eben Schwierigkeiten haben. Vielleicht können Sie das mit ihrer Frau auch mal machen. Das wäre doch mal eine ganz neue Art von „Gesellschaftsspiel“. Beobachten Sie weiterhin sich selbst und ihr Umfeld. Ich bin gespannt, was Sie mir das nächste Mal berichten werden.“

3. 5. 3.te Sitzung

„Na, Herr P., was gibt es Neues zu berichten? Haben Sie mit ihrer Frau „gespielt“. Sehr gut. Was hat sich bis jetzt so verändert? Wie kommen Sie zurecht? Prima.

Für heute habe ich mir vorgenommen, Glaubenssätze durch Fortgeschrittenes NLP zu verändern. Dabei gehen mir folgende Gedanken durch den Kopf:

- Wieder ist die Frage der Rollenverteilung erstrangig für mich
- Ich, bzw. er sollte erreichen, dass sein Selbstwertgefühl sich nach oben hin verändert, da es ja nicht abzusehen ist, wann er eine neue Arbeitsstelle findet. Auch wäre es schön, wenn er flexibel werden könnte, was das Betätigungsfeld betrifft. Würde es gelingen, hätte er ein sichereres Auftreten, u.a. auch in Bewerbungsgesprächen.
- Kann er eventuell der Rolle als Hausmann auch positive Seiten abgewinnen?

14

Swish:

Hierzu habe ich mir die Methode des Swish ausgesucht. Die Methode des Swish garantiert eine stabile Veränderung der Glaubenssätze, wenn mindestens zwei, besser noch, alle drei typspezifischen Glaubenssätze verändert werden.

Hierzu schlage ich Herrn P. eine Situation vor, in der er sich zum Hausmann „degradiert“ fühlt.

- „Also, Herr P., machen Sie sich jetzt bitte ein Bild von der für Sie leidvoll erlebten Situation... Sie sind in dem Bild assoziiert, also so wie jetzt. Sie sehen sich selbst nicht, nur ihre Umgebung. In diesem Bild sind die Auslöser für das unerwünschte Verhalten / Erleben enthalten, ebenso ihr alter Glaubenssatz... Ok? Sind Sie soweit“?
- „ Probieren Sie jetzt mal aus, wie Sie dieses Bild entfernen können. Was weiss ich, vielleicht in die Ferne schieben oder verkleinern oder umkippen, ganz egal, nur entfernen.“
- „ So, machen Sie jetzt nochmal ein Bild von sich, dissoziiert. Sie sehen sich wie auf einem Foto, also von aussen. Und der neue Glaubenssatz ist für Sie Wirklichkeit

geworden. O.k., dieses Bild erfüllt Sie jetzt ganz. Und Sie strahlen diesen neuen Glaubenssatz aus... Wie attraktiv ist dieses Bild für Sie? Wie bewerten Sie dieses Bild auf einer Skala von 1-10? 1 bedeutet ein bisschen attraktiv, 10 bedeutet sehr attraktiv. Was würde Sie auf X+1 bringen? Haben Sie was? Ja? O.K. dann fügen Sie diese Fähigkeit dem Bild zu. Wie attraktiv ist das Bild jetzt? Was fehlt denn noch, dass Sie zu X+2 kommen? Da fällt Ihnen bestimmt auch noch etwas ein. Haben Sie was gefunden? Na, sehen Sie, prima. Dann fügen Sie das noch ihrem Bild hinzu. Wie attraktiv ist es jetzt für Sie? Weiter, bis er bei 10 angekommen ist.

- „Dann stellen Sie nun das attraktive Bild unsichtbar... bereit, dort, wo das Ausgangsbild, das unerwünschte, verschwindet. Nehmen Sie jetzt das alte Bild wieder her... und machen Sie jetzt zwei Dinge gleichzeitig. Entfernen Sie das alte Bild, indem Sie es so verkleinern, dass Sie es gar nicht mehr sehen und holen Sie das attraktive Bild her, dass Sie unsichtbar bereitgestellt haben.“
- „Wiederholen Sie das Ganze jetzt noch mal. Stellen Sie das attraktive Bild bereit, dann nehmen Sie das alte und tauschen die beiden ganz rasch miteinander aus.“
- „Nun bereiten Sie das gleiche noch mal in aller Ruhe vor- dann tauschen Sie beide Bilder wieder rasch und gleichzeitig aus. Prima!“

3. 6. 4.te Sitzung:

Wieder frage ich Herrn P. zunächst, welche Veränderungen er bis jetzt gemacht hat, ob er sein Skalen- Tagebuch weitergeführt hat. Hat er, sehr gut!

Eigentlich müsste es Herrn P. jetzt schon viel besser gehen. Dennoch finde ich es ganz sinnvoll, wenn man der ganzen „Kopfarbeit“ auch noch eine Möglichkeit der „Körperlichen Entstressung“ anbietet. Folgende Entspannungsübung kann man auch zur Angstbewältigung einsetzen. Vielleicht kann Herr P. es anwenden zum Abschalten, bevor er mit seiner Frau schlafen will, oder vor einem Bewerbungsgespräch, oder, wenn er wieder alleine zuhause ist, sollte seine Frau wieder einmal mit ihren Freundinnen ausgehen, oder einfach nach einem anstrengenden Tag.

15

Provokative Relaxation:

Angst ist mit dem sympathischen System (Verengung der Blutgefäße, Verkrampfungen, etc...) verbunden, dem das parasympathische (demnach Erweiterung, Entspannung, etc...) entgegenwirkt. Edmund Jackobsen hat ein Trainingsverfahren entwickelt, mit dem Patienten lernen können, sich zu entspannen. Dabei werden nacheinander (progressiv) verschiedene Muskelgruppen angespannt (bis man sie ganz deutlich spürt) und dann gezielt entspannt.

Hausaufgabe:“ Das könne Sie ganz prima auch zu Hause machen“.

3. 7. 5.te Sitzung:

Ich frage Herrn P., wie es ihm geht, was er für Beobachtungen gemacht hat, was er für Veränderungen festgestellt hat. Dann möchte ich noch gerne wissen, ob er sein Skalen-Tagebuch dabei hat und gehe es mit ihm durch. Ich frage ihn, ob er jetzt mit seiner Situation

besser klar kommt. Wo er eventuell noch Schwierigkeiten hat? Kann er die Übungen gut durchführen? Wie verhält sich seine Frau mittlerweile ihm gegenüber? Hat Sie sich vielleicht auch dazu entschlossen, einmal zu mir zu kommen, denn es kann ja auch sein, dass sich nach allem herauskristallisiert, dass die **Differentialdiagnose**, nämlich ein **Partnerschaftskonflikt** zu Grunde liegt, welcher durch Herrn P. 's Arbeitslosigkeit vielleicht erst zu Tage getreten ist und das Symptom **die Erektionsstörung** ist.

Wäre das gegeben, würde sich ja empfehlen, dass beide Partner in die Beratung kommen.

Man könnte sich dann überlegen ob:

- eine **Psychotherapie**
- die **Paartherapie nach Masters und Johnson**
- oder auch die **Integrierte lösungsorientierte Kurztherapie** in Frage käme, was ich in jedem Fall vorziehen würde.

Die Schwerpunkte lägen dann darin:

- Nutzung partnerschaftlicher Ressourcen und Modifizierung negativer Paarinteraktionen
- Verbesserung der Kommunikation
- Edukative Komponenten
- Verhaltensanleitungen
- Eventuell: psychotherapeutische Komponenten zur Bearbeitung tiefer liegender Ursachen.

Zum Abschied wünsche ich Herrn P. viel Glück für die Zukunft und bitte ihn, mich in 4 Wochen nochmal zu kontaktieren, um mir zu berichten, wie es ihm ergangen ist. Natürlich stehe ich ihm weiterhin zur Beratung zur Verfügung, sollte noch etwas sein. Ich frage ich nochmal, ob er eine Visitenkarte mit meiner Nummer hat und begleite ihn zur Tür.

Natürlich habe ich sämtliche Sitzungen mit Herrn P. dokumentiert.

E

NDE.

Literaturverzeichnis:

- S. Brunnhuber / K. Lieb
„ GK-3 Kurzlehrbuch Psychiatrie“
4.te Auflage, 2000 Urban & Fischer Verlag, München
- Wolfgang Frank
„ Psychiatrie, Kurzlehrbuch GK 3“
13.te aktualisierte und erweiterte Auflage, Gustav Fischer Verlag, Ulm 1997
- M. Zaudig / H.U. Wittchen / H. Sass

„DSM- IV und ICD- 10 Fallbuch“
Hogrefe- Verlags GmbH & Co. KG, Göttingen 2000

- H. Dilling / W. Mombour / M.H. Schmidt
„ Internationale Klassifikation psychischer Störungen“
3.te Auflage, Verlag Hans Huber 1999
- T. Payk
„ Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie“
3.te völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage, Georg Thieme- Verlag Stuttgart 1998
- Beier / Bosinski / Hartmann / Loewit
„ Sexualmedizin“
1.te Auflage, Urban & Fischer Verlag, 2001
- Davison / Neale
„ Klinische Psychologie“
5.te aktualisierte Auflage, Studienausgabe, Psychologische Verlags- Union, Weinheim 1998
- Volkmar Sigusch
„ Sexuelle Störungen und ihre Behandlung“
3.te überarbeitete und erweiterte Auflage, Georg Thieme- Verlag 2001
- Kriz
„ Grundkonzepte der Psychotherapie“
5.te vollständig überarbeitete Auflage, Verlags- Gruppe Beltz, Weinheim 2001
- Steve de Shazer
„ Wege der erfolgreichen Kurztherapie“
6.te Auflage, Klett- Cotta Stuttgart 1997
- Dietmar Friedmann/ Klaus Fritz
„ Wer bin ich, wer bist Du ?“
2.te Auflage, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & CO KG. , München 1997

