

Vom Falken zur Ameise oder die Geschichte eines Falls von Vocal-Cord-Disorder (VCD)

Vortrag gehalten auf der Fortbildungstagung der Phoniatrie-Psychologen auf Schloß
Rauischholzhausen, April 2005
Autor: Dipl. Psych. M. Wolfart

Zwei Zitate vorweg

Analogien, Metaphern und Sinnbilder sind Fäden, mit denen der Geist mit der Welt in Verbindung bleibt, auch wenn er – geistesabwesend- den unmittelbaren Kontakt zu ihr verloren hat, und sie gewährleisten die Einheit der menschlichen Erfahrung (Hannah Arendt 1997)

Wer die sprachliche Erscheinung, die man Metapher zu nennen pflegt, einmal anfängt zu beobachten, dem erscheint die menschliche Rede bald ebenso aufgebaut aus Metaphern, wie der Wald aus Bäumen“ (Karl Bühler, Sprachtheorie, 1934)

Ich möchte Sie in den folgenden Minuten anhand einer Fallgeschichte wieder einmal mit dem Phänomen des „Redens in Gleichnissen“ in Berührung bringen, das uns seit den Tagen Wunderheilers aus Nazareth allen wohl vertraut ist und das uns doch - wie die Bäume vor lauter Wald – oft aus dem methodischen Bewusstsein entschwindet.

Und, wie es sich heutzutage schickt, beginne ich mit einem Zitat aus der Hirnforschung, die uns all nun das, was wir immer schon ahnten oder wussten, in so anschaulicher, ja eben *bild-gebender* Metaphorik wissenschaftlich bestätigt:

Gerald HÜTHER beschreibt in seinem Buch „Die Macht der inneren Bilder“ das ZNS der Primaten als einen Apparat, der, „*handlungsleitende innere Bilder in Form bestimmter Aktivierungs- und Interaktionsmuster zwischen besonders „interaktions-freudigen“ Zellen..“* generiert .. „*diese in Form neuronaler Verschaltungsmuster abspeichert und zur Aufrechterhaltung der inneren Ordnung des Gesamtsystems* nutzt.

Mit Hilfe dieses neuen ‚**Bilder generierenden Apparates**‘ ist es nun auch möglich, „*im Laufe des eigenen Lebens gemachte Erfahrungen in Form bestimmter neuronaler und synaptischer Verschaltungen fest zu verankern und zur Bewältigung neuer Probleme und Herausforderungen einzusetzen. Mit Hilfe der Sprache.... wurden diese inneren Bilder dann sogar übertragbar, kommunizierbar. Ein ständig wachsender, kulturell tradierter Schatz kollektiver Bilder....erweist sich als mächtiges Werkzeug zur Gestaltung der*

äußeren Welt und der eigenen Entwicklungsbedingungen“ (G.Hüther ,2004 S., 37)

Wir werden in der folgenden Geschichte sehen, wie ein Mensch eine plötzliche Veränderung seines beruflichen Habitats zunächst, wie einen degradierenden „Absturz“ erlebt um ihn dann metaphorisch umdeuten zu lernen als „Landing auf dem Erdboden“ „Grounding“ „festen Boden unter den Füßen.“
Diese Fallgeschichte ist insofern die Geschichte eines Fallens vom Himmel auf die Erde.

zunächst die **Ärztliche Krankheitsanamnese (26.09. (F))**

Der 40-jährige Herr Wehmann kommt zur Stimmuntersuchung. Seit August habe Herr W. vermehrt Probleme mit gehäuften Auftreten von Laryngospasmen mit Atemnot und Stridor. Er habe bereits früher schon gelegentlich nachts ein Ereignis dieser Art gehabt, jedoch nur sehr selten. Im August sei erstmals so ein Anfall tagsüber aufgetreten. Seitdem habe er immer häufiger Anfälle, zur Zeit wieder vorwiegend nachts, teilweise 3-4 x/Nacht. Sein Schlaf sei dadurch massiv gestört.

Zudem sei sein soziales Umfeld (Familie, Arbeitskollegen) durch diese Ereignisse belastet. Ein Asthma bronchiale wurde ausgeschlossen. Wegen eines Refluxes mit Sodbrennen erhalte Herr W. seit 14 Tagen einen Protonenpumpenhemmer. Er schlafe zudem mit erhöhtem Oberkörper. Die Symptomatik habe sich darunter nicht gebessert. Herr W. habe Schmerzen im Kehlkopfbereich sowie ein Fremdkörpergefühl. Die Stimme sei auch bereits etwas heiserer, jedoch noch gut belastbar.

Zusammenfassung des ärztl. und logopädischen Befundes:

Bei der heutigen Untersuchung zeigte sich bei Herrn W. eine diskrete funktionelle Stimmstörung, die möglicherweise in Folge der rezidiv. Laryngospasmen aufgetreten ist. Therapeutisch sind einem Laryngospasmus Grenzen gesetzt. Ein Hypoparathyreoidismus als Ursache sollte vom Hausarzt/Internist ausgeschlossen werden. Da sich auch am Kehlkopf Zeichen eines gastroösophagealen Refluxes finden, sollte die begonnene antazide Therapie ggf. auch dauerhaft fortgeführt werden. Zudem empfehlen wir eine Stimmtherapie mit Schwerpunkt Atem- und Entspannungstechniken mit 10 bis max. 20 Therapie-Einheiten. Aufgrund der durch die Erkrankung bedingten starken Belastung des Patienten, haben wir ein **Beratungsgespräch bei unserem Psychologen** angeboten.

Einschub:

„Was weiß man über die Vocal Cord Dysfunction“

Als **Vocal Cord Dysfunction (VCD)** bezeichnet man eine Stimmband-Funktionsstörung, bei der verengte oder sogar kurzzeitig verschlossene

Stimmbänder die Atmung erheblich erschweren. Die **Atemnot** kann so heftig werden, dass die Betroffenen glauben zu ersticken und Todesängste ausstehen. Ob der Begriff „Laryngospasmus“, der im deutschen Sprachraum üblich ist und auch in unserer Klinik verwendet wird, den selben Vorgang beschreibt, ist umstritten.

Auch die im englischen Sprachraum verwendeten Begriffe sind so vielfältig und verwirrend, dass eine der bekanntesten Forscherinnen (Dr. Brugmann, Nt.J.Med.Cent.) für VCD die Bezeichnung **Very Confusing Disorder** vorschlug. Die Störungen treten meist sehr **plötzlich**, von einem Atemzug zum anderen, und bei der Einatmung auf. Das Engegefühl verspüren die Patienten **im oberen Teil der Atemwege** (Hals, obere Luftröhre). Oft wird die Atemnot von fiependen Geräuschen begleitet, die durch die eng gestellten Stimmbänder entstehen.

Zum Glück dauern diese **Anfälle meist nur sehr kurze Zeit** an (ca. 30 Sekunden bis wenige Minuten) und die Atemnot ist ganz im Gegensatz zum subjektiven Erleben aus objektiver Sicht nicht lebensbedrohlich. Die Häufigkeit der Symptome variiert von mehrfach täglich bis zu einigen Anfällen pro Jahr. Doch auch die Patienten mit selteneren Anfällen fühlen sich dauerhaft belastet, geängstigt und in ihrer gesamten Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. Die Patienten sind oft genug von Selbstzweifeln geplagt, da sie einerseits immer wieder heftigste, als lebensbedrohlich erlebte Erstickungsanfälle haben, die betreuenden Ärzte aber meist wenige oder keine Auffälligkeiten bei den Lungenfunktionsmessungen finden. Viele fühlen sich daher missverstanden oder mit ihrem Problem nicht ernst genommen.

Schwer von Asthma zu unterscheiden:

Die Atemnotanfälle werden oft durch Reize wie Husten, Verschlucken, körperliche Anstrengung, Geruchsirritationen durch Zigarettenrauch, Parfüm, Lacke etc. ausgelöst. Somit entsteht die VCD-bedingte anfallsartige Atemnot durch ähnliche Reize wie das Asthma bronchiale und da sie zwischenzeitlich wieder vollkommen verschwindet, ist sie selbst für den Asthmaspezialisten auch auf den zweiten Blick vom Asthma kaum zu unterscheiden und wird auch oft als Asthma fehlbehandelt.

Ursachen ungeklärt:

Wie die Vocal Cord Dysfunction, die im Grunde genommen ein paradoxer Schutzreflex der Stimmbänder ist, genau entsteht und wodurch sie verursacht wird, ist noch unbekannt. Sowohl deutsche Untersuchungen, als auch Studien am NATIONAL JEWISH MEDICAL AND RESEARCH CENTER in Denver zeigen, dass Frauen etwas stärker betroffen sind. Aus noch unbekanntem Gründen häufen sich die Fälle unter Gesundheits-Beruflern. Außerdem bestehen deutliche Korrelationen zu Hochleistungssportlern und zu Familien mit hohem Leistungs-Anspruch. Ja sogar Rennpferde sollen VCD bekommen können. Einige Experten nehmen an, dass die VCD eher bei Menschen auftritt, die zu Unsicherheit, Ängstlichkeit oder gar Panik neigen.

Psychiatrische Auffälligkeiten wie Depression, Persönlichkeitsstörung und PTBS kommen gehäuft vor.

Sowohl deutsche Untersuchungen, als auch Studien am NATIONAL JEWISH MEDICAL AND RESEARCH CENTER in Denver zeigen, dass Frauen etwas stärker betroffen sind. Aus noch unbekanntem Gründen häufen sich die Fälle unter Gesundheits-Berufslern. Außerdem bestehen deutliche Korrelationen zu Hochleistungssportlern und zu Familien mit hohem Leistungs-Anspruch. Ja sogar Rennpferde sollen VCD bekommen können.

Einige Experten nehmen an, dass die VCD eher bei Menschen auftritt, die zu Unsicherheit, Ängstlichkeit oder gar Panik neigen. Psychiatrische Auffälligkeiten wie Depression, Persönlichkeitsstörung und PTBS kommen gehäuft vor.

seinen Sinn und tritt auch dann auf, wenn gar kein Schutz erforderlich wäre.

Psychologisches Erstgespräch

Erster Eindruck von der Persönlichkeit des Herrn W.

Herr W. erscheint als hochgradig motivierter, jedoch auch etwas ungeduldiger und ängstlich gespannter Mensch, der jetzt endlich herausfinden will, was mit ihm los ist. Er ist ein schlanker, sportlich und gepflegt wirkender Mann in mittleren Jahren, kann sich gut ausdrücken und zeigt großen Respekt vor der ärztlichen und psychologischen Fachkompetenz. Vom Beruf ist er Entwicklungsingenieur in einem weltumspannenden Unternehmen der Druckbranche. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 8 u. 11 Jahren.

Bei der Schilderung seiner augenblicklichen Probleme betont er einerseits die Belastung und Ängstigung durch die auftretenden Atemnöte, andererseits aber auch die Befürchtung, dass hinter dem Symptom noch eine schlimmere Erkrankung stecken könnte.

(Erster Hinweis auf ein vorhandenes Krankheitskonzept des Pat.: „Krebs“)

Er hat über das Auftreten des VCD genau Buch geführt. Bei Kontrolle der Einträge wird deutlich, dass die Spasmen anfangs mehr tags, dann immer öfter in der Nacht auftreten, während eines verlängerten Wochenendes gar nicht, jedoch auch im Sommerurlaub ziemlich häufig (manchmal mehrmals am Tag).

Erstes Auftreten und Situative Veränderlichkeit:

Beginn war vor 2 Jahren erstmals nachts (immer beim Einatmen) Höhepunkt war eine längere Atemnot am 24. August d.J., wo er Todesangst ausstand u. dachte, er ersticke jetzt.

In der Anamnese wird eine **berufliche Umbruchsituation** deutlich:

Er war bis vor 1 1/2 Jahren als Produktleiter hochaktiv, hatte einen Stab von bis zu 60 Mitarbeitern um sich, arbeitete tgl. mehr als 12 Stunden und war einer der produktivsten Mitarbeiter in der Firma. Nachdem ein weiteres Produkt, das er

entwickeln sollte, nicht auf den Markt kam, wechselte er (nicht ganz freiwillig) ins Produkt- Management.

Mehrere **gravierende Umstellungen** sind also gefordert:

- Er muss jetzt Verkaufs- und Marketing-Gespräche mit Kunden führen, was er nicht gelernt hat
- Er hat keine Untergebenen mehr und weniger Verantwortung für Mitarbeiter
- Er arbeitet nur noch 8 Std. tgl., und in einem isolierten Büro
- Kaum noch Kontakt zur bisherigen Management-Ebene
- Er hat gleichzeitig sehr viel mehr private Zeit, kümmert sich mehr um seine Familie.

In der Exploration wird deutlich, dass er **mit sich selbst unzufrieden, ja gekränkt über sich** selbst ist. Schließlich sei er immer Top in seiner Job-Performance gewesen und jetzt beherrsche er den neuen Job nur sehr unvollkommen. Er erfahre es als eine völlig ungewohnte Herausforderung, wenn er Gespräche mit Kunden führen müsse, fühle sich unsicher auf diesem Gelände, wo es um das Abtasten von Einstellungen seines Gegenübers und um Reaktionsfähigkeit auf dem beziehungs- mäßigen Sektor gehe.

Die Erste angebotene Interpretation thematisiert zwei Ebenen des Geschehens:

- Hier hat äußerlich ein Wechsel in den Anforderungen und in der beruflichen und persönlichen Identität des Patienten stattgefunden, den er innerlich noch nicht mit vollzogen bzw. integriert hat.
- Die zweite Ebene bezieht sich auf eine vorläufige Erklärung des psychosomatischen Zusammenhangs. Ich biete dem Patienten ein Bild an, (das analogisierend auf die körperliche Ebene Bezug nimmt): Die Stimmbänder sind ein äußerst sensibles Organ, das – wie andere Muskelsysteme auch - durch Ambivalenz der Impulse gelähmt werden kann.

Wenn man zur gleichen Zeit für die Bereitstellung von Höchstleistung sehr intensiv nach Luft schnappt, objektiv jedoch zur Ruhe und Neuorientierung, d.h. zu einem eher meditativen Energie-Level gezwungen ist, bekommen die Stimmklappen zwei sich gegenseitig blockierende Bewegungsimpulse, die zu einer Blockade führen können.

Herr W. kann diese vorläufigen Interpretationen gut annehmen und wir versuchen eine **gemeinsame Zielbestimmung und Definition des therapeutischen Kontrakts**:

Die Aufgabe der psychol. Betreuung wird nicht auf das Krankheitsmodell focussiert, sondern eher als eine Art Coaching für die neue Situation definiert:

„Wie kann ich mit mir u. meinen Möglichkeiten so umgehen, dass es der neuen Situation angemessen ist, bzw. wie kann ich die Situation so verändern, dass sie mir angemessen ist.“ Gegenüber dem Angebot, diese Möglichkeiten durch hypnotherapeutische Arbeit zu erkunden, reagiert der Klient eher skeptisch bis abwehrend.

2. Sitzung: Einführung der Metapher:

Herr W. hat zum Erstgespräch den Kommentar: "alles unverändert" ist aber voller positiver Erwartung, wie es jetzt weitergeht.

Ich schlage ihm nun vor, sich sowohl für die bisherige Tätigkeit als auch für die jetzige ein Symbol auszudenken. Wie würde er seine bisherige Existenz symbolisch ausdrücken, wie seine neue:

Herr W. muß nicht sehr lange überlegen:

Ihm fallen spontan zwei Tiere ein, die für ihn sehr gut symbolisieren, in welcher Spannung und in welchem Dilemma er sich befindet:

- Bisher sei er ein "Falke" gewesen. Der schwebt hoch oben, habe den totalen Überblick, könne aber jederzeit herunter stoßen und greifen. Andererseits habe er kaum Bodenkontakt, er sei ein Überflieger.
- Jetzt hingegen sei er eine "Ameise". Er sei eingegliedert in ein großes System, sei darin ein kleines unbedeutendes Rädchen im großen Getriebe. (neue Metapher in der Metapher).

Der Ruf den er sich in seinem "Falken-Job" erworben hat, sei durchaus ambivalent: Man habe ihm vorgeworfen, er sei keine gute Führungskraft, er habe die Leute zu sehr gepusht, ihm fehle der **Bodenkontakt** usw.

Jetzt habe er von seinem Chef das **"grounding"** (Metapher vom Bodenkontakt) verordnet gekriegt. Er dürfe nicht mehr zu den meetings der anderen "Falken", sondern müsse den Kontakte zu den "Ameisen" pflegen.

Ich kommentiere:

Die haben ja einen sehr guten Bodenkontakt und kennen sich sogar im Unterirdischen aus.

Gleichzeitig laufe die Zeit, in der er sich den neuen Stoff (die Kenntnis der Produktpalette, also eigentlich wieder die Übersicht...?) aneignen müsste.

Er erkennt im Gespräch, dass er innerlich voller Trotz gegen diese Aufgabe sei und nicht das dazu Nötige erlernen wolle. Angst vor dem Versagen und Trotz halten sich die Waage u. erhöhen die innere Spannung.

Ich rate Herrn W. die ihm jetzt verordnete Pause als Erlaubnis zum Finden der eigenen Motivation und Neigung zu verstehen. Er solle nicht schon wieder auf den Endtermin und das Endergebnis starren.

Ich biete ihm dafür ein **weiteres Bild** an:

Jedes **Besteigen des Berges** beginnt mit dem ersten Schritt. Starr man hingegen auf den ganzen Berg, oder nur auf den Gipfel, so ist man schnell entmutigt.

Im Übrigen solle er versuchen, ein drittes Tier (zwischen Falke u. Ameise) zu finden. Eines das seinen alten und seinen neu zu findenden Fähigkeiten gemaess sei.

Mein Eindruck vom psychischen Zustand des Pat zu diesem Zeitpunkt ist: Er steht sehr unter Angst, Spannung und Selbstzweifel. Er ist nervös, hippelig, unsicher und um guten Eindruck bemüht. Er schwitzt auch in der Therapie vor Anstrengung (und Angst?)

3. Sitzung

Herr W. konnte das **"3. Tier" (neben Falke u. Ameise) noch nicht finden. Die Ambivalenz ist also noch stärker als eine neue integrative Gestalt.**

Wir arbeiten ausführlich die Ambivalenzen in den beiden bisherigen Bereichen durch. Wenn er seinen bisherigen Höhenflug auf dem neuen Arbeitsgebiet fortführen wollte, dann sieht er Schwachstellen: Das Lernen von trockenem Faktenwissen einerseits und die erforderliche kommunikative Geschmeidigkeit sind beides nicht seine Stärken. Ein weiteres Problem scheint die Tatsache zu sein, dass er sich in dem neuen Gebiet wie ein Lehrling ständig von seinem Chef beobachten lassen muß, was ihm **(als dem ehemaligen Falken)** sehr zuwider ist und ihn zusätzlich verunsichert.

Herr W. spricht erstmals auch ausführlicher von seinem Privatbereich, wo er sich sehr engagiert für seinen Sohn, der ADS hat und mit dem er lernt. Er pflege auch Freundschaften wieder mehr und verstehe sich mit seiner Frau besser.

Er ist insgesamt sehr intensiv im Prozess, greift jede Anregung sofort auf, prüft sie gewissenhaft, ob sie in sein persönliches Schema integrierbar ist und er gibt sehr positive Rückmeldungen über das in den Sitzungen Gelernte.

4. Sitzung

Herr W. berichtet, das Kundengespräch (ohne Chef) sei gut gelaufen. Er fühlte sich frei und rel. sicher auch im Aufbau der Bez.

Erst in dieser Sitzung wird deutlich, wie stark die Kränkung aus der Phase des "Falken" noch nachwirkt: Seine ehemaligen Chefs hatten ihm den Auftrag gegeben dieses Projekt, das sein Vorgänger als undurchführbar hingeschmissen hatte, durchzuziehen, koste es was es wolle.

Er hat diesen Auftrag ausgeführt, dabei sich u. seinen Mitarbeitern das Letzte abverlangt und wird nun nachträglich von den Chefs als schlechte Führungsfigur (Leuteschinder) behandelt. Dieser Ruf haftet ihm nun an und er begreift langsam, welche Kränkung damit verbunden ist.

Erweiterung der Metapher zum Ritual:

In dieser Situation mache ich ihm den Vorschlag, **dem Falken ein Ehrenbegräbnis zu geben, um sich von dieser Gestalt innerlich verabschieden zu können. Wichtig sei dabei ein würdiger Grabspruch, in dem die Leistungen und Verdienste des Falken noch einmal hervorgehoben werden.**

Er reagiert auf diesen Vorschlag stark emotional mit Tränen. Es ist nicht ganz klar, ob die Reaktion eher aus der Trauer um den nun endgültiger erscheinenden Abschied von seiner bisherigen Existenzform resultiert, oder eher mit der

Würdigung und Rehabilitation des Falken zu tun hat, die dem Abschied eher eine erlösende Gestalt geben kann. Dies ist aber wahrscheinlich auch als Amalgam zu verstehen und muß gar nicht weiter analysiert werden.

In 1 ½ Wochen steht nun ein entscheidendes Gespräch mit dem Chef an. Bis dahin will er genauer wissen, in welche Richtung er sich entscheidet.

5. Sitzung

Die Häufigkeit des Symptoms scheint inzwischen zurückgegangen zu sein.

Herr W. berichtet stolz, er habe den Falken im Rhein versenkt und ihm einen schönen Spruch mitgegeben. Danach sei es ihm richtig gut gegangen. Ihm sei bewusst geworden, dass er in dieser (Falken-) Phase einfach sehr viel für sich gelernt habe und das könne er mittlerweile auch unabhängig davon sehen wie andere seine Leistung bewerten.

- Entlastend wirkt die Vorstellung, er könne jetzt ein paar Mal ausprobieren, wie er in Kundengesprächen ankommt und erst dann seinem Chef die Entscheidung mitteilen.
- Ebenfalls entlastend ist die von mir vorgeschlagene Vorstellung, er müsse als Vertriebs-Manager nicht zwangsläufig ein so glattes **Poker-face (Metapher für die scheinbar dort benötigten Fähigkeiten)** entwickeln, wie das dort üblich sei, sondern könne weiterhin so offen, authentisch und verletzlich bleiben, wie er sich fühle und damit einen individuellen Typ von Vertriebs-Manager darstellen.

Inzwischen hat der Patient die **erste logopädische Behandlung** erhalten. Ganz im Sinne seiner Haupt-Themen wird auch hier am Bodenkontakt und Erdung gearbeitet.

Die Logopädin berichtet:

Herr W. Konnte die "Erdungsübungen" gut in den Alltag übertragen und ist davon beeindruckt. Er hole sich damit zurück zu sich, unterbreche die Handlung um dann mit Basis weiterhandeln zu können. Weitere Übungen:

Fußsensibilisierung, Pendelübung, Gewichtsverlagerung bzgl. der Fußsohle.

Wie fühlt sich das an? Im Lot- nicht im Lot. Ist gut aufgerichtet. Wahrnehmung im Gehen, ist er im Lot? Zunächst nicht, dann sehr gut wahrnehm- und regulierbar. Beckenschaukel mit Atemrythmus, Ein-Aus-Atempause.

Ausatengenuss und Pausengenuss "verordnet". Kommt sehr gut in den Rythmus, Atempause erstmalig lang ausgeprägt.

Wir sehen hier eine ideale Ergänzung der im metaphorischen angebahnten Umorientierung durch die sinnlich spürbare leibliche Erfahrung: Wie ist es, wen ich nicht mehr über dem Boden schwebe, sondern den **Kontakt zum Boden**, die Erdung mit den Füßen spüre ?

Wie ist es, wenn ich nicht mehr in Daueranspannung, sozusagen einem ununterbrochenen Einatmen befangen bin, sondern das Ausatmen und die „Atem-Pause“ genießen kann ?

6. Sitzung

Herr W. zeigt sein **Symptom-Tagebuch**.

Deutlich ist die Verringerung d. Häufigkeit von anfangs 3-4 x wöchentl. auf jetzt höchstens noch 1 x und seit letzter Woche noch kein Mal.

Ich erkläre ihm die Grundlage des doppelgleisigen Vorgehens bei psychosomatischen Symptomen: Die somatopsychische Schiene sei genau so wichtig, da habitualisierte Fehlhaltungen u. Muster nicht verschwinden, wenn ihre psychische Grundlage entfalle, sondern auch auf der körperlichen Habitualisierungsebene wieder gelöscht werden müssen.

Einführung des Hypnotischen Elements:

In Ergänzung zur logopädischen Atemübung führe ich den meditativen Atem-Dreischritt: Zulassen -loslassen- Sein-lassen in leichter Trance durch.

Dabei erlebt Herr W. im Loslassen **eine riesige Röhre, durch die er etwas ganz schweres hinauslassen konnte.** Therapeut und Patient haben natürlich gleichzeitig die Assoziation zur Atemröhre, die verengt war u. jetzt durchlässiger wird.

Eine Alternative zum Bild der Ameise hat er noch nicht. Es geht aber um die Lösung der eigenen Selbstbewertung von der Bewertung durch die Firma. (dies laufe schon, seit er sich vom Falken getrennt habe.)

Die Themen sind:

- Eigenständigkeit,
- Bodenkontakt und Erdung

7. Sitzung

Der Patient berichtet, er habe nach 1 Woche Symptomfreiheit einmal nachts wieder Luftnot gehabt. Die Verkrampfung habe sich aber schnell wieder gelöst. Nachfrage ergibt, dass er am Tag vorher ein unangenehm verlaufenes Gespräch mit seinem Chef hatte, von dem er einen anderen Ausgang erwartet hatte.

- Er sah sich minder bewertet,
- zu wenig Vertrauen durch seinen Chef,
- eingeschränkt in seiner Handlungsfreiheit, weiterhin "Ameise".

Im Gespräch kann er eine andere Sicht entwickeln: Es geht um ein Sicherheitsbedürfnis des Chefs, kein spezielles Misstrauen gegen ihn.

Er seinerseits könne diesen Sicherheit bietenden Rahmen und einen sogar zeitlich erweiterten Spielraum für über 1 Jahr nutzen, wo er experimentieren u. sich entwickeln kann.

Ich biete ihm das **Bild von der angepflockten Ziege am Strick** an, die ihren Radius entweder voll ausschöpft, oder nur an den äußeren Grenzen ihres Areals entlang sich stranguliert und an der Begrenzung leidet.

Herr W. ist so zufrieden über seinen bisherigen Erfolg, dass er es nun eine Weile alleine probieren möchte.

Es wird vereinbart, dass er selbst prüfen soll, wann und ob er weitere Gespräche benötigt und sich dann melden soll.

Nachdem Herr W. noch eine logopädische Behandlung erhielt und die Laryngospasmen sich auf maximal 1 x wöchentlich verringert und in ihrem

Charakter verharmlost hatten, gab es aufgrund einer HNO-Untersuchung nochmals Nahrung für die leicht hypochondrischen Ängste des Patienten. Die Diagnose einer Zungengrund-Verdickung löste seine alte Krebs-angst wieder aus. Aber selbst unter dieser Belastung blieb die erreichte Symptomreduzierung stabil.

Drei Monate später sagt Herr W. einen Nachschau-Termin bei der Logopädin ab, da es ihm sehr gut gehe und er sehr zufrieden sei. Deshalb haben wir in beidseitigem Einvernehmen die Therapie beendet.

Weitere drei Monate später kommt Herr Wehmann zur Stimmkontrolle. Erfreulicherweise seien die Laryngospasmen in den letzten Monaten außer einmal nicht mehr aufgetreten.

In der dargestellten Fall-Vignette werden die fließenden Übergänge von drei nahe verwandten Phänomenen der psychischen Wirklichkeits-bewältigung deutlich:

Es sind dies:

- **Symbol**
- **Metapher**
- **Ritual**
- **Trance**

Symbol und Metapher: Den beiden ersten Begriffen ist schon von ihrem griechischen Wortsinn her gemeinsam, dass hier etwas zusammengefügt (sym-ballein= zusammenwerfen) oder etwas übertragen (metá –phorein= hinübertragen) wird, was vielleicht ursprünglich zusammengehörte, oder was durch sein Zusammenfügen einen neuen tieferen Sinn bekommt. (z.B. Hammer u. Sichel: Symbol der arbeitenden Klassen, Yin und Yang: Symbol für die Gemeinsamkeit der Gegensätze...Die Harmonie der Sphären als Metapher für die Geordnetheit des Kosmos)

Für unseren Zusammenhang jedoch wichtiger erscheint eine Gemeinsamkeit, die alle vier Begriffe miteinander teilen:

Sie ermöglichen eine teilweise Reduktion des rational-logischen bzw. auch sequentiellen und linkshirnigen Denkens zugunsten von eher prälogischen, oft auch präverbalen, ganzheitlichen und synkretistischen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmustern.

Widersprüchlichkeiten, Paradoxien, und Mehrdeutigkeiten sind typische Merkmale symbolischer oder metaphorischer Muster.

Ritual und Trance: Sind die beiden ersten Begriffe eher bildhafter und statischer Natur, so eignet den beiden letzten eher ein dynamischer handlungsorientierter Charakter. Im Ritual wird eine symbolisch bedeutsame Struktur –in der Regel in einer Gruppenöffentlichkeit – handelnd vollzogen. Sie soll in den meisten Fällen eine Identität erneuern oder transformieren. (STEVEN GILLIGAN)

In der Trance, die in fast allen älteren Ritualen das symbolische Geschehen begleitet, wird darauf abgezielt Teile des Alltagsbewußtseins auszublenden um tiefer liegende Bedeutungen und Zusammenhänge freizulegen und das holistische Erleben zu intensivieren.

In unserem Beispiel kommen die Elemente von Ritual und Trance eher in homöopathischen Dosen vor, was ja nicht heißt, dass sie weniger wirksam sind.

Folgende Wirkungsmechanismen metaphorischen und ritualgestützten Arbeitens können wir m.E. aus dieser Fall-Vignette ablesen:

1. Unvermittelte und von außen diktierte biographische Wendungen, Identitäts- und Selbstwert- Krisen, welche mit den vorhandenen eigenen Mitteln nicht symbolisiert werden können, bleiben als konflikthafte inneres Geschehen unverstanden, desintegriert und können die Entstehung körperlicher Symptomen begünstigen.
2. Die Hilfestellung der Therapie bzw. des Coachings in solchen Situationen besteht gerade darin, den „*exkommunizierten*“, bzw. abgespaltenen Teil wieder auf *die Bühne der Symbole, des Sprachspiels* zurück zu holen, ihm einen emotional bedeutsamen und akzeptablen „Namen“ zu geben und damit wieder integrierbar in das innere Rollenensemble zu machen. ALFRED LORENZER beschreibt diesen hermeneutischen Vorgang ebenfalls im Bühnenmodell als „szenisches Verstehen“, d.h. unverständliche Lebensäußerungen, wie z.B. auch psychosomatische Symptome, werden im Sinne von analogen Botschaften entschlüsselt, erklärt und ggf. neu „inszeniert.“
3. Die in der Therapie verwendeten Symbole generieren nur dann emotionale Bedeutsamkeit und integrative Leistung, wenn sie an das vorhandene Repertoire, an die Bilderwelt des Patienten anknüpfen, sie verwenden, modifizieren und in neue Zusammenhänge stellen. GRINDER u. BANDLER haben diesen Grundsatz in ihren NLP-Regeln ausführlich beschrieben. (Pacing, Sinneskanäle etc)
4. Die schon erwähnten fließende Übergänge vom statischen Bild der Metapher zum dynamisch inszenierten Ritual sind im Fallbeispiel klar erkennbar: Der zunächst metaphorisch eingeführte Falke ist das integrative Objekt im inszenierten Lösungsritual des Begräbnisses.
5. Der für Metaphern und Rituale typische Transfer vom Abstrakten zum körperlich Sinnlichen, auf den LAKOFF & JOHNSON () mit ihrer „**Embodiment-These**“ hingewiesen haben, ist ein sehr wesentliches Agens der Metaphorik.
Durch den Rückgriff auf den körperlichen Ursprungsbereich, wird ein schwer durchschaubarer Sinnzusammenhang „begreifbarer“.
6. Dabei werden jedoch nur Teile übertragen, niemals das Ganze (pars pro toto), es ist wie bei einem Lichtkegel, bzw. einer Focussierung. MAX BLACK (in HAVERKAMP 1983, Die Metapher) spitzt dieses Bild noch

zu, indem er konstatiert:“ **Jede Metapher ist die Spitze eines untergetauchten Modells“.**

Seit den Tagen des Tempelheilenschlafs im ÄSKULAP-Heiligtum, seit den Magnetisuren vor und nach MESMER, seit CHARCOTS Hypnose-Experimenten und FREUDS freier Assoziation und nun erst recht seit den zahllosen neuro- physiologi-schen Wirkungs-Nachweisen der Hypnose ist die Wirksamkeit psychotherapeutischen Tuns von inneren Bildern, und Geschichten gesteuert. (vgl. Geschichtenerzähler)

Der Verengung des medizinischen Denkens auf pharmakologische und mikrobiologische Empirie hat u.a. dazu geführt, dass das Bild des Arztes als Heiler weithin verkannt und unterschätzt wird. Es hat auch dazu geführt, dass man das Phänomen des Placebo lange Zeit nur unter seinem pharmakologischen Stör-Aspekt untersucht hat und nicht als eindrucksvollsten Nachweis von höchst wirksamen inneren Bildern der Patienten.

Werfen wir zuletzt noch einen kurzen Blick auf die gängigsten Bilder, oder „untergetauchte Modelle“ die wir als Heiler in unseren Köpfen haben, meist lange bevor wir eine Diagnose oder einen Bericht abfassen:

- Chaos und Ordnung
- Überdruck und Entlastung
- Verirrung und Finden des Wegs
- Wunde und Heilung
- Dunkel und Licht
- Oben und Unten, Himmel und Hölle
- Blindheit und Sehen
- Geheimnis und Enthüllung
- Verzauberung und Erlösung
- Schuld, Sühne, Vergebung
- Erstarrung (Eis) und Auftauen
- Kampf, Sieg oder Untergang
- Rückwärts-oder Vorwärts-Schauen/Gehen
- Schlaf/Betäubung und Erwachen
- Lebens(haus)aufgabe und Lernen
- Hardware und Software
- fehlender Zugriff auf eine Datei

usw....usf.....

Es ist unschwer erkennbar, dass den einzelnen Metaphern auch verschiedene Menschenbilder, Funktionsmodelle der Psyche und historische Hintergründe entsprechen. Vor allem aber muß uns klar sein, dass je nachdem, welches Bild in

uns auftaucht, sofort unterschiedliche Handlungstendenzen entstehen, die uns u.U. wenig bewusst sind.

Die inneren Bilder steuern nicht nur das neurotische Verhalten oder die „Problem-Trancen“, unserer Patienten. Sie sind auch die je unterschiedlich geschliffene Linse, bzw. das Erwartungsbild durch die wir die gesamte Behandlungsaufgabe überhaupt in Erfahrung bringen und einordnen können. Weshalb wären sonst Doppel-Blindversuche bei Placebo-Tests notwendig.?

Ich schließe wiederum mit einem Rückgriff auf den Neurobiologen G. HÜTHER.

Er geht als Hirnforscher davon aus, dass ankommende Sinnesdaten in unserem Gehirn ein bestimmtes „Erwartungsbild“ in Form eines Erregungsmusters generieren.

Stimmt dieses mit den vorhandenen, gespeicherten völlig überein, so kann routinemäßig gehandelt werden.

Besteht hingegen keinerlei Übereinstimmung, so passiert gar nichts, weil das Gehirn die neuen Daten als unsinnig oder belanglos verwirft.

„Wirklich interessant wird es nur, wenn das alte bereits vorhandene Muster und das neue, eben entstandene Aktivierungsmuster zumindest teilweise übereinstimmen und überlagerbar sind. Das im Kortex entstandene ‚Erwartungsbild‘ muß dann geöffnet und entsprechend modifiziert werden. Anschließend wird es erneut mit den neu eintreffenden Erregungsmustern verglichen. Dieser Prozess wiederholt sich so lange, bis ein neues, erweitertes inneres ‚Erwartungsbild‘ entstanden ist, das sich nun endlich mit dem tatsächlichen Wahrnehmungsbild deckt. Die neue Wahrnehmung ist dann in den Schatz der bereits vorhandenen inneren Bilder integriert worden. Man hat etwas dazu gelernt.“ (HÜTHER a.a.O. S76,77)

Wir dürfen davon ausgehen, dass unser Patient gelernt hat, dass es ihm gut bekommt, wenn er Boden unter den Füßen hat und dass er dennoch nicht (schon vor der Seelenwanderung) als Ameise weiterleben muss, sondern eine ihm immer angemessenere Existenzform finden kann.