

INHALTSVERZEICHNIS

- A EINFÜHRUNG UND ÜBERBLICK
- B ÜBERLEGUNGEN ZUR KRISE IM ALLTAG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN
 - 1. DIE BESONDERHEIT DER KRISE ALS LEBENSSITUATION
 - 1.1. Das doppelte Potenzial des Leibes: Krisenbewältigung und Krisenanfälligkeit
 - 2. DER LEIB ALS ORT DER ERKENNTNIS UND DER SINNFINDUNG
 - 3. MENSCHEN MIT PERSÖNLICHKEITSSCHÄDIGUNGEN
 - 3.1. Struktur und Dynamik der Patientinnen und Patienten
 - 3.2. Das Alltagserleben der Patientinnen und Patienten
 - 3.3. Das PatientInnen-Therapeutinnen Verhältnis
 - 4. MÖGLICHKEITEN DER BEZIEHUNG THERAPEUTIN – PATIENTINNEN/PATIENTEN
 - 4.1. Schaffen eines sicheren Rahmens
 - 4.2. Der Resonanzprozess
 - 4.3. Das Übertragungsgeschehen
 - 5. ZIELE DER KRISENBEWÄLTIGUNG
- C DARSTELLUNG DER BEWEGUNGSPARAMETER
- 6. GRUNDLAGEN FÜR DIE KRISENBEWÄLTIGUNG ÜBER DIE PARAMETER DES SITZENS, GEHENS, STEHENS UND LIEGENS
 - 6.1. Gedächtnistheoretische Überlegungen zur Bewegung und der Funktion des Prozeduralen Gedächtnisses
 - Motorische Habitualisierungen - Die Trennung von prozeduralem und deklarativem Gedächtnis - Der primitive Schutzreflex als Rückzugsmuster
 - a) Üben des zurückgezogenen Körpergebietes
 - b) Schaffen eines sicheren Untergrundes durch die Therapeutin
 - c) Üben des hinwendungsbereiten Körpergebietes
 - d) Tanzen als prozedurale Fertigkeit
 - 6.2. .Raumgefühl
 - 6.3. Quellen der Bewegungsaufgaben
 - 6.4. Ziele der Bewegungsaufgaben
 - 6.5. Zusammenfassung
 - 7. BEWEGUNGSPARAMETER DES SITZENS, GEHENS, STEHENS UND LIEGENS
 - 7.1. Das Sitzen
 - 7.1.1. Taktile Hinwendung zum Stuhl ohne Bewegung
 - 7.1.2. Taktile Hinwendung zum Stuhl mit Bewegung
 - 7.1.3. PatientInnenbeispiel: Der Rückzug als „Vorwärtsverteidigung“
 - 7.2. Das Gehen
 - 7.2.1. Mobilisieren der Füße; wahrnehmen und erfassen des Untergrundes
 - 7.2.2. Gehen und dabei den Boden als Untergrund erfassen
 - 7.2.3. Ja-Schritt
 - 7.2.4. Unterstützung durch den Boden /“Elefantengang“
 - 7.2.5. Gesicherter Gang/“Känguruhschwanz“
 - 7.2.6. Ich bin wichtig, wichtig, wichtig
 - 7.2.7. Der Boden ist belastbar
 - 7.3. Das Stehen
 - 7.3.2. Übungssequenz „Rückendusche“
 - 7.3.3. „Schutzengel“-Übung
 - 7.4. Das Liegen
 - 7.4.1. Das Gefühl für das Rundum-Vorhanden-Sein
 - 7.4.2. Sich für das Liegen eine sichere Umgebung schaffen

D ABSCHLUSS

A EINFÜHRUNG UND ÜBERBLICK

In der 20-jährigen Praxis als Tanz- und Psychotherapeutin war meine erste Klientin eine Borderline Patientin, die zuerst am Sportinstitut der Universität Tübingen zu mir in den Tanzimprovisationsunterricht kam. Nach einigen Stunden trug sie mir folgendes Anliegen vor: *Sie wisse, dass sie sich im Tanzen ganzer und heiler fühlen könne als sonst wo. Es ginge ihr sehr schlecht und sie könne die Menschen eigentlich nicht aushalten, vor allem nicht deren schlechte Ausstrahlung. Sie wäre dieser total ausgeliefert. Deshalb wäre der Unterricht auch nichts für sie. Da wären so viele drin, die ihre schlechte Energie zu ihr hin ausstrahlen würden und sie in ihrer Hilflosigkeit ausnutzen würden. Aber sie habe die Idee, über die Bewegung einen besseren Schutz bekommen zu können. Mit mir könne sie es gut aushalten, ich wäre nicht so eine Scheißpsychologisierung, die sie ja doch nicht ernst nehmen würde. Ob sie bei mir Einzelstunden haben könne.* Diese Ahnung von schwer psychisch erkrankten Menschen, dass sie sich im Tanz ganz, also kohärent, erleben, ist mir im Laufe der psychotherapeutischen Praxisjahre immer wieder begegnet.

Wenn ich meine Praxis der Kriseninterventionen mit persönlichkeitsgeschädigten Patientinnen und Patienten betrachte, begegnet mir das Phänomen, dass ich vorwiegend über die Bewegungsinhalte von Gehen, Stehen, Sitzen und Liegen interveniere. Ich habe mich nun gefragt: Warum wähle ich gerade diese Inhalte für eine Krisenintervention aus und was haben sie mit dem Verständnis von Krise als einer Sondersituation im Leben und der darin gestellten Sinnfrage des Wer-bin-ich und Wie-geht's-weiter zu tun?

Mit diesen Ausgangsüberlegungen stieß ich in meiner Exploration auf das doppelte Potenzial des Leibes: Er ist zum einen implizit krisenanfällig und zu gleicher Zeit birgt er das Potenzial zur Krisenbewältigung in sich. Thomas Fuchs, ein Psychiater an der Psychiatrie in Heidelberg, dessen phänomenologische Betrachtungsweise psychiatrischer Erkrankungen mich sehr anregt, nennt das den „präreflexiven Grund“ des leiblichen Seins (Fuchs 2002, 80), in dem Sinn aufscheinen kann; der Sinn unseres Seins, der immer vor jeder Überlegung existiert. In der Bearbeitung des Vortragsthemas stütze ich mich u.a. auf die Gedanken von Fuchs.

Zunächst erläutere ich die inhaltliche Gliederung meines Vortrages. Im ersten Teil lege ich den theoretischen Hintergrund für meine Krisenintervention über Bewegung dar. Zunächst betrachte ich die Besonderheit der Krise als Lebenssituation und die leiblichen Phänomene, die für die Bewältigung der Krise wesentlich sein können und gehe der Frage nach, wie leiblich Sinn und Erkenntnis entsteht und gefunden werden kann. Darüber komme ich zum wesentlichen Phänomen der HINWENDUNG und des Außenbezuges im Bewegen im Unterschied zum selbstbezogenen Bewegungsverhalten. Im nächsten Abschnitt beschäftige ich mich mit dem Verhalten und der Persönlichkeitsstruktur der persönlichkeitsgeschädigten Patientinnen und Patienten. Ich betrachte ihr Erleben des Alltags als Anhäufung von Krisen. Ich betrachte ihr Verhältnis zur Therapeutin. Die Gestaltung der Beziehung der Therapeutin zu den Patientinnen und Patienten schildere ich als letztes. Auf diesem Hintergrund beschreibe ich mögliche Ziele und die spezifischen Vorgehensweisen der Krisenbewältigung in der ambulanten Therapie.

Im zweiten Teil erläutere ich die gedächtnistheoretischen Hintergründe der Bewegungsparameter, die ich zur Krisenintervention heranziehe. Einige der Aufgabenstellungen stelle ich auch praktisch vor. In meiner Systematik gliedere ich die Bewegungsparameter in Aufgabenstellungen und den jeweiligen theoretischen Überlegungen zum Sitzen, Gehen, Stehen und Liegen. (1)

Die PatientInnenbeispiele, die ich in meinem Vortrag schildere, sind im Text kursiv gekennzeichnet und stammen alle aus meiner Psychotherapiepraxis. Zur Hervorhebung habe ich auch die Bewegungsinterventionen kursiv gekennzeichnet.

B ÜBERLEGUNGEN ZUR KRISE IM ALLTAG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

1. DIE BESONDERHEIT DER KRISE ALS LEBENSITUATION

Krise wird allgemein in der Literatur als einer jener Augenblicke im Leben eines Menschen angesehen, in dem die bislang ausreichenden Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft sind und keine weiteren zur Verfügung stehen (2). Dieser BRUCH in der Lebensgeschichte bedeutet für den Menschen, dass ihm seine Rollen und Aufgaben und sein Lebensentwurf fremd geworden sind. Uneinigkeit und Unbehagen mit sich entsteht: „So kann es nicht mehr weiter gehen“ und als Steigerung: „So geht es nicht mehr weiter“. Der Verlust des festen Bodens unter den Füßen - der bisherige erweist sich als Schwindel - schafft „...Gefühle der Ratlosigkeit, Sinnlosigkeit, Angst, ja Verzweiflung...“, ohne dass neue Orientierung entsteht (Fuchs 2002, 81). Für die Patientinnen und Patienten entsteht die quälende Sinnfrage des Wer-bin-ich-noch? Eine sinnige Lösung scheint zu sein, so schnell wie möglich einer Krisensituation zu entkommen, um wieder in das bisherige Leben zurückzukehren und sich dort wieder finden zu können. Dieses Zurück übersieht, was zur Krise führt, was am eigenen und am Bild des anderen veränderndswert ist usw.

(1) In der Fachliteratur der letzten Jahre habe ich wenig systematische Überlegungen zur Krisenintervention über Bewegung oder Tanz gefunden (vgl. Dogs, Maurer 2003, 198, 202; Henningsen in Rudolf, Grande, Henningsen, 2002, 135 – 144; Plassmann 2005, 14 f; Reddemann 2004, 61; diess. in Bronisch 2005, 129 f; Schmitz, Peichl in Sachsse 2004, 167 –178; Unckel in Sachsse 2004, 180 f). Insgesamt wird Bewegung von den Kolleginnen und Kollegen als wichtige Ergänzung der klinischen Behandlung angesehen und den Patientinnen und Patienten empfohlen oder verordnet (Dogs o.J., 8 – 11, 55; Galuska o.J., 8 f; Hölzer o.J., 10 f; Kurtz 2001, 6 f; Votsmeier-Röhr 2004, 30 f).

(2) vgl.: Bohus, Unckel in Bronisch 2005, 110; Bronisch 2005, 27, 30; Fuchs 2002, 80 ff; Petzold 1992, 748; Ricoeur 1996, 204; Tengelyi 1998, 286; v. Weizsäcker 1997, 298).

Orientierungslosigkeit in der Krise kann aber auch heißen, dass der Stillstand, der durch die Unterbrechung der Normalität entsteht, zur Leerstelle im Lebenszusammenhang werden kann. In ihr kann sich ein anderer bislang verdeckter Untergrund auftun, aus dem neue Qualitäten zur Lebensbewältigung auftauchen können. Das Zurück zum Bisherigen verhindert dies. Petzold bezeichnet eine solche Krisenbewältigung als nicht gelungen (Petzold, mündliche Mitteilung). Der Mensch kann eine Krise annehmen und zu erstaunlichen Leistungen in der Lage sein. Sie alle kennen vielleicht Menschen, denen dies gelungen ist.

Aber wir kennen auch die an ihrer Krise oder Krankheit gescheiterten Menschen. Wie viel verkraftbar ist, wann eine Krise zerstörerisch wird, hängt von Qualitäten wie Widerstandsfähigkeiten (Resilienzen), Pufferfähigkeiten und widerstandsfähigen Ressourcen ab (vgl. Petzold 1992, 741 ff) und ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. In der Schilderung einer Patientin wird der Bruch in der Lebensgeschichte deutlich. Es wird darin auch deutlich, dass die Auswirkung der Krise neben der kognitiven und emotionalen Orientierungslosigkeit auch leibliche Phänomene beinhaltet.

„Die letzten zwölf Jahre waren ja dann eine Lüge, wenn er innerhalb von vier Wochen eine andere heiratet. Wer bin ich, wenn ich nicht mehr die bin, die ich war und wer war ich, wenn ich nicht die war, für die ich mich hielt? Meine Wahrnehmung funktioniert nicht mehr, ich glaube nichts mehr und ich habe kein Gespür mehr für mich, ich funktioniere nur noch“.

1.1. DAS DOPPELTE POTENZIAL DES LEIBES: KRISENBEWÄLTIGUNG UND KRISENANFÄLLIGKEIT

Zuerst wende ich mich dem Bewältigungspotenzial zu, das dem Leib innewohnt, in ihm eingeschlossen ist, das leiblich memoriert ist (vgl. Petzold 1985, 356ff). Das menschliche Leibgedächtnis ist durch die äußeren Lebensszenen, die inneren Szenen, die intersubjektiven sozialen Einflüsse, die symbolische Wirklichkeit des Leibes und die Bezogenheit und Intentionalität bestimmt. Diese Potenzen können sich dem Menschen u.a. dann erschließen, wenn er sein leibliches Erleben als Widerfahrnis erfassen kann. In der Erschütterung der Krise kann der Mensch ein solches leibliches Erfahren als Selbstvergewisserung nützen, um die Krise zu bewältigen. Dieser Selbstberuhigungsgrund oder der nicht bewusste Grund menschlichen Seins kann in der Krise über die Hinwendung zum bloßen Leben auftauchen. So kann die verloren gegangene „...Einheit von Mensch und Umwelt...“ wieder gefunden werden (Plassmann 2005, 2, 6). Petzold bezeichnet diese menschliche Fähigkeit als leibliche Gewissheit des Leib-Apriori (Petzold 1992, 487, 1985, 356 ff), und Trudi Schoop nennt es das im Leib verankerte Ja. (Schoop 1974). Diese Gewissheit muss in der Krise auftauchen, damit eine neue Orientierung entstehen kann und die Selbstheilungskräfte wirken können.

In der obigen Situation ist der Patientin der Boden der Wahrnehmung verloren gegangen, sie weiß nicht mehr, versteht nicht mehr und glaubt nicht mehr. Jenseits sprachlicher, kognitiver oder bewusster emotionaler Selbstentwürfe des Menschen, wenn er sich „am Boden zerstört“ vorfindet, und wenn seine Wissens- und Wahrnehmungsbestände aufgelöst sind, liegt eine Chance.

1. Der Mensch kann sich mit seiner leiblichen Bloßheit verbinden: die eigenleiblichen Regungen z.B. des Weinens, des Zitterns, des Krampfens, des am-Boden-Liegens etc. können erfasst werden (vgl. Levine 1998,73-92).
2. Der Mensch kann sich über die Sinneskanäle zur unmittelbaren Umgebung wenden.

Fuchs (2002, 90) nennt dies die pathische Haltung, die sich der Mensch im Unterschied zur gestaltenden Haltung zu eigen machen kann. Daraus können Antworten entstehen und Potenziale und Möglichkeiten geweckt werden, die der Mensch in seinen bisherigen Bewältigungsversuchen nicht erfassen konnte. Volkmar Glaser, der Begründer der Psychotonik, hat in seiner Forschungsarbeit über das leibliche Verhalten und Sein des Menschen diese Potenziale als "... Zustandsformen des Verhaltens..." bezeichnet. Als "...Bestand, Potenz, Befähigung oder Gewinn..." stehen sie "...für den nächsten Schritt.." der Entwicklung „...zur Verfügung...“ und bestimmen „...als Wesenseigentümlichkeit (...) sein Dasein in der Welt“ (Glaser 1991, 99). „Sie bestimmen (...) die Art, wie sich der Mensch den Lebensanforderungen stellt. Sie verdeutlichen nicht nur psychische Momente, sondern sind in gleicher Weise körperliche Vorgänge, da sie sich in der Spannungsverteilung der Muskulatur verwirklichen. Diese einzelnen Phänomene lassen sich auch als Variationen der Tonusregulation ertasten“ (Glaser ebd., 103).

3. Der Mensch kann diese leiblich vorhandenen Kräfte und die Sinneseindrücke über die Umgebung verbinden, die vorhandene Engung in eine Weitung verwandeln, um die verlorengegangene Einbettung wieder zu erlangen.

Unabhängig von den aktuellen Lebensbedingungen, die der Mensch bewältigen muss, spricht Fuchs von implizit vorhandenen leiblichen Krisenanfälligkeiten, mit denen der Mensch konfrontiert ist.

Erstens: Über das heliozentrische Weltbild wird der eigenleiblichen Wahrnehmung der Boden unter den Füßen entzogen und die Sinneserfahrung zur Illusion gemacht. Wir sehen die Sonne an verschiedenen Orten aber wir wissen, sie steht still, die Erdoberfläche ist gekrümmt und wir bewegen uns permanent. Unsere Ruhe ist eine Vortäuschung. Dieses Wissen bedeutet, dass die menschliche Sinneserfahrung relativiert werden muss. Das erschwert den leiblichen Weg in der Krise mit den Patientinnen und Patienten als Weg hin zu den Sinnen und wieder weg von den Sinnen. Leibliche Perspektiven können für die PatientInnen „...zu gnadenlosen Phrasen...“ werden, wie mir eine frustrierte Patientin immer wieder entgegenschleudert, wenn sie die Auswirkungen des Elektroschlags spürt und ich ihr dies nur glauben aber nicht selbst spüren kann. Leibliche Wahrheit als subjektive Wahrheit zu akzeptieren, die sich in anderen Zusammenhängen anders darstellt, kann unter bestimmten Bedingungen die Anfälligkeit für eine Krise erhöhen.

Zweitens: In der menschlichen Entwicklung ist nach Piaget (1974, 212) der Weg weg von der kindlichen leiblichen Wahrnehmungszentrierung hin zum kausaloperationalen Denken und Wissen gefordert: Nicht der Fuß tut weh, sondern im Gehirn entstehen Verknüpfungen, die dann als Schmerzen erfasst werden. Die schwierige Balance zwischen leiblich sinnhafter Weltwahrnehmung und dem Wissen über die Zusammenhänge bricht in der Krisensituation völlig entzwei. *„Es kann nicht sein“, so die Patientin, „dass er eine andere heiratet, er muss mich lieben; ich sehe in seinen Augen die Liebe. Aber ich weiß, morgen sagt eine andere ja“.*

Krisenerleben kann bedeuten, dass wir etwas spüren, etwas anderes denken und wissen, dass beides von den anderen Menschen so nicht mehr geteilt wird. Damit fallen wir in der Krise aus der Gemeinschaft der Menschen heraus. Die Begriffe von Derealisation und Depersonalisation, von Dezentrierung, Dekompensation und Dissoziation zeigen dies auf. Diese Momente erhellen die „Doppelstruktur“ des Menschen: Er lebt ja immer noch eine Wirklichkeit; eben seine, aber er spürt, dass die Menschen um ihn herum diese seine ihm jetzt zur Verfügung stehende Wirklichkeit nicht mehr mit ihm teilen. Er ist ein Fremder und den andern und sich entfremdet.

Vor allem die Übergangsjahre von einer Entwicklungsstufe zur nächsten sind besonders krisenanfällig. Hat der Mensch genügend Pufferqualitäten, dann kommt es nicht zur tatsächlichen Krise oder er kann

sie alleine oder mit Hilfe von Ressourcen bewältigen. Beide Möglichkeiten werden in den beiden nächsten Beispielen deutlich: *Ein 11-jähriger Junge wimmert zusammengekauert in einer Ecke des Zimmers: Er müsse seine Eltern und sein Elternhaus suchen. Die Eltern sind bei ihm. Er artikuliert damit die Tatsache, dass sich für ihn die Wirklichkeit des bisherigen Kindseins bestürzend geändert hat. Es gibt ihn und es gibt die Welt, aber er erkennt sie nicht mehr und muss sie deshalb suchen.*

Das weitere Beispiel zeigt, wie sich eigenleibliche Wahrnehmung und das Wissen um die andere Realität ohne Krise zusammenbringen lassen: *Ein vierjähriges Kind äußert beim Betrachten eines großen Schiffes draußen am Horizont: „Wenn wir dort sind beim Schiff, geht es noch viel weiter“. Der Einblick in die Rundheit der Welt wirft dieses Kind nicht aus der Bahn, obwohl es sieht, dass das Meer flach ist und am Horizont aufhört. Es war zuvor zwei Tage mit der Fähre über das Meer gefahren.*

Drittens: In der fehlenden leiblichen Übung des Übergangs von einer Weise der sinnlichen Weltwahrnehmung zur andern und der Sinnerfassung durch mehrere Sinne (er nennt dies Intermodalität) begründet Fuchs die dritte leibimplizite Krisenanfälligkeit als Entsinnlichung. Als Folge davon diagnostiziert er den Schwund der Vitalkräfte des Menschen, da zunehmend der leibliche Kontakt zur Umwelt reduziert wird (Fuchs 2002, 167-190). *Die bereits oben zitierte Patientin trägt die gelebten Jahre der Liebe mit ihrem Freund nur noch als Abbild als „leere Bilder“ in ihrem Innern. Ihre Angst ist, dass sie sonst im Schmerz untergehen würde. Diese leeren Bilder, die sie virtuell wie die grafischen Arbeitsaufträge in ihrem Beruf abspeichert, hat sie damit entsinnlicht und vermeintlich ungefährlich gemacht. Gleichzeitig schwindet ihre Vitalkraft und sie spürt sich nicht mehr, ist „nur noch eine dumpfe, funktionierende Maschine, ohne Glanz und Licht“. Sie war und ist eine schöne junge Frau.*

Viertens: Als vierte Anfälligkeit bezeichnet Fuchs die Lockerung unserer eigenleiblichen Weltwahrnehmung über die Entsinnlichung und Virtualisierung des alltäglichen Lebens. Unmittelbare Erfahrung wird durch mittelbare Erfahrung ersetzt. *So zieht eine Patientin die Verliebtheit mit einem Internetpartner der tatsächlichen vor. Ihre große Angst vor Berührung ist in ihrer vielfältigen Verletzung begründet. Gleichzeitig vermisst sie die konkret berührende Wärme so sehr, dass sie sich, um sich zu bestrafen, mit der Wärmeflasche verbrennt. Die Scham über ihre Schwäche, menschliche Wärme zu wollen, ist zu groß. Sie ahnt den Preis ihrer Ambivalenz. Das virtuelle Erleben verleiht ihr selbstbestimmte Potenz und Macht, aber belässt sie auch in der Kälte.*

Als Ausweg aus dieser leiblich impliziten Anfälligkeit und Misere hat der Phänomenologe Husserl deshalb in einem späten Aufsatz aus seiner Sicht den Umsturz der kopernikanischen Lehre gefordert: *“Die Erde als Urarché (Uranfang) bewegt sich nicht“* (Husserl, zitiert in Fuchs s.o., 174). Mit dieser Sichtweise könnte der Zwiespalt zwischen den Sinneserfahrungen und Eindrücken und den Kognitionen überbrückt und die notwendige Orientierung für den Menschen wieder hergestellt werden. In gewisser Weise bezieht sich Trudi Schoop auf eine solch stabilisierende und Halt gebende Vorstellung von der Erde als Urarché, wenn sie sagt: *„In Krisen entfernen sich die Menschen von unserer Erde. Es ist meine Pflicht, den Menschen wieder für diese Erde und ihre Schönheit zu interessieren. Wenn das gelingt, dann lässt sich eine Krise überwinden und die Liebe zur Erde und dann auch zum Menschen selbst kommt wieder in uns hinein“* (mündliche Mitteilung). Trudi Schoop bezieht sich in ihrem Verstehen des Menschen ebenfalls auf eine Existenz eines präreflexiven Grundes des Leibes, der über die Therapie wieder belebt werden kann (Schoop 1983, 14).

2. DER LEIB ALS ORT DER ERKENNTNIS UND DER SINNFINDUNG

Ich komme nun zum Leib als Erkenntnisort. Wirklichkeit wirkt, erzwingt Erleben. Unser Leib ist Ort und Mittel, mit dem wir dieser wirkenden Welt habhaft werden. Im Zusammenspiel von Motorik, Sensorik und Kognition entsteht unser Bild von Wirklichkeit und unser Wissen über ihre Konstanz. Wenn ich einatme, dann werde ich mit dem Nötigsten versorgt und lebe. Eine Binsenweisheit. Der Leib ist unser Beweismittel, dass wir wirklich sind, dass es etwas außerhalb von uns gibt – Atemluft.

Wie diese Konstante gestört werden kann, veranschaulicht der Vorgang der Hyperventilation, in der die Gleichung Atem bedeutet Leben in Frage gestellt ist. Die Hyperventilation stellt die Not der Patientinnen und Patienten dar, sich nicht dem Atemfluss überlassen zu können, sondern sich selbsttätig in diesen Prozess einmischen zu müssen. Gleichzeitig ist sie für diese Menschen der sensomotorische Wirklichkeitsbeweis: Wenn ich atme, lebe ich. Allerdings ist dieser Beweis mit schmerzhaftem und beängstigendem Erleben verbunden, da die Menschen genau wissen, dass sie sich außerhalb der Normalität bewegen.

Noch einmal wiederhole ich das Motiv (s.S.1), sich über den Tanz als Ganzes erleben zu können, das Menschen mit schweren Verunsicherungen über ihre Existenz zur Tanztherapie führt. Sie tragen wohl das leibliche Wissen in sich, dass es sie gibt und vielleicht auch als Ganzes gibt also mit einer integrierten Struktur, auch wenn sich diese in ihrem Lebensvollzug als mittel bis schlecht bis gar nicht integriert zeigt. Sie wenden sich in der allerhöchsten Not der Krise, wenn sie derealisieren und sich selbst verletzen oder ihrer physischen Existenz in einem Suizidversuch die höchste Prüfung abverlangen, ebenfalls dem Leib als Erkenntnisort zu. Diese Notreaktionen ermöglichen den Patientinnen und Patienten über das körperliche Empfinden die selbstberuhigende Wirkung; oder wie eine Patientin es mir gegenüber beschreibt "ich bin wieder da". Sachsse, einer der führenden Psychotraumatologen in Göttingen, stellt bedauernd fest, dass es bislang kein besseres Gegenmittel gegen die Formen z.B. der Derealisation gibt als die Selbstverletzung, bzw. wir die Wirkweise dieses Medikamentes noch nicht kennen (Sachsse 2004, 243).

In meinem Verständnis der Krisenintervention nehme ich die Bewegung der Patientinnen und Patienten hin zum eigenen Leib auf. Meine Intention ist es dabei, die selbstschädigenden Leibzuwendungen über das Interesse der PatientInnen für den Leib als Begegnungs- und Erkundungsmedium zu mildern. Der Weg über das achtsame Umgehen hin zu einer leiblichen Weitung eröffnet neue Möglichkeiten für die Patientinnen und Patienten. Die körperlichen Weitungsphänomene, die den Atem, die Spannung und die Wärmeregulation betreffen können, führen insgesamt zu einem besseren subjektiven Wohlfühl. Die zweite Bewegungsrichtung der Krisenintervention wendet sich hin zur Umwelt und damit weg von dem Kreisen der PatientInnen um sich selbst.

Im Zusammenwirken dieser beiden Hinwendungsrichtungen kann Sinn und zwar in doppelter Hinsicht entstehen. Im Vollzug, im Tun, in dem der Mensch mit der Welt umgeht, hat er eine Wirkung, die er erfassen kann und die ihm Rückmeldung gibt über sein Tun. Das gibt Sicherheit. Gleichzeitig wirkt das Tun in ihm und bestätigt sein Sein. Nötig ist dazu, dass der Mensch sich in einen erweiterten, an dem anderen interessierten Zustand hinein begibt (vgl. Glaser 1991, 47 ff; Hördörfer 2003, 6; Schilder, 1914, 105; Schmitz 1985, 71 -116). Aktivität im krisenhaften, engen Zustand gibt dem Menschen nur über sich selbst Rückmeldung. Er wird keine Bestätigung und Verbindung seiner Wirksamkeit im Außen erfahren und damit keine Sicherheit erwerben können.

Im folgenden Patientenbeispiel wird die pathische Qualität des Erleben- und Ergreifenlassens, in die sich der Mensch zur Bewältigung seiner Krise hinein trauen muss, deutlich: *Der Patient leidet an heftigen Blockaden und Schmerzen im Kreuz. Seine Lebensgeschichte ist bis zu seinem 18. Lebensjahr von fast täglicher körperlicher Gewaltausübung durch die Mutter geprägt. Orthopädisch ist außer starker muskulärer Verspannungen kein struktureller Befund festzustellen. Dennoch droht ihm die Arbeitsunfähigkeit, da er zeitweise gehunfähig ist. In einer der ersten Krisenstunden war es mein Anliegen, die zentralen Blockaden in der Körperperipherie seinem Erleben zugänglich zu machen und Spuren für eine spätere Bearbeitung auszulegen. Seine Hand modulierte auf Grund meiner Intervention die Spannung, die sich tatsächlich in seinem unteren Rückenbereich befand. Der Patient konnte stellvertretend an der Hand die Wirkung der Spannung erfassen und der Hand die Frage übertragen, welche guten Umgebungen es für sie geben könnte. Ein Streicheln offenbarte sich und der Patient lagerte sich beruhigt. Im Liegen tauchte ein Bild in seiner Vorstellung auf: "die Wirbelsäule ist gestützt". Meine Aufforderung diese Unterstützung in die Unterlage hinein zu verstärken, führte zum nächsten Bild: "gestützt wie in einem Chorgestühl mit Orgelmusik im Raum". Die vorher streichelnden Hände legten sich vor den Bauchraum, als ob sie einen Weitungsraum ausformten. Ich bot ein Kissen an, damit die Hände sich hinwenden könnten; Ruhe breitete sich im Menschen aus. Er formulierte eine kleine Spur von Zuversicht, wieder an sein leibliches Gestütztsein Anschluss zu finden und den Raum um sich wieder erfassen zu können...*

3. MENSCHEN MIT PERSÖNLICHKEITSSCHÄDIGUNGEN

Nach den Betrachtungen über Krise, über leibliche Krisenhaftigkeit und über die Sinnerfassung wende ich mich jetzt der Struktur und Dynamik der Persönlichkeit der Menschen zu, um die es hier geht und die ich in den Beispielen geschildert habe. Diese Menschen werden als Menschen mit Persönlichkeitsstörungen klassifiziert (s. ICD-10 und DSM-IV). In der Krankheitstheorie der Integrativen Therapie spricht Petzold „...insgesamt von Schädigungen...“, da „...Störungen (...) etwas Spezifisches sind...“ (Petzold 1993, 748). Ich verstehe das Krisenerleben der Patientinnen und Patienten als ein

Erleben von Störungen, das maßgeblich durch ihre strukturellen Schädigungen bestimmt ist. Ich verwende daher in meinem Sprachgebrauch den Begriff der Persönlichkeitsschädigung. In der Fachliteratur über diese Menschen herrscht jenseits der Klassifikationsschemata Einigkeit über die Trias der immer zugleich stattfindenden strukturellen Beeinträchtigungen. Diese sind:

- Impuls- und Affektkontrollmangel bzw. -verlust
- Identitäts- und
- Interaktionsstörungen

Für das Verstehen der Überlegungen meines gesamten Vortrages ist es sinnvoll, diese Trias immer mitzudenken. Die Beeinträchtigung, die die Patientinnen und Patienten alltäglich erleben, ist von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Sie kommen zu mir in die ambulante Behandlung und sind in einen Alltag eingebunden. Viele arbeiten, studieren oder sind als Eltern in voller Verantwortung. Bei einigen ist die Therapie ein Weg hin zu einer stationären Behandlung oder eine Wegstrecke zwischen stationären Behandlungen oder es sind Patientinnen und Patienten, die krankheitshalber berentet sind und selbstständig ihren Alltag organisieren.

3.1. STRUKTUR UND DYNAMIK DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Allgemein können wir über diese Menschen sagen, dass bestimmte Züge ihrer Persönlichkeit besonders stark, besonders unflexibel oder viel zu gering ausgeprägt sind (vgl. Bronisch 2005, 9; Rudolf 2005, 158 - 176). Ursache und Folge dieser Eigenart ist, dass sie zu wenig Puffersysteme und Abwehrmöglichkeiten in sich und in ihrer Umwelt haben. Ihre Eigenarten beeinflussen direkt ihre beruflichen und privaten Leistungen, ihr subjektives Beschwerdeerleben, ihre sozialen Beziehungen. Die Wahrnehmung und das Bewusstsein dieser Patientinnen und Patienten für das eigene Selbst und für den anderen sind strukturell geschädigt. Ihre Ich-Funktionen haben keine verlässlichen Muster, auf die sie zurückgreifen können. Daraus ergibt sich ihre generelle Instabilität. Die Gefühlswelt, die Beziehungserfahrung und -gestaltung und der Blick auf die eigene Identität sind labil. Diese Menschen schlittern zwischen weit entfernten Polen von Nähe und Ferne, von Wärme und Kälte und zwischen Ja und Nein hin und her. „Ich liebe dich und ich hasse dich, ich hasse dich, verlasse mich nicht“. Die Dynamik zwischen den Polen bedingt wenig Haltequalitäten. Die Menschen sind, wenn sie sich öffnen, ganz offen und erwarten auch die gesamte Aufmerksamkeit des Anderen. Daraus ergibt sich eine starke Empfindlichkeit, Kränkbarkeit und eine ganz niedrige Reizabwehr und eine Reizfilterschwäche. Schnelle Enttäuschung und in Folge eine starke Verurteilung des anderen sind die Folgen. Das mitmenschliche Miteinander zu regulieren ist schwer; diese Menschen werden von den anderen als sehr anstrengend und oft unerträglich erlebt.

3.2. DAS ALLTAGSERLEBEN DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Unser Allgemeinwissen sagt uns, dass Alltag über ein gesichertes Fortbestehen, über eine Wiederholung des Fortgangs, über das Erleben von Kohärenz und über selbstwirksame Konstrukte gesichert ist. Die prinzipielle Offenheit des Menschen macht es notwendig, dass sich Stabilität und Rückhalt über verlässliche Wiederholung einstellen kann. Vor allem in Krisensituationen ist dies entlastend. Aber genau diese Alltagsroutine besitzen die Patientinnen und Patienten, von denen ich spreche nicht. Sie leben keine stabilisierenden Wiederholungen und müssen immer wieder Neues erfinden. Eine Grundschullehrerin mit fünfzehn Jahren Praxiserfahrung berichtet, dass sie fast jede Unterrichtsstunde neu vorbereitet.

Thematisch sind die PatientInnen ständig mit der Frage beschäftigt „Wer bin ich in der Fülle meiner vielen Rollen“. Statt des „Ich-das sind Viele“ steht das Erleben „Ich-das ist Chaos“. Welche Rolle sie verkörpern sollen unter der ständigen Bedrohung von Außen und welche Art der Beziehungsgestaltung situationsadäquat ist birgt dauernde Verunsicherung und lässt sich für sie nur schwer entscheiden. Die drastische Schilderung des Lebenshintergrundes einer Patientin, die so oder ähnlich exemplarisch ist für viele Menschen, beleuchtet den Wirrwarr der Lebensumstände. Das Bild dieses Alltags entstand in vielen einzelnen Vignetten während unserer Stunden.

Jedes Mal, wenn die Patientin von der Schule nach Hause kam, wusste sie nicht, was sie erwarten würde. Mutter prügelt jüngere Geschwister, Mutter hat Kuchen gebacken, Mutter liegt mit Liebhaber im Bett, Tür ist verschlossen, als ob die Familie gänzlich weggezogen sei, Haustür steht offen, Betten werden im Hof gesonnt.... Der Umgangston in der Familie ist geprägt von starken, eindringlichen Gefühlen und Ausbrüchen der Mutter und dem cholерischen Auftreten des Vaters. Es herrscht viel Gebrüll und Streit und Drohung. Der Alltag ist eine permanente Überstimulierung oder konträre Stimulierung. Es war der Patientin nicht möglich, verlässliche Binnenstrukturen zu erfahren und auszubilden. Sie hat in genügender Distanz zum Elternhaus einige Menschen und gelingende

Beziehungen zu ihnen, so dass sie - auch dank ihrer hohen Intelligenz - eine von außen gesehen „fast normale“ Schul- und Ausbildungskarriere durchlaufen konnte.

Es ist die große Angst der Patientinnen und Patienten, dass die Realität, das Äußere ihre innere Geschichte und Phantasie überschwemmt oder vernichtet. Sie bräuchten eine gesicherte Umgebung, die ihre Motive und Seinsweisen nicht in Frage stellt. Ganz im Gegensatz zu den Menschen mit neurotischen Störungen, deren Angst darin besteht, dass ihre inneren Dämonen, Zwänge und Vorstellungen das Beziehungsgefüge in der Außenrealität beeinträchtigen oder zerstören. Die Patientinnen und Patienten, um die es in meinem Vortrag geht, versuchen deshalb, die Außenwelt über eine hohe Aktivität in Bann zu halten. Darin entwickeln sie große Meisterleistungen. Gleichzeitig verlieren sie über ihre hohe Aktivierung die Fähigkeit, ihr Handeln und seine Wirkungen zu überprüfen. Die Angst vor dem Verlust der Selbstkontrolle steigt darüber ins Unermessliche. Der Automatismus der Reizfilterschwäche bestimmt auch die Wege und Kanäle der Kommunikation vom Innern der Menschen nach Außen.

Ein Paradoxon bestimmt das große Leid der Patientinnen und Patienten: Ihr Antrieb ist von außen nicht zu spüren und gleichzeitig ist es ihr großes Anliegen, dass die anderen sie erfassen können. Sie wollen so gesehen werden, wie sie sich im Innern selbst erfassen, voller Not und Druck. Aber sie tun alles, damit der Druck nicht nach außen sichtbar wird mit dem Preis, dass das Erleben der Interaktionen ihre Affekte noch mehr steigert, bis sie oder die andern die Situation abbrechen.

Eine Patientin befindet sich emotional in Nöten. Sie fühlt sich nicht gesehen, verstanden, allein gelassen und wird stark von Einsamkeitsängsten bedroht. In ihrer Not versucht sie sich ihrem Mann und Kindern mit dem Inhalt ihres Innersten, ihres Intimraumes (vgl. 6.4.) zu öffnen. Sie ist überzeugt, nur wenn sie ihr Innerstes nach Außen kehren würde, würde sie Verständnis erreichen. Gleichzeitig zeigt sie sich körperlich eng und verschlossen ohne sichtbare Fähigkeit, die Außenwelt einzubeziehen, zuzuhören oder zum Andern zu schauen. Ihr körperlicher Ausdruck vermittelt eigentlich: „Komm mir nicht zu nahe.“ Die Familie erfasst und versteht die Not hinter ihrem paradoxen Verhalten nicht. Sie bleibt einsam; ihre Wut, ihre Verlassenheit nehmen zu. Sie zieht sich noch mehr in ihre Verschlossenheit zurück, ihre Angst wird tendenziell überflutend; sie schlägt mit dem Kopf gegen die Wand, nur so spürt sie sich und so fühlt sie sich: die Welt außen als Wand, die mit Ignoranz ihre innere Not erdrückt.

Die Patientinnen und Patienten in meiner Praxis haben einen hohen Leidensdruck aufgrund ihrer Symptomatik. Sie sind außer Stande ihre Innenreaktionen auf die Außenwelt, die Ereignisse und die Menschen zu regulieren (s. das Beispiel am Anfang). Sie leiden in ihrem Alleinsein auch an ihrer eigenen Innenwelt, den Empfindungen und Gedanken. Vor allem leiden sie am Gefühl, diesen Prozessen ausgeliefert zu sein. Ihre schon geringe Grenzziehungsfähigkeit verschwindet in Belastungssituationen gänzlich und sie werden erneut verletzt. Als Gegenmittel nutzen sie Anästhesierungsprozesse, wie wir das in der Integrativen Therapie bezeichnen (Petzold 1993, 1179, 1183). So kann die organismische Selbstschutzmechanik dissoziativ wirksam werden. Der Mensch ist unbewusst in der Lage, sich in seinem Erleben von den affektrelevanten Inhalten zu distanzieren, die Prügel nicht mehr zu spüren, die Schreie nicht mehr zu hören. Diese werden damit neutralisiert. Ohne eine solche dissoziative Abwehrmöglichkeit würde der Mensch von der von Außen nach Innen gerichteten Interaktion überflutet werden.

Eine Anmerkung: Meine Lieblingskrimiheldin Modesty Blaise ist eine Meisterin in bewusst eingesetzter Dissoziation. Sie ist in der Lage, den unvorstellbaren Qualen und Folterungen ihrer Feinde mit Hilfe dissoziativer Imaginations- und Atemtechniken zu begegnen. Gelernt hat sie diese bei den Sufi Meistern und anderen Mystikern im fernen und nahen Osten (O`Donnell 1966).

Für die Patientinnen und Patienten, die sich den jeweiligen Situationen ausgeliefert erleben und automatisch dissoziieren, sind diese Situationen selten Quellen von Lernerfahrungen, so dass sie immer wieder in die gleichen Krisensituationen geraten. Mit den bisherigen Erläuterungen möchte ich verdeutlichen, dass der Alltag für die PatientInnen in jeder Minute die Gefahr der Krise in sich trägt. Der Bruch, das Herausfallen aus der Gemeinschaft und die Bewältigung dieser Situation über erhöhten Einsatz von Affekten bis hin zur Selbstschädigung lässt sie ihren Alltag nur mehr als Anhäufung von Krisen erleben.

3.3. DAS PATIENTINNEN-THERAPEUTINNEN-VERHÄLTNIS

Die Beziehung der PatientInnen zur Therapeutin wird ein Abbild des Alltags sein. Therapie ist eine ständige Herausforderung, die die Patientinnen und Patienten durch immer wieder neue Anpassungsleistungen zu bewältigen versuchen und dabei ständig in Gefahr geraten, überstimuliert zu werden (vgl. Plassmann 2005, 18 f). Therapie, bzw. jede einzelne therapeutische Intervention kann somit auch Anlass zur Krise für diese Menschen werden. Diejenigen ihrer Eigenarten werden verstärkt auftreten, die über das bloße Therapiesetting gefördert werden. Das ist zum einen ein starker Redefluss und ein zügiges Berichten über intime Dinge in kurzer Zeit. Es herrscht sozusagen die Qualität des freien Flusses (free flow), ohne dass die PatientInnen dies bewusst erleben könnten. Zum anderen werden die Patientinnen und Patienten eine hohe Erwartung an die Therapeutin entwickeln, die „die Beste auf der ganzen Welt für mich“ ist, so eine Patientin zu mir. Ohne genügend entwickelte Ich-Funktionen von Begegnung, Distanzierung, Ordnen etc. werden sie alles, was die Therapeutin sagt oder nicht sagt, tut oder nicht tut, auf sich bezogen erleben müssen. Von daher kann in Krisensituationen (dies gilt gleichermaßen für die allgemeine Therapiesituation) die Beziehung zur Therapeutin nicht zum Thema der Bearbeitung gemacht werden.

In ihrer Not, Grenzziehungen auch gegenüber der Therapeutin zu setzen, versuchen die Patientinnen und Patienten sich über das kontrolllose Erzählen ihrer Geschichten von diesen zu befreien. Sie überschütten die Therapeutin damit und nutzen sie als Gefäß für ihre Erlebensnöte. Beim ändern Menschen können sie die eigenen Geschichten gut identifizieren und dann den Anspruch formulieren: „Wenn du so dran bist, dann musst du das doch bitte regulieren. Dann geht's dir wieder besser und du bist für mich besser aushaltbar und mir geht's dann auch besser“. *„Heute sind Sie schlecht drauf (so die Patientin zu mir), Sie sind fahrig und ohne Kontur. Ich kann Sie gar nicht spüren. Machen Sie keine Übungen am Morgen, um sich zu reinigen. Ich bringe Ihnen mal meine Feldenkraisübungen mit, damit Sie sie machen, bevor Sie zu mir kommen. Ich spüre Ihre schlechte Energie. Da werde ich schwach und hilflos und ich brauche doch guten Kontakt“*

Wenn ich das bisher Gesagte zusammenfasse, wird, so hoffe ich, meine Charakterisierung dieser Patientinnen und Patienten als Menschen mit besonders ausgeprägten Eigenschaften deutlich. Der Umgang mit ihren Krisen als oben beschriebene Chance zu neuen Wegweisungen ist schwierig. Die dabei notwendige Leere dieser Zwischenzeit und die darin eingebettete pathische Seinsweise kann für diese Menschen schnell ins Nichts und Haltlose umschlagen. Das Krisenerleben der PatientInnen möchte ich als Metapher formulieren: Wenn ein Mensch ohne ein gutes Gerüst, das für Stabilität sorgt, sich Wind und Wetter der Krise ausgesetzt sieht und zwar mit gleichmäßiger Regelmäßigkeit, wird er die Wirkung dieses Ausgesetztseins immer an seinen eigenen Körpergrenzen erleben. Die Belastung durch diese Grenzverletzungen kann hohe Irritation bedeuten, die spontane Entlastungshandlungen nötig machen.

Krise als ein sich stetig wiederholender Zustand verlangt ihnen alles ab und verstellt wie Berge den Alltag, so dass das Leben dahinter nicht mehr sicht- und spürbar wird. Die Menschen sind im Leidvollen gefangen. Luise Reddemann formuliert, dass es für die Bewältigung der Krisen unumstößlich sein muss, die Polarität zwischen Freude und Leid wieder sichtbar zu machen und die Patientinnen und Patienten zu öffnen für die Ganzheit von Hell und Dunkel, damit sie wieder Positionen einnehmen und sich darüber stabilisieren zu können (Reddemann 2004, 17-19). Trudi Schoop hätte es wohl ganz ähnlich gesagt.

4. MÖGLICHKEITEN DER BEZIEHUNG THERAPEUTIN – PATIENTINNEN/PATIENTEN

Das Gefangensein der Patientinnen und Patienten in der Trias von Affektkontrollverlust, Identitäts- und Interaktionsstörung, das sich in der Krisensituation noch mehr zuspitzt, erschwert die Gestaltung des Verhältnisses von Therapeutin zu den Patientinnen und Patienten und erfordert hohe Genauigkeit des eigenen Verhaltens und viel Geduld gegenüber den PatientInnen.

4.1. SCHAFFEN EINES SICHEREN RAHMENS

Bei diesen Patientinnen und Patienten muss Sicherheitgebendes von Außen nach Innen entstehen. Dies gilt ganz besonders für die Situation der Krisenbewältigung. Die Umwelt, das Setting, der Rahmen müssen in den Therapiestunden Halt geben. Die Therapeutin kann dazu unterschiedliche Möglichkeiten nutzen: Über dasselbe Arrangement von Sitzmöglichkeit, Kissen, Decke, Blumen; über dasselbe Ritual der Begrüßung; über dieselbe Kleidung, Parfüm, denselben Tee...

Der Einstellung der Therapeutin kommt dabei eine große Bedeutung zu: Gegen die hohe lärmige innere Aktivität der Patientinnen und Patienten muss es der Therapeutin gelingen, sich ihnen so zuzuwenden, dass darüber eine Hinwendung der PatientInnen zu sich und ihrem Umfeld möglich wird. Die Übungen zur Raumgrenze und die „Schutzengel“-Übungen (s. 7.3.3.), die ich im praktischen Teil vorstellen werde, gelten sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Therapeutin. Sie muss Einengendes aus ihrem Erleben verbannen und eigene hinwendende Qualitäten aktivieren. Der öffnende Kontakt zum stützenden Boden, zum gefüllten Rücken, das Umfassen des Raumes durch einen erweiterten Rücken (Waidelich 1987, 10 f) sind körperliche Phänomene, deren Wirkung sich in einem Satz zusammenfassen lassen: Die Therapeutin sollte in ihrer Bereitschaft ganz vorhanden sein, ganz da sein können.

4.2. DER RESONANZPROZESS

Abstimmungs- und Resonanzprozesse haben ebenfalls die Entlastung zum Ziel. Zuerst muss die hohe Affektspannung der Patientinnen und Patienten gelöst werden und dann erst können beschwichtigende, beruhigende und tröstende Äußerungen und Gesten geschehen. Die Patientinnen und Patienten haben in ihrem Leben viel Kälte und Starre erlebt. Viele ihrer emotionalen Anfragen gingen ins Leere. Nichtresonanz können diese Menschen deshalb nicht aushalten; sie ist sofort Krisen vertiefend. Die Menschen benötigen unmittelbare u.a. auch leibliche Reaktionen der Therapeutin z.B. durch Berührung, aber auch durch ein räumliches Umfassen und Erfassen (s. 6.4.) etc. Das Setting über Bewegungsinterventionen erleichtert diese Ebene.

4.3. DAS ÜBERTRAGUNGSGESCHEHEN

Für das Übertragungsgeschehen erachte ich am wichtigsten, dass die Übertragungsmomente der Patientinnen und Patienten nicht gedeutet werden. Die Therapeutin sollte sie als Auftrag und als Regulationsmöglichkeit der PatientInnen lesen. Ziel kann es sein, im Rahmen der Möglichkeiten der Menschen das Erregungs- und Affektpotenzial, ihre Realitätserfassung, ihr Selbstwerterleben und die Selbstwirksamkeit mit ihnen zusammen auf ein funktionsfähiges Niveau zu regulieren. An vielen Stellen helfen dazu Erklärungen - auch über körperliche Funktionszusammenhänge. Menschliche Entwicklung bleibt auch in der Krisenbewältigung an und in die Beziehung geknüpft und ist durch eine liebevolle Mitmenschlichkeit getragen. Trudi Schoop fasst dies humoristisch zusammen: „Ich habe eine böse Schwiegermutter auch gern“ (persönliche Mitteilung; vgl. Schoop 1983, 16). Auch oder gerade in den Bewegungssequenzen wird es viele Augenblicke geben, in denen Dialoge über den Austausch von Blicken oder von Stille geführt werden. Dies sind Bereiche in denen eine Tanztherapeutin über ihr ureigenstes Medium geschult ist.

5. ZIELE DER KRISENBEWÄLTIGUNG

Aus den bisherigen Ausführungen möchte ich folgende Ziele, die in einer hierarischen Ordnung zueinander stehen, für die Krisenbewältigung in meiner ambulanten Praxis formulieren:

- Zuerst muss eine emotionale Entlastung die Patientinnen und Patienten aus der Enge der Bedrängnis führen. Die Therapeutin wird dazu die Situation der PatientInnen erst einmal so, wie sie ist, bestätigen und annehmen.

- Der nächste Schritt wird einen erweiterten leiblichen Zustand anstreben, der den Menschen zur Beruhigung verhelfen kann.

- Ein gestärkteres Ich-Bewusstsein muss eines der nächsten Ziele sein.

Daraus können die Patientinnen und Patienten Distanz zu den überflutenden Eindrücken, Gedanken und Erlebnissen entwickeln.

- Ein Abstand ermöglicht ihnen dann, einen Focus für die Bewältigung der Situation zu ergreifen.

- Dieser muss Möglichkeiten des pfleglicheren Umgangs in Bezug auf Affekte, Erregungsspannung und Impulshandlungen eröffnen.

- Unterstützend zu diesen Zielen der Therapiestunden sollten die Lösungsvorschläge auch über Hausaufgaben, die die Therapeutin vorschlägt, eingeübt werden.

In dem Fallbeispiel werden einige dieser Schritte angestrebt. Die Patientin skizziert auf mein Fragen hin folgenden Lebensrahmen:

Sie lebt isoliert als allein erziehende Mutter von drei Kindergarten- und Grundschulkindern in ihrem Wohnort. Die Betreuung ihrer Kinder bezeichnet sie als Eingebundenheit und Fessel. Der notwendige Erhalt der Arbeitssituation – sie ist eine fähige Ergotherapeutin – bedeutet für sie ständigen Alltagsstress. Ihre Kompensations- und Bewältigungslösung besteht in Auflösungsphantasien: „Ich spüre eine Riesensehnsucht wegzugehen, mich davon driften zu lassen; dies ist ein schönes Gefühl; aber ich habe Angst, dass ich nicht mehr zurückkomme. Das Mich-Zurückholen kostet mich alle Kraft“. Im biografischen Hintergrund gibt es eine große Verlassenheitsgeschichte über Tod, schwere Erkrankung und Trennung von nahestehenden Menschen. Ich fasse das Gehörte in etwa zusammen: „Die Faszination des Auflösens bis ins Unendliche wirkt auf Sie anziehend und nicht erschreckend. Ihre Sorge um die Menschen, die hier auf der Erde angebunden bleiben, hat auch ihre Berechtigung. Die Unendlichkeit hat auch Orte. Ich schlage vor, Sie suchen sie mit Hilfe Ihrer Phantasie auf, um damit für Sie selbst eine andere Perspektive zu schaffen“. Mit diesen Sätzen beabsichtigte ich eine Validierung ihrer Situation und eine erste Entlastung aus der Enge ihrer Bedrängnis. Mein Anliegen war, ihre Sehnsucht nicht in eine „...welthobene Ferne...“ gehen zu lassen, sondern ihr „...die Möglichkeit des „Überschreitens einer Grenze“ in einen Bereich (...), der „hinter den Dingen...“ (Petzold 1993, 1084) liegt, zu eröffnen.

Dazu bat ich sie, sich auf eine große Matratze zu legen und diese mit ihren vier Körperseiten zu drücken. In einer nächsten Aufgabe forderte ich sie auf, ihre Vorderseite zur Decke zu richten und gleichzeitig ihre Schulterblätter fest in die Matratze zu drängen. Nachdem die Patientin diese Hinwendungsaufgaben zur Umgebung gut lösen konnte, schlug ich vor: „Jetzt lassen Sie sich in ihren Gedanken weg driften. Sie können dabei konkret die Arme mit fliegen lassen“. So ähnlich formulierte ich das emotionale Entlastungsangebot für die Patientin. Danach konnte sie die für sie wesentliche Belastung benennen: Die Ambivalenz zwischen der Faszination ihrer Auflösungsphantasie und andererseits der Pflicht und fast pflichtschuldigen Angst um den Fortbestand der Familie war für sie lähmend. Beim Einkreisen der begleitenden Scham wurde das Kainsmal der Verlassenden und der Verlassenen deutlich: Das vom Erdboden Verschwinden als die vor gelebte Lösung in der Herkunfts- und in ihrer jetzigen Familie und bei ihr selbst. Die Patientin konnte dann erstmals die übergroße Scham aussprechen, dass sie das Schöne der Arbeit und dem Standhalten vorziehen wollte. Sie fasste dann für sich das Motto der Krisenarbeit zusammen: „Ohne Halt kann auch Phantasie auf der Erde nicht wirklich schön sein“.

Damit war der Lernweg aufgezeigt: Ein Halt, hier konkret auf dem Erdboden. Dazu machten wir das Weltall endlich, bestückten es mit den Planeten der Davongeflogenen, zu denen die Phantasie der Patientin die Brücke bilden konnte. Mit langen Linien und Armgesten des Balletts, mit denen die Patientin sich in die weite Sphäre sehnen konnte, und über eine Qualität der Leichtigkeit in den Bewegungen nach oben entstand die Faszination hin zur Phantasiewelt. Um Erdverbundenheit zu erlangen, entlehnten wir das großartige Kunststück des Balletts, so Trudi Schoops Anregung, die Haltespannung im gesamten Rumpf. Wir übten also die Rumpfmuskeln, damit die große Geste des Flugbogens die Patientin nicht aus dem Gleichgewicht und zum Absturz bringen würde. Sie lernte selbst bestimmen, wann sie sich unter den guten Blicken der Planetenbewohner bewegen wollte und wann die Planeten ein möglicher Ort der Verbannung für bedrohende Gestalten sein sollten. Um ihre Sehnsucht noch besser einzubinden, nutzten wir u.a. im weiteren Therapieverlauf die „Schutzengel“-Übung (s. 7.3.3.). Für die Patientin war eine erste Ich-Stärkung möglich geworden

C DARSTELLUNG DER BEWEGUNGSPARAMETER

Ich komme nun zur Darstellung der Bewegungsparameter zur Krisenbewältigung von Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsschädigungen.

6. GRUNDLAGEN FÜR DIE KRISENBEWÄLTIGUNG ÜBER DIE PARAMETER DES SITZENS, GEHENS, STEHENS UND LIEGENS

Die theoretischen Grundlagen und die Auswahl der allgemeinen Bewegungsfertigkeiten des Sitzens, Gehens, Stehens und Liegens, die speziellen Aufgabenstellungen und die Art und Weise des Intervenierens habe ich in den Krisenstunden zum Teil mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam nach und nach verfeinert. Ausgehend von den Phänomenen, die die PatientInnen geschildert haben

und meinen Beobachtungen ihres körperlichen Verhaltens habe ich ihnen die Bewegungsmöglichkeiten der Grundbewegungen angeboten. Diese zunächst auf meiner praktischen und theoretischen Erfahrung basierende intuitive Wahl habe ich dann zunehmend differenziert.

In den bisherigen Erläuterungen wurde mein Verständnis von Krise als Bruch im Verlauf der Lebensgeschichte mit dem Verlust leiblicher Kohärenz dargestellt. Des weiteren habe ich dargelegt, dass im menschlichen Leiberleben implizit neben der Anfälligkeit die Fähigkeit zur Krisenbewältigung angelegt ist. Aus meiner Sicht sind die von mir gewählten Bewegungsparameter wesentlich für die Krisenbewältigung vor dem Hintergrund der Trias der für die persönlichkeitsgeschädigten Patientinnen und Patienten relevanten Phänomene. Die Wahl der prozedural gesicherten Bewegungsfertigkeiten des Sitzens, Gehens, Stehens und Liegens bedeutet für die Krisenintervention quasi eine Ansprache der praereflexiven Vernunft. Es liegt nahe, zur Bewältigung des krisenbedingten Orientierungsverlust elementare sensomotorische Formen aufzurufen. Aus leibtheoretischer Sicht ist der Leib immer der Ort der Innen-Außenverbindung, in dem die Fähigkeiten des Affekterlebens, der Identitäts- und Interaktionsregulation stattfinden. Praereflexives Grundvertrauen und die leiblich fundierte Form der Selbst- und Welterkenntnis und ein grundsätzliches Wirksamkeitsgefühl sind an diese Ich-Funktionen gebunden. Elementare Leibinterventionen zur Krisenbewältigung müssen folgende Ziele beachten

1. wie können Reizfilterfunktionen gesichert werden
2. das Innen-Außenerleben differenziert erfasst werden
3. eine Realitätsprüfung mit einem Sicherungseffekt ermöglicht werden.

Erregungsmodalisierung und –beruhigung, Affektregulation im Sinne einer Symbolisierungs- und Distanzierungsfähigkeit zum Geschehen und eine Identitätsbalance als leiblich fundierte Kohärenz bezogen auf ein Raum- und Zeitgefühl und als Sinnfindung der Einheit in der Vielheit und nicht im Chaos der Person müssen als Grobziele verwirklicht werden können, wenn ein Weg aus der Krisenanhäufung aufscheinen soll.

6.1. GEDÄCHTNISTHEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR BEWEGUNG

Die Grobziele, die sich über die Persönlichkeitsstruktur der PatientInnen gebieten, erfahren auf dem Hintergrund der differenzierten Funktion des menschlichen Gedächtnisses über das leibliche Intervenieren eine gute Verwirklichungschance. Bewegungsmöglichkeiten, die im prozeduralen Gedächtnis gespeichert sind, werden im Zusammenhang eines bestimmten Prozederes abgerufen wird: z.B. Sitzen auf einem Stuhl, Fahrrad fahren, Klavier spielen. Diese Tätigkeiten werden routinemäßig ausgeführt, entziehen sich dem Detailbewußtsein und sind nicht direkt über Wissen und Beschreibung beeinflussbar, sondern werden durch das Üben verbessert und habitualisiert. Das prozedurale Gedächtnis wird dem Stammhirn zugeordnet. Mit Hilfe dieses Hirnteiles können wir Überlebenswichtiges von Unwichtigem unterscheiden. Dieses Geschehen ist relativ unabhängig von dem deklarativen Gedächtnis und von dem episodischen Gedächtnis der Großhirnrinde (vgl.: Eichenbaum, 1997, 547-572, ; Roth, 1999, 210; Roth, 2003, 89-91). Auf diesem Hintergrund ergeben sich für die Krisenbewältigung über Bewegung mehrere Zielbereiche, die für die konkrete therapeutische Praxis m.A.n. wesentlich sind.

MOTORISCHE HABITUALISIERUNGEN

Dass die Patientinnen und Patienten Habitualisierungen nicht zuverlässig in ihre alltäglichen Strukturabläufe einbauen und sie nutzen können, habe ich beschrieben. Im Gegensatz dazu sind die habitualisierten motorischen Formen von Gehen, Stehen, Sitzen und Liegen durch die Krisenbelastungen nicht gefährdet. Die jeweilig subjektive Ausformung dieser Fertigkeiten, der jeweilig persönliche Ausdruck, der durch das Krisenerleben bestimmt wird, wird kein Focus der Bewältigung sein. Darüber würde die Verbindung zum deklarativen und assoziativen Teil des menschlichen Gedächtnisvermögens angesprochen werden. Diesen Mentalisierungsvorgängen (vgl. Fonagy 2000) kommt vermutlich krisenvertiefende Wirkung zu. Im Unterschied dazu bieten die habitualisierten Bewegungsfertigkeiten ein Ausgangsplateau, um Sicherheit gebende Situationen in der Krisenbewältigung herzustellen.

DIE TRENnung VON PROZEDURALEM UND DEKLARATIVEM GEDÄCHTNIS

Auf Grund der relativ sicheren Trennung von prozeduralen und deklarativen Gedächtnisvorgängen (vgl. Cruse, 2000, 2-4) können wir davon ausgehen, dass das prozedurale Gedächtnis nicht unmittelbar mit den möglicherweise belastenden affektiven Erlebnishalten des deklarativen Gedächtnisses vernetzt ist. Damit ist die Gefahr einer Krisenvertiefung über die Interventionen gering. Allerdings muss davon ausgegangen werden das die frühen sensomotorischen Erfahrungen im prozeduralen Gedächtnis abgespeichert sind. Um so wichtiger ist es, dass die Kriseninterventionen, die diese Bewegungsabläufe betreffen, affektneutral, eng umgrenzt und übungsorientiert erfolgen.

DER ANGEBORENE SCHUTZREFLEX ALS RÜCKZUGSMUSTER

Unser menschliches Verhalten ist durch den sogenannten primitiven Schutzreflex bestimmt. Bei großer Angst, Stress oder Ähnlichem werden wir Menschen uns unbewusst anspannen also unsere Muskeln kontrahieren und damit verkürzen. Im Unterschied zu den Tieren lösen wir, auch wenn die Schrecksituation und die Bedrohung vorbei ist, die Kontraktion nicht völlig auf. Das gleiche geschieht bei Flucht- und Angriffsreaktionen, die auch auf dem kontraktiven Schwerpunkt der Aktion basieren; auch davon bleibt ein Rest im Körperschema vorhanden. Dieser Reflex wird ebenfalls dem prozeduralen Geschehen zugeordnet. Der Traumaforscher Levine erklärt die Reste von Anspannung beim Menschen mit der Überlagerung des prozeduralen Gedächtnisses durch die Aktivität der Großhirnrinde also des Bewußtseins. Er benennt verbleibende Angst- und Kontrollmotive, die die vollständige muskuläre Lösung verhindern. So erklärt er u.a. die chronifizierte Rückzugsmuster im Körperschema des Menschen (Levine 1998, 106 - 113). Wenn wir uns diese neurophysiologischen Zusammenhänge vergegenwärtigen, legt dies für die Krisenintervention auf der körperlichen Ebene mehrere Ansatzpunkte nahe.

a) ÜBEN DES ZURÜCKGEZOGENEN KÖRPERGEBIETES

Wenn die kontraktile Rückzugsqualität in einem Körpergebiet beobachtet werden kann, so kann über ein Üben unter Berücksichtigung der Hinwendung dieses Körpergebiet affektneutral geweitet werden. Trudi Schoop beschreibt einen solchen Vorgang sehr anschaulich: Eine Geste, die zur Streckung führt und nichts zurückhält, läßt es dem Menschen wohler sein (Willke 1992, Waidelich 1999, 100). Die PatientInnen können über die prozeduralen Bewegungsmuster von Längen und Weiten eine konkrete Hinwendung zum Außenraum herstellen und damit eine Beruhigung ihres angespannten und erregten Körperzustandes erzielen.

b) SCHAFFEN EINES SICHEREN UNTERGRUNDES DURCH DIE THERAPEUTIN

Menschen, deren Körperschema durch starke chronifizierte muskuläre Rückzüge geprägt ist, benötigen zuallererst und vielleicht ausschließlich einen sicheren Untergrund. Interventionen, die in irgendeiner Weise das Bewußtsein des Menschen ansprechen, werden nicht zur Lösung der muskulären Erstarrtheit führen. Vielleicht hat die Therapeutin nur die Möglichkeit, eine sichernde, stützend strukturierende Atmosphäre zu schaffen, in der es dem Menschen gelingen kann, sich irgendwann zu diesem Untergrund hinzuwenden. Nach und nach müßte sich dabei ein Teil seiner Muskulaturspannung lösen. Die Konsequenzen aus diesen Erkenntnissen würde uns in der Therapie vor vielen eher Krisen vertiefenden Experimenten mit den betroffenen Patientinnen und Patienten bewahren (vgl. Plassmann 2005, 18).

c) ÜBEN DES HINWENDUNGSBEREITEN KÖRPERGEBIETES

Die Therapeutin kann beobachten, mit welchem Körpergebiet die PatientInnen ein hinwendendes Verhalten in ihrer Bewegung zeigen. Über diesen Bereich und nicht über die zurückgezogenen Körpergebiete können dann die Interventionen eingeleitet werden. Trudi Schoops Aussage „Tanz heißt immer ein Ja“ (Zitat aus persönlichen Gespräch 1990), umschreibt diese Erkenntnis. Trudi Schoop versteht Tanzen immer als Hinwendungstanz. Im Beispiel der oben beschriebenen allein erziehenden Mutter und ihrer Sehnsucht nach Weite kann dieses Hinwendungspotenzial deutlich beobachtet werden. Die Sehnsucht der Patientin war zwar intellektuell mit Angst vor Kontrollverlust überlagert; aber in der Schilderung der Patientin konnte die Hinwendungsbereitschaft beobachtet werden. Über das prozedural gegründete Üben der Armstreckungen in den „langen Linien hin zu den Planeten der Phantasie“ wurde die Angst zurückgedrängt. Auch die Kriseninterventionen im Beispiel der Opernsängerin wurden über das hinwendungsbereite Körpergebiet eingeleitet.

d) TANZEN ALS PROZEDURALE FERTIGKEIT

Tanzen können ist wie Fahrrad fahren können und Klavier spielen können eine Fertigkeit, die über das prozedurale Gedächtnis nutzbar ist und über die wir Menschen verfügen. Als solche Fertigkeit kann der Tanz zur Krisenbewältigung genutzt werden, so wie es die Patientin, die ich zu Beginn zitiert habe, in den guten Auswirkungen auf sich beschreibt (s. A). Beim derzeitigen Stand meiner Exploration habe ich mich noch nicht mit einer möglichen unterschiedlichen Wirkung von Bewegungs- und Tanzaufgaben beschäftigt. Sicher ist, dass dem Tun in meinem Konzept von Krisentherapie noch andere Wirkungen zukommen als sie Reddemann in ihrem Traumamaterial definiert. Sie beschreibt das Bewegen als externalisierte Vorstellung mit dem Ziel der Intensivierung der Imagination (Reddemann 2004, 61). Der Zugang über den Tanz - so meine derzeitige Hypothese - in der Krisenintervention ist u.a. mit dem Erleben des Flow verbunden.

6.2. RAUMGEFÜHL

Sowohl für die Bewegungsdiagnostik als auch für das konkrete Intervenieren sind auf dem Hintergrund der Trias die differenzierten Raumkonzepte das Raumgefühl des Menschen von großer Bedeutung. Beide Konzepte können unabhängig von der Handlungsebene betrachtet und gehandhabt werden. Dies kann für die Arbeit mit persönlichkeitsgeschädigten PatientInnen wichtig werden, da sich für diese Menschen das Potenzial des bloßen Seins sofort mit der Ebene der Handlungen verknüpft. Sie können die Möglichkeit einer distanzierenden Haltung nicht einnehmen. Und eben diese Distanz würde sie langfristig von dem dauerhaften alltäglichen Krisenerleben entlasten.

In der Psychotonik Glaser® (Glaser 1991) und im Effort-Shape® und Space Konzept von Laban (vgl. Hackney 11-18, 43 f; Maletic 1987, 189-201) wird das Raumgefühl oder die Präsenz im Raum als Seinsweise von den interaktionellen Handlungen der Menschen und ihren Antrieben von Emotion und Wollen als getrenntes Geschehen betrachtet und auch geübt. Damit wird die Differenzierung verschiedener Räume mit jeweils unterschiedlicher Funktion und Bedeutung wesentlich. An dieser Stelle wird, wie dies häufig beim Verschriften von Bewegungskonzepten geschieht, deutlich, wie schwierig es ist, Bewegungskonzepte und -zustände mit Worten differenziert zu beschreiben (s. Waidelich 1989, 9). Persönlichkeitsgeschädigte Menschen konnten in ihrer Entwicklung, wenn überhaupt nur ein ganz rudimentäres Raumgefühl, also eine Verbindung mit dem Außen entwickeln.

Ich sehe einen Patienten vor mir, der sich über lange Zeit nur in der Mitte des Raumes wie unter einer Glocke bewegt hat, völlig losgelöst vom übrigen Geschehen. Seine Armbewegungen wiesen in ihrer Ausrichtung ständig auf seinen eigenen Körper. Häufig drehte er sich um seine Längsachse oder begab sich in windenden Bewegungen zu Boden, um sich dort mit denselben Armbewegungen weiter zu bewegen. Er nahm scheinbar von der Umwelt keinerlei Notiz.

Über ein belebtes Raumgefühl, d.h. über einen Seinszustand der Verbundenheit mit der Welt, würde für diesen Menschen die Gefahr, übermannt zu werden, vermutlich sehr groß werden. Dieses Raum-Präsenzgefühl kann sich in der steten Bewegung der Patientinnen und Patienten und ihrem Aktiviertsein zwischen Angriffs-Fluchtverhalten nicht einstellen. Sie müssen es in kleinen Schritten in einem möglichst sicheren Übungsfeld erwerben.

Für den heutigen Kontext belasse ich die Ausführungen zur Unterscheidungsmöglichkeit des „gelebten Raumes“ (Merleau-Ponty 1984) mit der Auflistung von Hall. Er differenziert den Intimraum (intimate space), den persönlichen Raum (personal space), den Begegnungsraum (social space) und den öffentlichen Raum (public space) (Hall 1969, 113 - 129; Argyle 1975, 300 - 322).

Die Psychodynamik der Patientinnen und Patienten, ihr aufgewühltes Innennleben beim anderen Menschen unterbringen zu müssen oder es zu verbergen, bedingt ein Vermengen dieser unterscheidbaren Lebensräume. Vielleicht kann man es als eine Ausprägung der strukturellen Störung bezeichnen, dass alle diese Räume für die Patienten gleich besetzt sind.

Die Patientin, die ich zu Beginn meines Vortrages zitiere (s. S. 1) sucht in allen vier Räumen nach mitmenschlichem Kontakt und möchte ihn in allen Räumen auf die gleiche Weise oder in derselben Qualität erfahren. Die permanenten Grenzüberschreitungen und Verletzungen, die sie dabei erlebt, schreibt sie der schlechten Ausstrahlung und Böswilligkeit der anderen Menschen zu.

Der andere ist also in der konzeptionellen Vorstellung derjenige, der für das Ziehen der Grenzen zuständig ist. Zieht der andere seine eigene Grenze gegenüber den PatientInnen, werden diese es als Zurückweisung erleben. Der Andere wird benutzt, damit er stellvertretend die Grenze bei den Patientinnen und Patienten zieht. Wie erfinderisch die Menschen dabei sein können und was sie der Therapeutin damit über ihre eigenen Nöte zeigen, verdeutlicht das oben genannte Beispiel einer Patientin, die mir ihre Feldenkraisübungen mitbringen will, damit ich im Kontakt mit ihr besser abgegrenzt sein kann.

6.3. QUELLEN DER BEWEGUNGSÜBUNGEN

Für die von mir entworfenen Bewegungsvorschläge habe ich vielfältige Anregungen aus der Psychotonik Glaser®, der Tanztechnik und anderen in unserer Integrativen Tanztherapie entwickelten Methoden und Techniken, aus den Laban-Bartenieff Konzepten und der funktionalen Gymnastik entnommen. Durchdrungen ist meine praktische Arbeitsweise mit diesen Patientinnen und Patienten vom Gedankengut Trudi Schoops. Ihre Anregungen und ihre respektvolle und sich auf die freudvollen Ressourcen beziehende und der Stabilisierung verpflichtete Arbeitsweise mit den psychotischen

Menschen beeinflusst stark meine Arbeit mit den persönlichkeitsgeschädigten Patientinnen und Patienten, die ich in diesem Beitrag vorstelle. Vieles was ich bei ihr, der großen Phänomenologin, in den Jahren von 1974 bis 1990 erfahren und gelernt habe, begegnet mir heute in den Konzepten der traumazentrierten Psychotherapie. Mein Bewegungsverständnis wurde nachhaltig von Annelies Wielers unnachahmlicher Art, die Erkenntnisse der Psychotonik zu vermitteln, beeinflusst (Workshopteilnahme von 1984 – 2005). Ich bin dafür sehr dankbar.

6.4. ZIELE DER BEWEGUNGSAUFGABEN

Über die Grobziele und davon abhängig die Art und Weise des Intervenierens habe ich schon gesprochen. Ich wiederhole die wesentlichen Kriterien:

- erregungssenkendes,
- affektneutrales und
- stabilisierendes Vorgehen.

Die spezifischen Ziele ergeben sich aus der Situation der Patientinnen und Patienten und der Wahl der Aufgabe. Mit den für die Krisenbewältigung vorrangigen Zielen ist auch die Wahl der Methoden und Techniken eng verwoben. Improvisatorische, explorative und Erlebnis zentrierte Vorgehensweisen werden sich erst dann anbieten, wenn das Erregungsniveau der Patientinnen und Patienten dies zulässt. Sonst entstehen möglicherweise über die Anregung der Phantasie Wirkungen, die Erregung und Affekt in unkontrollierbare Dimensionen treiben. Trudi Schoop: „Zuerst möchte ich die Patienten beruhigen, erst danach kann ich sie aufregen“ (Willke 1990, 9).

Die Erlebnisfähigkeit muss im Hinwendungsbezug zur Umgebung in einer möglichst engen Struktur gebenden und grenzsetzenden Weise geübt werden. Dieses Üben muss die im prozeduralen Gedächtnis festgesetzten Fertigkeiten aufrufen. Auf diese Verbindung können die Patientinnen und Patienten in den belastenden Situationen zurückgreifen. Sie anzuregen, körpereigene Vorgänge dabei zu beobachten oder auf sie zu zentrieren, ist in meinen Augen ein Behandlungsfehler. Die Wirkung im Außen muss bei den Aufgabenstellungen im Mittelpunkt stehen. „Es kommt nicht darauf an, das Dasein zum Bewusstsein zu bringen, sondern darauf, dass Bewusstsein zum Dasein zu bringen“ (Böhme 2003, 116). Im Nachspüren und dem kognitiven Erfassen können die PatientInnen das Selbsterleben focusieren.

Die metaphorische Ebene der Bilder kann ebenso problematisch sein, da die Patientinnen und Patienten möglicherweise in ihrer strukturellen Entwicklung wenig unbedrohten Raum für die spielerische Verhaltensebene des „als ob“ erlebt haben. Vielleicht wurde ihr Verhalten von der Umgebung immer eins zu eins wahrgenommen und bewertet. Spiel war Ernst, so dass sie keine Übergangsräume für sich entwickeln und füllen konnten. Bilder können von daher von ihnen auch nur als ernste Realität und nicht als Spielraum erweiternde Möglichkeit aufgefasst werden. Eigene Bilder der Patientinnen und Patienten müssen von ihrer Qualität der Bedrohlichkeit zu einer Möglichkeit der Stabilisierung umgewandelt werden (s. 4.). Trudi Schoops Vorbild ist hier für mich beispielhaft. Ihre Literatur und die Filme über sie bieten dafür zahlreiche Anregungen.

Eine Schwierigkeit wird in der Beziehungssituation von Therapeutin und Patientinnen und Patienten immer wieder neu zu lösen sein. Da diese Menschen das Außen in seiner Wirkung ausschließlich mit sich selbst in Zusammenhang bringen, wird das Modell der Therapeutin immer eine Konfrontation darstellen. Einen Sach- oder Raumbezug wiederum können diese Menschen ohne Modellvorgabe durch einen Menschen, also auch der Therapeutin nicht in der für sie wesentlichen Haltequalität herstellen. Aus diesen wenigen Überlegungen wird deutlich, dass es für die Krisenbewältigung mit den PatientInnen wichtig ist, gemeinsam mit ihnen das Erleben eines gefüllten Raumbezuges (s.o.) zu initiieren.

6.5 ZUSAMMENFASSUNG

Die Ziele einer Krisenbewältigung ergeben sich aus dem Verstehen der Persönlichkeitsstruktur der Patientinnen und Patienten. Die Dynamik des Außen-Innen-Bezuges erfordert gerade für diese Menschen eine verstärkte Hinwendung nach Außen. Darüber können emotionale Entlastung, Beruhigung, Selbstwirksamkeit und Selbstkohärenz erfahren werden. Das anthropologische und phänomenologische Verstehen des schöpferischen Menschen, also das Verstehen des menschlichen Seins vom Leib her (Petzold 1985, 1996 371 ff, Schoop 1981, 113) in der Eingebundenheit zur Umwelt untermauert diese Ziele.

Wichtig für die Auswahl der Interventionen ist v.a. die Passung zur jeweiligen Befindlichkeit der Patientinnen und Patienten, ihren Notwendigkeiten, Wünschen und Ideen. Hier gilt, was ich in meiner Ausbildung in der Integrativen Therapie grundlegend erfahren habe. Therapiepraxis stellt ein gemeinsames dialogisches Experiment dar (Petzold 1993,1352). Vieles lässt sich auch mit den Krisen-Patientinnen und Patienten in den einzelnen Situationen ausprobieren. Als Therapeutin muss ich hellhörig und wachsam dafür sein, dass nicht alles, was ich an sinnigen Übungen vorschlage, auf ihre Gegenliebe trifft. Meine jahrzehntelange Erfahrung in der Tanzimprovisation ist mir dabei eine hilfreiche Ressource.

Insgesamt gilt, dass Krisenbewältigung in der Therapie so wirken muss, dass die Menschen in ihren Notsituationen für eben diese Krisen neue Sichtweisen über kognitive und emotionale Bewertungsmöglichkeiten erhalten. Wie ich unter dem Punkt b) beschrieben habe, kann dies u.U. bedeuten, dass es auch darum gehen kann eine möglichst sichere Umgebung aufzusuchen. Das wird nur gehen, wenn wir den ganzen Menschen im Blick haben. Für die Begründung der Interventionen aus gedächtnistheoretischem Zusammenhang wird deutlich, dass wir auch in der Krisenbewältigung das Gesamt des menschlichen Gedächtnisses nutzen müssen: also den Zusammenhang von prozeduralem, episodischen und deklarativem Gedächtnis. Diese Zusammenhänge sind nicht Gegenstand meiner Überlegungen in diesem Vortrag, wenngleich die PatientInnenbeispiele diese aufzeigen. Mein Anliegen hier ist es, Ressourcen aufzuzeigen, die gut geeignet sind, die ersten Schritte der Krisenbewältigung mit Hilfe von Bewegung zu unterstützen.

7. BEWEGUNGSPARAMETER DES SITZENS, GEHENS, STEHENS UND LIEGENS

Ich komme nun zu dem Teil meiner Ausführungen, der sich mit den konkreten Bewegungsinterventionen zum Sitzen, Gehen, Stehen und Liegen beschäftigt. Ich werde zwischen meiner Darlegung der theoretischen Zusammenhänge und der Illustration an Hand von PatientInnenbeispielen und Ihrer eigenen Bewegungserfahrung wechseln. Da Sie sitzen, möchte ich mit den Interventionsmöglichkeiten zum Sitzen beginnen.

7.1. DAS SITZEN

ZWEI BEISPIELHAFTE AUFGABENVORSCHLÄGE UND EIN RÜCKZUGSBEISPIEL

1. Taktile Hinwendung ohne Bewegung
2. Taktile Hinwendung mit Bewegung
3. PatientInnenbeispiel: Der Rückzug als „Vorwärtsverteidigung“

Wenn die Patientinnen und Patienten nicht allzu sehr über ihre Erregungsspannung beeinträchtigt sind und sich von daher erst eine Sequenz im Stehen oder Bewegen anbietet, werden der erste Kontakt und die ersten Explorationen der Krisensitzung im Sitzen begonnen.

Ist das Problem und die Fragestellung mit der die Patienten kommen, genügend fokussiert, kann es sinnvoll sein, die Art und Weise des Sitzens zu thematisieren.

Ich schlage vor, dass Sie nun meine Aufgabenstellungen mit vollziehen. Bedingt durch unser Setting hier wird es für Sie vielleicht etwas unvermittelt sein.

(Im Text werde ich die Aufgabenstellungen kursiv drucken).

7.1.1. TAKTILE HINWENDUNG ZUM STUHL OHNE BEWEGUNG

- Erspüren Sie die Sitzfläche, die Lehne, ist sie hart oder weic...; erspüren Sie den Boden mit den Füßen.

Das Hinspüren beinhaltet zunächst keine aktive Bewegung. Über die Veränderung der Einstellung des Menschen in der Situation dem Sessel oder Stuhl gegenüber, wird bereits eine Änderung der Tonisierung der Muskulatur erreicht (vgl. Glaser 1991).

7.1.2. TAKTILE HINWENDUNG ZUM STUHL MIT BEWEGUNG

- Füllen Sie den Sessel aus;

- Beeindrucken Sie mit ihren Füßen den Boden, als ob Sie ihn zu einer Antwort locken wollten. Jetzt drücken Sie mit Ihrem Gesäß auf die Sitzfläche; mit den Oberschenkeln können Sie die Sesselseiten etwas auseinander drücken. Mit Ihrem Rücken können Sie die Lehne ausfüllen oder nach hinten drängen. Mit den Händen können Sie die Lehne streichen oder streifen; Ihre Füße können den Boden verdichten... .

Für die erregten und angespannten Patientinnen und Patienten hat die Bewegung – ähnlich dem bloßen Hinspüren - eine Tonus mindernde und beruhigende Wirkung. Vor allem für diejenigen, für die das Hinspüren unpassend ist, ergibt sich darüber eine gute Wirkmöglichkeit (ggf. kann ein Kissen die untere Rückengegend auspolstern oder ein Polster unter die Füße gelegt werden).

7.1.3. PATIENTINNENBEISPIEL: DER RÜCKZUG ALS „VORWÄRTSVERTEIDIGUNG“

Das folgende PatientInnenbeispiel veranschaulicht ein meiner Beobachtung nach häufiges Verhalten von Patientinnen und Patienten, wenn sie über die Stressbelastung in eine situative Krise geraten und sich „nur noch retten“ können. Auf Grund der hohen emotionalen, kognitiven und physischen Spannung ziehen sich die Patientinnen und Patienten vom Unter- oder Hintergrund z.B. dem Sesselrückhalt körperlich weg und nehmen mit großer Spannung eine Vorwärtsgerichtetheit ein. Ich verstehe diese Handlungssprache als „Vorwärtsverteidigung“ ihrer Innenwelt. Die Psychodynamik der doppelten Bedrohung (von Innen und von Außen) habe ich oben ausgeführt. Sie ist begründet über die doppelte Bedrohung der Ich-Instanzen also dem Planen, Wollen, Ordnen, Verstehen etc. wie auch der strukturellen Anteile der Kontaktfähigkeit, der Ruhefähigkeit usw. Durch die Überstimulation des Innenlebens (aufgrund der Reizfilterschwäche) und durch mangelnde Koordinationsfähigkeiten ist der Kontakt in beide Richtungen nicht lebbar. Damit gehen Grenzsicherheiten verloren (vgl. Rudolf 2002, 20-22).

Die Grenze zum anderen und zum Umraum kann nicht erfasst, nicht verstärkt oder verändert werden. Sie kann auch nicht emotional besetzt werden, sie „befindet sich im Nebel“, wie eine Patientin mir ihr Erleben beschrieb. Der Mensch entzieht sich dem jeweiligen Seinsort, weg vom Stuhl, weg vom Blick, weg von der Hand, ohne wirklich wegzugehen. Dies ist eine der handlungssprachlichen Paradoxien der Patientinnen und Patienten, die mich beeindruckt. Körperlich, emotional und kognitiv befinden sie sich in einem Zustand, den man als verstärkte Selbstbezogenheit umschreiben könnte. In diesem Zustand ist der Mensch nicht mit der Umgebung verbunden, er kreist in sich. Sensomotorisch bedeutet die Selbstbezogenheit eine Rückzugstendenz aus der Umgebung und eine Kontraktion in der Muskulatur. (Anmerkung: Menschen können auch mit hypotoner Muskulatur in der Selbstbezogenheit sein; bei den PatientInnen, um die es hier geht, kann ich dieses Muster selten feststellen; teilweise beobachte ich es bei PatientInnen, die Neuroleptika einnehmen müssen).

Wenn wir uns die oben gesagten Zusammenhänge des prozedural verankerten primitiven Schutzreflexes der Verkürzung und seiner Überformung durch das bewusste und kontrollierende deklarative Gedächtnis vor Augen führen, dann wird deutlich, was Trudi Schoop für die Arbeit mit den Menschen so poetisch utopisch benannt hat: „Ich lasse mir hundert Jahre Zeit“ (Schoop 1983, 10). Die prozedural verankerten Kontraktionsmuster im Verhalten dieser Patientinnen und Patienten zu lösen, erfordert sehr viel Geduld und Zeit. Der oben beschriebene physische Ausdruck der Vorwärtsgerichtetheit ist mit einer Art Übereifrigkeit verbunden, in der sich die PatientInnen von der sie umgebenden Situation loslösen und sich immer mehr in ihre Aktivierung hinein verlieren.

Ich schlage vor, dass Sie sich in ein solches Muster hineinversetzen. Sie werden anschließend Hinwendungsübungen nutzen, so dass die Rückzugstendenz nicht in Ihrem Körperschema haften bleibt.

Beispiel:

Der Patient ist Bewegungstherapeut in einer psychiatrischen Klinik. Er berichtet von schwierigen Situationen mit einer PatientInnengruppe bei der Morgenrunde auf einer Akutstation. Er gerate dabei regelmäßig in einen Zustand, in dem er nicht mehr wisse, was er bislang gesagt habe, noch was er eigentlich mit den Menschen wolle. Das „Angstloch“ verschluckt ihn so, dass seine Orientierung zur Zeit und zur Situation erschwert wird.

Jetzt bitte ich Sie, das Verhaltensmuster des Patienten mit zu vollziehen. *Während er seine Situation schildert, verringert er immer mehr die Auflagefläche des Sitzens und zwar in Richtung Sesselkante. Er schiebt dabei das Becken nach vorne und verkürzt den unteren Rücken. Von der Rückenlehne hat er von Anfang an keinen Gebrauch gemacht; der gesamte Rücken ist zusammengezogen, so dass seine Vorderseite stark nach vorne gestreckt wird. Die Füße sind nur über die Zehenballen mit dem Fußboden in Berührung. Er beschreibt diese Haltung als „höchst aufmerksam und bereit für die PatientInnen“. Im Laufe der Krisensitzung wird ihm dann die Dysfunktionalität seines Verhaltens deutlich, und er nimmt erleichtert die Übungsvorschläge, wie ich sie oben beschrieben habe, auf. In den Stunden der nächsten Wochen erarbeiten wir mögliche thematische Spuren, die zu solch einem körperlichen Verhalten führen: u.a. angespannte Aufmerksamkeit als Vorwärtsverteidigung und dahinter seine große Angst vor Kontakt.*

Nun zum Gehen sowie zu den Phänomenen und Strukturhintergründen, die für mich in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten wichtig sind.

7.2. DAS GEHEN

Die Patientinnen und Patienten erleben sich in ihrem Verhalten zwischen Flucht- und Angriffstendenzen hin und her geworfen, so dass sie Fortbewegung eher als eine sie treibende und nicht als stabilisierende Aktion erfahren. Die Vorwärtsrichtung des Gehens ergibt für sie wenig orientierenden Sinn. Ein mögliches Ziel oder das Erreichen desselben bietet für sie keine Entlastung. Auch ein anderer Mensch, zu dem die Vorwärtsbewegung führen könnte, bringt für die Aktion der PatientInnen keine Affekt- oder Erregungsentlastung. Der andere bedeutet prinzipiell keinen Halt, sondern Verunsicherung bis Bedrohung. Die Menschen müssen kaum am Ziel schon wieder weg. Die Reizüberflutung durch die Reizfilterschwäche der PatientInnen bedingt, dass sie der Kontaktqualität des Gehens zur Umgebung keine Gewichtung beimessen.

Krise hat den Verlust an Grund und Boden zur Folge. Die Patientinnen und Patienten gehen ohne Grund- und Bodenbezug oder wie Trudi Schoop es ausdrückt: Der Mensch zieht in der Angst vom Boden weg (Schoop, mündliche Mitteilung, vgl. Waidelich 1999, 99). Das kann als dissoziative Technik bezeichnet werden. Es ist daher wichtig, der hohen Affektbesetzung des Bodens über affektneutrale Erfahrungen entgegenzuwirken und der Labilisierung einen Einhalt zu gebieten. Aufgabe der Krisenintervention muss es sein, den Menschen über seine Füße beim Gehen für den Boden und seine Qualitäten zu interessieren. Der Boden trägt das Gewicht beim Schritt und bewirkt ein Aufrichten des gesamten Menschen. Damit ist die Sensibilisierung der Fußunterseiten ein wesentlicher Übungsbestandteil. Der aktive Umgang mit der Außenwelt über die einzige permanente taktile Verbindung wird zur Eingangstür zu ihr.

SIEBEN BEISPIELHAFTE AUFGABENVORSCHLÄGE ZUM GEHEN

1. Mobilisieren der Füße; Wahrnehmen und Erfassen des Untergrundes
2. Boden als Untergrund
3. Unterstützung durch den Boden/“Elefantengang“
4. Ich bin wichtig, wichtig, wichtig
5. Ja-Schritt
6. Gesicherter Gang/“Känguruhschwanz“
7. Der Boden ist belastbar

(Anmerkung: Einen Teil dieser Übungen verdanke ich Anregungen von Annelies Wieler)

Für alle Kriseninterventionen gilt die Beschränkung auf eine eng umgrenzte Aufgabenstellung. Ziel einer Krisenintervention sollte immer sein, genaue Differenzierungserfahrungen und stabilisierende Umwelterfahrungen als Grenzerfahrungen zu ermöglichen und zu fördern. So beschränke ich den Aufgabenrahmen bei den folgenden Aufgabenstellung auf die Fußunterseiten und setze damit eine eng umgrenzte Struktur. In einem anderen Kontext z.B. bei einer Körperwahrnehmungsschulung mit der Variationsbreite als Ziel wäre die Aufgabenstellung eine breitere.

7.2.1. MOBILISIEREN DER FÜSSE; WAHRNEHMEN UND ERFASSEN DES UNTERGRUNDES

- Tennisbälle, die die Füße mit der Fußunterseite bewegen, belasten, rollen, wegschnipsen können; so können die Füße aktiviert werden.

- Auf unterschiedlichem Untergrund wie Steine, Matten, Teppich, Handtuch etc. erfolgt die Aufforderung: 1. Bewegen Sie mit der Unterseite der Füße den Untergrund; 2. erfassen Sie dessen Beschaffenheit und 3. beschreiben Sie diese. Die Reize, die durch die unterschiedliche Untergrundmaterialien gegeben sind, müssen stark genug sein, um eine Hinwendung der PatientInnen über die Füße zum Untergrund zu induzieren.

Beispiel:

Eine Patientin reibt, bevor sie das Haus verlässt, mit ihren Fußunterseiten an den Treppenkanten. Sie verfolgt zum einen dabei das Ziel, sich für die Begegnung mit der Außenwelt zu aktivieren; zum andern möchte sie sich vorbereiten, das Außen als Gegenüber zu registrieren. Ihre Angst vor Reizüberflutung, mit der sie in allen alltäglichen Situationen zu kämpfen hat, kann sie dadurch herunter dämpfen: „Ich bin da nicht mehr so ausgeliefert ...“.

Ein weiteres Beispiel:

Eine junge Frau (ich habe für meine Praxiskollegin die Sommervertretung übernommen; die Patientin kennt mich seit längerem) mit der Diagnose einer starken strukturellen Entwicklungsstörung (Depression) gelingt es kaum, in die Stadt zu gehen. Es ist sommerlich warm und sie fühlt sich ständig beobachtet und nackt. Sie beklagt ein mieses Körpergefühl und außer einer hohen Anspannung und Angst kann sie keine anderen Empfindungen wahrnehmen. Ihre Schilderung unterbricht sie an mehreren Stellen, um mit ihrem Sessel näher zu mir zu rutschen, bis sie ca. einen Meter von mir entfernt sitzt. Ihre große Angst solle weniger einschneidend und die Stadtgänge leichter möglich sein.

Meine erste Intervention setzt an der Peripherie ihres Leibes, den Füßen an. Ziel ist die Selbstwirksamkeit, das Selbstwernerleben und das Kohärenzgefühl der Patientin anzuregen. Ich bitte sie, ihre beiden Füße zu meinen Füßen zu strecken.“ Gut so, jetzt kommen sie mit ihren Füßen unter meine beiden Füße und bewegen sie; ja genau so. Nun drehen wir die Situation um und ich bewege ihre Füße“. Danach stellen wir die Füße auf dem Teppich ab, um ihn ein wenig hin und her zu ziehen. Das Tun strengt uns an, und wir müssen beide lachen, da wir uns stark konzentrieren müssen, um ein wenig Effekt zu haben. Aber wir bestätigen uns gegenseitig, dass wir die Anstrengungen, den Bewegungseffekt der andern jeweils bemerken.

Ich erkläre dann, dass sie die Entscheidung hat, über ihre Füße Wirkung zu erzielen. Sie sagt das tue gut, ihre Füße so spüren zu können. Im weiteren Verlauf geht es darum, verschiedene Untergrund- und Bodenerfahrungsmöglichkeiten in ihrem Zimmer zu überlegen. Die Exploration des Alltagskontextes zeigt, dass sie Schreibtischarbeit - eine Seminararbeit ist zu schreiben - mit Versagensangst belegt und die Unternehmungen in die Stadt als Flucht bezeichnet. Sie wendet das Spiel mit den verschiedenen Untergründen zu Hause an. Es gelingt ihr, etwas entspannter, ruhiger und länger am Schreiben dran zu bleiben. Die Aufgabe macht ihr Spaß und sie entwirft einen Patchworkteppich aus verschiedenen Materialien... .

7.2.2. GEHEN UND DABEI DEN BODEN ALS UNTERGRUND WAHRNEHMEN

- Gehen Sie über den Boden des Raumes; (ich habe Woldecken ausgelegt) wie erfassen Sie den Boden, wenn Sie über die Woldecken gehen? wie erfassen Sie den Boden, wenn Sie über den Linoleum gehen? welche Empfindung stellt sich darüber bei Ihnen danach ein?

- Je nach Regressionsniveau und Lust der Patientinnen und Patienten können an dieser Stelle Schreitanzschritte oder Schrittspiele aus dem Kinderspielrepertoire wie „Himmel und Hölle“ oder „Ein Hut, ein Stock, ein Regenschirm...“ eingesetzt werden, um die Fertigkeiten dieser erfassenden Gehweise zu festigen.

Im folgenden Beispiel schildere ich in geraffter Form den Prozess mit seinen vielfältigen Facetten, die bei einer Krisenintervention geschehen:

Ein Tanztherapeut, der in der Klinik, in der er beschäftigt war, viel Aufbauarbeit geleistet hatte, kam zunehmend in Identitätsverunsicherung: „Ich und der Chef“ war seine innere Sicht auf den Klinikalltag; ganz offensichtlich war die Realität eine andere. Die Auswirkung davon war, dass er sich immer stärker in seinen Phantasien verschanzte und seine Arbeitsstelle darüber gefährdet war. Die Flucht nach vorne als Angriffsverteidigung: „Der Chef muss endlich einsehen, wie wichtig ich für ihn bin, sonst werde ich kündigen“ war die ihm mögliche Strategie. Die Angst schnürte ihm den Brustkorb zusammen, seine Atemmuskulatur war festgehalten. „Er lässt mir immer weniger Spielraum und braucht mehr Raum, als ihm neben mir zusteht; er hat Angst, mir auf dem Gang zu begegnen. Gestern sagte er: „Es tut mir leid für Sie, aber ich glaube es ist besser für uns, wenn wir eine Zeitlang getrennte Wege gehen“.

Ich ging zuerst auf die projektive Identifikation ein. In der Frage „wie geht der Kollege“ ließ ich offen, wer gemeint war. Über den schleichenden, schlurfenden Schritt, den der Patient dann ausführte, kamen wir zur Angst, die er nur im andern zu sehen vermochte und als sein eigenes Gefühl sofort leugnete. Damit waren wir in einer Sackgasse gelandet. Mir wurde beim Beobachten aber deutlich, dass der Patient beim Gehen nach einer ihn führenden Hand suchte. Die Spannung in seiner eigenen rechten Hand wechselte ständig zwischen starker Spannung und Passivität; so als ob sie etwas greifen wollte und sich dann nicht traute; aber es gab nichts zum Ergreifen. Ich entschied auch aus anderen Einschätzungen heraus, über die Interventionen das Kindesalter anzusprechen.

Ich schlug als Erholungspause zur „anstrengenden Chefsache“ ein Kinderspiel vor, das er vielleicht auch für seine Patienten gut gebrauchen konnte: „Ein Hut, ein Stock, ein Regenschirm und vorwärts, rückwärts, seitwärts, ran und halt“. Wir legten dann verschiedene Materialien auf den Boden, um es

den Füßen noch angenehmer zu machen, die Schritte zu vollziehen und den vollen Erholungswert zu garantieren.

Dabei konnte der Patient sein Interesse an den stabilisierenden, den Boden nutzenden Gehschritten zulassen. Ich schloß dann die Fußsequenz in etwa wie oben beschrieben an. In der nächsten Stunde berichtete er, er könne viel sicherer am Zimmer des Chefs vorbeigehen, und würde in etwa zwei, drei Meter vorher mit dem Reim beginnen. Mit dieser neu hinzu gewonnenen Bewältigungsstrategie war der erste Schritt für den Patienten gemacht, die Koordinaten in seiner Identitätsverunsicherung orten zu können. Für mich war an dieser Stelle verblüffend, dass dieses Kinderspiel für ihn keinerlei kränkende Wertigkeit besaß. Dieses Beispiel entstammt meiner Praxis vor ca. 18 Jahren. Heute ist sich die Fachwelt einig, dass, wie Unckel es beschreibt, die krisenauffangende Qualität der Kinderübung einen Teil der inneren Kinder des Patienten gestärkt hatte (Unckel in Sachsse 2004, 247 – 253).

7.2.3. JA-SCHRITT

- Bei jedem Schritt sagen Sie „ja, da gehe ich, oder ja ich bin“ oder Sie bilden einen eigenen Satz, der sie bestätigt.

Dabei sind zwei Techniken wichtig: Erstens muss die Therapeutin sachlich anleiten, um keine Tiefung zu induzieren und zweitens müssen die Patientinnen und Patienten die Selbstbestätigung auf ihre Selbstwirksamkeit im Gehen beziehen, um dissoziativen Erregungen und Affekte zu vermeiden oder sich von ihnen zu befreien.

Trudi Schoop hat diese Technik der kommentierenden Bewegung auch auf freies Bewegen angewendet: „Ich hüpfte, ich stehe still, ich renne, ich rufe ...“ .

Je nach Regressionsniveau der PatientInnen könnte der Begleitsatz auch in der dritten Person erfolgen: „Heidrun geht, Schritt für Schritt“ oder das Gehen kann mit einem Kinderreim unterstützt werden wie z.B. „Tapper, kantapper, kantippel, kantapp...“.

Weitere Aufgabenstellungen, die ich zum Gehen mit den Patientinnen und Patienten durchführe, wie die Übung zur Bodenunterstützung/“Elefantengang“ und zum gesicherten Gang/“Känguruhschwanz“ möchte ich mit Ihnen praktisch üben. Beide Aufgaben können als bewußt eingesetzte Dissoziationsübungen den Stress, die Angst etc. der Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Situationen ertragbar und die Situation damit bewältigbar machen. (Dissoziation bedeutet ein sich innerliches Entfernen aus der Situation, um sie meistern zu können).

7.2.4. UNTERSTÜTZUNG DURCH DEN BODEN /“ELEFANTENGANG“

- Gehen und sich vorstellen, dass der Boden sich unter jedem Schritt in den Fuß hinein wölbt, ihn trägt, ihn unterstützt oder ihn wärmt. (Die chinesische Meridianlehre umschreibt den Punkt am Grundgelenk des Großzehens als den Quell des Lebens).

- Jetzt stellen Sie sich vor, dass der Boden ein breiter Elefantenrücken ist, auf dem Sie gehen und bei jedem Schritt bewillkommt Sie der Elefant und Sie grüßen ihn mit den Füßen.

Beispiel:

Der jungen Patientin, für die ich die Sommerpause ihrer Therapeutin überbrücke, schlage ich den Gang auf dem Elefanten vor, um ihre Rückzugstendenzen aus der Öffentlichkeit zu verringern. Ich erkläre den Zusammenhang des unterstützten Gehens und die Wirkung, die die Hinwendung zum Boden und seiner Unterstützung auf ihre körperlichen Angstphänomene haben kann. Ich äußere auch die Hoffnung, dass sie sich mit Hilfe dieser Art zu gehen, den Gang in die Stadt zwischen den Menschen hindurch etwas erleichtern könne: „Immer dann, wenn es zu eng wird, trägt Sie der Elefant“. Sie findet die Idee „cool“, sich über ein anderes Bild von den sie beherrschenden Eindrücken abzulenken, und äußert selbst die Hoffnung, dass sie dann vielleicht nicht dauerrauchen müsse beim Gehen. Sie hoffe, ihre Angst wäre dann vielleicht nicht so überstark, dass sie dann im Kino weniger Alkopops brauche und dann vielleicht mehr vom Film habe. Ich unterstütze sie in ihrem Verständnis der aktiven Dissoziation mittels des „Elefantenganges“ und gebe ihr einen kleinen Steinelefanten, den sie in ihre Hosen- oder Rocktasche tun könne und sich darüber auffordern könne, „auf dem Rücken des Elefantes zu gehen“. Diese Art des Gehens faszinierte die Patientin so sehr, dass sie sich darüber gestützt fühlte. Für mich war zu beobachten, dass sich ihre Anspannung und verunsicherte Verhaltensweise nach wenigen Metern änderte.

7.2.5. GESICHERTER GANG/“KÄNGURUHSCHWANZ“

Beim Gehen erhöht der „Rückhalt“ über einen verlängerten Rückens, also der imaginiert verlängerten Wirbelsäule, die Stabilität. Gleichzeitig wirkt eine solche Vorstellung auf den Tonus der unteren Rückenmuskulatur harmonisierend.

- Sie stehen und verlängern jetzt in Gedanken ihre Wirbelsäule bis zum Boden. Jetzt haben Sie ein drittes Standbein, einen langen Schwanz, der die Erde berührt.
- Nun bewegen Sie ihre Wirbelsäule so, dass dieser Schwanz ein Muster z.B. von links nach rechts auf den Boden zeichnet. Dann zeichnen Sie kleine Kreise mit dem vorgestellten Schwanz.
- Stellen Sie sich konkret diese Zeichnung vor; das ist wichtig, damit Sie sich die Verlängerung der Wirbelsäule vorstellen und damit zusammenhängend die erhöhte Stabilität erfahren können.
- Wenn es für Sie einfacher ist, können Sie sich hier zum Üben auch ein langes, leichtes zusammen gedrehtes Tuch in den Rock- oder Hosenbund stecken und sich so einen Schwanz herstellen, den Sie beim Bewegen mitbewegen können.
- Jetzt gehen Sie mit diesem imaginären dritten Bein.

Beispiel:

Eine junge Bankangestellte verlor panikartig das Gleichgewicht, wenn sie vor anderen eine motorische Situation zu bewältigen hatte, sei es die Treppe im Bankhaus hinaufzugehen, sei es vor den anderen von einer Schalterraumseite zur anderen zu wechseln oder vor KollegInnen in einen Bus einzusteigen etc. (Anmerkung: Hier ist die prozedurale Fertigkeit durch die Angst so überlagert, dass der Bewegungsautomatismus nur bedingt funktioniert). Ihre Vermeidungsstrategien waren nicht immer anwendbar und schon dieses Wissen ließ die Patientin krisenhaft reagieren. Sie hörte mitten in der Arbeit auf und verließ mit dem Bus die Stadt.

Für diese Patientin war die „Känguruhschwanz“-Übung eine sehr hilfreiche Entdeckung. Sie konnte die Verlängerung der Wirbelsäule über das Bild des Schwanzes dazu nutzen, dass sich die Verkrampfungsspannung im gesamten Rücken etwas löste und sie den Rücken nach hinten weiten konnte. Diese Veränderung der Tonisierung ermöglichte ihr eine bessere Abgrenzung zu den anderen Menschen. Die Imagination und Hinwendung über den Rücken übte sie zuerst im Sitzen, wie Sie es vorhin selbst erfahren haben.

Ein weiteres Beispiel aus meiner Praxis, in dem es gelungen ist, einen dysfunktionalen in einen funktionalen Bewältigungsstil umzuwandeln folgt: Eine Sängerin, die große Angst vor Versagen hatte und die über ihre Gesangstechnik keine genügend sicher funktionierende Möglichkeit gefunden hatte, diese Ohnmacht zu kontrollieren, begab sich in Situationen der Hochspannung im vierten Stock ihres Appartement auf das Geländer des Balkons „um die Ferne zu schauen und den Ozean zu spüren“ (sie lebte ursprünglich in Meeresnähe). Diese selbstgewählte Angstexposition bewältigte sie mühelos. Es war ihre Möglichkeit, Abstand von der großen Angst auf der Bühne zu gewinnen. Die körperliche Zentrierung, die sie beim Balancieren aktivierte, nutzten wir für ihre Vorbereitung hinter der Bühne vor dem Auftritt: Sie suchte sich Balancierstriche auf dem Boden und nutzte beim Gehen über diese Linien die muskuläre Verbindung von den Fersen zu den Sitzhöckern. Über die Übung des Gehens mit dem „Känguruhschwanz“ (7.2.5.) erhielt sie noch mehr Festigkeit. Ich schlug ihr außerdem vor, zwei chinesische Kugeln in ihrem Beckenraum zu imaginieren und diese Kugeln ganz leicht in ihrem Becken in Bewegung zu versetzen. Über diese Vorstellung konnte sich die Muskulatur ihres Beckens weiten, der Atem senkte sich, Beruhigung stellte sich ein und ihre Angst wurde auf ein aushaltbares Maß gemindert. Sie konnte ihre Aufmerksamkeit auf den Umraum richten und ihr Einsingen absolvieren.

Eine junge Opernsängerin, die unter der kommunistischen Regierung in ihrem Land die Willkür der Behörden am eigenen Leibe erfahren hatte und sich zur Fortsetzung ihrer Berufsausbildung nach Deutschland begeben hatte, konnte auf der Bühne nicht agieren. Sie war der unwiderruflichen Überzeugung, dass die Requisiten ihre Stimmkraft schmälern würden, wenn sie sich zu expressiv auf sie beziehen würde. Ihre allgemeine Körperhaltung war vor allem an den Beinaußenseiten und am unteren Rücken durch starke kontraktile Spannung beeinträchtigt; auch der Kontakt zum Fußboden über ihre Füße wirkte unwirklich. Tatsächlich hatte sie an der Fußunterseite eine so hohe Spannung, dass ihr nach zwei Stunden Probe die Fußsohlen brannten.

Für sie war die Übung über die vorgestellte Verlängerung der Wirbelsäule, mit dem imaginären dritten Bein den Boden hinten „sauber zu kehren“, wie sie es ausdrückte, sehr sinnvoll: sie konnte der Panik des Stimmverlustes über das zusätzliche Standbein und ein paar Quadratzentimeter mehr an selbst bestimmten Bodenraum, nämlich dem Raum zwischen ihren „drei Beinen“ gelassener entgegen singen. Die Erregungsspannung schoss nicht sofort hoch, sobald ein Requisit auf der Bühne auftauchte, so dass sie die Probensituationen mit weniger Stimmanstrengung bewältigen konnte und dann bei den

Aufführungen noch eine Stimme besaß. Dieser Angstzusammenhang war nur einer unter vielen; aber es war für sie doch ein hilfreiches oder wie sie zu sagen pflegte „nützliches“ Instrument, selber wirksam sein zu können, und die Übermacht ihrer Angstvorstellung bannen zu können.

Die nächste Übung des „Ich bin wichtig, wichtig, wichtig“ führe ich hier an, da sie den transmateriellen Aspekt menschlichen Seins umfasst und zum Ziel hat, den Patientinnen und Patienten die Selbstkompetenz und Kohärenz zuzusprechen.

7.2.6. ICH BIN WICHTIG, WICHTIG, WICHTIG

Die Gewichtung des Menschen, sein Gewicht und seine Wichtigkeit können funktional, tanztechnisch und metaphorisch im Bewegen ausgedrückt werden. Alle drei Bereiche können ein probates Mittel in der Krisenarbeit sein. Der Mensch und ganz besonders der durch Stress oder Panik belastete Mensch ist nur schlecht in der Lage, sein Gewicht aktiv zum Boden einzusetzen. Deshalb empfiehlt es sich, die Nachdruckerfahrung über eine zusätzliche Gewichtung von außen zu unterstützen. Die Therapeutin kann z.B. über ein Druck geben auf den Schultern die Patientinnen und Patienten unterstützen, die Gewichtung zum Untergrund hin zu erfassen.

Ich schildere, wie ich die PatientInnen anleite, Nachdruck im Schritt auszuüben. Die folgende Übung ist gut durchführbar, wenn die Schritte auf einer festen und gleichzeitig nachgiebigen Unterlage gemacht werden.

- *Drücken Sie die Unterlage, bis Sie mit Ihrer Fußunterseite den Boden erspüren können.*
- *Setzen Sie die Schritte mit Nachdruck zum Boden und sprechen Sie dabei Sätze wie: „Ich bin wichtig, wichtig, wichtig“ oder „ich habe Gewicht“. Ganz wesentlich ist hier, dass die Therapeutin über ihre innere Einstellung den Patientinnen und Patienten diese Wichtigkeit zuspricht: „Wir sind so, wie wir sind und wie wir sind, gilt es zu akzeptieren“ (vgl. Rudolf 2002, 110).*

7.2.7. DER BODEN IST BELASTBAR

Zwei Schritttechniken, die wir in unserer Tanztherapieauffassung dem afrikanischen Tanz zuschreiben und so in unserer Weiterbildung erarbeiten, wende ich auch in der Krisenbewältigung an. In der ersten Übungssituation ist der Boden eher das feste Gegenüber, gegen oder auf den sich die eigene Gewichtskraft richten kann. In der zweiten Situation ist er eher das feste Gegenüber, von dem man sich gut abstemmen kann.

- *Sie stehen aufgerichtet.*
- *Ohne Ihre Aufrichtung aufzugeben, nähern Sie sich jetzt insgesamt dem Boden und entfernen sich wieder.*
- *Jetzt lösen Sie dabei abwechselnd die Füße vom Boden und erfassen den Zwischenraum zwischen der Fußsohle und dem Boden. Setzen sie dann die flache Fußsohle auf den Boden.*

In dieser Schritttechnik wird der flache Fuß auf den Boden aufgesetzt und das Gewicht über die Beugung im Knie- und Hüftgelenk auf die Füße und zum Boden gegeben; darüber nähert sich der gesamte Körper zum Boden. Die Gewichtsübertragung von einem Bein auf das andere geschieht, während Fuß-, Knie- und Hüftgelenke gebeugt sind.

- *Sie stehen aufgerichtet.*
- *Jetzt stoßen Sie sich abwechselnd vom linken und dann vom rechten Fuß ab in Richtung Decke/Himmel.*

In der zweiten Schritttechnik wird der flache Fuß auf den Boden aufgesetzt und die Gewichtsübertragung von links nach rechts geschieht, während Knie- und Hüftgelenke gestreckt werden; dabei streckt sich der ganze Mensch weg vom Boden.

7.3. DAS STEHEN

Ich betrachte den Menschen als ein gehendes und kein stehendes Wesen. Der Stand und das Stehen können von der motorischen Entwicklung und von der Entwicklung des gesamten Lebensverlaufes aus betrachtet als Durchgangsstation zwischen zwei Fortbewegungssituationen bezeichnet werden. Neben dieser metaphorischen Begründung ermöglicht und fordert der anatomische Aufbau des Fußes und des gesamten Menschen ein dynamisches Nutzen der Haltung im Stand. Fortwährend geschehen Anpassungsbewegungen an die Unterlage. Auf Grund dieser Überlegungen vermeide ich in Kriseninterventionen Metaphern, die mit dem Begriff „Wurzel oder Verwurzeltheit“ in Zusammenhang gebracht werden können. Dieses Bild fördert tendenziell eine passive Einstellung zur Umwelt und

würde bedeuten, dass ein Verlassen des Stehplatzes jedes Mal ein Zurücklassen der Standwurzeln benötigt; sicher keine beruhigende und Sicherheit spendende Vorstellung.

Drei beispielhaft Aufgabenstellungen zum Stand

1. Mobilisieren der Füße, Wahrnehmen und Erfassen des Untergrundes (s.7.2.1.)
2. Rückversicherung /"Rückendusche"
3. „Schutzengel“-Übung

Ziel dieser Aufgabenstellungen kann sein, dass die Patientinnen und Patienten bewusst Möglichkeiten nutzen, sich mit der Umgebung zu verbinden und die physiologischen und physischen Beeinträchtigungen zu reduzieren. Die Übungssequenzen zur Mobilisierung der Füße können die gleichen sein, wie ich sie beim Gehen beschrieben habe (s. 7.2.1.).

Ich möchte Ihnen jetzt zwei weitere Aufgabenstellungen erfahrbar machen, die den Rücken und den Rückraum betreffen. Ich bezeichne sie als Übungen zur Rückversicherung/"Rückendusche" und als „Schutzengel“-Übung. Die Kriseninterventionen über den Rücken bedeuten funktional betrachtet die Arbeit an der Aufrichtung des Menschen und am Herstellen seiner Raumgrenze (s. 6.4. Raum und Raumgefühl). Leibmetaphorisch oder transmateriell betrachtet, bedeutet die Arbeit am Rücken, den Rückhalt zu verbessern oder sich zu verschaffen und die Fähigkeit, sich den Rücken frei zu halten. Beide Aspekte zeigen, dass dem Rücken und dem Rückraum in der Bewältigung von Krisensituationen eine besondere Bedeutung zukommen. Über die Entfaltung und die Hinwendung oder einen lebendigen Rücken kann sich der Mensch ein Empfinden von Schutz und Geschütztsein ermöglichen. Die Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsschädigungen haben diese Fähigkeiten nicht mehr. Sie benötigen deshalb zusätzlich Schutz von außen. Die Therapeutin kann dies über das Setting und ihr aktives Verhalten herstellen (s. 5. ff). Ich verbinde bei den folgenden Anweisungen wieder die Aktivierung der Bewegung mit der Vorstellungskraft.

7.3.2. ÜBUNGSSEQUENZ „RÜCKENDUSCHE“

Diese Übungssequenz benötigt eine Partnerin, einen Partner.

- Bei der Übungssequenz zur Rückversicherung/"Rückendusche" strecken die Patientinnen und Patienten ein Teilgebiet ihres Rückens nach dem anderen über eine Bewegung der Therapeutin entgegen. Die Therapeutin klopft den ihr zugewendeten Bereich ab, sie „duscht“ ihn ab. Ihre Hände stellen dabei den Duschkopf dar und die Fingerbewegungen symbolisieren den Wasserstrahl. Die Therapeutin erklärt vorher, dass das Potenzial des Rückens dazu da ist, dass wir Menschen uns aufrichten, gut abgrenzen und absichern können.

Den Patientinnen und Patienten kommt in diesem Übungsgeschehen der aktive Part zu. Sie bestimmen über ihr eigenes Tun, an welcher Stelle sie abgeklopft werden möchten.

- Diese Art des „Duschens“ sollen die Patienten zu Hause unter der tatsächlichen Dusche auch praktizieren.

- Als Nachfolgeübung zum „Duschen“ erfolgt das „Eincremen“: Die Therapeutin streicht mit den Händen von der Brustwirbelsäule ausgehend nach außen. Sie vollzieht diese Bewegung mit der eigenen inneren versichernden Einstellung „schön, dass es diesen Rücken gibt; es ist gut so, dass du da bist“.

7.3.3. „SCHUTZENGELE“-ÜBUNG

Die Erfahrung der „Schutzengel“-Übung soll dazu beitragen, dass die Patientinnen und Patienten sich stellen, wehren oder sich gegenüber Bedrohung von Außen behaupten können und sich behütet fühlen können. Die Weiterentwicklung dieser Erfahrung muss dann zur Einverleibung der Erfahrung der guten inneren Gefährten führen, bis zum letzten Entwicklungsschritt, dass sich die PatientInnen selbst zum guten inneren Gefährten werden. Die Metapher des guten inneren Gefährten, wie wir sie u.a. aus der Integrativen Therapie kennen (Petzold 1992, 548, 692, 881; vgl.Rudolf 2002, 265 ff.) beinhaltet aus meiner differenzierenden leiblichen Betrachtung für die Leibmetaphorik neben der schutzgebenden Funktion noch die Qualität des Begleitetseins. Der Gefährte ist derjenige, der nicht nur den Rücken stärkt, sondern an der Seite des Menschen die Verbindung schafft und das soziale Miteinander betont, so dass der Mensch nicht alleine ist auf der Welt (Glaser 1991, 102). Er ist der Begleiter, der den Menschen aus der Einsamkeit heraus mit den Mitmenschen verbindet. Der Übergang vom schützenden zum begleitenden Gefährten, und damit die Erweiterung des Körperschemas vom Rücken zur Seite geschieht in den Übungen im Übergang vom Stand zur Bewegung z.B. in der Bewegung unter den

Augen des Schutzengels. Die „Schutzengel“-Übung ist eine Übung, in der die Patientinnen und Patienten in besonderem Maße eine physische Erfahrung machen können, die sie dann später gegen ihre negativen Innenbilder nutzen können.

- Sie stehen, wenn Sie mögen mit geschlossenen Augen und die Therapeutin legt die Hände auf Ihre Schulterblätter. Sie streicht die Weite Ihres oberen Rückens aus. Dann gehen Sie einige Schritte in den Raum und nehmen die Person und ihre Hände auf Ihrem Rücken als Begleiterin mit. Lassen Sie sich von den Händen auf Ihrem Rücken begleiten.
- Sie bleiben stehen und lösen sich von den Händen, die auf Ihrem Rücken ruhen und gehen einige Schritte in die Vorwärtsrichtung. Die Therapeutin bleibt stehen. Dann gehen Sie einige Schritte rückwärts bis Sie wieder die Hände der Therapeutin berühren. Das wiederholen Sie einige Male.
- Sie stehen, wenn Sie mögen mit geschlossenen Augen, und lassen sich an Ihrer Rückseite imaginäre Flügel wachsen. Diese Schwinge breiten sich über Ihre gesamte Rückseite bis zu den Fersen aus und wachsen hinaus in die Weite.
- Spüren Sie einen Augenblick nach, welches Körperempfinden sich bei Ihnen einstellt.
- Sie tragen diese Schwinge durch den Raum; die Flügel wachsen aus Ihrem Rücken, aus der Rückseite Ihrer Arme und Ihrer Beine heraus, weiten sich in den Raum vor Ihnen und umfassen ihn.
- Sie stehen aufgerichtet und stellen sich vor, dass Ihre Schwinge gut mit Ihrem Rücken verbunden sind, so dass Sie den Raum zwischen den Armen und dem Rücken abdichten.

7.4. DAS LIEGEN

Im übertragenen oder metaphorischen Sinn kann es in der Krise nur darum gehen, dass der Mensch sich wieder aufrichten lernt und seinen Lebensgang wieder aufnehmen kann. Fuchs, der für mich für diesen Vortrag in seinen Überlegungen zur Krise wichtig ist, hat eindrücklich darauf hingewiesen, dass der Verlust der Aufrichtung und das am Boden sein ein wichtiges Moment für die Chance des Innehaltens in der Krise bietet (Fuchs 2002, 90 ff).

Das Zu-Boden-Gehen im übertragenen Sinn als Chance nutzen, sich zu finden und sich wieder mit einem bewussteren Zugang zu sich und der Situation aufzurichten, kann als wesentliches Ziel betrachtet werden. Ein weiteres Ziel muss sein, die Patientinnen und Patienten zu unterstützen, das Liegen für sich als Quelle der Entspannung und Kraft betrachten und nutzen zu können. Die beiden Aufgabenbeispiele sollen für den heutigen Zusammenhang nur eine erste Anregung sein. Bei den meisten dieser Menschen ist das Liegen mit vielerlei Schwierigkeiten verbunden. Sie hyperventilieren oder vermeiden auf Grund von Panik das Sich-Hinlegen so lange es geht. Für andere ist das Bett der Ort der Geborgenheit, des Rückzuges und der Sicherheit, der mit ganz speziellen Ritualen (das Licht an der bestimmten Stelle, die Wärmeflasche oder der Bezug der Bettdecke in einer ganz bestimmten Farbe) verbunden ist.

7.4.1. Zwei beispielhafte Aufgabenstellungen zum Liegen

- a) Das Gefühl für das Rundum-Vorhanden-Sein
- b) Sich für das Liegen eine sichere Umgebung schaffen

Zu a) Das Gefühl für das Rundum-Vorhanden-Sein

Im Liegen kann über verschiedene Tätigkeitsformen (Reiben, Rollen, Hin-und-Herdrehen, Drücken, Abheben u.a. mit verschiedenen Medien wie Bällen, Decken, Polstern u.v.a. mehr) ein Bewusstsein für ein Rundumgefühl des Körpers in Bezug zu seiner Umwelt geweckt und gefördert werden.

Ein von meinen PatientInnen häufig gewähltes Hilfsmedium ist das „Wabbel-Liege-Becken“. Dazu stecke ich sechs Pezzibälle in einen großen Bettbezug. Diese Liegelandchaft bietet verschiedene Anreize:

- Die Patientinnen und Patienten können sich hineinlegen und jede Seite ihres Körpers in die Unterlage drängen; die Nachgiebigkeit der Bälle ermöglicht immer ein angenehmes Liegen. Ein Ziel kann es dabei sein, sich gut zu betten und zwar in der Körperlage, in der dies für den Augenblick am besten gelingt.
- Über ein Schaukeln auf dem Ballbett können die Patientinnen und Patienten unterschiedliche Spannungsniveaus erproben.
- Ein Geschaukelt werden (die Therapeutin bewegt die Bälle) kann hilfreich sein, sich auf den Augenblick des Bewegt-Werdens zu focusieren. (Eine Patientin hat diese Situation bei sich zu Hause eingerichtet, in dem sie sich eine Hängematte aufgespannt hat und sich ein Ballbett aus kleineren Bällen hineingelegt hat).

- Im Liegen auf der Ballmatratze lassen sich wie beim Sitzen oben aufgeführt verschiedene Hinpürqualitäten erfahren und erproben: Z.B. wie weit ist der Fußboden entfernt, wo steht die Therapeutin und bewegt die Bälle (am Kopf-, Fußende, an den Seiten)?
- Eine verrutschbare Decke als Unterlage kann es den Patientinnen und Patienten erleichtern, sich über Bewegung aktiv mit dem Liegen zu beschäftigen. Wichtig kann dabei sein, dass die Patientinnen und Patienten sich über jede Körperseite bewusst aktiv bewegen, damit sie dann danach in der Ruhe ein Rundumgefühl besitzen. Ein rutschender, mobiler Untergrund kann aber auch eine Verunsicherung der Menschen bewirken.

Zu b) Sich für das Liegen eine sichere Umgebung schaffen

- Auf einer breiten Matratze sind verschiedene Medien ausgelegt, die sich hinsichtlich ihrer Weichheit und Härte sehr unterscheiden. Die Patientinnen und Patienten werden aufgefordert, in der Seit-, Bauch-, und Rückenlage sich diesen Gegenständen über verschiedene Bewegungsaktivitäten zuzuwenden.
- Es kann darum gehen, die angenehmen Materialien so zu gruppieren, dass ein sicheres Gefühl beim Liegen entstehen kann.
- Im Liegen eine große Decke so mit Füßen und Händen an den vier Ecken fassen, dass sie zu einer zweiten Hülle für die Liegende/den Liegenden wird.
- Diese Hülle mit dem Rücken und den Beinen nach außen drängen, sie total ausfüllen.
- In der Hülle hin und her rollen und den Untergrund dabei erfassen.
- Mit den Extremitäten in die Umwelt greifen und sie begrüßen und Arme und Hände wieder zurückziehen.
- Sich der Hülle entledigen und das Liegegefühl auskosten.

D ABSCHLUSS

„Einfacher gesagt als getan“ hat eine Kollegin unter einen Text geschrieben, in dem es um den Umgang von Angehörigen mit PatientInnen und ihren schwerwiegenden psychischen Erkrankungen geht (Unckel in Sachsse 2004, 259). Für den zweiten Teil meines Vortrages geht es mir umgekehrt: Ich finde das Anleiten zum Tun einfacher als das Schreiben darüber. Ich hoffe aber, dass sie einen Eindruck bekommen haben, welche Möglichkeiten in diesen Bewegungsaufgaben, wenn wir sie differenziert betrachten und anwenden, für die Kriseninterventionen innewohnen. Mein Schwerpunkt liegt dabei nicht auf dem Selbstbezug der inneren Achtsamkeit. Ich hoffe, dass ich deutlich machen konnte, dass Stabilisierung in der Krise über die körperliche Hinwendung zum Außen erfolgen kann. Da ich bislang keine Darstellung mit einem Focus ähnlich dem meinen gefunden habe - die schönen Überlegungen zur Behandlung über Konzentrierte Bewegungstherapie bei traumatisierten Patienten von Schmitz verfolgen eine andere Richtung (Schmitz 2004, 180 f), wäre ich froh, falls Sie Veröffentlichungen zu dem Thema kennen, Sie mir dies mitteilen würden.

Ich bedanke mich nun herzlich für ihre große Konzentration und Aufmerksamkeit während der letzten beiden Stunden.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV. Hogrefe Göttingen 1996.
- Argyle, Michael Bodily Communication. 2.Aufl. Methuen London 1978
- Böhme, Gernot Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Die graue Edition Zug 2003.
- Bronisch, Thomas, u.a. Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen Leben lernen 137, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2005, 3. überarbeitete Auflage
- Cruse, Holk Prozedurales Gedächtnis zur Kontrolle von Motorik, Aufsatz im Internet aus dem Jahr 2000, www.techfak.uni-bielefeld.de/GK518/antrag/Cruse.html
- Dogs, Christian Peter Therapiebegleiter Panoramaklinik, Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin. Scheidegg, o.J.
- Dogs, Christian Peter Naturheilverfahren und Psychosomatik Maurer, Wolf-Jürgen Lösungsorientierte Praxis 2. überarbeitete Auflage Hippokrates Verlag, Stuttgart 2003.

- Eichenbaum, H. Declarative memory: insights from cognitive neurobiology. In: Ann. Rev. Psychol. 48, S. 547-572, 1997.
- Fonagy, Peter u. Mary Playing with Reality: 3. The Persistence of Dual Psychic Reality Target in Borderline Patients. In: Int. J. Psycho-Anal., 81, 853 –873, 2000.
- Fuchs, Thomas Zeit–Diagnosen; Philosophisch–psychiatrische Essays, Die Graue Edition, Zug 2002.
- Galuska, Joachim Fachklinik Heiligenfeld Psychotherapeutische Medizin Psychosomatik, Bad Kissingen o. J.
- Glaser, Volkmar Eutonie. Das Verhaltensmuster des menschlichen Befindens. Lehr-und Übungsbuch für Psychotoniik. Haug Heidelberg 1991, 4. überarbeitete Auflage.
- Hackney, Peggy Making connections: total body integration through Bartenieff Fundamentals. Amsterdam 1998.
- Hall, Edward T. The Hidden Dimension. Doubleday New York 1969.
- Hölzer, Michael Sonnenberg Klinik, Fachklinik für analytische Psychotherapie, Klinikbroschüre, Stuttgart o. J.
- Hörtdörfer, Gernot Atem und Atemstütze. Überlegungen zur Körper- und Bewegungsschulung beim Unterricht mit Studierenden des Operngesangs auf der Grundlage der Psychotonik. Diplomarbeit am Lehrinstitut für Psychotonik, Zürich 2003.
- Husserl, Edmund Grundlegende Untersuchungen zum Phänomenologischen Ursprung in der Natur. In: Fuchs s.o., Leibliche und virtuelle Realität, 167-190.
- Kempf, Willi Interview mit Trudi Schoop. In: Interessengemeinschaft Tanztherapie info Nr. 5 1983, 8-18
- Kurtz, Christoph Habichtswald-Klinik - Klinik für Ganzheitsmedizin – Kassel, Klinikbroschüre, Kassel 2001.
- Levine, Peter A.,Frederick, Ann Traumaheilung - Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit traumatische Erfahrungen zu transformieren. Synthesis, Essen 1998.
- Maletic,Vera Body – Space – Expression. The Development of Rudolf Laban`s Movement and Dance Concepts Mouton de Gruyter Berlin 1987.
- Merleau-Ponty, Maurice Phänomenologie der Wahrnehmung. Walter de Gruyter, Berlin 1966.
- O`Donnell, Peter Modesty Blaise Die tödliche Lady.Rowohlt, Hamburg 1966.
- Petzold, Hilarion (Hrsg.) Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Junfermann Paderborn 1985
- Petzold, Hilarion Integrative Theorie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie, Junfermann Paderborn 1992.
- Petzold, Hilarion Integrative Theorie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie, Junfermann Paderborn 1993.
- Piaget, Jean Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde. Klett, Stuttgart 1974.
- Plassmann, Reinhard Wenn Mensch und Umwelt keine Einheit mehr bilden: Auf dem Weg zu einer integrierten Psychotraumatologie Vortrag in Langeooge vom 07.06.2005, Psychotherapeutisches Zentrum, Erlenbachweg 24, 97980 Bad Mergentheim.
- Reddemann, Luise Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, PITT – Das Manual, Leben lernen 167, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2004.
- Reddemann, Luise Angst. In: Bronisch s.o. 122-144.
- Ricoeur, Paul Das Selbst als ein Anderer. Fink, München 1996.
- Roth, Gerhard Das Gehirn und seine Wirklichkeit, Suhrkamp, Frankfurt 1999.
- Roth, Gerhard Aus Sicht des Gehirns, Suhrkamp, Frankfurt 2003.
- Rudolf, Gerd; u.a. Die Struktur der Persönlichkeit; vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts, Schattauer, Stuttgart 2002.
- Sachsse, Ulrich Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis, Schattauer, Stuttgart 2004.
- Schilder, Paul Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein, Springer, Berlin 1914.
- Schmitz, Hermann Phänomenologie der Leiblichkeit. In: Petzold, H.(Hrsg), Leiblichkeit. Junfermann, Paderborn 1985, 71-116.
- Schmitz, Ulrike, Peichl, Jochen Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) als Trauma Therapie. Ein handlungsorientierter Ansatz zur Bewältigung traumatischer Ereignisse. In: Sachsse s.o., 167-178.
- Schoop,Trudi Woin` t you join t he dance? A Dancer`s Essay into the Treatment of Psychosis. National Press Palo Alto 1974
- Schoop, Trudi ... komm und tanz mit mir! Zürich 1981.
- Tengelyi, Laszlo Der Zwitterbegriff Lebensgeschichte. Fink, München 1998.
- Unckel, Christine Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT). In Sachsse, s.o.,178-183.
- Unckel, Christine Ein Wort an Angehörige, Freunde, Partner. In Sachsse s.o.; 257-259.
- Votsmeier-Röhr, Achim Borderline-Störung und andere strukturelle Störungen, in: Jubiläumsband 25 Jahre Psychosomatische Klinik, Bad Grönenbach 2004.

Waidelich, Heidrun Gedanken zum Bewegungs-Raum-Erleben im Tanz. In: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e. V. Info 14 1987, 8-13.

Waidelich, Heidrun Trudi Schoop – Erinnerungen an erlebte Stunden im Tanz. In: Forum Integrative Tanztherapie 37/38 1999, 98-100.

Weizsäcker, Victor von Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. In: Ges. Schriften Bd. 4, 77-337, Suhrkamp, Frankfurt 1997.

Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Huber Göttingen 1997

Willke, Claudia Tief ins Leben hinein. Die Tänzerin und Tanztherapeutin Trudi Schoop. Interview von Claudia Willke. In Tanzdrama Nr. 6, 6 – 9, 1990

Willke, Claudia Komm Tanz Mit Mir. Ein Dokumentarfilm mit Trudi Schoop und PatientInnen der Psychiatrie Münsterlingen. C.Willke Filmproduktion 1991.

Willke, Claudia Die Eroberung der Leere – Trudi Schoop. C. Willke Filmproduktion 1992