

SCHRIFTENREIHE XI



PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BAD NEUSTADT

in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie
und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)

Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext

Die körperbezogene Psychotherapie
als Zugang zu psychosomatischen Erfahrungen



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG · Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale · Telefon 09771 67-01 · Telefax 09771 659301
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de · www.rhoen-klinikum-ag.com

Impressum

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
der Rhön-Klinikum AG

Redaktion: Dr. med. Rudolf J. Knickenberg, Dr. phil. Lothar Schattenburg
Jörg Rieger

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

1.000 - 2008

PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BAD NEUSTADT

in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft
für klinische Psychotherapie
und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)

Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext

Die körperbezogene Psychotherapie
als Zugang zu psychosomatischen Erfahrungen



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67-01 · Telefax 09771 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com

Begrüßung	7
<i>Rudolf J. Knickenberg</i>	
Grußwort.	9
<i>Hanno Irle</i>	
Integrative stationäre psychosomatische Therapie am Beispiel der Konversionsstörung	13
<i>Manfred E. Beutel</i>	
Bildnerische Prozesse in der Therapie	31
<i>Gertraud Schottenloher</i>	
Psychische Effekte von Sport- und Bewegungstherapie	42
<i>Gerhard Huber</i>	
Berufsbezogene Therapieangebote in der medizinischen Rehabilitation	54
<i>Silke Neuderth, Christian Gerlich & Heiner Vogel</i>	
Das Körpergeschehen in der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Behandlung	84
<i>Günter Heisterkamp</i>	
Die Körperpsychotherapie im Spiegel der Säuglingsforschung	92
<i>Peter Geißler</i>	
Die Integration der Körperpsychotherapie in das therapeutische Setting	105
<i>Franz Bleichner</i>	
Der Körper und seine Beziehung zum Selbst und zum Anderen. Die neurowissenschaftliche Perspektive	109
<i>Harald Gründel</i>	
Zur Diagnostik des Körperlebens	125
<i>Peter Joraschky</i>	
Wie soll ich mich bei meinen Schmerzen bewegen? Erleiden, erdulden und verändern.	161
<i>Rudolf J. Knickenberg</i>	
Die Rolle körperorientierter Strategien in der verhaltenstherapeutischen Behandlung bulimischer Patientinnen	175
<i>Martina de Zwaan</i>	

Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext.	189
<i>Rudolf Maaser</i>	
Das Körperbild in der OPD-2.	216
<i>Lothar Schattenburg</i>	
Körpertherapie bei Hautpatienten	224
<i>Uwe Gieler, Markus Schreiber</i>	
Hypochondrische (pathologische) Realangst bei kardiologischen Patienten . . .	239
<i>Michael Linden</i>	
WORKSHOP: Videomikroanalyse einer Baby-Mutter-Interaktion.	252
<i>Peter Geißler</i>	
WORKSHOP: Indikative Schmerzbewältigungsgruppe.	255
<i>Anne Kerber-Stachowitz & Guido Loy</i>	
WORKSHOP: Das Körperbild in der OPD-2 – Videodemonstration mit Fokusformulierung.	258
<i>Lothar Schattenburg</i>	
WORKSHOP: Fallbesprechung zur Psychotherapie des Körperbildes	262
<i>Peter Widmer</i>	
WORKSHOP: Erfahrungen mit einer körperpsychotherapeutischen Gruppe für männliche Heranwachsende	265
<i>Thomas Leitner & Armin Rußmann</i>	
WORKSHOP: Angebote zur Körperpsychotherapie	270
<i>Frauke Besuden</i>	
Zusammenfassung der Tagung.	271
<i>Lothar Schattenburg</i>	
Autorenverzeichnis	278
Schriftenreihe der Klinik	281

Jahrestagung der DGPPR 2007

Multimodale Therapie in der psychosomatischen Rehabilitation. Der Beitrag der Adjuvanttherapien zur Verbesserung der Teilhabe

Unter den Überschriften „Körperpsychotherapie“ und „Adjuvanttherapien“ zur Verbesserung der Teilhabe lenkt die Tagung in Bad Neustadt die Aufmerksamkeit auf therapeutische Interventionen, die bei Fortbildungen eher ein Schattendasein führen, obgleich sie von Patienten oft nachhaltiger erlebt werden als das, was wir als „Psychotherapieverfahren“ im engeren Sinne verstehen. Besonders im stationären Setting, in dem Therapien breiter angelegt werden können und im Gegensatz zur ambulanten Richtlinienpsychotherapie einen größeren Spielraum für kreative Weiterentwicklungen von therapeutischen Ansätzen besteht, haben diese Interventionen zunehmend Bedeutung erlangt. Deshalb möchte ich der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt für die Initiative danken, mit dieser Tagung, die zugleich Jahrestagung der DGPPR Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation e.V. war, diesen Themen mit namhaften Referenten ein Forum zu geben.

Dr. med. Jochen Sturm
1. Vorsitzender der DGPPR

Grundlagen der Körperpsychotherapie

Psychotherapeutische Behandlung spart allzu oft die körperlichen Erlebnisebenen aus. Dabei sind körperbezogene Methoden klinisch bewährt und stellen einen wesentlichen Zugang zu psychosomatischen Symptomen und den damit im Zusammenhang stehenden emotionalen Erfahrungen dar. Dieser körperpsychotherapeutische Ansatz wird seit einigen Jahren durch neurowissenschaftliche Erkenntnisse bestätigt. Die dem psychosomatischen Kliniker vertraute Untrennbarkeit von Körper und Psyche findet seine Erklärung in den Theorien zum Konstruktivismus des Gehirns, das sich seine Wirklichkeit über die Wahrnehmungen der Sinnesorgane schafft und in diesem Konstrukt mit dem Körper untrennbar verbunden ist. Hier trifft sich der Konstruktivismus mit den psychologisch/ analytischen Konzepten des Selbst.

Zugangswege zu diesen Selbstaspekten sind die Körperwahrnehmung und der allgemeine Umgang mit dem Körper. Die psychotherapeutische Bearbeitung des eigenen Körpererlebens führt zu einer Erweiterung bzw. zu einer Korrektur des gestörten Körperbildes und bildet damit im integrativen Zusammenspiel mit anderen psychotherapeutischen Methoden die körperbezogene Grundlage unseres psychosomatischen Behandlungskonzeptes.

Dr. Rudolf J. Knickenberg
Ärztlicher Direktor

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen

auch im Namen von Herrn Jörg Rieger darf ich Sie zu unserer Tagung:

„Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext“

herzlich begrüßen.

Vor etwa einem Jahr begannen die Planung einer Tagung zur Darstellung des state of the art der Körperpsychotherapie in Deutschland.

Auf der Mitgliedervollversammlung der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) in Blieskastel wurde dann mein Angebot, im Rahmen dieser Tagung auch die Tagung der DGPPR auszurichten, angenommen. So freue ich mich besonders, unter den Gästen auch Herrn Dr. Jochen Sturm als ersten Vorsitzenden der Gesellschaft begrüßen zu können.

Die Planung zu dem vorläufigen Kongressthema wurde dann um den Gedanken erweitert, auch Vertreter der für eine stationäre Psychotherapie unerlässlichen adjuvanten Therapien im Sinne der multimodalen Behandlung zu Wort kommen zu lassen. So finden Sie in dem Ihnen jetzt vorliegenden Tagungsprogramm am Freitagvormittag die Vorträge im Rahmen der Jahrestagung der DGPPR 2007 und ab Freitagnachmittag die Vorträge zur Körperpsychotherapie.

Auch die Fränkische Weiterbildungsgemeinschaft beschloss, erneut eine Mitgliedervollversammlung im Rahmen der Tagung durchzuführen. Wir freuen uns über die dadurch ausgedrückte Verbundenheit mit der Klinik und ich darf Professor Hermann Lang als ersten Vorsitzenden ganz herzlich begrüßen.

Besonders begrüßen darf ich auch die langjährige Ärztliche Direktorin der Klinik, Frau Dr. Rosemarie Schütz, die noch immer die Geschicke der Klinik mit Anteilnahme verfolgt.

Mit der Ausrichtung einer Tagung zur Körperpsychotherapie dokumentiert die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt Ihre 30-jährige Tradition, die Körperpsychotherapie als einen wesentlichen Baustein der Psychotherapie für alle Patienten mit allen anderen therapeutischen Zugangswegen zu vernetzen.

Als sichtbares Zeichen der großen Erfahrung mit dieser Therapieform gemachten praktischen Erfahrung sei auf das schon 1994 erschienen Buch von

Maaser, R., Besuden, F., Bleichner, F. und Schütz, R.:
Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Kohlhammer Verlag

verwiesen.

Dass die Klinik in dieser guten Tradition auch weiterhin arbeitet, zeigen die vielen Beiträge von Mitarbeitern zu dieser Tagung. Dabei sind wir bestrebt, alle neuen Impulse zur Körperpsychotherapie zu verfolgen. Dies zeigen die interessanten Beiträge von bedeutenden Vertretern der Psychosomatik sowohl aus der tiefenpsychologisch/ analytischen als auch aus der verhaltenstherapeutischen Sicht.

Nun darf ich herzlich Dr. Irle von der Deutschen Rentenversicherung Bund begrüßen und zu seinem Grußwort bitten. Dr. Irle begleitet Veranstaltungen der Klinik mit besonderem Wohlwollen und ich bin ihm für seine Bereitschaft, ein Grußwort zu sprechen, sehr dankbar.

Meine Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Thema „Körperpsychotherapie“ widmet sich diese Veranstaltung einem heiklen und oft auch tabuisiertem Feld, mit dem in der medizinischen Rehabilitation sehr unterschiedlich umgegangen wird. Bekanntlich kann die Trennung von Körper und Psyche in der sogenannten „postindustriellen Dienstleistungsgesellschaft“ auf eine lange Tradition zurückgreifen. Auch medizinischer Fortschritt und wissenschaftlicher Separatismus haben zu einer Trennung zwischen Körper und Psyche beigetragen, die offensichtlich erst wieder mit zuweilen großer Anstrengung überwunden werden muss.

In der Vergangenheit ging es zwischen Körper und Psyche immer hin und her. Den Leiden des Körpers wurde in früheren Zeiten größte Beachtung geschenkt und Leiden der Seele sind zeitweise ausschließlich auf Imbalancen im Körperlichen, in den „Säften“ zurückgeführt worden, verbunden mit teils drastisch-invasiven wie nutzlosen Maßnahmen, beispielsweise Hysterektomien oder Aderlässen.

Demgegenüber markierte vor allem Freud mit der Psychoanalyse eine Hinwendung zum Verständnis der Psyche als „eigenständig-unabhängiger Instanz“, deren Krankheiten folgerichtig mit psychologischen Methoden anzugehen seien. Die Körperlichkeit spielte nur in der psychoanalytischen Theorie eine Rolle, als therapeutischer Zugang war sie „tabu“. Das Prinzip, Konflikte für die weitere Aufarbeitung auf die sprachliche Ebene zu hieven, hat sich in der Psychotherapie weitgehend durchgesetzt.

Bei der Ätiologie-Diskussion wechselten allerdings Phasen der „Somatisierung“ mit Phasen der „Psychologisierung“ von Erkrankungen, mit der Konsequenz vieler, teils folgenschwerer Irrtümer – als Beispiel sei hier nur an die hartnäckige Interpretation von Magengeschwüren als „reine Psychosomatose“ erinnert, bevor der *Helicobacter pylori* dieses Postulat zersetzte und die Ära der antibiotischen Therapie bei Magengeschwüren einläutete.

Wir alle wissen es heute besser: Körperliche und psychische Gesundheit und Krankheit sind untrennbar miteinander verbunden. An Beispielen mangelt es nicht: So wie eine schwere chronische Erkrankung, z. B. ein Tumorleiden, eine depressive Anpassungsstörung zur Folge haben kann, so ist eine schwere Depression meist mit belastenden körperlichen, sog. „Vitalsymptomen“ verbunden. Dies ist eine Form des komplexen Zusammenspiels zwischen Körper und Psyche.

Einerseits kann „Unaussprechliches“ durch die Vermittlung des Körpers im Rahmen der Therapie unter professioneller Anleitung auch einmal aktiv ausgedrückt und damit bewusst gemacht werden. Andererseits können Körpersignale wie eine bestimmte, in einer konkreten Situation intendierte Gestik und Mimik mittels Feedback trainiert werden und so das individuelle „Repertoire“ erweitern. Körperpsychotherapie fördert also Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeitserfahrung in erheblichem Umfang.

Die Konzepte der psychotherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigen die eben skizzierte Einheit von Körper und Psyche seit langem. Das Etikett „ganzheitlicher Behandlungsansatz“ wird zwar manchmal etwas überstrapaziert, verweist aber auf den hohen Anspruch an die Inhalte der medizinischen Rehabilitation, insbesondere wenn es um den eigentlichen Rehabilitationsauftrag der Rentenversicherung, also um die Vermeidung von Frühberentung bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit geht. Die psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation ist hier aus der Versorgungslandschaft der Bundesrepublik nicht mehr weg zu denken. Im Zuge von Flexibilisierung und Nachhaltigkeit in der Rehabilitation wurden sowohl stationäre als auch ambulante psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote ausgebaut, diese sind durch variabel umsetzbare Nachsorgestrategien wie IRENA oder das Curriculum Hannover ergänzt worden.

Und nicht nur in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation spielen multimodale, multiprofessionelle Konzepte unter ganzheitlicher Betrachtung des einzelnen Rehabilitanden eine Rolle. Auch in den primär auf die Rehabilitation organischer Leiden ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen sehen die Orientierungsstellenpläne den Einsatz klinischer Psychologen und psychologischer Psychotherapeuten vor. Damit wird u. a. auch der Erkenntnis der Häufigkeit psychischer Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen Rechnung getragen. Die gezielte Diagnostik und die therapeutische Einbeziehung psychischer Problemlagen, die bei fast jeder chronischen Erkrankung eine Rolle spielen, ist inzwischen fester Bestandteil auch der somatischen Rehabilitation.

Selbstverständlich ist die Deutsche Rentenversicherung gegenüber Ihren Rehabilitanden zur Einhaltung der fachlichen Standards verpflichtet. Ich möchte in diesem Zusammenhang an das Anforderungsprofil für psychosomatische Einrichtungen erinnern, das vom Bereich der Häuserbetreuung der DRV Bund erarbeitet worden war. Hier werden klare Erwartungen zum Beispiel auch bezüglich des arbeitsbezogenen Einsatzes von Ergotherapeuten formuliert. Diese sollten aber nicht gegen ergänzende kreativtherapeutischer Ansätze ausgespielt werden, deren Bedeutung – je nach konzeptioneller Ausgestaltung – nicht zu unterschätzen ist. Was den Einsatz zusätzlicher Methoden einschließlich Körperpsychotherapie betrifft, konnten im Anforderungsprofil naturgemäß keine eindeutigen Erwartungen bezüglich des

therapeutischen Settings aufgestellt werden. Selbst den Experten fällt es manchmal schwer, einen Überblick über die Vielzahl der körperpsychotherapeutischen Schulen zu behalten und seriöse Methoden von weniger seriösen Methoden zu unterscheiden. Studien über die Wirksamkeit von Körperpsychotherapie haben zudem Seltenheitswert. Das bedeutet aber nicht, den Anspruch auf eine umfassende Qualitätssicherung aufzugeben. Diese muss sich gegenwärtig auf die Prüfung von Konzepten und Personalplanung sowie die Analyse des Behandlungsspektrums beispielsweise auf der Basis der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und nicht zuletzt auf die Auswertung der routinemäßig durchgeführten Rehabilitandenbefragung beschränken. Die noch „jungen“ indikationsbezogenen Leitlinien zum Rehabilitationsprozess sind zwar weitere Bausteine der Qualitätssicherung; ein expertengestützter Konsens nicht nur über die Notwendigkeit, sondern auch hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung und des Einsatzes spezifischer körperpsychotherapeutischer Verfahren ist für mich noch nicht in Sicht; vielleicht kann aber auch diese Tagung dazu beitragen.

Die psychosomatische Klinik kann in der Diskussion zumindest auf umfassende Erfahrungen auch auf diesem Feld zurückgreifen; sie zeichnet sich aus meiner Sicht durch ein hohes Engagement hinsichtlich Konzeptentwicklung, Fortbildung, Qualitätssicherung und Beteiligung an Forschungsprojekten aus. Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang neben den Arbeiten zur stärkeren Einbeziehung von Aspekten der Arbeitswelt in die psychotherapeutisch-psychosomatische Rehabilitation das gerade im Hinblick auf die Körperpsychotherapie so bedeutsame Angebot für Menschen mit chronischen Schmerzen.

Lieber Herr Knickenberg, Ihnen und Ihren Mitarbeitern wünsche ich weiterhin viel Erfolg und Freude bei der Bewältigung Ihrer komplexen therapeutischen und sozialmedizinischen Aufgaben. Ihnen allen, meine Damen und Herren, wünsche ich jetzt eine interessante und bereichernde Veranstaltung zum Thema Körperpsychotherapie.



„Mein Weg“

Integrative stationäre psychosomatische Therapie am Beispiel der Konversionsstörung

M E Beutel

**Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext
Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu psychosomatischen
Erfahrungen**

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
in Kooperation mit der DGPPR
11.05.2007



Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

„Erkennung, psychotherapeutische Behandlung,
Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und
Leidenszuständen, an deren Verursachung
psychosoziale und psychosomatische Faktoren
einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer
Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“

(Bundesärztekammer 2004)



Indikationskriterien stationärer psychosomatischer Behandlung

- **Psychosomatische Störungen**
 - Essstörungen, Neurodermitis, Colitis ulcerosa, (F5.-)
 - Somatoforme, Konversionsstörungen (F 4.-)
- **Somatopsychische Störungen** (z.B. Postinfarkt- Depression)
- **„Psychoneurotische“ und Persönlichkeitsstörungen:**
 - Depressionen (F 3.-) Angststörungen (F 4.-),
 - Anpassungs-, Belastungsstörungen, PTSD (F 4.-)
 - Persönlichkeitsstörungen (F 6.-)
- **Erfordernis multimodaler und interdisziplinärer stationärer Therapie**
 - Schweregrad, Krise, (Selbst-)gefährdung
 - Komplexität der Störung (psychische, somatische Komorbidität)
 - Versagen/ Fehlen/Krisen in ambulanter Behandlung
 - Herausnahme aus pathogenem Milieu
- **Krisenintervention**
- Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten bei **fehlender Einsicht/ Motivation** zu ambulanter Psychotherapie
- Gefährdung Erwerbsfähigkeit / Teilhabe (Rehabilitation)

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Multimodale stationäre Psychotherapie

Psychosom.-psychotherapeutische Komplexbehandlung OPS 301, 2.1 , 9-402.0

- **Psychoanalytisch orientierte /verhaltenstherapeutische Psychother.**
 - Einzeltherapie
 - Gruppentherapie
- **Kreativtherapien**
 - Gestaltungstherapie
 - Tanz- /Körpertherapie
- **Übende Verfahren**
 - z. B. Entspannungsverfahren, angeleitete Exposition, Edukation, Biofeedback
- **Medizinisch-pharmakologische Behandlung**
- **Einbeziehung soz. / berufl. Umfeld...**
- **Integration im Team**
 - Schriftliche Behandlungsplanung
 - regelmäßige Teambesprechungen
 - Supervision
 - Visiten mit Vor- und Nachbesprechungen
 - multipersonales Beziehungsfeld: Patientengruppe, Therapeuten, Pflegepersonal
 - Reinszenierung intrapsychischer und sozialer Konflikte, vielgestaltige Übertragungsmuster.
 - Integration therapeutischer Erfahrungen im Team: ständiger Austausch und Selbstreflexion

Haltgebender Rahmen: strukturierter Tagesablauf (Therapiezeiten, gemeinsame Mahlzeiten und Aktivitäten); Pflegeteam jederzeit ansprechbar; Bezugspflege, Stationsregeln, Stationsgespräch, Wochenendvisiten

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Integrative stationäre Therapie

- Multipersonales Beziehungsfeld mit vielfältigen Beziehungsmöglichkeiten zu Patientengruppe (Gruppentherapie, Stationsgruppe), ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Spezialtherapeuten und Pflegepersonal (interdisziplinär)
- Auf dem Hintergrund definierter therapeutischer Rahmenbedingungen manifestieren sich soziale Verhaltensdefizite, Beziehungskonflikte oder multidimensionale Übertragungsmuster
- Behandlungsteam gewährleistet Reflexion der multimodalen therapeutischen Ansätze und Erfahrungen der Teammitglieder in regelmäßigen gemeinsamen Sitzungen und deren therapeutische Nutzung mit dem Patienten
- Dazu muss das Team ein integratives Potential aufrecht erhalten durch ständigen Austausch, Selbstreflexion und externe regelmäßige Supervision, die alle Berufsgruppen einbezieht

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Konversionsstörung- Dissoziative Bewegungsstörung ICD-10 F44.4

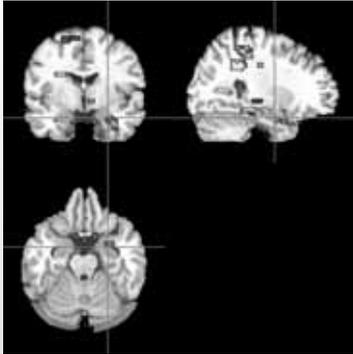
- Vollständiger od. teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperlinder
- Beleg für psychische Verursachung (zeitliche Nähe zu Trauma, Konfliktsituation)
- Ausschluss körperlicher Erkrankung, Simulation
- Psychoanalytisch: Verdrängung unbewusster Konflikte, Verschiebung ins Körperliche, prim./ sek. Krankheitsgewinn

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

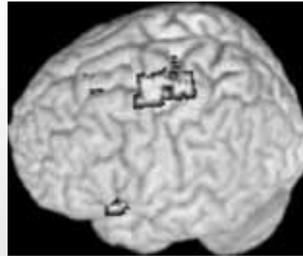


„Funktionelle Bildgebung verdrängter Erinnerungen bei motorischer Konversionsstörung“: rechtsseitige Lähmung (Arm und Bein)

Kanaan et al. (2007) Psychosom Med 69: 202-205



Größere Aktivierung re Amygdala bei „verdrängtem“ vs. vergleichbar schwerem Ereignis



Relative Deaktivierung li motorischer Kortex während Erinnerung „verdrängtes“ vs. vergleichbar schweres Ereignis

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Fallbeispiel (15 wö. stat. Behandlung)

17jährige Patientin mit Gangstörung (Rollstuhl)

- Was fällt Ihnen an Körperhaltung und –ausdruck auf?
- Wie steht die Pat. zu ihrer Behinderung?
- Wie steht sie zur Psychotherapie?

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Erstkontakt (30.01.06)

- Durch besorgte, emotional distanzierte Mutter im Rollstuhl zur Konsultation geschoben
 - Könne seit 6 Wochen nicht mehr stehen und gehen
 - Pat. emotional sehr distanziert
 - Weint heftig und untröstlich über stat. Behandlungsempfehlung
- Anamnese:
- 28.11.2005 „Kollaps“ im Sportunterricht, Notarzt, Akutaufnahme
 - Zunehmendes Zittern, Gangunsicherheit, „Humpeln“, „Wegklappen“ der Beine (vorher Kurzstreckenläuferin)
 - Dez. 2005 stationär Neurologie Wiesbaden (SSEP, EEG, MEP, Liquor)
 - Jan. 2006 im Rollstuhl in die Schule, von Mitschülern getragen
 - 11.1.06 ambulant Neurol. Uniklinik Mainz (EEG, TMS o.p.B.)

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Behandlungsabschnitte

- I „Wenn Ihr als Eltern damit leben könnt, ein beklopptes Kind zu haben, dann bin ich bereit in die Psychosomatik zu gehen“ (1.-3. Woche)
- II „Ich will gehen und auch nicht“ (4.-10. Woche)
- III „Ich finde es nicht mehr schlimm erwachsen zu werden...“ (11.-15. Woche)
- IV Katamnese

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



I „Wenn Ihr als Eltern damit leben könnt, ein beklopptes Kind zu haben... „ (1.-3. Woche)

- Heimweh, von Mitpat. intensiv versorgt und bemuttert
- In den Therapien affektiv unbeteiligt und ohne Probleme
- **Gegenübertragung:** Starke Insuffizienzgefühle; Unbehagen über „Berichte“ an Eltern und Heilungserwartung bis Sommerurlaub (für Pat. „in Ordnung“)
- **Familiengespräch** (2. Woche): Beide Eltern sehr defensiv und misstrauisch
- Äußerst enges Mehrgenerationenumfeld
- Tochter „pflegeleichtes Musterkind“, nur zu ehrgeizig
- Familiengespräch endet mit emotionalem Ausbruch der Pat.: „Ihr müsst mich nach Hause mitnehmen. Klinik macht mich erst krank.“ Fährt im Rollstuhl erbost davon

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



„Wenn Ihr als Eltern damit leben könnt, ein beklopptes Kind zu haben, dann bin ich bereit in die Psychosomatik zu gehen“

ET2 09.02.06

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



I Rekonstruktion der Ereignisse vor Erkrankung

- Misstrauen, Personal glaube ihr nicht die Behinderung
- Juni 2005: Freundin trinkt im Schullandheim von Angestelltem alkoholisiert und verführt; Mann streckt ihr „nackten Arsch“ im Schlafraum entgegen, zieht ihre Unterwäsche an, Polizeivernehmung; „Mir kommt da unten niemand dran“
- September 2005 Wechsel als Superschülerin (1,3) von lokaler „Bauernschule“ (Realschule) auf überregionales „Elitegymnasium“
- Oktober 2005 Pneumonie, Gewichtsverlust, stat. Behandlung
- Beschämende Stehversuche und Zusammenbrüche in der Neurologie

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



II „Ich will gehen und auch nicht“ (4.-10. Woche)

- Verlässt Rollstuhl, rutscht auf Händen, frustriert über gescheiterte Stehversuche am Reck in der KG
- Traum: Sie steht aus dem Rollstuhl auf, aber alle Menschen um sie verlassen sie, sie bleibt völlig allein zurück
- „Was denken die anderen, wenn ich wieder gehen kann?“
- kniet zunehmend und zieht sich erstmals an ihrer Körpertherapeutin in aufrechte Position (8. woche)
- Dissoziativer Zustand, sieht sich leblos, hyperventiliert

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



ET32 16.02.06 „Ich habe meine Angst jetzt wirklich zu Gesicht bekommen“



II „Ich habe meine Angst jetzt wirklich zu Gesicht bekommen“:

Flut von Erinnerungen

- **3 J.** unbeaufsichtigt von Ladepritsche auf Kopf gestürzt
- **8 J.** von größerem Jungen vor Clique angepöckelt, seitdem „Vergewaltigertraum“ und chronische Spannungskopfschmerzen
- **9 J.** Tod der 1 Jahre jüngeren Freundin bei Verkehrsunfall
- Einschlafstörungen, nächtliche Ängste (Trennung, Tod der Eltern), Betrituale
- **14 J.** Schäferhund Hasso eingeschlafert (humpelte nur noch vorher)
- Rollerunfall, Hyperventilationstetanie Großmutter
- **15 J.** von zuvor nettem Jungen bedrängt („Zunge in Hals gestreckt“)
- Verliebter Junge „rastet aus“ 2004
- erster Freund „den habe ich völlig im Griff“
- Vater „rastet aus“: „dumm, faul, außer Schule kannst Du nichts“
- Weitere Panikattacken, Stimmungsschwankungen, heftiger Konflikt mit Eltern/ Freund da sie nicht mehr täglich anruft



„Ich will gehen und
auch nicht“
ET4 23.02.06

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Gru 5 Mein Weg 13.03.06



Aufstehen ET12 03.05.06
 „Ich finde es nicht mehr schlimm
 erwachsen zu werden...“

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



III „Ich finde es nicht mehr schlimm erwachsen zu werden...“

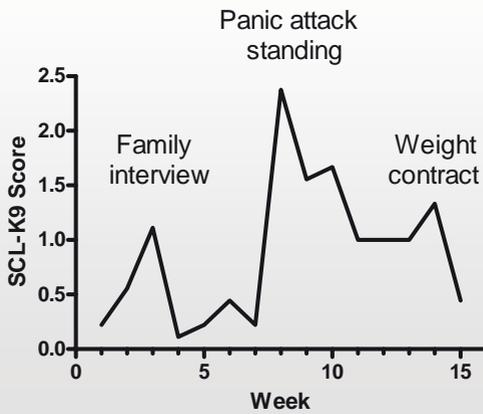
- Übt stehen und gehen mit abnehmender Unterstützung
- Entdeckt, dass in Familie nicht über Gefühle gesprochen wird
- Organisiert Wechsel an neues Gymnasium
- Sortiert zu Hause Kuscheltiere und Kinderbücher aus
- Enger Kontakt mit 25j. Mitpatient, von ihr als „asexuell“ gesehen
- Anorektische Reaktion (Gewichtsvereinbarung)
- Gehstrecke 20 M bei Entlassung

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie





I – III Distress im Therapieverlauf



Konfliktbereiche

- Auslöser Kontrollverlust: Hyperventilationstetanie unter exzessiven Anforderungen
- Sexuelles Interesse vs. Angst („minitraumatische“ sexuelle Erfahrungen; heftige aggressive Ausbrüche des Vaters?); Verdrängung eigener sexueller Wünsche und Verschiebung ins Körperliche, Sicherheit im Rollstuhl
- Separationskonflikt: Wunsch erwachsen zu werden und eigenen Weg zu gehen vs. Angst vor Verlassenwerden („pflegeleichtes Kind“, „Stolz der Familie“, Unfähigkeit nein zu sagen)

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



IV Katamnese (12 Monate)

- Hat Führerschein gemacht, fährt täglich 80 km zur neuen Schule, dort integriert
- Weiterhin ehrgeizig, Zielgewicht gehalten, fastet zeitweilig, Körperbildstörung
- Zeigt sexuelle Wünsche, aber mit Ängsten verbunden
- Kurzzeitige Gangstörung im Rahmen Panikattacke im Rahmen zunehmender Ablösungskonflikte von Eltern

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Schlussfolgerungen I

- Aufbau vertrauensvoller Beziehung: Ernstnehmen der Behinderung: detaillierte Anamnese, Krankengymnastik, Aufgreifen Beziehungsangebote
- Multimodale Behandlung im multidisziplinären Team
 - Sicherheitsgebendes, unterstützendes und entwicklungsförderndes Milieu (vs. familiäre Enge und Rigidität)
 - Multimodalität und Mehrpersonenübertragung: Körpertherapeutin vermittelt Kontakt zum Therapeuten („Respektsperson“)
 - Symptom drückt unbewusste innere Konflikte und damit verbundene Ängste und Wünsche aus
 - „direkter Kontakt“ mit dem verkörperten Symbol über das die Pat. weder nachdenken noch berichten kann, in Körpertherapie, Krankengymnastik, Interaktionen auf Station...
 - Nicht kommunizierbare Ängste (Sexualität, Separation); deutlich in Gestaltungstherapie (Ressourcen)
 - Integration ihrer verstreuten Hinweise im Team, Fokusformulierung

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Schlussfolgerungen II

- Auseinandersetzung mit ihren Ängsten („hinstürzen, verlassen werden“) weckt heftige Gefühlsausbrüche mit traumatischen Erinnerungen
- Schrittweise Konfrontation mit den „embodied“ Emotionen und Anregung der präverbalen und verbalen Symbolisierung des inneren Konfliktes
- Evaluation: Insgesamt gute und anhaltende Effekte (Befinden, Gesundheitsökonomie) aus Katamnesestudien stationärer psychosomatischer Therapie
- International zunehmend rezipiertes Modell; aber: Erfordernis kontrollierter und störungsbezogener Studien; Identifikation von Wirkkomponenten

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie





„Mein Weg“

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Gru 4 Kraft und Kraftlosigkeit 6.03.06

Lebensgeschichte

- 1988 geb.
- 1991 unbeaufsichtigt von Ladepritsche auf Kopf gestürzt
- 1996 von größerem Jungen vor Clique angepinkelt, seitdem „Vergewaltigertraum“ und chronische Spannungskopfschmerzen
- 1997 Tod der 1 Jahre jüngeren Freundin bei Verkehrsunfall
- 27.12.2003 Schäferhund Hasso eingeschlafert (humpelte nur noch vorher)
- 2003 Rollerunfall, Hyperventilationstetanie Großmutter
- 2004 von zuvor nettem Jungen bedrängt („Zunge in Hals gestreckt“)
- 2004 Verliebter Junge „rastet aus“
- Ab 2004 erster Freund „den habe ich völlig im Griff“
- Juni 2005: Freundin trinkt im Schullandheim von Angestelltem alkoholisiert und verführt; Mann streckt ihr „nackten Arsch“ im Schlafraum entgegen, zieht ihre Unterwäsche an, Polizeivernehmung: „Mir kommt da unten niemand dran“
- Juli 2005 Vater „rastet aus“: „dumm, faul, außer Schule kannst Du nichts“
- September 2005 Wechsel als Superschülerin (1,3) von „Bauernschule“ (Realschule) auf „Elitegymnasium“
- Oktober 2005 Pneumonie, Gewichtsverlust, 1. stat. Behandlung

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Kreativtherapeutische Verfahren

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperbezogene Psychotherapie: ▪ Sensibilisierung für Körperempfindungen und Wahrnehmungsprozesse ▪ Zusammenhang zwischen bestimmten Körperpersensationen, Affekten und Übertragungsentwicklung in der Gruppe • Bewegung, Handlung, persönlicher Ausdruck • Beziehungsorientierung (z.B. Körperkontakt, Nähe- Distanz, Selbstbehauptung) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestaltungstherapie: ▪ Gestalterischer und symbolischer Ausdruck von emotionalen Zuständen, Selbstbild, Konflikt- und Beziehungserfahrung ▪ Zugang zu Emotionalität, Selbstentfaltung, Individuation ▪ Anregung kreativer Prozesse / Ressourcen ▪ Förderung von Handlungsplanung |
|---|---|

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Prädiktoren der Behandlungsdauer

(M=28 – 84 (SD > 27) Tage)

- **Soziodemographische Merkmale**
 - ledig / geschieden vs. verheiratet (1-3)
 - Jüngere (1-3)
 - nicht erwerbstätig, arbeitslos (2,3)
- **Krankheitsmerkmale**
 - längere Krankheitsdauer (1-3)
 - multiple ambulante psychotherapeut./stationäre Vorbehandlungen (1-3)
 - mehr psychische Komorbidität (1-3)
 - Persönlichkeits-, Zwangs-, Essstörungen (2,3)
 - höhere psychische Beeinträchtigung bei Aufnahme (2,3)
 - längere Arbeitsunfähigkeit (2,3)

1=Zielke et al. 1999 (N=17.000); 2=Borgart & Meermann 1999 (N=1100); 3= von Heymann et al. 2003 (N=22.000)

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex-behandlung (OPS 301, Version 2.1 , 9-402.0): Klinik für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie Mainz

- a) Einzeltherapie 90 – 150 Min. / Woche
 - Gruppentherapie mind. 120-180 Min/ Woche (max. 10 Pat.)
 - Paar- und Familiengespräche (1- 2X 60 Min./Therapie)
 - Gestaltungs- Kunsttherapie (Einzel, Gruppe) (mind. 2 X 90 Min)
 - Körpertherapie (2 X 60 Min.)
- b) Therapeutische Gemeinschaft
 - Bezugspflege (mind. 60 Min/Wo.)
 - Einzel-, Gruppengespräche (mind. 60 Min./ Wo)
- c) Krankheitsspezifische Interventionen durch Kotherapeuten
 - Schmerzinformation, Genusstraining, Angstkonfrontation, Essbegleitung, Anleitung zu Selbstbeobachtung
 - Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Biofeedback, ...
- d) Somatische Behandlung
 - Som. Betreuung, Visite, Psychopharmaka
 - Krankengymnastik, Wirbelsäulengymnastik...

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Zielsetzungen psychosomatischer Akuttherapie

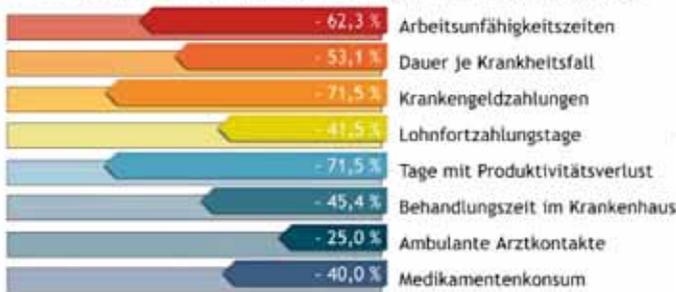
- **Diagnostische Abklärung** psychosomatischen Krankheitsgeschehens (Initialdiagnostik)
- Wiederherstellung, **Linderung, „Heilung“ (Strukturveränderung)**
- **Bessere Krankheitsbewältigung** im Rahmen kooperativer Behandlung **komplexer somatopsychischer Krankheitsbilder**
- **Ressourcenaufbau** unter Einbeziehung der Familie / des sozialen Umfeldes
- **Motivierung zu ambulanter Psychotherapie** durch Kurzzeittherapie (bei fehlender Krankheitseinsicht)
- Mitversorgung von Patienten in somatischen Kliniken im **Konsiliar-/Liaisondienst**

M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Kosteneffektivität stationärer psychosomatisch- Psychotherapeutischer Behandlung (DAK/AHG-Studie)

Zwei Jahre vor, zwei Jahre nach der Behandlung



- 75% von 338 DAK-Versicherten AU vor Aufnahme (M=24.5 Wo)
- davon 53.3% somatoforme Störungen
- Krankheitsbeginn bis Diagnosestellung 90 Monate
- M=9 Behandler, 64% KH-Aufenthalte
- 76% Analgetika, davon 20% Opiate
- Krankheitskosten-21.550 €/Fall
- Behandlungskosten 5.680 €/Fall
- Kosten-Nutzen Relation: 1: 3.79



M. E. Beutel Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Therapie

- standardisierte Basisdokumentation (PsyBado) der Fachgesellschaften (seit 1994; Heuft et al.) (Rehabilitation: Qualitätssicherungsprogramm DRV)
- Z.T. multizentrische Evaluationsstudien mit langen Katamnesezeiträumen (1 bis 5 Jahre), > 60.000 Patienten
- Klinische Besserung 75- 90% Patienten
- Hohe Behandlungszufriedenheit, Besserung der Lebensqualität
- Mittlere bis große Effektstärken am Beispiel des GSI (SCL-90 R)
 - Aufnahme - Entlassung: 0.8 - 1.2
 - Entlassung - 1- Jahreskatamnese: 0.8 - 1.1
 - Gute Langzeitstabilität 3 Jahre: 0.6-1.2

Gertraud Schottenloher

Bildnerische Prozesse in der Therapie

Noch vor 20 Jahren, als wir mit der Kunsttherapieausbildung an der Akademie der Bildenden Künste in München begannen, gab es in so gut wie keiner Klinik Kunsttherapeuten. Langes Suchen nach kunsttherapeutischen Praktikumsanleitern war vergeblich. Ist es nicht erstaunlich, dass heute so gut wie jede psychosomatische und psychiatrische Klinik meistens mehrere KunsttherapeutInnen angestellt hat? Darüber hinaus arbeiten diese noch in vielen anderen Praxissfeldern, wie in der Onkologie, im Bereich von HIV und Aids, im Hospizbereich, in Sonderschulen, im Strafvollzug, um nur einiges zu nennen. Kunsttherapie überzeugte durch ihre schnelle und tiefgreifende Wirkung, die den Einrichtungen und Kliniken meistens durch Praktikanten bekannt wurden.

Es gab aufgeschlossene Ergotherapeuten, die dieses junge Berufsfeld unterstützten. In gewisser Weise steht die Ergotherapie der Kunsttherapie nahe, denn auch sie bezieht sich auf den Handlungsaspekt und regt Patienten dazu an, mit ihren Händen etwas zu tun oder zu gestalten. Den Hauptunterschied zwischen Ergotherapie und Kunsttherapie siehe ich traditioneller Weise darin, dass Ergotherapie sich eher auf das äußere Handeln, die äußere Form konzentriert und damit auf die äußere Integration der Patienten, während die Kunsttherapie ihr Augenmerk primär auf die innere Integration z.B. abgespaltener Persönlichkeitsanteile lenkt, im Wissen, dass diese einer äußeren Integration vorausgeht. Dennoch sind die Übergänge z.T. fließend, da viele Ergotherapeuten sich kunsttherapeutisch weiterbilden und umgekehrt, die Kunsttherapie auch funktionell eingesetzt werden kann und wird.

In der Psychosomatik spielt Kunsttherapie eine besondere Rolle, weil sie Symbolisierungsprozesse fördert. Bei psychosomatischen Erkrankungen ist das von besonderer Bedeutung, da die Symptome in der Regel keinen symbolischen Charakter haben, sondern direkt körperlich ausgedrückt werden, was die Behandlung erschwert. Symbolisierung ist bereits ein psychischer Entwicklungs- und Verarbeitungsschritt.

Im Folgenden sollen einige Wirkprinzipien der Kunsttherapie betrachtet werden.

Rekonstruktion von Lebensmustern

Im bildnerischen Prozess rekonstruiert der Gestaltende seine Lebensmuster und macht sie so einer Behandlung zugänglich.

Ein Beispiel soll das verdeutlichen: Ein zurückgezogener Patient einer Klinik malt sich mit ausladenden Bewegungen auf einem Blatt frei, zunächst ohne Kontakt zu seinem Therapeuten aufzunehmen. Diese "Entgrenzung" lockert ihn, macht ihm aber auch gleichzeitig Angst. In einer Gegenbewegung setzt er sich als winzige Person in gekauerter Haltung unten links ins Blatt. In einem weiteren Schritt wird ihm die Begrenztheit der Weite durch die Begrenzung des Blattes bewusst und die Möglichkeit, die Weite selbst zu gestalten und zu begrenzen, statt ihr ausgeliefert zu sein. Er beginnt, die bisher unstrukturierte Weite zu strukturieren, ihren wüstenähnlichen Charakter mit Grün zu beleben und bewohnbar zu machen. Er baut sich sogar eine Höhle, in die er sich zurückziehen könnte, wenn er wollte. So geschützt kann er jedoch zunächst einmal "draußen" bleiben und sich auf den Therapeuten einlassen, dessen Gegenwart diese Szene ausgelöst hatte. Statt tatsächlich starr in einer Ecke zu sitzen, wie er es meistens tat, konnte der Patient auf dem Papier sehr viel klären: Seinen Wunsch nach Geborgenheit, seine Sehnsucht und Angst, aus sich herauszugehen. Er konnte eine symbolische Lösung finden. Gleichzeitig teilte er dem Therapeuten durch sein Bild all dieses mit. Die Ambivalenz dem Therapeuten gegenüber direkt zu empfinden, hätte er nicht ausgehalten. Er konnte sie aber ins Bild bannen und strukturieren. Dadurch klärte er seine Beziehung zum Therapeuten und wagte gleichzeitig spielerisch einen neuen Schritt, der ihm direkt nicht möglich gewesen wäre.

Handelnder statt Opfer

Im Symptom ist Energie gebunden, die im bildnerischen Prozess wieder frei gesetzt werden kann. So kann der Gestaltende vom Symptom lassen und in eine kreative Handlung gehen. Dadurch verlässt er die Opferrolle und wird zum Handelnden. Diese schöpferische Veränderung durch den gestalterischen Prozess kann in den Alltag übernommen werden.

Bewegung und Energieverschiebung

Neubeginn

Lassen Sie uns genauer betrachten, wie diese Veränderungen durch den bildnerischen Prozess möglich werden. Bewegung spielt dabei eine wesentliche Rolle. Beuys und Paul Klee betonen: „Form ist Tod, Bewegung ist Leben.“ In die innere oder äußere Bewegung gehen setzt Kräfte frei und bewirkt Energieverschiebungen. Dadurch wiederum lösen sich Blockierungen, werden Einsichten und Neustrukturierungen möglich.

Ich möchte Ihnen das an einem Beispiel aus der Krisenintervention verdeutlichen. Eine Klientin kam wegen Panikattacken in die Sprechstunde. Nach einem kurzen Gespräch bat ich sie um eine spontane Zeichnung. Sie malte in die Mitte des vorbereiteten großen Blattes eine schwarze Scheibe, die sie mit roten Zacken umgab. Diese Zacken sperrte sie dann in einen schwarzen Kreis. Danach lehnte sie sich zurück und sagte: „Fertig, da geht nichts mehr weiter.“ Ich beobachtete den Prozess und es war klar, dass der schwarze Kreis jede

weitere Bewegung verhinderte. Deshalb bat ich sie, die Zeichnung auf einem neuen Blatt zu wiederholen, doch diesmal den äußeren schwarzen Kreis wegzulassen. Sie folgte dem Vorschlag, wiederholte die Zeichnung und fügte dann sehr schnell rechts und links zwei sitzende, mit den Beinen verschränkte Gestalten, einen Mann und eine Frau hinzu, die in die Mitte, auf die rote Scheibe blickten, die nun von einem wolkigen lila Feld umgeben war. Auf die Frage hin, was dies darstelle, sagt sie, das seien ihre Eltern, und das in der Mitte sei sie selbst als Wutknäuel. Ich fragte sie, was denn passieren würde, wenn das Wutknäuel platzen würde, und sie sagte: „das“ und malte die Eltern in Windeseile ein zweites Mal, über die ersten Gestalten, doch diesmal mit nach außen gewandten Gesichtern. „Sie wenden sich ab.“ Sie war mitten ins Zentrum ihrer Panik gelangt, in dieses unheilvolle Gefühl einer Katastrophe, das sie bei der Vorstellung heimsuchte, sie könnte platzen und ihre Wut herauslassen. Angemessen an sich für das Alter, in dem das kleine Wutknäuel zu sein schien, doch hat dies anscheinend nie passieren dürfen. So schlummerte dieses Aggressionspotential noch heute in ihr, doch jetzt mit unangemessener, selbstzerstörerischer Wucht. Dieses Bild, das erste einer Serie, trug dazu bei, die Panik zu verstehen und damit erste Lösungsschritte einzuleiten, indem die dahinter liegende blockierte Wut wahrgenommen und im Laufe des weiteren Prozesses verarbeitet werden konnte.

Der Gegenbildprozess

Die Lösung steckt im Problem

Der bildnerische Prozess deckt Probleme nicht nur auf, oft auf ganz unpersönliche Weise, sondern er findet auch Lösungen. Diese sind meist schon im Problem enthalten. Es ist ein erstaunliches Phänomen, dass der bildnerische Prozess immer dual ist und beide Seiten in sich vereinigt: das Problem und die Lösung. Worte können das auch, doch nur in poetischer Form. Paul Klee sagte einmal, dass jedes Element bereits ein Gegenelement in sich habe. Oder Beuys spricht wie erwähnt vom Gegenbild.

Ein kurzes Beispiel auch dazu: Eine schwangere Frau kam in die Beratung. Sie wollte ihr Kind abtreiben, weil ihr erstgeborenes Mädchen ihr durch ihre Wildheit die Kräfte raubte und sie fürchtete einem zweiten Kind nicht gewachsen zu sein. Ich ließ sie ihren Zustand zeichnen. Sie malte sich mit hoch erhobenen Armen, was hieß: „Hilfe, ich kann nicht mehr.“ Sie zeichnete sich in einem Gewand mit weiten Ärmeln, die halb herunterfielen und wie Flügel aussahen. Als wir das Bild gemeinsam schweigend betrachteten, sagte sie plötzlich: „Das ist ja ein Engel.“ Das gab ihr auf einmal die Kraft zu sagen: „Ich kann es bewältigen, das Kind.“ Wissen, das im Unterbewusstsein vorhanden, aber im Augenblick dem Bewusstsein nicht zugänglich ist, kann durch eine Zeichnung zum Ausdruck kommen. Die Ratsuchende trug das Kind aus und war hinterher sehr glücklich darüber, denn dieses Kind war der ruhende Pol in der Familie, der Ausgleich zur älteren Tochter.

Ausgleich der Kräfte

Der bildnerische Prozess sucht immer nach einem Ausgleich der Kräfte, und zwar ohne dass man es bewusst will – es geschieht von selbst. Die Konfrontation mit Störung, Krankheit, Depression und deren Darstellung im Bild erzeugt im bildnerischen Prozess ein Gegenbild, von dem Beuys sagt, das es die Kraft hat, die destruktiven Kräfte zu überwinden.

Auch dazu ein Beispiel: Eine Klientin litt nach einem Abgang an einer ziemlich starken Depression. Sie hatte bereits einen dreijährigen Jungen, der vital und gesund war. Auf dem Höhepunkt ihrer Depression malte sie ein schwarzes Bild, das eine ovale geschlossene Form hatte. Zunächst war sie in ihrer Depression bestärkt durch die Schwärze der Verslossenheit. Gegen Ende der Stunde forderte ich sie auf, noch ein zweites Bild zu malen. Ohne nachzudenken malte sie ein Bild, das sich aus vielen bunten fröhlichen Punkten zusammensetzte. Dieses Bild erinnerte sie an ihren kleinen Sohn, der so lebendig und fröhlich war. Wir legten die Bilder nebeneinander und sahen sie an, und plötzlich sagte sie: „Die haben ja beide die gleiche Form, wenn man sie ein bisschen dreht, haben sie die gleiche Grundform.“ Und plötzlich sagte sie: „Das Schwarze sieht ja aus wie ein Same, der könnte ja aufgehen.“ Sie legte das bunte Bild unter das schwarze und erkannte, dass sich in ihr ein fröhlicher, vitaler Teil schlummerte, mit dem sie auf diese Weise in Kontakt kam.

Es sind wunderbare Augenblicke, wenn jemand durch seine Bilder eine Entdeckung macht, durch sie eine Botschaft aus dem eigenen Unterbewussten erhält, weil er Zugang zu seinen Bildern bekommt und sie lesen kann, ohne dass der Therapeut intervenieren muss.

Objektivierung, Neutralisierung und Integration

Objektivierung

Ein weiterer wichtiger Aspekt des bildnerischen Prozesses ist die Objektivierung. Jeder bildnerische Prozess, der eine äußere Formulierung findet, „objektiviert“, d.h. seine Inhalte werden zum Objekt, das dann mit Abstand wahrgenommen werden kann. Dabei rücken damit verbundene Gefühle in den Hintergrund, man kann Distanz zu ihnen bekommen und Identifikationen aufgeben. Ohne diese Distanz ist auch keine Symbolisierung möglich.

Neutralisierung und Integration

Objektivierung bringt Neutralisierung mit sich. Der gewonnene Abstand ermöglicht eine konstruktive Verarbeitung von Emotionen wie Angst oder Zorn. Bereits abgespaltene, furchterregende Anteile können gesehen, bearbeitet und wieder in die Gesamtpersönlichkeit integriert werden. Dies ermöglicht einen Neubeginn.

Ein Beispiel für einen Neutralisierungs- und Integrationsprozess: Ein kleiner Junge geht von der Schule nach Hause. Er sieht einen Hund, den er sehr süß findet und geht auf den Hund zu um ihn zu streicheln. Der Hund ist aber gar nicht so süß, oder er bekommt einen Schreck. Er greift den Jungen an und kneift ihn ins Handgelenk. Der Junge ist natürlich

furchtbar erschrocken und rennt nach Hause, in sein Zimmer. Dort greift er spontan zu Papier und Stift und malt den Hund mit riesig aufgerissenem Maul und scharfen Zähnen. Als er das Bild sieht, ist er erleichtert. Er läuft ins nächste Zimmer und bellt (symbolisch) seine kleine Schwester an, die nun wiederum den Schreck hat. An diesem Beispiel sieht man gut, wie der Leidende zum Schöpfer wird und wie die Energie eines (möglichen) Symptoms in Kreativität umgesetzt wird. Der Junge entwickelte keine Hundephobie, was aber leicht hätte geschehen können, wenn er sich nicht malerisch von seinem Schock befreit hätte.

Lösung von Blockaden

Spaltungsblockade

Auch ein weiteres Beispiel zeigt, wie jemand durch den Prozess des Malens eine Lösung finden kann. Eine Patientin, diagnostiziert mit Borderline, malte typische Spaltungsbilder, die stets in der Mitte durch einen Balken in zwei Teile getrennt wurden. In der Regel verkörperten die beiden Teile ihre gute (rot/orange) und ihre schlechte Seite (schwarz). Eine solche Spaltung wirkt als Blockade, psychisch und bildnerisch. Der gestalterische Fluss ist blockiert und die Energie erstarrt. Im Bild wird das besonders deutlich und dem Malenden einsichtig.

Lösung von Blockaden durch den Malprozess

Eines Tages sagte die Malerin: „Das regt mich furchtbar auf, ich will das nicht mehr - aber ich kann einfach nicht anders.“ Ich schlug ihr vor, mit dem Stift auf dem Papier zu spielen und Verschiedenes auszuprobieren. Auf dem ersten Bild malte sie rechts neben den schwarzen breiten Balken einen orange-roten Strich. Schwarz war für sie die Farbe des Todes und Orange-Rot die Farbe des Lebens. Sie versuchte also, neben den schwarzen Balken die Farbe des Lebens zu setzen. Das befriedigte sie jedoch nicht, weil die Trennung des Blattes in zwei Teile aufrecht erhalten blieb. Als nächstes versuchte sie, raumübergreifend zu arbeiten. Sie zog durch den Balken einen Querbalken, was die Form eines Kreuzes ergab. Sie hatte sicher auch sehr viel Trauer aufzuarbeiten. Doch im Augenblick suchte sie weiter nach einer bildnerischen Lösung, die Trennung aufzuheben. Der nächste Versuch war ein Kreis um den Balken herum, Durch den Balken war jedoch das Element der Spaltung noch immer vorhanden. In die linke Seite des Kreises schrieb sie all ihre schrecklichen Eigenschaften, in die rechte Seite all ihre guten Eigenschaften. Sie hatte das Gesuchte noch immer nicht gefunden. Plötzlich kam sie auf die Idee, den Balken horizontal zu malen, wobei sie nicht von Bildrand zu Bildrand ging wie vorher. Sofort war sie wie verwandelt. Sie war freudig erregt und rief: „Genau das ist es! Jetzt kann ich hin- und hergehen.“ An beide Enden des Balkens malte sie je einen Kreis, links in Schwarz, in der Farbe des Todes, rechts in Orange-Rot, der Farbe des Lebens. Sie malte sie als lebendige Figur mit geöffneten Armen in die Mitte des Balkens, die sich entscheiden konnte, vom Tod in das Leben zu gehen.

Ressourcenorientierung

Kreativität: ein „krisensicheres“ Potential

Kunsttherapie arbeitet ressourcenorientiert, was sie von manchen Therapiearten unterscheidet. Die erwähnten Beispiele zeigten bereits, dass der kreativ-bildnerische Prozess Ressourcen aktiviert. Erstaunlich ist, dass Kreativität offensichtlich eine Fähigkeit ist, die in Krisensituationen, in denen das Ich zusammenbricht, noch funktioniert. Man kann beobachten, dass durch den bildnerischen oder durch einen anderen schöpferischen Prozess Psychosen hinausgezögert werden können. Bei manchen Patienten kann ein psychotischer Schub durch bildnerischen Ausdruck aufgehalten oder sogar gänzlich verhindert werden. Im Allgemeinen können die Medikamentengaben verringert werden, solange Patienten sich künstlerisch betätigen. Die Hypothese, die daraus abgeleitet wurde, ist, dass Kreativität eine übergeordnete Fähigkeit ist, die dem Menschen in schwierigen psychischen Situationen zur Hilfe kommen kann. Wenn es ihm gelingt in diesen Augenblicken schöpferisch zu sein, kann er die Krise mit größerer Wahrscheinlichkeit bewältigen, als wenn er passiv bleibt. Kreative Lösungen, man könnte sie auch Probehandlungen nennen, die so gefunden werden, können später vom Ich übernommen und in den Alltag eingebunden werden. Auf dieselbe Weise können auch abgespaltene Persönlichkeitsanteile angenommen und integriert werden.

Beispiel

Die Malerin einer Bilderfolge erzählte mir, dass sie plötzlich während des Malprozesses eine unerklärliche Angst empfand, sie wusste nicht, woher und wovon. Doch sie beschloss, dennoch weiter zu malen und sich dem zu stellen, was geschehen würde.

Eine dunkle kleine Gestalt geht in die Weite. Da sieht sie plötzlich unter den Büschen etwas Bedrohliches (auf dem Bild sieht man ganz rechts oben am Horizont Hörner und einen Tierkopf). Sie bekommt einen Schreck, bleibt stehen und schaut und beschließt dann, davonzurennen.

Aber das Untier löst sich aus den Büschen und rennt hinter ihr her.

Plötzlich beschließt sie, stehenzubleiben, sich umzudrehen.

Um einen Baumstamm herum beginnt ein gefährliches Hetzen und Jagen zwischen den beiden. Das Tier jagt sie und sie versucht zu fliehen.

Doch plötzlich bleibt sie wieder stehen und schaut dem Tier ins Angesicht. Dieses bleckt seine Zähne und streckt ihr eine riesige Zunge heraus.

Sie aber beschließt, Widerstand zu leisten. Zaghafte noch streckt auch sie die Zunge heraus. Auf dem nächsten Bild streckt sie die Zunge genauso weit heraus wie das Untier, und dieses wirkt dadurch weniger bedrohlich und fast entmannt: seine Zunge wird schlaff.

Die nächsten Bilder zeigen sie selbst mit weit herausgestreckter, großer Zunge. Da setzt sich das Untier plötzlich hin, es gibt den Kampf auf. Sie geht zu ihm hin und streichelt es vorsichtig, noch ein bisschen verschreckt.

Dann beschließen beide, den Heimweg anzutreten. Sie reitet sogar auf ihm, als sie müde wird, und dann ruhen sich beide auf einem Ruhelager aus.

Die beschriebene Bilderfolge ist typisch für einen schöpferischen Prozesses: Am Anfang die Angst, als die abgespaltenen aggressiven Anteile im Bild in Form des Ungeheuers auftauchen. Dann eine manische Phase, das Hetzen und Jagen um den Baum, und zuletzt die Integration des vorher abgespaltenen wilden Tieres, das vom Verfolger zum Diener und dann zum Partner wird.

Ausdruck: Aktivität statt Passivität

Im bildnerischen Prozess gibt der Gestaltende seinen Verletzungen, seiner Angst, seinem Trauma eine mitteilbare Form. Dadurch verändert er diese und ist ihnen nicht mehr so ausgeliefert. Es tritt aus der Passivität heraus und kann sie überwinden. Durch den Akt der Gestaltung wird er zum Herrn über sie.

Die Weisheit des Herzens

Lösung durch intuitives Wissen

In der Kunsttherapie spielt eine große Rolle, dass der bildnerische Prozess Zugang zu einem oft tief verborgenen intuitiven Wissen hat. Pasquale nannte dies „die Weisheit des Herzens“. Das möchte ich Ihnen ebenfalls an einem Beispiel demonstrieren, das außerdem zeigt, wie schnell tiefe innere Probleme durch das Malen auftauchen können. Eine Klientin malte eine Bilderfolge, die anfänglich sehr liebliche, rundliche Formen zeigte.

Plötzlich dringt die Farbe Schwarz in diese liebliche, paradiesartige Szenerie, zunächst als Umrandung weißer Zacken. Das Schwarz entwickelte sich in den nächsten Bildern formgebend weiter:

Spontan wurde es zum Schlangenkopf, den die Klientin als bedrohlich empfand, dann zu einem dämonischen Gesicht, das nach weiblichen Teilen greift. Das erinnert daran, dass die Patientin an Myomen litt, die medizinisch anscheinend nicht anzugehen waren, weshalb die Ärztin sie in die Psychotherapie verwiesen hatte.

Dann wird das Schwarz zu einem Fisch. Dieser ist nicht bewusst entstanden, sondern aus der spontanen Bewegung heraus, die die Linien weiterführt: das Schlangenaug aus der Zeichnung zuvor ist noch zu erkennen.

Beim Malen des Fisches verfiel die Patientin in einen fast tranceähnlichen Zustand, bekam kaum Luft, und es tauchten innere Bilder auf: Sie sah sich als Kind, ihren Vater, der ein Hobbyangler war, neben sich, wie er die Fische aufschnitt und ihnen die Eingeweide herausriss. In ihr war Wut und Entsetzen und gleichzeitig Lähmung. Sie erlebte die Szene als Vergewaltigung, als Bedrohung ihrer Existenz und ihrer Weiblichkeit. Es schien als handelte es sich um die Deckerinnerung eines Missbrauchs.

Dieses einschneidende Erlebnis veränderte ihren Malstil radikal. Das liebeliche Paradies verschwand, es tauchten Dämonen, Fleisch fressende Spinnen und böse Hexen auf, meist in der Farbkombination schwarz/rot, die sie und ihre Weiblichkeit zerstören wollten.

Sie musste durch diese Phase archaischer Wut hindurch, durch die sie ihre Bilder trugen, bis diese sich wieder wandelten, realistischer wurden und sie durch die ödipale Auseinandersetzung führten.

Der über die Bilder gelungenen Auseinandersetzung mit dem Vater, folgte noch einmal eine Drachenserie.

Diese hat die archaische starre und unpersönliche Form verlassen, ist lebendig und individuell geworden. Nach dieser märchenhaften Bildgeschichte, die ihr dazu verhalf, ihren eigenen, weiblichen Drachenanteil anzunehmen, entdeckt sie ihren ganz persönlichen Trotz und Überlebenswillen, dessen Annahme wiederum es ihr erlaubt, ihre eigenen Grenzen zu ziehen und anzuerkennen, was in der Folge eine symbolische Versöhnung mit den Eltern, die nicht mehr leben, und die nun auch als eigene Persönlichkeiten dargestellt sind, ermöglicht.

Es wird deutlich, wie der Malstil sich vom archaischen zum individuellen hin differenziert, wie die Objektivierung durch die symbolische Darstellung Prozesse ermöglicht, die eine emotionale Entwicklung und Differenzierung der Persönlichkeit bewirken.

An die Stelle der Myome ist ihr schöpferisches Werk getreten. Die Myome sind verschwunden – sie ist übrigens selbst Kunsttherapeutin geworden.

Dieser Verlauf zeigt auch, dass der bildnerische Prozess intuitiv unverarbeitete Probleme an die Oberfläche holt und dazu beiträgt, diese zu verarbeiten und zu lösen. Als würde er psychische Entwicklung im Schnellverfahren ermöglichen.

Gruppenprozesse und Projekte

Die Beispiele, die ich beschrieben habe, sind zum Teil in Einzeltherapien, z.T. in Gruppenprozessen entstanden. In Kliniken findet Kunsttherapie häufig in Gruppen statt, weshalb ich dies aus Zeitmangel zwar nicht ausführen, aber doch erwähnen möchte.

Konzentration der Aufmerksamkeit

Im Hier und jetzt

Ich habe mich oft gefragt und viel darüber nachgedacht, weshalb im bildnerischen Prozess solch erstaunliche Entwicklungen so schnell geschehen können. Was ist dafür verantwortlich? Ich meine, dass dies dadurch möglich wird, dass der Gestaltende im bildnerischen Prozess völlig in sich versunken ist, dass er ganz im Hier und Jetzt ist. In dieser Gegenwärtigkeit, in der nichts vom Wesentlichen ablenkt, ist er ohne Anstrengung mit seinem „wahren Selbst“

(D.W.Winnicott1) verbunden. Durch den Prozess der Rückbindung an sich selbst verstärkt die Kunsttherapie, so wie jede kreative Therapie u.a. Selbständigkeit, Selbstvertrauen, Kontakt zu sich selbst, aber auch zu Anderen, Fähigkeit zu Selbstregulation, Kreativität, Intuition, Freude, Ausdauer, Einsicht, Kompetenz, Konzentration, Kommunikationsfähigkeit, ein Gefühl der Sinnhaftigkeit.

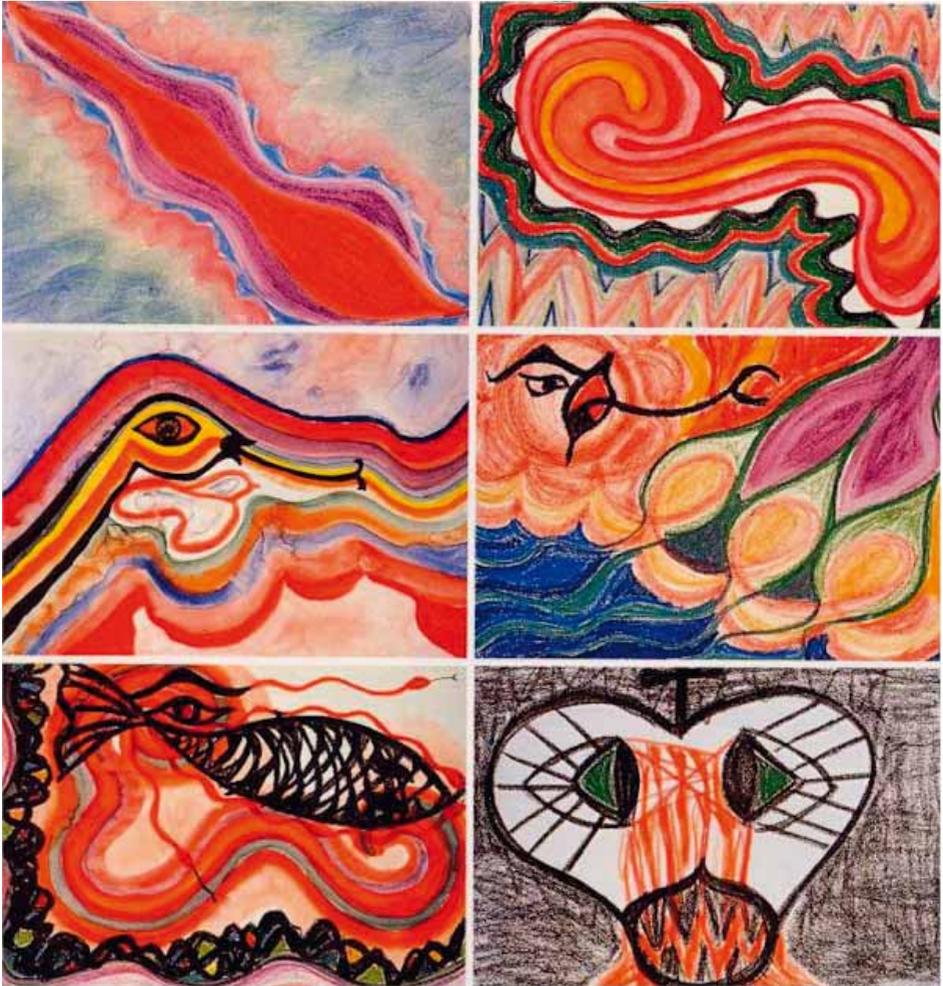
Umpolung der Aufmerksamkeit

Die Frage bleibt trotzdem: Wie geschieht das? Es war mir lange ein Rätsel. Im Folgenden möchte ich Ihnen meine Gedanken dazu mitteilen. Ich habe beobachtet, dass im bildnerischen Prozess eine besondere Art der Konzentration stattfindet. Die Aufmerksamkeit wird von den Selbstbehauptungszentren abgezogen, die im Negativen, wenn der Organismus nicht in Harmonie ist, mit Angst und Wut besetzt sind. Gleichzeitig wird sie von den entsprechenden emotionalen Zentren abgezogen, die im Negativen mit Schmerz besetzt sind. Die Aufmerksamkeit ist dabei nach außen gerichtet, auf Bedrohungen, Schmerz- und Verletzungsquellen von außen. Im kreativen Prozess wird die Aufmerksamkeit im Zentrum der „inneren Schau“ konzentriert, der Blick ist nach Innen gerichtet. Dabei werden Kräfte frei, die fast überpersönlicher Natur sind, die jenseits des Ichs liegen. Wie ich oben ausgeführt habe, hat Kreativität diese Qualität. Sie steht dadurch gewissermaßen über dem Ich und bleibt durch dessen Krisen und Zusammenbrüche weitgehend unbeeinträchtigt. Im kreativen Prozess können durch die Konzentration nach innen, „im Schoß der Kreativität“, eingefrorene schmerzhaft, traumatische Erinnerungen sozusagen aufgetaut und wieder belebt werden. Durch die gleichzeitige Bewegung (z.B. im Malen) wird Energie frei gesetzt, die in diesen Zentren gestaut war und steht nun dem kreativ-bildnerischen Prozess zu Verfügung. Der Gestaltende wird mit seinen inneren Schmerzen, Verwundungen, Ärger und Ängsten konfrontiert, die er oft wegen ihrer Unerträglichkeit lange „eingefroren“ hielt. Diese können sehr heftig sein, und wenn kein unterstützender Therapeut dabei ist, kommt es vielleicht nicht immer zu einem befreienden Ende.

Auflösung traumatischer Erinnerungen

Etwas sehr wichtiges habe ich in diesem Prozess beobachtet: Wenn während der Konfrontation mit starken negativen Emotionen diese wahrgenommen und beobachtet werden und gleichzeitig konstruktiv ausgedrückt werden, d.h. die Verbindung zur kreativen Handlung gehalten wird, können sich diese Gefühlsmuster auflösen. Dann können die positiven Qualitäten der Kreativität die Stelle der negativen Erinnerungsmuster einnehmen. Konkret heißt das: Wenn der spontane, bevorzugt großformatige Malprozess beim Auftauchen starker Emotionen nicht unterbrochen wird, sondern weiter gemalt wird, die Emotionen ausgedrückt werden, der Gestaltende in (bevorzugt grobmotorischer schneller) Bewegung bleibt, dann lösen sich diese Verkapselungen auf.

Diesen Vorgang konnte ich immer wieder beobachten. Deshalb glaube ich, dass bestimmte Arten des bildnerischen Prozesses, vor allem wenn er sehr schnell und ohne Nachdenken



vor sich geht, auch sehr effektiv in der Traumatherapie sind. Durch die Gleichzeitigkeit von traumatischen Erinnerungen und deren Ausdruck und der bildnerischen Aktivität ist der kreative Prozess in der Lage, traumatische Erinnerungcluster aufzulösen und durch die Freude des „Schöpfungsaktes“ zu ersetzen. Natürlich geschieht das nicht mit einem Schlag, sondern braucht seine Zeit.

Identifikation mit dem „wahren Selbst“

Durch die aktive Kontemplation im bildnerischen Prozess kann der Gestaltende also mit seinem Potential, seinem inneren Wesenskern in Verbindung kommen in dem er sich kreativ,

kraftvoll und mutig erlebt, voller Schaffensfreude und Energie. Die Erfahrung dieser Eigenschaften verringert die Identifikation mit Problemen oder löst sie sogar auf und ermöglicht die Identifikation mit der eigenen Mitte. Dies ist eine lebenslange Arbeit, doch jeder Schritt zählt und nach und nach kann ein negatives „Erinnerungscluster“ nach dem anderen ausgetauscht werden gegen ein kreatives Handlungspotential und der damit verbundenen Energie und Schaffensfreude. Dies ist ein Weg, der viel Hoffnung gibt. Wer diesen „Austausch“ einmal erfahren hat, weiß, dass er immer wieder in seine Mitte zurückkehren kann und diese dadurch langsam stärken kann.

¹ Winnicott, Donald W., Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart 1985



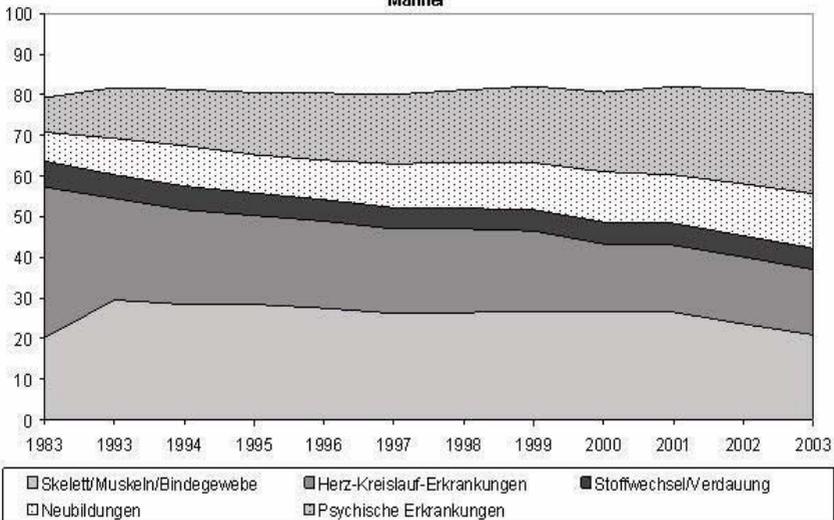
Psychische Effekte von Sport- und Bewegungstherapie

Bad Neustadt 10. Mai 2007



G. Huber
Institut für Sport und Sportwissenschaft
der Universität Heidelberg

Männer

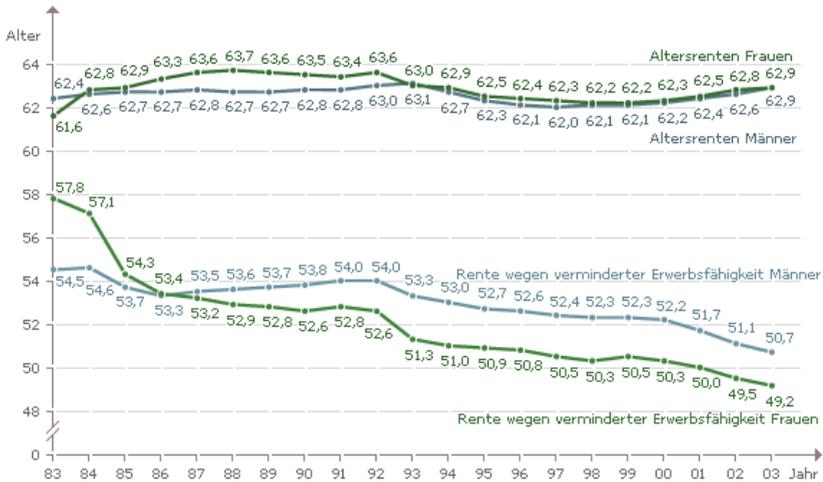


Ursachen für Renten wegen Erwerbsminderung

Quelle: VDR 2003

■ Entwicklung des Renteneintrittsalters nach Rentenarten

Durchschnittliches Alter bei Rentenbeginn nach Geschlecht, Deutschland 1983 bis 2003



Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Stand: 11.2004

bpb © 2005 Bundeszentrale für politische Bildung

Gliederung

1. Was ist Sport und Bewegungstherapie?
2. Was sind psychische Effekte?
3. Evidenz??
4. Beispiele
5. Konsequenzen



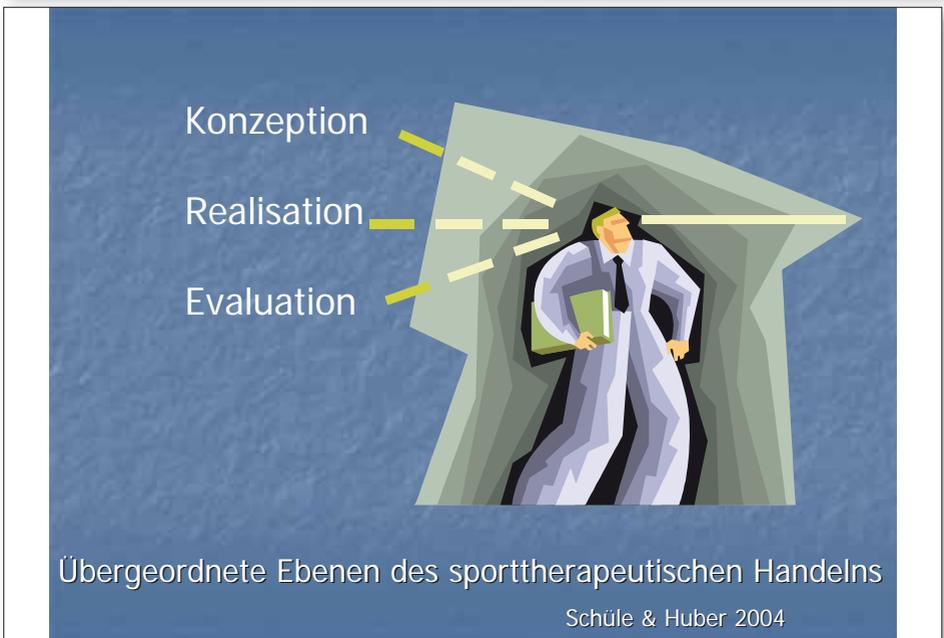
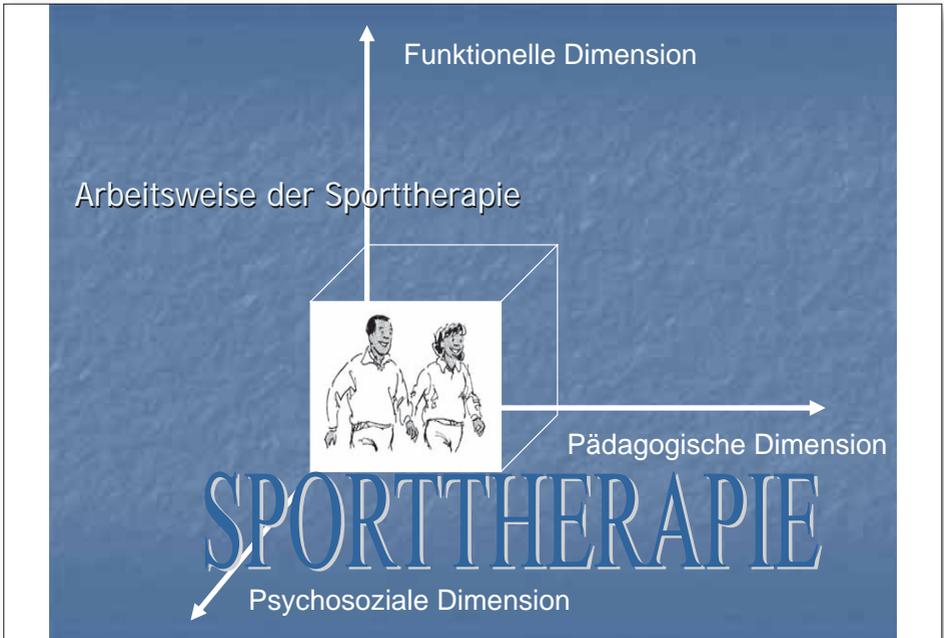
Einordnung der Sporttherapie

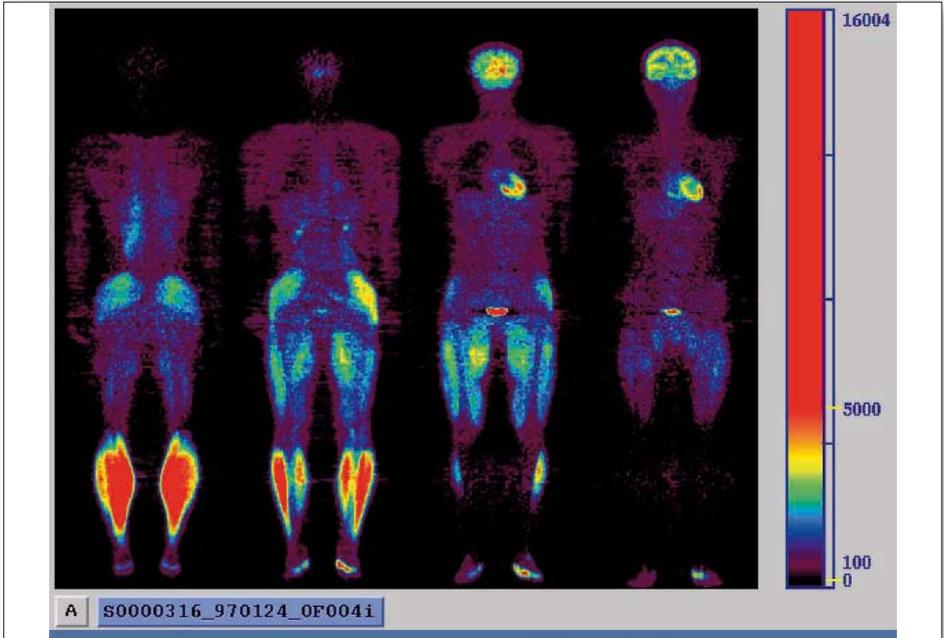


Die Wirkung der Sporttherapie beruht:

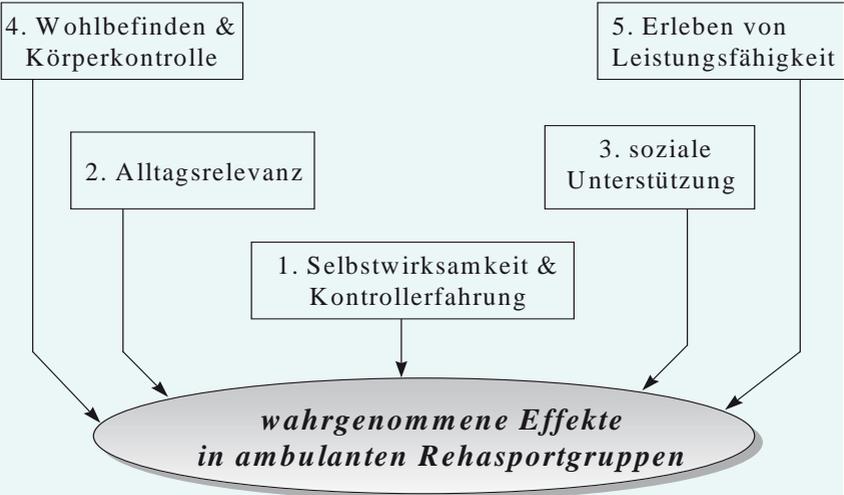
- auf der strukturellen und funktionellen Anpassung des biologischen Systems durch geeignete Aktivitäten
- auf ätiologischen und pathogenetischen Erkenntnissen sowie indikationsspezifischen, das heißt orthopädischen, internistischen, neurologischen und psychiatrischen Grundlagen.
- auf der Nutzung salutogener Potenziale, die sich vor dem Hintergrund dieser physiologischen Wirkmechanismen entwickeln.

Vgl. Schüle & Huber 2004

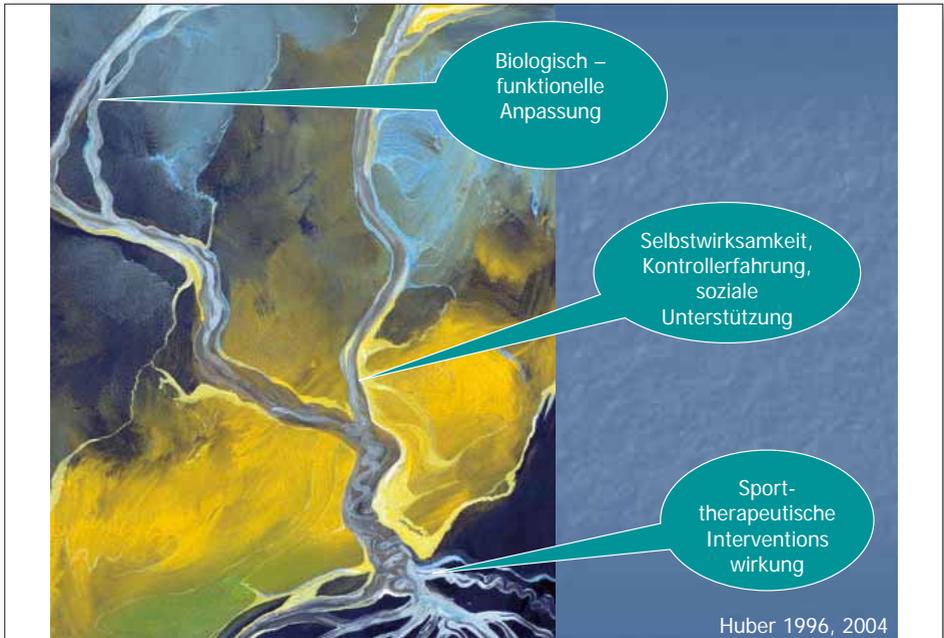




Wirkmechanismen aus Patientensicht



Huber 1999



Starke Evidenzbasierung für die Wirkung von Bewegung und Sport

- Gesamtsterblichkeit
- Herz - Kreislauf Erkrankungen
- Diabetes II
- Arthrose
- Osteoporose
- Krebserkrankungen
 - Prävention
 - Fatigue
 - Kachexie
- Adipositas
- Sturzprophylaxe
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- "Mental Health"

Physical Activity and Health A REPORT OF THE SURGEON GENERAL

www.cdc.gov 2006

.... inzwischen in Deutschland

“Noch gibt es keine Richtlinien für den indizierten Einsatz körperorientierter Verfahren und deren Stellenwert im Behandlungsplan der diversen psychischen Erkrankungen ist nicht klar.“

Neumann & Frasch 2005

In ein multimodales Therapiekonzept integrierte bewegungstherapeutische Angebote stellen ein kostengünstiges und risikoarmes Potenzial dar, das als Teil psychiatrischer Behandlung noch zu wenig genutzt wird.

Haltenhof & Brack 2004

Die Bedeutung des Sports in der Behandlung und Rehabilitation schizophrener Patienten ist kaum untersucht.

G. Längle, G. Siemßen, S. Hornberger 2000



Short cut zur Evidenz Recherche in Medline

Zugriff im Mai 2007

- **Schizophrenia, Physical Exercise:**
Keine Interventionstudien, „methodische“
Fragestellungen, keine epidemiologische Studien
- **Depression**
 - Ein Review (Dunn et al. 2001)
 - wenige Interventionsstudien (z. B. Singh et al 2001, Kubesch et al. 2004)
 - verschiedene Kohortenstudien (z. B. Harris et al 2006; Wise et al. 2006)
- **Eating disorders**
 - “Conflicting evidence”

“Physical activity, dose-response effects on outcomes of depression and anxiety.”

“Observational studies demonstrate that greater amounts of occupational and leisure time physical activity are generally associated with reduced symptoms of depression.

Quasi-experimental studies show that light-, moderate-, and vigorous-intensity exercise can reduce symptoms of depression.

However, no RCTs have varied frequency or duration of exercise and controlled for total energy expenditure in studies of depression or anxiety.”

Dunn et al. Med Sci Sports Exerc 2001 Jun;33

Positive effect of training on:

	Strong evidence A	Moderate evidence B	Limited evidence C	No evidence D
Pathogenesis				■
Symptoms specific to the diagnosis	■			
Physical fitness or strength	■			
Quality of life	■			

Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2006)
Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease.
Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 16 (S1), 3-63.

Gliederung

1. Was ist Sport und Bewegungstherapie?
2. Was sind psychische Effekte?
3. Evidenz??
4. Beispiele
5. Konsequenzen

Sporttherapeutisches Konzept im Rahmen der stationären Depressionsbehandlung

- Modul 1:
Veränderung depressiver Einstellungen
- Modul 2:
Aktivitätssteigerung
- Modul 3:
Anregung von sozialer Interaktion
- Modul 4:
Beeinflussung auf biochemischen Ebene

Huber 1991



Huber & Reimer 1992 Galenus Mannheim

Bewegungstherapie und Adipositas

Zielsetzung:

Entwicklung und Evaluation eines kognitiv – behavioralen Ansatzes der Sporttherapie auf der Basis des Konzeptes von Fairburn & Cooper.
 Cooper Z.; Fairburn C.G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity
[Behaviour Research and Therapy](#), Volume 39, Number 5, May 2001, pp. 499-511(13)

Pilotstudie:

Glaser (2006) in Kooperation mit ZI Mannheim

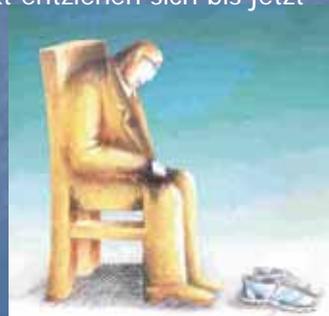


Sporttherapie und "Cognitive –Behavioral Treatment of Obesity"

Modul II	Establishing and maintaining weight loss	Ausdauerbelastungen Kraftausdauer und Körperwahrnehmung
Modul III	Addressing barriers to weight loss	s. o. Analyse von Nutzerbarrieren Bewegungstagebuch
Modul IV	Increasing activity	Steigerung der Trainingsumfänge, Erkunden von „Freizeitsportarten“
Modul V	Addressing body image concerns	Zusätzlich Körperwahrnehmung „Wie möchte ich aussehen?“
Modul VI	Addressing weight goals	Vermittlung der dazu notwendigen "Exercise Skills"
Modul VII	Addressing primary goals	Vermittlung der dazu notwendigen "Exercise Skills"
Modul VIII	Healthy Eating	„Welchen Einfluss hat Bewegung auf mein Essverhalten?“
Modul IX	Weight maintenance	Integration in den Tagesablauf

Zusammenfassung

- Bewegung und Sport haben vielfältige positive psychische Effekte.
- Diese sind u. a. abhängig von der Art der Intervention.
- Bewegung und Sport kann bei nahezu jeder psychischen Störung effektiv eingesetzt werden.
- Bewegung und Sport sollte kein additiver, sondern ein integraler Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes sein.
- Die Evidenzlage wird schlechter bei konkreten Krankheitsbildern.
- Die (wahrscheinlich) vorhandenen Effekt entziehen sich bis jetzt der Forschung.



Future studies should test this multivariable model and further assess specific patient-level characteristics and exercise types.

Cochrane Database
Hayden et al. 2005



Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften



Berufsbezogene Therapieangebote in der medizinischen Rehabilitation

Silke Neuderth, Christian Gerlich & Heiner Vogel

gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesministerium für Bildung und Forschung
Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften - Umsetzungsprojekte

Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation

- Probleme (v. a. bei Trägerwechsel)
 - lange Wartezeiten
 - Mangel an Information und fachlicher Beratung
 - Motivationsverlust und Verlust der Lebensqualität
- SGB IX: stärkere Verzahnung von medizinischen und beruflichen Maßnahmen

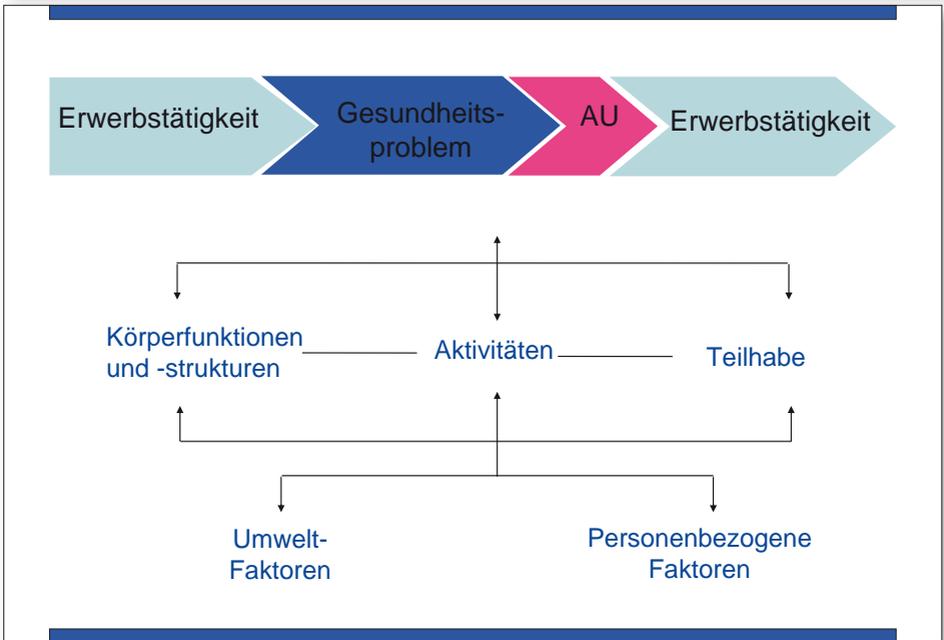
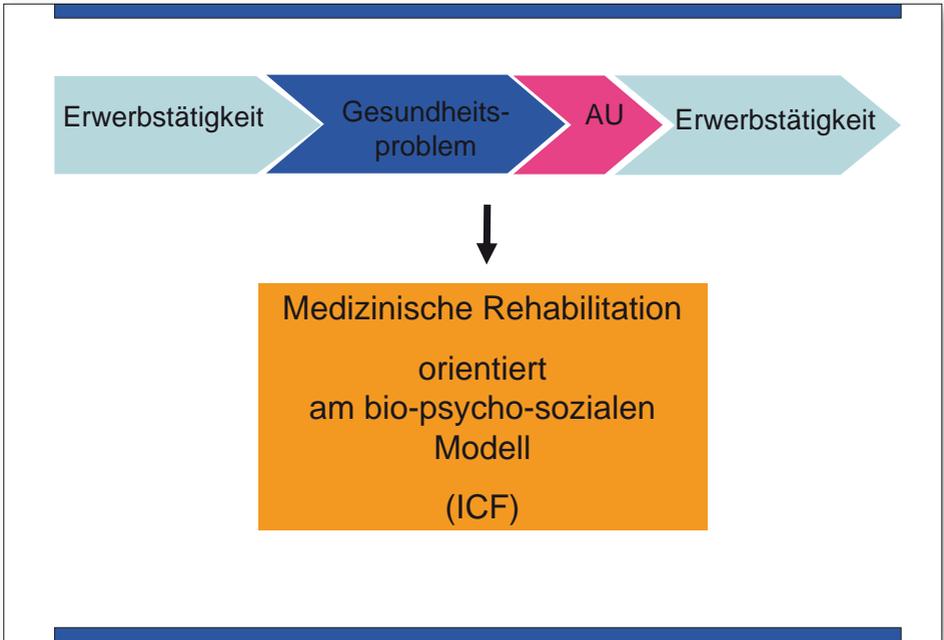
Bemühungen um Verzahnung

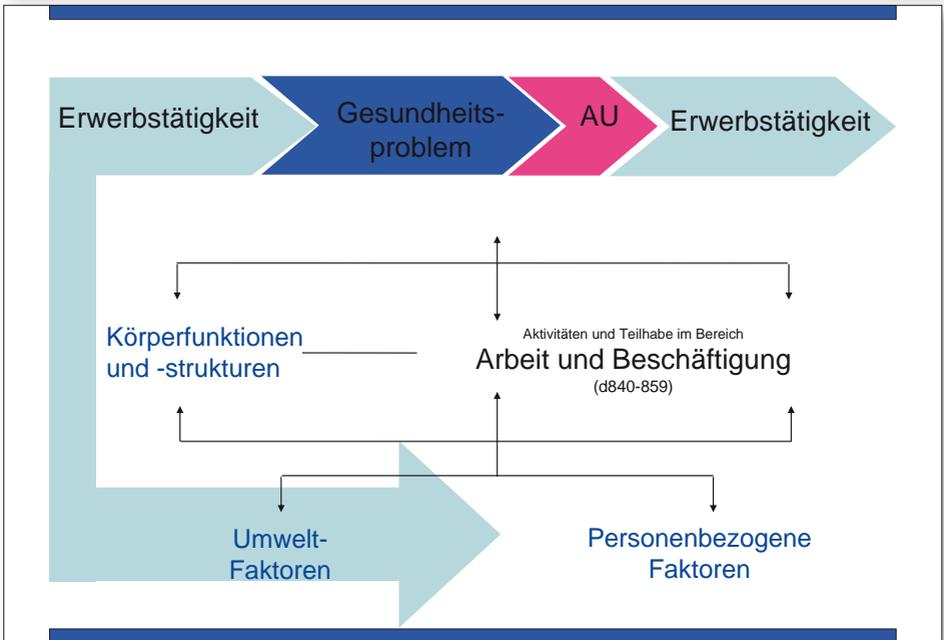
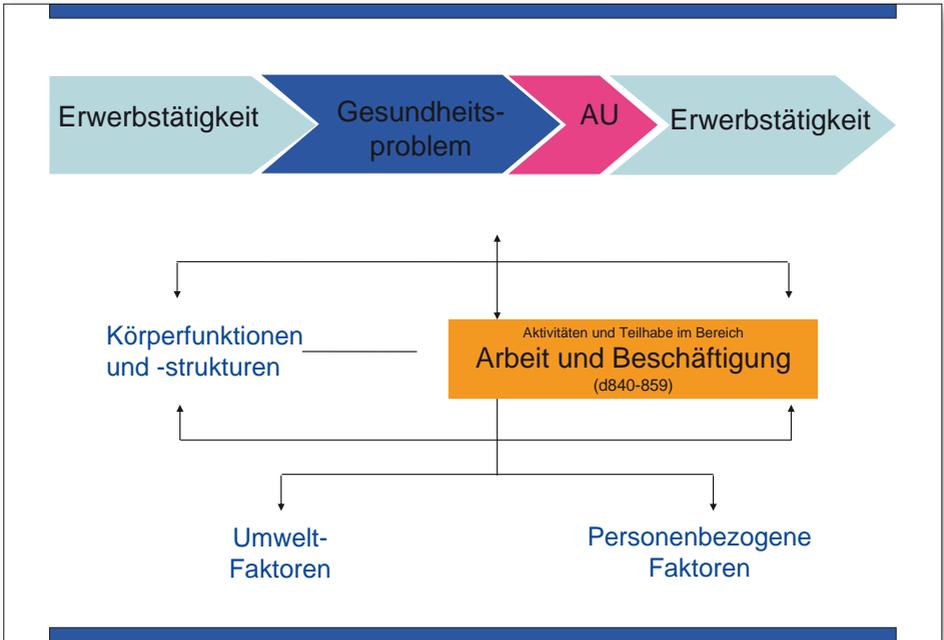
- Reha-Kommission des VDR (1991)
- Reha-Kommission-Berufsförderung des VDR (1997)
- BAR: Positionspapier (1998)
- BfA (2000): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien in der medizinischen Rehabilitation
- Unfallversicherung: Berufshelfer
- SGB IX: verstärkt Fokus auf Wiedereingliederung
- Phase-II-Einrichtungen
- **Reha-Kliniken**

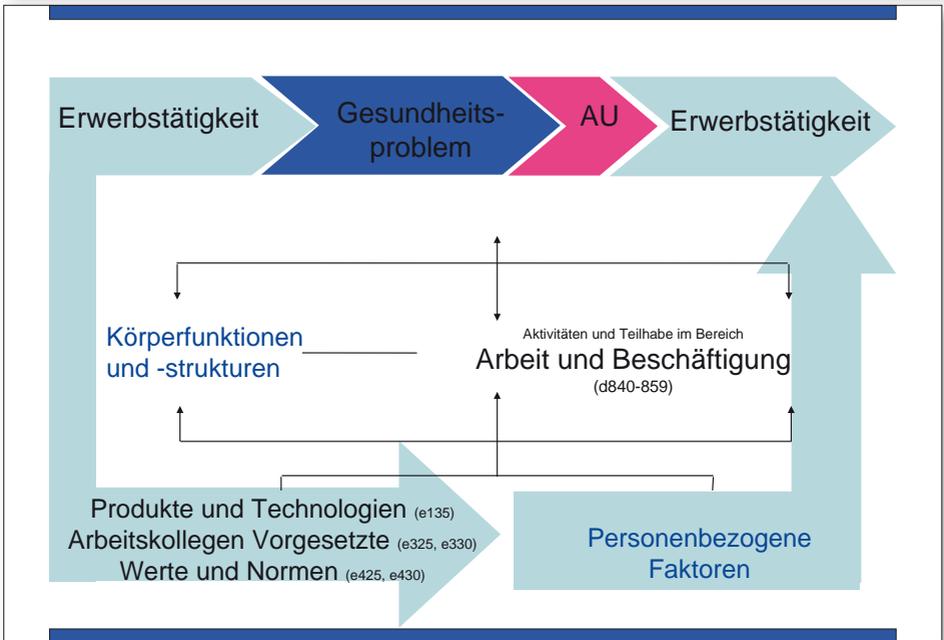
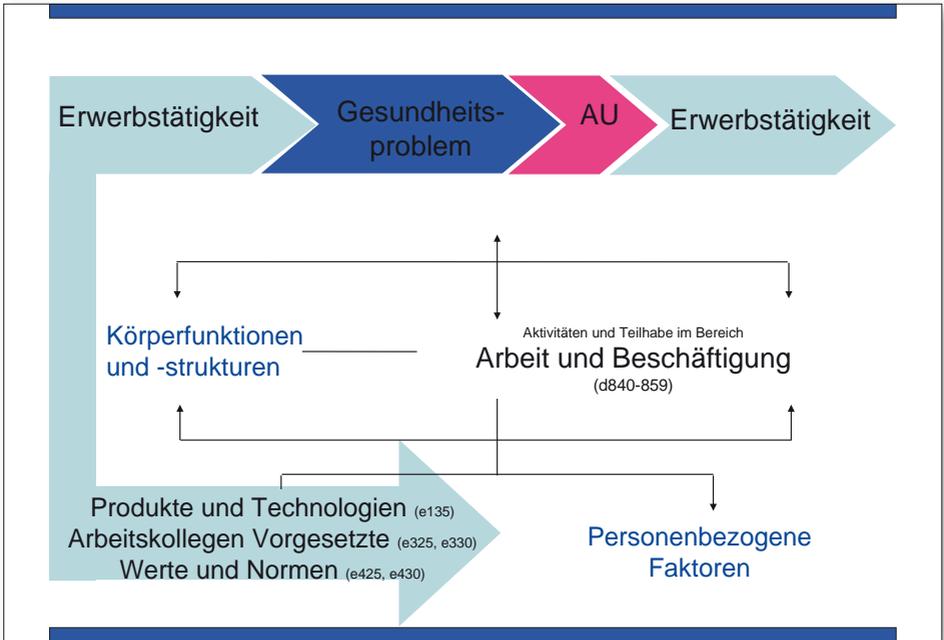


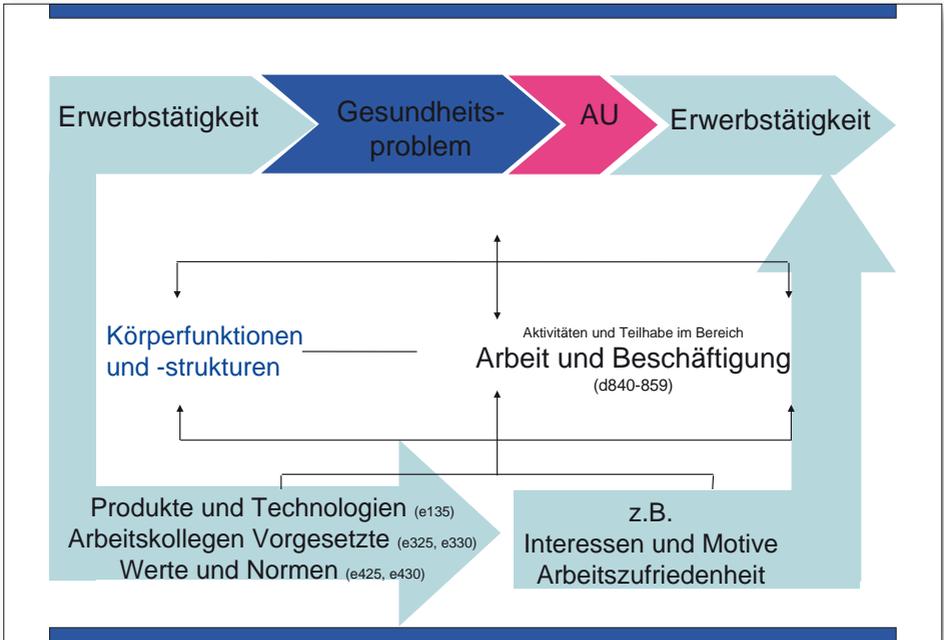
Arbeitsdefinition

Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation ist die **verstärkte Ausrichtung des Rehabilitationsprozesses auf gesundheitsrelevante Faktoren des Arbeitslebens**, deren frühzeitige Identifikation und das Angebot an Rehabilitationsleistungen, die gezielt auf den Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung zugeschnitten sind.

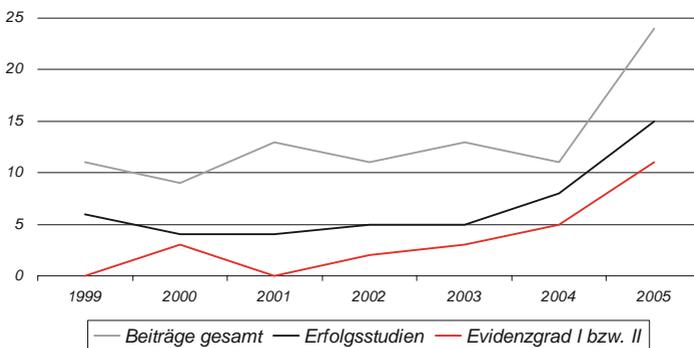








BO-Maßnahmen auf Rehakolloquien



Stand: November 2005, Quelle: Streibelt 2007 im Druck

Berufliche Orientierung

- Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften
(Gemeinsames Programm der DRV und des BMBF)
- Berufsbezogene Umsetzungsprojekte
 - C1: berufsbezogenes Schulungsmodul
 - C2: Screening-Instrument zur Identifikation beruflicher Problemlagen und berufsbezogenem Rehabedarf
 - C3: Sammlung und Bewertung berufsbezogener Interventionen

BO Bedarf (Radoschewski et al., 2007)

Kriterien (Quelle: E-Berichte BfA 2003)	Somatik	Psycho-somatik
	N = 28.561	N = 7.986
besondere berufl. Problemlage	30,4%	47,1%
nur eingeschränkte LF bish. Tätigk. (<6h)	4,4%	2,2%
nur AU-Zeiten vor Reha > 3 Mon.	14,2%	22,6%
nur Arbeitslosigkeit	3,4%	7,9%
mehrere Kriterien	8,7%	14,4%

BO Bedarf (Radoschewski et al., 2007)

Berufliche Problemlagen (Quelle: Klinikbefragung 2005; N=763; Response 68%)	Indikation	
	Gesamt	Psycho- somatik
Keine/allgemeine berufl. Problemlagen „Keine Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit gefährdet, aber noch nicht wesentlich eingeschränkt“	58%	24%
Besondere berufliche Problemlagen „Erwerbsfähigkeit stark gefährdet oder bereits eingeschränkt“	25%	29%
Stark ausgeprägte berufl. Problemlagen „Erwerbsfähigkeit stark eingeschränkt bzw. nicht mehr gegeben“	17%	47%

Identifikation von BO-Bedarf

- Berufsbezogene Anamnesen / Beurteilung des Arztes
- Selbst entworfene Screening-Fragebögen
- Standardisierte Testverfahren z. B. IRES, AVEM, SF-36
- Profilvergleichsverfahren (Melba, IMBA, EFL)
- Fachspezifische Diagnostik (z. B. Neuropsychologie, Ergotherapie)
- Erfassung von Funktionsstörungen in Arbeitstherapie/ABE

→ Kein einheitliches Vorgehen, keine Standards

Mögliche Prädiktoren für (Nicht-)Rückkehr an Arbeitsplatz

- Einstellungen und Erwartungen, z. B. subjektive Erwerbsprognose
- Soziodemografische Faktoren, z. B. Erwerbsstatus
- Psychosoziale Faktoren, z. B. Depressivität
- Medizinische Parameter, z. B. Schwere der Erkrankung

Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit

- Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?
- Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?
- Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Renten-antrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

(Mittag & Raspe, 2003)

Mögliche Prädiktoren für (Nicht-)Rückkehr an Arbeitsplatz

- Einstellungen und Erwartungen, z. B. subjektive Erwerbsprognose
- Soziodemografische Faktoren, z. B. Erwerbsstatus
- Psychosoziale Faktoren, z. B. Depressivität
- Medizinische Parameter, z. B. Schwere der Erkrankung

Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit

- Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?
- Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?
- Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

(Mittag & Raspe, 2003)

Einstellungen und Erwartungen

- Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt?
- Wie denken Sie über Ihre zukünftige Erwerbstätigkeit?
- Wie bald nach Abschluss der Reha-Maßnahme hoffen Sie, Ihre Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen?
- Glauben Sie, dass nach Ihrer Reha-Maßnahme Probleme bei der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben auftreten werden?
- Wie wird sich Ihre Situation auf lange Sicht entwickeln?

Soziodemographische und objektive Parameter

- Alter
- AU-Zeiten in den zwölf Monaten vor Reha-Beginn
- Arbeitslosigkeit zu Reha-Beginn

Screening-Verfahren

- SIBAR (Bürger & Deck, Hamburg)
- SIMBO (Streibelt, Müller-Fahrnow et al., Berlin)
- Würzburger-Screening (Löffler, Wolf, Vogel, Würzburg)



Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften
Umsetzungsprojekt

**Sammlung und Bewertung von
Interventionen zur Bearbeitung
beruflicher Problemlagen während der
medizinischen Rehabilitation**

gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesministerium für Bildung und Forschung

Projektziele

1. Bundesweite Bestandsaufnahme zu berufsorientierten Interventionen
2. Bewertung der berufsorientierten Interventionen
3. Strategie zur Verbreitung von BO-Interventionen

1. Erhebungsschritt

Bundesweite Bestandsaufnahme

- Screening-Charakter
- Rentenversicherungseigene und federführend belegte Einrichtungen
- stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation
- alle Indikationen

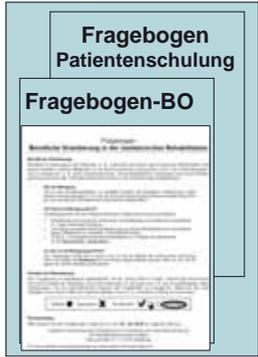
- schriftliche Befragung
- Adressenbasis: Datenbank des QS-Verfahrens der DRV
- Koordinierte Datenerhebung der Umsetzungsprojekte

Zusammenarbeit

PORTAL¹
F.M. Radoschewski
Charité Berlin

Umsetzungsprojekt C2
Screening
H. Vogel et al.
Universität Würzburg

Umsetzungsprojekt C3
BO-Interventionen
S. Neuderth et al.
Universität Würzburg



Deutsche Rentenversicherung
(BfA und VDR)
Berlin

Umsetzungsprojekt A2
Zentrum Patientenschulung
H. Faller et al.
Universität Würzburg

¹PORTAL: Partizipationsorientierte Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben

Fragebogen

7. Berufsbezogenes Interventionsangebot
Im Folgenden sind wesentliche Interventionsbereiche sowie für berufsbezogene Maßnahmen aufgeführt. Benennen Sie bitte die von Ihnen angebotenen Maßnahmen im jeweiligen Interventionsbereich (es genügt ein kurzer, von Ihnen verwendeter „Schlüssel“) und charakterisieren Sie bitte die Maßnahmen nach den vorgegebenen Kriterien.

(1) Bieten Sie Maßnahmen zur Verbesserung beruflicher Schlüsselqualifikationen und Handlungskompetenzen (z. B. Kommunikation, Konflikt- oder Teamfähigkeit) an?

Nein

Ja, und zwar folgende:

Nr.	Maßnahme	A	B	C
1				
2				
3				

Wie wird die Maßnahme eingesetzt? / durchgeführt?
Bitte kreuzen Sie an, wie für die unter A, B oder C genannte Maßnahme lautet:

Die Maßnahme ...	A	B	C
... wird berufsgruppenspezifisch eingesetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wird in einer speziellen Therapie-Gruppe realisiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wird ausschließlich in Einzeltherapie durchgeführt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wird gemeinsam mit einer externen Einrichtung durchgeführt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist noch in Planung / Erprobung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BerufsOrientierte Interventionsbausteine

benennen

kurz charakterisieren

Zielbereiche berufsbezogener Interventionen

Schlüsselqualifikationen,
Handlungskompetenzen

Belastbarkeit, Ausdauer,
Motivation

Beratung, Interessenfindung,
Vermittlung von Kontakten



Datenbasis

Angeschriebene Reha-Einrichtungen (Datenbank des QS-Verfahrens)		1127
	stationär	985
	ambulant	142
Eingegangene Fragebögen		763
	stationär	518
	ambulant	89
	beides	128
Rücklaufquote		68%

Ergebnisse

Rücklauf Bestandsaufnahme

Fragebögen:
763

BO-Interventionen

Einrichtungen:
683 (90%)

Maßnahmen:
3170

Beispiele

A

Arbeitsfindung
 Arbeitsgemeinschaften
 Arbeitsintensivwoche
 Arbeitslehre / Arbeitstherapie
 Arbeitslosenberatung
 Arbeitslosengruppe
 Arbeitslosen-Initiativen
 'Arbeitslosigkeit'
 Arbeitsmedizinische Belastungsprüfung
 Arbeitsmedizinische Beratung
 Arbeitsmotivation
 Arbeitsplatzanalyse
 Arbeitsplatzberatung
 Arbeitsplatzberatung Büro
 Arbeitsplatzberatung Ergotherapie
 Arbeitsplatzberatung PC
 Arbeitsplatzbesuch
 Arbeitsplätze im Haus
 Arbeitsplatzhalterhaltende Maßnahmen
 Arbeitsplatzgestaltung
 Arbeitsplatzgruppe
 Arbeitsplatzkonfliktbewältigungsgruppen
 Arbeitstherapie
 Arbeitstherapie intern
 Arbeitstherapie extern
 Arbeitstherapie generell
 Arbeitstherapie indikativ
 Arbeitstherapie in Gruppen
 Arbeitstherapie / Praktikum

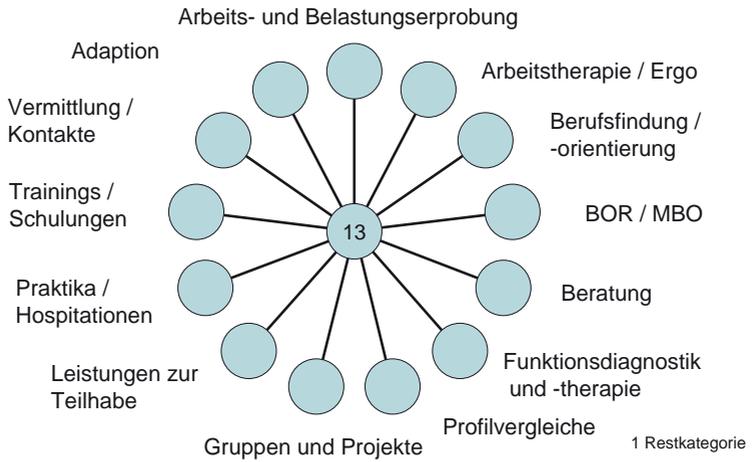
Arbeitstherapie [auch selbstangelernt]
 Arbeitstherapie [mit Schlüsselqualifikation]
 Arbeitstherapie Hauswirtschaft
 Arbeitstherapie Holzwerkstatt
 Arbeitstherapie in Küche
 Arbeitstherapie 'Landschafts-und Gartenbau'
 Arbeitstherapie Schlosserei / Reparatur
 Arbeitstherapie Schreinerei / Renovierung
 Arbeitstherapie mit arbeitsplatzähnlichen Belastungen
 Arbeitstherapie Besprechung
 Arbeitstherapie Reflexion
 Arbeitstherapie Bilanzgespräch
 Arbeitstherapie-Tag [1mal wöchentlich; ganztags]
 Arbeitstherapie-Projekttag

...

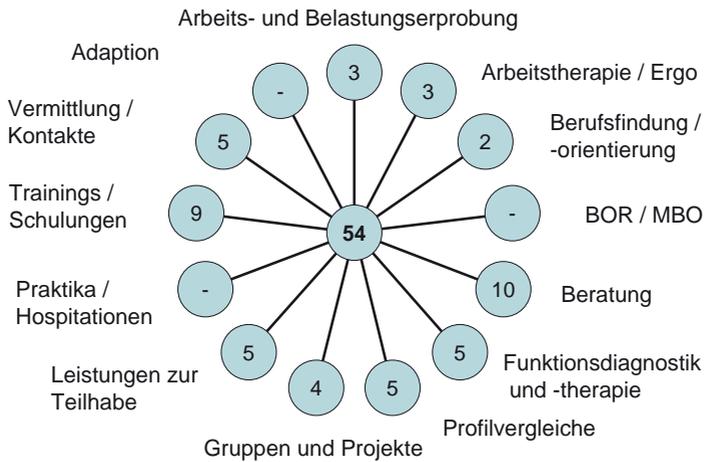
Werktherapiegruppe
 Wiedereinstiegsgruppe
 Wir haben Verbindung zum BfW Eckert- Regentafel
 Work-hardening
 Work-hardening / Physiotherapie
 'Wozu arbeite ich?'
 ZERA - Zusammenhang Leistung + Erkrankung
 Zukunfts-Bewerbingstraining
 Zukunftsplanung

Zusammenarbeit

Kategorisierung



Anzahl der Unterkategorien

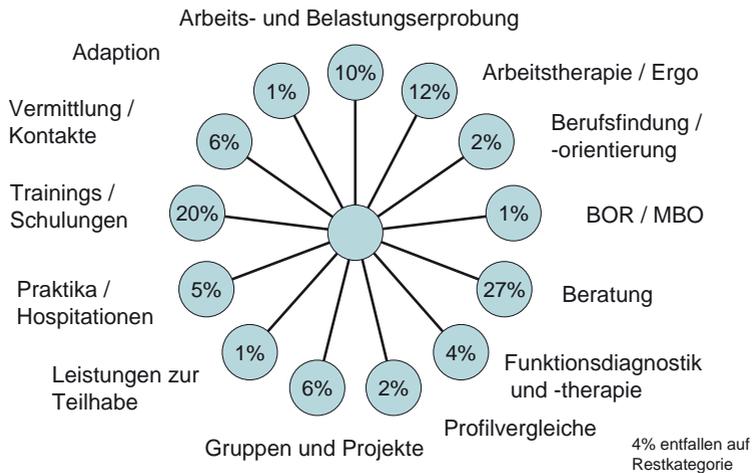


Training Schulung

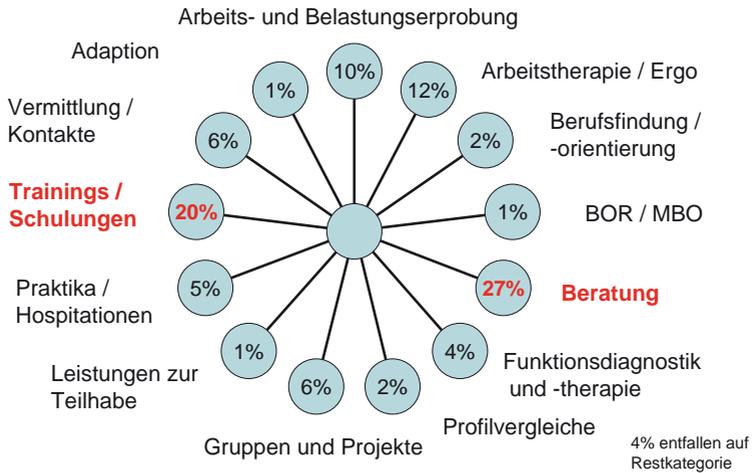
Beispiel Unterkategorien

- EDV / Büro
- Bewerbung
- Teamfähigkeit / Problemlösen / Konflikte
- Selbstwert / Soziale Kompetenz
- Kommunikation
- Stress und Entspannung
- Ergonomie
- Schulische Qualifizierung
- Sonstige

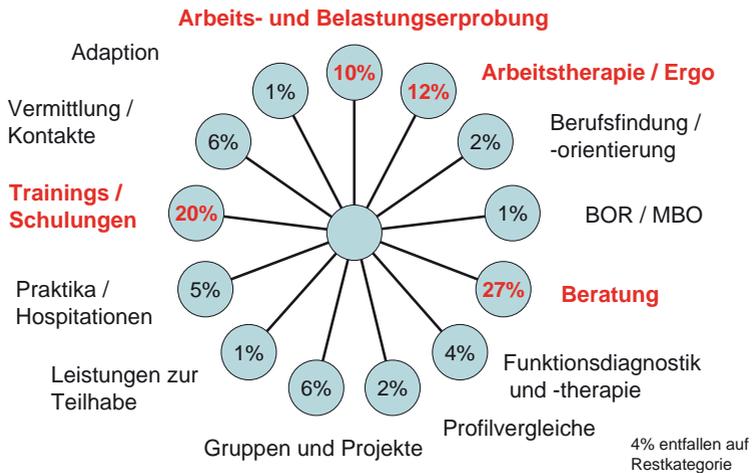
Verteilung auf die Kategorien



Verteilung auf die Kategorien



Verteilung auf die Kategorien



ausgewählte BO-Maßnahmen in häufigen Indikationen

%	Psycho- somatik	Sucht	Neuro- logie	Ortho- pädie	Kardio- logie	Onko- logie
>75	Beratung		Beratung			
>50	Trainings ABE	Trainings Beratung AT	ABE	Beratung	Beratung	Beratung
>25	AT	ABE	Trainings	Trainings	Trainings	Trainings
<25			AT	AT ABE	AT ABE	AT ABE

ausgewählte BO-Maßnahmen in häufigen Indikationen

%	Psycho- somatik	Sucht	Neuro- logie	Ortho- pädie	Kardio- logie	Onko- logie
>75	Beratung		Beratung			
>50	Trainings ABE	Trainings Beratung AT	ABE	Beratung	Beratung	Beratung
>25	AT	ABE	Trainings	Trainings	Trainings	Trainings
<25			AT	AT ABE	AT ABE	AT ABE

ausgewählte BO-Maßnahmen in häufigen Indikationen

%	Psycho- somatik	Sucht	Neuro- logie	Ortho- pädie	Kardio- logie	Onko- logie
>75	Beratung		Beratung			
>50	Trainings ABE	Trainings Beratung AT	ABE	Beratung	Beratung	Beratung
>25	AT	ABE	Trainings	Trainings	Trainings	Trainings
<25			AT	AT ABE	AT ABE	AT ABE

ausgewählte BO-Maßnahmen in häufigen Indikationen

%	Psycho- somatik	Sucht	Neuro- logie	Ortho- pädie	Kardio- logie	Onko- logie
>75	Beratung		Beratung			
>50	Trainings ABE	Trainings Beratung AT	ABE	Beratung	Beratung	Beratung
>25	AT	ABE	Trainings	Trainings	Trainings	Trainings
<25			AT	AT ABE	AT ABE	AT ABE

Verteilung über Maßnahmekategorien

	N	%
Schlüsselqualifikationen, Handlungskompetenzen	949	30
Belastbarkeit, Ausdauer, Motivation	830	26
Beratung, Interessenfindung, Vermittlung von Kontakten	1058	33
Sonstige	333	11
	<hr/> 3170	<hr/> 100

Fazit Bestandsaufnahme

- Fast alle Reha-Einrichtungen benennen BO-Intervention
 - Breites Spektrum an Maßnahmenbenennungen
 - Stärkere Verbreitung in Psychosomatik / Sucht
 - Gleiche Bezeichnung, unterschiedliche Zielsetzung
- Schaffung von mehr Versorgungstransparenz durch **Klärung der Bezeichnungsvielfalt** und Vereinheitlichung der heterogenen Begriffsverwendung

2. Erhebungsschritt

Ausführliche Maßnahmenbeschreibungen

- Inhaltsbeschreibung
- Ablaufdarstellung
- Ein-/Ausschlusskriterien
- Dauer
- Häufigkeit
- Spezifität (Berufe, Indikationen)



Charakterisierung berufsbezogener Interventionsmaßnahmen

Ihre Maßnahme *: **Berufsorientierung**

*Entsprechend Ihrer Angaben in der bundesweiten Bestandsaufnahme

1 Detaillierte Beschreibung der Maßnahme

1.1 Beschreibung der wesentlichen Inhalte der Maßnahme

Beispiele: Bei der Belastungserprobung werden berufsspezifische Tätigkeiten / Bewegungen durchgeführt, z. B. für Lagerarbeiten müssen Kisten gehoben werden.

Im Gruppenprogramm „xy“ werden folgende Themen angesprochen...

Sie können auch gerne Beschreibungen aus Flyern und Klinikprospekten beilegen.

Die Maßnahme wird in enger Kooperation mit dem Bildungszentrum Beruf-Gesundheit, Bad Krozingen durchgeführt.

Je nach den mitgebrachten Voraussetzungen und Vorgaben durch den Kostenträger können die Inhalte variieren. Zu Beginn der Maßnahme wird ein individuell auf den Patienten zugeschnittener Förderplan mit konkreten Inhalten erstellt.

Ausführliche berufspädagogische, psychologische und medizinische Diagnostik sowie mannigfaltige berufliche Selbsterfahrungsmöglichkeiten für die Teilnehmer bilden den Kern dieser Maßnahme

Inhalte sind:

- Berufliche Information und Beratung
Abklärung der Motivation und beruflichen Interessen
Anleitung zur selbstständigen, arbeitsmarkt-bezogenen Informationsbeschaffung
Information über Berufsbilder /Qualifizierungen / Ausbildungsstätten mittels
Schriftunterlagen und Videomaterial sowie Kurs-Online Datenbank
- Klärung der Neigungen und Interessen
Berufspädagogische Anamnese
- Psychologische (Eignungs-) Diagnostik
Diagnostisches Anamnesegespräch
Eignungs- und Leistungsuntersuchung
- Klärung der vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten
Erprobung mittels standardisierter Arbeitsproben auf unterschiedlichen Niveaus in den
Anforderungsschwerpunkten Wirtschaft, Verwaltung, EDV, Handwerk / Technik und
Soziale Kompetenz
- Berufliche Erprobung - Hospitation
Hospitation in der Übungsfirma InForm des Bildungszentrums Beruf + Gesundheit
Hospitationen in Betrieben und Einrichtungen der Region Südbaden

Quelle: Schwarzwaldklinik Bad Krozingen

1.2 Ablaufbeschreibung der Maßnahme

Beispiel: Der Patient bekommt zu Rehabeginn den IRES-Fragebogen vorgelegt, danach ausführliche Berufsanamnese durch Arzt, ab 2. Woche Eintritt in Arbeitstherapie

Bitte legen Sie ggf. Beschreibungen (QM-Handbuch, Ablaufdiagramme) bei.

Ergibt die Belastungserprobung während der medizinischen Rehabilitation, dass eine Rückkehr in den Beruf nicht mehr möglich ist, erfolgen berufsorientierende Maßnahmen.

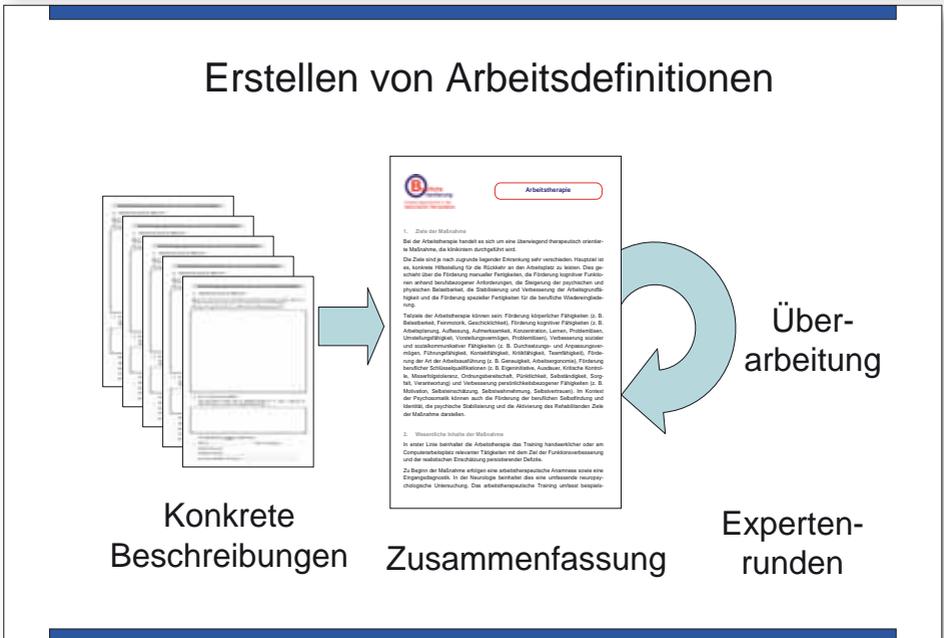
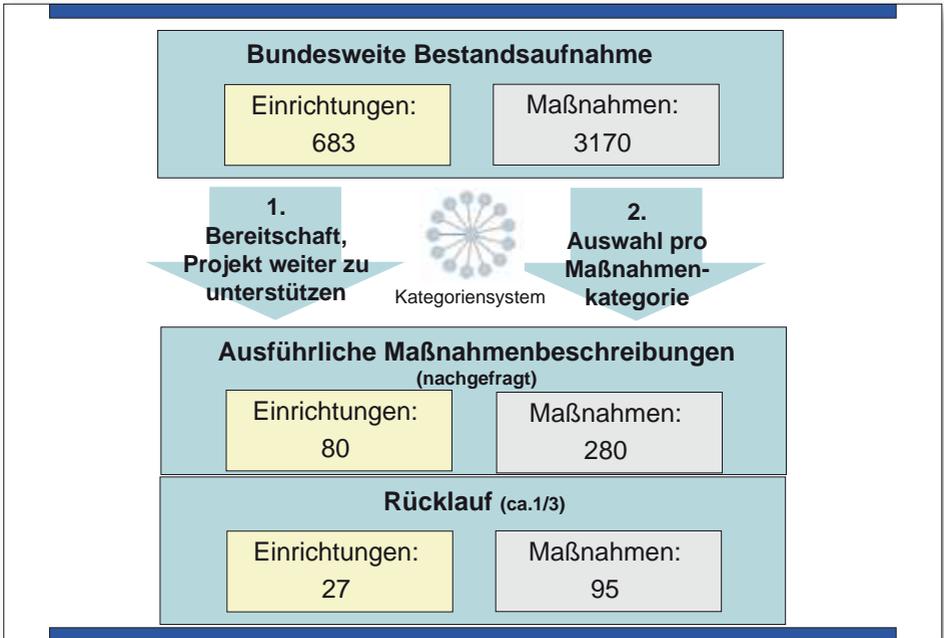
Klinikintern wird eine Motivations- sowie Eignungsabklärung vorgenommen (IST-2000, d2, MTVT, NST, BIT, BET). Zusätzlich werden je nach Neigungen erste Vorerprobungen im gewerblich-handwerklichen oder kaufmännischen Bereich vorgenommen.

Extern im Bildungszentrum Beruf und Gesundheit Bad Krozingen findet dann spezifische Erprobungen, berufspädagogische Beratungen, ausführliche berufliche Information und Beratung statt

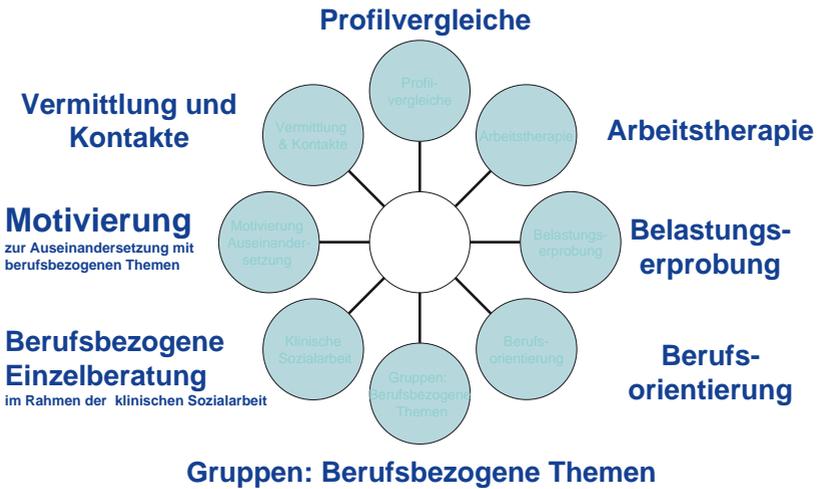
Mit den Patienten werden Belastbarkeit, beruflichen Interessen und Fähigkeiten sowie in Frage kommende konkrete berufliche Alternativen und Qualifizierungsmöglichkeiten ausführlich besprochen.

Zum Abschluss der Maßnahme findet ein gemeinsames Gespräch mit dem Berufshelfer der Berufsgenossenschaft statt, um die Wartezeit auf nachfolgende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Umschulung) möglichst kurz zu halten.

Quelle: Schwarzwaldklinik Bad Krozingen



BO-Maßnahmen in der medizinischen Reha



Beispiel: Belastungserprobung

Berufs-spezifische Belastungserprobung	Tätigkeits-spezifisch Belastungserprobung	Berufliche Belastungserprobung in der Psychosomatik
Schwerpunkt: „Performance“ Einschätzung	Schwerpunkt: „Capacity“ Einschätzung	Diagnostische und therapeutische Schwerpunkte
Überprüfung der beruflicher Belastbarkeit und Kernkompetenzen unter realen Bedingungen	Überprüfung der beruflichen Leistungsfähigkeit unter Standardbedingungen	Aufzeigen und Erfahren von Fertigkeiten und Defiziten unter realitätsnahen Bedingungen der Arbeitswelt

Berufliche BE (Psychosomatik)

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung psychische und physische Belastungsfähigkeit, Schlüsselqualifikationen, Sozialverhalten. • Abgleich von Leistungs- und Anforderungsprofil. • Förderung realitätsgerechter Selbsteinschätzung.
Wesentliche Inhalte	Überprüfung / Förderung unter realen / realitätsnahen Arbeitsbedingungen zumeist in externem Betrieb (Praktikum). Dauerbelastbarkeit, Verhalten bei Mehrfachanforderung, Arbeitsverhalten und -leistung, Sozialverhalten, psychische und körperliche Belastbarkeit.
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelmaßnahme, außerhalb der Klinik einer Firma unter üblichen Arbeitsbedingungen (Praktikum) • Begleitende Therapiegruppen

Berufliche BE (Psychosomatik)

Instrumente/ Assessments	<ul style="list-style-type: none"> • Screening bzgl. beruflicher Problemlage • Arbeitsplatzbeschreibung, Anforderungsprofil • objektive Verfahren (z.B. d2, TAP, WTS) • Selbstbeurteilungsverfahren. (z.B. PACT, AVEM, FABQ)
Dauer und Frequenz	<p>Individuell, 2-4 Wochen</p> <p>Steigerung der tägl. Arbeitszeit von 2-4 auf 6-8 Std.</p>
Zielgruppe	<p>Rehabilitanden im berufsfähigen Alter</p> <ul style="list-style-type: none"> - eingeschränkte Leistungsfähigkeit / Belastbarkeit aufgrund psychischer Störungen bzw. Problemmuster, nachgewiesener kognitiver Störungen, körperlicher Einschränkungen, ungünstigem Arbeitsverhalten - Unklarheit bei sozialmedizinischen Beurteilung - Langzeitarbeitslosigkeit

Fazit

Versorgungstransparenz

Klärung der Bezeichnungsvielfalt als Voraussetzung für Weiterentwicklung des BO-Ansatzes.

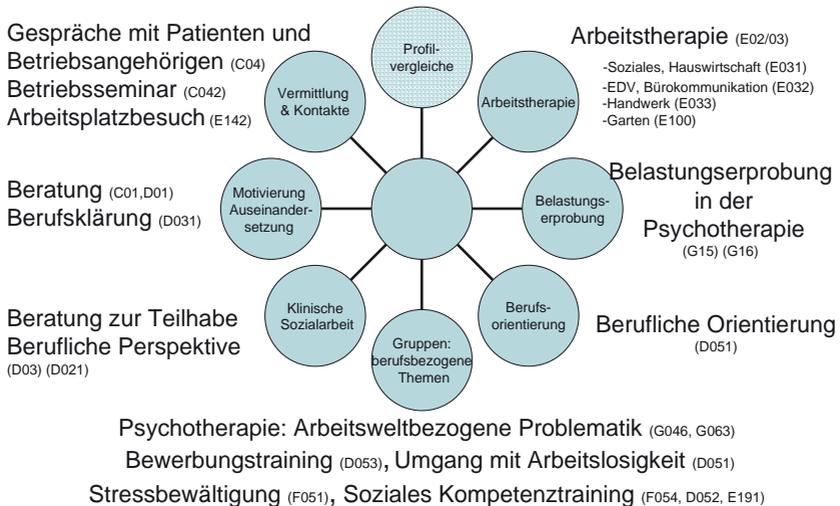
Arbeitsdefinitionen

Definitionsprozess aktuell noch nicht abgeschlossen, erster Schritt des notwendigen Klärungsprozess.

Arbeitsprozess sollte weitergeführt werden.

Ziel: Verstetigung des BO-Ansatzes.

Verschlüsselung mit KTL 2007



www.rehawissenschaften.uni-wuerzburg.de/bo



Kontakt

Dr. Silke Neuderth, Dipl.-Psych.

Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg

Klinikstraße 3
97070 Würzburg

Tel.: 0931-31 2076

Fax: 0931-31 6091

E-Mail: s.neuderth@uni-wuerzburg.de

www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de



Das Körpergeschehen in der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Behandlung

Bad Neustadt 2007

Günter Heisterkamp

Motto:

Hinter deinen Gedanken und Gefühlen, mein Bruder, steht ein mächtiger Gebieter, ein unbekannter Weiser - der heißt Selbst. In deinem Leibe wohnt er, dein Leib ist er. **Es ist mehr Vernunft in deinem Leibe, als in deiner besten Weisheit.** Und wer weiß denn, wozu dein Leib gerade deine beste Weisheit nötig hat?

(Nietzsche GW III, S. 301 f.)

1

Lebensbewegungen

"Nonverbale" Vorgänge sind keine sekundären Begleiterscheinungen ("Epiphänomene") eines Eigentlichen. Sie sind **originäre Lebensbewegungen**, in denen sich das Selbst ebenso bedeutsam artikuliert wie in den mentalen "Assoziationen" (Einfälle, Gedanken, Gefühle usw.)

„**Nie aber hat einer einen Körperteil, wie er einen Gegenstand der Außenwelt hat. Immer wird er seine Hand als die eigene erleben, und das unreflektierte (positionelle) Bewußtsein der Hand ist zu gleicher Zeit das Bewußtsein des ‚Eigen-Seins‘. Dieses Bewußtsein konstituiert die Hand als Beziehung zur Situation und als Teil dieser Situation und der Existenz.**“ (Buytendijk 1988, S. 265)

s. Geißler, P.; Heisterkamp, G. (Hg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Wien 2007

2

Ziele

- die **leibliche Dimension** des Wirkungsgeschehens zwischen Patient und Therapeut psychotherapeutisch erschließen
- **Fundierung** des Seelischen durch basale Formen des Wahrnehmens, Begreifens, Verstehens und Behandelns
- Sensibilisierung für die psychotherapeutische **Wirkungseinheit** zwischen P und T („Übertragung und Gegenübertragung“)

3

Vernachlässigt die Psychoanalyse den Körper?

- die Fundierung des Ichs im Körperlichen
- die Wichtigkeit des Körpers bei der Grundlegung der Trieb- und Entwicklungslehre
- das Konzept des Körperbildes und der Körperbildstörungen
- die psychologische Relevanz der subjektiven Vorstellungen über den Körper und seine Krankheiten
- die inkorporierten Erinnerungen
- die Dissoziationen zwischen Körper und Seele
- das weite Forschungsfeld psychosomatischer Erkrankungen
- **der Gegenstand: *das Erleben des Körpers und das Körpererleben***

(s. Bittner 1986, 1988, 1989 und Thomä 1992)

4

Praxeologische Leerstellen

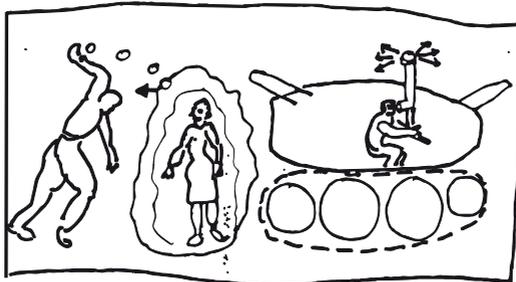
Das leibliche Erleben als subjektale Form der Selbstbewegung, Selbstwahrnehmung und des Selbstverstehens wird ausgeblendet,

- wenn ein **Körperausdruck** unmittelbar - d. h. nicht vermittelt durch das entsprechende Körpererleben des Patienten - mit einer **Deutung** / Erklärung verbunden wird (Beispiel: sich die Hand geben);
- wenn das, was für den Patienten **leiblich erlebt wird oder erlebbar ist**, übergangen oder vorausgesetzt wird (Nachspielen einer Körperhaltung);
- wenn sich die Abwehranalyse auf die **mentalen Abwehrmechanismen** beschränkt und die nur im leiblichen Erleben fassbaren **organismischen Abwehrmaßnahmen** unbeachtet bleiben (Verschiebung, Nagellack-Phobie);
- wenn der Therapeut eigene **leibliche Gegenübertragungsreaktionen** psychotherapeutisch transformiert und dabei das leibliche Erleben des Patienten als Zwischenschritt oder Grundlage des Verstehens und Begreifens **überspringt** (Gegenübertragung: mir ist zum Schreien);
- wenn **Körperbilder oder -phantasien** analysiert werden, ohne dass der Patient nachspüren kann, wie er sich in der aktuellen Situation selbstaktiv **verkörpert** (Beispiel Panzerkörper, s. Bild);

s. Heisterkamp, G.: Heilsame Berührungen, 2. Auflage 1999

5

„Kontakt ist gefährlich“ oder
„Panzerkörpergefühl“



Kafka 1992, S. 88

6

Analyse seelischer Lebensbewegungen

- Im intersubjektiven Geschehen bilden sich unmittelbare Bewegungsmuster heraus (**Herausbildung**)
- Patient und Therapeut stimmen sich grundlegend ab (**Abstimmung**)
- Über eine strukturelle Rückführung auf Kernformen vertieft sich das Selbsterleben (**Vertiefung**)
- Die Bewegungsbilder enthalten behandlungsmethodische Andeutungen (**Anspielung**)
- Dem Unbewussten werden operative Möglichkeiten der Artikulation geboten (**Bereitstellung**)
- Bedeutsame Behandlungsentwürfe werden in der Phantasie durchgespielt (**Vorstellung**)
- Die Handlungsproben werden intersubjektiv gestaltet (**Modulierung**)
- Der Patient lotet den Spielraum seiner Selbstbewegung aus (**Erprobung**)
- Die Handlungseinheit wird reflexiv begleitet und abgerundet (**Nachbereitung**)

Heisterkamp, G. (2007): Praxis der Analyse seelischer Lebensbewegungen. In: Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Wien 2007

7

Patient bewegt seinen Kopf

Ein Patient betonte bereits ziemlich am Anfang der Behandlung, dass seine Mutter für ihn „ein Hort von Geborgenheit“ gewesen sei. Nachdem er vorher bereits sehr ablehnend über seinen Vater berichtet hatte und bei den Aussagen zur Mutter den Kopf auf der Couch hin- und herbewegte (als wollte er körperlich sagen: „Das stimmt alles nicht“), griff ich diese Bewegung des Kopfes konkret auf. In solchen Situationen spüre ich immer wieder, wie sich mein Kopfdruck erhöht, wie ich mich anstrengte, den Patienten doch noch zu erreichen, und wie ich im Laufe meiner frustranen Bemühungen allmählich ärgerlich werde. Ich erwartete aufgrund der Vorerfahrungen, dass ein bloßes An- und Durchsprechen seiner Ausdrucksbewegungen in einen differenzierten sprachlichen Austausch geführt und sich dabei immer weiter von seinem Erleben entfernt hätte.

8

Indem er sich auf meine Anregung hin („Ich frage mich, was Ihre Kopfbewegungen in diesem Zusammenhang wohl bedeuten. Könnten Sie sich vorstellen, sich diesen einmal ohne Worte zu überlassen und nachzuspüren, was dann kommt?“) eine Weile seinen Ausdrucksbewegungen überließ, fand er Gelegenheit, die unbewusste Bedeutung seiner Kopfbewegung auszuloten. Dabei stellte er fest, dass er den Kopf weiter nach rechts bewegen konnte, während er bei der Bewegung nach links eine Verspannung spürte. Bald darauf erinnerte er sich daran, wie er im Ehebett zwischen seinen Eltern lag und stellte völlig überrascht fest, dass der Vater auf der beweglichen Seite, also rechts von ihm lag, während die Mutter auf der anderen Seite lag.

9

Dabei spürte er mit leibhaftiger Gewissheit, wie er sich bei der Linksbewegung (in Richtung seiner Mutter) verkrampfte und ihm die Rechtsbewegung (zu seinem Vater, bei dem er öfter im Bett schlafen durfte und an den er sich gerne „ankuschelte“) sehr leicht fiel. So wurde eine tiefe Spaltung und Störung der Triangulierung zugänglich, die mir wiederum zu einer größeren Sensibilität für die Spaltungsvorgänge im Übertragungsgeschehen verhalf.

Heisterkamp, G. (2007): Praxis der Analyse seelischer Lebensbewegungen. In: Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Wien 2007

10

Analyse seelischer Lebensbewegungen

- Im intersubjektiven Geschehen bilden sich unmittelbare Bewegungsmuster heraus (**Herausbildung**)
- Patient und Therapeut stimmen sich grundlegend ab (**Abstimmung**)
- Über eine strukturelle Rückführung auf Kernformen vertieft sich das Selbsterleben (**Vertiefung**)
- Die Bewegungsbilder enthalten behandlungsmethodische Andeutungen (**Anspielung**)
- Dem Unbewussten werden operative Möglichkeiten der Artikulation geboten (**Bereitstellung**)
- Bedeutsame Behandlungsentwürfe werden in der Phantasie durchgespielt (**Vorstellung**)
- Die Handlungsproben werden intersubjektiv gestaltet (**Modulierung**)
- Der Patient lotet den Spielraum seiner Selbstbewegung aus (**Erprobung**)
- Die Handlungseinheit wird reflexiv begleitet und abgerundet (**Nachbereitung**)

Heisterkamp, G. (2007): Praxis der Analyse seelischer Lebensbewegungen. In: Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Wien 2007

11

Eine Patientin vor zwei Inszenierungsvorschlägen

Nach etwa 150 Stunden spricht eine Patientin darüber, wie sie von ihrer Freundin wegen ihrer Fähigkeit, ihre Mahlzeiten zu regulieren und ihr Gewicht zu halten, beneidet und bewundert werde. Des Weiteren berichtet sie, dass sie von einem Mann zu einem ihr sehr wichtigen, sie aber auch sehr ängstigenden Dienstgespräch ermutigt worden sei. Obwohl ihr das liebevoll gesagt worden und auch so gemeint gewesen sei und ihr das auch alles gut tue, spüre sie weiterhin ein Unbehagen. Was ihr fehlt, offenbart die weitere Analyse: ein Gegenüber, das auch mit ihrer Angst mitgeht.

In dieser Stunde zeigt sich, dass ihre »Fähigkeit zu kontrolliertem Essen« der Ausläufer einer anorektischen Phase während der Pubertät ist, in der sich belastende frühe Trennungserfahrungen wiederholten. In der Kindheit litt sie zudem unter einer Angstneurose, die ebenfalls bis in die Gegenwart nachwirkt. Das Gespräch mit dem mächtigen Vorgesetzten ihrer Berufsorganisation belebt die Beziehung zu ihrem Vater, die heftigen Diskussionen und Machtkämpfe mit ihm, der ihr seine Überlegenheit demonstrierte. Ich merke, dass sie sich mehr wünscht, in ihrer Angst wahrgenommen als für die kompensatorisch erworbenen Fähigkeiten gelobt zu werden.

12

Der Versuch, eine analytische Einsicht auf sprachsymbolischer Ebene zu erzielen, scheint mir bei dieser intellektuellen Frau nicht hinreichend fundiert. Ich habe zwei Einfälle, um diese Situation erlebnisnäher ins Bild zu rücken. Ich teile ihr zunächst meine Vermutung mit, dass sie sich in ihrer Kindheit möglicherweise oft allein gelassen gefühlt und sich nach elterlicher Unterstützung gesehnt habe. Mein Vorschlag sei, dass wir uns einmal nebeneinander stellen und ich sie an die Hand nehme. Wir könnten aber auch etwas anderes ausprobieren. Ich würde mich etwas erhöht hinsetzen, während sie sich vor mich setzen und sich mit ihrem Rücken und ihrem Kopf an die Vorderseite meines Körpers anlehnen könnte. Nachdem sie eine Weile nachgedacht hat, antwortet sie: Spontan habe sie sich für den zweiten Vorschlag entscheiden wollen. Der habe sie sofort berührt, aber auch gleichzeitig geängstigt. Sie hatte als Mädchen unter den sexuellen Übergriffen ihres Vaters gelitten. Im Widerstreit zwischen der Sehnsucht nach diesem Halt und der Angst, in dieser Situation missbraucht zu werden, gestaltet sie die Szene um: Sie wolle sich hinlegen und ich solle mit meinem Stuhl in Reichweite zur Couch rücken. Zwischendurch guckt sie mich scheu und ängstlich, aber auch zärtlich an. Ich habe ein liebevolles Gefühl, wie wenn ich am Bett meiner kleinen Tochter sitze und mich über das Dasein und Sosein meines Kindes freue.

13

Ich erinnere mich, dass das eine ähnliche Situation wie die mit ihrem Vater ist, nur dass sie immer wieder entgleist ist, wenn er sie, die sich abends so sehr seine zärtliche Nähe gewünscht hatte, „so unangenehm befummelte“. Sie war dann immer zwischen Entsetzen und Sehnsucht erstarrt und blieb nach diesen schrecklichen Situationen todunglücklich zurück.

Nach einer Weile bittet sie mich, ihr meine Hand zu reichen. Sie legt ihre hinein. Ich bin sehr bewegt von der Zartheit dieser Begegnung, und auch sie ist sichtlich ergriffen. Tränen laufen ihr die Wangen hinunter. Sie spüre, wie sehr sie sich einen solchen Kontakt mit ihrem Vater immer gewünscht habe, wie wichtig es für sie sei, in ihrer Not wahrgenommen zu werden, wie tief ihre Sehnsucht nach Zärtlichkeit aus Angst vor Missbrauch verschüttet und wie misstrauisch sie gegenüber allen Annäherungen sei. In einer zarten Suchbewegung hat sie ihre Erfahrungen, Phantasien und Sehnsüchte, Enttäuschungen und Sicherungen in eine leib- und psychodramatische Szene eingebracht, die bis in unsere aktuelle Beziehung und ihr übriges Leben hineinwirken.

Heisterkamp, G. (1999): Heilsame Berührungen. 2. Aufl., Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, S. 158 f.

14

Das psychotherapeutische Werk

- Den zentralen Bezugspunkt analytischer Behandlung bilden die **Wirkungszusammenhänge zwischen Patient und Therapeut**, in denen jeder jeden bewegt (Übertragung und Gegenübertragung), und beide darüber hinaus noch von der umfassenden Wirkungseinheit bewegt werden.
- Die Behandlung ist auf die Lebensbewegung des Patienten bezogen, und die Rolle des Analytikers ist folglich durch eine **Mit-Bewegung** charakterisiert.
- Die wichtigsten Prinzipien sind: **Einfühlung** in den Patienten, **Selbstwahrnehmung** des Therapeuten, **Unterscheidung** von beidem und psychotherapeutische **Transformation**.
- Die **operative Teilhabe** des Patienten an der **Einrichtung** dieses Werkes, an seiner **Erhaltung** und **Gestaltung** oder auch an seiner **Wiederherstellung**, wenn es verloren gegangen ist, sowie die schließliche **Auflösung** begründen und ermöglichen **selbstschöpferische Wandlungserfahrungen**.

s. Heisterkamp, G.: Basales Verstehen. Stuttgart 2002

15

Peter Geißler

Die Körperpsychotherapie im Spiegel der Säuglingsforschung

Die zeitgenössische Säuglingsforschung der letzten 25 Jahre hat unser Bild vom Baby revolutioniert. Martin Dornes hat dafür den Begriff „der kompetente Säugling“ geprägt. Die Säuglingsforschung hat uns neue und faszinierende Einblicke in die vielfältigen sozialen Fähigkeiten von Babys möglich gemacht. Nicht zuletzt war dafür die Möglichkeit ausschlaggebend, die komplexe Interaktion zwischen dem Säugling und seinem jeweiligen Interaktionspartner mit Hilfe moderner Technik zu analysieren – z. B. durch Aufzeichnung der Interaktion auf Video und nachfolgender Videomikroanalyse. Als Folge dieser Forschung wurden bestimmte psychoanalytische Entwicklungstheorien zumindest diskutiert, in Teilen revidiert – denken Sie an die Theorie der Individuation und Separation von Margret Mahler, besonders das Konzept der „autistischen Phase“. Die Säuglingsforschung hat, gemeinsam mit anderen Forschungsgebieten - wie Affektforschung, Gehirnforschung, Bindungsforschung, Humanethologie, um nur einige zu nennen – eine sehr angeregte Diskussion ausgelöst, die darauf hinausläuft, die Rolle des Körpers auch im psychotherapeutischen Kontext neu zu bewerten – Stichwort „Beziehungsregulierung“ - und auch manche klinische Konzepte neu zu überdenken – z. B. das innerhalb der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Körperpsychotherapie wichtige Konzept der projektiven Identifizierung.

Sie hat den Körperpsychotherapeuten insofern Recht gegeben, indem sie die zentrale Rolle des körperlichen Geschehens und der körperlichen Interaktion in der seelischen Strukturbildung hervorgehoben hat. Allerdings muss unter dem Einfluss der Säuglingsforschung auch die Gültigkeit bzw. Nützlichkeit der Triebtheorie kritisch hinterfragt werden – diese Theorie ist die Basis für Wilhelm Reichs und Alexander Lowens Theorie des Charakterpanzers und der Charakterstruktur. Körperpsychotherapien „energetischer Orientierung“ wie die Bioenergetische Analyse gründen ihre Theorie und auch Praxeologie nach wie vor auf diesen traditionellen Theoriefundus. Darüber hinaus haben alle Körperpsychotherapien immer schon auf die dominierende Rolle des Nonverbalen als Kommunikationsweg gegenüber der Sprache hingewiesen, und hier liegt die Brücke zur Säuglingsforschung, die genau diese Art der Kommunikation genau untersucht. Der Säugling drückt sich mit seinem gesamten Körper aus, weil er nicht anders sprechen kann.

Ein Großteil der seelischen Strukturbildung vollzieht sich, wie wir heute wissen, weniger als Folge dramatischer Ereignisse im Zusammenhang mit Trieben und Spitzenaffekten, sondern ist mehr die Auswirkung einer bestimmten Atmosphäre, die sich v. a. in ganz alltäglichen und unspektakulären Interaktionen niederschlägt, und die sich dann in der Gestalt von Interaktionsrepräsentanzen ins Körpergedächtnis einprägt und bestimmte Erwartungen an die Umwelt bedingt. Speziell durch Studien, die auf der Videomikroanalyse der Alltagsinterak-

tion zwischen Baby und elterlicher Bezugsperson beruhen, konnte die Wichtigkeit dieses atmosphärischen Lernens bestätigt werden. Später werden solche basalen Repräsentanzen u. U. verbal oder narrativ überformt.

An dieser Stelle bietet sich gleich eine Brücke zum therapeutischen Prozess an. Wir können in der Psychotherapie davon ausgehen, dass die Behandlungsatmosphäre ein ganz wesentlicher Wirkfaktor ist wirkt; Günter Heisterkamp hat dazu wiederholt publiziert. Beide Interaktionspartner bestimmen v. a. durch den subtilen nonverbalen Austausch diese Atmosphäre, und sie ist der Hintergrund des komplexen Wirkgeschehens in der Therapie. Dieser Austausch ist unbewusst, aber nicht nur in einem dynamischen Sinn, wie die Psychoanalyse früher dachte.

Die vielen nonverbalen Interaktionen im Mikrobereich sind uns nicht deswegen unbewusst, weil sie verdrängt sind. Normalerweise achten wir auf dieses Körpergeschehen nicht, weil es sich im Hintergrund der Aufmerksamkeit befindet; und weil es sich in einem derartigen Feinbereich vollzieht, der unserer alltäglichen Aufmerksamkeit üblicherweise entgeht; schließlich auch deswegen, weil Veränderungen auf dieser Ebene stetig und teilweise auch sehr rasch stattfinden. Unsere Wahrnehmungskapazität wäre überfordert, würden wir dauernd auf die komplexen körperlichen Vorgänge achten müssen. Es ginge uns dann so wie dem Tausendfüßler, der in dem Moment, als er sich auf seine tausend Füße konzentriert, stolpert.

Es ist aber möglich, den Fokus der Aufmerksamkeit auf das körperliche Geschehen richten zu lernen – und das ist die Domäne körperorientierter Therapien. Es ist möglich, durch Übung im Bereich der Körperwahrnehmung Schritt für Schritt ein zunehmend differenziertes „Spürbewusstsein“ (ein Begriff von Peter Schellenbaum) für das „prozedurale Körpergeschehen“, wie es heute genannt wird, zu entwickeln. Die Theorie des prozeduralen Unbewussten, die seit mehr als zehn Jahren an Bedeutung gewonnen hat, existiert nun sozusagen parallel zur dynamischen Theorie des Unbewussten, und die genauen Bezüge zwischen diesen beiden unbewussten Bereichen muss man sicher noch genauer herausarbeiten. Diese neue Theorie scheint mir besonders für Körperpsychotherapien interessant zu sein, weil sie mit unbewussten körperlichen Phänomenen ständig arbeitet; sie auf eine Weise zu begründen, die den „State of art“ der Wissenschaft entspricht, ist für Körperpsychotherapien gerade angesichts der seitens der akademischen Psychologie vorhandenen Vorbehalte unabdingbar. Bestimmte „Mythen“, wie eben spekulative energietheoretische Formulierungen, die manchmal an esoterisches Gedankengut erinnern, sollten soliden und wissenschaftlich wohlbegründeten Konzeptualisierungen Platz machen.

Zwei zentrale Prinzipien in der nonverbalen Interaktion möchte ich hervorheben, weil sie nicht nur in der Säuglingsbeobachtung, sondern auch therapeutisch von größter Bedeutung sind:

1. Die affektive Abstimmung im Mikrobereich – im stimmlichen Bereich spricht man von „vocal matching“
2. Das Prinzip der Unterbrechung und Wiederherstellung (miscoordination and repair)

Wir befinden uns mit diesen beiden Prinzipien auf der Mikroebene der Interaktion – d. h. wir haben es mit Prozessen zu tun, die unserem Auge normalerweise entgehen. Erst genaue Videomikroanalyse enthüllt die ununterbrochen stattfindende nonverbale Aktivität in diesem Mikrobereich und zeigt uns die vielfältigen und ganzkörperlichen Bewegungen, die laufend stattfinden, wenn Menschen miteinander kommunizieren. Sozusagen „unter dem Mikroskop“ wird sichtbar, dass sich Interaktionspartner in ihren Kontaktversuchen laufend verlieren und wieder finden, also sich unentwegt in einem Prozess befinden zwischen Kontaktverlust und neuerlichen Suchbewegungen. Kontaktbrüche sind somit etwas Normales, auch innerhalb der therapeutischen Interaktion, sie finden in jeder Minute mehrmals statt.

Die Mikroebene der Interaktion wurde durch Videoanalysen erst so richtig zugänglich. Videos spielen aber nicht nur in der Forschung und gelegentlich in der Therapie eine wichtige Rolle. Durch die Anwendung von Videos z. B. im Supervisionskontext können wir ganz wesentliche Beobachtungen machen bei uns als Therapeuten – in Bereichen, die uns üblicherweise schwer zugänglich sind. Ich habe das selbst erlebt. Als Therapeut, der in Bioenergetischer Analyse ausgebildet wurde, war ich ja bereits gewohnt, auf der Körperebene differenziert spüren zu können. Das Ansehen von Videos im Rahmen einer mehrjährigen Supervision bei Jacques Berliner, einem Bioenergetiker aus Belgien, war eine sehr wertvolle Erweiterung des Wissens um eigene Verhaltenseigenheiten. Meine Gegenübertragungskompetenz wurde durch diese Videoanalysen wesentlich verbessert. In Fortbildungen sollten meiner Meinung nach Videoaufnahmen mittlerweile zum Standard gehören – nicht als Ersatz für schon vorhandene Techniken, aber als wichtiger Zusatz.

Entwicklungspsychologie kann sich sowohl in der akademischen Psychologie auf eine lange Forschungstradition berufen, als auch in der Psychoanalyse. Psychoanalytiker wie Mahler und Spitz haben wichtige Beiträge geleistet, ebenso wie Reich und Ferenczi – all diese Gedanken und Theorien waren Schlussfolgerungen, abgeleitet aus der klinischen Situation. In unserer Metatheorie, in der Theorie der Behandlung und in unseren therapeutischen Interventionen greifen wir immer wieder auf Entwicklungsvorstellungen zurück. Die Säuglingsforschung hat nun, ebenso wie die Bindungsforschung, die Direktbeobachtung der Baby-Eltern-Interaktion als wichtiges Forschungsinstrument eingeführt – und das hat uns ganz neue Sichtweisen ermöglicht.

Von Allan Schore, einem bekannten Psychoanalytiker und Neurowissenschaftler, stammt folgendes Zitat: „Wenn Entwicklung grundsätzlich einen Veränderungsprozess repräsentiert, dann ist Psychotherapie in ihrer Essenz angewandte Entwicklungspsychologie.“

Das ist ein schönes Plädoyer für die Bedeutsamkeit des entwicklungspsychologischen Aspektes in unserem Arbeitsfeld. Die Plausibilität entwicklungspsychologischer Vorstellungen wächst in dem Maß, in dem unsere Theorien mit wissenschaftlich validierten Entwicklungsvorstellungen kompatibel sind.

Zugleich ist es wichtig klarzulegen, dass Entwicklungsforschung und Psychotherapie aus wissenschaftstheoretischer Sicht zwei unterschiedliche Gegenstandsbereiche darstellen. Daher gilt, dass eine 1:1-Umsetzung der entwicklungspsychologischen Forschung in die psychotherapeutische Praxis weder sinnvoll noch möglich ist.

Gegenstand der Entwicklungspsychologie ist die Beschreibung und Erklärung sowie Vorhersage und Beeinflussung menschlichen Verhaltens und Erlebens unter dem Aspekt der Veränderung über die Zeit. Wichtigste Zeitperspektive ist dabei die Ontogenese, die Individualentwicklung, der Zeitraum von der Konzeption bis zum Lebensende. Als Kernannahme gilt, dass psychotherapeutisch bedingte Veränderung weitgehend identisch mit Entwicklung ist bzw. dass psychotherapeutische Intervention daran ansetzt, Entwicklungshindernisse zu beseitigen. Überlegungen zur Entwicklung sind jedoch abhängig von Überlegungen zum Menschenbild.

Dazu gibt es unterschiedliche theoretische Perspektiven:

- *Endogenistische Perspektive*: Entwicklung vollzieht sich aufgrund eines festgelegten inneren Programms, das weder durch die Person noch durch die Umwelt wesentlich gesteuert wird.
- *Exogenistische Perspektive*: Menschliche Entwicklung wird weitgehend durch äußere Umweltbedingungen gesteuert – die Person ist die Summe ihrer durch die Umwelt provozierten Lernprozesse.
- *Organismische bzw. Selbstgestaltungsperspektive*: Entwicklung wird als Prozess verstanden, in dem der Organismus / die Person aktiv gestalterisch tätig ist – die Umwelt hat wenig Einfluss auf die Entwicklung oder wird als solche subjektiv interpretiert.
- *Interaktionistische bzw. relationale Perspektive*: Individuum / Person und Umwelt beeinflussen einander wechselseitig.

Meine eigenen Gedanken orientieren sich v. a. einer interaktionistischen Sichtweise von Entwicklung, jedoch mit selbstgestaltenden Elementen, d. h. der schöpferische und subjektive Faktor, d. h. die Antwort des Subjekts auf die Umwelt, halte ich auch für wichtig. Dazu gehört auch die mehr oder weniger komplexe fantasmatistische Überarbeitung von dem,

was wir täglich erleben – sei es im Wacherleben oder im Traum. Die Überarbeitung wirkt sich genauso strukturbildend aus, überformt gewissermaßen basale interaktive Repräsentanzen.

Ein wichtiger Begriff ist diesbezüglich die „Epigenese“. Der Begriff stammt ursprünglich aus der Embryologie. Er besagt, dass sich während der Entwicklung auch neue Strukturen herausbilden können, die nicht bereits in den Keimzellen auf diese Weise vorgebildet sind. Im Epigenese-Begriff ist implizit enthalten, dass – innerhalb bestimmter Grenzen - kreative Sprünge stattfinden können. Und das gilt nicht nur für den organischen Bereich, sondern auch für das Psychische und Intersubjektive! In der Systemtheorie spricht man in ähnlichen Zusammenhängen von Autopoiesis oder von Emergenzen.

Für mich spielen systemtheoretische Überlegungen eine zunehmend wichtige Rolle. Ich betrachte die Konstellation Patient – Therapeut als ein eigenes System, das etwas hervorbringt, das über die beiden Einzelindividuen hinausgeht, und innerhalb dieses Systems können – nach dem Epigeneseprinzip – solche kreativen Sprünge stattfinden, die wiederum eine Auswirkung auf dieses Gesamtsystem haben. Aus dieser Sicht ist der Forderung von Yalom, man müsse für jeden Patienten eine neue Therapie erfinden, da jedes System Patient-Therapeut einzigartig sei, durchaus zuzustimmen, woraus sich ergibt, dass man sich von allzu starren therapiemethodischen Vorstellungen trennen sollte.

Wenn wir entwicklungspsychologische Vorstellungen auf das therapeutischen Geschehen umzulegen versuchen, müssen uns vor allzu starken Vereinfachungen, Analogien und Kurzschlüssen hüten. Dieser Punkt ist mir deshalb besonders wichtig, weil ich aus meiner Körperpsychotherapie-Zeit bestimmte Vereinfachungen in Erinnerung habe, die mit bestimmten Entwicklungsgedanken zu tun hatten. Meine Warnung betrifft das sehr komplexe Thema der Regression, damit im Zusammenhang auch den Aspekt der körperlichen Berührung, für den die Körperpsychotherapie ja immer wieder kritisiert wird. Aktiv angeleitete Regression im Sinne affektiver Katharsis ist in Reichianischen Therapieansätzen, wie in der Bioenergetischen Analyse, etwas sehr Essenzielles. Man spricht in ähnlichen Zusammenhängen auch von einem „inneren Kind“.

In der Bioenergetischen Analyse wird – ausgehend von solchen Ideen – z.T. sehr rasch die „Kind-Ebene“ therapeutisch anvisiert, indem der Patient z. B. aufgefordert wird, seine Arme auszustrecken, sie dem Therapeuten zuzuwenden und dabei laut und wiederholt „Mama“ oder „Papa“ zu schreien – mit dem Ziel einer affektiven Katharsis.

Das spricht nicht gegen die Wirksamkeit solcher Interventionen. So klinisch eindrucksvoll diese Regressionen manchmal erscheinen – und ich habe das als Patient selbst erlebt – so wichtig ist es für die Therapie mit erwachsenen Patienten, nie zu vergessen, dass wir es eben mit einer erwachsenen Person zu tun haben, auch wenn im Moment nur die sog. kin-

dlichen Anteile angesprochen sein mögen. Wie schon gesagt: Unbewusste fantasmatische Überarbeitungen können immer eine Rolle spielen! Auch sei vermerkt – diesen Gedanken habe ich Günter Heisterkamp zu verdanken – dass „Kind“ und „Erwachsener“ an sich keine psychologischen Kategorien sind, sondern dass es immer nur um bestimmte Beziehungsmuster und Wirkeinheiten geht, d. h. um ihr Verstehen und die psychotherapeutische Transformation. Das hat für das Körperliche in der Therapie unmittelbare Konsequenz, – ich zitiere Jörg Scharff aus seinem Lindau-Vortrag 2006:

„So wird in einer therapeutischen Situation nie mehr der quasi »unbeschriebene« Kleinkörper von einst berührt, sondern jede körperliche Berührung aktualisiert auch die Welt der mit dem Körperlichen verbundenen unbewussten Fantasmen, das heißt, es wird auch immer der unbewusste »Traumkörper« berührt“, d. h. einschließlich der sexuell-erotischen Dimension dieser Fantasmen.

Schreiforschung

Der Schrei bzw. der stimmliche Ausdruck spielt in körperorientierten Therapieverfahren, wie eben angedeutet, eine wichtige Rolle. Es handelt sich dabei um eine sehr archaische Ausdrucksformen – und als ich Ende der 70er Jahre von Körpertherapien zum ersten Mal hörte, hieß es: Es wird hier viel geschrien – das hat mich damals zugleich sehr neugierig gemacht und geängstigt.

Die Forschung zeigt nun, dass es sich beim Babyschrei zwar um ein archaisches, aber zugleich differenziertes Kommunikationsmedium handelt.

Die Schreiforschung hat bei Babys sechs Melodietypen herausgefunden, die auf prinzipiellen, konsistenten Formeigenschaften der Schreimelodie beruhen. Die jeweilige Schreimelodie wurzelt in angeborenen Lautmustern, die durch den Melodietyp charakterisiert werden. Die gefundenen Gesetzmäßigkeiten in der Entwicklung der Schreimelodie berechtigen, den Säuglingsschrei in eine Reihe mit frühen Nichtschrei-Vokalisationen als essenzielle Wegbereiter für den Spracherwerb zu stellen. Es konnte gezeigt werden, dass der Weg des Erlernens essenzieller Stimmbausteine – oder Module – generellen Gesetzmäßigkeiten bei der Komposition von Komplexität folgt, die auch sonst bei biologischen Evolutionsprozessen anzutreffen sind. Die Differenzierung der Schreie während der Ontogenese wird von epigenetischen Ausprägungsmechanismen gesteuert und folgt somit einem gerichteten Entwicklungsprogramm.

Die Schreiforschung hat eine enge Kontinuität zwischen den ersten Schreilauten und den späteren Stimmproduktionen bis hin zum Brabbeln im 6. und 7. Monat nachgewiesen. Es

konnte gezeigt werden, dass ein Zusammenhang besteht zwischen diesen frühen Melodiebögen und sogar noch späteren prosodischen Elementen in der Sprache, dass also – wenn Sie so wollen – die „Musik“ die gleiche bleibt und dass wir es hier mit einer ganz individuell typischen Entwicklung in der Sprachmelodie zu tun haben – die im Säuglingsalter ihren Anfang nimmt!

Offen bleibt bisher, ob diese Melodiebögen mit dem, was Kinder bereits in utero *hören*, in Zusammenhang stehen – also mit bestimmten Betonungseigenschaften in der Sprache, die nun kulturell wieder unterschiedlich sind. Es bleibt die spannende Frage, ob sich vielleicht deutsche von amerikanischen Babys unterscheiden, weil sie in ihrer Stimmproduktion geprägt werden durch das, was sie bereits im Mutterleib hören. Klar ist nur, dass das Neugeborene über ein universelles Lautrepertoire verfügt, mit dem es sich – je nach sprachlicher Umgebung – genauso gut zu einem Urdu-sprechenden Inder wie zu einem Kisuaheli-sprechenden Afrikaner entwickeln könnte. Ganz von selbst sucht sich das Kind Klanglaute aus seiner Umgebung und baut sich daraus seine Sprechweise auf.

Stimmlicher Ausdruck und das Hören des stimmlichen Ausdrucks haben eine herausragende Rolle. Sie wird uns deutlich, wenn diese Verständigungsmöglichkeit ausfällt. Im Vergleich mit Blinden wissen wir, dass sich Taubstummheit hinsichtlich sozialer Kommunikation viel dramatischer auswirkt. Die Einzelwirkungen sind subtil und komplex und beinhalten die neuronale Verarbeitung. Es gibt mittlerweile Untersuchungsmethoden, die anhand der genauen Analyse der Stimme des Neugeborenen – eben seines Schreiens – Rückschlüsse erlauben auf die Entwicklung bzw. Nicht-Entwicklung bestimmter Hirnstrukturen, wodurch man frühe Hinweise auf bestimmte zerebrale Dysfunktionen erhalten und somit Therapie gezielt und rasch beginnen kann.

Evolutionsbiologischer Exkurs zur Bedeutung des Hörens und der Stimme

Manchmal wiederholt sich in der Ontogenese etwas aus der Phylogenese. So ist es bei Stimme und Hören. Das Hören ist älter als die Stimme – der Fetus hört daher, in Analogie zur Phylogenese, lange, bevor er später, als Säugling, seine Stimme verwenden kann. In der Phylogenese war das auch so: Beim Übergang vom Wasser zu Land wurden besondere Mechanismen der Erkennung von Signalen aus der Umwelt notwendig, und hier war das Gehör viel vorteilhafter als der Sehsinn. Die Entwicklung eines Trommelfells begann hier, denn mit seiner Hilfe konnte man sich in der bewegten Luft, also dem Plätschern, Gurgeln, Knacken und Ächzen der Urwaldlandschaft zurechtfinden, also in den Geräuschen, die Winde und Stürme auslösten. Das Gehör diente der Orientierung, weil man damit auch um Ecken herum wahrnehmen konnte. Das Hören war in späterer Folge v. a. für die Säu-

getiere der Urzeit, die während der Blütezeit der Reptilien und der Saurier auftauchten, entscheidend wichtig, weil die Saurier die Säuger verdrängten, d. h. sie mussten auf das nächtliche Leben ausweichen, und da konnte man nur wenig sehen, daher waren das Hören und das Riechen sehr wichtig.

Bezogen auf die Stimmerzeugung war es so, dass tierische Lebewesen schon im Wasser – also die Fische – Geräusche erzeugen konnten, z. B. durch Aneinanderreiben von Knochen, also mechanisch. Die echte Stimme beginnt aber erst mit der Entwicklung des Kehlkopfes, also einer schwingenden Membran, wie bei Blasinstrumenten, bei denen über den Luftstrom komplizierte Membransysteme in Schwingung versetzt werden. Diese Entwicklung setzt im Verlauf der Evolution jedoch erst später ein als die des Hörapparates. Die beeindruckenden Gesänge von Robben, Delphinen und Walen sind nur durch diese neue Lauterzeugung möglich, auch wenn sich diese Tiere wieder ins Wasser zurückgezogen haben, wo sie besonders beeindruckend klingen, weil der Schall im Wasser viel besser und auch viel schneller weitergeleitet wird als in der Luft. Bei Vögeln dient ein Blasebalg als Luftréservoir – sie können ihn unabhängig von der Atmung einsetzen, können also fliegen und singen zugleich, ohne dass ihnen die Luft ausgeht.

Es gibt nun in der Biologie die Hypothese, dass bei jenen Tierarten, bei denen sich die Stimme besonders gut entwickelt hat, eine unglaubliche Evolution die Folge war, im Gegensatz zu anderen artverwandten Tieren, die diese Stimme nicht benutzten. Innerhalb der Vögel sind es z. B. die Singvögel, die sich mit Abstand zur artenreichsten Gruppe entwickelt haben. Die Entwicklung der Stimme ist sozusagen mit Glanzleistungen verbunden.

Mit ihren neuen Stimmen machten die Bewohner der Urlandschaft auf sich aufmerksam, zeigten ihren Standort an – „hier bin ich“ – lockend, warnend, drohend. D. h. in dem stimmlich vermittelten „Hier bin ich“ wurde der momentane affektiv-motivationale Zustand kommunikativ mitgeteilt.

Die Sprache der Tiere ist z. T. auch stimmlos – der Schwänzeltanz der Bienen, aber auch Kommunikation unter den Menschenaffen, die viel stärker über Gebärden, Mimik, Gestik und Berührung läuft als über stimmliche Signale. Hier unterscheidet sich wiederum der Mensch mit seiner differenzierten Fähigkeit zur Stimmbildung, und es wird vermutet, dass er sich nicht zuletzt deswegen gegenüber den Menschenaffen durchzusetzen vermochte. Daher kann die Stimme für die Evolution des Menschen gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie hat ein Verständnis ohne Sichtkontakt ermöglicht, sie hat ihm die Hände frei gemacht, sie hat ihm die Entwicklung der hochdifferenzierten Sprache ermöglicht.

Pränatale Interaktionserfahrungen – der Einfluss der mütterlichen Stimme

Der Gleichgewichtssinn und das Gehör sind die ersten Sinne, die im menschlichen Embryo ihre Funktion aufnehmen. Sie werden daher sehr früh entwickelt. Der Gleichgewichtssinn hilft offenkundig schon dem Feten, seine Lage in der Gebärmutter zu kontrollieren. Wir wissen mittlerweile, dass der Fetus „Bewegungsübungen“ in der Gebärmutter durchführt, um sein Gleichgewicht zu trainieren. Durch den Gleichgewichtssinn sind wir in der Lage, ein erstes Bild unseres Körpers im Raum zu fabrizieren. D. h. das allererste Körperbild – üblicherweise Körperschema genannt – ist also ein vestibuläres.

Es ist sicher kein Zufall, dass das Hören bereits im Mutterleib beginnt, lange bevor der Mensch etwas sehen kann. D. h. die Bindungsentwicklung wird auf diese Weise schon vorgeburtlich vorbereitet, und Bindung ist eben für den Menschen als soziales Wesen ungeheuer wichtig. Es ist auch kein Zufall, dass Neugeborene zielsicher die Stimme ihrer Mutter erkennen können. Offenbar ist diese Fähigkeit überlebenswichtig. Aber es geht dabei um weit mehr als um die bloße Erkennung eines akustischen Signals. Es ist schon im Mutterleib wichtig, dass der Fetus Gefühle gewissermaßen einordnen lernt – die über die Stimme der Mutter transportiert werden. Schon im Mutterleib funktioniert nämlich das limbische System, das ist jener Teil im Gehirn, der entwicklungsgeschichtlich der älteste ist, und der uns warnt, wenn Gefahr im Verzug ist. Schon während der Schwangerschaft werden akustische Reize gespeichert, und der Schreckreflex ist einer der ersten, die schon beim Embryo funktionieren und zu einem Zusammenzucken führen – vermittelt über das auditorische System. Die Stimme der Mutter ist ein Vertrauenssignal, aber wenn sie schimpft, erfährt auch schon der Fetus eine unspezifische Art der Beunruhigung – d. h. die Stimmung der Mutter vermittelt sich ihm – wenn auch auf eine unspezifische Weise - und er reagiert darauf, und er speichert solche Erfahrungen!

Wie wichtig das Gehör ist zeigt sich daran, dass bereits in der 8. Woche der Schwangerschaft die Entwicklung des Innenohrs abgeschlossen ist, und dass bis zur 18. Woche der Hörnerv als erster aller Nerven elektrisch leitfähig ist. Schon in dieser frühen Zeit hat das Innenohr seine endgültige Größe erreicht. Nicht zufällig befindet sich das Innenohr an einem sehr geschützten Ort, im Felsenbein, dem härtesten Knochen im gesamten Körper. Nicht zufällig ist die histologische Struktur der Gehörknöchelchen unterschiedlich von der aller anderen Knochen im Organismus – sie schauen bereits im Mutterleib aus wie ein Knochen Erwachsener, weisen also keine typischen Wachstumszonen, keine Epiphysenfugen mehr auf. Nicht zufällig verfügt das Felsenbein als einziger Knochen im Körper über besondere Schalleitungseigenschaften. All dies deutet auf die besondere Funktion des stimmlichen Ausdrucks und des Hörens hin.

Entwicklungen nach der Geburt und in den ersten Lebensmonaten

Ab der Geburt kommt als Ausdrucksmittel die Stimme des Babys hinzu. Es ist der Babyschrei, der einen starken Stress in den Eltern auslöst und sie zu raschen Handlungen motiviert. Zusätzlich zur Stimme und zum Hören kommt nun das Sehen, das visuelle System, hinzu. Was im Mutterleib für den Fetus die Stimme der Mutter war, ist für das Neugeborene ihr Gesicht. In den ersten Lebensmonaten gibt es nichts Interessanteres als das mütterliche Gesicht, es wird für das Baby zu einem Spiegel seiner selbst.

Zunächst sucht ein Neugeborenes das Gemeinsame, Übereinstimmende, erst später, nach ca. drei Monaten, bevorzugen Kinder das Unterschiedliche. Imitation ist daher bereits sofort nach der Geburt von größter Bedeutung, und das Neugeborene imitiert die Mutter, den Vater, um ihren/seinen Zustand zu erfahren.

Die detaillierte Analyse von Videoaufnahmen, z. B. Bewegungen der Zunge (Elternteil macht Zungenbewegung vor, Baby imitiert sie) bringt ans Tageslicht, dass es sich bei solchen Imitationen nicht um automatische Reflexbewegungen handelt, sondern dass das Baby verschiedene Bewegungen ausprobiert und wiederholt Korrekturen vornimmt. Es spricht einiges dafür, dass Babys die Vorstellung eines Zielzustandes der Bewegung haben, d. h. eine mentale Repräsentation desselben. Darüber hinaus scheint es offensichtlich über eine Vorstellung der aktuell durchgeführten Bewegungen sowie der Abweichung des aktuellen Zustandes vom angepeilten Zielzustand zu verfügen, denn es versucht, sich dem angepeilten Bewegungsziel Schritt für Schritt anzunähern. Imitationsverhalten ist also kein primitiver Reflex, sondern impliziert ein «motorisches Projekt» ("motor project"), ausgehend von einer Zielrepräsentation und einem ständigen Vergleich zwischen der Hier-und-Jetzt-Repräsentation und dem Bewegungsziel, und dies bereits zwei Minuten nach der Geburt! (Meltzoff).

Solche motorischen Projekte machen nur Sinn, wenn man von einem aktiven Säugling ausgeht – einem Säugling, der aus Überlebensgründen von Anbeginn an interessiert sein muss, die soziale Interaktion mit den primären Bezugspersonen selbst mitzugestalten. Ein solches Säuglingsbild unterscheidet sich deutlich von einem Säuglingsbild, wie es der klassischen Psychoanalyse zugrunde lag, die vom Säugling als einem eher passiven und undifferenzierten Wesen ausging. Sie sehen, die moderne, videogestützte Säuglingsforschung verändert sehr klar unsere Vorstellung über den Säugling – wir haben es mit einem kompetenten Säugling zu tun, und diese Kompetenzen bilden sich, aufgrund biologischer Programme, in ihren Vorstufen bereits im Mutterleib aus, beim Embryo!

Säuglinge können die Aktivitätskontur einer Sinneswahrnehmung unabhängig von der jeweiligen Wahrnehmungsmodalität wieder erkennen. D. h. die Gestalt eines bestimmten Ablaufs – z. B. einer Geste oder einer mimischen Gesichtsbewegung, z. B. eines Lächelns – wird invariant wahrgenommen. Mit dieser transmodalen Wahrnehmung erfasst das Kind die zeitlichen Muster der Bewegung, der Mimik, der Gesten und der Sprache, sodass das Gleichartige in der Information über die unterschiedlichen Wahrnehmungsmodi erkannt wird – erkannt wird die emotionale Gestalt. Durch die Antwort der Bezugsperson in einem anderen Modus kommt gerade das Gleichbleibende zum Ausdruck, also der Gefühlszustand, der geteilt wird.

Gegenstand der frühen Kommunikation ist der Austausch von Befindlichkeiten, von emotionalen Zuständen. Das geht nun über Lautvokalisationen relativ gut. Auch unscheinbare Einzellaute transportieren sehr wohl bestimmte Botschaften über die Befindlichkeit. Um die Lautbildung beim Baby anzuregen, bedarf es einerseits des Weckens von Interesse – dazu dienen Lockrufe – Hallo! – und andererseits einer bestimmten Sprachmelodik, die Ihnen als Ammensprache alle bekannt ist. Wichtig sind dabei folgende Prinzipien in der Signalgebung: Einfachheit der Signale, Kontrastreichtum, gute Differenzierbarkeit, häufige Wiederholung, langsames Tempo und erhöhte Stimmlage. Aber nicht nur affektive Botschaften werden auf diese Weise vermittelt, sondern der Gebrauch der elterlichen Stimme dient ebenso der Beruhigung, der Warnung bei Gefahr sowie dem Belohnen von Entwicklungsschritten. Hier unterscheiden sich Eltern in ihrer Kompetenz, aber es gibt genauso bei Babys Unterschiede in den Lautäußerungen: manche sind leichter lesbar, manche sind es weniger.

Die stimmliche Kommunikation ist ein wesentlicher Teil der frühen Interaktion. Derartige interaktive Erfahrungen führen zu frühen Repräsentanzen, die zumindest ab der Geburt gebildet werden, möglicherweise auch schon vorgeburtlich. Man geht heute von einer angeborenen Intersubjektivität aus, und das Baby kommt offensichtlich bereits mit der Fähigkeit zur Welt, die Motive des Anderen für sich und die Kommunikation zu nutzen. Durch das gegenseitige Spiegeln über die visuelle Ebene wird die Bezogenheit und Gegenseitigkeit weiter ausdifferenziert. Biologische Basis sind dafür die Spiegelneuronen, bei denen mittlerweile der Nachweis erbracht wurde, dass es solche Spiegelneuronen auch bezogen auf den stimmlich-akustischen Kommunikationskanal gibt.

Auf diese Weise entsteht die Möglichkeit, mit der Psyche eines Anderen immer differenzierter in Beziehung zu treten, zunächst noch ohne eine kognitive oder symbolische Ebene zu benutzen. Unser Gehirn ist hoch spezialisiert auf mutuelle Regulation gemeinsamer Aktionen, wobei Kinder zunächst – wie schon vorhin erwähnt – das Kohärente und Zusammenhängende im Rhythmus von Bewegungen suchen – später, an drei Monaten, suchen sie die Differenz. Aus dem Unterschied zwischen eigenen Äußerungen und der Spiegelung des Gegenübers im anderen Wahrnehmungsmodus entsteht eine Spannung,

die eine starke entwicklungsfördernde Potenz enthält und dazu führt, dass diese Spannung zunächst in der Beziehung gehalten und später intrapsychisch selbst reguliert werden kann.

Das ist auch in der psychotherapeutischen Interaktion im Prinzip so – auf der Basis von Abstimmung und Synchronizität – die sich im nonverbalen Verhalten manifestiert und mental repräsentiert – wird Differenz und Konfliktpannung aushaltbar und damit bearbeitbar!

Abschließende Betrachtungen anhand des Konzepts der projektiven Identifizierung

Dieses Konzept wurde vom Melanie Klein in den vierziger Jahren des 20. Jahrhunderts in den psychoanalytischen Theoriekorpus eingeführt. Ganz kurz gesagt: Der Patient versucht schlechte Gefühle loszuwerden und wird diese los, indem er sie – unbewusst natürlich - in den Therapeuten hineinprojiziert, und dieser nimmt diese schlechten Gefühle – zunächst ebenso unbewusst – auf. Es ist wie so viele analytische Konzepte aus der klinischen Arbeit, der Rekonstruktion entstanden. Dem Konzept haftet traditionell etwas Mythisches an. Wie diese Übertragung psychischen Materials vom Patienten auf den Therapeuten geschehen soll, war ein Rätsel. Das Konzept war in der damaligen Psychoanalyse an mentalen Prozessen ausgerichtet, d. h. an unbewusster Fantasietätigkeit.

Etwas später kam die Idee der unbewussten Inszenierung auf. Nun war der Gedanke etwa so: Der Patient reinszeniert nach dieser Vorstellung ein altes interaktives Schlüsselmuster, so als wollte er dem Therapeuten demonstrieren, wie er die alte Szene einst erlebt hat, oder um zu sehen, ob er eventuell gegenwärtig eine neue, bessere Erfahrung machen kann. Diese Inszenierungsmöglichkeit betrifft v. a. auch den Handlungsbereich. Im Film „Wie im Himmel“ wird an einer Stelle gesagt: Manchmal tut man Dinge, die man sich selbst nicht erklären kann („Wie im Himmel“ von Kay Pollak). Genau das ist mit unbewusster Handlungsinszenierung gemeint.

Heute, aufgrund der Forschung über nonverbale Prozesse, können wir sagen: Es handelt sich bei der PI um ein nonverbal vermitteltes Gegenübertragungsphänomen. Unbewusste affektregulatorische Prozesse auf der Makro- und v. a. auf der Mikroebene spielen dabei eine wesentliche Rolle, und die geheimnisvolle Übertragung nimmt den Weg nicht nur über mentale Prozesse – die können immer noch eine Rolle spielen – sondern auch über die visuelle Ebene und auch über das Medium Stimme – Hören, also über prosodische Elemente.

Das heißt auch: Wir sollten so ein Konzept wie die PI weiter fassen als bisher – über mentale Prozesse hinaus. Wir sollten körperliche Vorgänge auf allen nur denkbaren Ebenen mit in die Betrachtung miteinbeziehen, und das würde nicht nur unsere Theorien von klinischen Phänomenen wie der Projektiven Identifizierung reichhaltiger und differenzierter machen, sondern sie wären im Endeffekt plausibler und weniger geheimnisvoll.

Akzeptieren wir, dass Austauschvorgänge zwischen Menschen nicht nur eine mentale, sondern eine sehr körperliche Ebene haben und dass diese körperliche Ebene mit den Affekten aufs unmittelbarste verknüpft ist, so sollten wir das ursprüngliche Konzept der projektiven Identifizierung (das sich nur auf mentale Prozesse bezog, auf unbewusste Vorstellungen) somit weiter fassen. Seine Plausibilität würde sich dadurch verbessern. Wir sollten die prozedurale Ebene, das Handeln im Mikrobereich, die feinen Abstimmungsprozesse, das Sich-laufend-Verlieren und Wiederfinden, als wesentlichen Teil des unmittelbaren Wirkungsgeschehens im Hier und Jetzt begreifen – und genau das würde ein körperlich fundiertes basales Gewahrwerden bzw. Verstehen befördern – ein Begriff von Günter Heisterkamp – das unmittelbar geschieht und nicht nur durch nachträgliche verbale Rekonstruktion.



Die Integration der Körperpsychotherapie in das therapeutische Setting

Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext
11. – 12. Mai 2007

Dr. med. Franz Bleichner
Psychosomatische Klinik
Bad Neustadt



Dr. Franz Bleichner

05/ 2007



Geschichte der Klinik

- Gründung 1. April 1975
- 1975 –1981 Entwicklung verschiedener Abteilungen:
Abt. für internistische Psychosomatik
Abt. für neurologische Psychosomatik
Abt. für Psychosomatik der zweiten Lebenshälfte
- 1990 – 1992 Umstrukturierung
Gründung von eigenständigen Abteilungen für Akutpsychosomatik und Rehabilitation
- 1992 -
Entwicklung von abteilungsspezifischen Konzepten

Dr. Franz Bleichner

05/ 2007



Therapieplan (Gruppentherapie)

Mo	Di	Mi	Do	Fr
KW			KW	
VG		VG		VG
	KG		KG	
Ad. Th.	Ad. Th	Ad. Th	Ad. Th	Ad. Th

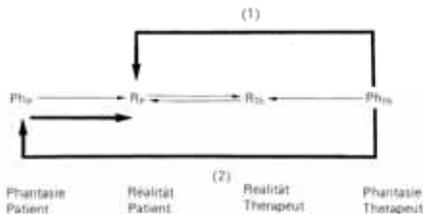
KW = Körperwahrnehmungsschulung
 VG = verbale tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie
 KG = körperbezogene tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie
 Ad. Th. = Progressive Muskelrelaxation
 Gestalten
 Sport in der Gruppe
 Kreislauftraining
 usw.

Dr. Franz Bleichner

05/ 2007



Interaktionale Realität



aus: Maaser et al., Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie

Dr. Franz Bleichner

05/ 2007



Interventionsebenen

- Körpererleben
- Fühlen
- kognitive Einordnung = Verstehen

Dr. Franz Bleichner

05/ 2007



Interventionen

- Kurz
- Klar und deutlich
- Vollständig und inhaltlich logisch
- Schrittweiser Aufbau
- Sprachlich und körpersprachlich stimmig

Dr. Franz Bleichner

05/ 2007



Zielsetzung

- Differenzierung von Wahrnehmung
Nicht „Alles tut weh“ sondern „Ich habe Schmerzen im Knie und am Schulterblatt“
- Verbindung des Gespürten mit emotionalen Inhalten
- Verstehen von Zusammenhängen - Veränderung

Dr. Franz Bleichner

05/ 2007



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

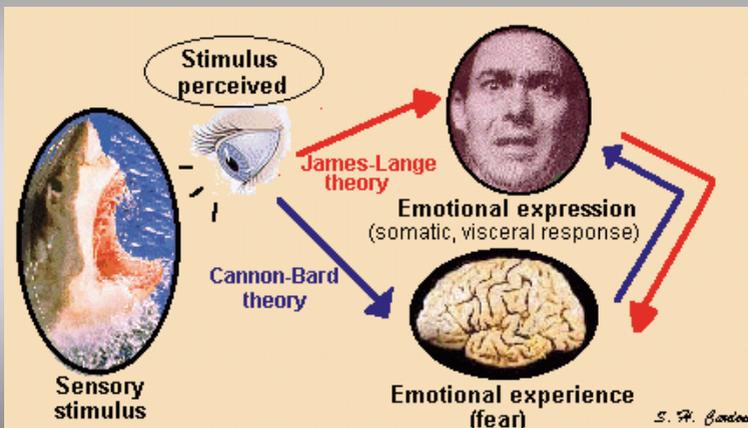
Dr. Franz Bleichner

05/ 2007

Der Körper und seine Beziehung zum Selbst ... und zum Anderen Die neurowissenschaftliche Perspektive

Harald Bündel
Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover

Neurobiologische Grundlagen: James-Lange Theory of Emotion



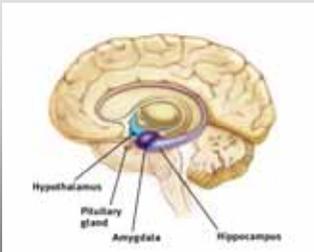
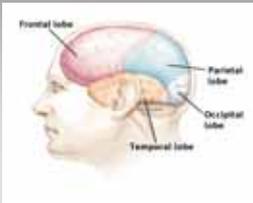
Neurobiologische Grundlagen: James-Lange Theory of Emotion

- William James: (*Mind*, 1884); Carl Lange (cardiovaskulär): Körperliche Veränderungen in Muskeln und visceralen Strukturen verursachen die letztendlich emotionale Erfahrung und sind gerade nicht das Resultat derselben.



- Kritik durch Walter Cannon (1928): Primäre Quelle der Gefühle liegt im ZNS.

Neurobiologische Korrelate; Übersicht



Die Emotionsentstehung und –
wahrnehmung geschieht im ZNS
innerhalb komplexer Netzwerke, zu
denen

- Amygdala
- Insel,
- Anteriorer Cingulärer Cortex (ACC),
- präfrontaler Cortex,
- und andere (limbische) Regionen
gehören

Davidson et al., *Trends Cogn Sci*, 1999

... visceral pain ... ?

=> **Interoceptive Sense / 'feeling self'**

Craig, 2002; 2004

Damasio, 2003

Critchley et al., 2004

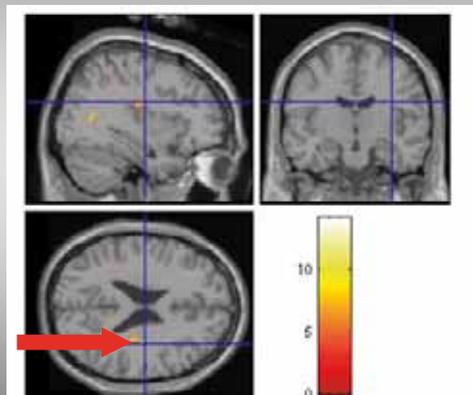


Figure 7. Ascending pathway of the ascending pathways of the Lateral spinothalamic tract.

Functional Neuroanatomical Correlates of Emotional Arousal during Grief
O'Connor et al., 2007

„Seelischer Schmerz“

Individuelle **Intensität des Trauergefühls** („separation-distress“) korreliert mit erhöhter neuronaler Aktivierung in der **rechten Insel**



Die neurowissenschaftliche Perspektive:

Selbst = Körper ?

Die ...wissenschaftliche Perspektive:

„Noch nie war der Umfang des Bewußtseins der Menschen so groß wie in unserer Zeit, doch zugleich war das Bewußtsein noch nie so vollständig vom unbewußten Urgrund der Psyche abgetrennt wie heute“

(Maas, n. Emrich, 1996)

Die Identität des Menschen beruht auf dem Zusammenspiel des ZNS mit dem gesamten Körper

Der Körper wird von vielen **inneren** (kreativen, wirklichkeitserzeugenden, „seelischen“) und

äußeren (psychosozialen; Erwartungen, Beziehungen, arbeitsplatz- und gesellschaftlichen) Verhältnissen beeinflusst.

Der „Geist“, das Selbst steht genauso in Beziehung zum Leib wie zum Hirn, und zur ganzen Umwelt.

Die Natur des Menschen hat den Charakter eines „Zwischen“

(Emrich, 1996)

=> *Zwischenmenschliche Beziehungen*

- **Angeborene basale** (subkortikale) **emotionale Systeme** bei allen Säugetieren („Old Brain“)

=> „*Separation/Distress PANIC - System*“

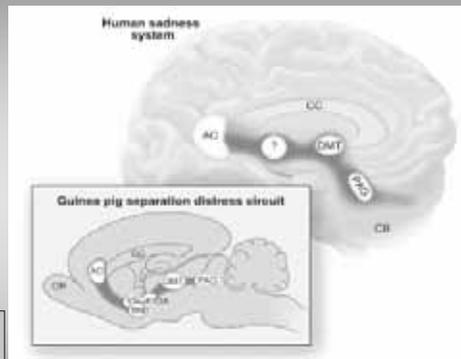
Herman & Panksepp, 1981

=> „*Attachment Behavioral System*“

Darwin; Bowlby, 1980

- Beim Menschen mit **höher organisierten Hirnfunktionen** gekoppelt („New Brain“)

Angeborene basale emotionale Systeme ..



Damasio, 2000

Panksepp, 1998

„The correspondence between the brain regions activated during human sadness and ... during animal separation distress suggests that human feelings may arise from instinctual emotional activation systems of **ancient regions** of the mammalian brain“

Beziehungen: Einflüsse des Anderen auf das Selbst

Bsp.: Romatische Liebe

In nahezu allen Säugetieren: 3 primary drives

1. **Sex drive:** range of partners
2. **Courtship attraction / romantic love:** specific mates
3. **Partner attachment:** evolved to motivate mating individuals to remain together long enough to perform species-specific duties

(Fisher, 1998; Fisher et al., 2006)

Beziehungen: Einflüsse des Anderen auf das Selbst

Bsp.: Romatische Liebe

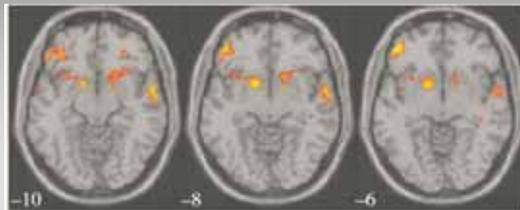
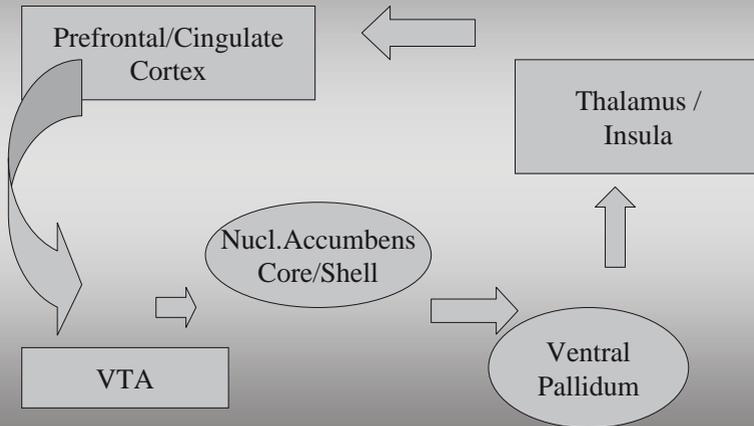


Figure 1. Three axial sections through the human brain at 2 mm intervals show a consistent activation difference between a group happily in love and a group in love but recently rejected (yellow colour, $p < 0.01$). Those who were recently rejected show greater activation in the right ventral putamen-pallidum and accumbens core (side definition is radiological convention) than those who were happily in love. These regions have been associated with reward, especially uncertain large gains and losses in gambling, and uncertain reinforcement in rats. (Figure data from Aron *et al.* 2005 and a preliminary report, Fisher *et al.* 2005a,b).

Mesocorticolimbic Dopamine Reward System (Insel, 2003; Berridge, 2003, 2004)



Neurochemische Grundlagen von zwischenmenschlicher Bindung ?

 **ELSEVIER**

Physiology & Behavior 79 (2003) 351–357

**PHYSIOLOGY
&
BEHAVIOR**

Is social attachment an addictive disorder?

Thomas R. Insel*

Center for Behavioral Neuroscience, Emory University, Atlanta, GA, USA
Received 4 April 2003; accepted 17 April 2003

Abstract

There is a considerable literature on the neurobiology of reward, based largely on studies of addiction or substance abuse. This review considers the possibility that the neural circuits that mediate reward survival for ethologically relevant cues, such as social attachment. Specifically, mesocorticolimbic dopamine appears important for maternal behavior in rats and pair bonding in monogamous voles. It is not yet clear that dopamine in this pathway mediates the hedonic properties of social bond formation or whether dopamine's role is more relevant to developing associative networks or assigning salience to social stimuli. The neuropeptides oxytocin (OT) and vasopressin (AVP) appear to be critical for linking social signals to the mesocorticolimbic circuit.

Published by Elsevier Inc.

Keywords: Dopamine; Reward; Attachment; Affiliation; Oxytocin

Körper und frühkindliche Beziehung: Dopamin

The Journal of Neuroscience, March 17, 2004 • 24(11):2825–2833 • 2825

Behavioral/Systems/Cognitive

Dopamine Release in Response to a Psychological Stress in Humans and Its Relationship to Early Life Maternal Care: A Positron Emission Tomography Study Using [¹¹C]Raclopride

Jens C. Pruessner,^{1,2} Frances Champagne,² Michael J. Meaney,² and Alain Dagher¹

¹McGill Brain Imaging Center, Montreal Neurological Institute, McGill University, Montreal, Canada H3A 2B4, and ²Douglas Hospital Research Centre, Montreal, Canada H3H 1E3

Mesolimbic dopamine is thought to play a role in the processing of rewards. However, animal studies also demonstrate dopamine release in response to aversive stressful stimuli. Also, in animal studies, disruptions of the mother–infant relationship have been shown to have

Körper und frühkindliche Beziehung: Dopamin / Cortisol nach Stress-Task

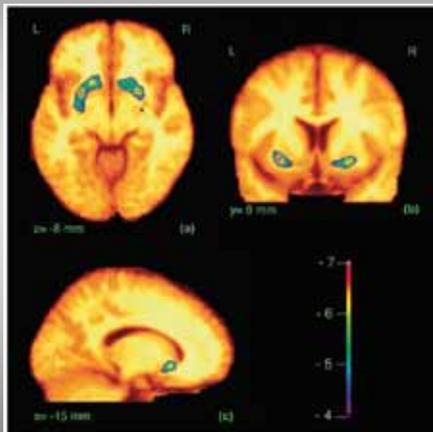


Figure 1. Statistical parametric map showing the t statistic for a reduction in [¹¹C]raclopride BP in the stress condition compared with the rest condition for all subjects. The t values in color are overlaid on the average SPM for all subjects transformed into standard stereotaxic space. z = d. BP changes are shown in transverse (a), coronal (b), and sagittal (c) views. L, Left; R, right.

Neuronale Korrelate der somatoformen Schmerzstörung

/ Empathie / Theory of Mind

Untersuchungs- und Kontrollgruppe

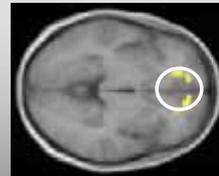
Untersuchungsgruppe	Kontrollgruppe
N = 13 Mittleres Alter 47,4 (28-59)	N = 13 MA: 47,3 (28-59)
SKID-I: Schmerzstörung rechtshändig weiblich keine Opiate, 12 h Med-frei	Keine aktuelle SKID-I –Di. rechtshändig weiblich Med.frei

Experimentelles Design



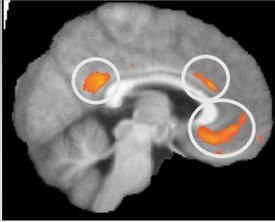
N = 2x13; Auswertung Gesund > Somatoform

=> **Verminderte präfrontale Top-Down-Kontrolle (Inhibition) bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung**

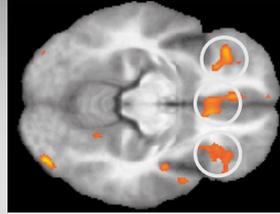


SPM2 (RFX; n=13; p<0.001)

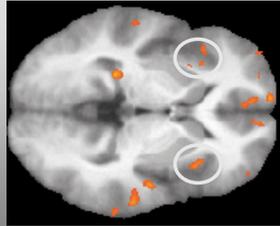
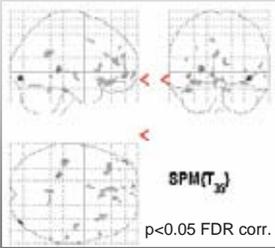
Verlust von grauer Substanz in Patienten mit somatoformer Schmerzstörung
- Voxelbasierte Morphometrie -



PCC
ACC
OFC



Präfrontaler
Cortex



Vorderer
insulärer
Cortex

14 Patienten vs. 25 Gesunde, korrigiert für Alter und BD

*Neuronale Korrelate der Empathie /
Empathie in zwischenmenschlichen
Beziehungen*

Empathie

Das Sich-Einfühlen in Andere kann eine starke Botschaft tragen, und diese wird *in bestimmten Momenten* sehr deutlich spürbar

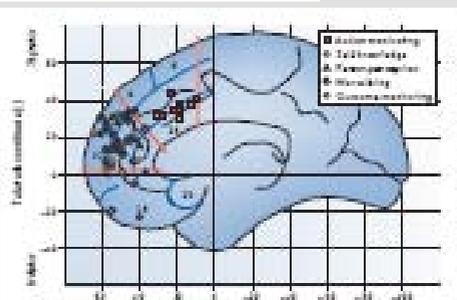


Abb. 2-3: Ein Vater erfreut sich an seinem neugeborenen Kind.

Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition

David M. Amodio¹ and Chris D. Fehr²

Abstract | Social interaction is a cornerstone of human life, yet the neural mechanisms underlying social cognition are poorly understood. Recently, research that integrates approaches from neuroscience and social psychology has begun to shed light on these processes, and converging evidence from neuroimaging studies suggests a unique role for the medial frontal cortex. We review the emerging literature that relates social cognition to the medial frontal cortex, and, on the basis of anatomical and functional characteristics of this brain region, propose a theoretical model of medial frontal cortical function relevant to different aspects of social cognitive processing.



Cerebral Cortex Advance Access published December 5, 2006

Cerebral Cortex
doi:10.1093/cercor/bhl030

Empathy and Judging Other's Pain: An fMRI Study of Alexithymia

Yoshiya Moriyuchi^{1,2,3}, Jean Decety⁴, Takunari Maeda⁵, Takeyuki Mori², Kiyotaka Nishimura² and Gen Komaki¹

¹Department of Psychosomatic Research, Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo 187-8553, Japan, ²Department of Radiology, National Center Hospital for Mental and Nervous Disorders, Tokyo 187-8553, Japan, ³Department of Psychiatry, National Center Hospital for Mental and Nervous Disorders, Tokyo 187-8553, Japan, ⁴Department of Psychology, University of Mons, Belgium, ⁵Department of Psychiatry, National Center Hospital for Mental and Nervous Disorders, Tokyo 187-8553, Japan

(a) ALEX < NonALEX

(b) ALEX > NonALEX

ACC

Pons

AI

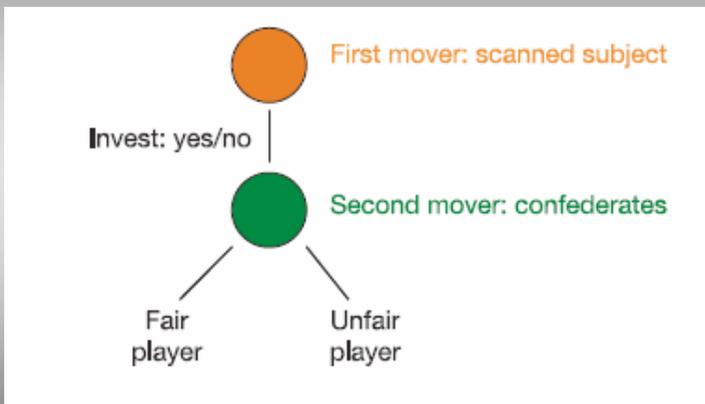
IFG

PI

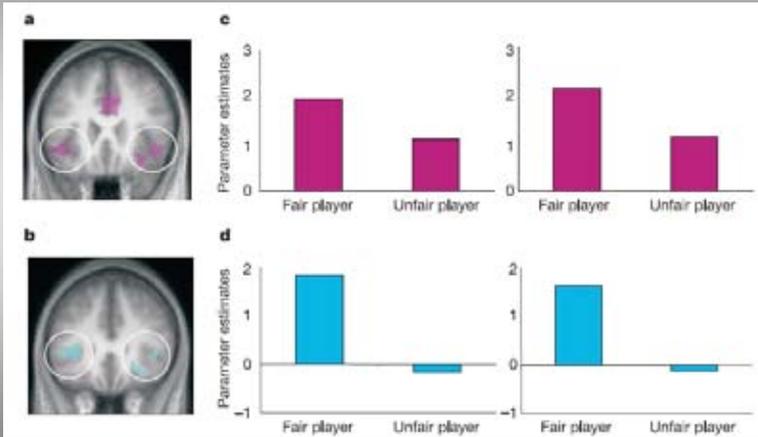
t

5.5
5
4.5
4
3.5
3
2.5
2
1.5
1
0.5
0

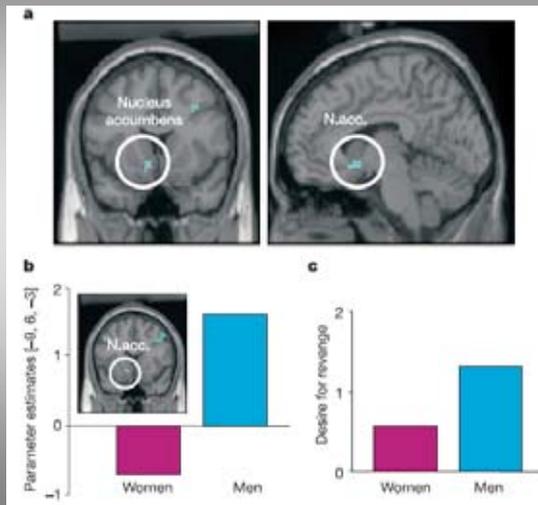
Der „Nutzen“ von Empathie (Kooperation und Fairness)



Der „Nutzen“ von Empathie (Kooperation und Fairness)



„Innere“ Belohnung wirkt stärker als befürchtete Nachteile



Der „Nutzen“ von Empathie (Kooperation und Fairness)

Schlussfolgerung:

- Als unfair empfundenenes Verhalten führt über “interne” Belohnungswege zu anstrengenden und Reibungsverluste erzeugenden Konflikten.

AUSBLICK Psychotherapieforschung Die PISO-Studie

- *PISO* is a DFG-sponsored, 3-year *multi-center two-arm randomized controlled psychotherapy trial* in patients with multisomatoform pain disorder that uses a manualized 12-session psychotherapeutic intervention.
- An important aim of the psychotherapeutic intervention is to enhance individual reflective emotional function.

Was passiert in (psychodynamischer) Psychotherapie ?

=> Förderung der „Desomatisierungsvorgänge“

(Max Schur, 1955)

=> Förderung von emotionaler Reflexionsfähigkeit

(Lane & Garfield, 2005)

„Schritt für Schritt öffnet sich das Erleben des Körpers dem affektiven Ausdruck“, wenn ... „offen und einfach“ in Worte gefasst wird, was sich nur körperlich darstellen konnte.“

„Verwörterung des Körpers, .. wodurch dieser Körper allmählich mit einem Gefühl des Ich-Selbst erlebt wird“

(Kämmerer, 2005)

Projekt: Neural correlates of improved mentalization during brief psychodynamic psychotherapy

Michael Noll-Hussong, Leonhard Laeer, Afra Wohlschläger, Claus Zimmer,
Claudia Subic-Wrana, Peter Henningsen, Harald Gündel

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie TUM,
Poliklinik für Neuroradiologie der TUM,

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Mainz
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover

Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext
Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu psychosomatischen Erfahrungen

Zur Diagnostik des Körpererlebens

Prof. Dr. med. Peter Joraschky

Bad Neustadt - 12. Mai 2007



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Gliederung

- 1. Körpererleben – Definitionen***
- 2. Fragebogenmethoden***
- 3. Projektive Verfahren zur Messung gestörten Körpererlebens***
- 4. Dissoziative Störungen des Körper selbst***



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





1. Körpererleben – Definitionen



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



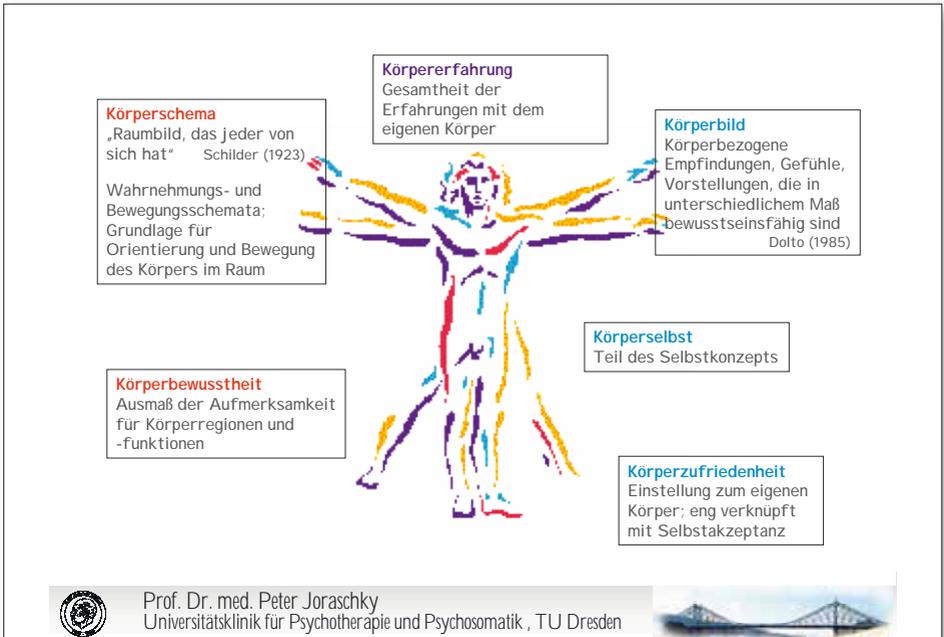
Körpererleben

- Die Gesamtheit aller im Verlaufe der individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv wie affektiv, bewusst wie unbewusst sein können (Bielefeld, 1987)



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden





Körperschema

- Pick (1908): "Orientierung am eigenen Körper im Sinne **optischer Vorstellungsbilder des Körperganzen**, die das wesentliche Gerüst für das Bewusstsein unserer Körperlichkeit sind".
- Neurologe Head (1920) postulierte im Zusammenhang mit Phantomempfindungen bei Amputierten ein Gehirnareal in der Hirnrinde, in dem ein genaues Bild der Körperpositionen existiert.
- Schilder (1923): das Körperschema ist ein **"Raumbild, das jeder von sich hat."** Er nahm an, dass dieses Schema "die einzelnen Teile des Körpers und ihre gegenseitige räumliche Beziehung zueinander" darstellt.



Paul Schilder (1886-1940)



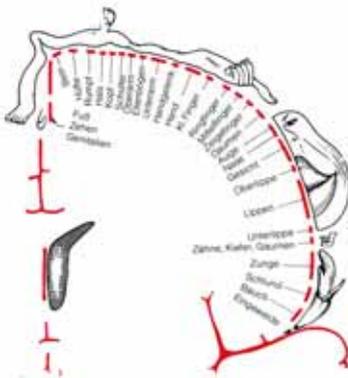
- “The picture of our own body which we form in our own mind or the way the body appears to ourselves” (1935)
- « Raumbild das jeder von sich hat »



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



Neuronal präformierte Repräsentation des Körpers („Neuromatrix“)



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



Zerebrale Repräsentation des menschlichen Körpers

Permanenz, Kohärenz und Typikalität des bewussten Körperbildes beruhen nicht auf einer fixierten neuronalen Repräsentation des Körpers. Ihre Wahrnehmung resultiert aus der fragilen Interaktion multipler kognitiver und neuronaler Mechanismen, die vielfach nicht körperspezifisch sind, sondern auch die räumliche Struktur andere Objekte bearbeiten.

Goldenberg 2006



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Körperbild

Das Körperbild beschreibt den subjektiv phänomenalen Funktionsbereich, als **körperbezogene Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen**, die in unterschiedlichem Maß bewusstseinsfähig sind

(Dolto, 1985)



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Körperbild

Es entsteht von Anfang an aus frühen Interaktionsmustern, durch die Identifikation mit dem Körper des anderen und den verschiedenen Formen der körperlichen Begegnung. **"Das erlebte Körperbild wird so zur Landkarte unserer Triebregungen"** (Schilder, 1935). Das Körperbild spiegelt somit die Leibeswahrnehmung und Leibesvorstellung des Individuums. "Wegen seiner vielen Schichten kann man das Körperbild mit einem **Gemälde** vergleichen, **das mehrmals übermalt wurde**, so dass sich auf derselben Leinwand Bilder befinden können, die zueinander passen - oder auch nicht." (Joraschky, 1999)
Neben einem intakten Körperschema kann ein gestörtes Körperbild bestehen.



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Körperzufriedenheit

Persönlichkeitsmaß, das die **Einstellung zum eigenen Körper**, beispielsweise durch Attribute oder Eigenschaften, die dem Körper zugeschrieben werden, beschreibt.

Körperzufriedenheit ist eng mit der **Selbstakzeptanz** verbunden.



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





body image is body images
(Cash & Pruzinsky, 1990, p. xi)

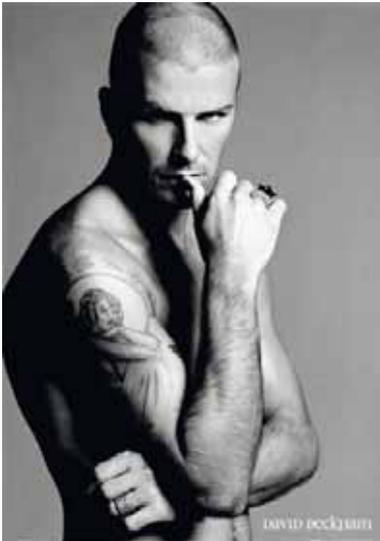


Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





Paris Hilton



David Beckham

Körpererleben bei Männer

- Dunn Idealbild
- Ein kräftige, starker, muskulöser Idealbild



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Thomas Cash (*1947)



„Body image is a multi-faceted concept that refers to persons' perceptions and attitudes about their own body, particularly but not exclusively its appearance“
(2003)



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Normative Unzufriedenheit

Ergebnisse aus drei U.S. surveys zum Körperbild:
Unzufriedenheit mit bestimmten körperlichen Merkmalen (Prozentsatz der Befragten)

negativ bewertete Merkmale des Körpers	1972 survey		1985 survey		1996 survey	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Taille	36%	50%	50%	57%	63%	71%
Unterer Teil des Torsos	12%	49%	21%	50%	29%	61%
Oberer Teil des Torsos	18%	27%	28%	32%	38%	34%
Gewicht	35%	48%	41%	55%	52%	66%
Muskeltonus	25%	30%	32%	45%	45%	57%
Größe	13%	13%	20%	17%	16%	16%
Gesicht	8%	11%	20%	20%	k. A.	k. A.
Gesamterscheinung	15%	23%	34%	38%	43%	56%

Anmerkung: basierend auf den Daten von Berscheid, Walster und Bohrnstedt (1973), Cash, Winstead und Janda (1986) und Garner (1997).



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Zusammenhang zwischen Körperunzufriedenheit und Essstörung

- Die Variable Körperunzufriedenheit kann bulimische Einstellungen und Verhaltensweisen besser vorhersagen als die Variablen Selbstwertgefühl, Depression und soziales Umfeld zusammen (Gross und Rosen 1988).
- Die Variable Körperunzufriedenheit korreliert mit der Schwere der Symptomatik der Bulimie.
- Körperunzufriedenheit und selbst erlebte Attraktivität sagen mehr als Perfektionismus, Ineffektivität, Stress und Körpergewicht das bulimische Verhalten von Studentinnen voraus. (Striegel-Moor et al. 1989)



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Körper selbst

- psychoanalytisches Konstrukt, das einen **Teil des Selbstkonzepts** darstellt
- Körpererfahrungen und -phantasien, d. h. **unbewusste Gefühle und Phantasien über den Körper**
- Die Körper Erfahrung ist aus der Sichtweise psychoanalytischer Theorien **in eine Beziehungsentwicklung eingebettet**. Daraus folgt, dass das **Körper selbst immer intersubjektiv** ist.
(Joraschky, 1996)



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Perzeptive Komponente

- **Bestimmte Teile** meines Körper erscheinen mir aufgequollen
- **Mein Bauch** sieht aus, als ob ich schwanger bin
- **Ich bin mit meinem Aussehen** nicht zufrieden
- **Ich mag mein Aussehen** so, wie es ist



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Perzeptive Körperbild- Messmethode



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Kognitive Komponente

- Ich denke ich bin stark übergewichtig
- Ich glaube mein Bauch ist zu dick
- Ich finde meinen Brustumfang zu groß
- Meine Hüften erscheinen mir als zu breit



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Affektive Komponente

- **Ich fühle mich in meinen eigenen Körper zuhause**
- **Ich fühle eine Unruhe in meinem Körper**
- **Ich fühle mich gesund**



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Behaviorale Komponente

- **„Ich versuche, körperlich aktiv zu sein“**
- **„Ich schaue häufig in den Spiegel“**
- **„Ich kann nicht schwimmen gehen“**



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





2. Fragebogen- methoden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



vorhandene I nstrumente



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



vorhandene Instrumente

- Frankfurter Körper Konzept Skalen
(FKKS, Deusinger, 1998)
- Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers
(FBek, Strauß & Richter-Appelt, 1996)
- Fragebogen zum Körperbild
(FKB-20, Clement & Löwe, 1994)



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Dresdner Körperbildfragebogen (Pöhlmann 2006)

I temformulierung



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Dimensionen

1. Vitalität
2. Attraktivität / Selbstakzeptanz
3. Körperkontakt
4. Sexualität
5. Erotik / Körperbesetzung
6. Körperhaltung / Körperausdruck
7. Aussehen und Wohlbefinden
8. Akzeptanz durch andere

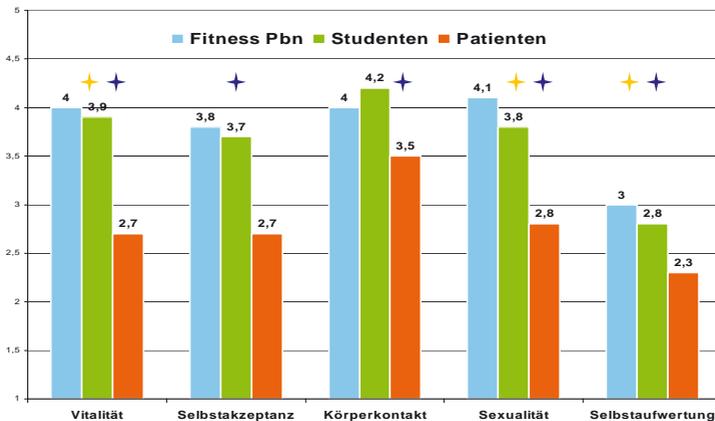


Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Sensitivität: Gesunde und Patienten

- + Patienten signifikant geringere Werte als Studenten und Fitnesssample
- + Sign. Differenz zwischen Studenten und Fitnesssample



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





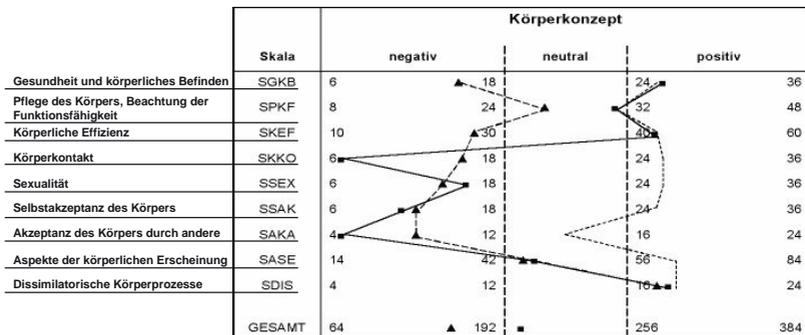
Störung des Körpererlebens bei einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeits-Störung



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Borderline-Patientin W.



■ Patientin W.; ▲ Stichprobe der Borderline-Patientinnen;
----- Normstichprobe der weiblichen Erwachsenen



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





3. Projektive Verfahren zur Messung gestörten Körpererlebens



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden

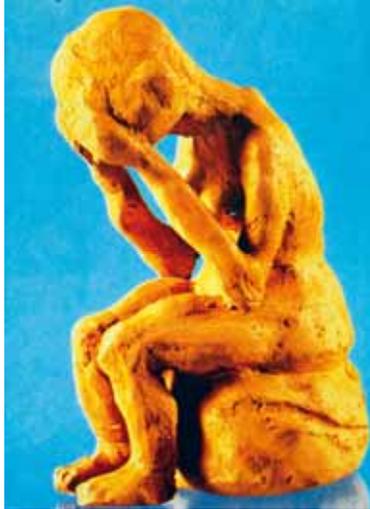


Körperbil dskulpturen



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden





Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Körperbildskulpturtest



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Testinstruktionen

„Bitte plastizieren Sie **mit geschlossenen** Augen eine menschliche Gestalt. Sie haben dafür soviel Zeit zur Verfügung, wie sie benötigen, um ganz in Ruhe arbeiten zu können. Es ist Ihnen freigestellt, ob Sie die Figur stehend, sitzend oder liegend gestalten möchten. Sollte Ihnen die Menge Ton nicht reichen, können Sie gerne mehr bekommen. Falls Sie aber nicht allen Ton, den Sie jetzt in der Hand haben, verwenden wollen, lassen Sie einen Rest. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihre Figur fertig ist, öffnen Sie bitte die Augen noch nicht. Stellen Sie sich zuerst vor, wie Ihre Figur aussieht. Wie wollen nachher die Unterschiede besprechen zwischen Ihrer Vorstellung von der Figur und wie sie wirklich aussieht.“



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
 Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



3 Beschreibung der Gesamtfigur

3.1 Allgemein

Länge der Figur (von Scheitel bis Ferse in cm)
 LAE

weniger als WA	alles AA	mehr als ursprünglich angebotenes Material verbraucht MA
-------------------	-------------	---

3.2 Vollständigkeit und Differenzierungsgrad

3.2.1 Accessoires

Hut HU	Kleider KL	Anderes AN	Anderes ist (12B): ACCS
-----------	---------------	---------------	----------------------------

3.3 Achsenlage

3.3.1 Haltung

Geste GEST	gestreckt GST	liegend LIE	stehend STE	sitzend SIT
---------------	------------------	----------------	----------------	----------------



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
 Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



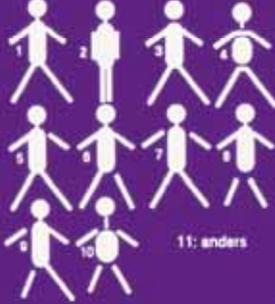
3.3.2 Körperlängsachse

Körperlängsachse ist geneigt nach	links links
	rechts rechts
Körperlängsachse ist versetzt nach	links links
	rechts rechts



3.4 Verbundenheit : Schemacode

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	



Welches Schema kommt der Figur am nächsten?

Quelle von K. J. B. 1978, S. 8 u. 11, 1980

Seite 4



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



Strukturniveau im Körper selbst

- niedriges Strukturniveau
- mittleres Strukturniveau
- reifes Strukturniveau

Gemessen anhand der Werte im Körperbild-Skulptur-Test in den Dimensionen:

- Vollständigkeit der Figur
- Proportionalität der Figur
- Verbundenheit der Figur



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



Reifes Strukturniveau



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Mittleres Strukturniveau



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Niedriges Strukturniveau



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Therapieverlauf



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Fragmentierte Skulptur



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Qualitative Aspekte der Körperbild-Skulptur



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Körperbildskulpturtest – Interview

Das anschließende Gespräch wurde in Form eines **halbstrukturierten Interviews** durchgeführt. Zuerst wurde die Patientin zu folgendem aufgefordert:

"Schließen Sie die Augen und stellen Sie sich vor, wie die Figur aussehen könnte!"

Danach wurde ihr der Schal abgenommen und folgende Fragen gestellt:

- *"Wie haben Sie sich beim Formen gefühlt?"*
- *"Wie würden Sie die Figur beschreiben?"*
- *"Was könnte die Figur erlebt haben?"*
- *"Wie könnte es mit der Figur weitergehen?"*
- *"Was gefällt Ihnen an dieser Figur und was nicht?"*
- *"Gibt es etwas an der Figur, das an Sie erinnert?"*
- *"Was würden Sie an der Figur verändern, und was würden Sie so lassen?"*



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





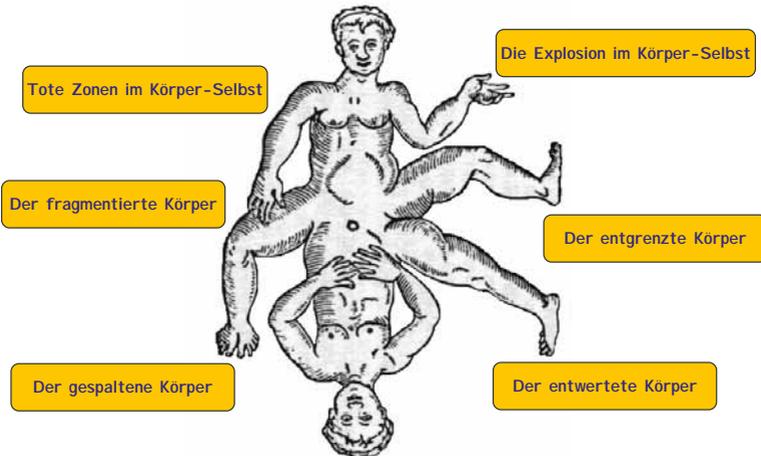
4. Dissoziative Störungen des Körper selbst



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Dissoziative Störungen des Körper-Selbst



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Dissoziative Störungen des Körper-Selbst – Überblick

- a. Die Explosion im Körper-Selbst
- b. Tote Zonen im Körper-Selbst
- c. Der fragmentierte Körper
- d. Der entgrenzte Körper
- e. Der gespaltene Körper
- f. Der entwertete Körper



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



a. Die Explosion im Körper-Selbst



Die durch **Trennung** ausgelösten **Selbstverlängste** können nur durch **Selbstverletzung** aufgefangen werden, da dies die einzige Möglichkeit ist, den **Kontakt zum Objekt** wieder herzustellen.



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



b. Tote Zonen im Körper-Selbst



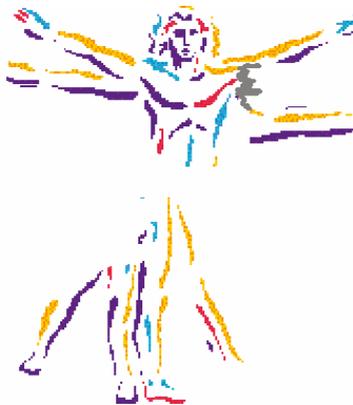
Die Patienten haben in Zeiten tiefer Regression die **Phantasie, dass ihr Körper oder einzelne Teile dessen tot sind**. Es werden hierfür vor allem physisch kranke Stellen am Körper gewählt, etwa tatsächlich totes Gewebe, wie z. B. Eiter in Abszessen. An den Stellen der Wunde wird eine **Grenzzone zwischen Leben und Tod** phantasiert.



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



c. Der fragmentierte Körper



"schwer beschreibbare
**Entfremdungserlebnisse
von einzelnen Körperzonen"**

"Gefühle zu zerbersten"



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



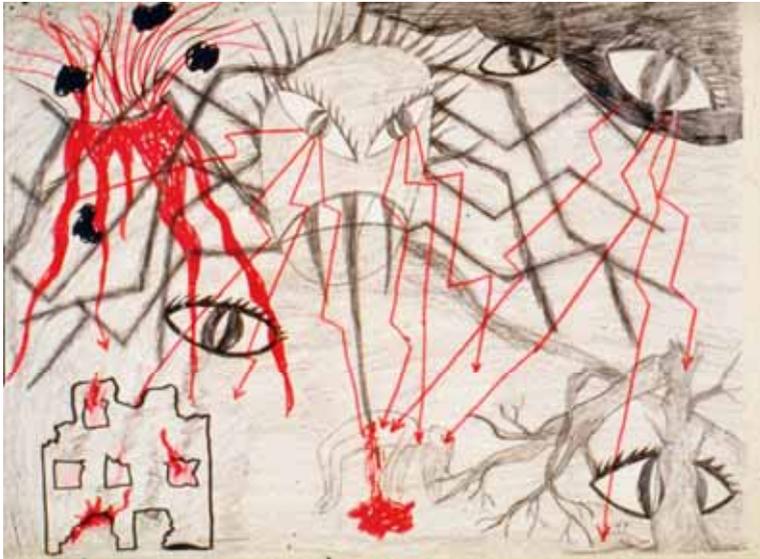
d. Der entgrenzte Körper

Der **Körper** scheint in der Phantasie der Patienten Bereiche zu haben, in denen er **keine Begrenzung** hat, folglich offen ist oder sich als Ganzes auflöst. Für solche Vorstellungen eignen sich besonders Organe wie z. B. Mund, Augen, Ohren, Nase, Anus und Vagina, da diese tatsächlich mit dem "**Durchdringen der Innen-Außen-Barrier**e zu tun haben. Häufiger aber noch werden künstliche Öffnungen des Körpers, beispielsweise Wunden, zum "**Objekt fusionärer Phantasien**" (Plassmann, 1994). Das **Eindringen** ist häufig negativ besetzt, stellt für den Patienten etwas Bedrohliches dar und geht meist mit **Phantasien von Gewalt, Schädigung, Verunreinigung oder sexuellem Inhalt** einher.



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



e. Der gespaltene Körper

Vorstellungen eines "guten" und eines "bösen" Bezirks im eigenen Körper beherrschen die Phantasie des Patienten. Dazu eignen sich insbesondere paarige Organe, beispielsweise Hände, Arme und Beine, die Ovarien oder die Augen. Der Patient fügt sich Schäden am "bösen" Organ zu, wobei der Körperschaden ausschließlich den als negativ phantasierten passiven Körperteil zugeschrieben wird.

"Diese Aktiv-Passiv-Spaltung, in welcher der passive Teil der Schuldige ist, spiegelt die interpersonale Szene früher Gewalterfahrungen von Patienten wider."

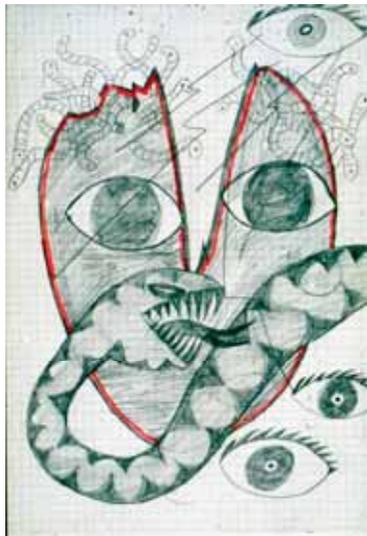


Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik , TU Dresden



f. Der entwertete Körper

Die Körperzonen, die vom Patienten selbst verletzt oder misshandelt werden, repräsentieren **negative Selbstanteile**. Sie sind Symbol des narzisstisch negativ besetzten Hässlichen und Unvollkommenen.



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden



Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, TU Dresden





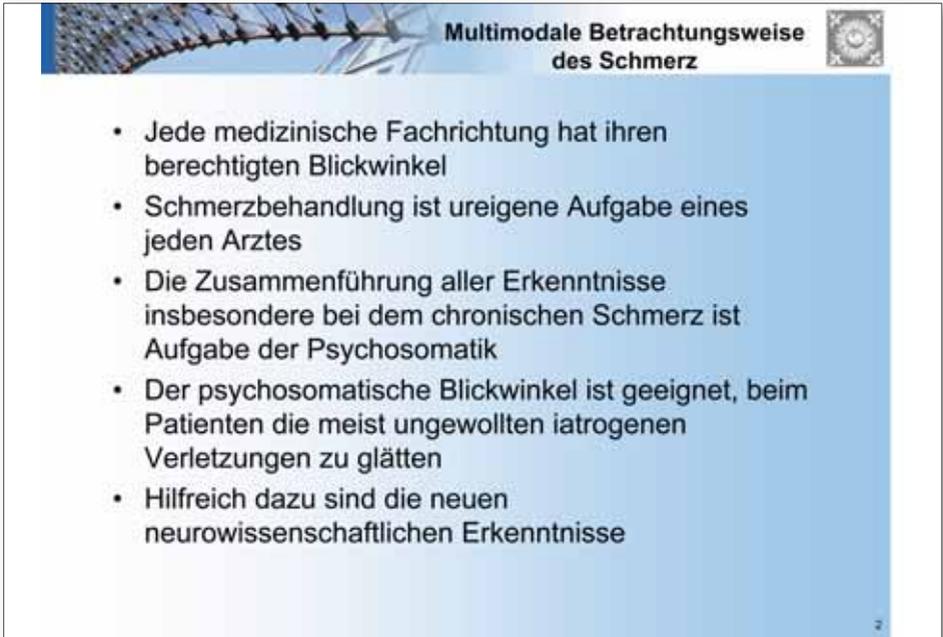
**Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext
Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu psychosomatischen Erfahrungen
11./12. Mai 2007**

**Wie soll ich mich bei meinen Schmerzen bewegen?
Erleiden, erdulden und verändern.**

Dr. Rudolf J. Knickenberg

Als ich hier in der Psychosomatischen Fachklinik mit der speziellen Schmerztherapie begann, hatte eine Korrespondenz mit der Bayerischen Landesärztekammer zum Inhalt, dass die Aufgabe Schmerz zu behandeln eine der wichtigsten Aufgaben des Arztes ist und von daher nicht unbedingt dafür eine spezielle Bereichsbezeichnung geschaffen werden muss. Allerdings kommt es bei chronischen Schmerzpatienten unter den Ärzten manchmal aus Hilflosigkeit zu heroischen medikamentösen Verzweigungstaten. Vor diesem Hintergrund ist die Arzt- Patientenbeziehung belastet und kommen die Patienten dann in die Psychosomatik, fühlen sie sich oft weg geschickt. Wir haben dann die Aufgabe, Ihnen das komplexe Schmerzsystem unter psychosomatischen Gesichtspunkten nahe zu bringen und sie mit ihrem Arzt und vielleicht auch mit dem Medizinsystem oder mit der Enttäuschung, dass es bislang keine Möglichkeiten gab ihnen zu helfen, zu versöhnen. Wir haben zunächst Verletzungen zu glätten, um dann mit einem breiten Spektrum an Kenntnissen auf diese Patienten zugehen. In den letzten Jahren oder im letzten Jahrzehnt helfen uns die Einsichten aus den Neurowissenschaften, weil wir zeigen können, dass sich jedes Schmerzgeschehen im Gehirn mit den entsprechenden Untersuchungsmöglichkeiten objektivieren läßt. Damit

kann die Unterscheidung zwischen körperlich und seelisch bedingtem Schmerz ganz im Sinn des psychosomatischen Krankheitskonzeptes aufgehoben werden. So ergibt sich eine gute Ausgangsbasis für den Aufbau einer therapeutischen Allianz und wird der Zugang zu allen chronischen Schmerzpatienten erleichtert.



Multimodale Betrachtungsweise des Schmerz

- Jede medizinische Fachrichtung hat ihren berechtigten Blickwinkel
- Schmerzbehandlung ist ureigene Aufgabe eines jeden Arztes
- Die Zusammenführung aller Erkenntnisse insbesondere bei dem chronischen Schmerz ist Aufgabe der Psychosomatik
- Der psychosomatische Blickwinkel ist geeignet, beim Patienten die meist ungewollten iatrogenen Verletzungen zu glätten
- Hilfreich dazu sind die neuen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse

Körpererleben im Spiegel der Neurowissenschaften

Wenn wir im Gespräch mit unseren Patienten die Begriffe aus den Neurowissenschaften ein bisschen in Gedanken mitlaufen lassen, dann erleben wir, wie sich in der Körpertherapie das Körpergedächtnis mit ganz anderen Erinnerungen manifestiert, wie ganz neue Bilder und heftige Emotionen auftauchen. Wir wissen auch, dass wir emotionale Konflikte wie „aus dem Bauch“ heraus entscheiden, wofür uns Damasio mit seinem Konzept der „somatischen Marker“ eine neurobiologische Erklärung liefert. Wenn wir eine Entscheidung, die wesentlich für uns ist, einfach nur treffen wollen, indem wir das eine mit dem anderen abwägen, führen wir den Entscheidungsprozess möglicherweise nicht zu einem Abschluss. Wenn wir sie „aus dem Bauch heraus“ treffen können, verbunden mit einem Körpergefühl, verbunden mit dem Gefühl, dass sich die Entscheidung in uns gut anfühlt, dann sind wir an dem Punkt der somatischen Marker.

An der Affektmotorik lesen wir bei unserem Gegenüber ab, wie es ihm emotional geht. Unsere Sprache bildet die Verknüpfung von Körperausdruck und eigener Emotionalität ab und, „den Kopf zwischen die Schultern ziehen“ ist nur einer dieser Ausdrücke.



Körpererleben im Spiegel der Neurowissenschaften

- **Körpergedächtnis**
 - „mit dem Säckchen auf Stirn und Augen war ich wieder eingeschlossen“
- **Somatische Marker**
 - „da klumpt sich im Bauch etwas zusammen“
- **Affektmotorik**
 - „den Kopf zwischen die Schultern ziehen“
- **Spiegelneurone**
 - „das tat mir ebenso weh, wie meinem Kind“

3

Das Konzept der Spiegelneurone vertieft unser Emathieverständnis. Wenn wir Schmerzpatienten fragen: „Weiß ihre Familie, wann sie Schmerzen haben oder sprechen sie viel über ihre Schmerzen in ihrer Familie?“, sagen die meisten Schmerzpatienten: „Nein, ich spreche überhaupt nicht davon!“. Wenn wir die Ehefrau fragen: „Wissen sie, wann ihr Mann Schmerzen hat?“, dann weiß sie das ganz genau und die Familie weiß es genau und verhält sich danach. Auch in der Therapie weiß der Therapeut um den Schmerzzustand seines Patienten. Das ist ein Faktor, der die Arbeit mit Schmerzpatienten so schwierig gestaltet und besonders in der Körperpsychotherapie zum Tragen kommt.

Der Patient hat einen anderen Beweggrund, nicht ungedingt über den körperpsychotherapeutischen Zugang froh zu sein, den ich im Titel meines Vortrags ausgedrückt habe: „Wie soll ich mich mit den Schmerzen bewegen, lässt mich doch mit Bewegung in Ruhe und lässt doch überhaupt meinen Körper in Ruhe.“ So sind dann aus zwei verschiedenen Beweggründen Patienten wie Therapeuten lieber bereit, über die Schmerzen zu reden, als sich in der Körperpsychotherapie damit zu konfrontieren. Dass dies auch im Gegenübersitzen

nicht immer so einfach ist, habe ich an einer Patientin gemerkt, die ich wegen eines Gesichtsschmerzes ambulant über 3 Jahre behandelt habe. Über mindestens ein Jahr hatte ich nach jeder Sitzung eine Spannung in der Kaumuskelatur und das Gefühl einer etwas steifen mimischen Muskulatur. Ich habe versucht, in den Gesprächen darauf zu achten, ich habe versucht, die Muskulatur locker zu halten, es ist mir nicht gelungen. Ihr Spannung in der Mimik hat sich entsprechend mitgeteilt. Das zeigt, wie sehr Therapeuten gerade bei diesen Patienten entsprechend mitbelastet sind.



Die Schematheorie nach Jeffrey Young

- **Das Schema ist eine subjektive, zum Teil auch objektiv beobachtbare, wiederkehrende, abgrenzbare Erlebenseinheit**
- **Es umfasst Kognitionen, Emotionen und Körperempfindungen als affektmotorische Schemata**
 - Sprachlich
 - Affektiv
 - Symbolhaft
 - Auf der Körperebene
- **Das Schema ist in den wesentlichen Zügen bereits in der Kindheit angelegt**
- **Das körperlich-funktionelle Substrat dieser Erlebenszustände sind synchronisierte Aktivierungszustände von umschriebenen Neuronenverbänden die in den neuronalen Netzen multikodiert sind**

Young et al. (2002): Schematherapie ein praxisorientiertes Handbuch. Jungfermann, Paderborn

4

Nun braucht es meiner Ansicht nach, wenn man diese Dinge alle zusammenführen will, eine übergeordnete Theorie. Dies gilt ganz besonders für den Schmerz und ich bin immer wieder auf der Suche nach Konzepten mit denen sich unsere wesentlichen Erkenntnisse verbinden lassen, weil die Zugangswege vielfältiger werden und der Zugang zu dem Einzelnen in seinem Leiden leichter gelingt. Multimodale Behandlungsansätze lassen sich nur bei einer Anwendung verschiedener Therapiezugängen entwickeln. Ich habe in Jeffrey Young jemanden gefunden, der mit seiner Schematherapie natürlich auch wieder Vorläufer hat hin bis zu Piaget, der diesen Begriff auch schon verwendete. Die Schematherapie arbeitet mit der Zusammenfassung von Kognitionen, Emotionen und Körperempfindungen im affektmotorische Schema, das in der Kindheit angelegt wird. Entsprechend der Neurophysiologie wird das körperlich funktionelle Substrat dieser Erlebenszustände als synchronisierte Aktivitätszustände von Neuronenverbänden verstanden.



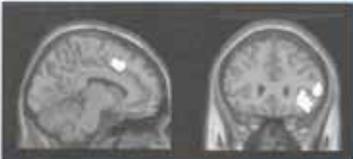
- **Auch das Schmerzgeschehen ist ein synchronisierter Aktivierungszustand von umschriebenen Neuronenverbänden auf den verschiedenen Ebenen der Schmerzleitung und Verarbeitung**
 - Als körperlich bedingter Schmerz
 - Als nicht-symbolhafter, aus dem Körpergedächtnis generierter Schmerz
 - Der Ausdruck des alten Schlimmen (Rilke)
 - Bei fragmentierten Erinnerungsspuren nach Trauma
 - Als affektiver Ausdruck von im Langzeitgedächtnis abgespeicherten unbewussten Konflikten

8

Auf dieser Folie werden unterschiedlich bedingte Schmerzzustände aufgelistet, die alle als neurophysiologisches Korrelat die Aktivierung von umschriebenen Nervennetzen aufweisen. Schmerz lässt sich von seiner Ursache und seinen Funktionen her unterschiedlich beschreiben, nicht aber in den dazugehörigen Aktivierungszuständen der Nervennetze.



Ablehnung schmerzt



Anteriorer gyrus cinguli

Re. ventraler präfrontaler Kortex

- **Schmerz wird im somatosensorischen Kortex gespürt und im anterioren gyrus cinguli wird die emotionale Komponente generiert. Das Unangenehme am Schmerz wird dort repräsentiert, wo auch das Unangenehme an der Ablehnung repräsentiert wird.**
 - » Eisenberger, N.I. et al. (2003): Does rejection hurt? An fMRI study of social rejection. Science, 302, 290-292

8

Diese Untersuchung erscheint mir zur Verdeutlichung des Gesagten außerordentlich wesentlich.

In dem Experiment von Eisenberger wurden gesunde Versuchspersonen in den scanner gelgt und waren dahin informiert, dass man die Funktionszustände des Gehirns bei einem einfachen Spiel untersuchen wolle. Sie hatten die Aufgabe, mit zwei Menschen außerhalb des Geräts zu spielen. Dazu wurde ihnen auf einem Bildschirm ein Ball eingespielt, den sie mit einem Joystick dem linken oder rechten Mitspieler weiterspielen konnten. Dann bekamen diese zwei Mitspieler außerhalb des Scanners die Aufgaben, die Versuchsperson auszugrenzen und nicht mehr mit ihr zu spielen, d.h. die Versuchsperson in dem Gerät sah auf seinem Bildschirm nur noch, dass der Ball zwischen den anderen beiden Spielern hin und her flog und er selbst von den Mitspielern ausgegrenzt wurde. An der Stelle wurden die Untersuchungen gemacht und die aktivierten Zentren des Gehirns aufgenommen. Es zeigte sich, dass die gleichen Zentren aktiv waren, die auch bei Schmerzwahrnehmungen involviert sind und damit deutlich wurde, dass sowohl der Schmerz als auch das Unangenehme der Ablehnung in den gleichen Hirnzentren kodiert wurde. Dies Patienten deutlich gemacht, hebt für viele die Spaltung zwischen „das bilde ich mir ein“ und „dieser Schmerz hat eine körperliche Ursache“ auf. Das ist die Grundlage zum psychosomatischen Verständnis, auf der wir dann weiter miteinander arbeiten können.



Wirkfaktoren für die Ausbildung des Schmerzgedächtnis



- **Sensitivierung**
 - **Repetitive Stimulation führt über eine Umorganisation der Repräsentation des Körpers im somatosensorischen Cortex und anderer Hirnareale(Gyrus cinguli) zu einer Hyperreaktivität**
 - Jenkins, WM, Merzenich,MM, Ochs, MT, Allard, T, Guic-Rogies, E (1990): Functional reorganisation of primary somatosensory cortex in adult owl monkeys after behaviourallycontrolled tactile stimulation. *J Neurophysiol* , 63, 82-104
 - Flor H, Birbaumer, N, Schulz, R, Grüsser, SM, Mucha, RF,(2002): Pavlovian conditioning of opioid and nonopioid pain inhibitory mechanisms in humans. *Eur J Pain*, 6, 395-402
- **„fear avoidance beliefs“/ Schmerz-Angst**
- **Katastrophisierende Gedanken**
- **Chronisches Krankheitsverhalten**
- **Verhalten der Angehörigen**

7

Was wir uns noch kurz anschauen müssen, ist die Entwicklung des Schmerzgedächtnisses. Mit diesem Begriff werden eine Veränderung des anatomischen Substrates unseres Gehirns und auch noch viele weitere Facetten der Wirkung des Schmerzes auf unser Verhalten und den Umgang mit der Umgebung beschrieben.

Wir können uns vorstellen, dass ein Schmerz, der stunden- und tagelang mit hoher Intensität auf unser Gehirn einprasselt eine Reizüberflutung bedeutet, auf die sich unser Gehirn mit anatomischen Veränderungen einstellt, wie es das immer tut, wenn eine Funktion des Gehirns besonders intensiv abgefordert wird. Wenn ein Musiker jeden Tag 10 Stunden Klavier übt, sind seine Repräsentationsfelder für die Finger deutlich größer ausgebildet als bei einer normalen Person. Ebenso verändert sich das Gehirn auf wiederholte Schmerzreize. Es verändert sich, die repräsentativen Felder werden größer und die Verarbeitung der Reize, die aus diesem schmerzhaften Areal des Körpers kommen, wird ungenauer. Nicht nur Schmerz wird als Schmerz kodiert, sondern auch Berührung oder Wärme oder die Lage der Extremität im Raum, also auch andere Gefühlsempfindungen werden als Schmerz kodiert. Das ist das anatomische Korrelat. Hinzu kommt, dass wir unter der Angst vor dem Schmerz sehr vieles tun, was zur Chronifizierung des Schmerzes beiträgt. Die „fear avoidance beliefs“ sind ein Kernstück des Schmerzgedächtnisses, weil die Betroffenen immer vorsichtiger werden, Schonhaltung einnehmen, Schonspannung haben und sich vieles nicht mehr zutrauen. Hinzu treten die katastrophisierenden Gedanken: „es kann alles nur noch schlechter werden, ich werde im Rollstuhl landen, man muss mir eine Extremität abnehmen, nichts hilft mir“. Auch diese negativen Fehleinschätzungen verstärken die entsprechende Angstspannung. Daraus resultieren dann in den sozialen Bezügen für den Einzelnen Verhaltensweisen, die man unter dem chronischen Krankheitsverhalten subsumieren kann. Die sozialen Netze werden weitmaschiger und die Patienten entwickeln sekundäre soziale Netze in den Wartezimmern der Ärzte und der Physiotherapeuten. Da sind Menschen, die verstehen einander, weil sie ähnlich betroffen sind. Da können sie sich viel besser verstanden fühlen und miteinander austauschen als mit dem Nachbarn, der fragt: „Bist du immer noch zuhause?“. So verändert sich das soziale Umfeld und das Familiengefüge. Ein pubertierender Jugendlicher wird abends fragen, ob er in die Disco darf. Wenn das ein Streitthema ist, verschiebt er die Frage vielleicht, wenn Vater Schmerzen hat. So trägt das Verhalten der Angehörigen, auch wenn sie es noch so gut meinen, zur Chronifizierung bei. Dies geschieht auch auf nonverbalen Ebenen. Wenn die Mimik etwas Schmerzhaftes ausdrückt, reagiert auch die Umwelt auf diese schmerzverzerrte Mimik. Ganz besonders gut wurden die Auswirkungen der nonverbalen Kommunikation bei Fibromyalgiepatienten untersucht, die ja auch unter Psychotherapeuten als eine relativ schwer zu behandelnde Gruppe gelten. Vor allem in mit Videoaufnahmen kontrollierten Studien zur mimischen Kommunikation wurde deutlich, dass Fibromyalgiepatienten eine Spur von mimischer Verachtung auf dem Gesicht tragen. In jedem therapeutischen Kontakt zeigen sie eine Spur von Verachtung. Dies mag eine Ursache dafür sein, weshalb mit diesen Menschen manchmal nur schwer tragfähige Therapiebündnisse aufgebaut werden können.



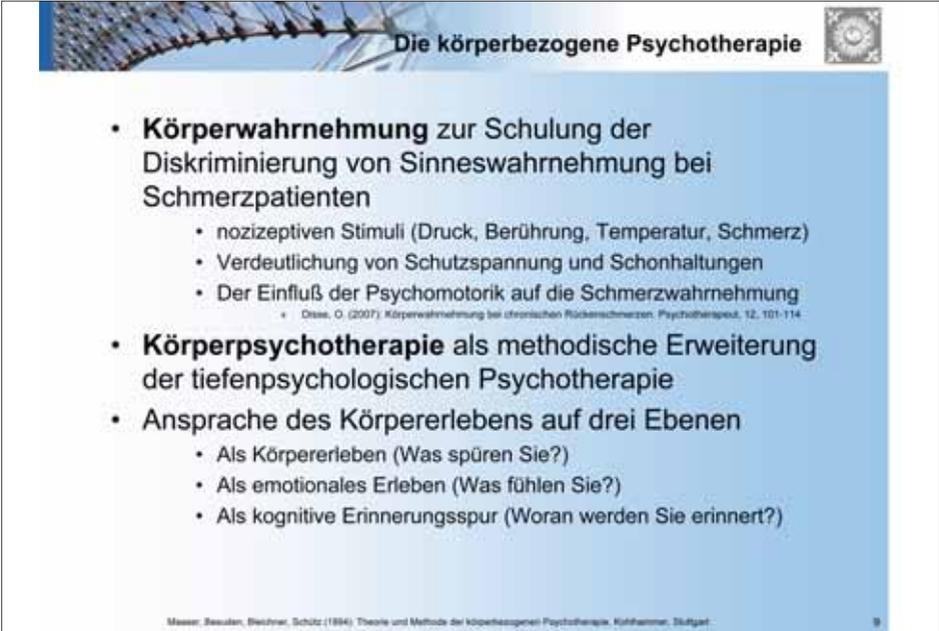
**Psychotherapeutische
Verständnisebenen
Chronischer Schmerz**

- **Tiefenpsychologisch/ analytische Modelle**
 - 1) Der narzisstische Mechanismus (Egale 1989)
 - 2) Der Konversionsmechanismus (Freud 1895)
 - 3) Die Resomatisierung nach Schur (1955)
 - 4) Das Alexithymiekonzept (Sifneos 1972)
 - 5) Die Bindungstheorien (Bowlby 1969, Fonagy 2004)
 - 6) Die „pain prone personality“ nach Engel (1959)
- **Verhaltenstherapeutische Modelle**
 - 1) Klassische und operante Konditionierung (Pawlow, Skinner, Thorndike)
 - 2) Modellernen (Bandura)
 - 3) Schemata mit Ausprägung von Schmerzgedächtnis (Flor)

Knickenberg, R.J. (2007). Integrative stationäre Schmerztherapie. Psychotherapie 12, 150-167

Es gibt sehr verschiedene und ausdifferenzierte Theoriebildungen zur Schmerzerkrankung, die hier nur aufgelistet werden können. Gerade den narzisstischen Mechanismus kann man häufig bei Schmerzpatienten sehen. Die „pain-prone-personality“ nach Engel wird nur der Vollständigkeit halber zur Darstellung der Theoriebildungen über die Jahrzehnte mit aufgeführt, da es eine Schmerzpersönlichkeit wohl nicht gibt. Ähnlich viel tragen die Verhaltenstherapeuten in den letzten Jahren zur Schmerztherapie bei. Es bildet sich in den Theorien zum chronischen Krankheitsverhalten, zum katastrophisierenden Denken zur Schmerzangst und zu den aufrechterhaltenden Bedingungen ab. Mit verhaltenstherapeutischen Mitteln lässt sich in der Psychotherapie bei Schmerzkranken oft sehr gut intervenieren.

Ein Vorteil der Verhaltenstherapie ist, dass Verhaltenstherapeuten zunächst das Symptom in den Mittelpunkt stellen und von allen Seiten beleuchten. So fühlt sich der Schmerzpatient verstanden und mit seinem Symptom gesehen. Mit dem Schmerzpatienten über die Kindheit zu reden ist für ihn viel ungewohnter. Auch der Tiefenpsychologe sollte zunächst wissen: wann kam der Schmerz, wie war der Schmerz, was wurde mit dem Schmerz gemacht, was hat geholfen, was hat nicht geholfen. Dieser pragmatische, symptomorientierte Zugang macht es in der Behandlung von Schmerzpatienten sehr viel leichter.



Die körperbezogene Psychotherapie

- **Körperwahrnehmung zur Schulung der Diskriminierung von Sinneswahrnehmung bei Schmerzpatienten**
 - nozizeptiven Stimuli (Druck, Berührung, Temperatur, Schmerz)
 - Verdeutlichung von Schutzspannung und Schonhaltungen
 - Der Einfluß der Psychomotorik auf die Schmerzwahrnehmung
 - Diss., O. (2007): Körperwahrnehmung bei chronischen Rückenschmerzen. Psychotherapeut, 12, 101-114
- **Körperpsychotherapie als methodische Erweiterung der tiefenpsychologischen Psychotherapie**
- **Ansprache des Körpererlebens auf drei Ebenen**
 - Als Körpererleben (Was spüren Sie?)
 - Als emotionales Erleben (Was fühlen Sie?)
 - Als kognitive Erinnerungsspur (Woran werden Sie erinnert?)

Messer, Beulien, Biedner, Schütz (1994): Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Klinkhardt, Stuttgart

Nun aber zur Körperpsychotherapie. Hier in der Klinik machen haben wir hier zwei Zugangswege, nämlich den Bereich der Körperwahrnehmung und den anderen Bereich der Körperpsychotherapie. Bei der Körperwahrnehmung geht es um die Ausdifferenzierung unseres eigenen Bildes von unserem Körper und der Wahrnehmung und Unterscheidung von Sinneswahrnehmungen. Die Überschrift zur Körperwahrnehmung bei Schmerzpatienten könnte lauten: „Wie führe ich das Schmerzgedächtnis wieder auf ein normales Empfinden zurück, wie kann ich meinem Gehirn wieder beibringen, dass Druck nicht Schmerz ist, dass Temperatur nicht Schmerz ist, dass die Wahrnehmung aus meinen Rezeptoren aus meinen Gelenken und Muskelspindeln der Extremitäten nicht in Schmerzempfindungen übersetzt werden muss, sondern Informationen über die Stellung meiner Extremitäten im Raum kodiert.

Die Körperpsychotherapie ist dann ein weiterführender Schritt. Wir verstehen sie als eine methodische Erweiterung der tiefenpsychologischen Psychotherapie. Das Körpererleben wird auf der Ebene der Empfindung, des Gefühls und im Sinne einer kognitiven Erinnerungsspur oder als eine Erinnerung des Körpergedächtnisses angesprochen. Schmerzpatienten sollen an andere, hinter dem Schmerz verborgene und von ihm verdeckte Emotionen herangeführt werden, etwa an ihre Wut oder Trauer. Schmerzlich ist es besonders, wenn die Patienten hinter dem Schmerz den verborgenen alten seelischen Schmerz entdecken,

die traumatischen Erinnerungen andrängen und körperlicher und seelischer Schmerz eins werden.

Der Schmerzpatient, der uns in der Körperpsychotherapie begegnet, hat in bewussten und unbewussten Anteilen seines Körpergedächtnisses die Erinnerung an den frühen Schmerz. Sein Körper weiß um die Zusammenhänge, wie der Schmerz entstanden ist und kennt das im Schmerz kodierte emotionale Erleben. Es lässt sich aber nicht als eine Emotion ausdrücken und es fehlt auch eine direkte Erinnerung an die Ereignisse.



Der Schmerzpatient in der Körperpsychotherapie



- **Der Schmerz in den bewussten und unbewussten Anteilen des Körperbildes**
 - Nach Schiler (1990), Köcherhoff (2002)
 - **Bewusst:** Zusammenhänge um die Schmerzentstehung
 - **Unbewusst:** die Vernetzung mit schmerzhaften Erfahrungen
 - Schmerzhaftige Metaphern
- **Vorstellungen zur Schmerzentstehung**
- **Körperempfindung als konstituierender Faktor des Selbstbildes**
 - **Einen Körper haben oder ein Körper sein**

10

Neben den Patienten, die wir diagnostisch in die somatoformen Schmerzstörung einordnen, lässt sich Körperpsychotherapie auch mit Patienten durchführen, die ein primär körperliches Schmerzerleben haben, die dann aber in der Chronifizierung natürlich auch psychische Beeinträchtigungen entwickeln, mutlos werden, wütend sind, in die ängstliche Entspannung geraten oder vom Schmerz ausgelaugt wurden. Sie entdecken in der Körperarbeit den Körper als eine Ressource, als eine Möglichkeit, über den Körper Freude, Entspannung und Selbstbewusstsein wieder zu entdecken

Als ganz kurzes Beispiel berichte ich Ihnen über eine Patientin, Mitte 30, die nach einem Motorradunfall, den sie selbst verursacht hatte, hierher kam. Nach einer Konusläsion hat-

te sie eine Reithosenhyposensibilität entwickelt, der ganze Genitalbereich war von der Berührungswahrnehmung verändert, sie hatte Blasenstörungen, trug Windeln und hatte einen heftigen Schmerz in diesem Bereich. Diese Frau war traumatisiert und litt unter dieser Schmerzstörung. Sie hatte keine Erwartung an die Therapie, sondern eigentlich nur eine ausgesprochene Widerständigkeit, da sie zuvor im Rahmen einer psychiatrischen Akutbehandlung ebenfalls wegen dieser Symptomatik ohne Erfolg behandelt worden war. Ihr Körperbild, das sich in einem Traum ausdrückte, war ein blutiger Torso. Keine Hände, keine Füße, in der Mitte Schwärze, ein hilfloses, eingekapseltes durch und durch schmerzhaftes Wesen, das keine Fähigkeiten hatte, sich selbst aktiv irgendwo hin zu bewegen oder aktiv für sich noch etwas zu tun. Solche Bilder sind es, die uns bei Schmerzpatienten in der einen oder anderen Weise begegnen und mit solch heftigen Erinnerungen müssen wir rechnen, wenn es um Körperpsychotherapie geht. Die Patientin hat sich intensiv mit ihrer Hilflosigkeit, ihrer Wut und ihrer Scham auseinander gesetzt. Es gelang ihr etwas mehr, sich mit sich auszusöhnen und diese harte Realität zu akzeptieren. Sie konnte ihrem Selbstbild, das durch den Schmerz deutlich verändert und verunstaltet war, wenn sie sich als an einen Torso sah, etwas mehr Aufmerksamkeit schenken und beginnen, sich auch darum zu kümmern, was ihrem Körper wohl tat. Das Selbstbild kann völlig fragmentiert sein, sodass die Wahrnehmung besteht, nur noch einen Körper zu haben, der abgelehnt wird, der nur noch stört, der ersetzt werden soll und der nicht mehr die Identität stützt. Wenn der Patient



Themen der Körperpsychotherapie und Körperwahrnehmung



- **Information zum Schmerz und dem therapeutischen Geschehen**
- **Konfrontation mit dem eigenen Unlusterleben, mit Angst und Vermeidung**
 - „versuchen Sie’s“
- **Wahrnehmungsveränderung der Schmerzen**
 - Zur Modifizierung des Schmerzgedächtnis
 - Bei inadäquatem Schmerzverhalten
 - Bei fear avoidance beliefs
 - In Ergänzung zu Entspannungsverfahren und Rückenschule
- **Körpersprachliche Zeichen verstehen und positive Gesten einüben**
 - Nutzung der Theorien zu den Spiegelneuronen

11

aber nicht mehr in seinem Körper ist und ihn nicht mehr akzeptiert, fehlt ihm auch der Zuström an genussvollem und lustvollem Erleben. Hierin begründet sich das Genussverbot bei Schmerzpatienten. Es ist nicht nur auf einer rein psychischen Ebene zu sehen, besteht also nicht nur in dem Verbot, etwas genussvolles zu erleben, sondern es entsteht Unfähigkeit, weil vor diesem Hintergrund kein Genuss mehr entstehen kann.

Wenn wir mit Schmerzpatienten arbeiten; brauchen wir Informationen über das subjektive Krankheitskonzept, wie der Schmerz empfunden wird und wie das Körperbild gestaltet ist. Weiterhin sind medizinische Informationen zur Schmerzentstehung und zur Anatomie wesentlich. In der Klinik besteht eine Kombination aus einer indikativen, sprich verhaltenstherapeutisch laufenden Schmerzbewältigungsgruppe, einer dazugehörigen Rückenschule und ganz speziellen Angebote zur Körperwahrnehmung und zur Körperpsychotherapie bei Schmerzpatienten. Im Rahmen der Rückenschule gibt es eine Stunde, in der ich mit den Patienten bespreche: wie eine Wirbelsäule aufgebaut ist, was ein Bandscheibenvorfall bedeutet oder was Endorphine sind und wie man die körpereigenen Schmerzhemmsysteme aktiviert und auf diese Weise die Schmerzwahrnehmung ändern kann. Die Patienten wollen das wissen und sie verstehen dann besser, warum sie sich bewegen sollen. Sie halten die Konfrontation mit dem Unlusterleben und dem Schmerz aus und versuchen es. Die Aufforderung: „Vertrauen Sie!“, „Schauen Sie, wie weit Sie mit unserem Angebot kommen!“, „Versuchen Sie sich darauf einzulassen“ wird dann von vielen aufgenommen und umgesetzt.



Themen der Körperpsychotherapie und Körperwahrnehmung

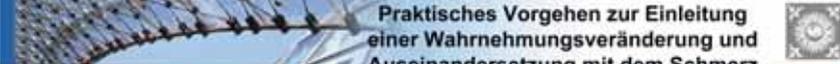


Herunterregelung von Angst- und Schmerzspannung durch Haltung, Stimmlage und Bewegungen des Therapeuten über die Spiegelneurone

- **Das Erleben hinter dem Schmerz**
 - Bei somatoformen Schmerzstörungen, Konversion und Alexithymie
 - „Übersetzung“ der in den Körpergefühlen abgespeicherten Erfahrungen
- **Was spüre, fühle und assoziiere ich mit dem Schmerz?**
- **Begleitung des Patienten auf dem Weg zu dem Leid hinter dem Schmerz**
- **Was will der Schmerz mir sagen?**
 - Das Selbstgespräch mit dem Schmerz
 - Schmerz und was noch---?

12

Die Schmerzgruppe und die Körperarbeit verfolgen auf verschiedenen Wegen das Ziel, das Schmerzgedächtnis und das inadäquate Schmerz- und Schonverhalten zu modifizieren. Es werden damit indirekt die „fear avoidens beliefs“ angegangen. Das Selbsteffizienzerleben steigt, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten nimmt zu, die Experimentierfreude wird stärker und die Schonhaltungen nehmen ab. Wir haben auch Übungen zu den körper-sprachlichen Zeichen und der Mimik aufgenommen, um die negativen Rückmeldekreise zwischen Körperhaltung, Mimik und Schmerzwahrnehmung zu unterbrechen. Wir versuchen im Spiegel die eigene und die Mimik des Nachbarn zu sehen und zu beobachten, ob bei einer Änderung der Mimik auch in der Wahrnehmung sich etwas ändert. Wir fordern die Patienten auf, Haltung, Gang, Gestik zu verändern.



**Praktisches Vorgehen zur Einleitung
einer Wahrnehmungsveränderung und
Auseinandersetzung mit dem Schmerz**

- **Wahrnehmungslenkung**
 - Im Umhergehen, Balancieren
 - Wahrnehmungslenkung auf andere Körperregionen und andere Empfindungen in diesen Regionen
 - Mit Hilfsmitteln (Seil, Stäbe, Sandsäckchen)
 - Beobachtung der Wandlung der Schmerzqualität
- **Differenzierung von Berührung, Druck, Schmerz**
 - An schmerzfreien Körperteilen / im schmerzhaften Areal
 - Veränderung der Grenzen schmerzhafter Areale
 - Atmen durch das schmerzhaft Areal
- **Veränderung der Psychomotorik**
 - Mimik, Gestik, Gangbild, Haltung
- **Umgang mit der Emotion**
 - Begegnung mit der Angst
 - Aushalten und Akzeptanz im Selbstgespräch
 - Anreicherung der Schmerzempfindung mit anderen Empfindungen

13

Eine Wahrnehmungslenkung kann mittels verschiedener Angebote geschehen. Der Patient kann dazu Umhergehen, er kann zum Balancieren aufgefordert werden und es wird ihm langsam deutlich, dass der Schmerz in der Wahrnehmung ein wenig zurückgetreten ist. Es kann auch eine Wahrnehmungslenkung auf andere Körperregionen erfolgen, es kann das Empfinden in dem gesunden Knie mit dem auf der schmerzhaften Seite verglichen werden. Es kann das Streichen mit einer Feder oder bei anderer Berührung verglichen werden, zwischen der gesunden und der schmerzhaften Seite.

Ich kann versuchen, auch an der nur schmerzhaften Stelle wieder andere Empfindungen einzuführen, von dem Gefühl: „Wie steht meine Extremität im Raum?“ bis zu: „Nehme ich denn noch andere Berührungsqualitäten in dieser Extremität wahr?“. Dazu kann ich auch wieder Hilfsmittel verwenden, jemanden für kurze Zeit auf einen Stab oder eine entsprechend harte Nackenrolle legen und dann zu erleben, wie das Gefühl ist, wenn der Druck nachlässt. Ich kann vielleicht dem Patienten mit Spannungskopfschmerzen nicht noch eine Nackenrolle unterlegen, aber ich kann sie ihm unter die Füße legen und er kann den Schmerz dort spüren und wahrnehmen, wie dieser Schmerz auch wieder weg geht und wie sich in anderen Regionen ein Gegendruck anfühlt. Es aushalten, es versuchen, den Schmerz nicht gleich wegmachen wollen, sich dem stellen und dabei zu realisieren, dass die vorweggenommenen Ängste, es könnte immer schlimmer werden, nicht zutreffen, das sind die ersten Schritte, die Patienten in der Auseinandersetzung mit dem Schmerz tun können.

Die Patienten begegnen in solchen Zusammenhängen der Angst, vielleicht der Wut, dem Gefühl der Zerstörung, der Zerstörungswut. Etwas leichter ist es, wenn die Schmerzempfindungen zunächst mit anderen Empfindungen angereichert werden, also nicht geschaut wird, was ist dahinter, sondern was da noch ist und dass das Genussverbot aufgehoben wird. In der verbalen Therapie wird das Ganze dann abgerundet dadurch, dass wieder soziale Bezüge entstehen und deutlich wird, was der Schmerz mit den individuellen sozialen Bezügen angerichtet hat, wie sie sich verändert haben, welche Konflikte es in den Bereichen gibt und wie sie zu lösen sind. Schmerzkranken sollte auf sehr vielen Ebenen begegnen werden, um den vielfältigen Ebenen des Schmerzes gerecht zu werden

Die Rolle körperorientierter Strategien in der verhaltenstherapeutischen Behandlung bulimischer Patientinnen

Prof. Dr. Martina de Zwaan

Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung

Universitätsklinikum
Erlangen



05.10.2007

Bulimia Nervosa -Diagnostische Kriterien-

DSM IV

- Figur und Körperbewertung haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

ICD-10

- Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal und gesund betrachteten Gewicht.

Universitätsklinikum
Erlangen



Body Image - Sprachverwirrung -

- Körperbild
 - Variables, von vielen Faktoren beeinflussbares Vorstellungsbild.

- Körperwahrnehmung
- Körpererleben
- Körper-Ich
- Körper-Selbst
- Körperphantasie
- Körperkonzept
- Körperakzeptanz

Universitätsklinikum
Erlangen



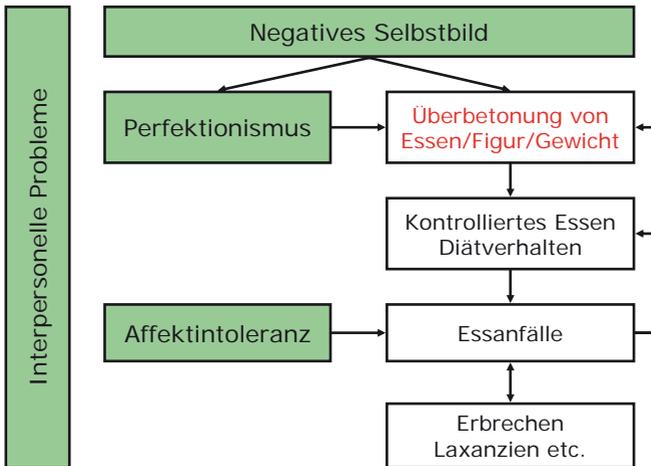
Gestörtes Körperbild bei Essstörungen -Bedeutung-

- Körperunzufriedenheit bei weiblichen Jugendlichen sagt den Beginn von restriktivem Essverhalten voraus (Cattarin & Thompson, 1994)
- Körperunzufriedenheit moderiert die Beziehung zwischen verschiedenen Risikofaktoren (neg. Selbstwert, neg. Affekt, soz. Druck dünn zu sein) und der Essstörungssymptomatik.
- Ein negatives Körperbild hat einen hohen Stellenwert in der **Aufrechterhaltung** der Essstörungen (Meta-Analyse, Stice 2002).
- Nach Normalisierung des Essverhaltens kann das Fortbestehen eines negativen Körperbildes **Rückfälle** vorhersagen (Fairburn et al., 1993)

Universitätsklinikum
Erlangen



Kognitiv behaviorales Modell (Fairburn et al., 2003)



Die 4 Komponenten des Körperbildes

- **Perzeptiv**
 - Fehleinschätzung der eigenen Körperdimensionen
 - kein sensorisches Defizit
- **Kognitiv**
 - Negative Bewertung des eigenen Körpers (kognitive Verzerrung)
 - Bei BN ausgeprägter als bei AN
- **Affektiv**
 - Negative Gefühle bei Konfrontation
 - Scham, Ekel
- **Behavioral**
 - Vermeidungs- und Kontrollverhalten



Affektive/kognitive Komponente -Diagnostik-

Sich „fett fühlen“

- Falsche Interpretation emotionaler Zustände
- Zeitpunkte notieren lassen, zu denen sich die Patientin besonders fett fühlt. Identifizieren anderer Gefühle und Sensationen, die sie zur selben Zeit gespürt hat (deprimiert, gelangweilt, müde, **Kleider fühlen sich eng an – sich des Körpers bewusst werden, v.a. ein Problem, bei Gewichtszunahme – neue Garderobe, alte Garderobe entsorgen!**)
- Direkte Auseinandersetzung mit diesen Auslösern fördern

Fairburn, 2006

Universitätsklinikum
Erlangen



Behaviorale Komponente -Diagnostik-

- „Body checking“
- Spiegel
- Schaufenster
- Umfänge messen
- Wiegen
- Vergleichen
- Körperpflege
- Kleidung
- Rückversicherung
- Körperbezogene Aktivitäten



Behaviorale Komponente



Universitätsklinikum
Erlangen



Behaviorale Komponente -Diagnostik, Selbstbeobachtung-

Dysfunktionales Kontrollieren („checking“) oder Vermeiden des Körpers bewusst machen (welche Methoden verwendet die Patientin?), eventuell durch Selbstbeobachtung über 24 Stunden verdeutlichen

Gebrauch von Spiegeln

- Frequenz des Gebrauchs
- Sinn?
- was macht die Patientin genau vor dem Spiegel?
- erreicht sie damit, was sie erhofft?
- Verzerrte Wahrnehmung typisch, das Risiko einer „falschen“ Information ist groß
- Vergrößerungsglas: „wenn man nach Fett sucht, wird man es finden“



Fairburn, 2006

Universitätsklinikum
Erlangen



Diagnostische Verfahren zur Erfassung unterschiedlicher Aspekte des Körperbildes

- EDE (Figursorgen, Gewichtssorgen)
- SIAB (Körperschema und Schlankheitsideal)

- EDI-2 (Schlankheitsstreben, körperliche Unzufriedenheit)
- FFB (Fb zum Figurbewusstsein)
- FKB-20 (Fb zum Körperbild)
- FBek (Fb zur Beurteilung des eigenen Körpers)
- FKKS (Frankfurter Körperkonzeptskalen)
- Figur-Skala
- EPKA (Fb zur Erfassung positiver körperbezogener Tätigkeiten)

Universitätsklinikum
Erlangen



Diagnostische Verfahren zur Erfassung unterschiedlicher Aspekte des Körperbildes

- MBSRQ (Multidimensional Body-Self-Relations Qu.)
- BIAQ (Body Image Avoidance Qu.)
- BCQ (Body Checking Qu.)
- Verbal Commentary on Physical Appearance Scale
- Body Appreciation Scale
- Negative Physical Self Scale
- Body Image Cognitive Distortions Scale
- BICSI (Body Image Coping Strategies Inventory)
- BICI (Body Image Concern Inventory)
- BIAI (Body Influence Assessment Inventory)

- Male Body Attitude Scale
- Swansea Muscularity Attitudes Qu.
- Qu on Influences on Male Body Shape Model

Universitätsklinikum
Erlangen



Therapeutische Interventionen in der VT

- **Kognitiv**
- **Konfrontativ-behavioral**



Universitätsklinikum
Erlangen



Therapeutische Interventionen in der VT

- Körperorientierte Interventionen sind Teil der meisten KVT Programme (z.B. Fairburn, 2006)
- Rein körperorientierte Interventionen:
 - **Böse (2002): KVT**
 - **Vocks & Legenbauer (2005): KVT**
 - Jarry & Ip (2005): Meta-Analyse
 - Delinski & Wilson (2006): mirror exposure
 - Gollings & Paxton (2006): CBT

Universitätsklinikum
Erlangen



Das Konzept der Selbstbewertung

- Die Anzahl der Bereiche, die für die Selbstbewertung herangezogen werden (Arbeit, Familie, Freunde, etc.) ist bei essgestörten Patientinnen meist gering.
- Der dominante Bereich ist Figur/Gewicht/Kontrolle.
- Es ist problematisch und riskant und hat Folgen auf das Denken, Fühlen und Handeln, wenn zu wenige Bereiche für die Selbstbewertung herangezogen werden.
- Erfasse die Bereiche, die bei der Patientin wichtig für die Selbstbewertung sind (mit Hilfe einer Tortengrafik).

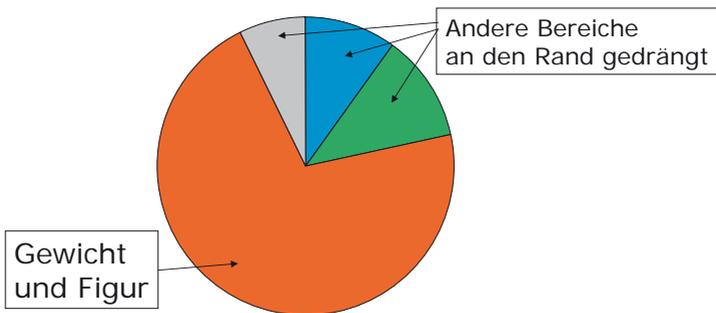
Fairburn 2006

Universitätsklinikum
Erlangen



Überbewertung von Gewicht und Figur

Abhängigkeit des Selbstwerts von



Fairburn 2006

Universitätsklinikum
Erlangen





2005

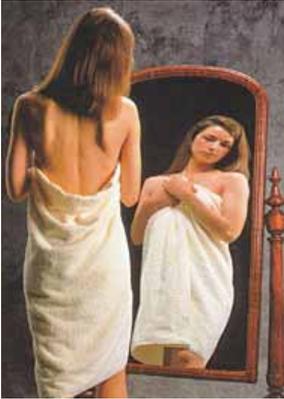
10 Sitzungen

Universitätsklinikum
Erlangen

Körperbildtherapie nach Vocks und Legenbauer 2005

- Erarbeiten eines Störungsmodells
- Vier Komponenten des negativen Körperbildes
- Aufrechterhaltende Bedingungen (konditioniertes Vermeidungsverhalten)
- Erkennen und Modifikation negativer körperbezogener Kognitionen, Grundannahmen, Schemata
- **Körperkonfrontation (Video, Spiegel)**
- Abbau von körperbezogenem Vermeidungs- und Kontrollverhalten
- Aufbau positiver körperbezogene Aktivitäten
- Rückfallprophylaxe

Körperkonfrontation



Universitätsklinikum
Erlangen



Körperkonfrontation -Rationale-

- Exposition bei Vermeidungsverhalten
 - gestuftes Vorgehen
 - ausführliche Vorbereitung
 - „keine Überraschungen“
 - kein Zwang
- Auslösen körperschemarelevanter Gedanken und Gefühle
 - „emotionales Priming“, kann belastend sein
- Kombiniert mit kognitiver Therapie
 - Wahrnehmungsfehler
 - Dysfunktionale Gedanken

Universitätsklinikum
Erlangen



Körperkonfrontation -Ziele-

1. Korrektur des verzerrten Körperbildes
 - Korrigierendes Feedback
2. Bewältigung negativer körperbezogener Gefühle
 - Habituation = Rückgang der negativen Gefühle
 - Cave: vorzeitiges Abbrechen
 - Cave: gedankliche Ablenkung
3. Sensibilisierung für positive Aspekte des eigenen Körpers
 - Gesunde Kontrollpersonen fokussieren bei sich selbst auf positive Körperteile und bei anderen auf negative Körperteile

Vocks & Legenbauer, 2005

Universitätsklinikum
Erlangen



Körperkonfrontation -graduiert-

- Seilübungen
- Körperumrisszeichnung in Zweiergruppen
 - Körperbild vs. Realumriss, Besprechung und Feedback in Gruppe
- Videokonfrontation
 - Erlaubt partielle Distanzierung
 - statisch und dynamisch
 - „Drehbuch“ (Böse, 2002; Vocks & Legenbauer, 2005)
 - „Leitfaden“ für das Vorgehens
- Spiegelkonfrontation
 - Direktteste Form der Konfrontation
 - Alltagskleidung – Gymnastikkleidung – Badekleidung
 - Therapeuten-unterstützt, dann Hausaufgabe
 - „Leitfaden“ für das Vorgehens

Universitätsklinikum
Erlangen



Körperkonfrontation -Vorgehen-

Habituation

- Zuerst auf den ganzen Körper, dann auf einzelne Körperbereiche fokussieren, v.a. auf negative
- Neutrale Beschreibung („Außerirdischer“)
 - z.B. „dick-dünn“ vermeiden
- regelmäßiges Erfassen von Gedanken und Gefühlen
 - **negative Gefühle müssen abnehmen**

Universitätsklinikum
Erlangen



Spiegelkonfrontation



Universitätsklinikum
Erlangen



Körperbildtherapie nach Vocks und Legenbauer 2005

- Erarbeiten eines Störungsmodells
- Vier Komponenten des negativen Körperbildes
- Aufrechterhaltende Bedingungen (konditioniertes Vermeidungsverhalten)
- Erkennen und Modifikation negativer körperbezogener Kognitionen, Grundannahmen, Schemata
- Körperkonfrontation (Video, Spiegel)
- **Abbau von körperbezogenem Vermeidungs- und Kontrollverhalten**
- **Positive körperbezogene Aktivitäten**
- Rückfallprophylaxe

Universitätsklinikum
Erlangen



Körperbezogenes Vermeidungs- und Kontrollverhalten (Vocks & Legenbauer, 2005)

Tätigkeiten	Tanzen, Sex,
Orte	Fitness Center, Sauna, Räume mit Spiegeln, Licht
Soziale Aktivitäten	Mit Leuten zusammen sein, die schlanker sind
Kleidung	Keine figurbetonte Kleidung, immer perfektes Outfit, aufwendige Fassade
Körperpflege	Nie ungeschminkt, sich nicht eincremen
Körperposition	Immer übereinandergeschlagene Beine
Figur- Gewichtskontrolle	Wiegen, Messen, Kneifen
Rückversicherung	ev. auf subtile Art: „Ich bin wieder dicker geworden“
Vergleiche	Überprüfen, ob man genauso schlank ist wie die Kollegin, oft „unfaire“ Vergleiche

Universitätsklinikum
Erlangen

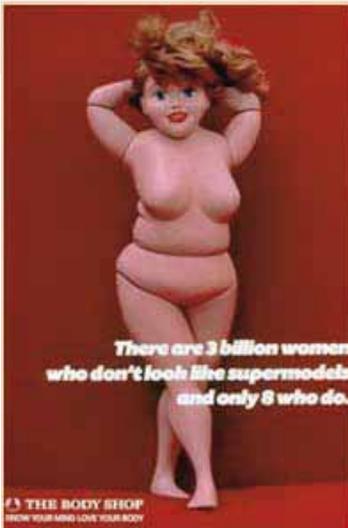


Don't Weigh your Self-Esteem...

It's What's Inside That Counts!



Universitätsklinikum
Erlangen



***Vielen Dank
Für Ihre
Aufmerksamkeit***

Universitätsklinikum
Erlangen

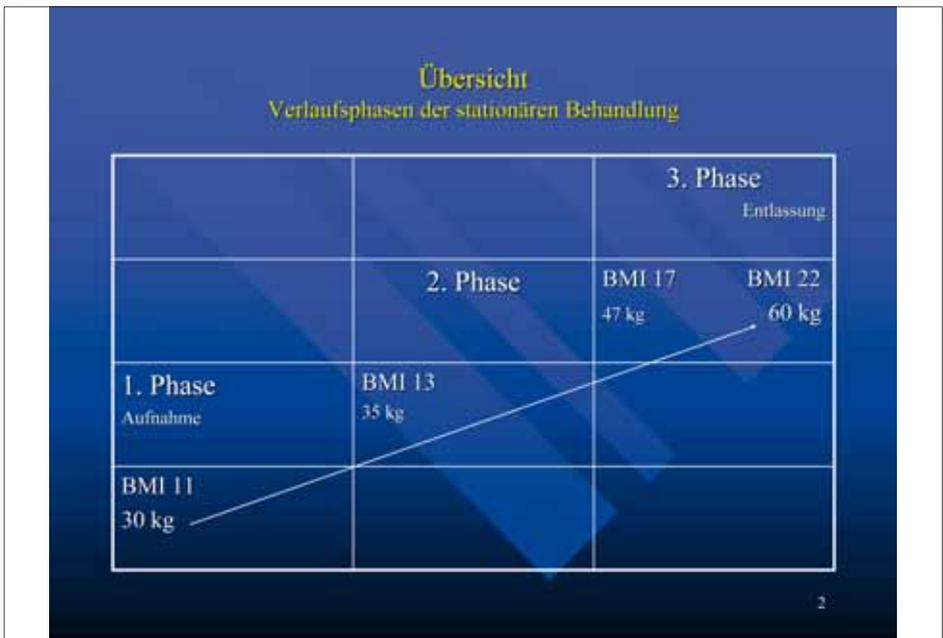


Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext

Körperpsychotherapie bei Anorexia nervosa¹

Einleitung

Die Therapiegeschichte der Anorexia nervosa ist untrennbar mit der Entwicklung der stationären Psychotherapie bzw. der stationären psychosomatischen Behandlung verbunden, denn die Magersucht ist aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes gleichsam „bestens geeignet“ für die stationäre Behandlung. Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, dass die Behandlungsfortschritte in den letzten Jahrzehnten vorwiegend im Rahmen stationärer Konzepte erreicht worden sind. Wurde die Magersucht noch in den späten 60er Jahren, vor allem unter dem wegweisenden Einfluss der Arbeit von Thomä (1961), „rein psychotherapeutisch“ behandelt, so ist die moderne stationäre Behandlung der Anorexia nervosa als eine Kombination von Wiederauffütterung und psychotherapeutischer Aufarbeitung der zugrunde liegenden Persönlichkeitsprobleme konzipiert (Übersicht bei Herzog u. Zeeck 1997). Dabei gilt unbestritten die psychische Assimilation des Gewichts als unverzichtbares Therapieziel. An diesem Punkt haben die körperbezogenen Therapiemethoden in modernen Behandlungskonzepten der Magersucht „ihren angestammten Platz“ gefunden (Janssen



2004, S. 220), denn es gilt, die Gewichtszunahme in den „psycho-somatischen“ Gesundungsprozess zu integrieren. Dies markiert dann auch die Ebene, auf der unser Ansatz der analytischen Körperpsychotherapie zu konzeptualisieren ist.

Übersicht

Verlaufphasen der stationären Behandlung (siehe Folie S. 189)

In der Aufbereitung unserer Fallbeispiele wird nun die „körperbezogene Schiene“ gleichsam künstlich aus dem Zusammenhang der gesamten Therapie herausgelöst und als ein therapeutischer Weg beschrieben. Wenn man von einem niedrigsten Aufnahmegewicht von um die 30 kg ausgeht, umfasst das bis zu einem Gewicht von etwa 60 kg (BMI 22 als fester Markierungspunkt des gesunden Gewichtsbereichs) einen Weg von bis zu 30 kg Gewichtszunahme. An den einzelnen Stationen dieses Weges werden die Fallbeispiele der Übersicht halber in drei Verlaufsphasen dargestellt.

Erste Therapiephase (BMI 11-13)

Wenn eine Patientin in einem schwer dekompensierten Zustand mit einem Körpergewicht von etwa 30 kg in die stationäre Behandlung aufgenommen wird, ist es in der Aufnahmesituation kaum möglich, mit ihr in sinnvoller Weise über Ihren Körper zu sprechen. Die allermeisten Patientinnen verleugnen den Krankheitswert ihres abgemagerten Körpers, erklären sich für gesund, halten sich manchmal sogar noch für zu dick und haben so oftmals ein bis ins Abstruse verzerrtes „anorektisches Krankheitssystem“ entwickelt. Ein direkter Zugang zu ihrem Körpererleben ist zumeist überhaupt nicht gegeben. Um trotzdem darüber etwas in Erfahrung zu bringen, nehmen wir die Zeichnungen, die die Patientinnen im Rahmen der psychomotorischen Diagnostik² anfertigen, zu Hilfe. Bei der Betrachtung einer Reihe solcher Zeichnungen fällt zunächst zweierlei auf: Zum einen stellt man erstaunt fest, dass bis auf wenige Ausnahmen alle Patientinnen auf diesem Gewichtsniveau im therapeutischen Sinne verwertbaren Zeichnungen herstellen. Außerdem erkennt man, dass darunter auch immer wieder Zeichnungen zu finden sind, die auf den ersten Blick durchaus angepasst und gar nicht so pathologisch wirken. Wir wenden uns zunächst dieser Kategorie zu:

¹ *Gekürzte und zu einem Referat umgearbeitete Fassung eines gleichlautenden Artikels in Heisterkamp u. Geißler (Hrsg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Wien, New York 2007.*

² *Unsere „psychomotorische Diagnostik“ ist fester Bestandteil der gesamten Aufnahmeuntersuchungen. Alle in einer Woche neu aufgenommenen Patienten werden in einer Gruppe zusammengefasst und mit geschlossenen Augen im Liegen, Sitzen und Stehen ein paar elementare Körperpüraufgaben durchgeführt. Dann fertigen die Patienten jeweils mit der rechten und der linken Hand (geübte und ungeübte Hand mit offenen Augen) eine Zeichnung des eigenen Körpers an, abschließend werden Körpererleben und Zeichnungen besprochen. Dies ist für unsere Patienten der Beginn ihrer Körperpsychotherapie.*



1. Therapiephase

Zeichnung des eigenen Körpers zu Therapiebeginn (lachende Kinder)

Diese Bilder³ wirken wie Zeichnungen von Kindern: sie sind zwar wenig differenziert, aber vollständig und ganzheitlich. Sie weisen außerdem wenig psychosexuelle Merkmale auf und alle Patientinnen versuchen irgendwie ein Lächeln zum Ausdruck zu bringen, das ziemlich gequält wirkt. Man könnte sie deshalb als die Bilder der „noch“ fröhlichen Kinder bezeichnen. Was hinter diesem Lächeln zu vermuten ist, wird bei der Betrachtung der Kategorie von Zeichnungen sichtbar, wie sie von den meisten Patientinnen in diesem Gewichtsbe-
reich angefertigt werden:

³ Wenn die Patienten in der psychomotorischen Diagnostik über Schmerzen klagen, werden sie aufgefordert, die schmerzenden Stellen in ihren Zeichnungen mit Pfeilen zu markieren. Alle Pfeile, auch auf den weiteren Bildern, beziehen sich auf diese Aufforderung.



1. Therapiephase Zeichnung des eigenen Körpers zu Therapiebeginn (anorektische Pathologie)

In diesen Beispielen⁴ kommt die ganze Wucht der anorektischen Pathologie zum Ausdruck: Alles, was oben noch andeutungsweise mädchen- oder jungenhaft aussah, ist fast bis zur Unkenntlichkeit zusammengeschrumpft, die Proportionen sind verschoben, manchmal fehlen ganze Körperbereiche. Die kindliche Fassade des Lächelns scheint als Abwehr nicht mehr zu halten, massiv bedrohliche Ängste brechen durch. Auch in den ersten Äußerungen der Patientinnen hierzu bzw. in den Aussagen über ihr Körpererleben in den ersten Stunden ihrer Körperpsychotherapie ist ein ähnliches Spektrum festzustellen. Ein Teil dieser ersten Reaktionen imponiert durch ihren angepassten und abwehrenden Charakter. Das kann sogar kindlich-fröhlich klingen⁵:

⁴ Der Zeichnerin des Bildes in der Mitte werden wir als Beispielpatientin noch mehrmals begegnen.

⁵ Alle nachfolgenden Aussagen (in Anführungszeichen) werden einschließlich aller sprachlichen Ungeschicklichkeiten und grammatikalischer Fehler als Originalformulierungen wiedergegeben, um einen möglichst hohen Grad an Authentizität zu gewährleisten.

„Ich war richtig frei und gelöst., locker und entspannt. Mein Körper reagierte ganz darauf, was die Therapeutin sagte. Es fiel mir gar nicht schwer. Ganz im Gegenteil, es ging ganz automatisch, wie von selbst. Ich hatte dabei keine Anstrengung. Ich fühlte mich danach sogar wohl und irgendwie gelöst und frei.“

Manches wirkt auch, wenn die Patientinnen verstanden zu haben glauben, was von ihnen erwartet wird, wie ein gut gegliederter Bericht in der Schule:

„Ich spürte, wie das Blut beim Strecken der Arme in Richtung Körper floss und beim Senken der Arme zu den Händen. Ich hatte dabei ein heißes Gefühl im linken Arm. Ab und zu schwankte ich und spannte dann ganz ruckartig die Beinmuskeln an. Ich hatte das stärkste Gefühl in den Fingerspitzen, es war ein kaltes Gefühl dort. Der Kopf war ziemlich schwer. Beim Senken der Arme waren die Arme ganz schwer.“

Solche angepassten Reaktionen sind also auch auf diesem Gewichtsniveau möglich, zumeist ist aber die erste Konfrontation mit Körperwahrnehmungsaufgaben mit einem erheblichen Angstpegel verbunden. Das kann soweit gehen, dass die Patientinnen den klotzartigen Einzelteilen, teilweise entleert oder bedrohlich aufgeladen, ihres Körpererlebens ausgeliefert und völlig hilflos gegenüber stehen:

„Meine Beine waren ganz leicht, als wären sie gar nicht mehr da. Bis auf die Fersen und Zehen, die ganz fest auf dem Boden standen. Innerlich fühlte ich mich ganz schwer, als wäre etwas darin, was heraus müsste. Ich verspürte zwar mein Gesicht und Haare, aber nicht den Hinterkopf. Meine Jacke brannte wie Feuer auf den Armen. Auch meine Hände, die ich gefaltet hatte, waren heiß. Am hinteren Teil meines Körpers, meinem Rücken verspürte ich, als wäre ich in einer Hülle. Als wäre alles hohl. Ich stand zwar fest auf den Fersen, aber ich merkte, wie mein Körper immer etwas nach hinten oder vorne taumelte. An meinen Hals verspürte ich einen Druck. Ich hatte das Gefühl, als wäre dort eine Hand, die zudrückt.“

Aus diesen Aussagen und den Zeichnungen spricht also eine diffuse Bedrohung. Die Patientinnen können aber nur, wie wir noch öfters sehen werden, eine Vielzahl von Symptomen schildern. Mit Assoziationen, d. h. den herkömmlichen verbalen Zugangsweisen, gelingt es nicht, diese Bedrohung näher zu erfassen. Wir müssen uns schon intensiv auf die Körperwahrnehmung der Patientinnen einlassen, denn hinter der Fassade der diffusen Bedrohung „lauert“ ein Mechanismus, den man nur bei Körperspüraufgaben beobachten kann, die von den Patientinnen eine integrative Wahrnehmungsleistung verlangen. Als Beispiel greifen wir eine Wahrnehmungsaufgabe der Körpergrenze heraus. Dabei stehen die Patientinnen im Raum und haben die Augen geschlossen. Dann wird der ganze Körper systematisch von den Füßen bis hin zum Kopf in einzelnen Spürschritten (Dauer ca. 25 min) durchgegangen: Wie spüre ich meine Haut? Wie spüre ich die Grenze und den Übergang von der Haut zur

Luft oder zur Kleidung? Danach zeichnen die Patientinnen mit Bleistift auf ein Blatt Papier, was sie gespürt und wahrgenommen haben, eine verbale Bearbeitung von Zeichnung und Erlebtem schließt dann diese Sequenz ab. Wir sehen in der Abbildung eine Zeichnung, wie sie eine Patientin nach einer solchen Wahrnehmungsaufgabe angefertigt hat.

1. Therapiephase

Wahrnehmung der Körpergrenze



- „... die Arme spürte ich durch den Stoff, die Hände spürte ich nicht, das Gesicht spürte ich. Mein Hals wurde immer steifer, als wenn ich einen Krampf bekäme. Im Körper war eine große Spannung, ich zitterte am ganzen Körper. Mir war, als wenn ich jeden Moment umfallen würde. Bauch, Brust und Rücken spürte ich als etwas Lebendes. Mein Hals wurde immer steifer. Ich hatte das Gefühl, als wenn ich meinen Kopf ganz schief halten würde. Ich wollte mich immer wieder gerade aufrichten, aber mir war, als wenn ich den Kopf nicht bewegen könnte.“

5

1. Therapiephase

Wahrnehmung der Körpergrenze

Dieses Bild imponiert sofort als eine schwarze, bedrohliche Figur. In der Schilderung der Patientin kommt dementsprechend eine massive Angstspannung zum Ausdruck:

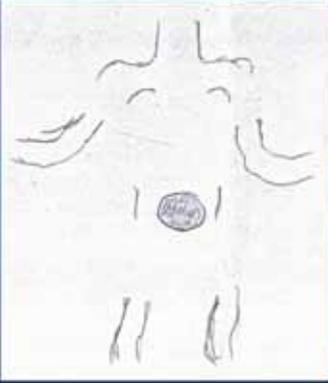
„... die Arme spürte ich durch den Stoff, die Hände spürte ich nicht, das Gesicht spürte ich. Mein Hals wurde immer steifer, als wenn ich einen Krampf bekäme. Im Körper war eine große Spannung, ich zitterte am ganzen Körper. Mir war, als wenn ich jeden Moment umfallen würde. Bauch, Brust und Rücken spürte ich als etwas Lebendes. Mein Hals wurde immer steifer. Ich hatte das Gefühl, als wenn ich meinen Kopf ganz schief halten würde. Ich wollte mich immer wieder gerade aufrichten, aber mir war, als wenn ich den Kopf nicht bewegen könnte.“

Das Erleben der Patientin ist nicht mehr geordnet und konsistent, es ist eher ein Chaos aus einzelnen Teilen mit einem lebendigen Bruchstück als Insel, der Angstpegel erhöht sich erheblich, der Patientin gleitet hier gleichsam das eigene Erleben aus der Hand, so dass schon manche Einzelteile eine Art Eigenleben annehmen. Hier deutet sich eine Dynamik an, die wir im nächsten Beispiel näher untersuchen können.

In der nächsten Abbildung zeichnet sich eine andere Patientin nach der gleichen Wahrnehmungsaufgabe ohne Hände, Füße und Kopf, betont im Bild die Bauchgegend und schildert:

1. Therapiephase

Wahrnehmung der Körpergrenze



- „Mein Hals war mir unangenehm, er tat mir weh, meine Ellenbogen waren mir unangenehm, wie sie so gerade herunter hängen. Mein Magen war ein komisches Gefühl. Da ich kaum mehr stehen konnte, meine Knie waren unwahrscheinlich wackelig, dass ich jeden Moment meinte, ich falle um... Meine Schultern waren ganz schwer an mir, als würde mich jemand herunterdrücken.“

6

1. Therapiephase

Wahrnehmung der Körpergrenze

„Mein Hals war mir unangenehm, er tat mir weh, meine Ellenbogen waren mir unangenehm, wie sie so gerade herunter hängen. Mein Magen war ein komisches Gefühl. Da ich kaum mehr stehen konnte, meine Knie waren unwahrscheinlich wackelig, dass ich jeden Moment meinte, ich falle um... Meine Schultern waren ganz schwer an mir, als würde mich jemand herunterdrücken.“

Hier scheint sich das Erleben des eigenen Körpers gleichsam in Auflösung begriffen. Es entsteht der Eindruck von aneinander gestellten, klotzartigen Elementen, die schon Eigenleben annehmen, wobei die Patientin die Bedrohung wie in einer Art Notwehr nach außen projiziert: „... als würde mich jemand herunter drücken“, und sich so dem Zerfall entgegenstemmen möchte. Es deuten sich zwei Bewegungsrichtungen der Dekompensation an: Grenze und Peripherie lösen sich schrittweise auf, Hände und Füße fallen sozusagen ab, der Bauch dagegen gewinnt immer mehr an Bedeutung, wird bedrohlich verstärkt wahrgenommen. Diese beiden Bewegungsrichtungen wollen wir im nächsten Beispiel noch etwas näher untersuchen.

1. Therapiephase

Wahrnehmung der Körpergrenze



- „Ich hatte das Gefühl, dass Beine und Arme fehlten. In der Magengegend fühlte ich Zentnerschwere in mir. Der Hals war trocken und verspannt beim Schlucken. Mein Kopf war wie ein Ballon, und ich hatte das Gefühl, als platze mir alles auseinander.“
- „Ich träumte, mein Bett wäre schmal wie ein Brett. Ich wurde immer dicker und dicker und fand keinen Platz mehr. Mein Zimmer war mit schwarzen Fliesen ausgelegt und darauf stand der Name Bibel. Ich fühlte mich wie magnetisch angezogen und plötzlich war da ein schwarz gähnender Abgrund vor mir. Dann erwachte ich.“

7

1. Therapiephase
Wahrnehmung der Körpergrenze

Nach der gleichen Spüraufgabe mit dem Thema der Körpergrenze schildert eine andere Patientin ihr Körpererleben:

„Ich hatte das Gefühl, dass Beine und Arme fehlten. In der Magengegend fühlte ich Zentnerschwere in mir. Der Hals war trocken und verspannt beim Schlucken. Mein Kopf war wie ein Ballon, und ich hatte das Gefühl, als platze mir alles auseinander.“

Im Ausdruckscharakter dieser Zeichnung verdeutlicht sich die Bewegungsrichtung des Zusammenballens sichtbar: Die Gliedmaßen fallen weg, es bleibt nur ein Klumpen mit Kopf. Im Erleben zeigt sich dagegen eher die Dynamik des Auseinanderplatzens. Die Patientin verwendet das Bild eines Ballons, der zu zerplatzen droht. Dass es sich hierbei nicht um einen situativ gebundenen oberflächlichen Mechanismus handelt, zeigt ein Traum, den diese Patientin in der Nacht darauf träumt und berichtet:

„Ich träumte, mein Bett wäre schmal wie ein Brett. Ich wurde immer dicker und dicker und fand keinen Platz mehr. Mein Zimmer war mit schwarzen Fliesen ausgelegt und darauf stand der Name Bibel. Ich fühlte mich wie magnetisch angezogen und plötzlich war da ein schwarz gähnender Abgrund vor mir. Dann erwachte ich.“

Wir sehen, dass sich das drohende Auseinanderplatzen des eigenen Körpers auch im Traum abbildet. Offensichtlich ist hier eine Dynamik der Auflösung und des Zerfalls der Struktur des Körpererlebens in Gang gesetzt worden, wobei sich in einer Richtung nach außen die Körpergrenze auflöst, erst Hände und Füße, schließlich die gesamten Gliedmaßen abfallen, und dann in einer zweiten Bewegungsrichtung das Körpererleben sozusagen nach innen auf Kopf und Bauch zusammenfällt. Oftmals bleibt nur noch der Bauch übrig, die Patientin ist dann gewissermaßen nur noch Bauch. Diese Auflösungsdynamik der Struktur des Körpererlebens markiert m. E. die letztmögliche Stufe der Körperbilddekomensation, die sich als ein gleichzeitiges Auseinander- und Ineinander-zusammen-Fallen, als eine Art „Implosion der Erlebensstruktur“ beschreiben lässt. Die für unsere psychische Gesundheit notwendige Erfahrung und grundlegende Überzeugung, in unserem Körper wie in einem sicheren Haus zu leben, ist hier offenbar schwer gestört. Die Grundlage für das Gefühl der eigenen Einheitlichkeit, Integrität, Kohärenz und Kongruenz erweist sich als brüchig und diese Brüchigkeit kann in speziellen therapeutischen Situationen aufgedeckt und sichtbar gemacht werden.

Wir wollen nun tiefergehend nach der Bedrohung fragen und kommen auf das obige Traumbeispiel zurück: Der Körper der Patientin droht zu zerplatzen, was man sicher als eindrückliches Bild einer vernichtenden Bedrohung von innen verstehen kann. Es treten aber auch Gefahren von außen in Erscheinung: schwarze Fliesen, der Name Bibel und ein schwarz gähnender Abgrund, was assoziativ auf Normen, Verbote und göttliche Gesetze verweist, wobei die Bestrafung in Form eines mit einem magischen Sog ausgestatteten Abgrundes auftritt. Theoretischer formuliert: Das körperliche Selbst der Patientin wird von einem mächtigen, autodestruktiv-straftenden Über-Ich auf präödiptalem Niveau bedroht. Da sich das Über-Ich bekanntermaßen im Rahmen der ersten Objektbeziehungen entwickelt, führt das zur Frage, ob auch direkt Beziehungen bzw. Objekte in solchen Körperträumen auftauchen.

**1. Therapiephase
Körperträume**

<p>Objekt</p> <p>„Mehrere Männer kommen mit einer Schubkarre in die Klinik, auf der eine Frau ohne Arme und Beine liegt. Als sie an der Rezeption vorbeikommen, sagt eine Schwester zu der Frau: Ihre Eltern sind tot!“</p>	<p>Selbst</p> <p>„Ich bin an einem Meeresstrand, Meer, Sand, Dünen, rauschende Wellen. Der Horizont ist sehr weit, aber doch wieder begrenzt. Am Strand kommt mir jemand entgegen. Ich weiß irgendwie, dass ich das selber bin. Ich weiß, dass das mein Körper ist. Ich habe aber kein Gesicht und trage auch keine Kleider, sondern die ganze Oberfläche meines Körpers besteht nur aus Kratern wie bei einer Mondlandschaft, nur über und über mit Kratern übersät.“</p>
--	---

8

1. Therapiephase Körperträume

Im Wesentlichen finden wir zwei Arten von Körperträumen mit Objekten bzw. Selbstobjekten. Zunächst ein erstes Beispiel, ein Traum nach einer oben beschriebenen Spüraufgabe (auf der Folie links):

„Mehrere Männer kommen mit einer Schubkarre in die Klinik, auf der eine Frau ohne Arme und Beine liegt. Als sie an der Rezeption vorbeikommen, sagt eine Schwester zu der Frau: Ihre Eltern sind tot!“

Das Ich der Träumerin scheint noch ausreichend zu funktionieren, denn es gelingt ihm durchaus, relativ strukturiert auf ein therapeutisches Angebot zu reagieren, indem es eine Situation aus dem klinischen Alltag als Traumbild produziert. Aber welche Aussage: einem kaputten, unvollständigen Körper wird der Tod der Eltern verkündet! Mit solch einem Traumgeschehen haben wir ein Niveau erreicht, das sich nur schwer oder vielleicht überhaupt nicht vollständig in Worte fassen lässt. Die Primärobjekte sind ganz einfach tot oder als harte und brutal funktionierende Figuren, als abgespaltene, massiv negativ besetzte

Aspekte der Primärobjekte, abgebildet. Die Träumerin versucht offenbar, eine riesige Angst und eine unendliche Leere, letztlich eine tote Beziehung, in einem Bild auszudrücken.

Mit solchen Träumen sind wir gleichsam auf dem „untersten, noch kompensierten Niveau“ der anorektischen Psychodynamik angekommen. Hier produzieren die Patientinnen auch noch eine zweite Art von Träumen, in denen jeglicher dynamischer Aspekt fehlt, Beziehungen und andere Traumfiguren jedoch überhaupt nicht auftauchen, sondern nur der eigene Körper der Patientin als Selbstobjekt. Der folgende Traum wurde am nächsten Tag nach einer Spüraufgabe berichtet, bei der unter anderem mit der Vorstellung des eigenen Spiegelbildes gearbeitet wurde (auf der Folie rechts):

„Ich bin an einem Meeresstrand, Meer, Sand, Dünen, rauschende Wellen. Der Horizont ist sehr weit, aber doch wieder begrenzt. Am Strand kommt mir jemand entgegen. Ich weiß irgendwie, dass ich das selber bin. Ich weiß, dass das mein Körper ist. Ich habe aber kein Gesicht und trage auch keine Kleider, sondern die ganze Oberfläche meines Körpers besteht nur aus Kratern wie bei einer Mondlandschaft, nur über und über mit Kratern übersät.“

In diesem Traum gibt es keine Konfliktfronten, nur den narzisstischen Rahmen eines weiten, aber doch begrenzten Horizonts, und darin der eigene Körper entleert und innerlich zerstört mit einer diffusen, kaum fassbaren, aber doch irgendwie grauenerregenden Angst ausgestattet. „Ich erlebe meinen Körper als Mondlandschaft“ ist eine Zustandsbeschreibung, mit der die Patientin ihre schier unendliche Einsamkeit, ihre kaum fassbare Traurigkeit, letztlich eine „namenlose Angst“ zu bannen versucht. Man könnte Träume in dieser Therapiephase in Anlehnung an Kohut (1979, S. 102 ff.) als „Körperbildzustandsträume“ bezeichnen, in denen die Dynamik der Traumbilder sowie der darin handelnden Figuren völlig verblasst, keine fassbare Triebthematik mehr auftaucht und nur noch tote Beziehungen und ein zerstörtes Selbstobjekt übrig bleiben.

Zur Methodologie und zum Gegenübertragungsproblem:

Die therapeutische Methodik und Interventionstechnik ist in der ersten Therapiephase konsequent ich-stützend ausgerichtet. Mit dem Körpererleben bzw. den Zeichnungen und den Träumen der Patientinnen wird annehmend, bestätigend und Defizite ausgleichend umgegangen. Tiefsitzende Ängste und Defekte werden dementsprechend nicht gedeutet, die therapeutische Bearbeitung bleibt in dieser Therapiephase auf die Körperwahrnehmung zentriert. Dabei bleibt die Arbeit an der Beziehung, d. h. die entsprechende Handhabung der Übertragungs-Gegenübertragungsproblematik, der entscheidende Wirkfaktor des the-

⁶ An dieser Stelle hilft m. E. nur eine radikal zu Ende gedachte Sicht der Gegenübertragung weiter: „Die Patientinnen sind auf diesem niedrigen Gewichtsniveau körperpsychotherapeutisch nicht zu behandeln“ muss konsequent als ein „Ich kann die Patientinnen in diesem Zustand nicht aushalten“ bearbeitet werden.

rapeutischen Prozesses. Die Frage ist also: Welche therapeutische Beziehung brauchen die Patienten in dieser Phase? Als ersten Ansatz einer Antwort erinnern wir uns an die Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung bezüglich des Umgangs anorektischer Mütter mit ihren Säuglingen. Kehrt man diese Befunde in ihr positives Gegenteil um, so ergibt sich eine Mutterfigur, die nicht kontrollierend und unterbrechend, sondern gewährend und passend auf die Aktivität des Kindes reagiert, die sich aktiv, geschickt und sensibel auf den Rhythmus des Kindes einstellt und die ihm ihre eigene Emotionalität fürsorglich und offen, nicht in Form von Spannungen, zur Verfügung stellt. Auf dieser Grundlage fragen wir weiter: Welche Elternfigur braucht ein Kind, das sich in der Sackgasse seiner Sucht verloren hat und so von schier unerträglichen Ängsten gepeinigt kurz vor der eigenen Selbsterstörung steht? Es ist klar, dass hier eine sehr frühe, basal-narzisstische Übertragungsebene gefordert ist:

Die Patienten brauchen in der „Zu-Wendung“, die sich bei jeder Aufgabenstellung der Körperwahrnehmung vollzieht, ein bedingungsloses Interesse an ihrem Erleben. „Bedingungslos“ heißt ohne Vorbedingung (vor allem ohne Vorleistung), ohne Grenzen (jegliches Erleben ist interessant) und ohne Anfälligkeit für Störungen.

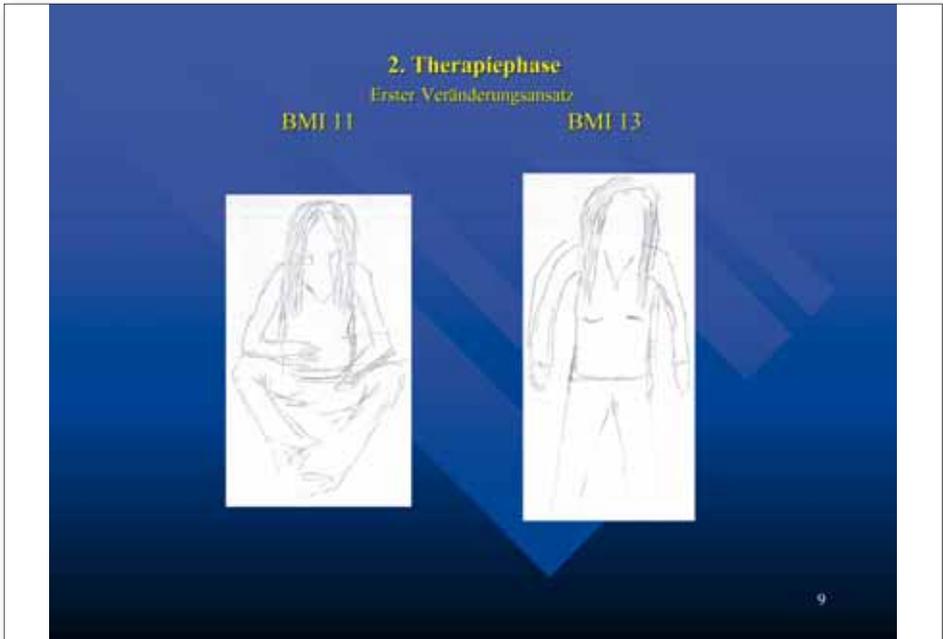
In der Reaktion auf ihre Verhalten brauchen die Patientinnen eine Therapeutenfigur mit schier grenzenloser Geduld, und zwar eine Geduld, die alles zulässt, auch ein wochenlanges Schweigen oder zunächst überhaupt die Unfähigkeit der Patientinnen, eine Sprache für ihr Körpererleben zu finden, aber auch eine Geduld, die weiß, dass es sich lohnt und die deshalb immer mit ungebrochenem Optimismus bei der Arbeit bleibt.

Die Patientinnen brauchen für die Angst ihrer Tote-Eltern- und Mondlandschaftsträume Therapeuten mit der Fähigkeit, solche kindlichen Ängste aufzunehmen und ihnen in einer Art basaler Resonanz standzuhalten.

Dreh- und Angelpunkt bleibt dabei natürlich die Handhabung der eigenen Gegenübertragung, wobei die größte Gefahr darin besteht, sich entweder von der Massivität der Angst und des Leids gleichsam erschlagen und aus der therapeutischen Rolle hebeln zu lassen oder sich rational von dieser Herausforderung zu distanzieren und die Patientinnen in diesem Verlaufstadium ihrer Erkrankung für „körperpsychotherapeutisch nicht behandelbar“ zu erklären⁶.

Zweite Therapiephase (BMI 13-17)

Unsere Beispielpatientin hat nun schon etwa 5 kg an Gewicht zugenommen, wir treten in die Mittelphase der Therapie ein. Nach zwei Monaten Therapie und einem erreichten BMI von 12,9 zeichnet die Patientin im Vergleich zur Aufnahmediagnostik wie folgt:



2. Therapiephase

Erster Veränderungsansatz

Die Zeichnung bei Klinikaufnahme (Zeichnung links) hatten wir schon kennen gelernt. Die Patientin stellt sich als „leeres Gespenst“ dar, lediglich in den langen Haaren deutet sich eine psychosexuelle Differenzierung an. In der jetzt angesprochenen Zeichnung (rechts) produziert die Patientin eine leblose, aufgehängte Puppe, ohne Unterschenkel und Füße und immer noch ohne Gesicht, aber die Patientin hat diese Puppe gleichsam vor sich hingestellt und entdeckt ganz verwundert: „Ich habe ja gar kein Gesicht!“ Diese Entdeckung der Patientin markiert den eigentlichen Beginn ihrer Körperpsychotherapie, denn sie hat jetzt offenbar eine Grundlage zur Verfügung, um sich mit Interesse, Neugier und Mut ihrem eigenen Körper zuzuwenden und Entdeckungen zuzulassen.

Wir werden nun den therapeutischen Verlauf in dieser Mittelphase der Therapie auf zwei Ebenen, gewissermaßen auf zwei Schienen, näher untersuchen: Auf der ersten Schiene geht es um die Frage, wie rekonstruiert man aus Bruchstücken ein einheitliches und kohärentes Körpererleben? Hier beschreiben wir den therapeutischen Weg von Chaos, Angst und Fragmenten hin zur integrierten Struktur. Auf der zweiten Schiene wird die therapeutische

Veränderung des schweren, auf den eigenen Körper gerichteten Autoaggressionspotentials konzeptualisiert. Es ist der Weg von selbstzerstörerischem Ekel und Selbsthass zur gesunder Selbstakzeptanz und Selbstbehauptung.

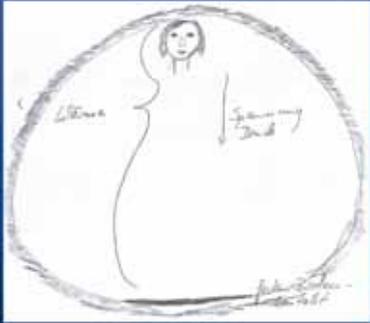
Wir wollen das anhand einer konkreten Wahrnehmungsaufgaben aufzeigen, bei der es darum geht, den Innenraum des eigenen Körpers mit der Haut als Grenze in bezug auf den Außenraum der Umgebung wahrzunehmen und das Erlebte entsprechend zu organisieren. Die Patientinnen stehen dabei mit geschlossenen Augen im Raum und werden schrittweise dazu angeleitet, sich auf das Innere ihres Körpers zu konzentrieren, den Raum in seiner ganzen Ausdehnung bis hin zur Haut als Grenze zu erkunden und von da aus den Außenraum der Umgebung wahrzunehmen. Im anschließenden zweiten Teil der Spüraufgabe werden die Patientinnen dazu aufgefordert, einen Summton zu erzeugen und ihn im Spüren durch den ganzen Innenraum zu verfolgen: Wie weit und wohin gelangt der Ton und was geschieht an der Grenze? Bleibt der Ton im Innenraum oder gelangt er und wie gelangt er nach außen? Außerdem sollen dann auch noch die Töne der anderen Gruppenmitglieder beobachtet werden: Bleiben diese Summtöne außerhalb? Werden sie hereingelassen und wie werden sie hereingelassen? Nach Abschluss der Spüraufgabe bekommen die Patientinnen ein Blatt Papier und einen Bleistift ausgehändigt. Sie werden gebeten, einen großen Kreis auf dieses Blatt zu zeichnen, und es wird folgendes dazu erklärt: Der Kreis symbolisiere ihre Haut als Körpergrenze, das Innere des Kreises ihren Körperinnenraum, der Raum außerhalb des Kreises die Umgebung ihres Körpers. Sie sollten nun möglichst rasch in gegenstandsfreien Formen und Strichen darstellen, was sie wo während der abgelaufenen Spüraufgabe wahrgenommen haben. Wir sehen in der Abbildung die Zeichnung einer Patientin, die an dieser Stelle ihres Therapieverlaufs bereits einen BMI von etwa 15 erreicht hatte.

2. Therapiephase

Von Chaos, Angst und Fragmentierung
zur integrierten Struktur
BMI 15

- „Ja, bei mir war es auch so, als ich am Anfang in die Körpertherapie hereinkam, da hatte ich auch immer so Spannungen und diesen Druck, den ich jetzt als Angst bezeichnen möchte. Und ich habe also jetzt bemerkt, dass diese Spannungen und dieser Druck ganz woanders herkommen, nämlich diese Spannungen von meinem Körper, sprich von meinen Muskeln, und der Druck von der Körperschwere und dadurch habe ich auch nicht mehr diese Angst, ich habe also ganz fest gestanden und ich fühlte mich sehr wohl durch die Wärme rundherum um den ganzen Körper und habe sogar meine Stimme verändert mit diesem Summton, einmal tief und einmal hoch, habe ich also gewagt, meine Stimme zu benutzen, nicht nur auf einem Ton, sondern sie richtig auszuprobieren. Und das ging durch den ganzen Körper bis hin zu Fuß und Fingerspitzen und ich hatte also keine Angst und keine Scheu davor und das ist eigentlich für mich recht positiv. Und dass ich jetzt auch in meinem Körper nicht mehr diese Zweiteilung spüre, die ich früher hatte, dass ich die linke Seite mehr spüre und die rechte weniger, das ist jetzt praktisch – ja praktisch alles eins geworden.“

10



2. Therapiephase

Von Chaos, Angst und Fragmentierung zur integrierten Struktur

Die Patientin berichtet zum ersten Teil der Spüraufgabe (ohne Summton):

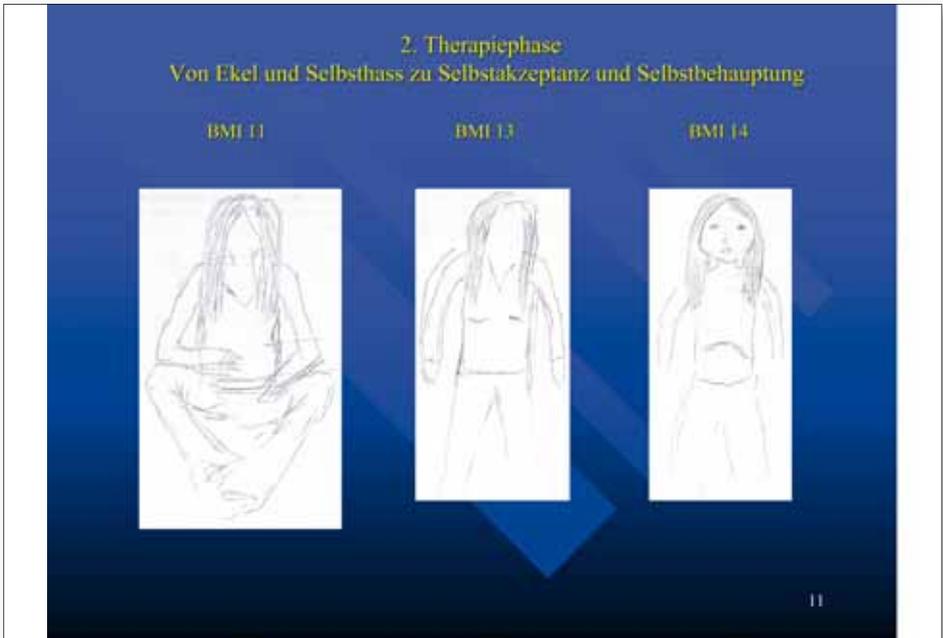
„Ja, ich habe also durch das lange Stehen einen festen Bodenkontakt gehabt, und durch das lange Stehen war in mir eine Spannung, dadurch dass ich also nur aufrecht stand und fühlte mich aber innerlich warm und wohl. Obwohl es mir auch manchmal passierte, dass ich ein klein bisschen schwankte, aber das machte mir keine Angst, sondern ich konnte damit fertig werden und es war der Druck und die Spannung mehr da, die ich also zum Boden hin mehr spürte und zum Boden hin auch mehr abgesehen habe.“

Wir sehen, diese Patientin beginnt, das Erleben ihrer Körperschwere und Körperspannung in ihrem Körperinnern in Richtung eines strukturierteren Ganzen zu organisieren, die Angst ist gewichen, sogar ein Schwanken kann ertragen werden. Die Aussage der Patientin über den zweiten Teil der Spüraufgabe (mit Summton) lässt die innere Mechanik dieses Therapiefortschrittes noch deutlicher werden. Während der Nachbearbeitung in der Gruppe berichtet die Patientin später als Reaktion auf die Schilderung eines anderen Gruppenmitglieds über dessen erste Erfahrungen in der Körperpsychotherapie:

„Ja, bei mir war es auch so, als ich am Anfang in die Körpertherapie hereinkam, da hatte ich auch immer so Spannungen und diesen Druck, den ich jetzt als Angst bezeichnen möchte. Und ich habe also jetzt bemerkt, dass diese Spannungen und dieser Druck ganz woanders herkommen, nämlich diese Spannungen von meinem Körper, sprich von meinen Muskeln, und der Druck von der Körperschwere und dadurch habe ich auch nicht mehr diese Angst, ich habe also ganz fest gestanden und ich fühlte mich sehr wohl durch die Wärme rundherum um den ganzen Körper und habe sogar meine Stimme verändert mit diesem Summton, einmal tief und einmal hoch, habe ich also gewagt, meine Stimme zu benutzen, nicht nur auf einem Ton, sondern sie richtig auszuprobieren. Und das ging durch den ganzen Körper bis hin zu Fuß und Fingerspitzen und ich hatte also keine Angst und keine Scheu davor und das ist eigentlich für mich recht positiv. Und dass ich jetzt auch in meinem Körper nicht mehr diese Zweiteilung spüre, die ich früher hatte, dass ich die linke Seite mehr spüre und die rechte weniger, das ist jetzt praktisch – ja praktisch alles eins geworden.“

Die Patientin hat offenbar Angst und Zweiteilung besiegt. – Aber wodurch? Die Antwort liegt auf der Ebene der Beziehung, d. h. auf der Übertragungs-Gegenübertragungsebene. Die Patientin konnte dem Interesse an ihrem Körpererleben und der therapeutischen Führung durch ihren Körper in mutigen kleinen Erprobungsschritten „folgen“. Wir gehen in der analytischen Körperpsychotherapie davon aus, dass die Patientin in solchen Situationen die Person des Therapeuten als das gegenteilige Muster ihrer anorektogenen Mutter erlebt, gewissermaßen als sensibles und passendes Einschwingen auf ihre in dieser frühen Entwicklungsphase noch sehr an die körperliche Rhythmen gebundenen Ängste und Bedürfnisse und dass diese Diskrepanzerfahrung als entscheidender Wirkfaktor auf der Schiene der kindlichen Neugier entsprechende Entwicklungsschritte ermöglicht.

Wir wenden uns wieder einer Zeichnung unserer Beispielpatientin zu und wollen nun herausarbeiten, wie das schwere Autoaggressionspotential in dieser Verlaufsphase (BMI 14, Zeichnung rechts) bearbeitet werden kann (aus Gründen der Veranschaulichung werden die schon bekannten Zeichnungen unserer Beispielpatientin vorangestellt).



2. Therapiephase

Von Ekel und Selbsthass zur Selbstakzeptanz und Selbstbehauptung

Der Gruppe fällt sofort auf, dass sich die Patientin zum ersten Mal mit Gesicht gezeichnet hat. Die Patientin jedoch sagt sofort, dass sie ihren Körper unerträglich finde. Auf die Nachfrage, was sie denn an ihrem Körper so unerträglich finde, schildert die Patientin, ihr Bauch sei so ekelig aufgebläht, auch ihre Wangen seien ekelig und unerträglich und dies habe sie auch in ihrer Zeichnung darstellen wollen. Andere Gruppenmitglieder weisen noch einmal auf das Gesicht hin, das doch gar keinen so ekligen Eindruck mache, und der Therapeut ergänzt: „Ja, ein Gesicht mit Lebendigkeit!“

In der weiteren Bearbeitung durch Gruppe wird die Patientin immer wieder dazu ermuntert, konkret und differenziert zu schildern, was sie denn an ihrem Körper so ekelig und unerträglich findet. Das Diffus-Unerträgliche wird konkret auf einen Körperbereich oder auf einen Körperteil bezogen, der Ekel wird schrittweise immer besser besprechbar, erhält dadurch sprachlich gewissermaßen ein konkretes Gesicht. In einem zweiten Schritt wird dann auf die angesprochenen Körperbereiche im Einzelnen eingegangen. So wird z. B. herausgearbeitet, dass dicke Wangen nichts Schlimmes sind, sondern als Pausbäckchen zur ge-

sunden Entwicklung eines Kindes gehören. Aus dicken Wangen, die die Patientin eklig findet, werden so im Gruppenverlauf gesunde Pausbäckchen, über die die anderen Patientinnen teilweise sogar schon etwas neidisch sprechen können und über die sich der Gruppenleiter freut. Die Patientin reagiert im Gruppenverlauf zunehmend erstaunt und verwundert über die Einfälle von Gruppe und Gruppenleiter.

Die geschilderte Beispielsstunde ist natürlich nur der erste Schritt auf diesem Weg der schrittweisen Selbstakzeptanz, die Verunsicherung durch Erstaunen und Sich-Wundern ist hierzu der Einstieg. In der Regel brauchen die Patientinnen, vergleichbar mit der Überwindung der anorektischen Angst, eine Entwicklung bis zu einem Gewichtsniveau von mindestens BMI 16, um einen ersten Ansatz von „ekelfreier Wahrnehmung“ des eigenen Körpers erreichen zu können, was sich dann am Ende der therapeutischen Mittelphase allmählich stabilisiert.

Körperwahrnehmung provoziert eine aktive Suchbewegung und diese wiederum fördert als Erstes, was naturgemäß nicht anders zu erwarten war, eine massive autodestruktive Pathologie zutage. Wie lässt sich nun die Entwicklung in Richtung einer gesunden Aggression bahnen und gestalten? Wir wollen dies anhand zweier Körperträume aufzeigen, die sich mit dem Thema der Hände beschäftigen. Mit unseren Händen können wir unter anderem auch schlagen, zupacken oder abwehren. Sie eignen sich also bestens für das Thema Aggression. Außerdem wissen wir, dass Anorexie-Patientinnen ihre Hände bei Zeichnungen ihres eigenen Körpers oftmals weglassen, sie manchmal gar nicht oder nicht zu ihrem Körper gehörig wahrnehmen (vgl. hierzu Downing 1996, S121 f.). Hände sind deshalb auch in den Körperträumen der Anorexie-Patientinnen von besonderer Bedeutung. Eine Patientin bei einem BMI von etwas über 14, auch in der Mittelphase der Therapie, berichtet nach einer Stunde Wahrnehmungsarbeit mit Händen und Armen folgenden ersten Körpertraum (auf der Folie links):

2. Therapiephase
Von Ekel und Selbsthass zu Selbstakzeptanz und Selbstbehauptung
Körperträume

BMI 16,5

BMI 14

„Ich sah meine beiden Hände und vor mir liegend nochmals meine rechte Hand. Aber ohne einen Tropfen Blut, schneeweiß, und ich war dabei, mit Messer und Gabel diese zu zerteilen, was ich aber nicht schaffte, weil das Messer nicht scharf genug war.“

„Ich fühle mich einer Gruppe gegenüber, wahrscheinlich ist es meine Therapiegruppe. Ich sehe aber nur sehr viele Hände, die auf mich zukommen und mich bedrösen. Meine eigenen Hände habe ich dabei aber auf dem Rücken verknötet. Dann erfolgt ein Szenenwechsel im Traum: Schwester E. (eine ältere, mütterlich wirkende Schwester) spricht mir mir und zeigt mir einen Raum, in dem viele Hände wären. Ich gehe in diesen Raum, dort sind tatsächlich viele Hände ausgestellt: Hände von Erwachsenen, von Kindern, Frauenhände, Männerhände usw. und auch ein paar Fäuste. Als ich das Paar Fäuste sehe, schreie ich voller Wut: ‚Wem gehören diese Fäuste?!‘ Ich verlasse dann wieder diesen Raum, ohne mir ein Paar Hände auszusuchen. Meine Hände sind dabei immer noch auf dem Rücken verknötet. Draußen spreche ich mit der Schwester: ‚Ich nehme mir keine Hände, ich habe selber welche?!‘ Darauf antwortet die Schwester: ‚Ja, dann müssen Sie aber erst den Knoten lösen!‘ Dann wache ich auf.“

12

2. Therapiephase

Von Ekel und Selbsthass zur Selbstakzeptanz und Selbstbehauptung

Körperträume

„Ich sah meine beiden Hände und vor mir liegend nochmals meine rechte Hand. Aber ohne einen Tropfen Blut, schneeweiß, und ich war dabei, mit Messer und Gabel diese zu zerteilen, was ich aber nicht schaffte, weil das Messer nicht scharf genug war.“

Die Träumerin versucht, ihre rechte Hand mit Messer und Gabel zu zerschneiden, um sie offenbar auch zu essen. Positiv ist hier wiederum dieser aktive Impuls der Patientin zu werten, sich ihre eigene Hand gleichsam aneignen zu wollen, aber eben auf einem schwer pathologisch verzerrten Identifikationsniveau: Ein Teil des eigenen Körpers wird offenbar in plastisch-bildlicher Weise mit Nahrung gleichgesetzt, autodestruktiv zerstückelt, um dann im Rahmen einer kannibalistischen Inkorporationsphantasie einverleibt zu werden. Wir sehen, welche pathologischen Verformungen der Triebstruktur bzw. der Selbst- und Objektpräsentanzen dem „Handerwerb“ im Wege stehen und ihn in Richtung Selbstvernichtung bahnen. Etwa vier Wochen später ist die Patientin schon einen entscheidenden Schritt weiter gekommen. Auf einem Gewichtsniveau von BMI 16,5 träumt sie wieder von ihren Händen (auf der Folie rechts):

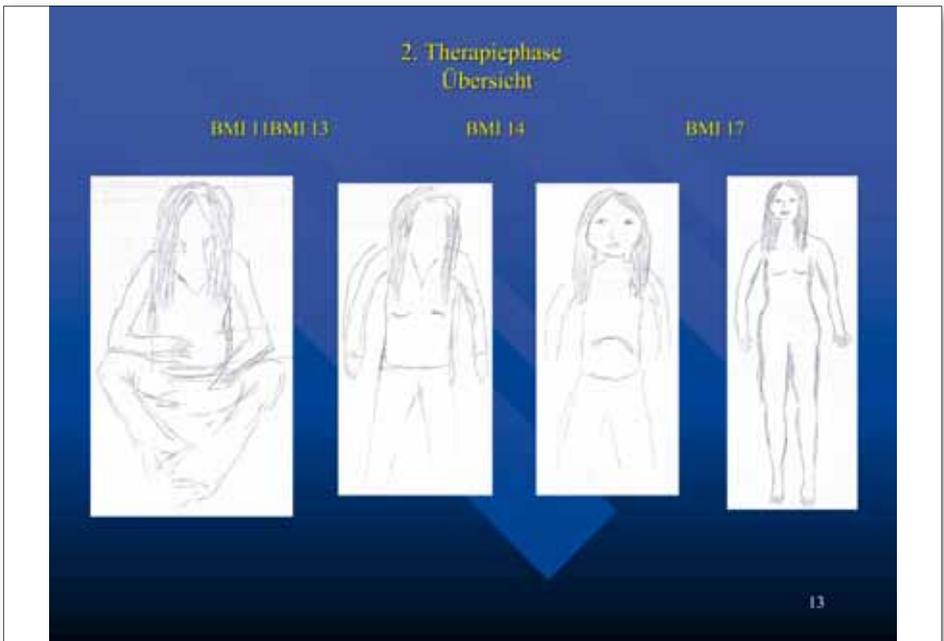
„Ich fühle mich einer Gruppe gegenüber, wahrscheinlich ist es meine Therapiegruppe. Ich sehe aber nur sehr viele Hände, die auf mich zukommen und mich bedrohen. Meine eigenen Hände habe ich dabei aber auf dem Rücken verknötet. Dann erfolgt ein Szenenwechsel im Traum: Schwester E. (eine ältere, mütterlich wirkende Schwester) spricht mit mir und zeigt mir einen Raum, in dem viele Hände wären. Ich gehe in diesen Raum, dort sind tatsächlich viele Hände ausgestellt: Hände von Erwachsenen, von Kindern, Frauenhände, Männerhände usw. und auch ein paar Fäuste. Als ich das Paar Fäuste sehe, schreie ich voller Wut: ‚Wem gehören diese Fäuste?‘ Ich verlasse dann wieder diesen Raum, ohne mir ein Paar Hände auszusuchen. Meine Hände sind dabei immer noch auf dem Rücken verknötet. Draußen spreche ich mit der Schwester: ‚Ich nehme mir keine Hände, ich habe selber welche!‘ Darauf antwortet die Schwester: ‚Ja, dann müssen Sie aber erst den Knoten lösen!‘ Dann wache ich auf.“

Die Patientin träumt von vielen Händen, als Teil des eigenen Selbst sind sie auf ihrem Rücken verknötet, abgespalten außerhalb des eigenen Selbst werden sie in bedrohlicher Form der Therapiegruppe zugeschrieben oder gleichsam als Sortiment wahrgenommen, das ihr von einer Mutterfigur angeboten wird, wobei ein Paar Fäuste als aggressiv aufgeladenes Symbol aus dieser Auswahl besonders hervorsticht. Die Träumerin fragt voller Wut nach dem Besitzer dieser Fäuste, d. h. der emotionale Zug, gewissermaßen das Streben des Ichs in diesem Traum, geht eindeutig in Richtung einer aggressiv aufgeladenen Auseinandersetzung um den Erwerb und den Besitz dieser Teile des eigenen Selbst. Dieser integrative Zug wird besonders in der Beziehung der Träumerin zur Mutterfigur des Traumes sichtbar. In der Beziehung zur Mutter, aber auch gleichsam aggressiv-abgrenzend gegen die Mutter, schafft die Träumerin eine Identitätsdeklaration bzw. eine Art „Unabhängigkeitserklärung“ im Sinne einer aggressiv-gesunden Selbstbehauptung: „Ich nehme mir keine Hände, ich habe selber welche!“ Die aggressiv-identifikatorische Auseinandersetzung, in unserem Traumbeispiel projektiv auf eine Schwester übertragen, ist die Schiene, auf der die präödpalen Identifizierungsmuster, im Traumbeispiel als „autokannibalistische“ Inkorporationsphantasie, schrittweise überwunden werden.

In behandlungstechnischer Hinsicht wird in der Mittelphase die Bandbreite der Interventionen schrittweise erweitert. So wird die Körperwahrnehmung in Ruhe durch Aufgabenstellungen ergänzt, die zunehmend Bewegung, Anstrengung und Kraft sowie schließlich auch die Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern mit einbeziehen. Dabei bleibt die Bearbeitung der Träume immer eng mit der jeweiligen Aufgabenstellung in der Körperwahrnehmung verzahnt. Entscheidend bleibt jedoch die Handhabung der Übertragungs-Gegenübertragungsproblematik. Bei der Bearbeitung der Autoaggression kommt es immer wieder zu äußerst schwierigen Konstellationen der Übertragung-Gegenübertragungsthematik, denn in der zweiten Therapiephase können Ekel und Selbsthass oftmals über weite Strecken des Verlaufs scheinbar sistieren, d. h. was auch immer den Patientinnen in der Körperpsychothe-

rapie angeboten wird, alles wird – wenn überhaupt reagiert wird – als schlimm und ekelhaft wahrgenommen. Für den betreffenden Therapeuten wird dies dann als schier unerträglicher Projektionsdruck spürbar. Damit eröffnet sich aber die gleichsam „tiefst-mögliche“ Ebene des Gegenübertragungsproblems. Wir müssen als Projektionsfiguren in solchen Situationen dazu bereit sein, Ekel und Selbsthass unserer Patientinnen, der zunächst diffus-ungerichtet erscheint, schrittweise immer strukturierter auf uns zu beziehen, als gezielt an uns gerichtet auf uns zu nehmen, und dennoch geduldig, einfühlsam, aber auch sehr konsequent in der therapeutischen Arbeit „am Körper unserer Patientinnen bleiben.“ Dies ist für das Gelingen einer Magersuchtstherapie in dieser Verlaufsphase der entscheidende Punkt.

Wie sieht nun das Ergebnis dieser Therapiephase aus? Wir kehren zurück zu unserer Beispielpatientin. Bei einem BMI von etwas über 17 (im Vergleich zur „Pausbäckchen-Zeichnung“ eine Gewichtszunahme von 8,6 kg) kommt sie mit einer neuen Frisur und mit einem Halskettchen und einem Armbreif als Schmuck in die Gruppenstunde und zeichnet sich wie folgt (Zeichnung rechts, aus Gründen der Veranschaulichung werden die anderen schon bekannten Zeichnungen der Patientin wieder vorangestellt):



2. Therapiephase

Übersicht

„Es ist so schwer, sich an das Fühlen zu gewöhnen, schwerer als es dauernd zu bekämpfen!“ sagt die Patientin sogleich zu ihrer Zeichnung. In der Besprechung reagiert die Gruppe dann sehr bestätigend auf diese Zeichnung. So wird festgestellt, dass die Zeichnung jetzt vollständig ist und dass man ganz klar den Körper einer jungen Frau erkennen kann. Die Patientin selbst bemerkt, dass ihre Arme und Hände und auch ihre Beine und Füße so einfach am Körper herunterhängen. Die Gruppe versteht dies dahingehend, dass Arme und Hände eben noch nicht so an das Zupacken gewöhnt sind, und erinnert die Patientin an verschiedene Aussagen über ihre Hände in früheren Gruppenstunden. Die Patientin hatte nämlich wiederholt berichtet, dass sie ihre Hände immer als „so dick“ empfinde und dass sie sie noch nie gemocht habe. Der Gruppenleiter ergänzt: „Aber jetzt haben Sie Hände, das ist doch gut!“ Zum Abschluss der Besprechung ihrer Zeichnung zögert die Patientin etwas und sagt dann noch, dass sie sich sehr anstrengen müssen, um ihrem Becken eine weibliche Form zu verleihen.

Die Zeichnung der Patientin ist vollständig, d. h. inhaltlich und formal ausreichend differenziert und integriert. Das Niveau von Chaos und Fragmentierung, von Angst und Selbstzerstörung, ist überwunden. Für den weiteren Verlauf ist von besonderer Bedeutung, dass die Patientin über ihre Schwierigkeiten spricht, ihr Becken zu zeichnen, was auch in der Strichführung der Zeichnung im Bereich des Beckens und der Oberschenkel zum Ausdruck kommt. Damit ergibt sich erstmals ein Ansatz, das Thema der eigenen Weiblichkeit weiterführend zu bearbeiten.

Dritte Therapiephase (BMI 17-22)

In der dritten Verlaufsphase zum Therapieabschluss wird die Bearbeitung der intrafamiliären Beziehungskonflikte mit der Frage der psychosexuellen Identifizierung als Hintergrund zum zentralen Thema. Insgesamt verändert sich damit der gesamte Verlauf, insbesondere unter der Einwirkung der anderen Therapiemethoden, in Richtung eines komplexen, breit gefächerten Therapieprozesses. Wie in diesem Rahmen in der Körperpsychotherapie ein weiterer Entwicklungsschritt provoziert werden kann, lässt sich am besten anhand entsprechender Träume aufzeigen.

3. Therapiephase Körperträume

<p style="text-align: center;">BMI 19</p> <p>„Ich bin mit meiner Mutter in einem Auto gefahren. Ich habe das Auto gesteuert, die Mutter auf dem Beifahrersitz, und ich bin aus Wut über die Mutter besonders schnell und riskant gefahren. Die Mutter hat aber nicht reagiert, ist nur ‚so leidend‘ dagesessen. Ich bin deshalb immer schneller gefahren, bis ich aus einer Kurve getragen worden und ins Meer gestürzt bin. Dabei bin ich dann aufgewacht“.</p>	<p style="text-align: center;">etwa eine Woche später:</p> <p>Die Patientin berichtet, dass sich dieser Traum bis zu dieser Stelle fast gleich wiederholt hätte, dann habe sich jedoch ein zweiter Traumteil angeschlossen:</p> <p>„Das Auto rollte diesmal rückwärts in das Wasser. Ich schrie, sie solle die Handbremse anziehen. Ich kriege eine Riesenwut, weil sie wie erstarrt dasitz und nichts tut. Da ergreife ich die Initiative, ich befreie mich aus dem Auto und kann auch meine Mutter herausziehen. Ich lege sie am Strand nieder. Sie hat einen einteiligen Saamtanzug an. Ich öffne den Reißverschluss, da merke ich plötzlich, das bin ich ja selber, der sich da aus der Haut pellt.“</p> <p style="text-align: right;">14</p>
--	---

3. Therapiephase Körperträume

Eine Patientin berichtet von einem Traum (auf der Folie links), bei dem sie mit ihrer Mutter in einem Auto gefahren sei. Sie habe das Auto gesteuert, die Mutter auf dem Beifahrersitz, und sie sei aus Wut über die Mutter besonders schnell und riskant gefahren. Die Mutter habe aber nicht reagiert, sei nur „so leidend“ dagesessen. Sie sei deshalb immer schneller gefahren, bis sie aus einer Kurve getragen worden und ins Meer gestürzt seien. Dabei sei sie dann aufgewacht. Auch hier haben wir das Bild einer aggressiv-identifikatorischen Auseinandersetzung mit der Mutter, und zwar auf der gleichen Entwicklungsstufe wie der vorherige Traum und ebenso noch ohne Lösung. Nach etwa einer Woche, in der in der Gruppe einerseits mit interaktionellen Angeboten (ein anderes Gruppenmitglied gegen dessen körperlichen Widerstand durch den Raum ziehen oder schieben), andererseits mit Wahrnehmungsaufgaben der Körpergrenze und der eigenen Haut gearbeitet wurde, berichtet die Patientin, dass sich dieser Traum bis zu dieser Stelle fast gleich wiederholt hätte, dann habe sich jedoch ein zweiter Traumteil angeschlossen (auf der Folie rechts):

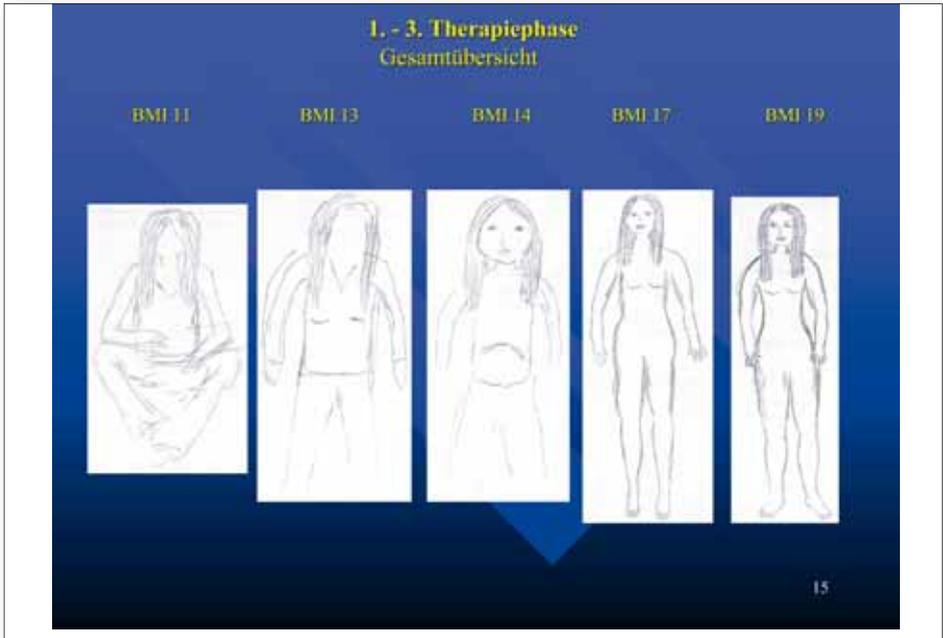
„Das Auto rollte diesmal rückwärts in das Wasser. Ich schrie, sie solle die Handbremse anziehen. Ich kriege eine Riesenwut, weil sie wie erstarrt dasitzt und nichts tut. Da ergreife ich die Initiative, ich befreie mich aus dem Auto und kann auch meine Mutter herausziehen. Ich lege sie am Strand nieder. Sie hat einen einteiligen Samtanzug an. Ich öffne den Reißverschluss, da merke ich plötzlich, das bin ich ja selber, der sich da aus der Haut pellt.“

Die aggressive Auseinandersetzung mit einer depressiv erlebten Mutter (leidend dasitzen und nichts tun) und die Rettung der bedrohten Mutterfigur durch eigenes Zupacken löst den Konflikt (Wut auf die depressive Mutter versus Sehnsucht nach einer stabilen Mutter) in einer Art „dialektischer Identifikationsfigur“: die Träumerin findet sich selbst in der Haut der Mutter. Es handelt sich hierbei zweifellos um ein Identifizierungsmuster auf differenziertem, strukturell hohen Niveau. Die Patientin hatte zu diesem Zeitpunkt bereits ein entsprechendes Gewichtsniveau von BMI 20 erreicht.

In methodischer Hinsicht ergeben sich auf der Ebene von Übertragung und Gegenübertragung entscheidende Veränderungen. Mit der Bearbeitung von Themen der Latenzzeit und Pubertät (z. B. erste Menstruationsblutung) verschiebt sich der Bezugspunkt der therapeutischen Beziehungsmuster auf ein neues Entwicklungsniveau. Waren unsere Patientinnen zu Beginn der dritten Phase noch die kleinen Mädchen, die mit erwachender kindlicher Wut um die Anerkennung und die Liebe ihrer Eltern kämpften, so befinden sie sich jetzt, „ein paar Kilogramm später“, beispielsweise mit dem Thema der Menstruationsblutung mitten in der Pubertät, d. h. auf einer Gratwanderung zwischen Kindheit und Adoleszenz. Dementsprechend ist die Therapie der Pubertät ein Drahtseilakt, der eine Neueinstellung der Gegenübertragungsmuster im Koordinatensystem von Latenz, Pubertät und Adoleszenz erforderlich werden lässt. Einerseits ist zu gewährleisten, dass die infantilen Anteile in jeglicher Form zugelassen werden und in der therapeutischen Beziehung aufgehoben sind, andererseits muss auf dem Weg zum Erwachsen-Werden ein klarer Rahmen zur Überwindung der Kindlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Welcher Aspekt in der jeweilig konkreten klinischen Situation zur Geltung gebracht werden muss, erfordert einen hohen Grad an therapeutischer Flexibilität und Mut, die Übertragungs-Gegenübertragungsebene durchaus auch aktiv zu strukturieren, um in dieser Verlaufsphase möglichst optimale Entwicklungsanreize für unsere Patientinnen zu setzen. Wir müssen uns auch in der Körpertherapie spezifisch auf diese Entwicklungsphase einstellen. Die Patientinnen brauchen z. B. beim Thema Menstruationsblutung keine „präödpale Mutterfigur“, sondern Therapeuten, die als „gute Eltern der Pubertät“ diese Entwicklungsphase mit ihnen nochmals und diesmal besser durchstehen, um dann ihre Kinder als junge Erwachsene „in das eigene Leben zu entlassen“.

Wir kehren zurück zu unserer Beispielpatientin und einer Zeichnung des eigenen Körpers aus der Abschlussphase ihrer Therapie. Aus Gründen der Anschaulichkeit wurden noch einmal alle Zeichnungen der Patientin in einer Reihe nebeneinander gestellt. Die letzte

Zeichnung (in der Reihe rechts) entstand zwei Wochen vor der Entlassung bei einem BMI von etwas über 19.



1. -3. Therapiephase Gesamtübersicht

Vergleicht man alle Zeichnungen in der Serie, so kann man als Ergebnis festhalten, dass die Abschlusszeichnung sowohl formal wie auch inhaltlich ausreichend strukturiert und differenziert ist, d. h. sie ist einerseits ganzheitlich vollständig und realitätsgerecht in ihren Proportionen, andererseits weist sie eine entsprechende Ausgestaltung der verschiedenen Körperbereiche auf, sodass insgesamt der Eindruck einer sexuellen Differenzierung mit jugendlich-weiblicher Ausstrahlung entsteht. In der Zeichnung sind somit keine Anzeichen für Auflösung, Bedrohung, Selbsterstörung oder andere autoaggressive Aspekte mehr aufzufinden. Im Vergleich zur Zeichnung zum Abschluss der Mittelphase (unter BMI 17) hängen Schultern, Arme, Beine und Füße nicht mehr in der Luft, sondern die ganze Figur steht fest und ausdrucksvoll auf dem Boden. Wir werten dies als Beleg, dass es der Patientin in dieser Phase gelungen ist, die anorektische Leblosigkeit entscheidend zu überwinden. In der Dyna-

mik des Stehens kommen Energie und gewachsenes Selbstbewusstsein zum Ausdruck. Im Abschlussgespräch wird der Patientin die ganze Serie vorgelegt und die gesamte Entwicklung besprochen. Da die Patientinnen dabei zumeist unter einer enormen Erwartungsspannung in Bezug auf die Situation daheim stehen, sind diese Gespräche im Sinne einer stabilisierenden Ausrichtung durchzuführen. Einzelheiten und große Zusammenhänge sind dabei nicht von großer Bedeutung. Entscheidend ist, ob es auf der Übertragungs-Gegenübertragungsebene (siehe S. 212) gelingt, die Patientin wirklich loszulassen. In diesem Sinne ist es auch unerlässlich, die Patientinnen nochmals⁷ auf die ambulante Weiterbehandlung vorzubereiten. In der Praxis hat es sich als sinnvoll erwiesen, mit der Patientin klare Absprachen⁸ bezüglich der Weiterbehandlung zu treffen. In diesem Sinne wird eine Gewichtsgrenze vereinbart, die die relative Notwendigkeit der Wiedereinweisung für eine Art „Refreshing“ anzeigt, sowie eine zweite Gewichtsgrenze mitgegeben, die die absolute Notwendigkeit der Wiedereinweisung zur Verhinderung eines Rückfalls markiert. So kann im weiteren Verlauf in einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren in einem abgesicherten Schwankungsbereich des Gewichts jeweils die stationäre oder ambulante Behandlung⁹ zum Einsatz gebracht und die Weiterbehandlung so individuell nach den Erfordernissen des einzelnen Falles gesteuert und ausgestaltet werden.

Literatur

- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Downing, G. (2002): Zur Behandlung von Essstörungen. *Psychoanalyse & Körper* 1, S. 9-35
- Herzog, Th. u. Zeeck, A. (1997): Die stationäre psychodynamisch orientierte Therapie bei Bulimie und Anorexie. In: Reich, G. u. Cierpka, M. (Hrsg.): *Psychotherapie der Eßstörungen*. Thieme, Stuttgart
- Janssen, P. L. (2004): Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 49, S. 217-226
- Kohut, H. (1979): *Die Heilung des Selbst*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Maaser, R. (2007): *Analytische Körperpsychotherapie der Anorexia nervosa*. In: Heisterkamp, G. u. Geißler, P. (Hrsg.): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen*, Springer, Wien, New York
- Maaser, R., Besuden, F., Bleichner, F., Schütz, R. (1994): *Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart
- Thomä, H. (1961): *Anorexia nervosa. Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht*. Klett, Stuttgart

⁷ Die Notwendigkeit der ambulanten Weiterbehandlung muss als Thema in der gesamten Abschlussphase konsequent bearbeitet werden.

⁸ Diese Vereinbarungen müssen natürlich mit den ambulanten Weiterbehandlern (einschließlich Hausarzt) abgesprochen bzw. kommuniziert werden.

⁹ Dabei dürfte je nach den Möglichkeiten des ambulanten Settings eine Kombination aus verbaler und körperbezogener Psychotherapie in jeder Hinsicht die beste Perspektive bieten.

Das Körperbild in der OPD-2

**Körper und Psyche im
psychotherapeutischen Kontext
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
11./12.5.2007**

Dr.phil.L.Schattenburg



Was heißt OPD-2 ?

- OPD-2: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung.
- 1. Auflage OPD 1996/ 1. Auflage OPD-2 2006
- Es handelt sich beim OPD-2 nicht nur um eine Überarbeitung der 1. Version, sondern um ein neues Manual, das die Therapieplanung und das Körpererleben mit berücksichtigt.



Ausgangspunkt der OPD

- 1992 wurde von Psychoanalytikern, Psychosomatikern und Psychiatern ein Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) gegründet.
- Leidsendruck: „Verbindlicher Konsensus unter Psychoanalytikern ist ein seltenes Ding“ (OPD-2, S.41).
- Erweiterung der Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) um psychodynamische Dimensionen.
- Qualitätssicherung



5 Achsen

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse II: Beziehung
- Achse III: Konflikt
- Achse IV: Struktur
- Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen



Fokus und Therapieplanung

- Es werden für den Patienten individuell Foki definiert, an denen der Verlauf der Behandlung beobachtet und therapeutische Fortschritte erfasst werden.
- Grundsätzlich sollte es möglich sein, für jede Fokuskonstellation spezifische Leitlinien zu formulieren, an denen sich eine Behandlung orientieren könnte.



Fokus und Therapieplanung

- Beziehungs-,
- Konflikt-,
- Struktur-
- Körperfokus (im OPD noch zu entwickeln. Vgl. Küchenhoff, J., 2003, Z. Psychosom Med Psychother 49, 175-193)



Erfassung des Körperbildes und -erlebens

- Zeichnungen
- Beobachtungen auf Station, beim Sport, Rhythmik, Körperwahrnehmung, Gymnastik
- Skulpturen
- Fragebögen
- Erzählungen
- Das OPD arbeitet mit Interview



Körpererleben und psychische Struktur

Die Körperbild-Liste (KB-L) lehnt sich in ihrem Aufbau ganz an die Hauptdimensionen der Strukturachse an mit folgenden Dimensionen, die auf einer Skala von gut integriert bis desintegriert abgebildet werden:

- Selbst- und Objektwahrnehmung
- Selbststeuerung und Regulierung des Objektbezuges
- Kommunikation nach innen und nach außen
- Bindung an innere und an äußere Objekte



Körperbezogenes psychodynamisches Interview

1. Eröffnungsphase: Interviewer fokussiert auf die Körperthematik
2. Körpernahe Beziehungsepisoden bzw. Beziehungsepisoden unter körperlichen Gesichtspunkten
3. Körperliches Selbsterleben und Steuerung
4. Objekterleben, körperliche Aspekte der Beziehungsaufnahme (Mimik, Gestik usw.)
5. Fünfte Phase: klassisches OPD-Interview (zusammenfassende Interventionen)



KB-L: Wahrnehmung

- Wahrnehmung des Körperselbst:
„Wie wohl fühlen Sie sich in Ihrem Körper? Achten Sie auf Ihr körperliches Wohlbefinden oder ist es Ihnen nicht so wichtig?“
- Objektwahrnehmung:
„Wie gut gelingt es Ihnen, die körperlichen Grenzen anderer einzuschätzen?“



KB-L: Steuerung

- Selbststeuerung:
„Haben Sie manchmal Impulse, etwas am eigenen Körper zu verändern, wenn Sie mit sich hadern?“
- Regulierung zum Bezug des Objekts:
„Ertragen Sie es, wenn Ihr Partner Sie berührt, auch wenn Sie gerade streiten?“



KB-L: Kommunikation

- Kommunikation nach innen:
„Welche Gefühle haben Sie in Bezug auf Ihren Körper?“
- Kommunikation mit anderen:
„Ist es Ihnen wichtig, im Kontakt mit anderen diese auch körperlich zu erleben?“



KB-L: Bindung

- Bindung an innere Objekte:
„Haben Sie ein Gefühl für Ihren Körper, das Ihnen in schwierigen Situationen weiterhilft?“
- Bindung an äußere Objekte:
„Empfinden Sie es als angenehm, wenn gute Freunde Sie berühren?“



Beispiel: Bindung an innere Objekte

- Herr A. (s. unser Workshop) hat während seiner herzneurotischen Attacken das Gefühl, dass der Körper von ihm abgespalten ist und ihn völlig im Stich lässt.
(mäßige bis geringe Integration).

Körperbild in Anlehnung an Strukturachse

	gut 1,5	mäßig 2,5	gering 3,5	desint.
Selbstwahrnehmung	+			
Objektwahrnehmung		+		
Selbstregulierung				+
Objektregulierung				+
Kommunikation innen	+			
Kommunikation außen		+		
Bindung nach innen	+			
Bindung nach außen	+			
Struktur gesamt		+		



Fazit

- Die Formulierung des Körperfokus im OPD ist in Arbeit. Monographien diesbezüglich sind in der Ausgabe von 2006 angekündigt.
- Die gängigen körpertherapeutischen Verfahren können von der Systematik des OPD profitieren. Umgekehrt muss das OPD in Zukunft die körpertherapeutischen Verfahren integrieren, um die Leitlinien zum Körperfokus formulieren zu können.
- Vergleich mit anderen Ansätzen (z.B. Lacan)?

Körpertherapie bei Hautpatienten

Uwe Gieler
Markus Schreiber



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG GMBH



Standort Giessen

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

(Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer)

Univ.-Klinikum Giessen und Marburg – Standort Giessen (Rhön-Klinikum AG)





Ambulanz der Psychosomatischen Klinik

Ca. 1000 Patienten / Jahr, bei 20 % dermatologische Diagnosen



Station der Psychosomatischen Klinik mit 24 Betten

ca. 185 Patienten / Jahr (Aufenthalt: ca. 40 Tage im Durchschnitt davon in Gruppe A (jeweils 8 Patienten) psychosomatische Einheit mit ca. 35-40 Hautpatienten



Liaison-Sprechstunde und Konsildienst Hautklinik

ca. 10 % aller stat. Pat. und ca. 120 Patienten / Jahr



Körpertherapie bei Hautpatienten

- Haut und Berührung
- Psychotherapie der Neurodermitis
- Psyche und Haut im stationären Setting
- Fallbeispiel (Markus Schreiber – Körpertherapeut)



Die Haut und das Gehirn bilden sich aus dem gleichen Keimblatt, dem Ektoderm



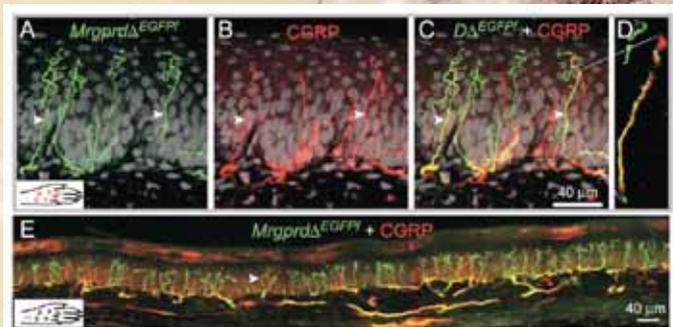
Ektodermzellen werden zu Neuroplasten und Keratinozyten

Aus: Gieler: Die Sprache der Haut; Patmos 2005



Neurogene Entzündung

Innervation der Haut



Intermedin: A novel skin peptide that is down regulated in atopic dermatitis
Friederike Kindt, Silke Wiegand, Christoph Löser, Volker Niemeier, Sheau Yu Teddy Hsu, Martin Steinhoff, Wolfgang Kummer, Uwe Gieler, Rainer Viktor Haberberger, J Invest Dermatol 2006; 28 (epub)

Kindt F, Wiegand S, Loser C, Nilles M, Niemeier V, Hsu SY, Steinhoff M, Kummer W, Gieler U, Haberberger RV (2007) Intermedin: a skin peptide that is downregulated in atopic dermatitis. J Invest Dermatol 127(2):605-13



Haut-Ich – Die psychische Hülle (Anzieu 1994)

Insgesamt werden 9 Funktionen des Haut-Ichs beschrieben

Haut

Haut – Ich

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 1. Haut – Stützfunktion für Skelett• 2. Haut – ganze Körperoberfläche• 3. Reizschuttschicht• 4. Individualität der Haut• 5. Haut – Oberfläche in Verbindung mit anderen Sinnen• 6. Grundlage der sexuellen Erregung• 7. Sensomotorische Tonus der Haut
• 8. Direkte Sinnesinformationen durch Berührung• 9. Auto-immunfunktion gegen die Haut (Nicht-Selbst – Selbst) | <ul style="list-style-type: none">1. Zusammenhalt der Psyche2. Umfassende Funktion des Haut-Ichs3. Das Ich als Reizschutzfunktion4. Individuationsfunktion5. Intersensorialität
6. Libidinöse Funktion des Haut-Ichs7. Aufladefunktion des Haut-Ichs durch Reize (Kontaktschranke Freuds)8. Einschreibefunktion des Haut-Ichs – taktile Spuren der Realität9. Selbstzerstörung des Haut-Ichs (Selbst- Nicht-Selbst) |
|---|---|



Skalen des Hautzuf

- **Skala 1 „Scham“**
 - „wenn mir etwas peinlich ist, werde ich schnell rot“
- **Skala 2 „Partnerschaftliche Berührung“**
 - „ich streichle gerne meine/n Partner/in“
- **Skala 3 „Ekel“**
 - „ein verschmutztes Glas ist mir sehr unangenehm“
- **Skala 4 „Selbst-Berührung (Autoerotik)“**
 - „ich berühre mich gerne selbst“
- **Skala 5 „Familiäre Berührung“**
 - „meine Mutter hat oft mit mir geschmust“

Grolle M, Kupfer J, Brosig B, Niemeier V, Hennighausen L, Gieler U (2003) The Skin Satisfaction Questionnaire – an Instrument to Assess Attitudes toward the Skin in Healthy Persons and Patients; *Dermatol Psychosom* ; 4:14-20



Skalen des Hautzuf

- **Skala 4 „Selbst-Berührung“**
 - Ich berühre mich gerne selbst
 - Ich schaue mich gerne im Spiegel an
 - Mich selbst zärtlich zu berühren tut mir gut
 - Mich selbst zu berühren beruhigt mich
 - Ich betrachte gerne meinen Körper
 - Mich selbst zu streicheln finde ich sehr angenehm



Korrelationen des HautZuf zu den Gießen-Test-Skalen (n = 185 + n = 140 Gesunde)

Menschen, die im Fragebogen mehr Berührung angeben erleben sich:

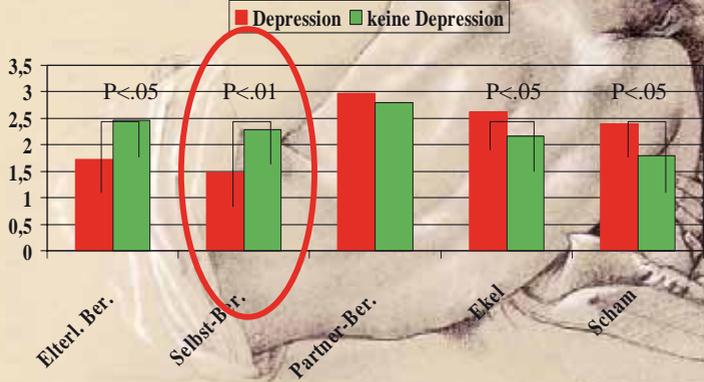
Sozial positiver
Geringere Durchlässigkeit
Sozial potenter

Berührung scheint mit höherer Fähigkeit zur Abgrenzung und positiverem Sozialerleben zu korrelieren !

Grolle M, Kupfer J, Brosig B, Niemeier V, Hennighausen L, Gieler U (2003) The Skin Satisfaction Questionnaire – an Instrument to Assess Attitudes toward the Skin in Healthy Persons and Patients; *Dermatol Psychosom* ; 4:14-20



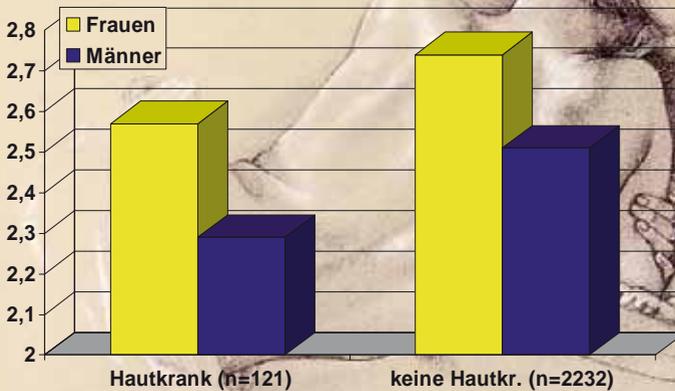
Abhängigkeit der Skalenwerte von Depressionwerten (HADS-Skala >8)



Friedrich Jungblut (2005) Validierung und klinische Erprobung des Hautzufriedenheitsfragebogens (HautZuf-30) Promotionsschrift Universität Giessen



Selbstberührung und Hautkrankheit (Repräsentative Stichprobe Deutschland 2004; n = 2353)

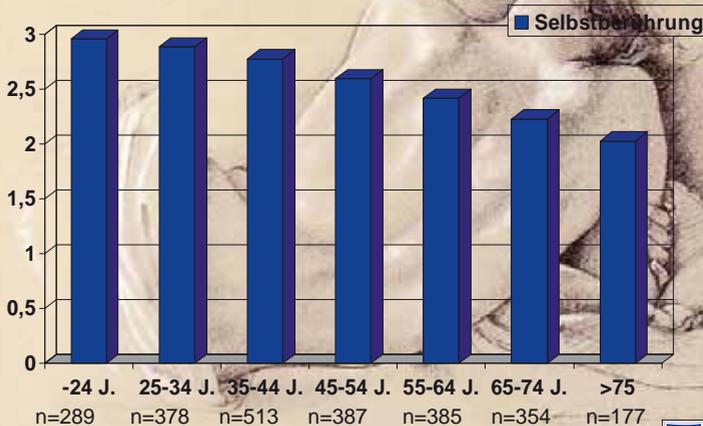


Df = 1; F = 4,335; p < 0.037

Kupfer, Brähler, Gieler 2006



Selbstberührung und Alter Repräsentative Stichprobe Deutschland 2004 n = 2483

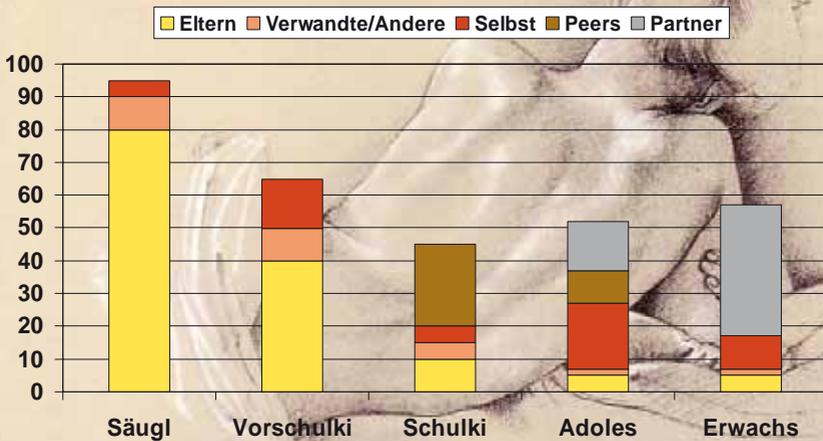


Df = 6; F = 41,733; p < 0.000

Kupfer, Brähler, Gieler 2006



Berührung im Verlauf der Entwicklung

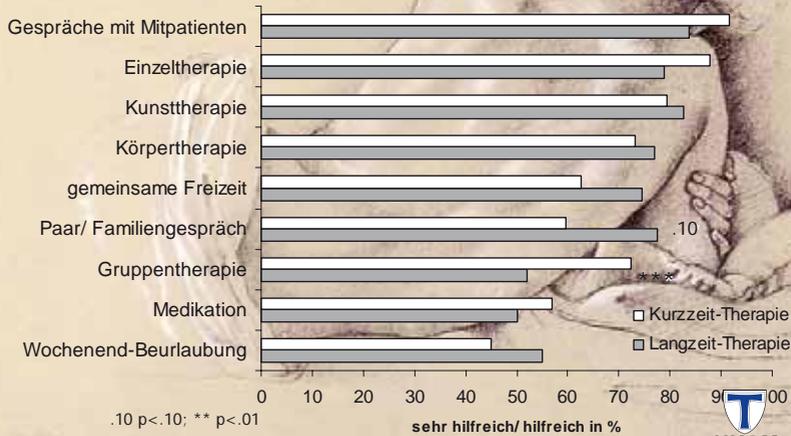


McAnarney (1984) Touching and Adolescent Sexuality; in: CC Brown (ed) The Many Facets of Touch; Johnson & Johnson Round Table series 10; 138-145

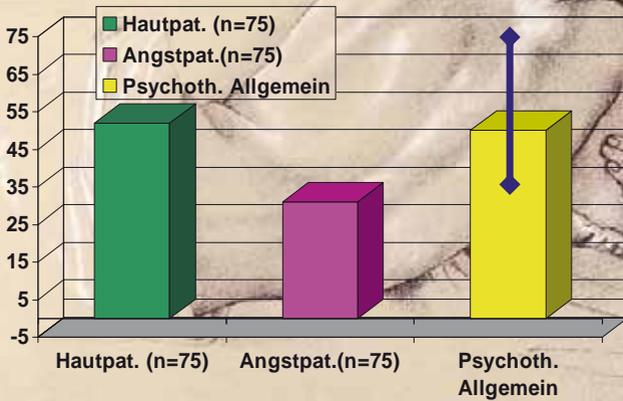


Welche Behandlungselemente erleben Patienten hilfreich?

*Beutel, Höflich, Kurth, Dietrich, Brosig, Gieler, Leweke, Milch, Reimer
Z Psychosom Med Psychother (2005)*



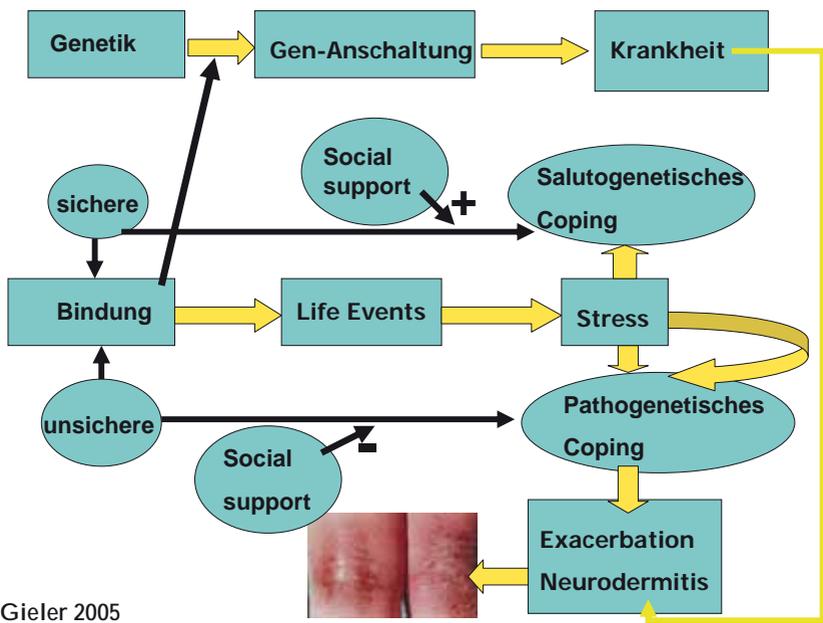
Effektstärken für Psychotherapie bei Patienten mit Hautkrankheiten - Gesamtwert (IIPges) Interpersonale Probleme



HAUT IN NOT-NEURODERMITIS



- **Konflikt:**
Nähe – Distanz
- **Affekt:** Scham
- **Gefühl:** Ekel
- **Ich-Selbst:** Unsichere Bindung
- **Verhalten:** Juckreiz-Kratz-Zirkel
- **Kognition:** Hilflosigkeit
- **Soziale Interaktion:** soziale Angststörung



Gieler 2005

Berührungstherapie und Neurodermitis

Eltern wurden angehalten, ihre Kinder mit Neurodermitis 20 Minuten pro Tag über 1 Monat zu massieren neben der dermatologischen Therapie.

Eine Kontrollgruppe erhielt eine Standard-Therapie.

Nach 1 Monat hatten die Kinder in der Massage-Gruppe geringere Angst-Level und weniger Symptome (Rötung, Lichenifikation, Excoriationen und Juckreiz).

Kostengünstige Massnahme von \$ 30 / Kind-Eltern

•Schachner L, Field T, Hernandez-Reif M, Duarte AM, Krasnegor J (1998) Atopic dermatitis symptoms decreased in children following massage therapy. *Pediatr Dermatol* 15: 390-395



4 Einheiten des Moduls Körpertherapie bei Hautpatienten

Selbstfürsorge – Selbstberührung

Körper und Affekt am Beispiel Scham – Körper und Selbstwahrnehmung

Erinnerte Berührung – Berührung durch die Eltern

Nähe und Distanz als Wechselspiel des täglichen Lebens

Aufbau der Körpertherapie - Module

1. Einheit(90 Min):

Vorstellung und Kennenlernen der Gruppe (5 Min.)

Theoretische Erläuterung des Zwecks und Ziels des Programms durch die Leiter (10 Min.)

TZI: Selbstfürsorge - Selbstberührung (30 Min.)

Körpererfahrung 2: Wahrnehmung der eigenen Erfahrung – Spüren und Berühren (30 Min.)

Verbalisation der eigenen Erfahrungen im Kontext der eigenen Entwicklung (15 Min.)

Körpertherapie bei einem Neurodermitis – Patienten in stationärer Psychotherapie



Lebenslauf des Patienten

Herr G, geboren 1950, verheiratet, 1 Tochter

Seit dem 16 Lj. Neurodermitis, in den letzten 2 Jahren massive Verschlimmerung, nachdem ein Bandscheibenvorfall HWS zur Arbeitsunfähigkeit geführt hatte.



Biographische Daten 2

Aufgrund der HWS-Symptomatik wurde nach einer Rehamaßnahme die weitere Tätigkeit als Maler ausgeschlossen. Es bestand das Angebot einer Umschulung zum Bauleiter, Patient fühlte sich zum Zeitpunkt der Aufnahme einer solchen Umschulung nicht gewachsen.

Herr G. führt seine depressive Stimmung, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, seine Hilflosigkeit und seine existenziellen Zukunftsängste ausschließlich auf seine körperlichen Einschränkungen zurück.



Biographische Daten 3

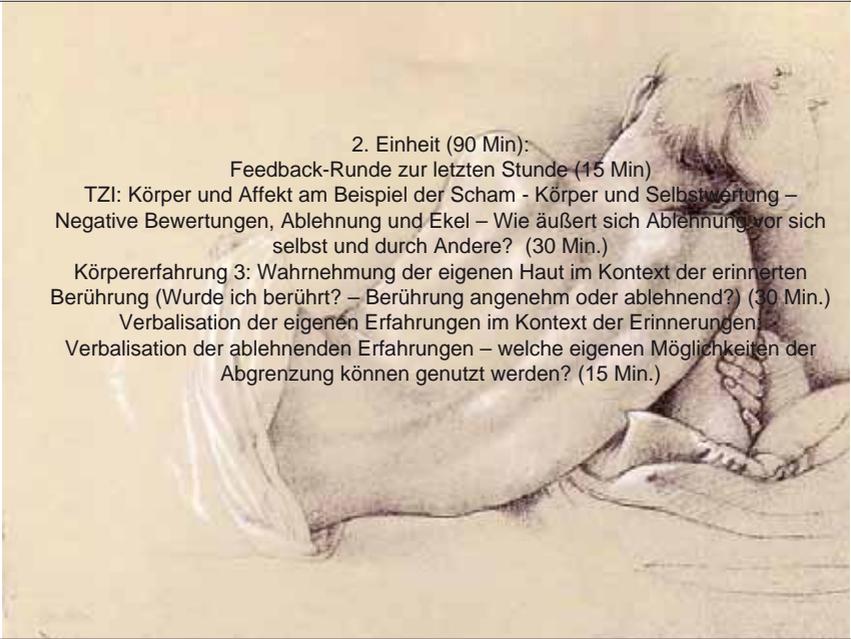
- **Hr. G. wuchs als das dritte Kind von 6 Geschwistern auf dem Bauernhof seiner Eltern auf.**
- **Die Atmosphäre im Elternhaus beschreibt er in seiner Erinnerung einerseits als „harmonisch“, andererseits als distanziert.**



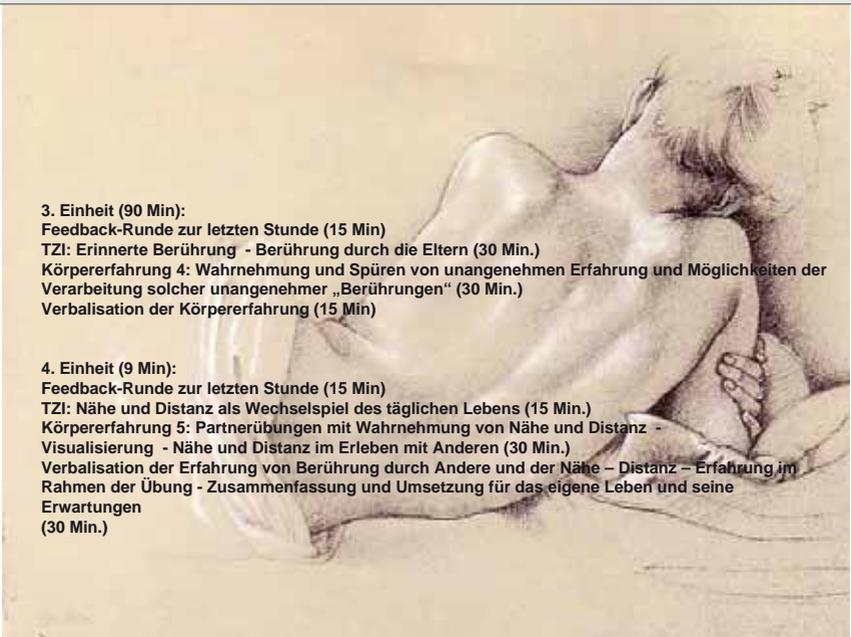
Biographische Daten 4

Die engste Bindung hätte zum Großvater väterlicherseits bestanden
Seine Ehefrau heiratete er 1974, trotz vieler Krisen hätte sie über all die Zeit zu ihm gehalten
Seine Tochter (28 J.) lebt heute in Kalifornien, Beruf Zahntechnikerin. Einerseits stolz, andererseits Sehnsucht.



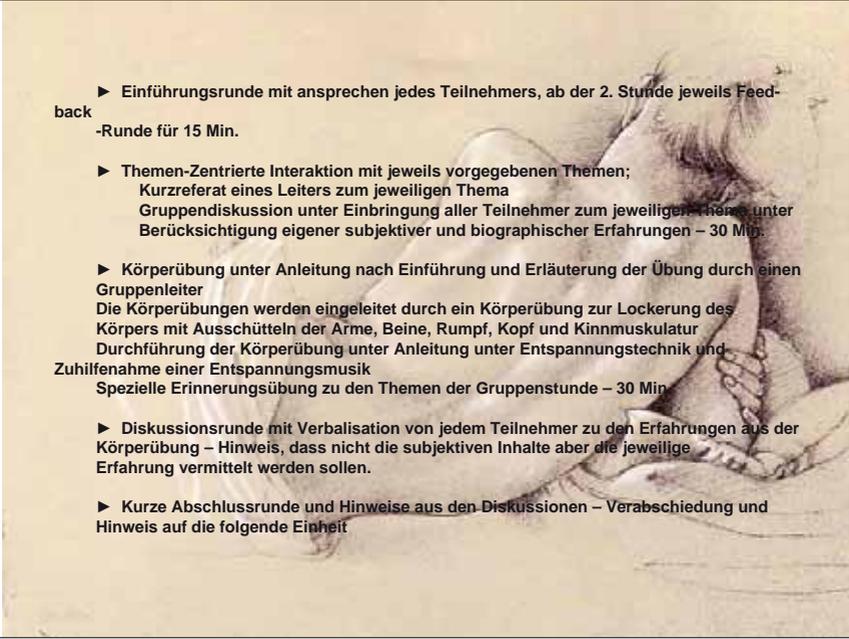


2. Einheit (90 Min):
Feedback-Runde zur letzten Stunde (15 Min)
 TZI: Körper und Affekt am Beispiel der Scham - Körper und Selbstwertung – Negative Bewertungen, Ablehnung und Ekel – Wie äußert sich Ablehnung vor sich selbst und durch Andere? (30 Min.)
 Körpererfahrung 3: Wahrnehmung der eigenen Haut im Kontext der erinnerten Berührung (Wurde ich berührt? – Berührung angenehm oder ablehnend?) (30 Min.)
 Verbalisation der eigenen Erfahrungen im Kontext der Erinnerungen:
 Verbalisation der ablehnenden Erfahrungen – welche eigenen Möglichkeiten der Abgrenzung können genutzt werden? (15 Min.)



3. Einheit (90 Min):
Feedback-Runde zur letzten Stunde (15 Min)
 TZI: Erinnerte Berührung - Berührung durch die Eltern (30 Min.)
 Körpererfahrung 4: Wahrnehmung und Spüren von unangenehmen Erfahrung und Möglichkeiten der Verarbeitung solcher unangenehmer „Berührungen“ (30 Min.)
 Verbalisation der Körpererfahrung (15 Min)

4. Einheit (9 Min):
Feedback-Runde zur letzten Stunde (15 Min)
 TZI: Nähe und Distanz als Wechselspiel des täglichen Lebens (15 Min.)
 Körpererfahrung 5: Partnerübungen mit Wahrnehmung von Nähe und Distanz - Visualisierung - Nähe und Distanz im Erleben mit Anderen (30 Min.)
 Verbalisation der Erfahrung von Berührung durch Andere und der Nähe – Distanz – Erfahrung im Rahmen der Übung - Zusammenfassung und Umsetzung für das eigene Leben und seine Erwartungen (30 Min.)

- 
- ▶ Einführungsrunde mit ansprechen jedes Teilnehmers, ab der 2. Stunde jeweils Feedback-Runde für 15 Min.
 - ▶ Themen-Zentrierte Interaktion mit jeweils vorgegebenen Themen; Kurzreferat eines Leiters zum jeweiligen Thema Gruppendiskussion unter Einbringung aller Teilnehmer zum jeweiligen Thema unter Berücksichtigung eigener subjektiver und biographischer Erfahrungen – 30 Min.
 - ▶ Körperübung unter Anleitung nach Einführung und Erläuterung der Übung durch einen Gruppenleiter Die Körperübungen werden eingeleitet durch ein Körperübung zur Lockerung des Körpers mit Ausschütteln der Arme, Beine, Rumpf, Kopf und Kinnmuskulatur Durchführung der Körperübung unter Anleitung unter Entspannungstechnik und Zuhilfenahme einer Entspannungsmusik Spezielle Erinnerungsübung zu den Themen der Gruppenstunde – 30 Min
 - ▶ Diskussionsrunde mit Verbalisation von jedem Teilnehmer zu den Erfahrungen aus der Körperübung – Hinweis, dass nicht die subjektiven Inhalte aber die jeweilige Erfahrung vermittelt werden sollen.
 - ▶ Kurze Abschlussrunde und Hinweise aus den Diskussionen – Verabschiedung und Hinweis auf die folgende Einheit

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Körpertherapeut Markus Schreiber
Dipl.-Psych. Sabine Schallmayer
Gynäkologin Dr. Sophia Holthausen-Markou
Kunsttherapeutin Carola Hahne
Psychiaterin Dr. Secil Accinci
Familientherapeut Manfred Kolbinger





Hypochondrische (pathologische) Realangst

(bei kardiologischen Patienten)

Prof. Dr. Michael Linden

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

an der Charité Universitätsmedizin Berlin

und Abt. Verhaltenstherapie und Psychosomatik

Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund,

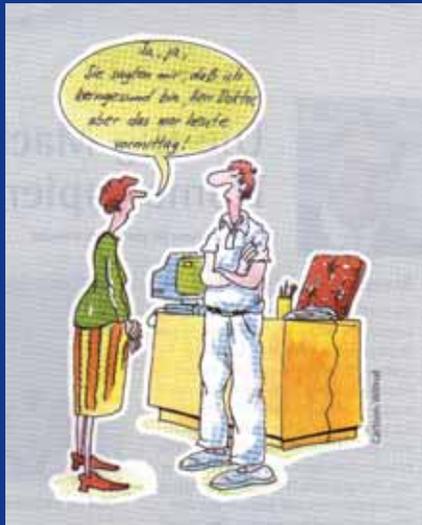
Teltow/Berlin

Charakteristika von Angst

- Angst ist ein angeborenes Reaktionsmuster (physiologisch, emotional, kognitiv, Verhalten) von Lebewesen zur Gefahrenabwehr
- Reale Angst (bei Bedrohung) vs. „irrationale“ Angst (ohne Bedrohung)
- Funktionale vs. dysfunktionale Angst
- Nichtpathologische vs. pathologische Angst
- Pathogene Angst

Kriterien der pathologischen Angst nach Marks (1987)

- **Angstreaktionen einer Person sind der Situation nicht angemessen**
- **Angstzustände sind zeitlich überdauernd**
- **Eigene Erklärungs- und Bewältigungsversuche der Person führen nicht zum Ziel der Beeinflussung oder Veränderung des Gefühls der Angst**
- **Deutliche Beeinträchtigung anderer Lebensbereiche bzw. des gesamten Lebensvollzugs**



Hypochondrische (Pathologische) Realangst

- Besteht im Rahmen einer „bedrohlichen“ Erkrankung
- Weist Störungscharakter auf
- Ist überwiegend dysfunktional
- Ist bei koronarer Herzerkrankung pathogen

Fallbeispiel

Panikattacke oder Re-Infarkt?

- 41-jähriger Patient, Herzinfarkt vor zwei Jahren mit Implantation von Stents
- Alle 3 großen Herzkrankegefäße sind von krankhaften Veränderungen betroffen
- Entwicklung einer Herzschwäche
- Ungünstiges Profil der Risikofaktoren:
 - Familiäre Belastung (Vater früh an Infarkt verstorben)
 - Bluthochdruck
 - Fettstoffwechselstörung
 - Bis vor einem Monat 20 Zigaretten täglich
- Diagnostische und prognostische Unsicherheit: Jederzeit möglich:
 - Re-Infarkt
 - Maligne Herzrhythmusstörungen
 - Akuter Herztod
- Problem der Unterscheidung zwischen körperlichen Angstsymptomen und Infarktsymptomen
- Bis zu mehrmals wöchentlich Aufsuchen von Rettungsstellen
- Bei Brustschmerzen und Luftnot immer wieder auch Unsicherheit bei den Therapeuten: Durchführung von EKG und körperlicher Untersuchung (Re-Infarkt, Lungenödem?)
- zunehmendes Sicherungs- und Schonverhalten, beginnende Vermeidung von Anstrengung, Vermeidung von Wegen, Verunsicherung wenn unterwegs, erhöhtes Erregungsniveau und Angstanfälle bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit zunehmender Agoraphobie
- thorakale Sensationen lösen Angst aus und können sich panikartig steigern
- Patient verlangt ultimativ unter Androhung von juristischen Konsequenzen hochdosierte Nitratinfusionen, weil er die Erfahrung gemacht habe, dass die stenokardischen Beschwerden danach besser werden (somatische oder psychische Wirkung?)

Beschreibung der pathologischen Realangst

Bedrohung durch äußere Gefahr

+

Angstreaktion, die den Charakter einer Störung aufweist

Funktionelle und reale Belastung/Bedrohung bei Herzerkrankungen

	Funktionelle Beeinträchtigung	Prognostische Beeinträchtigung
Supraventrikuläre Extrasystolen	+	○
Herzklappenprolaps	○	○
Herzinsuffizienz	+	+
Z. n. Herzinfarkt	○	+

Beschreibung der pathologischen Realangst

Bedrohung durch äußere Gefahr

+

Angstreaktion, die den Charakter einer
Störung aufweist

Kriterien der „Herzneurose“ nach Morschitzky

- Panikattacken mit dem Schwerpunkt der Wahrnehmung auf Herzsensationen
- Ständige ängstliche Konzentration auf das Herz
- Vertrauensverlust in die automatische Herzfunktion
- Ausgeprägte Schonhaltung
- Antizipatorisches Katastrophisieren
- Rückversicherungsverhalten
- Unwirksamkeit von beruhigenden Informationen
- Ständiges Kreisen um medizinische Sicherheitsmaßnahmen
- Häufiges Aufsuchen von Internisten und nicht von Psychiatern
- Einbeziehung von Familienmitgliedern in die Herzängste

Arten nicht ischämischer thorakaler Beschwerden

nach v. Uexküll

- Messer- oder nadelstichartig durchbohrend
- Unter der linken Brustwarze
- Dauer über Sekunden
- Keine Beziehungen zu körperlicher Belastung
- Wundsein, Brennen
- Dumpfer Druck
- Stunden bis Tage anhaltend
- Keine Beziehungen zur körperlichen Belastung
- Häufig Klage über Erschöpfung
- Hyperalgesie der linken Brustseite

Diagnostische Einordnungen der Herzangst ohne Herzerkrankung

nach Richter und Beckmann 2004

- Funktionelle Angina pectoris (Forbes 1833)
- Nervöses Herzklopfen (Stokes 1853)
- Hyperkinesis cordis (Oppolzer 1867)
- Reizherz (Da Costa 1871)
- Angstneurose (Freud 1895)
- Neurozirkulatorische Asthenie (Oppenheimer u. a. 1918)
- Effort syndrome (Medical Research Committee 1918)
- Funktionelle kardiovaskuläre Erkrankung (Friedman 1947)
- Angstreaktion (APA 1952)
- Herzhypochondrie (Bräutigam 1952)
- Herzphobie (Kulenkampf und Bauer 1960)
- Panikstörung (Klein 1964)
- Herzangstsyndrom (Michaelis 1970)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10)

Varianten der hypochondrischen Realangst bei KHK

- Typ Komorbidität
- Typ Iatrogene Neurose
- Typ hypochondrische Störung
- Typ Psychogenese der KHK
- Typ Posttraumatische Belastungsstörung
- Typ autonom somatoforme Störungen
- Typ Pseudohypochondrie

Komorbidität und KHK

- 47jährige Patientin mit Vorderwandinfarkt vor 1 Jahr
- Generalisierte Angsterkrankung
 - Schon immer sorgenvoll-ängstlich
 - bei Urlauben lange vorher alles geplant
 - Kinder nicht auf den Spielplatz gelassen
 - angespannt, wenn Mann mit dem Auto unterwegs war
- Nach dem Herzinfarkt:
 - große Sorgfalt beim Wiegen und Blutdruckmessen
 - sehr genaue Einhaltung von Diätvorschriften
 - genaue Beobachtung der eigenen Befindlichkeit
 - häufige Besuche von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Herz
 - Vermeidung von Reisen
 - Reduktion sexueller Aktivität

Iatrogene Neurose und KHK

- 56jähriger Patient mit Hinterwandinfarkt vor 1 Jahr
- Prämorbid Persönlichkeit ohne besondere Ängstlichkeit
- Nach dem Herzinfarkt:
 - kardiologische Reha mit intensiver Schulung
 - Anschluss an Herzgruppen
 - häufige Besuche von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Herz
 - große Sorgfalt beim Wiegen und Blutdruckmessen
 - sehr genaue Einhaltung von Diätvorschriften
 - genaue Beobachtung der eigenen Befindlichkeit
 - Angst vor dem plötzlichen Herztod
 - Vermeidung von Reisen
 - Reduktion sexueller Aktivität

Hypochondrische Störung und KHK

- 58jähriger Patient mit Angina pectoris seit längerer Zeit
- Prämorbid Persönlichkeit ohne ausgeprägte Ängstlichkeit
- wiederkehrende stenokardische Beschwerden
- Detailliertes kardiologisches Wissen, „Expertenkiller“
- wiederholte und zunehmend umfangreiche internistische Abklärungen (27 Herzkatheteruntersuchungen)
- immer wieder Aufsuchen von Rettungsstellen
- unsinnige medizinische Maßnahmen (Schrittmacherimplantation)

PTSD und KHK

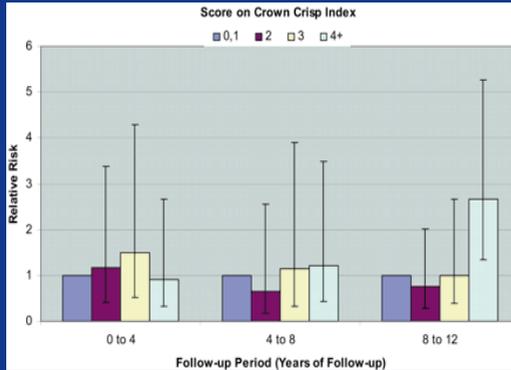
- 41-jähriger Patient mit Z. n. Vorderwandinfarkt vor 6 Monaten
- Prämorbid Persönlichkeit ohne besondere Ängstlichkeit
- Nach dem Herzinfarkt Intrusionen mit Bildern von der Fahrt mit dem Notarztwagen und von der Intensivstation, Erleben von Angst und Hilflosigkeit, Entwicklung einer Agoraphobie

autonom somatoforme Störung bei Herz-Kreislaufkrankung

- 43-jähriger Patient mit wiederholten Blutdruckerhöhungen im Langzeit-EKG
- Konstitutionell vegetativ irritierbar
- Prämorbid Persönlichkeit mit erregbarer Persönlichkeitsakzentuierung
- Wiederholt Klagen über thorakale Druckgefühle, Atemmenge, Herzschlagerleben mit Frage nach drohendem Infarkt

Psychogenese einer KHK

Phobische Angst und Risiko für eine koronaren Herzerkrankung und plötzlichen Herztod bei Frauen



Von 72 359 Frauen ohne KHK in der Nurses` Health Study starben im follow-up von 12 Jahren 267 an einem Herzinfarkt, 97 einen plötzlichen Herztod (SCD). Hohe Level von phobischer Angst waren mit diesen Ereignissen assoziiert.

Christine M. Albert et al. Circulation. 2005;111:480-487

Pseudohypochondrie: somatische Differentialdiagnosen bei pathologischer Realangst und KHK

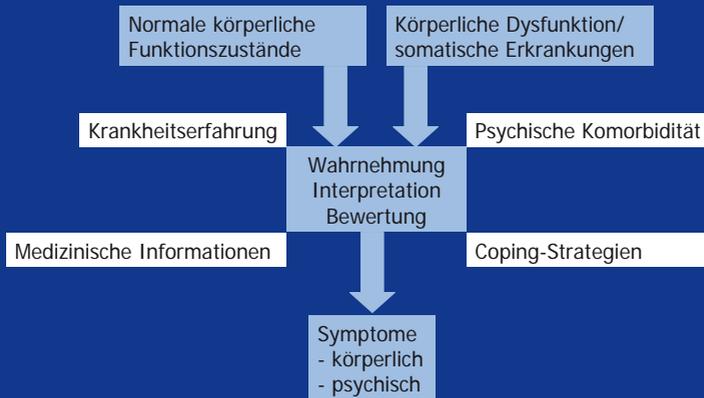
- Supraventrikuläre Rhythmusstörungen
- Ventrikuläre Rhythmusstörungen
- Angina pectoris vera
- Koronarspasmen
- Syndrom X (Mikroangiopathische Spasmen)
- Degenerative Veränderungen im Bereich der thorakalen Wirbelsäule
- Interkostalneuralgie
- Lungenembolie
- Pleuraerkrankungen
- Ösophageale Motilitätsstörungen
- Magen-, Pankreas-, Gallen-, Nierenerkrankungen
- Vegetative Erregungssyndrome mit Aufmerksamkeitsfokussierung
- Hyperventilationsneigung

Diagnostische und therapeutische Probleme

- Unterscheidung kardiologischer und psychischer Symptomatik
- Kooperations- und Koordinationsprobleme zwischen verschiedenen Therapeuten (z.B. Kardiologe-Psychotherapeut)
- Verunsicherung von Therapeuten:
„Irgendwann behält jeder Hypochonder recht“
- Einleitung eigentlich nicht indizierter Behandlungen:
 - Drängen auf Untersuchungen mit appellative oder drohendem Verhalten der Patienten
 - Unsicherheit/Angst der Ärzte, eine verborgene Krankheit zu übersehen
 - Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen
- Unterlassung von indizierten Therapien
- Unsichere Indikationsstellung für Psychotherapie (z.B. Exposition?)
- konfliktreiche Therapeut-Patient-Beziehung
- erhöhtes Arzt-Haftungsrisiko für Therapeut wegen Über- oder Untertherapie



Ein Modell zur Beschreibung verschiedener Ausprägungen pathologischer Realangst bei Herzkranken



Kasuistik Herr M.

- 57jähriger Patient, Z. n. Bypass-OP 1999, Stent-Implantation 6/06
- Prämorbid Persönlichkeit ohne pathologische Ängste
- Atypische Angina pectoris vor der Bypass-OP 1999, dann beschwerdefrei, atypische Angina wiederum ab Anfang 2006 -> Stent -> Patient wird nicht beschwerdefrei
- Symptomatik: nächtliche Ruhebeschwerden mit Befürchtungen des Patienten, „dass mit dem Herzen etwas nicht stimmt“. Deutliches Schon- und Vermeidungsverhalten, Rückversicherungen

Kasuistik Herr L.

- Z. n. Vorderwand-Herzinfarkt 3/2004
- Insgesamt 5 Herzkatheter wegen anhaltender atypischer Brustbeschwerden
- Prämorbidie Persönlichkeit ohne nennenswerte Ängstlichkeit
- Symptomatik: ausgeprägtes Checking-Verhalten mit dem Ziel, jegliche Veränderung des Körpergefühls im Brustkorb wahrzunehmen. Ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, Rückversicherungen

Peter Geißler

Videomikroanalyse einer Baby-Mutter-Interaktion

Gabriel ist 13 Monate alt. Als er und seine Mutter gefilmt werden, ist er müde und erschöpft, weil er nicht ganz fit ist. Er zahlt und ist verkühlt, und die Mutter versucht, ihn zu beruhigen und abzulenken. Über Gabriel sagte sie in dem Gespräch, bevor wir mit dem Video beginnen, dass sie versuche, ihn gerade abzustillen, was nicht leicht sei, weil Gabriel sehr an ihr hänge. *Sie habe den Eindruck, er sei auf sie fixiert.* Gefilmt wird eine Interaktionssequenz, die ca. eineinhalb Minuten dauert, ich teile sie auf in sieben Episoden.

Erste Episode - Gabriel interessiert sich für die Kamera

Am Gesichtsausdruck Gabriels sieht man, dass er weinerlich ist. Aber er interessiert sich einen Moment für die Kamera. Diese Situation ist ja neu für ihn, und sie weckt sein Interesse. In Zeitlupe ist zu sehen: Die beiden haben in dieser Interaktion einen gegensätzlichen Rhythmus, was die Zuwendung zur Kamera betrifft. Wenn Gabriel zur Kamera sieht, schaut ihn seine Mutter an, und wenn Gabriel sich ihr zuwendet, dann schaut sie in die Kamera, und noch einmal. D. h. es entsteht in dieser Sequenz keine Synchronisierung auf der Ebene der Bewegungen des Kopfes, und auch stimmlich bleibt die Mutter stumm. Diese erste Sequenz führt daher nicht zu einer Verbesserung von Gabriels Befinden.

Zweite Sequenz - Gabriel findet ein neues Objekt, das ihn interessiert

Gabriel hat ein neues Objekt gefunden, das ihn voll interessiert, das sieht man an seiner Körperhaltung: volle Ausrichtung auf das Objekt, ein Spielzeug. Die Mutter akzeptiert zunächst Gabriels Wegbewegung. Aber dann: Die Mutter bringt, wie man im Video sieht, ihr Gesicht in seinen Fokus. Sie verstellt ihm somit den Blick auf das Spielzeug – die Folge ist, dass Gabriel weiter weinerlich bleibt. Anstatt seine Explorationsbewegung wirkungsvoll zu unterstützen, bringt sie sich mit ihrem Gesicht ein und erzwingt dadurch, dass er sie ansieht.

Dritte Sequenz – Gabriel beschäftigt sich mit einem Gegenstand

Gabriel ist mit einem Gegenstand beschäftigt. Von der Grundstimmung her ist er aber weiterhin unruhig und raunzig, also unzufrieden. Die Mutter hat seine Wegbewegung akzeptiert, was gut war. Diese Mutter ist präsent, sieht was er tut, sie teilt die Aufmerksamkeit mit ihm, die beiden haben einen „joint focus“. Dieser Teil des Zusammenspiels ist stimmig. Nur

im akustischen Bereich bleibt sie etwas zurück. Es wäre möglich z. B. durch einen Satz wie „Schau, was für ein schönes Auto!“ mit entsprechend aktivierender Stimmmodulation die Affektlage Gabriels langsam in eine positivere Richtung zu verschieben. Und man sieht im Video, dass ihre Sitzhaltung unbequem ist, d. h. ihr Körper ist in Spannung, und diese Spannung überträgt sich möglicherweise auf Gabriel. Er bleibt daher weiterhin unzufrieden.

Dann streichelt sie ihn am Rücken und gibt ihm einen Kuss – obwohl von Gabriel in dieser Situation keinerlei Kontaktsignale ausgegangen waren. Auch hier stellt sie von sich aus Nähe zu ihm her – die wirkungslos bleibt.

Vierte Sequenz – Mutter schaut Gabriel erwartungsvoll an

Die Mutter ist offensichtlich unsicher bei dem, was sie tut, was Gabriel braucht. Es gelingt ihr nicht, ihn wirkungsvoll zu beruhigen. Sie schaut ihn nun an, als erwarte sie eine Klärung von ihm. Das kann Gabriel natürlich nicht liefern. Es ist, wie wenn sie von ihm ein eindeutiges Signal erwarten würde, was los ist, was er will, wie wenn sie dies in seinem Ausdruck lesen wollen würde. Auch dies hat natürlich keinen positiven Effekt auf Gabriel, er bleibt quengelig.

Fünfte Sequenz

Die Mutter hat nun eine andere Idee: sie bietet ein Spiel an. Die Mutter übernimmt in dieser Situation klar die Führung. Verbal kommentiert sie: „Wollen *wir* das nun spielen...“ Das ist nicht ganz korrekt, denn in diesem Moment ist sie es, die klar die Führung übernimmt, und passender wäre daher z. B. ein Satz wie: „*Ich* möchte das jetzt mit dir spielen.“ Im Video ist zu sehen, dass die Position Gabriels – Rückenlage – keine gute Ausgangsposition für das folgende Spiel sein kann. Es ist ein Spiel, bei dem Gabriel sich bemühen soll, Bauklötzchen in das richtige Loch hineinzuschieben, also ein Leistungsspiel - vielleicht nicht unbedingt die allerbeste Idee bei einem etwas kranken Kind mit 13 Monaten, aber es funktioniert: Gabriel ist interessiert, er verhält sich kooperativ.

Sechste Sequenz

Die Mutter gibt Gabriel nun einen Baustein, begleitet von einem verbalen „Da!“, das von der Intonation her einen ansteigenden Erregungsfluss hervorruft. Gabriel lehnt sich nun zurück und wirft frustriert den Stein weg. Er wendet sich von der Spielsituation ab, bäumt sich trotzig auf. Die Mutter nimmt ihn hoch und kommentiert die Situation mit einem „Oje“, das wiederum nicht eine beruhigende, sondern eher eine tadelnd-kritische Qualität in sich birgt, und dabei geht sie körperlich auf Distanz. Für Gabriel wirkt all dies anscheinend irritierend.

Siebente Sequenz

Gabriel richtet sich frustriert auf. Intuitiv hilft ihm nun die Mutter in eine körperlich bessere Position, seine Körperhaltung zuvor war nicht so günstig. Wieder hat sie Erfolg. Er konzentriert sich aufs Spielzeug. Er scheint sich zu beruhigen, nimmt das Spielzeug, kooperiert. Er versucht das Richtige zu tun. Er hat nun auch Rückenunterstützung, und diese bessere Körperhaltung ist wie ein Fundament, wodurch Gabriel seine Arme besser benutzen kann. Und er zeigt Interesse. Er nimmt die Bausteine, versucht den gelben Stein ins Loch reinzutun, wirkt nicht mehr so frustriert wie zuvor. Seine Stimmung hat sich anscheinend gebessert.

Nun tut die Mutter etwas Ausgezeichnetes. Sie sagt: „Super!“ Ihre Stimme wirkt nun lebendig, sie hat eine positive und bestätigende Qualität. Auch das Timing ist gut, sie sagt dies kurz nach Gabriels motorischer Aktivität.

Bilanz

Man kann aus den bisherigen Sequenzen schon schlussfolgern, dass diese Mutter besser umgehen kann mit Bereichen, die erst später im Leben des Kindes auftauchen - also konkretes Spiel, wahrscheinlich auch Sprache. Wo diese Mutter nicht so sicher ist, das ist der direkte Körperkontakt und der Gebrauch ihrer Stimme, der wenig moduliert wirkt. Die frühe, körperlich-stimmliche Interaktion und Regulation, das basale Urgestein der Erfahrung, ist bei ihr weniger gut ausgebildet. Daher werden Gabriel und sie bessere Möglichkeiten haben, in der verbal geteilten Aufmerksamkeit gemeinsam lustvolle und positive Erfahrungen zu machen – bessere Erfahrungen, als sie vermutlich in der physischen Welt der unmittelbaren Körperkontakte gemacht haben.

Prognostisch bedeutet dies, dass die gegenseitige Abstimmung zwischen ihnen besser wird, je älter Gabriel wird, weil er dann immer mehr in die Welt hineinwächst, in der seine Mutter gut kann.

Man kann auch sagen: Von der Mutter gingen mehrmals Impulse nach Nähe aus, ohne dass Gabriel entsprechende Kontaktsignale sendete. Teilweise störte sie dadurch unbewusst sein Explorationsverhalten. Wir können daher vermuten, dass nicht er auf fixiert ist, sondern dass es sich umgekehrt verhält: *Sie ist auf ihn fixiert.*

Anne Kerber-Stachowitz & Guido Loy

Indikative Schmerzbewältigungsgruppe

Das Konzept der Schmerzbewältigungsgruppe wurde vorgestellt. Die Teilnehmer hatten Gelegenheit, Angebote zur Körperwahrnehmungsschulung, die bei der Modifizierung des Schmerzgedächtnisses eingesetzt werden, modellhaft zu erproben. Es bestand Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch.

1.1 Konzept der Schmerzbewältigungsgruppe

Im Jahre 2003 wurde an unserer Klinik das Konzept einer verhaltenstherapeutischen Schmerzbewältigungsgruppe durch Dr. Knickenberg eingeführt und seitdem wiederholt inhaltlich aktualisiert sowie den jeweiligen strukturellen und organisatorischen Erfordernissen angepasst.

Die jüngste Entwicklung betrifft die Integration der Körperwahrnehmung in dieses Konzept, ausgehend von den Annahmen und Erkenntnissen zur Entstehung des „Schmerzgedächtnisses“ und körperbezogenen Ansätzen zu dessen Modifikation .

Das Gruppentherapieangebot richtet sich an Patienten mit chronischen Schmerzen, vor allem auch Patienten mit „anhaltender somatoformer Schmerzstörung“ (oft als „Fibromyalgie“ vordiagnostiziert).

Es handelt sich um eine halboffene Gruppe von acht bis zehn Patienten. Die insgesamt acht Sitzungen finden zweimal wöchentlich statt. Die Dauer der Sitzungen beträgt neunzig Minuten. Kombiniert ist die Schmerzbewältigungsgruppe mit einer Rückenschule (2x wtl.), der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen (1x wtl.) und einem Wahrnehmungs-(Sinnes)-Training (ein Vormittag im Behandlungszeitraum). Die Patienten sind darüber hinaus in die tiefenpsychologisch fundierten verbalen Gruppen, körperbezogenen tiefenpsychologischen Therapiegruppen sowie bewegungs-, kreativ- und ergotherapeutischen Angebote integriert.

1.2 Zielsetzung der Schmerzbewältigungsgruppe

Zusammengefasst: Vermittlung von Informationen zur Schmerzverarbeitung, Förderung der Schmerzakzeptanz, Erlernen von Schmerzbewältigungsstrategien (den Schmerz handhabbar machen), Verminderung des Gefühls von Ohnmacht und Hilflosigkeit gegenüber dem Schmerz, Schulung der Wahrnehmung von Gefühlen, von Anspannung und Verspannung,

Warnsignale erkennen lernen, Schmerz als Handlungssignal verstehen lernen, Funktionalität des Schmerzgeschehens in psychosozialen Beziehungssituationen transparent machen. Abbau passiven Schonverhaltens.

1.3 Inhalte der Schmerzbewältigungsgruppe

Zusammengefasst: Vermittlung eines Erklärungsmodells zur Schmerzverarbeitung (unter Zuhilfenahme der „Gate-Control-Theorie“), Teufelskreis des Schmerzes: Schmerz > Anspannung > Schmerzzunahme, Entspannungstechniken, Aufhebung des Genussverbots, Identifizierung von schmerzauslösenden- und intensivierenden Faktoren („äußere“ und „innere“ Auslöser). Innere Auslöser. Identifikation von hinderlichen schmerzbezogenen Kognitionen mit dem Ziel, alternative, hilfreiche Kognitionen zu entwickeln (kognitive Umstrukturierung), Überforderung und Aktivitätsniveau, Aufmerksamkeitslenkung als Schmerzbewältigungsstrategie (äußere Ablenkung), Schmerzdistanzierung (dem Schmerz einen Namen oder gestalterisch eine Form geben). Schmerz als Warnung vor der Desintegration sozialer Bezugssysteme und einer dysfunktionalen Lebensführung, Schmerz als Kommunikationsmittel, „Körperschmerz gleich Seelenschmerz“, Reaktionen der Umwelt, eigene Erfahrungen und bisherige Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Schmerz. Außerdem wird der Begriff des Schmerzgedächtnisses eingeführt und die Möglichkeiten seiner Beeinflussung werden aufgezeigt.

2.1 Der Begriff des „Schmerzgedächtnisses“ und Funktion der Körperwahrnehmungsschulung

In Untersuchungen hat sich gezeigt, dass es bei chronisch Schmerzkranken im - Gegensatz zu Gesunden - bei wiederholten oder andauernden Schmerzreizen zu einer Zunahme der Schmerzreaktion kommt (Jenkins et al 1990, J Neurophysiol, 63, 82-84). Repetitive Stimulation führt über eine Umorganisation der Repräsentation des Körpers im sensorischen Kortex und anderer Hirnareale (Gyrus cinguli) zu einer Hyperaktivität (Flor, et al Eur J Pain, 6, 395-402). Diese Prozesse werden gebahnt über Ängste, katastrophisierende Gedanken und chronisches Krankheitsverhalten. Über das Verhalten der Angehörigen, d.h. deren Reaktion auf den Schmerzpatienten, werden sie aufrecht erhalten.

Die Körperwahrnehmungsschulung kann dazu dienen, das Schmerzgedächtnis zu modifizieren (idealerweise zu „löschen“). Dies kann dadurch geschehen, dass Differenzierung von Berührung, Druck, Schmerz (an schmerzfreien Arealen/im schmerzhaften Areal) gefördert wird, z.B. indem differenzierte Wahrnehmung vom gesunden Areal zum schmerzhaften Areal transferiert wird. Außerdem kann die differenzierte Wahrnehmung des gesamten

Körpers, auch der gesunden Bereiche, zur Schmerzbewältigung im Sinne einer Aufmerksamkeitslenkung/ Ablenkung genutzt werden. Mittels Körperwahrnehmung kann der non-verbale Ausdruck von Schmerz (Bewegung, Haltung, Mimik) eingeschränkt und damit sein Schmerzverstärkender Einfluss, auch in der sozialen Interaktion, vermindert werden.

Den Patienten vermitteln wir diese Zusammenhänge auf verständliche Art, indem wir zum Beispiel erklären, dass die Bereiche der Hirnrinde, die viele Schmerzinformationen erhalten, sich ausdehnen. Dass sie außerdem beginnen, alle Formen von Reizen - also auch Druck Berührung, kalt, warm, spitz, stumpf - unterschiedslos als Schmerz zu benennen. Kurz, dass Hirnareale einerseits größer, andererseits aber auch empfindlicher werden und weniger in der Lage sind, zu differenzieren.

Das Gehirn bekomme auch Informationen über eine schmerzhaftige Mimik, was ebenfalls zum Schmerzgedächtnis beitrage. Das gleiche gelte für eine schmerzbedingte Schonhaltung. Alles, was den Schmerz nach außen hin sichtbar mache, verstärke letztendlich den Schmerz, also auch Angst vor dem Schmerz.

2.2 Praktische Übungen

Durch Liegen auf einem Tennisball im Kreuz-/Steißbeinbereich wird ein chronischer Schmerz imitiert. Die Teilnehmer werden angeleitet, ihre Aufmerksamkeit auf einen nichtschmerzhaften Bereich des Körpers zu lenken. Die Sinnesqualitäten werden in diesem Bereich differenziert erarbeitet und es wird versucht, diese auf den schmerzhaften Bereich zu projizieren. Im weiteren Verlauf werden die Grenzen/ "Übergangszonen" des schmerzhaften Arealen gespürt. Durch Vorgaben des Leiters wird die Wahrnehmung des schmerzhaften Bereiches verändert/differenziert, indem dieser in der Vorstellung vergrößert/verkleinert wird, indem ihm eine „Farbe“ gegeben wird, die Farbe verändert wird, der Atem in der Vorstellung durch das Areal „gezogen“ wird.

Anschließend erfolgt eine Übung zur Veränderung der schmerzbezogenen Körperhaltung und Mimik. Die Teilnehmer balancieren seitwärts auf einem im Raum als Oval ausgelegten Seil/Tau (Schmerz an den Fußsohlen). Dabei kommt es zur Begegnung mit Blickkontakt. Im nächsten Schritt werden die Teilnehmer aufgefordert, ihr jeweiliges Gegenüber bei der Begegnung freundlich zu grüßen. Veränderungen bezogen auf die Schmerzwahrnehmung werden gespürt.

Abschließend werden die anhand der Angebote gemachten Erfahrungen ausgetauscht.

Lothar Schattenburg

Das Körperbild in der OPD-2 – Videodemonstration mit Fokusformulierung

Fokusformulierung

Nachdem am Nachmittag das OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) vorgestellt worden war (s. oben unseren Vortrag), konnte sich der Workshop schnell auf die Körperthematik konzentrieren. Die Grundidee des OPD ist, für die drei Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur Foki zu formulieren, mit denen die Behandlung geplant und der Erfolg überprüft werden soll. Als Foki gelten diejenigen Merkmale des OPD-Befundes, die die Störung mit verursachen und aufrechterhalten und deshalb für die Psychodynamik des Krankheitsbildes eine bestimmende Rolle spielen. Damit verbunden ist die Annahme, dass sich hinsichtlich dieser Foki etwas verändern muss, wenn ein substanzieller therapeutischer Fortschritt erreicht werden soll. Das OPD formuliert selbstbewusst: „Grundsätzlich sollte es möglich sein, für jede Fokuskonstellation spezifische Leitlinien zu formulieren, an denen sich eine Behandlung orientieren könnte. Damit ist ein freilich sehr umfangreiches und komplexes Programm umrissen“ (Arbeitskreis, OPD, 2006, S. 323). Bei der Auswahl eines Fokus für die therapeutische Arbeit spielen im OPD zahlreiche Aspekte eine Rolle, die neben der Art der Störung auch mit den Rahmenbedingungen der Therapie zu tun haben, z.B. mit der zeitlichen Begrenzung im stationären Setting.

Ziel des Workshops: Gemeinsame Formulierung eines Körperfokus bzw. Fokis mit den Teilnehmern i.S. einer Werkstattarbeit. Dazu wurde vor dem Video die Körperbild-Liste (KB-L) aus dem OPD-Manual von 2006 und die Fallvignette von Herrn A. vorgestellt. Herr A. hatte sein Einverständnis gegeben, dass sein Video im Rahmen dieser Tagung gezeigt werden durfte.

Körperbild-Liste KB-L

Die Körperbild-Liste im OPD-2 lehnt sich in ihrem Aufbau ganz an die Hauptdimensionen der Strukturachse an (s. obigen Vortrag). In Anlehnung an die Strukturachse werden beim Körperbild 4 Hauptdimensionen unterschieden (s. Tab.1). Die Strukturachse skaliert das Integrationsniveau von gut, 1,5, mäßig, 2,5, gering, 3,5, desintegriert und nicht beurteilbar. Eine Ausdifferenzierung dieser Skalierung ist im OPD für das Körperbild noch nicht publiziert, aber angekündigt als unveröffentlichtes Manuskript (s. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 493). Eine Körperfokusformulierung würde sich auf die Dimensionen in Tab.1 beziehen.

Tab.: 1 Überblick Körperbild-Liste KB-L

Wahrnehmung:	Wahrnehmung des Körperselbst Wahrnehmung des Objekts in seiner Körperlichkeit
Regulierung:	Selbststeuerung des Körperselbst Steuerung des Bezugs zur Körperlichkeit des Objekts
Kommunikation:	Kommunikation mit dem Körperinneren. Körper als Objekt Körper als Mittel der Kommunikation
Bindung:	Körper im Rahmen der Bindung an innere Objekte Körper im Rahmen der Bindung an äußere Objekte

Vignette: Herr A. (40-50 Jahre)

Der Patient befand sich in unserer Klinik für ein stationäres Heilverfahren für 6 Wochen mit den Diagnosen Panikstörung und Somatoforme autonome Funktionsstörung des Herz- und Kreislaufsystems. In der Lebensgeschichte werden schwierige Beziehungen zu den Bezugsobjekten geschildert. 2006 dekompenziert der Patient auf der Arbeitsstelle im Rahmen privater und beruflicher Konflikte. Seine Partnerin, mit der er getrennt lebe, sei mit ihm unzufrieden, weil „er keine Reibungsfläche mehr geboten hätte“, und auf der Arbeit habe er Schwierigkeiten mit dem Durchsetzungsvermögen und mit den Kollegen Autoritätsprobleme, er fühle „sich klein gemacht“. Herr A erlitt nach einem Streit mit Kollegen einen Kreislaufkollaps mit einem „heißen Gefühl im Brustbereich, es habe ihm den Hals zugezogen“. Der Patient hatte Todesangst und deutete seine Symptome als einen Herzinfarkt. Die Notfallaufnahme im Krankenhaus ergibt keinen pathologischen Befund. Bei Aufnahme in unserer Klinik wurde deutlich, dass bei Herrn A das Psychosomatikverständnis noch deutlich zu fördern war. Das Video wurde nach einem 5-wöchigen Aufenthalt durchgeführt.

Videsequenzen und Körperfokus

Sequenz 1:

Th.: Wie wohl fühlten Sie sich in Ihrem Körper vor den Herzsymptomen?

Pa.: Der Körper war das, worauf ich mich verlassen konnte, der hat mich immer durch den Tag gebracht, mich sportlich begleitet. Ich habe intensiv Radsport betrieben.

Th.: Wie wichtig war für Sie die körperliche Leistung?

Pa.: Die war mir schon wichtig, natürlich. Über körperliche Fitness habe ich mich definiert.

Th.: Wie haben Sie sich im Moment der Schmerzen gegenüber Ihrem Körper gefühlt?

Pa.: Machtlos, er machte einfach, was er wollte. Ich war getrennt von meinem Körper.

Diese Sequenz verweist i.S. der OPD auf zwei Aspekte: auf die Selbstwertregulation in Bezug auf den eigenen Körper und auf die Wahrnehmung des Körper selbstbildes. Der Patient hat sein Selbst über Sport reguliert und er hat während der Panikattacken ein mäßig bis gering integriertes Körperbild. Der Fokus resp. Fokis könnten sich auf folgende Punkte beziehen: der Pat. soll stimuliert werden, sein Selbstwertgefühl nicht nur über Sport zu definieren, um dadurch auch die überzogene Wahrnehmung auf Körpersignale zu reduzieren. Ferner kann durch körpertherapeutische Angebote bzw. Übungen das Gefühl für die Ganzheit des Körpers gestärkt werden.

Sequenz 2:

Th.: Was haben Sie für Körpergefühle, wenn Sie in belastende Situationen gehen, z.B. Stationsrunde oder jetzt die Videosituation? Wie vertrauen Sie Ihrem Körper, dass Sie solche Situationen meistern?

Pa.: Ich spüre jetzt natürlich einen gewissen Druck, kann mich nicht ganz davon frei machen, dass dies mich innerlich hochbringt, ich sehe das aber als einen normalen Zustand, das gehört im Moment für mich dazu, weil ich noch nicht so weit bin, mich entspannen zu können. Ich versuche aber daran zu denken, dass im Moment nichts Schlimmes passiert.

Diese Sequenz verweist i.S. der OPD auf den Aspekt Toleranz für körperbezogene Aspekte in der Dimension Regulierung des Körper selbst. Der Pat. fühlt sich nach einem 5-wöchigen Aufenthalt schon deutlich stabiler bei der Toleranz körperbezogener Affekte, es kann aber noch von einer mäßig integrierten Struktur ausgegangen werden. Der Körperfokus könnte nun darauf abzielen, den Patienten weiterhin darin zu unterstützen, sich beim Anfluten von Panikgefühlen besser beruhigen zu können z.B. durch Entspannungstechniken. In einer körperorientierten Wahrnehmung könnte es darum gehen, z.B. die Druckgefühle zu spüren und im Schutzrahmen der Therapie die Erfahrung der Kontrolle zu erleben.

Fazit

Es wurde hervorgehoben, dass es sich bei diesem Workshop um Neuland handelt, weil das OPD-2 in der Erstauflage von 2006 zwar erstmals eine Körperbild-Liste KB-L veröffentlicht, aber noch keine konkreten Leitlinien zum Körperfokus formuliert hat. Dieses Unterfangen ist in der OPD-2 noch in Arbeit. In der Körperpsychotherapie kann man grob unterscheiden zwischen 2 Ansätzen: Der Therapeut macht in der Körperwahrnehmung zunächst einmal Angebote und geht dann auf die Reaktionen der Patienten ein. Oder der Therapeut formuliert nach einem ausführlichen semi-strukturierten Interview erst einen Körperfokus (resp. Fokis) für einen Patienten und bestimmt dann die körpertherapeutische Arbeit i.S. von Leitlinien. Da die Körpertherapie sehr oft in der Gruppe stattfindet, ist im OPD-2 noch ungeklärt, wie ein individueller Körperfokus (resp. Fokis) in der Gruppe bei verschiedenen Patienten bearbeitet werden kann. Es wäre ferner interessant, die gängigen körpertherapeutischen Verfahren unter dem Gesichtspunkt zu bewerten, inwieweit sie Kriterien therapeutischer Leitlinien entsprechen.

Literatur:

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006).
OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2.
Huber.

Peter Widmer

Fallbesprechung zur Psychotherapie des Körperbildes

In diesem Workshop berichtete eine Psychotherapeutin von einer Patientin, einer 18-jährigen Frau, die seit fünf Wochen in der Klinik wegen suizidalen Neigungen stationiert war. Diese habe sich in selbsterstörerischer Art mit dem Messer Schaden zugefügt; auch weise sie bulimische Züge auf.

Im Vordergrund ihrer Problematik stehe die Beziehung zu ihrer Mutter, die offenbar geprägt sei von gegenseitigem Unverständnis. Die Schwierigkeiten hätten zuvor dazu geführt, dass die Patientin während dreiviertel Jahren bei ihrem Freund bzw. bei dessen Eltern gewohnt habe, die einen Bauernhof bewirtschaften würden. Dort habe es der Patientin gefallen. Die Mutter habe jedoch angeordnet, dass sie zurückkehren müsse, weil sonst das Kindergeld nicht ausbezahlt würde. Mit dieser Maßnahme sei natürlich die Verschärfung der Konflikte gleichsam vorprogrammiert worden; die Patientin habe den Eindruck bekommen, allein des Geldes wegen wieder mit der Mutter zusammen wohnen zu müssen.

Die Eltern seien zu diesem Zeitpunkt schon längere Zeit geschieden gewesen. Die Patientin habe sich zwar nicht über den Vater beklagt, aber sie habe ihn doch selten gesehen und offenbar sei sein Interesse an ihr nicht groß. So sei es gekommen, dass er nicht eingegriffen habe und sie nicht auf einen väterlichen Einspruch gegen die Ansprüche der Mutter hoffen könne. In dieser Situation sei die Patientin in Versuchung geraten, sich umzubringen oder zumindest, sich zu schädigen, indem sie sich mit einem Messer geschnitten habe.

Meiner Einschätzung nach gestaltete sich die Arbeit mit ihr am Anfang recht schwierig und stellte hohe Anforderungen an die Psychotherapeutin und an die anderen Personen, die mit ihr arbeiteten, z.B. in der Körperarbeit oder in der Ergotherapie. Die Patientin gab sich zurückgezogen mit einer Tendenz zu Negativismus und Kritik an den Versuchen, mit ihr etwas aufzubauen, in eine Beziehung zu ihr zu treten. Eine Aggressionsproblematik zeigte sich, die zugleich darauf hinwies, dass es der Patientin schwer fiel, ihre Triebe zu sublimieren.

Das Konzept der Sublimierung gab natürlich viel zu reden, vor allem in Kontext der verschiedenen Behandlungsansätze, die bei der Patientin appliziert wurden. Ging es dabei um eine Abfuhr von Wut, Zorn, Frustrationen, die sich in ihrem Leben angehäuft hatten? Hätte Boxen eine Lösung sein können, aufgestaute Energien loszuwerden? Gängige Konzepte wie z.B. solche, die von einem festen Energiequantum ausgehen, das sich nach innen richtet, wenn es sich gegen außen nicht manifestieren kann, wurden kritisiert, weil sie die Tragweite der Sprache, genauer gesagt: die Bedeutung der Artikulation der Triebwünsche verkennen würden. Das Konzept der Sublimierung, so wurde argumentiert, setze nicht auf eine quantitative Verlagerung, sondern auf eine qualitative Veränderung von Triebressourcen, die als sprachlose archaisch blieben, während sie als artikulierte mittelbar und damit sozialisierbar werden können. Niemand zog daraus die Folgerung, dass körperliche Tätigkeiten keinen Sinn hätten, aber es wurde erkannt, dass es gelte, sie als Mittel zum Zweck zu sehen, nicht

als Zweck. Es wurde auf Erfahrungen hingewiesen, die zeigten, dass sich Aggressionen nicht quantifizieren und noch weniger abführen ließen – solche Versuche würden in der Regel mit einer Erhöhung der aggressiven Energien enden, statt mit der erhofften Mäßigung. Etwas anderes sei es, wenn man körperliche Ausdrücke als Zeichen zu „lesen“ versuche, dann trete der Gegensatz von Sprache und Handeln zurück – der körperliche Ausdruck werde selber als Sprache aufgefasst.

Solches geschieht in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt immer wieder, mittels Zeichnungen des Körperbildes – das hat bereits eine gute Tradition in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten. Auch in „unserem“ Falle brachte die Psychotherapeutin Zeichnungen der Patientin mit, die sehr aussagekräftig waren. So zeigte sich die Aggressionsproblematik in ihren Händen, die hinter dem Rücken versteckt und somit nicht sichtbar waren. Damit wurde einleuchtend, dass die Arbeit mit ihr sich daran orientieren konnte, sie zu befähigen, ihren aggressiven Energien eine auch verbale Sprache zu geben, so dass sie ihre Triebe aufschieben könnte und nicht mehr auf unmittelbare Befriedigung angewiesen wäre. Die Hände würden damit eine andere Bedeutung bekommen! Die bisherigen 5 Wochen in der Klinik hatten schon ein wesentliches Stück Arbeit in dieser Richtung geleistet.

Die Zeichnungen gaben auch Aufschluss über ihre bulimischen Züge, die sich allerdings ziemlich rasch zurückbildeten. Sie waren verknüpft mit der Schwierigkeit, Triebwünsche, also auch Essen, aufzuschieben. Ihre Neigung zu Adipositas hatte außerdem die Funktion, sich unansehnlich zu machen, sich abzuwerten und zugleich einen Schutzgürtel um sich zu legen, der sie so schwer erreichbar machte; auch ein aggressiver Aspekt wurde hervorgehoben, der darin besteht, die in sie gesetzten Erwartungen zu enttäuschen. In diesem Zusammenhang wurde sogar von einer Tendenz zu einer gewissen Verwahrlosung gesprochen, wobei diese weniger strukturell war als vielmehr eine anfängliche Resignation der Patientin ausdrückte, die sich im Laufe der Behandlung zurückbildete, ohne ganz zu verschwinden (dafür war die bisherige Behandlungszeit zu kurz).

Zum Konzept des Körperbildes gab es natürlich ebenfalls viele Aspekte zu diskutieren. Es wurde gesagt, dass dieses Wort nahe lege, dass es sich dabei um das Bild des (eigenen) Körpers handle – sicher eine wesentliche Dimension; dabei werde aber leicht vergessen, dass das Körperbild ein Konzept sei, dass in symbolische Zusammenhänge eingebettet sei, und diese ließen sich nicht auf sichtbare Aspekte beschränken. Zum Körperbild würden die eigenen „inneren“ Vorstellungen gehören, ja selbst die Stimme habe ihren Klang-Körper, aus dem viel gehört werden könne. Auch die Kleidung habe selbstverständlich mit dem Körperbild zu tun. Gerade dieser Aspekt gab bei der Patientin zu reden, denn sie hatte die Tendenz, sich in ihren Kleidern zu verstecken, sich in „Säcke“ zu stecken.

Eine Thematik deutete sich damit an, die das betraf, was man gemeinhin „sexuelle Identität“ nennt – ein Ausdruck, der nicht unwidersprochen blieb: Er unterstelle, so wurde argumentiert, dass es so etwas wie einen festen Kern von Weiblichkeit oder Männlichkeit gebe, den man zudem erkennen oder sich sogar aneignen könne. Was „unsere“ Patientin

zu erkennen gäbe, sei vielmehr eine Sprachlosigkeit in Bezug auf ihre Weiblichkeit, eine Hilflosigkeit, was sie mit ihrem weiblichen Körper anfangen, wie sie ihn „interpretieren“ sollte. Hier wurde spürbar, dass die Patientin nicht gewohnt war, über solche Aspekte ihres Seins zu sprechen, was doch von elementarer Bedeutung wäre, denn das hätte an Fragen gerührt, für die es nicht so schnell patente Lösungen gibt.

Was ebenfalls diskutiert wurde, war der Aspekt der Übertragung in der Arbeit mit ihr. Es wurde sehr bald klar, dass die Patientin eine Tendenz hatte, die Situation mit ihrer Mutter zu wiederholen. Das wäre dann geschehen, wenn sie z.B. einer Aufforderung zu Mitarbeit nicht nachgekommen wäre, dies mit einer verbalen Attacke begleitet hätte, mit dem Resultat, eine beleidigte Reaktion seitens der Therapeutin hervorzurufen, die auf Grund ihrer Kränkung Gefahr gelaufen wäre, selber eine negative Einstellung zu ihr zu bekommen. Der Therapeutin gelang es jedoch offenbar gut, die Abwertungen und Kritiken hinzunehmen, ohne sich revanchieren zu müssen. Dies hatte den sehr spürbaren Effekt, dass dieser drohende Wiederholungszwang durchbrochen wurde und die Patientin sich allmählich wohler fühlte. Man bekam als Zuhörer den Eindruck, dass die Patientin in der Klinik in zunehmenden Maße einen Platz gefunden hatte, der nicht von den mütterlichen Ansprüchen und Erwartungen besetzt war und den sie für sich nutzen konnte.

Die zunehmende Akzeptanz der Psychotherapie seitens der Patientin führte notwendigerweise zur Frage nach den weiteren Perspektiven. Die Therapeutin ging davon aus, dass die Patientin wohl in wenigen Wochen entlassen werde. So erfreulich diese Aussicht war, stellte sie doch in Frage, ob das bisher Erreichte nicht durch einen allzu frühen Austritt gefährdet werden könnte. Es wurde von der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Psychotherapie gesprochen, wenn die Patientin nicht mehr in der Klinik sein werde, aber da ihr vormaliger Wohnsitz weit weg von der Klinik lag, schien dieser Übergang nicht gewährleistet. Auf diese Weise kamen Zweifel auf, ob denn die durch den bisherigen Behandlungsverlauf berechnete günstige Prognose bezüglich des späteren Lebens außerhalb der Klinik nicht getrübt werde durch die Gefahr eines Zurückfallens in die Verhältnisse, die am Ursprung ihres Klinikaufenthalts standen.

Am Ende dieses Workshops blieb die befriedigende Erfahrung, dass ein offenes Sprechen über die eigene Arbeit immer wieder imstande ist, eine abwesende Person gleichsam anwesend sein zu lassen, und dass alle Teilnehmer, die sich darauf einlassen, den Bericht eines Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin zu hören, wenn sie nur ein bisschen therapeutische Erfahrung haben, Züge dieser abwesenden Person wahrnehmen können, obwohl sie ihr persönlich noch nie begegnet waren.

Thomas Leitner & Armin Rußmann

Erfahrungen mit einer körperpsychotherapeutischen Gruppe für männliche Heranwachsende

Seit etwa drei Jahren wird in der Akutabteilung der Psychosomatischen Klinik eine Indikationsgruppe für junge erwachsene Männer angeboten. Entstanden ist dieses Angebot vor dem Hintergrund der subjektiven Wahrnehmung der Therapeuten, dass männliche Patienten dieser Altersgruppe weniger gut von dem Setting der geschlechts- und altersheterogenen Gruppentherapie profitieren wie andere Patientengruppen. Diese, in das Gesamtkonzept der Klinik eingebettete, Indikationsgruppe wurde in einem Workshop vorgestellt.

Zu Beginn wurden einige grundlegende Punkte sowie die Basis des Gruppenkonzeptes besprochen. Die Gruppe wird als halboffene Gruppe geführt, an der alle männlichen Patienten im Alter von unter 25 Jahren, die stationär in der PSK behandelt werden, teilnehmen. Gelegentlich wird die Teilnahme auch älteren Patienten ermöglicht, wenn eine prolongierte Reifungskrise im Vordergrund des Konfliktfeldes steht. Es handelt sich um eine tiefenpsychologische, körperorientierte Gruppe, die sich, vom Setting der Geschlechtshomogenität abgesehen, in wenigen anderen Punkten von den auf allen Stationen durchgeführten körperpsychotherapeutischen Gruppen unterscheidet. Im Laufe der Zeit stellte sich heraus, daß die häufig anzutreffende Sportlichkeit der jungen Männer einerseits eine große Ressource darstellt, zweitens oft der einzig vorhandene Zugang zu Phänomenen der Körperlichkeit ist. Deshalb haben die hier durchgeführten Angebote oft eine sport- und wettkampforientierte Grundlage. Andererseits soll durch einen ausgedehnten Verbalteil den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben werden, die Gruppe zur Besprechung eigener Anliegen zu nutzen oder die jeweilige Stunde nach eigenen Bedürfnissen mitzugestalten [Kupfer et al 2007]. Ansonsten basiert die Gruppe auf den Grundlagen der im Haus angewandten Körperpsychotherapie, die unbewusste Inhalte über Körpererfahrung verdeutlichen kann und so die weitere verbale Bearbeitung möglich machen soll. Im körperlichen Erleben können Emotionen, Konflikte und Abwehrhaltungen unmittelbar erinnert bzw. aufgezeigt und dadurch leichter verbalisiert werden. Aufgabe der Körpertherapie ist es also, den Körper als Träger der Gefühle zu erfahren [Maaser et. al. 1994].

Dann wurde ein Ausschnitt aus der Gruppenarbeit vor dem Supervisions-Spiegel (Einwegspiegel) durchgeführt und damit einige Aspekte sowohl der Arbeit als auch, teilweise, der Problematik der Patienten demonstriert. Das Angebot bestand darin, dass die Patienten, auf Medizin-Bällen stehend, Sandsäcken auf den Schultern wahrnehmen und die Wahrnehmungen verbalisieren sollten. Zusammenfassend wurden die Sandsäckchen eher als angenehm erlebt, während das Halten des Gleichgewichtes auf dem Ball als große Belastung beschrieben wurde. Anschließend hatten die Patienten noch die Aufgabe, den Ball gegen

die Wand zu werfen, was teilweise als Erleichterung, teilweise als große Anstrengung erlebt wurde.

Anschließend wurden die Teilnehmer des Workshops aufgefordert, ihre Wahrnehmungen, Gefühle, Körperreaktionen und Phantasien zu äußern, die bei der Beobachtung der Gruppe aufgetreten waren, wodurch das Augenmerk auf die Übertragungs-Gegenübertragungs-Ebene gelenkt werden sollte. Im ersten Teil der Nachbesprechung wurde insbesondere auf die unterschiedlichen Gegenübertragungsreaktionen bei männlichen und weiblichen Teilnehmern Wert gelegt. Am Ende der Nachbesprechung wurden diese Aspekte der im Workshop aufgetretenen Reaktionen den Erfahrungen der Referenten in der bisherigen Gruppenarbeit gegenübergestellt. Im folgenden sollen nun einige Aspekte dieser Nachbesprechung dargestellt werden.

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen war unter den Workshop-Teilnehmern in etwa ausgeglichen (drei Therapeuten, vier Therapeutinnen). Sehr schnell stiegen die Therapeutinnen ins Gespräch ein, zuerst mit Phantasien bezüglich der Diagnose der Patienten, es wurden einige Ideen diesbezüglich konkret benannt, wer von den jungen Männern selbstunsicher-vermeidend wäre, wer zwanghaft etc.. Es wurde Erstaunen über die niedrige Frequenz an Deutungen durch den Gruppenleiter ausgedrückt und den während der Beobachtung auftretenden Impuls, viel schneller zu intervenieren, den Patienten deutlicher ihre Pathologie zu spiegeln – z.B. wenn ein Patient vom Ball heruntersteigt, ihm sofort zu sagen, dass er seine Mitte nicht fände, er ein Problem mit dem inneren Gleichgewicht benannt hätte. Von diesen Therapeutinnen wurden die Patienten auch als sehr unsicher eingeschätzt, wenig im Kontakt zu sich selbst stehend, dabei innerlich hochgradig angespannt und teilweise aggressiv. Es entstanden teilweise hochaggressive, angstbesetzte Phantasien, konkret wurde ein Patient als Pyromane phantasiert.

Vor diesem Hintergrund wurde durch die Referenten die „diagnostizierend-distanzierte“ Haltung gespiegelt und dies als Versuch gedeutet, schwer wahrnehmbare, aber Angst auslösende Wahrnehmungen in ein System zu bringen, das durch Übersichtlichkeit Sicherheit bieten soll. Eine Teilnehmerin merkte an, dass sie durchaus auch positiv - überrascht sei, wie brav sich die Patienten doch verhielten, da sie nach der Gruppensequenz ohne Aufforderung die Materialien aufgeräumt hätten, da sie in ihrem Praxisalltag gegenteilige Erfahrungen mache und bei Männern in diesem Alter häufig mit Compliance-Problemen zu kämpfen hätte, und ihr dies zu schaffen mache („Auf eine Frau hören die halt einfach nicht“). Es sei ein Mann als Leiter der Gruppe vor allem unter diesem Gesichtspunkt zu begrüßen.

Die anwesenden (männlichen) Therapeuten verhielten sich deutlich zurückhaltender. Die Rolle des männlichen Gruppenleiters wurde vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Vorbildwirkung gesehen, was ebenfalls positiv konnotiert wurde („Wie gut, dass die jemand haben, der sich zur Verfügung stellt“). Recht rasch kam dann das Gespräch auf die Möglichkeiten der Veränderung zu sprechen. Diesbezüglich nahmen die Teilnehmer eine eher skept-

tische Haltung ein, trauten den Patienten wenig dauerhafte Veränderung zu. Die schlechte Situation auf dem Arbeitsmarkt wurde assoziiert, wobei die realen Möglichkeiten der Patienten (die Workshop-Gruppe wusste weder über die Diagnosen noch über andere soziale Daten der Patienten bescheid) deutlich unterschätzt wurden. Es wurde eine eher hilflose Haltung in Bezug auf die Bedürfnisse und Probleme des Klientel deutlich.

Die unterschiedliche Haltung der Männer und Frauen in der Gruppe wurde gespiegelt – Die „Väter“ seien zurückhaltend, interessiert, hätten aber wenig Hoffnung für die „Söhne“, während die „Mütter“ sehr aktiv seien und wüssten, wo die Probleme liegen – worauf das Gespräch in der Workshop-Gruppe auf die Beziehung zwischen den anwesenden Therapeutinnen und deren realen Söhnen kam und Mütter in der Runde meinten, sie wüssten, wie es ihren Söhnen ginge und was diese bräuchten, bräuchten sich also nicht dafür zu interessieren, die Beziehung einer Mutter zu ihrem Sohn sei eben so beschaffen. Ein unter Umständen erwartbarer Protest eines realen Vaters blieb aus, sodass das Gespräch wieder eine Wendung hin zu der Autoritätsproblematik nahm.

Die Beobachtungen der Teilnehmer wurden erst aus behandlungstechnischer Perspektive aufgegriffen und damit einige Besonderheiten der Indikationsgruppe besprochen; tatsächlich erleben auch die Referenten, dass junge Männer im Durchschnitt im Vergleich zum übrigen Patientenkollektiv wenig Zugang zur eigenen Körperlichkeit und dementsprechend zur eigenen Emotionalität haben. Körper wird als Maschine betrachtet die im günstigen Fall funktioniert, im ungünstigen nicht, weshalb bei sogenannten Spürangeboten häufig sehr undifferenzierte Rückmeldungen gegeben werden („Spüre nix!“ „Fühl mich normal!“). Allerdings gibt es sehr deutliche und auch differenziertere Rückmeldungen nach körperlich sehr belastenden Aktivitäten, Ziehen in den Muskeln, das Schlagen des Herzens, die schwere Atmung werden deutlich wahrgenommen und artikuliert, worüber auch eine Wahrnehmung des Abklingens dieser Wahrnehmung ermöglicht wird und damit eine Hinwendung zu subtileren Signalen.

Ein weiterer, aus Sicht der Referenten wichtiger Punkt betrifft den Umgang mit Aggressivität sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf der der Therapeuten. Hinsichtlich der hier behandelten Krankheitsbilder stellen die Depressionen mit 67% der Hauptdiagnosen die größte Gruppe dar [Kupfer et. al. 2007]. Diesbezüglich spielt einerseits der Abwehrmechanismus der Wendung der Aggression gegen die eigene Person eine überragende Rolle, andererseits stellt sich die Frage, was passiert, wenn im Zuge einer gut laufenden Therapie diese Affekte bewusster werden und damit eher in den zwischenmenschlichen Kontakt kommen. Im Gruppengespräch im Workshop wurde anhand der Phantasien vom Brandstifter auch die Ängste vor diesen Aggressionen deutlich. Anhand von vergleichsweise häufig sportlich-orientierten Angeboten soll einerseits die Wahrnehmung dieser Affekte verbessert werden, andererseits Raum für die Bearbeitung geboten werden. Ängste entstehen ja nicht nur in den Beobachtern der Gruppe, und übrigens auch bei den Gruppenleitern, son-

dern vor allem auch zuerst im jeweiligen Patienten. Häufig gelingt es den Patienten recht rasch, Wut und Zorn zu spüren, allerdings fühlen sie sich damit überfordert, es entsteht sehr schnell Angst, und es gelingt kaum, ohne Unterstützung quasi eine Kultur im Umgang damit zu finden. So können beispielsweise Gruppen beobachtet werden, die während des körperorientierten Angebotes deutlich lebendiger werden, stimmungsmäßig aufhellen und die Depression ein Stück aufgeben können, um in der anschließenden Nachbesprechung oft in gerade diese Depression wieder zu versinken, auch um die teilweise heftig andrängenden Ängste (die in der einzeltherapeutischen Bearbeitung häufig als mehr oder weniger „klassische“ Kastrationsängste gedeutet werden können) nicht wahrnehmen zu müssen. Nicht selten wird auch Schuld und Scham deutlich. Die Patienten äußern, außerhalb des Sportes keine Möglichkeiten des Umgangs mit ihrem Zorn zu sehen. Ein in dieser Indikationsgruppe gehbarer Weg ist es, innerhalb des sportlichen Angebotes Möglichkeiten aufzuzeigen, wie aggressive Affekte in angemessener Form lebbar gemacht werden können. Zum Beispiel löst ein Angebot wie Schlagen mit Schaumstoffkeulen auf Medizinbälle in dieser einfachen Form aggressive Affekte aus, die zu Ängsten und damit zu einer Verstärkung des Widerstandes führen. In dem die Patienten anfangen, diese Ängste zu verbalisieren, wird es möglich, sie dazu zu ermutigen, in der praktischen Durchführung des Angebotes den Ablauf und die Regeln desselben so zu modifizieren, dass einerseits Aggression mit einem geringeren Ausmaß an Angst wahrgenommen werden kann. Andererseits wird bei manchen Gelegenheiten hierbei auch ein komplexes Spiel gestaltet (Keulenhockey). Dabei ist es nötig, eine Sammlung von Regeln aufzustellen, um beispielsweise die Verletzungsgefahr zu verringern, was ja dem Entschärfen von Ängsten entspricht. Es ist also möglich, Patienten dazu anzuleiten, sich auf Symbolebene eine „Mikrokultur“ für den Umgang mit aggressiven Affekten zu erarbeiten.

Die Workshop-Gruppe bildete mit der oben beschriebenen Assoziationsstätigkeit in übersichtlicher Weise ein Feld ab, wie es die Referenten im klinischen Alltag erleben können und das geprägt ist von eher zurückhaltenden, manchmal pessimistischen „Vätern“ und engagierten und teilweise „allwissenden Müttern“. Es bestehen aus Sicht der Referenten Zusammenhänge zwischen diesem Übertragungs-Gegenübertragungsfeld und den von den Patienten geschilderten frühen Objektbeziehungen. Diese wurden von den Patienten oft beschrieben als geprägt von fehlenden oder emotional nicht erreichbaren Vätern und übermächtigen Müttern, so dass Defizite in der Entwicklung einer triangulären Familienstruktur erahnt werden können. Dies wiederum steht in Zusammenhang mit der aus der aktuellen sozialen Situation, aus der Pathologie und aus den Erzählungen der Patienten erkennbaren Identitätsproblematik, wie sie in dem zum Schlagwort gewordenen Begriff der „Vaterlosigkeit“ implizit enthalten ist.

Die Literatur zum Thema der „abwesenden Väter“ ist vielfältig [z.B. Mitscherlich 1963], es scheint nahezu einerseits redundant und andererseits unzulässig vereinfachend, auf die aus dem Übertragungsgeschehen phantasierbare übermäßige Dominanz der Mütter und die

zurückhaltende oder abwesende Haltung der Väter der Patienten dieses Klientels hinzuweisen. Aus therapeutischer Sicht scheint allerdings die Betrachtung des Überganges zum Erwachsenenalter unter dem Blickwinkel der Identitätsentwicklung Sinn zu machen, und in diesem Zusammenhang, die spezifischen Probleme junger Männer auf das Fehlen von Möglichkeiten der Identifikation unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zu beziehen. Eine praxisnahe Darstellung dieser Schwellensituation findet sich bei Brandes 2001, sehr differenziert betrachtet Connell [1999] das Thema der männlichen Identität.

Dies berücksichtigend kann gesagt werden, dass die Durchführung der hier dargestellten Gruppe ein Versuch ist, innerhalb des sehr komplexen Übertragungsgeschehens einer psychosomatischen Klinik Raum zu schaffen, um die Auseinandersetzung mit verschiedenen Gesichtspunkten der männlichen Identität, oder vereinfacht, mit der „Rolle“ als Mann, zu erleichtern. Eine ausführlichere Darstellung der vorgestellten Gruppe findet sich bei Kupfer [2007].

Literatur:

1. Brandes, H. (2001). *Der männliche Habitus I*. Opladen: Leske & Budrich
2. Connell, R.W. (1999). *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. Wiesbaden: VS Verlag
3. Kupfer M., Rußmann, A., Leitner, Th., Bleichner F., Beutel, M.E. (2007) *Vorsicht! Junge Männer oder: Eine vergessene und vernachlässigte Generation. Gruppenpsychotherapie*
Gruppendynamik 43/2007, 95-20
4. Maaser, R., Besuden, F. Bleichner, F., Schütz, R. (1994) *Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
5. Mitscherlich, A. (1963). *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft*. München: Piper.

Frauke Besuden

Angebote zur Körperpsychotherapie

Die Körperpsychotherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem integralen Bestandteil der stationären psychosomatischen Behandlung entwickelt, denn es gilt als erwiesen, dass durch die körpertherapeutische Arbeit des basal-körperlichen Sich-Wahrnehmens und Erlebens der psychotherapeutische Prozess des Patienten in besonderer Weise gefördert wird. An der psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wird die Körperpsychotherapie von den für die Psychotherapie zuständigen Ärzten und Psychologen durchgeführt. Würde die körpertherapeutische Arbeit – wie in anderen Kliniken üblich – an Ergo- oder Sporttherapeuten oder an dafür speziell ausgebildete Körpertherapeuten delegiert, hätten deren Rückmeldungen an die Psychotherapeuten zwangsläufig einen rein informatorischen Charakter. Das Erleben des Patienten und das so wichtige Übertragungsgeschehen stünde damit der psychotherapeutischen Bearbeitung nicht mehr direkt in einem umfassenden Projektionsrahmen zur Verfügung, sondern müsste gleichsam davon getrennt bearbeitet werden.

Eine der Schwierigkeiten, die sich für den Psychotherapeuten durch dieses Konzept ergibt, liegt in der Frage der Abstinenz. Im Gegensatz zu seiner sonstigen Haltung „agiert“ hier der Therapeut, denn er wartet nicht auf ein Thema der Patienten, sondern - er macht Angebote, aber eben Angebote und nicht Übungen! D. h. es geht nicht darum, dass der Patient eine bestimmte Übung möglichst gut macht oder eine Aufgabe erfolgreich löst, sondern darum, wie er mit dieser Situation umgeht und wie er sich dabei erlebt. Hierdurch bietet sich dem Psychotherapeuten eine erweiterte Möglichkeit, die Übertragung, die Abwehrstrukturen und die Widerstandsebene des Patienten einzuschätzen. Außerdem fällt es mit diesen Angeboten den Patienten im allgemeinen leichter, über sich zu sprechen!

Zu diesem speziellen Workshop „Angebote zur Körperpsychotherapie“ hatte sich eine Gruppe von 18 Teilnehmern zusammen gefunden. Die Erfahrungshintergründe waren sehr unterschiedlich, die meisten Teilnehmer waren aber therapeutisch tätig. Im ersten Teil wurde mit Angeboten zur Wahrnehmung des Körpers in der Rückenlage gearbeitet, der Kontakt mit dem Boden an den unterschiedlichen Körperstellen und der Kontakt mit einem Kirschkernsäckchen gespürt, das an unterschiedlichen Regionen des Körpers aufgelegt wurde. Im zweiten Teil ging es darum, den eigenen Körper in unterschiedlichen Körperhaltungen „Liegen – Sitzen – Stehen“ wahrzunehmen, mit geschlossenen Augen „mein Körper“ oder „ich“ auszusprechen und dann zu erspüren, welche Empfindungen oder auch Gedanken dabei entstehen. Es konnte in anschaulicher Weise aufgezeigt werden, welche reichhaltige Palette der unterschiedlichsten Erlebnisformen durch solche Aufgaben der Körperwahrnehmung ermöglicht wird.

Lothar Schattenburg

Zusammenfassung der Tagung

Am 11./12.5. 2007 fand in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt eine Tagung zum Thema: „Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext“ statt. Die Tagung fokussierte auf Störungen des Körpergefühls und Körper selbst und auf die Möglichkeiten der Körpertherapie bei unterschiedlichen Krankheitsbildern.

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg (Bad Neustadt) begrüßte am Freitagmorgen ganz herzlich die Referenten und Gäste zur zweitägigen Tagung, an der auch die Patienten der Klinik teilnehmen konnten. Er strich hervor, dass die Klinik seit ihrer Gründung 1975 die körperbezogene Psychotherapie als ein Schwerpunktprogramm pflegt, was in den regelmäßigen externen Supervisionen und den vielfältigen Fortbildungsveranstaltungen weiterhin zum Ausdruck kommt. Dann begrüßte Dr. med. Jochen Sturm (Chemnitz) als 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR), mit der in Kooperation mit der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt die Tagung durchgeführt wurde, die Teilnehmer. Er berichtete aus seinen Anfängerjahren, wie er mit Angstpatienten körpertherapeutisch gearbeitet und dadurch die tiefenpsychologische Gruppentherapie gewinnbringend ergänzt hatte. Ferner entrichtete Dr. med. Hanno Irle (Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin) ein Grußwort, in dem er unter Zuhilfenahme von Porträts von Vincent van Gogh und dem Bild „Melencolia I“ von Albrecht Dürer den Zusammenhang von Körper und Psyche verdeutlichte.

Körper-, Kunst- und Sporttherapie

Prof. Dr. med. Manfred E. Beutel (Universität Mainz) hielt einen Vortrag zum Thema: „Integrative stationäre psychosomatische Therapie am Beispiel der Konversionsstörung“. Beutel unterstrich einleitend, dass das Team ein integratives Potential aufrecht erhalten muss durch ständigen Austausch, Selbstreflexion und externer regelmäßiger Supervision, die alle Berufsgruppen einbezieht. Dann stellte er die 15-wöchige stationäre Behandlung einer Patientin mit einer Gangstörung vor. Es wurde herausgearbeitet, wie durch die Integration der psychodynamischen Therapie, Mal- und Körpertherapie der Gesundheitseffekt bei der Patientin erzielt werden konnte. Beutel zeigte anhand von in der Ergotherapie durch die Patientin gefertigte Skulpturen den Therapieprozess bei der körperbezogenen Psychotherapie, bei der auch die Krankengymnastik eine große Rolle spielte. Die Sensibilisierung für Körperempfindungen und die Beziehungsorientierung (Körperkontakt, Nähe-Distanz, Selbstbehauptung) war ein wesentlicher Wirkfaktor. Die Katamnese nach 12 Monaten zeigte, dass die Patientin wieder Auto fuhr und eine kurzzeitige Gangstörung, die Rahmen einer Konfliktsituation auftrat, selbst überwinden konnte. Prof. Dr. phil. Gertraud Schottenloher

(München) referierte in ihrem Vortrag „Bildnerische Prozesse in der Therapie“ die therapeutischen Möglichkeiten der Kunsttherapie, wobei sie das Schöpferische in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient herausarbeitete. Der schöpferische Prozess verbindet den Klienten mit seinem „wahren Selbst“. In diesem Prozess gibt der Gestaltende seinen Verletzungen und Traumata eine mitteilbare Form. Dabei ist er in sich selbst versunken und mit sich oder seinem „wahren Selbst“ in Kontakt. Dadurch verstärkte die Kunsttherapie wichtige Ressourcen wie Selbstständigkeit, Ausdauer, Gefühl der Sinnhaftigkeit. Schottenloher verdeutlichte ihre Arbeitsweise an eindrucksvollen Zeichnungen. Dann machte Prof. Dr. phil. Gerhard Huber (Heidelberg) seine Ausführungen zum Thema „Psychische Effekte von Sport- und Bewegungstherapie“. Huber zeigte die starke Evidenzbasierung für die Wirkung von Bewegung und Sport auf Krankheiten wie Herz-Kreislauf, Krebs usw. und auf eine gesundheitsbezogene Lebensqualität, wobei Bewegung und Sport kein additiver, sondern ein integraler Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes sein soll und bei nahezu jeder psychischen Störung effektiv eingesetzt werden kann. Den Freitagmorgen abschließend referierte Dr. phil. Silke Neudert (Würzburg) den neusten Stand des Projekts zur Erhebung der berufsbezogenen Interventionsmaßnahmen wie Arbeits- und Belastungserprobung, an der die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt beteiligt ist. Diese Interventionsmaßnahmen werden durch die Körpertherapie sinnvoll ergänzt.

Die leibliche Dimension in der Therapie

Den Freitagnachmittag bestritt zunächst Prof. emer. Dr. phil. Günter Heisterkamp (Düsseldorf) mit seinen Ausführungen „Das Körpergeschehen in der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Behandlung“. Es komme darauf an, die leibliche Dimension in den Therapieprozess hineinzunehmen, was an einer Fallvignette veranschaulicht wurde. Ein Patient bewegte auf der Couch seinen Kopf hin- und her. Heisterkamp griff diese Bewegung auf, wodurch der Patient die Gelegenheit fand, die unbewusste Bedeutung seiner Kopfbewegung auszuloten. Dabei kamen Erinnerungen hoch, als der Patient sich als Kind zwischen seinen Eltern ins Bett legte. Diese Erinnerungen brachten die Therapie voran. Danach hielt Dr. med. et phil. Peter Geißler (Wien) seinen Vortrag „Die Körperpsychotherapie im Spiegel der Säuglingsforschung“. Geißler führte zunächst unter Hinweis auf Martin Dornes den Begriff des „kompetenten Säuglings“ ein. Die Säuglingsforschung hat gemeinsam mit anderen Forschungsgebieten wie der Affekt-, Gehirn- und Bindungsforschung neue Impulse innerhalb der Psychoanalyse ausgelöst. Alle Körperpsychotherapien – so betonte Geißler – hätten immer schon auf die dominierende Rolle des nonverbalen Kanals als Kommunikationsweg gegenüber der Sprache hingewiesen, und hier läge die Brücke zur Säuglingsforschung, die genau diese Art der Kommunikation im Detail untersuche. Denn der Säugling drücke sich mit seinem gesamten Körper aus, weil er nicht anders sprechen könne. Geißler machte seinen Ansatz fruchtbar für den in der Psychoanalyse bedeutsamen

Abwehrmechanismus der Projektiven Identifikation, bei dem es darum geht, negative Gefühle in den Therapeuten hineinzuprojizieren. Bei dieser „geheimnisvollen Übertragung“ spielen nonverbale Elemente eine große Rolle und die körperlichen Vorgänge sollten neben den mentalen Aspekten mitberücksichtigt werden.

Dr. med. Franz Bleichner (Bad Neustadt) beschrieb in seinem Vortrag „Die Integration der Körperpsychotherapie in das stationäre therapeutische Setting“ zunächst einmal, wie die Körperwahrnehmungsschulung, die körperbezogene tiefenpsychologische Gruppentherapie, Entspannungsverfahren, Kreislauftraining und Sport in der Gruppe im Therapieplan auf den Stationen verankert ist. Dann beschrieb er im Detail die Interventionsebenen bei der Körperpsychotherapie. Dabei unterschied Bleichner zwischen dem Körpererleben, Fühlen und der kognitiven Einordnung. Die Interventionen müssen bestimmte Kriterien erfüllen: sie müssen kurz, klar und deutlich, vollständig und inhaltlich logisch, schrittweise aufgebaut und sprachlich und körpersprachlich stimmig sein. Es bedarf einer kontinuierlichen Supervision, um diese anspruchsvollen Kriterien bei den Interventionen angemessen zu berücksichtigen. Als Zielsetzung der Körpertherapie strich Bleichner heraus: die Differenzierung der Wahrnehmung, die Verbindung des Gespürten mit emotionalen Inhalten und das Verstehen von Zusammenhängen. Den Freitagnachmittag beendete Prof. Dr. med. Harald Gündel (Hannover) mit seinem Vortrag „Der Körper und seine Beziehung zum Selbst und zum Anderen. Die neurowissenschaftliche Perspektive“. Die Emotionsentstehung und -wahrnehmung geschieht im ZNS innerhalb komplexer Netzwerke. So korreliert z.B. die individuelle Intensität des Trauergefühls mit erhöhter neuronaler Aktivierung in der rechten Insel im Gehirn. Gündel hob hervor, dass die Identität des Menschen auf dem Zusammenspiel des ZNS mit dem gesamten Körper beruhe. Der „Geist“, das Selbst stehe genauso in Beziehung zum Leib wie zum Hirn, und zur ganzen Umwelt. Im weiteren Verlauf erläuterte Gündel die neurochemischen Grundlagen von zwischenmenschlicher Bindung, wobei der Dopaminausschüttung eine wichtige verstärkende Rolle zugesprochen wird. Unter Verweis auf Kämmerer postulierte Gündel, dass es bei der psychodynamischen Psychotherapie um eine „Verwörterung des Körpers“ gehe, wodurch dieser Körper allmählich mit einem Gefühl des Ich-Selbst erlebt wird“.

Der Freitagabend klang dann mit den „Pressburger Musikanten“ in entspannter Atmosphäre aus, nachdem zuvor die Mitgliedervollversammlung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) und die Fränkische Weiterbildungsgemeinschaft für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie (FPM) getagt hatte.

Esstörung, Schmerz und Körperbildzeichnungen

Den Samstagmorgen bestritt zunächst Prof. Dr. med. Peter Joraschky (Dresden) mit dem Thema „Zur Diagnostik des Körpererlebens“. Joraschky listete einleitend die mannigfachen Konstrukte auf, die mit dem Wort Körper assoziiert sind: Körpererfahrung, Körper-

bild, Körperselbst, Körperzufriedenheit, Körperbewusstheit und Körperschema. Dabei referierte Joraschky Fallbeispiele zum Zusammenhang zwischen Körperunzufriedenheit und Essstörung. Die Variable Körperunzufriedenheit kann bulimische Einstellungen und Verhaltensweisen besser vorhersagen als die Variablen Selbstwertgefühl, Depression und soziales Umfeld zusammen. Joraschky besprach ferner die Fragebogen- und Projektiven Verfahren zur Erfassung des gestörten Körperbildes und zeigte deren gewinnbringenden Einsatz im therapeutischen Prozess. Dabei wurde der Dresdner Körperbildfragebogen fokussiert. Dann hielt Dr. med. Rudolf J. Knickenberg (Bad Neustadt) seinen Vortrag „Wie soll ich mich bei meinen Schmerzen bewegen? Erleiden, erdulden und verändern.“ Knickenberg betonte zunächst, dass die Zusammenführung aller Erkenntnisse insbesondere bei dem chronischen Schmerz Aufgabe der Psychosomatik sei. Dabei seien auch die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse sehr hilfreich. Der Schmerz wird im somatosensorischen Kortex gespürt und im anterioren gyrus cinguli wird die emotionale Komponente generiert. Forschungen zeigen, dass das Unangenehme am Schmerz im Gehirn genau dort repräsentiert wird, wo auch das Unangenehme bei einer sozialen Ablehnung repräsentiert wird. Aus einer integrativen Perspektive referierte Knickenberg die tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Modelle zum Verständnis des chronischen Schmerzes. Dann wurden Interventionen zur körperbezogenen Psychotherapie vorgestellt wie die Konfrontation mit dem eigenen Unlusterleben oder die Wahrnehmungsveränderung der Schmerzen zur Modifizierung des Schmerzgedächtnisses.

Prof. Dr. med. Martina de Zwaan (Erlangen) referierte zur „Rolle körperorientierter Strategien in der verhaltenstherapeutischen Behandlung bulimischer Patientinnen“. Einleitend betonte de Zwaan, dass die Figur und Körperbewertung einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung dieser Patienten habe. Forschungen zeigen, dass die Körperunzufriedenheit bei weiblichen Jugendlichen den Beginn von restriktivem Essverhalten voraussetzt und ein negatives Körperbild einen hohen Stellenwert hat bei der Aufrechterhaltung der Essstörungen. 4 Komponenten des Körperbildes wurden beschrieben: die Fehleinschätzung der eigenen Körperdimensionen, die negative Bewertung des eigenen Körpers, negative Gefühle bei einer Konfrontation und Vermeidungs- und Kontrollverhalten. Die Körperbildtherapie nach Vocks und Legenbauer wurde vorgestellt. Dabei geht es um folgende Aspekte wie: Erarbeitung eines Störungsmodells, das Erkennen und die Modifikation negativer körperbezogener Kognitionen, Grundannahmen und Schemata. Bei dieser Methode spielt die Körperkonfrontation mit Video und Spiegel eine große Rolle, um ein verzerrtes Körperbild zu korrigieren und auf positive Aspekte des eigenen Körpers zu sensibilisieren. Den Samstagvormittag beschloss Dr. phil. Rudolf Maaser (Bad Neustadt) mit seinen Ausführungen über die „Körperpsychotherapie bei Anorexia nervosa“. Maaser fokussierte vor allem auf Körperbildzeichnungen, die in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt eine lange Tradition haben. Anhand der Körperbildzeichnungen verdeutlichte Maaser mehrere Therapieverläufe. So wurde im Detail ein Therapieverlauf einer anorektischen Patientin dargestellt mit einem Ausgangs-BMI von 11, sich entwickelnd über 13, 14, 17 bis zum

Abschluss-BMI von 19, wobei jedem BMI eine Körperbildzeichnung zugeordnet wurde. Ein 5-Jahresverlauf konnte anhand der Körperbildzeichnungen nachvollzogen werden, wobei sich vier Körperbildzeichnungen auf einen 3-monatigen stationären Aufenthalt in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt und eine Körperbildzeichnung auf eine ambulante Therapie nach 5 Jahren bezog. Maaser konnte zeigen, dass sich die Körperbildzeichnungen gut eignen für die Überprüfung des Therapieprozesses und -erfolges. Wie die Körperbildzeichnungen in den psychotherapeutischen Prozess eingebettet werden, wurde an Patientenaussagen zur Wahrnehmung der Körpergrenze und an Körperträumen verdeutlicht. Ein Strukturmodell mit den Phasen Dekompensation, Rekonstruktion und Integrierte Struktur des Körperbildes rundete den Vortrag ab.

Struktur, Haut- und Herzerkrankungen

Am Samstagnachmittag knüpfte Dr. phil. Lothar Schattenburg (Bad Neustadt) mit seinem Überblick über das „Körperbild in der OPD-2“ an den Ausführungen von Joraschky und Maaser an, die schon auf unterschiedliche Ausprägungen der Struktur (gut, mäßig, desintegriert) eingegangen waren. Das OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) berücksichtigt im neuen Manual von 2006 das Körpererleben mit der Körperbildliste (KB-L). Diese Liste lehnt sich in ihrem Aufbau ganz an die Hauptdimensionen der Strukturachse des OPD an. Die Strukturachse im OPD besteht aus den 4 Hauptdimensionen: Wahrnehmung, Regulierung, Kommunikation und Bindung. An einem Fallbeispiel (Herzneurose) wurden diese Strukturen verdeutlicht. Schattenburg zog das Fazit, dass die anerkannten körpertherapeutischen Verfahren von der hohen Systematik des OPD profitieren können und umgekehrt das OPD von den etablierten körpertherapeutischen Verfahren, um die Leitlinien zum Körperfokus ausarbeiten zu können, was im OPD-2 noch in Arbeit ist. Prof. Dr. med. Uwe Gieler und der Körpertherapeut Markus Schreiber (Giessen) berichteten über Körpertherapie bei Hautpatienten. Die Ambulanz der Psychosomatischen Klinik in Giessen hat ca. 1000 Patienten im Jahr, von denen 20% dermatologische Diagnosen haben. In Anlehnung an Anzieu beschrieb Gieler 9 Funktionen des Haut-Ichs wie Zusammenhalt der Psyche, libidinöse Funktion und Aufladefunktion durch Reize. Die Berührungstherapie bei Kindern mit Neurodermitis zeigte beachtliche Erfolge. Eltern wurden angehalten, ihre Kinder mit Neurodermitis neben der dermatologischen Therapie 20 Minuten pro Tag über einen Monat zu massieren. Eine Kontrollgruppe erhielt eine Standard-Therapie. Nach einem Monat hatten die Kinder in der Massage-Gruppe geringere Angst-Level und weniger Symptome wie Rötung und Juckreiz. Schreiber stellte die Module einer Körpertherapie dar und verdeutlichte dies an der Behandlung einer Neurodermitis. Den Schlusstakt für die Tagung setzten die Ausführungen von Prof. Dr. med. Michael Linden (Berlin) zur „Hypochondrischen (pathologischen) Realangst“. Die pathologische Realangst entsteht durch die Bedrohung durch eine äußere Gefahr und einer Angstreaktion, die den Charakter einer

Störung aufweist. Linden beschrieb u.a. folgende Typen der hypochondrischen Realangst bei KHK-Patienten: eine Komorbidität (Generalisierte Angsterkrankung und Verhalten nach dem Herzinfarkt), latrogene Neurose (große Sorgfalt beim Wiegen und Blutdruckmessen, Vermeidung von Reisen), Hypochondrische Störung (detailliertes kardiologisches Wissen, zunehmend umfangreiche internistische Abklärungen) und eine posttraumatische Persönlichkeitsstörung (nach dem Herzinfarkt Intrusionen mit Bildern mit dem Notarztwagen und von der Intensivstation). Die oft ausgesprochen schwierigen diagnostischen und therapeutischen Probleme bei der Unterscheidung kardiologischer und psychischer Symptome wurden erläutert. Dabei wurde auf die Verunsicherung der Therapeuten hingewiesen, denn „irgendwann würde jeder Hypochonder recht behalten“. Angesichts der diagnostischen Problematik bei der hypochondrischen Realangst bei Herzerkrankungen bestehe ein erhöhtes Arzt-Haftungsrisiko für Therapeuten wegen Über- oder Untertherapie, betonte Linden.

Workshops

Am Samstagnachmittag fanden 6 parallele Workshops statt. Frau Dr. med Anne Kerber-Stachowitz und der Arzt Herr Guido Loy (Bad Neustadt) zeigten in ihrem mit praktischen Übungen angereicherten Workshop „Indikative Gruppenbehandlung chronischer Schmerzen“ die Vorgehensweisen einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Schmerz-Bewältigungs-Gruppe. Das Konzept dieser Gruppe fokussiert auf Informationen zum Verständnis der Schmerzverarbeitung, Schmerzakzeptanz und dem Erlernen von Bewältigungsstrategien. Dabei spielen neben der Patienteninformation in dieser Gruppe eine große Rolle: die integrierte Rückenschule, Entspannungstechniken und Übungen zur Körperwahrnehmung wie die Fokussierung auf gesunde Bereiche. Dr. phil. Peter Widmer (Zürich) supervidierte in seinem Workshop „Fallbesprechungen zur Körperpsychotherapie“ eine Essstörung. Dabei spielte die Zeichnung des Körperbildes der Patientin eine große Rolle, die auf eine Aggressionsproblematik hinwies. Aspekte der Sublimierung der Triebimpulse wurden besprochen. Dr. phil. Lothar Schattenburg (Bad Neustadt) zeigte in seinem Workshop „Das Körperbild in der OPD-2“ ein Video mit einem Patienten, der an einer Herzneurose litt. Anhand dieses Videobeispiels wurde die Körperbild-Liste (KB-L) der OPD-2 vorgestellt unter Berücksichtigung einer Fokusformulierung für die therapeutische Behandlung. Dr. med. Thomas Leitner und der Arzt Herr Armin Rußmann (Bad Neustadt) stellten in ihrem Workshop „Geschlecht als Indikation“? eine an der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt angebotene körperbezogene Therapiegruppe für männliche Patienten bis 25 Jahren vor. Es wurde zunächst eine Live-Demonstration der Gruppe vor der Supervisionsscheibe durchgeführt und anschließend die Therapiegruppe diskutiert mit besonderer Berücksichtigung der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene. Dr. med. et Dr. phil. Peter Geißler (Wien) stellte in seinem Workshop „Videomikroanalyse einer Baby-Mutter-Indikation“ Kriterien

zur Mikroanalyse wie die elterliche Feinfühligkeit und deren Manifestation in der beobachtbaren und akustisch wahrnehmbaren Interaktion vor. Frau Frauke Besuden (Stade), die seit vielen Jahren die externe Supervision an der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt durchführt, hielt einen Workshop zum Thema „Angebote zur Körperpsychotherapie“. Mit den Teilnehmern wurden praktische Übungen zur eigenen Körperwahrnehmung und zum eigenen Körpererleben durchgeführt und anschließend psychotherapeutisch reflektiert.

Fazit

Ausgewiesene Referenten aus den Hochschulen und aus den Praxen widmeten sich auf der zweitägigen Tagung der Frage, wie psychosomatisch erkrankte Patienten unterstützt werden können, ihren Körper wieder besser wahrnehmen zu lernen und wie ein oft gestörtes Körperbild therapeutisch aufgelöst und in ein integriertes Körperbild wieder überführt werden kann. Die gut besuchte Tagung zeigte impulsgebend und die Teilnehmer motivierend, wie die Körpertherapie in Verbindung mit anderen Therapieformen wie der Verhaltenstherapie, Belastungserprobung, Tiefenpsychologie, Kunst- und Maltherapie den Patienten bei den oft mühsamen Anstrengungen, ein integriertes Körperbild und ein tragendes Körpergefühl zurückzugewinnen, erfolgreich unterstützen kann.

Autorenverzeichnis zur Tagung am 11./12.05.2007

Besuden, Frauke, Psychotherapeutin in eigener Praxis, Stade
Supervisorin Körpertherapie, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Beutel, Manfred, Prof., Dr. med., Dipl.-Psych.,
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Bleichner, Franz, Dr. med., Chefarzt Abt. Krankenhaus,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

de Zwaan, Martina, Prof. Dr. med.,
Leiterin der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Geißler, Peter DDr.
Arbeitskreis für analytische körperbezogene Psychotherapie, AKP, Wien

Gieler, Uwe, Prof. Dr. med.,
stellv. Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Justus-Liebig-Universität Gießen

Gündel, Harald, Prof. Dr. med.,
Direktor der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie,
Medizinische Hochschule Hannover

Heisterkamp, Günter, Prof. emer., Dr. phil., Dipl.-Psych.,
Kontroll- und Lehranalytiker am Alfred Adler Institut in Düsseldorf (DGPT, DAGG, DGIP)

Huber, Gerhard, Prof. Dr.,
Institut für Sport und Sportwissenschaft der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Irle, Hanno, Dr. med.,
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Joraschky, Peter, Prof. Dr. med.,
Direktor der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Dresden

Kerber-Stachowitz, Anne, Dr. med.
Funktionsoberärztin, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Knickenberg, Rudolf J., Dr. med.,
Ärztlicher Direktor, Chefarzt Abt. Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Linden, Michael, Prof. Dr. med.,
Chefarzt, Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund,
Teltow und Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Berlin

Leitner, Thomas, Dr. med. univ.,
Assistenzarzt, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Loy, Guido,
Assistenzarzt, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Maaser, Rudolf, Dr. phil, Dipl.-Psych.
Therapiecontrolling, Supervisor, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Neuderth, Silke, Dr. phil., Dipl.-Psych.,
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften am Institut für
Psychotherapie und Med. Psychologie der Julius-Maximilian-Universität Würzburg

Rußmann, Armin,
Assistenzarzt, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schattenburg, Lothar, Dr. phil., Dipl.-Psych.
Leitender Psychologe, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schottenloher, Gertraud, Prof. Dr., Dipl.-Psych.
Akademie der Bildenden Künste, München
Aufbaustudium Bildnerisches Gestalten und Therapie,
Institut für Kunst und Therapie München

Schreiber, Markus,
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen
Sturm, Jochen, Dr. med., 1. Vorsitzender der DGPPR,
Ärztlicher Direktor, Klinik Carolabad Chemnitz

Vogel, Heiner, Dr. phil., Dipl.-Psych.,
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften am Institut für Psychotherapie und
Med. Psychologie der Julius-Maximilian-Universität Würzburg

Widmer, Peter, Dr. phil.,
Psychoanalytiker, Universität Zürich

Schriftenreihe der Klinik

- 2003 1 Vorträge zur Fachtagung 12.06.
„Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung:
Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung“
- 2004 II Vorträge zur Fachtagung 21.04. „Return to work“
“Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Aufgabe der
psychosomatischen Rehabilitation“
- 2004 III Vorträge zur Fachtagung 19.06.
„Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht. Aktuelle
neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention und Rehabilitation“
- 2004 IV Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und
Rehabilitationsberater 12.11.
- 2005 V Forschungsbericht 2005
Anlässlich des 30-jährigen Bestehens der
Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt
- 2005 VI 30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt 19.06.
„Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik und Psychotherapie
zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung“
- 2005 VII Seelsorge und Psychotherapie, 28.10., in Kooperation mit der
Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
- 2006 VIII Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker 05./06.05., in Kooperation mit
der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin
(DGfMM) „Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung
somatischer und psychosomatischer Erkrankungen“
- 2007 IX Forschungsbericht 2007
- 2007 X Seelsorge und Psychotherapie, 01.12.2006, in Kooperation mit der
Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
„Beichte und Psychotherapie – Vergebung und Veränderung“
- 2007 XI Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext 11./12.05., in
Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie
und psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)
„Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu
psychosomatischen Erfahrungen“
- 2008 XII Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik 26.10.2007