

Greifen und Begreifen: Ver-rücktes zurechtrücken. Konzentrativen Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen

Vorlesungsreihe in Erinnerung an den Gründer der Konzentrativen Bewegungstherapie Prof. Helmuth Stolze

Dipl.-Psych. Barbara Bayerl

G1-Vortrag, 28. April 2006, im Rahmen der
56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006 (www.Lptw.de)

„Ver-rücktes zurechtrücken?“

Ver-rücktes“ ist aus der Ordnung Geratenes.

„Meine Knochen sind schon zerfallen, nur die Haut hält mich noch zusammen, aber auch sie hat schon Löcher!“

Diese Äußerung beschreibt das „ver-rückte“, aus der Ordnung geratene Körpererleben sehr eindrucksvoll und vermittelt uns einen Einblick der inneren Zerrissenheit. In der Therapie mit schizophrenen Menschen können uns die Beschreibungen des Körpererlebens als Brücke dienen und uns Zugang zu ihrem psychischen Erleben finden lassen. Das Erscheinungsbild führt uns dabei zum verwirrten Beziehungsgeflecht, das vielfältig „ver-rückt“ erscheint: in ihrer Beziehung zum eigenen Körper, zur Umwelt und zu den Mitmenschen sowie in ihrer Beziehung zu Zeit und Raum.

Wie kann die Konzentrativen Bewegungstherapie helfen Ordnung zu schaffen? Ich möchte Ihnen dies am Beispiel einer Behandlung mit Konzentrativen Bewegungstherapie bei einer 35jährigen chronisch schizophrenen Patientin darstellen, für die „etwas zu begreifen“ - im wahrsten Sinne des Wortes nämlich, etwas mit den Sinnen zu ertasten - zu „be-greifen“, von zentraler Bedeutung wurde.

Frau L. litt an einer chronischen Schizophrenie mit ausgeprägten Ich-Störungen und kam auf Empfehlung einer niedergelassenen Psychiaterin in meine ambulante KBT-Praxis: Coenästhetische Symptome wie Körperfragmentierungsempfinden und Fremdkörpererleben, paranoider Symptomatik, zeitweisen Zweifeln an ihrer Identität und sexuellen Identität alles gekoppelt mit heftigen Angstgefühlen.

Frau L. ist eine schwächliche, kleine Frau, mit langen, braunen Haaren, unter denen sie mit großen, ängstlichen grünen Augen, all meinen Bewegungen genau folgte. Arme und Hände hingen seltsam unbeteiligt schlaff herunter, kein Händeschütteln zur Begrüßung und Verabschiedung.

Sie wurde begleitend mit Zyprexa behandelt, was ihr nach einer langen Odyssee durch die „Neuroleptikapalette“ am besten bekam. Von daher brachte sie auch die entsprechend Compliance mit.

Ihr Wunsch an die Konzentrative Bewegungstherapie war: *„Ich will wieder mehr „Ich-Selber sein, ohne diese grässliche Angst, zerstückelt aufzuwachen, zu zerfallen und zu verfaulen“.*

In einer der ersten Stunden ließ ich Frau L. aus Ton ihr Körperbild ihrem Empfinden nach gestalten. Das Körperbild ist nach Francois Dolto (1987) „eine lebendige Synthese unserer emotionalen Erfahrungen“. Diese Art Arbeit ist gängiger Bestandteil der KBT und dient u.a. auch zu diagnostischen Zwecken, da so einerseits Störungen plastisch verdeutlicht werden, andererseits Entwicklungen auch für die PatientenInnen gut wahrnehmbar werden. Als Körperbild-Skulptur-Test wird er von Joraschky 1998 vorgestellt.

Sonst geschieht diese Gestaltung in der KBT meist mit geschlossenen Augen. Frau L. allerdings befürchtete, wenn sie die Augen schlosse, dass Entführer ihre Körperteile stehlen könnten.

(Bild 1)

Wir sehen eine völlig fragmentierte Skulptur. Sie weist bildlich auf die sich im Ich abspielende Katastrophe hin. Die erlebte Ich-Bedrohung der Fragmentierung wird projektiv nach außen verlagert und findet in den vermeintlichen Entführern einen „Außenfeind“, der dann leichter angehbar ist.

Die Entfernung der einzelnen Körperteile voneinander ist groß, es sind gar keine rechten Körperteile erkennbar. Die Proportionen der Einzelteile sind verschoben.

Nach Scharfetter steht hier eine Ich-Kohärenzstörung im Vordergrund.

Frau L. kommentierte ihr Werk: *„Ja, das sieht genauso zerfetzt aus, wie ich es empfinde. Besonders die Arme und Beine sind vereinzelt. Wie einsam alles ist!“*

In dieser Stunde arbeitete ich mit Frau L. daran, ihr die Verbindungen ihres Körpers über die Gelenke zu verdeutlichen.

Dazu ein kleiner Selbstversuch: Wir arbeiten in der KBT sehr viel mit geschlossenen Augen, um die Konzentration und Wahrnehmung zu erhöhen und andere Sinne zu wecken. Wer mag kann es ja einmal mit geschlossenen Augen versuchen.

Nehmen Sie doch einmal wahr, wie sich gerade jetzt im Moment ihre rechte Schulter anfühlt, was Sie von ihr wahrnehmen. Jetzt legen Sie bitte einmal ihre linke Hand auf Ihre rechte Schulter, begreifen Sie Ihre Schulter einmal und verdeutlichen Sie sich zuerst ihre Beschaffenheit, harte und weiche Anteile.

Dann erproben Sie einmal die Beweglichkeit ihrer rechten Schulter - möglichst ohne ihren rechten Nachbarn mit dem Ellenbogen zu verletzen. Jetzt spüren Sie noch einmal nach, was nehmen Sie nun von Ihrer rechten

*Schulter wahr. Vergleichen Sie jetzt mit der linken Schulter. Wie fühlt sich die an? (Temperatur, Beweglichkeit, etc)
Und tauschen Sie sich kurz mit ihren rechten Nachbarn aus und wer keinen hat, wendet sich zu denen nach links.*

Nun zurück zu Frau L.

In ähnlicher Weise arbeiteten wir daran, die Gelenke deutlicher in ihre Wahrnehmung zu bekommen. Es war ihr in dieser Stunde aber nicht möglich, sich selbst zu be-greifen, da es sie zu sehr ängstigte „*ins Nichts zu fassen*“, wie sie sich ausdrückte. „*Das müssen Sie tun!*“ Also übernahm ich es, im Sinne eines Hilfs-Ichs. Ich verdeutlichte ihr durch Berührung ihre Gelenke und wies sie ebenso auf ihre Beschaffenheit (hartes, weiches) hin, wie auf ihre Funktionen als Verbindungen.

Sie bemerkte am Stundenende: „*Es ist, als fangen Sie mit ihren Händen meine herumfliegenden Arme und Beine wieder ein. Ich glaube, mich hat noch keine Frau so erfasst*“.

Diese Aussage deutet darauf hin, dass Frau L. darüber „be-griffen“ zu werden, zu einer momentan verbesserten Ich-Kohärenz kommt. Noch ist dies an einen passiven Vorgang gekoppelt. Wer sich noch nicht selbst begreifen kann, wie Frau L., kann über den rezeptiven Vorgang des Begriffen-Werdens, Resonanz finden und einen Ansatz körperlichen Ganzheitsgefühls erleben. Bevor der Säugling sich selbst begreift, wird er durch die Mutter „begriffen“.

Gerade in der Körperpsychotherapie schizophrener Erkrankter sind Ganzheitsgefühle häufig zuerst nur durch die Vermittlung einer als symbiotisch erlebten Figur möglich. Erst in einem nächsten Schritt kann es darum gehen sich selbst zu begreifen

Bevor wir zu Frau L zurückkehren, wenden wir uns einigen Aspekten der neurobiologisch-psychotherapeutischen Forschungsergebnisse zu, die belegen, dass die Lebenserfahrungen eines Menschen die Gehirnentwicklung beeinflusst. Dabei ist die erste, das spätere Leben prägende Erfahrung die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung. Diese führt zu Veränderungen der physiologischen, metabolischen und anatomischen Eigenschaften von Neuronen und ihrer synaptischen Verbindungen. Das limbische System beginnt mit seiner Arbeit bereits vor unserer Geburt, es bewertet alles, was Gehirn und Körper tun und erleben in zwei Kategorien: Nämlich alles Lustvolle, Gute und alles Schmerzhaftes, Schlechte. Erfolg versus Misserfolg.

Dies wird im emotionalen Erfahrungsgedächtnis gespeichert. In jeweiliger Abhängigkeit von Umweltfaktoren werden Synapsen und ihre Schaltkreise gefestigt oder abgebaut. Es entwickeln sich individuelle neuronale Verhaltensmuster. Untersuchungen zeigen, dass Entzug von Liebe und Zuwendung (Deprivation) in einigen Hirnregionen zu Verlusten in anderen zu eher ungerichteten synaptischen Schaltkreisen führt, die für die neuronale Entwicklung wenig effizient sind.

Schiepek sagt (2003): „Frühe soziale Isolation kann zu serotonergen Funktionsstörungen führen, die ihr psychopathologisches Korrelat in erhöhter Ängst-

lichkeit und Depression hat.“ Und schon drei Monate alte Säuglinge depressiver Mütter zeigen ähnliche neuronale Veränderungen wie diese.

Schauen wir uns dazu den biographischen Hintergrund meiner Patientin an: .
Frau L. war ein Nachzüglerkind (Geschwister: Schwester +10J., Bruder+12J.). Die Mutter war bei ihrer Geburt 42 Jahre alt und habe sie nicht mehr gewollt, aber aus religiösen Gründen (streng katholisch) sei eine Abtreibung nicht in Frage gekommen. „Du kannst Gott danken, dass du da bist, mich aber hat er damit strafen wollen“, sei ein häufig geäußertes Satz gewesen.
Schon während der Schwangerschaft habe die Mutter unter depressiven Verstimmungen gelitten. Nach ihrer Geburt entwickelte sie dann eine sogenannte Wochenbettpsychose mit anschließender Depression. Auch zum Vater und den Geschwistern entwickelte sie keine positiven Bindungen. Für „das Baby“ wurde ein Art „Fläschchenhalter“ befestigt, so dass sie ihre Nahrung ohne Augen- und Körperkontakt aufnehmen musste. Alle warfen ihr unausgesprochen und ausgesprochen vor, an Mutters Krankheit schuld zu sein. Schon als ganz kleines Mädchen sei sie meist ganz alleine gewesen.

Da Beziehungserfahrungen immer mit einer Aktivierung entsprechender neuronaler Abläufe gekoppelt ist und das Gehirn mit bilden, können wir bei einer biographischen Betrachtung von Frau L. von völlig unzureichenden Spiegelungsprozesse und serotonerge Funktionsstörungen ausgehen.

Dies wird noch durch neurobiologische Vorgänge gegen Ende des 2. Schwangerschaftsdrittels unterstützt, bei denen sich ebenfalls Weichen für die Entwicklung einer Schizophrenie zu stellen scheinen. Also in einer Zeit, in der die Mutter von Frau L. depressiv erkrankte.

Bildgebende Verfahren der Neurobiologie belegen bei schizophren erkrankten Menschen vielfältige Veränderung in der Hirnmorphologie. Prof. Dr. Dieter Braus hat 2005 neueste Erkenntnisse zusammengetragen. So besteht eine Erweiterung der inneren Liquorräume bei chronisch Erkrankten, eine Abnahme der grauen Substanz ist in 83% aller Studien nachweisbar. Einseitige Erweiterungen der Seitenventrikel können mit dem Auftreten von Wahn und Halluzination verknüpft werden.

Auch bei Frau L. können wir entsprechende hirnmorphologische Veränderungen vermuten: Als sich 24-jährig ihre erste nähere Beziehung zu einem Studienkollegen anbahnte, reagierte Frau L. mit einer ersten akut psychotischen Dekompensation und Körperhalluzinationen. Ihr Körper erschien ihr als faulend und fragmentiert. In einer Zeit also, in der die Gehirnentwicklung gerade erst zu einem Abschluss kommt!

Seither nahm die Erkrankung einen chronischen Verlauf mit Entwicklung von Residualsymptomen wie vermehrten sozialen Rückzug, Antriebsarmut, Konzentrationsschwierigkeiten. Sie musste in der Folge ihr Studium aufgeben. Mit etlichen Unterbrechungen absolvierte sie jedoch eine Lehre als Bürokauffrau. In diesem Beruf arbeitet sie in ihren gesünderen Zeiten heute noch. Ihre letzte akut psychotische Phase hatte Sie vor einem Jahr (34jährig) als ihr Partner sie vor die Wahl stellte, Kinder mit ihm zu bekommen oder sich zu trennen. Sie

dekompensierte daraufhin und wurde stationär behandelt. Ihr Partner trennte sich von ihr.

Sonst sind akut psychotische Phasen meist im Herbst aufgetreten, etwa einmal jährlich. In dieser Zeit hat sie selbst Geburtstag und in dieser Zeit wurde ihre eigene Mutter meist kränker. „An meinem Geburtstag ist das Leben immer wie zu Ende, da beginnt mein Inneres zu faulen.“

Damit aber noch nicht genug:

Wie ich bereits andeutete ist die Gehirnentwicklung besonders im präfrontalen Kortex erst in der 3. Lebensdekade abgeschlossen. Fehlverschaltungen in dieser Zeit, also sozusagen beim letzten Wachstumsschub sowie Konsum von Cannabis in dieser Zeit werden ebenfalls noch als Faktoren für die Entstehung einer Schizophrenie diskutiert (Braus S.83). Auch hier finden wir eine deutliche Exposition bei Frau L.: In ihrer frühen Studienzeit 19-jährig begann sie zusammen mit einer Bekannten täglich Cannabis zu konsumieren, um ihren Worten nach „kommunikativer zu werden“.

Als genetische Komponente stehen die schizophrene Erkrankung der Großmutter mütterlicherseits sowie die schwere Depression der Mutter zu Buche.

Bindungstheoretisch betrachtet bestehen nach Strauss et al. 2002 bei der Schizophrenie in 85% unsichere Bindungsmuster.

(Diagramm)

Auch hier finden wir Frau L. lebensgeschichtlich wieder.

Wie wir inzwischen wissen, müssen wir in der Psychotherapie ermöglichen, neue Erfahrungen machen zu lassen, und zwar so nachhaltig, dass sich neuronale Muster ändern. Für mich als Körperpsychotherapeutin heißt es, einen Bewegungsraum zu schaffen, in dem neue Bewegungs- und Beziehungsformen, Haltungen und Verhalten erprobt und verinnerlicht werden können. Wir nutzen in der KBT die körperliche Bewegung als einen weiteren Zugang zur Seele. Wir bewegen uns mit den Patienten und beziehen uns auch durch die Bewegung auf sie.

Mit Bewegung ist in der Konzentrativen Bewegungstherapie dreierlei gemeint:

1. Das „Sich-Bewegen“, also die gesamten motorischen Funktionen
2. Das „Bewegt-Sein“, das Erlebnis der Bewegung, das innerliche Bewegt-Sein. Hierzu gehören die Affekte und Emotionen, die Beziehung zur Therapeutin.
3. Und das „Auf-dem-Weg-Sein“ im Sinne der Entwicklungsschritte eines Menschen. Das Geistige und Zielgerichtete, das Wort „Weg“ steckt ja auch in der Bewegung.

Aber was können wir dadurch bei schizophrenen Erkrankten bewirken? Die vorhin genannten hirnmorphologischen Veränderungen meiner Pat. sind Fakt und viele davon mit einer Psychotherapie vermutlich nicht veränderbar.

Durch die Einnahme von Neuroleptika - hier das Zyprexa - tut sich Einiges, wie bildgebende Erhebungen zeigen.

Aber sind etliche Hirnareale, die der Psychotherapie sonst zugänglich sind, nicht auch bei schizophrenen Erkrankten erreichbar?

Es geht also darum, das Möglich zu tun. Oder wie Bloch sagt: „Wir müssen ins Gelingen verliebt sein, nicht ins Scheitern!“

Nun aber zurück zu Frau L. 's erster Erfahrung, ein zusammenhängendes Ganzes zu sein:

Dieses gute Gefühl für ihren nicht mehr fragmentierten Körper habe nur bis zur nächsten Querstraße angehalten!

Hier war zwar etwas in Bewegung gekommen, ein neuer Reiz gesetzt, aber von nachhaltiger neuronaler Umstrukturierung keine Spur!

Das nächste Jahr stand ganz unter dem Motto des Greifens. Es wurde deutlich, wie angstbesetzt das Greifen für Frau L. war. Allein bei der Vorstellung Dinge zu ertasten, war sie in ständiger Sorge ins Leere zu greifen. Sie war sich „tod-sicher“ nicht bei dem von ihr gewünschten Gegenstand oder Menschen anzukommen. In dieser Zeit tauchte die Erinnerung an ihre Mutter auf, die immer, wenn sie nach ihr fassen wollte, entwischt sei, sie „ins Leere fasste“ , nicht ankam und keine Resonanz erhielt.

Hier wird deutlich, wie durch die KBT-Arbeit frühe Erfahrungen wiederbelebt werden, wie das Leibgedächtnis (implizites Gedächtnis) Träger unserer Lebensgeschichte ist .

In der Therapie war es ihr wichtig, dass meine Hände ihren etwas nahe brachten. Indem ich einen Gegenstand z.B. einen Holzklötz erst selbst begriff und ihn dann mit ihren Händen in Berührung brachte. Auf diese Weise vermittelte ich ihr Qualitäten von hart, weich, rau etc. Er wurde sozusagen erst mit meinen Erfahrungen „gefüllt“.

Sie kommentierte diese Arbeit: *„Dann weiß ich, dass mir nichts Böses droht, sie sind mein Vorkoster und Bote!“*

Dann wurde es ihr möglich, dass ich ihre Hände ergriff. Sie folgte mir wie gebannt, wenn ich ihr etwas über die Eigenschaften ihrer Hand sagte, wenn ich sie betrachtete, sie hielt und sie an die Hand nahm. Oft gingen wir im Therapieraum spazieren - sie an meiner Hand. Es erinnerte mich vom Gegenübertragungsgefühl an die früheren Spaziergänge mit meinen Söhnen. Als mein Blick zwischenzeitlich ihrem begegnete, huschte das erste Mal ein Anflug von einem Lächeln über ihr Gesicht.

Meist empfand sie ihre Hände am Ende der Stunde schöner, weicher, beweglicher. *„Es ist, als würden mir erst Hände wachsen!“*

Das Berührungsempfinden ist sehr eng mit dem Beziehungserleben verwoben. Es wird dem Tastsinn zugeordnet, der bei der Geburt einer der am besten ausgebildeten Fähigkeiten ist, wenn gleich auch er noch nicht vollentwickelt ist. Frühe Berührungserfahrungen prägen nicht nur das Ausmaß des Tastempfinden, sondern sind auch für die motorischen Fähigkeiten und das seelische

Wohlbefinden wesentlich. Anregende Berührungen erhöhen die elektrische Aktivität des sensomotorischen Kortex und beeinflussen auch seine Größe. Das emotionale Erleben ist, wie bereits erwähnt, eng mit dem limbischen System verbunden.

In dieser Sequenz, die ich Ihnen gerade beschrieben habe scheinen die Spiegelneuronen aktiv geworden zu sein.

Anzieu stellt das Haut-Ich als internalisierten Teil der Mutter dar - **dazu gehören besonders die Hände** – er beschreibt als die erste von neun Funktionen der Haut die des Holdings: „Verlässlich darauf stützen kann (das Kind) sich nur, wenn es sich eines engen und stabilen, körperlichen Kontaktes zu Haut, Muskeln und Handflächen der Mutter... sicher ist.“

Frau L. empfand die Arbeit an und mit den Händen als ein „großes Gefühl, das den Kopf füllt“ und gestaltete folgende Körperskulptur:

Bild 2

Wir sehen einen Kopffüßler, in der Vertiefung ruhen die „guten Erfahrungen“. Von der kindlichen Malentwicklung betrachtet ist es ein Kopffüßler etwa einer 1½- bis 2½-Jährigen. Der Rumpf ist noch gar nicht in die Wahrnehmung eingeschlossen, die Hände, obschon ich sie immer wieder begriff, sind sie noch nicht differenziert, eher formlos mit dem Arm verwoben. Ein Fuß ist noch losgelöst.

Frau L. berichtete, ab der 20. Stunde, dass ihr die Erinnerung an die Arbeit meiner Hände zwischendurch kurz geholfen hätte, nicht wieder in Panik zu verfallen. Wir sehen hierin zum Einen die positiven Übertragungen. Zum Zweiten sehen wir, dass Sie etwas von den guten, neuen Erfahrungen des Erlebten in der Zwischenzeit wachzurufen vermag.

Dies könnte auf erste neuronale Veränderungen hindeuten, ähnlich wie wir sie in anderen Psychotherapien mit nicht schizophrenen Menschen finden.

Oder bleiben wir in der Begrifflichkeit des Greifens: Es greift etwas in ihr!
Aber noch immer ergriff sie nichts von sich aus.

In der Folgezeit fühlte sie sich von Babys auf mütterlichen Armen verfolgt.
Und in ihr schrie etwas: „Und ich nicht!“

Ich schlug ihr vor in der KBT-Stunde auszuprobieren sich im Arm halten zu lassen.

Anfangs lag sie wie erstarrt mit geschlossenem oder in die Ferne gerichtetem Blick in meinen Armen, während ich sie zeitweise anschaute, summte oder sie ein wenig wiegte.

Sie hatte Sorge, dass wenn sie mich anschaute sich alles in Luft auflösen könnte.

Es dauerte Stunden, in denen wir es immer wieder erprobten, ehe sie einen Blick zu mir riskierte und erstaunt feststellt, dass ich freundlich schaute und mich keineswegs auflöste. Ich übte mit ihr ein, hinzuschauen und auch wieder wegzuschauen. Lange Zeit war sie noch vom Gedanken beherrscht, sie sehe eine Fata morgana. Noch immer konnte sie sich nicht durch eigenes Berühren der Realität versichern.

Ich muss Ihnen gestehen, dass ich lange überlegt habe, ob ich das, was nun folgte nicht einfach übergehen sollte, denn es ist wirklich absolut kein typisches KBT-Angebot und ich habe es in 20 Jahren therapeutischer Arbeit nur zweimal angewandt. Aber ich habe selten Stunden erlebt, die einen derartig nachhaltigen Eindruck hinterließen:

Wenn Sie sich an den mechanischen Fläschchenhalter erinnern, mit dem Frau L. abgespeist wurde (was bildlich festgehalten worden war), so werden Sie verstehen, dass ich seither des öfteren die Phantasie hatte, es gehe darum, einmal mit einer warmen Milch aus lebendiger Hand gefüttert zu werden.

Ich kaufte kurzerhand eine Nuckelflasche im „Janosch-Entendesign“ und als Frau L. das nächste Mal - wie fast immer durchgefroren erschein - bot ich ihr an, eine warme Milch zu machen. Ich kam mit einem Milchglas und dem Fläschchen zurück. Sie blickte unverwandt zu dem Janoschfläschchen, lehnte sich in meinen Arm und trank, als sei es das Selbstverständlichste der Welt. Auch mir erschien es so.

Nach dieser Stunde rief sie mich an, um mir zu erzählen, dass jetzt immer statt des Satzes „Und ich nicht!“, der Satz in ihrem Kopf sei: „Und ich auch!“

Da ihre Hände „zu viele schlechte Erfahrungen gesammelt hatten“ wie sie sich ausdrückte, ließ ich sie immer wieder versuchen herauszufinden, ob es mit ihren Füßen eher möglich sei, neue Erfahrungen zu machen.

So lief sie mit nackten Füßen über feste Seile, Holzklötze und erprobte zunehmend selbstgesuchte verschiedene Materialien. Es waren immer Dinge, die sie mit den Füßen greifen oder bewegen konnte.

Feste Materialien verhalfen ihr zu mehr Struktur, weiche blieben lange Zeit bedrohlich. Zunehmend entschied sie sich: „Ich nehme lieber, was mir bekommt! Wenn ich auf dem dicken Tau oder dem Holzklötz gestanden habe, fühle ich mich fest mit dem Boden verbunden und habe ich einen guten Stand!“

Zur beziehungserhaltenden Erfahrung lieh sie sich einen großen Holzklötz („der erinnert mich daran, wie sie mich stützen und ich mich dann auch“) - also im Sinne eines Übergangsobjektes - das ihr in der Zwischenzeit half, ihre Stabilität zu halten.

Hier finden sich erste Anfänge zur Symbolisierungsfähigkeit, die bei schizophrenen erkrankten Menschen häufig stark gestört ist. Symbolisierungsversuchen meinerseits stand Frau L. bis dahin lange eher ratlos gegenüber.

Festes Wahrzunehmen, das eigene Knochengerüst als Halt zu erleben, entspricht in der menschlichen Entwicklung einer Differenzierungsleistung, die bereits im frühen Säuglingsalter beginnt, wenn er über die Mutter Festigkeit und Halt erlebt oder wenn er beginnt sich abzustemmen.

Immer, wenn Frau L. durch strukturierte Körperarbeit einen Zusammenhalt und inneren Halt erlebte, berichtete sie, parallel dazu, dass auch ihr Denken

mehr Struktur erhalte. Zerfahrene Gedanken und Gedankenflucht gingen ihren Berichten nach zurück.

Wenn Sie sich an den Gestaltkreis erinnern, über den Frau Gräff am Montag u.a. gesprochen hat, darin wurde verdeutlicht wie sich kinästhetischer und verbaler Gestaltkreis zum Gestaltkreis des Begreifens verbinden.

Ich bin der Ansicht, dass hier auch die neuronalen Strukturen ineinander greifen: Das strukturierte körperliche Erleben ergibt einen positiven Einfluss auf die Struktur des Denkens. Dies genauer nachzuweisen wäre eine lohnende Aufgabe der weiteren Forschung. Neurobiologisch können wir annehmen, dass sich hier bereits neue neuronale Verknüpfungen gebildet haben, die eine Anwendung außerhalb der Therapiestunden möglich macht.

Objektbeziehungstheoretisch betrachtet hat sich Objekt Konstanz gebildet. In dieser Zeit entwickelte sich ein Ritual, das über ein Jahr lang Bestand hatte: Frau L. begrüßte und verabschiedete mich Fuß an Fuß. Anfangs musste ich ihr versichern, dass ich meinen Fuß ganz sicher nicht wegziehen würde. So konnte sie Dauer und Art des Kontakt bestimmen.

In dieser Zeit entstand die folgende Körperskulptur:

Zu Bild 3: „Vernabelt“

„Hier am Bauchnabel bin ich mit Ihnen „vernabelt“, wie ein Embryo im Mutterleib“.

Aber sie sei auch alleine im Boden „vernabelt“, verdeutlicht durch die breite Bodenverbindung. Dies sei ganz wichtig.

Wir sehen, dass die Figur darüber hinaus einen Rumpf erhalten hat.

Die „Vernabelung“ können wir als positive Übertragungsmechanismen oder als Ergebnis positiver Spiegelungsprozesse ansehen, die auf neurobiologischer Ebene auch mit Veränderungen endogener Opiate und Botenstoffe z.B. einer Zunahme von Oxytocin-Ausschüttungen einhergehen.

Der zweite wesentliche Faktor ist aber in einer Zunahme von Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge zu sehen.

Es folgten nun viele Stunden die thematisch den Demarkationsstörungen zugeordnet werden können. Meine Augen, die Sie bislang an ihre Grundschullehrerin, die sie gefördert hatte, erinnerten, bekamen nun zeitweise verfolgenden Charakter, „durchlöcherten“, oder drohten Sie ihres Inneren zu berauben. Sie kam häufig sehr gespannt und paranoid und litt unter heftigen Angstgefühlen. Neurobiologisch ist hier aufgrund des hohen Stress- und Angstpegels von einer gesteigerten Amygdalaaktivität auszugehen.

Hier ging es häufig um eine Kopplung aus Ich-Aktivitäts- und Ich-Demarkationsstörung. Die Patientin fühlt sich fremdbeeinflusst, verfolgt. Die Bedrohung, der sie sich schutzlos ausgeliefert fühlt, ist auf ihr Inneres gerichtet. Auch ich als Therapeutin wurde zu einer Gefahr. Meine Gegenübertragungsgefühle waren jetzt häufig Anflüge von Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Zeitweise vermutete sie Abhöranlagen im Therapieraum. Ich pflegte ihr dann zwar meine Zweifel mitzuteilen, (freilich ohne die bekanntermaßen erfolglosen Versuche, ihr den Wahn ausreden zu wollen) begab mich aber immer sehr intensiv auf die Suche nach solchen Anlagen.

Meist endete es damit, dass Frau L. mir irgendwann mitteilte, dass ich aufhören könne, da es wohl doch „sicher“ sei hier.

Es geht in diesem Beispiel um etwas, das in der Therapie mit schizophrenen Menschen immer wieder auftritt. Benedetti nennt es „paradoxe Gegenübertragung“ Ich muss hier die Paradoxie der Patientin sozusagen in mich aufnehmen, mich einerseits ohnmächtig fühlen, denn sie will mich auch ohnmächtig machen, dabei aber gleichzeitig paradox, als doch nicht besiegbare Therapeutin immer für sie da sein. Ins Beispiel übersetzt heißt dies: Obwohl ich nicht glauben konnte, dass sich Abhöranlagen hier befänden, half ich ihr suchen.

Zeitweise geht es bei derartigem wahnhaftem Erleben auch um eine Art Feuerprobe der therapeutischen Beziehung im Sinne von „Was tut Mutter? Schaut sie hinter den Schrank nach dem Gespenst? Oder sagt sie nur: „Red nicht solchen Quatsch!“

Durch das Eingehen auf die Bedrohung kann die therapeutische Beziehung wieder sicher werden.

Ich arbeitete in dieser Phase vorwiegend mir ihr daran, für Schutz zu sorgen. Die spezifischen KBT-Angebote – wie wir das nennen – waren z.B.: sich in eine Decke zu hüllen (um der als löchrig erlebten Haut eine zusätzliche Schutzschicht zu bieten, ein Haut-Ich oder Hautersatz). Falls das nicht ausreichte, schlug ich ihr vor, sich eine Burg zu bauen.

Da ich nicht näher kommen „durfte“ und dies immer entsprechend ihren Vorstellungen akzeptierte, nahm sie erstmals die Dinge selbst in die Hand! Sie ergriff erstmals mit den Hände Dinge, um sie für sich zu nutzen, suchte sich eine Decke und hüllte sich ein oder Materialien um sich eine Festung zu bauen. Darüber, dass Sie mich sozusagen zur „vorübergehenden Feindin“ machte, kam sie ins „Greifen“, wurde handlungsfähiger.

Sie entwickelte enorme Ausdauer im Errichten von Wänden und Hindernissen. Sie verschanzte sich gerne hinter einem Schrank in meinem Therapieraum, während ich im entgegengesetzten Eck des Raumes auf einem Pezziball saß. Stundenweise standen wir dann ohne Blick - sondern lediglich im Gesprächskontakt. Immer wieder vergewisserte sie sich über ihre Fragen, ob ich noch da sei.

Anregungen zur Selbstwirksamkeit standen hier therapeutisch im Vordergrund.

Auf der körperlichen Ebene, entdeckte sie in eine Decke gehüllt, ihre Ellenbogen, während sie sich durch den Raum bewegte. Ich ließ sie mit den Ellenbogen für einen Umraum sorgen. Dies ersetzte später die Decke: „Die Ellenbogen sind wie ein Panzer, den ich ausfahren kann und ich kann damit wie mit kleinen Pfeilspitzen schießen.“

Dieser Erfahrung war die Arbeit mit einem Pezziball voraus gegangen, den sie mit ihren Ellenbogen unterschiedlich stark anstieß, bis dieser mit Wucht zur Seite flog.

Dazu nochmals einen kleinen Selbstversuch für Sie :

Legen Sie einmal ihre Ellenbogen an den Körper. Noch ein bisschen verstärken. Noch fester anlegen. Was passiert mit ihrer Atmung? Falls sie es mit geöffneten Augen erprobt haben, versuchen Sie es nun einmal mit geschlossenen. Dann mal ganz langsam ihre Ellenbogen ausfahren, bis sie an eine Grenze stoßen einem Gegenstand oder bei einem anderen Menschen. Ein paar Mal hin und zurück. Mit Nachbarn wieder austauschen.

Frau L. schuf dazu folgende Körperskulptur
Bild 4

Sie nannte diese: „Die Entdeckung der Ellenbogen.“

Der „Bombenbauch“ steht für die Explosionsgefahr. Die überdimensionierten „Ohren-Hörner“ habe sie hinter dem Schrank gebraucht, um mich wahrzunehmen. Sie habe „solche Ohren“ gehabt und gelauscht, ob ich den Raum verlasse. Es sei so wichtig gewesen, dass ich bleibe. So sei sie zwar in Sicherheit, aber nicht allein gewesen - eine Erfahrung die sie in ihrer Kindheit nicht machen konnte.

Über die drei bereits genannten Bedeutungen von Bewegung in der KBT wurden neue Reize gesetzt, neue Erlebens- und Verhaltensmuster möglich. Nun bedurfte es natürlich noch der Vertiefung und Ausweitung durch Übung, um innerlich wirklich festgehalten werden zu können oder mit der Ausdrucksweise der Neuropsychologie gesprochen, eine Umpolung neuronaler Strukturen zu erreichen.

Dazu trug – wie bereits bei der Entdeckung ihrer Ellenbogen gezeigt - besonders die Erfahrung von Festigkeit Ihres des gesamten Knochengerüsts bei.

Es folgten in der Therapie Phasen, in denen es um die Frage ging: wer bin ich eigentlich?

Besonders die Frage ihrer geschlechtlichen Identität stand dabei im Vordergrund. So entstand über die Körperarbeit des Tastens und Begreifens zuerst nur eine Integration ihrer festen Anteile. „Weiches“ an sich wahrzunehmen machte lange Zeit Angst, war an Verschlungen werden, oder thematisch stark an Weiblichkeit gebunden. Ihre Ablehnung eigener mütterlicher Anteile, Ähnlichkeiten mit ihrer Mutter mussten lange verleugnet werden. Weiches stand auch für Explosionsgefahr (denken Sie an die Skulptur mit dem Bombenbauch).

Frau L. formte jetzt ihr inneres Bild von sich nach Vaters Figur von Kraft und Stärke. Diese war jedoch gekoppelt mit dessen Wutausbrüchen wobei die eine oder andere Tasse schon durch die Gegend geflogen sei.

In dieser Zeit ging es in der KBT-Arbeit um Kontrolle und Macht. Frau L. wollte mich sozusagen „niederringen“, oder mit ihren Worten „sich zwar messen aber gewinnen“.

Es war sehr hilfreich, wenn ich mein eigenes Erleben ansprach, z.B. als Sie mich einmal mit Gegenständen zu bewerfen begann „dass sie mit ihren Wor-

ten, Haltungen oder Handlungen, ja ganz schön Angst machen können und mich damit ja auch total auf Abstand halte“.

Dann bemerkte sie, dass sie das ja gar nicht wolle, aber so habe der Vater das immer gemacht, der habe auch so einen Bombenbauch gehabt.

Sie weinte jetzt erstmals und konnte ihre Traurigkeit darüber zulassen, auch von ihm keine positive Resonanz erfahren zu haben.

In dieser Phase war es wichtig, dass ich mich nicht wirklich ganz und gar schrecken ließ. Es musste etwas in mir geben, dass sich positiv einstellt, so dass ich ihr die Wirkung ihrer Aggressionen einerseits spiegelte, aber nicht aus dem Kontakt ging.

In der KBT-Arbeit eignen sich hier Angebote mit Kräfteinsatz, wobei auf die Verwendung von weichen Materialien (weiche kleine Bälle, Pezzibälle), die nicht wirklich zerstören können, zu achten ist. Dabei schlug ich immer wieder vor, einen „Dimmer einzubauen“ mit dem die Kraft hinauf und hinunter gedimmt werden konnte.

Wenn es mir zuviel Angst machte, mich direkt als Gegenüber und damit als Aggressionsobjekt zur Verfügung zu stellen, wählte ich ein „ausgelagertes“ Ziel, so dass wir sozusagen nebeneinander dieses gemeinsames Ziel im Wettkampf auf eher spielerische Weise angingen.

Auch Angebote, in denen es darum ging Krach zu machen, es „so richtig scheppert“ (z.B. Büchsenwerfen „Wer kann es lauter, statt wer trifft mehr“) halfen, die Aggressionen zu bahnen und darüber in die Beziehung zu bringen.

In dieser Zeit entstand diese Skulptur:

Bild 5

Nennen wir Frau L. mit Vornamen Antonia. So ist dies hier ist „Anton“: „Er hat alles, was ein Mann braucht: Breite Schultern, aufrechten, breiten Gang.“ (So einfach kann das sein). Wir arbeiten in dieser Stunde am Gang. Bei verschiedene Arten zu gehen, erging es ihr unterschiedlich. Der Zusammenhang von „gehen“ und wie es ihr dabei „erging“ erstaunte sie sehr. So zu gehen wie „Anton“ fühlte sich für sie „total cool“ an. Aber es kamen ihr bald Bedenken, ob das wirklich sie sei.

In der darauffolgenden Stunde ergänzte sie

„Das ist so eine Art „Bodygard“, - und auf Sie kann er auch mit aufpassen, Sie als Frau können das ja nicht so gut.“

Sie beschäftigte sich im Folgenden mit **meinen** zu schützenden Eigenschaften. So sagte Frau L. : „Sie haben so zarte Hände“ und ergriff Sie. Ich ließ sie meine Hände ertasten.

Es war das erste Mal dass, sie zu mir herübergriff, nicht mehr von der Angst besetzt war ins Leere zu greifen. Ich wurde eine Therapeutin zum „Angreifen“ im positiven Sinn.

Dann fasste ich ihre Hand und sagte: „Sie haben auch zarte Hände“ (was stimmte) und Frau L. begann auch ihre eigenen Hände zu ertasten , zu „begreifen“.

Wir hielten sie nebeneinander, stellten Ähnlichkeiten und kleine Unterschiede fest. So gelang es ihr langsam, sich ihren zarten Seiten anzunähern.

Und „ANTON“ wurde stündlich von Frau L im Oleanderstrauch im Praxisraum aufgebaut, um uns beide zu schützen.

Etliche Zeit später entstand dann folgende Skulptur:

Bild 6 a : „Antonia „ da bin ich „die Festverbundene“

Bild 6 b : Im Liegen müsse sie die Auflageflächen verändern, so dass wiederum möglichst viel Bodenkontakt entsteht.

„Im Stehen so, im Liegen so, ich bin variabel, kann mich anpassen.

Ich begreife mich als beides“.

Auch in ihrem Alltag veränderte sie etwas:

Sie nahm seit einigen Wochen an einer Jogagruppe teil, in der sich u.a. einige attraktive Männer und Frauen befänden. Anfangs habe Frau L. sich stets „ an den Rand gedrückt, sich klein gemacht, in der Hoffnung nicht gesehen zu werden“, und habe dabei festgestellt, wie sich ihr Kontakt zum Boden dabei verkleinerte und sie sich auch. Doch inzwischen wende sie, sobald sie dies bemerke ihre Erfahrungen aus der KBT an. Mit dem Erfolg, dass sie sich besser fühle, sicherer sei und es geschafft habe, sich mit zwei Frauen und einem Mann zu verabreden.

Auch bei der Arbeit im Umgang mit anderen Menschen helfe es ihr enorm, sich einerseits ihrer Stabilität zu versichern, indem sie ihre Knochen ertaste und auf einen guten Stand, oder Sitz achte. Darüber hinaus helfe es ihr generell sich vorzustellen, dass sie ja noch ihre Ellenbogen zum Ausfahren habe- für Notfälle.....

Nachdem Frau L. nun solchermaßen ihr Leben auf eine neue Art und Weise in Angriff nahm, -Angriff gemeint im Sinne der Aneignung- stellte sie fest: „Ich kann jetzt schon vieles ertasten, viele Unterschiede feststellen, vieles ergreifen, aber ich komme mir dabei oft so plump und tollpatschig vor. Auch ihre neue Bekannte habe sie schon darauf angesprochen, dass sie manchmal etwas grob sei, wenn sie selbst es aber anders gemeint habe.

Es folgte eine längere Zeit, in der es um eine Wahrnehmungsdifferenzierung ging, nicht mehr nur im Sinne von „Was ich ergreife“ sondern des „Wie ich etwas ergreife“.

(Eventuell noch Selbstversuch: Unterschied Aufmerksamkeit auf das, was ich greife zu

lenken und dann auf das, wie ich greife.)

Also richten Sie dabei einmal die Aufmerksamkeit auf das Objekt, das andere, das, was sie ergreifen. Das kann die Stuhllehne sein, ihr Kuli, oder die Hand der Nachbarin. Was ergreifen Sie da, welche Informationen erhalten Sie (Temperatur, Form, Beschaffenheit)...

Dann richten Sie die Aufmerksamkeit einmal auf das „wie sie etwas greifen“. Versuchen Sie Unterschiedliches z.B. ganz leicht, fest, zögerlich etc. Und tauschen sich wieder aus.

In der Arbeit mit Frau L ging es nun um verschiedene Berührungsqualitäten. wie ich zum Beispiel ihre Hand oder ihren Fuß „ergriff“. Wie es bei ihr ankam und wie es von mir gemeint oder in welchen Sinne ich es ausgesandt hatte. Dann auch darum, wie sie meine Hand oder Fuß „ergriff“ und wie es bei mir ankam und wie es von ihr gemeint war. Das war eine schier unerschöpfliche Quelle völlig neuer Erfahrungen für sie, die sie als „bunte Zauberkiste unsrer Hände“ bezeichnete.

Aber diese Arbeit brachte auch ihre Schattenseiten mit sich, denn ich sah mich auch in der Rolle derjenigen, die sie frustrieren musste, zum Beispiel, wenn sie sehr grob zugriff und es mir weh tat.

Dann zeigte sich, wie gering Frau L.s Frustrationstoleranz noch war. Sie wollte alles genauso „gut“ fühlen, wie ich. So wie ich etwas „ergriff“ oder fühlte, war es für sie richtig. Ich war das „gute Objekt“. Sie identifizierte sich mit mir und war dann enttäuscht, wenn ich sie zeitweise mit der Realität konfrontierte. Darauf reagierte sie dann häufig mit projektiver Abwehr, indem sie auf mich schimpfte, was für Unmögliches ich von ihr verlange, mich dadurch zum „bösen Objekt“ werden ließ. Es kam immer wieder vor, dass sich dies nur schwer auflösen ließ.

Erst langsam erkannte sie, wie sehr sie sich selbst unter Druck setzte.

In dieser letzten Phase vermochte sie auch symbolisch zu arbeiten: So suchte sie für ihre Familie und sich Gegenstände, mit denen sie sich befasste und denen sie bestimmte Eigenschaften zuschrieb. Sie näherte sich ihnen und konnte sich aber ebenso wieder entfernen, als es sie gefühlsmäßig zu sehr zu lähmen begann. „Gottlob kann ich jetzt einfach weggehen, mich umdrehen“.

Auch kränkende oder ängstigende Situationen konnte sie nun symbolisch ausdrücken und bearbeiten. Sie lernte damit zu steuern, wie viel Konfrontationen sie sich auszusetzen vermochte und wann es auch wieder Zeit wurde, den Situationen bzw. Symbolen wieder den Rücken zu kehren, die Gegenstände wieder zu Gegenständen werden zu lassen, oder sich bspw. in der entgegengesetzten Ecke einen sicheren, eigenen Platz zu suchen.

Ihr Zutrauen zu sich selbst stieg im selben Maße wie ihre Steuerungsfähigkeit. Aber es fiel ihr schwer zu akzeptieren, dass sie vieles erst mühsam üben musste, was in ihrem bisherigen Leben bislang noch nicht begreifbar gewesen war.

„Greifen“ ist ein sensumotorischer Vorgang, mit dem - wie Hellmut Stolze sagte - aber nicht nur das Zupacken, Zufassen gemeint ist, sondern er ist verbunden mit dem „Be-greifen“ einer Sache. „Greifen“ ist Bewegung. Indem wir uns bewegen, können wir etwas über uns erfahren, im besten Sinne der KBT auch begreifen.

Etwas zu „be-greifen“ ist verknüpft mit sinnlicher Wahrnehmung.

Begreifen ist für die Ich-Entwicklung von großer Bedeutung. Da die Schizophrenie als Erkrankung des Ichs gesehen wird, scheint die Arbeit am „Greifen“ eine Möglichkeit das Ich nachreifen zu lassen.

Die Hoffnung besteht darin, dass sich durch Übung und Wiederholung allmählich neue Verschaltungen bilden und damit schizophren erkrankte Menschen lernen können, sich realistischer wahrzunehmen, klarer zu denken und zu handeln.

Es wäre sehr wünschenswert, wenn die neurobiologische Forschung uns auch bei schizophren Erkrankten durch bildgebende Verfahren einer prä- und post-psychotherapeutischen Behandlung Ergebnisse liefern könnte - wie sie dies schon für die Wirkung von Psychopharmaka getan hat, um konkreter etwas über die neuronalen Veränderungen aussagen zu können.

Mir bleibt lediglich mit einem Ausspruch Frau L. ´s zu enden:

„Dass Sie mich begriffen haben, hat mir erlaubt, mich auch zu begreifen. Ich hätte nicht zu träumen gewagt, dass „Greifen“ so viel Lebenssinn ergibt. Dadurch habe ich jetzt fast immer eine Möglichkeit mich und die Welt nicht zu verlieren.“

Ich danke Ihnen für Ihre Beteiligung und Aufmerksamkeit.

Literatur

Andreasen, N. (2002): Brave new Brain. Berlin-Heidelberg.

Anzieu, D. (1991): Das Haut-Ich. Frankfurt/Main.

Bayerl, B. (2006): Psychiatrische Erkrankungen - Beispiel Schizophrenie. In: Schmidt, E. (Hrsg.): Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie, Stuttgart

Bayerl, B. (2004): Konzentrierte Bewegungstherapie als körperorientierte Psychotherapiemethode bei einem Patienten mit coenästhetischer Schizophrenie. In: Machleidt, Garlipp, Haltenhof: Schizophrenie. Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Stuttgart.

Braus, D. (2005): Schizophrenie. Bildgebung, Neurobiologie, Pharmakotherapie. Stuttgart.

Benedetti, G. (1983): Todeslandschaften der Seele. Göttingen.

Benedetti, G. et al. (1983): Psychosentherapie. Stuttgart.

Huber, F. (2005): Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart.

Kernberg, O. (1985): Objektbeziehungen und die Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart.

Röhrich, F. u. S. Priebe (1998): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen.

Scharfetter, C. (1986): Schizophrene Menschen. München-Weinheim.

Scharfetter, C. (1985): Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart.

Schiepek, G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart.

Stern, D. (1985): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart.

Winnicott, D.W. (1985): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/Main.

Dipl.-Psych. Barbara Bayerl
Klosterheider Weg 5 A
13467 Berlin