

Integrative Bewegungstherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis

Bewegungsarbeit mit psychotischen Menschen

Gekürzte Fassung der Graduierungsarbeit am FPI

Anette Herzer-Kleffner, Düsseldorf

Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB und den FPI-Publikationen. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung der Autorin / der DGIB

1. Einleitung

„Ich drehe mich im Kreise!“

Ausspruch eines Patienten in der Bewegungstherapiestunde. Im Kreise drehen - er meinte das so: "Ich bin hier in der Klinik - ich bin ja krank - bekomme Medikamente und muß Therapie machen. Ich bin hier schon öfters gewesen - nehme auch zu Hause die Medikamente - mal geht es mir gut - auch bei der Arbeit - und dann kommt wieder die Psychose." Vorwiegend arbeite ich mit Psychotikern auf einer akut offenen Station.

“Um dem Geisteskranken zu helfen muß man ihn lieben“,
sagte der Psychiater Esquirol (1772-1840).

Das erregte und bizarre und auch befremdliche Gehabe stößt in der Regel nicht auf Verständnis und Sympathie - sondern auf Ablehnung, wenn nicht sogar Abscheu. Auch die damaligen Namen wie Narrenhäusle, Narrenturm (Wien), Gefängnis der Angefochtenen. Die Häuser, in denen die Kranken untergebracht waren, zeugen von diesem Unverständnis. Auch noch in älteren Stadtplänen von Düsseldorf steht Heil- und Irrenanstalt. Die Zimmer (Zellen) hatten Gitterstäbe, die sanitären Einrichtungen waren unzulänglich. Es gab damals Kliniken, in denen die gefesselten Kranken gegen ein Entgelt "besichtigt" werden konnten.

Bei den Behandlungsmethoden des 17. und 18. Jahrhundert gab es drakonische Strafmaßnahmen, wie auspeitschen, Zwangswesten, um die erregten Kranken gefügig zu machen.

In "Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" von Giesinger (1845) steht der Satz: " Das Irresein ist ein Symptom. Das Verständnis für das Symptom ist die Lokalisation, in welchem Organ steckt das Phänomen des Irreseins?"

Der Psychiater Bleuler (1857 - 1939) hat die sorgfältigen Beobachtungen von Kraepelin (1856 - 1926) u.a. ergänzt und erweitert. In den Einrichtungen für psychisch Kranke hat man aus sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Erfahrungen, rollen- und kommunikationstheoretische Konzepte entwickelt, die herauszustellen versuchen, daß nicht Menschen sondern die Beziehungen gestört ist und daher der therapeutischen Behandlung bedarf. (Dörner 1980).

In dieser Arbeit will ich mich nicht mit den pathologischen, naturwissenschaftlichen, physiologischen Tatsachen der Neurologie befassen. Haben wir es wirklich bei den psychischen Krankheiten nur mit einer Erkrankung des Gehirns zu tun oder spielen Geist und Seele eine genau so wichtige Rolle? Dies ist heute aus medizinischer Sicht noch nicht ganz geklärt. Aber es hat der

Wissenschaft geholfen eine humanere Einstellung zum psychisch Kranken zu bekommen.

Einige Mediziner, aus der damaligen Zeit, die sich mit dem "Verrücktsein" auseinandergesetzt und geforscht haben, sind de Boor, Broca, Zelle, Hecker, Kraepelin. Die verschiedenen Ausdrücke und Benennungen dieser Verrücktheit hat Bleuler und später sein Sohn noch genauer erforscht und beschrieben. Wichtig ist dabei zu nennen, daß die sehr verschiedenen Krankheitsverläufe innerhalb der Gruppe von Psychosen nicht zur Verblödung führt. Wenn es aber nicht zur völligen Heilung der Patienten führt, bleibt vielleicht ein gewisser - kleiner "Defekt". Heute gebraucht man das Wort "DEFEKT" nicht mehr sondern benutzt das Wort "schizophrene Persönlichkeitswandlung". Es ist noch wichtig zu sagen, daß die Leistungen des Gedächtnisses und der Intelligenz überraschend gut sind.

Scharfetter (1981) sieht die Umwelteinflüsse und ihre Auswirkung auf das Verhalten und die Symptomatik des Schizophrenen mit neuen Gesichtspunkten. Was teilt der Kranke in vielleicht verrückter, wahnsinniger Form mit?

DEMENTIA PRAECOX = VERRÜCKTSEIN .

Bleuler (1911) prägte den neuen Begriff "SCHIZOPHRENIE = GESPALTEN-IRRESEIN (SPALTUNGSIRRESEIN) ".Bei der Bevölkerung prägte sich das Wort „schizophren „ ein. Die Krankheitsbezeichnung Schizophrenie umfaßt eine Reihe von Psychosen, die ganz bestimmte Charakteristiken haben. „Insbesondere was den Verlauf und die Prognose, die psychosozialen Aspekte und die Therapierbarkeit betrifft“. (Tölle 1988). Für die Diagnose einer Schizophrenie müssen der Nachweis mehrerer Störungen vorliegen. Die Grundsymptome der Störungen und die akzessorischen Symptome müssen da sein. Die akzessorischen Symptome sind aber nicht diagnostisch ausschlaggebend:

Persönlichkeitsstörungen

Ich - Störungen -Depersonalisation

Wahrnehmungsstörungen -Derealisation

Denkstörungen

Gefühl und affektive Beziehungen zur Umwelt sind gestört

(Bauer 1976)

“Die Polymorphie der Schizophrenie-Symptomatik wird darauf zurückgeführt, daß die Krankheit *das Ich mit unterschiedlicher Stärke und unterschiedlichem-zeitlichen Ablauf* angreift und daß das ICH mit verschiedenen Maßnahmen der Abwehr reagiert." (Tölle1988)

Wie erleben wir den VER - RÜCKTEN? "Dem ist nicht mehr zu helfen, der hat sich das nur alles ausgedacht und will uns zum Narren halten." Angehörige und Nachbarn fühlen sich bedroht, man weiß von einem zum anderen Moment nicht was er tut, er spricht mit jemanden obwohl keiner da ist. Er lacht, obwohl kein Anlaß vorhanden ist. Er redet " wirres Zeug". Er ist verkapselt und verschlossen. Er tut ungewöhnliche und bizarre Dinge.

Es gibt keinen Ausdruck und keine Haltung, die als "typisch" schizophren bezeichnet werden kann.

(Dörner 1980)

.Es handelt sich hier um eine eigentümliche Dissoziation seelischer Vorgänge, die den Eindruck einer Spaltung der Persönlichkeit erweckt.

2. Bewegung: von Heilmitteln bis zur Bewegungstherapie

2. a. Theoretische Überlegungen

Wie bekommt der Therapeut zu diesen Menschen Kontakt?

Der Umgang soll respektvoll und so normal wie möglich sein. Ihre Ideen zu korrigieren schafft ein Befremden, Spannung und Abwehr. Angst brauchen wir vor diesen Kranken in den meisten Fällen nicht zu haben. In den Gesprächen ist die Feinfühligkeit des Patienten zu sehen und zu ertasten. Sie reagieren auf Anerkennung und Kritik sehr verletzlich. Die Unaufrichtigkeit, die Unechtheit des Therapeuten spürt der Patient sehr deutlich. Sie schaffen ein Mißtrauen und ihre Kontaktscheue wird noch defensiver. Einfachheit, Offenheit und Klarheit in der Beziehung und mit der Umgebung gibt ihm die verlorengangene Sicherheit wieder.

Im Erstgespräch, wenn der Patient über seinen Leidensweg sprechen will, versuch ich über das Zuhören und Hinhören ein Verhältnis aufzubauen. Im Laufe der Behandlung, der Therapiesitzungen, kann es über die praktische Arbeit langsam zu einem Vertrauen kommen, z.B. Wenn einer glaubt, das Wasser sei vergiftet gehe ich mit ihm an den Wasserhahn und trinke das Wasser; z.B. Spricht ein Patient von oder über seine Stimmen kann er sofort überprüfen, ob es Stimmen von anderen im Raum sind oder von nicht anwesenden Personen - die „eingebildeten“.. Schwierig wird es für mich, wenn sie über religiöse Absonderlichkeiten wie „ich bin doch Maria; ich kann als Luzifer alles; ich brauche den Kranken, ich arbeite in einem Altenheim, ich lege die Hände auf und sie werden gesund, eine alte Frau konnte wieder sehen“ berichten. In ganz kleinen Schritten und mit großer Geduld und emphatischer Zuwendung kann es mir gelingen das Vertrauen der einzelnen Patienten zu gewinnen. Ein Abstand zwischen den Patient und mir bleibt bestehen. „ Sie wissen ja gar nicht was eine Psychose ist. Haben sie schon mal Stimmen gehört, die ihnen sagten - tu das - die immer wieder kommen und mir Befehle geben und ich kann mich nicht dagegen wehren. Haben sie sich schon mal von roten Autos mit ungeraden Nummernschild verfolgt gefühlt?“ (Aussage einiger Pat.). Es ist nicht leicht, ihre wirren und skurrilen Ideen nachzuvollziehen. Wichtig ist, ganz geduldig zuzuhören, um ihnen das Gefühl zu geben, jetzt bin ich nur für sie da.

Es kommt öfters vor, daß ein Patient sich der Behandlung widersetzt. " Mit Abwehr , Unwillen und großer Angst reagiert. Ich bin nicht krank - die vielen Pillen machen mich krank" (Ausspruch eines Patienten). In so einer Situation ist es recht schwer, die psychotische Episode von einer tiefgreifenden Psychose zu unterscheiden. Die richtige Diagnose zu stellen hängt viel vom Diagnostiker ab. Dadurch, daß es so viele Mischformen gibt und diese sich wiederum überlappen, werden häufig je nach Diagnostiker unterschiedliche Diagnosen gestellt.

Es sind gestörte Menschen, die an ihrem Zustand leiden. Besonders auffällig ist es in den letzten Jahren, daß so viele junge Menschen in die Klinik kommen. Ist die Ursache in dem sogenannten Generationswechsel, dem Drogenkonsum oder der "krankmachenden" Gesellschaft zu suchen?

Wird ihre Sensibilität und Feinfühligkeit verkannt?

“Darf man denn kein bißchen verrückt sein? Staat und Eltern drängen mich in eine Norm, da will ich raus.”(Metzmacher 1981). „Ich will da raus“, heißt für einige, aus diesem oft vorgelebten Alltagstrott auszubrechen. Sie nehmen Drogen, fallen durch kleinere Delikte auf, haben keine Lust sich um einen Arbeitsplatz zu bemühen. Sie leiden unter ihrer labilen Ich-Struktur. Ihr dynamisches Gleichgewicht ist ständig gefährdet.

“ Ein gestörtes KERN-SELBST-EMPFINDEN“ (Stern 1992).

2. b. Bewegung - Körperarbeit:

Ruft das Wort BEWEGUNG eine Assoziation hervor? Wenn man das Wort "**bewegen**" hört, fallen einem weitere Begriffe, wie fortbewegen, sich auf den Weg machen, in Gang kommen, vorwärtsbewegen, wegbewegen, weggehen, den Ort verlassen, weiterbewegen, seinen Körper aus der Ruhe zu holen, innere Bewegung, die Jetztstellung verändern, es bewegt mich was, warum, wieso, wann, wie, Unbeweglichkeit, vorwärts - rückwärts bewegen.

Bei der großen Anzahl von verschiedenen Verfahrenstechniken, die es inzwischen gibt, arbeite ich nach der Methode der „Integrativen Bewegungstherapie. Bei psychiatrischen, psychosomatischen und Borderline -Patienten gehen wir dabei nicht nur von einem Konzept „früher Schädigungen“ aus, sondern von den in den Biographien solcher Menschen immer wieder vorbildlichem Bild einer „prolongierten Karriere von Polytraumatisierungen“, Schäden also, die über die Lebensspanne hin erfolgt, bei weitgehender Abwesenheit von „protektiven Faktoren“. (Petzold et al. 1991 in 1995). “ Die Integrative Therapie begrenzt sich nicht darauf Schäden im Einzelfall zu beheben - sie ist auf die Förderung von eigenen Potentialen gerichtet. Das Lebens- und Organisationsprinzip ist das der Bezogenheit; die Bezogenheit auf die räumliche - zeitliche - ökologische - soziale Dimension des Menschen: DEM SEIN = der Ko-existenz .“ (Petzold 1980)

Durch die Kombinationen der funktional - übungszentrierter - erlebniszentrierter - aufdeckender-konfliktzentrierter - und agogischer Ansätze ist es möglich in einem breiten Spektrum zu arbeiten. Die IBT kann zur genaueren Diagnostik des Patienten beitragen. "Der Leib als Ort der sinnhaften Wahrnehmung nimmt das Wahrgenommene auf, wie einen Speicher und wird dann zu unserer individuellen Geschichte." (Gabriel Marcel in Petzold 1985)

Die IBT will die Aufarbeitung der individuellen und kollektiven Geschichte, die Veränderung der persönlichen und gesellschaftlichen Gegenwart. Um diese komplexe Arbeit durchzuführen, muß der Ansatz einen multimodalen, methodischen und praktischen Teil haben. Der biographische Hintergrund der verletzten Persönlichkeit ist oft in den gestörten oder desolaten Familien zu finden; d.h. der Heranwachsende braucht stabile und stützende Eltern, eine Familie, die ihm in seiner Nachentwicklung behilflich ist. Mitentscheidend ist die Familiensituation, die das Kind antrifft. Die kollektiven Wertvorstellungen sind stark wirksam. Es gibt eine "Unbedingtheit" in der Wertvorstellung innerhalb der Familie, die sehr stark prägt. Die Eigenimpulse des Kindes werden zu früh, zu drastisch, zu schnell und ohne Einfühlung beschnitten. Es wird ihm nicht genug Raum eingeräumt und seine autonomen Impulse werden nicht wahrgenommen und akzeptiert: eine unemphatisch erlebte Mutter, einen konkret oder emotional abwesenden Vater können in dem Kind - „archaische Qualen“ (Winnicott 1973) - unvorstellbare Angst, Angst „auseinanderzufallen“

verursachen. „ Sie können in der Entwicklungsphase die Angst der völligen Isolierung - weil es keine Kommunikationsmöglichkeiten gab“ erlebt haben. (Winnicott 1973).

Die Patienten, die zum ersten mal praktisch an die Bewegungstherapiestunde teilnehmen sind erklärtermaßen verunsichert. Ein kurzes Einführungsgespräch mit jedem Patienten geht dieser Stunde aber voraus. Maximal 3 bis 5 Patienten sind in der Gruppe. Treten sie in den Raum ist ihre Unsicherheit, Ungewißheit deutlich wahrzunehmen. z.B.: Aussprüche von Patienten: „was soll ich hier ; machen wir Gymnastik; kann mir gut tun; ich bin aber müde.“ Spannung auch Neugierde ist in den Gesichtern abzulesen.

Meine langjährige Erfahrung und das Arbeiten mit Psychotikern haben mir gezeigt , daß diese Patienten Struktur gebrauchen und dieses übernehme ich auch für die Bewegungstherapie; d.h. zu Beginn einer neuen Gruppe oder wenn mehrere Patienten neu dazukommen gebe ich Aufforderungen - Angebote. Wie willig - unwillig - unmotiviert (weil sie geschickt werden) oder einfach nicht mehr spüren können - macht sich an folgenden Beobachtungen bemerkbar: der Kopf wird hängengelassen, die Arme kleben förmlich am Körper, das Hochziehen der Schulter, wackelige kleine Schrittfolge, unsicheres Aufsetzen des Fußes, heben der Fußspitzen, berühren kaum den Boden mit den Zehen beim Abrollen des Fußes, setzen den Fuß nur mit der Außenkante auf, lassen ihr ganzes Körpergewicht auf den Fuß fallen, was sich wie trampeln anhört, andere rasen fast durch den Raum, ohne auf einander zu achten, schubsen hier und da, erreichen immer wieder schnell die Raumgrenzen und müssen abstoppen und umdrehen, um erneut loszugehen; dies kann für andere wiederum ansteckend wirken und einen Nachahmungseffekt auslösen - aber auch , daß sich ein Patient durch diese Heftigkeit und Schnelligkeit gestört fühlt, sich dann auf die Bank setzt oder am Fenster stehen bleibt.

Zu Beginn der Therapiestunde ist zu beobachten wie Haltung und Ausdruck des Körpers sich verändert; anfügen will ich noch, die flache und kurze Atmung; der Mund ist geschlossen, die Lippen oft aufeinandergepresst, die Zähne aufeinandergebissen, Blickkontakt meidend. Mit der Anfangsstruktur und weitere Interventionen wie: schneller gehen, noch schneller gehen, langsamer werden, schleichen sie mal, auf den Fersen - Fußspitzen gehen etc., ist eine automatische Veränderung der Haltung zu sehen. Die Konzentration auf die Aufforderung „richtig zu gehen“ ist spürbar; wiederum andere kümmern sich gar nicht darum. Ob sie es nicht verstehen wollen - können oder möchten weiß ich nicht - frage auch in den ersten Stunden nicht nach.“ Don´t push the river it flows by itself“. (Perls in Petzold 1985) ist in vielen Bewegungstherapiestunden der Leitfaden.

Psychotiker sprechen im Anfang recht wenig über sich, machen kurze Andeutungen - stoppen dann ihre Aussage. Ich glaube, daß jede Stunde den Patienten ein kleines Stückchen hilft seinen Grund - Boden wieder zu gewinnen. Den Patienten muß ich viel Zeit und Raum lassen und geben, bis sie sich mit sich und mit mir in ein Vertrauensverhältnis treten können. Dieses Vertrauen - „Grundvertrauen“ (Petzold 1980) (basic-trust) muß wieder gefunden werden. Das Vertrauen, daß diese Art der Therapie ihnen helfen kann, sich selbst wieder zu entdecken; das Vertrauen zu ihrem Körper, der ihnen deutlich Signale setzt und Vertrauen zu ihrem „**Leib - Selbst**“.

Das Inbeziehungsetzen, die Begegnung und Auseinandersetzung mit sich selbst, die Begegnung mit den Mitpatienten und die Begegnung mit dem Therapeuten , durch diese „Korrespondenzprozesse“ (Petzold 1980) gewinnt die Stunde eine „persönliche Geschichte“. (Petzold 1980) Der körperliche Kontakt wird erst nach einiger Zeit intensiver. Vorerst steht das gemeinsame Tun im Vordergrund. Der Bewegungsspielraum hat den Psychotiker zum großen Teil vergessen, ist ihm nicht mehr bewußt.

„Wo immer therapeutische Beziehung dieses Grundvertrauen gegenwärtig setzen kann, wo immer zwischen Therapeut und Patient diese Ebene primordialer Koexistenz zum Schwingen kommt, ist Heilung möglich.“ (Petzold 1980)

In der Nachbesprechung hat jeder Patient die Möglichkeit sein momentanes Gefühl - Gespür, was er an sich wahrgenommen hat auszusprechen; auch ich teile ihnen meine Beobachtungen mit. Es dauert lange, anders als bei den Neurotikern, bis der Patient in dieser Therapie seine Gefühlswelt mit seinem Bewegungsraum zusammenbringt. Sind die angespannten Bewegungen Eigentum seines Körpers geworden während er erkrankte? Sind sie für den Psychotiker typisch oder selbstverständlich? Ist seine emotionale Vitalität „eingefroren“? Wie kann man diesen „Eisblock“ auftauen? Hierbei ist die Integrative Bewegungstherapie ein gutes „Auftaumittel“.

Ich will hier noch auf die hohen Nebenwirkungen der Medikamente erwähnen. Die hochpotenten Neuroleptika haben sogenannte extrapyramidale - motorische Nebenwirkungen, die Frühdyskinesien. Im Laufe des Aufenthaltes werden sie zwar reduziert, aber ohne ein bestimmtes Dosierungsniveau werden die Psychotiker in den ersten zwei Jahren nicht auskommen.

Durch die Aufforderung: "durch den Raum gehen", wird es deutlich sichtbar wie unbeweglich, schwingungslos ihr Körper ist; und erst im Laufe der vielen Stunden kann man beobachten, wie sie ganz langsam aus dieser Starre herauskommen. Zu Anfang merkt man deutlich, daß die Patienten den Interventionen folgen, ohne sich zu hinterfragen, ob sie gut für ihn selbst sind. Durch behutsames Hinführen und ausprobieren lassen, z.B. Arme zu heben, Kopf etwas zur Seite drehen; merken sie, wie anstrengend es ist, aus ihrer Jetztkörperhaltung herauszukommen. An dieser Stelle ist der Widerstand der Patienten am Stärksten, und genau an diesem Punkt vergehen die meisten Bewegungstherapiestunden in der Klinik. Sie sind die wichtigsten Arbeitsstunden für mich und die wichtigsten Erlebnisstunden des Patienten.

Im Artikel: Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychotische Patienten steht: "Das Lebensschicksal der Patienten ist die Geschichte ihres Leibes". (Petzold 1977)

Ich habe festgestellt, daß die Patienten trotz ihrer starken körperlichen Unruhen, ob das nun starr ist oder ein übersteigerter Gehdrang, sich immer bemühen und versuchen gegen diese Unruhe anzukämpfen. Minimales Einsetzen der Bauchatmung ist erkennbar. Manchmal hab ich das Gefühl, daß sie sich doch überfordern. Daraufhin angesprochen "merk ich gar nicht; hab doch nicht die Luft angehalten"; es ist wichtig die weiteren Wünsche und Bedürfnisse herauszuhören; den Widerstand sich überhaupt zu bewegen aufzugreifen, um ihn in weiteren Bewegungen zu verdeutlichen bzw. hervorzuheben. Wenn dies gelingt, kann es sein, daß der Patient seinen Körperbezug findet und somit sich verstanden fühlt. Manchmal sind "Bewegungswünsche" da und sie werden ausgesprochen. Die Aufforderung die Bewegungswünsche zu realisieren, wie das Gehen zu verstärken, Schritte zu verändern, Langsamkeit und Schnelligkeit auszuprobieren, Arme zu bewegen, Füße zu stampfen, Hände zu klatschen, Hände zu reiben, den Kopf hin und her zu bewegen, hüpfen etc., erlebe ich, wie sich ihr Atem und ihre Körperhaltung autonom verändern kann.

Die Zielsetzung ist kleinschrittig. Die Therapie hat erstmal funktionalen und übungszentrierten

Charakter. Es ist der erste Schritt der Arbeit. In den darauffolgenden Stunden lasse ich die Patienten die Übung wiederholen. In den nächsten Tagen werden die fast gleichen Übungen wiederholt. Das Einsetzen der verschiedenen Medien wird in der Woche wiederholt. Die Zielsetzung ist: schon Bekanntes immer wieder neu und anders zu erleben. Hier kann der Übergang zur erlebniszentrierter Aufarbeitung gefunden werden, daß der Patient vermeintlich Vertrautes doch anders spüren kann. Ich habe erfahren, daß die Patienten durch die mehrmalige Wiederholung der ähnlichen Bewegungsabläufe die Beobachtung und der Wahrnehmung des eigenen Körpers erfahren und sich selbst in ihrem Kontext bewußter näher bringen.

Am Anfang dachte ich, es wäre für die Patienten langweilig. Die versicherten mir im Laufe der Zeit das Gegenteil. Wenn ich mit den Patienten recht lange zusammen arbeite, ist es möglich in die aufdeckende Arbeit überzugehen. In der Klinik ist das recht selten möglich, weil die Patienten recht häufig wechseln; d.h. wenn ein Patient aus der Gruppe ausscheidet kommt ein neuer dazu. Es ist darum für sie recht schwer eine Beziehung innerhalb der Gruppe aufzubauen. In der Sommerzeit ist es anders. Da arbeiten wir oft draußen auf der Wiese. Die Atmosphäre ist dann sommerlich locker, leicht und unbeschwerlicher als sonst. Ob es damit zusammenhängt, daß viele Therapieangebote weil Urlaubszeit ist, nicht da sind, ist mir noch unklar. Bedingt durch diesen Umstand arbeite ich hier eher erlebniszentriert und setze auch hier verschiedene Medien wie Stöcke, Bälle, Tücher, Kugeln ein. Sehr schön finden sie es barfuß über das Gras zu gehen. In der Aktionsphase geben diese Medien den Patienten Halt. Sie fangen an, sich an frühere Erlebnisse zu erinnern, wie sie gespielt haben, wie sie als Kind vielleicht versagt haben oder gar nicht spielen durften. Sie schauen sich gegenseitig zu, sind abwartend, beobachten sich gegenseitig und versuchen es dann nachzumachen. Sie probieren aus: was kann ich - was darf ich - was möchte ich machen. Es ist mir wichtig, sie in ihren Tun zu bestärken, sie in der Ausführung der Bewegungen zu unterstützen. Ihre Selbstempfindung wird bewußter - ihr Selbstempfinden wird erlebnisreicher. Es ist noch schwierig dafür Worte zu finden. Durch das Tun können sie ins Bewußtsein gebracht und dort behalten werden. Ob sie diese Erfahrungen weiterverarbeiten, erfahre ich ganz selten.

Improvisationsübungen sind mit den Patienten, die zur Bewegungstherapie eingeteilt werden, ganz selten machbar. Wenn überhaupt, dann nur wenn sie in der bestehenden Gruppe schon lange zusammen sind und ich das Gefühl habe, daß ihre Stabilität wieder da ist; den Bezug zum Körper wieder gefunden haben, nicht „orientierungslos“ sind und nicht ins „bodenlose“ fallen. Es kommt vor, daß ein Patient Angst „neue Wahnvorstellungen zu erleben“, äußert. Er sagte: "Das könnte wieder ausufern, ich könnte erneut eine Psychose bekommen und die Grenzen, die ich mir mühsam erarbeitet habe werden verletzt. Ich kann mich noch nicht gut abgrenzen."

Diese Aussage ist für mich und für die anderen Patienten von großer Bedeutung und Wichtigkeit. Er hat den Schritt zur Gesundung - zu seinem Potential erreicht und erkennt die Grenzen der Belastbarkeit für sich. Bis auf wenige Ausnahmen findet die Kommunikation aus folgendem Grund nicht statt: Körperarbeit in der Therapie ist bekanntlich durchgreifen und tief. Für diese Art Erfahrung haben die Patienten keine Sprache; d.h. durch die Bewegungsarbeit gelangen sie in einen sprachlosen Raum - landen in sich selbst. Ihre erlebte Isolation wird ihnen jetzt bewußt - sie merken ihre Sprachlosigkeit, ihre Isolation ist die Folge der Sprachlosigkeit: ihre Vereinsamung innerhalb der Familie, das Auseinandergehen von Freundschaften und der Beziehungen, d.h. die Akzeptanz der Lebenskrise ist bei den Bezugspersonen nicht da und darum auch keine Hilfe.

Petzold (1985) schreibt: „Ein wesentlicher Teil ihrer Probleme ist in der persönlichen Isolation zu sehen; ihre Unfähigkeit Kontakte zu schließen besonders verbal in den Gruppen zu kommunizieren.“ In der Bewegungstherapie kann es ihnen gelingen diese Sprachlosigkeit zu

merken - zu fühlen, um sie dann in Sprache umzusetzen. Dies geschieht dann, wenn die Patientengruppe über längere Zeit kontinuierlich zusammenbleibt. Die Gruppendynamik bei Psychotiker ist möglich. Es kommt selten zu dieser Einheit. Diese beschriebene Stunde ist die Ausnahme. Eigenwahrnehmung und die Fremdwahrnehmung sind hier in Zusammenhang gebracht worden. Die kleinen Verhaltensänderungen, das Spüren und Wahrnehmen sind hoch zu bewerten.

Die Arbeit mit den Patienten erschwert sich verstärkt auch dadurch noch, daß ihre Einstellung eine bekannte allgemeine Einstellung ist: "Die Tabletten helfen mir und die anderen Therapien sind : da kann ich ja mal hingehen aber helfen tun die doch nicht. Wenn ich regelmäßig die Tabletten einnehme werde ich schon wieder gesund."(häufige Patientenaussage).

In meinen übungszentrierten und funktionalen Anleitungen fokussiere ich, daß " auf eigenen Füßen stehen" und "Boden unter den Füßen spüren". Das Erlebnis "Atem kommen und gehen zulassen" beginnt autonom. Durch die Anleitungen, die öfters wiederholt werden erleben sie ihren Körper. Durch diese Erfahrungen kann ein erlebniszentriertes Arbeiten in kleinen Ansätzen geschehen. Das Selbst und das Ich werden bewußter. Eine Re-konstituierung - das Kohärenzerleben - die emotionalen Kontakte zum eigenen Körper werden sichtbar.

Auf der Übertragungsebene bin ich die Mutter, die sagt wo es lang geht. Selbstverständlich ist diese Ebene bei ihnen unbewußt. Auf der realen Ebene sagen sie: "Ich brauche Hilfe, Unterstützung und Heilung".(Metzmacher 1987)

"Heilung, Unterstützung und Stabilisierung in meiner seelischen Krise".

Durch die leibliche Erfahrung in der IBT verbunden mit der Reflexion ist es dem Psychotiker möglich seine persönlichen, sozialen und ökologischen Bezüge zu sich selbst und zu anderen wiederzufinden. Den Körper - Leib wieder wahrnehmungs - und reaktionsfähig zu machen; die Einheit seines Leib - Subjektes zu stärken; den Zusammenhalt von Körper - Geist - Seele zu erfahren - zu integrieren. Damit ist eine Neuorientierung seiner Selbst verbunden. Dies geschieht in ganz kleinen und langsamen Schritten beim Psychotiker, ganz anders als beim Neurotiker. "Spektakuläre" Erfolge sind hier nicht zu verzeichnen.

Auf dieser offenen Akutstation ist die IBT im Wochenprogramm integriert d.h. vom Arzt verordnet. Ob der Patient, der die Bewegungstherapie mitgemacht hat, nach dem Klinikaufenthalt noch für sich selbst daran weiterarbeitet, sei dahingestellt. Vielleicht kann ihm dieser Erfahrungstropfen eines Tages weiterhelfen. Es ist möglich, daß diese Arbeit nicht nur Auswirkung im "Leben in der Klinik" hat. Die Haltung und Einstellung der Patienten, die Lösungen ihrer Seelenlage liege nur bei den anderen, kann nur von außen kommen, kann **sich ändern**, denn nach eigenen Alternativen zu suchen, wird für sie immer schwerer. Ihnen kleine Nuancen und Schritte anbieten und ihnen bewußt machen ist in dieser Bewegungsarbeit mein Ziel. In dieser Hoffnung, daß sie über die motorische Entspannung zu einer psychischen Entspannung und Entlastung gelangen arbeite ich weiter. In der Abteilung, in der ich vor acht Jahren nach meiner Ausbildung die Bewegungstherapie angefangen habe, ist sie zu einem festen Bestandteil der Therapieangebote geworden.

3. Verlauf und Prognose

Schizophrene Störungen treten am häufigsten in jüngeren Jahren und nach der Adoleszenz auf. Wie haben viele Erkrankte bei denen die Psychose erst im mittleren Alter auftritt. Die Störungen verlaufen fast immer langwierig, mal wellenförmig d.h. mit zeitlich begrenzten Krankheitsepisoden. Es gibt auch Formen, die recht gleichmäßig verlaufen d.h. mit einem eher kontinuierlichen Verlaufsbild. Neuere Untersuchungen zeigen, daß die Prognose auf lange Sicht erheblich besser ist, als man bisher annahm: bei einem Drittel der Erkrankten kommt es schon nach wenigen Wochen oder Monaten zu einer völligen und endgültigen Heilung. Bei einem weiteren Drittel tritt eine weitgehende Besserung mit Übergängen zu leichten Restbehinderungen ein. Beim letzten Drittel bilden sich chronische Zustände mittleren bis schweren Grades aus. Sie kann dann zu einer psychischen Dauerinvalidität führen. Die Langzeitprognose ist insgesamt bei den meisten Erkrankten relativ günstig. Mit Sicherheit kann das nicht vorausgesagt werden, denn selbst nach jahrelanger ungünstiger Entwicklung treten noch überraschende Wendungen in Richtung Gesundung ein. Die Voraussetzung für eine günstigen Prognose sind: wenn das seelische Gleichgewicht vor der Erkrankung relativ gut war; wenn die Lebensbedingungen sich normalisiert haben und neu gestaltet worden sind; wenn die Störungen akut, heftig und episodenhaft auftreten; wenn die Einstellung des Patienten und seiner Umgebung trotz aller möglichen Rückschläge hoffnungsvoll aber auch realistisch bleibt; wenn der Patient Selbständigkeit und Selbstverantwortung übernimmt.

Ganz ungünstig wirken sich jahrelange Krankenhausaufenthalte aus: denn er verliert seine Selbständigkeit durch die Hospitalisierung. Seine sozialen und beruflichen Fähigkeiten werden weiter gemindert und vernachlässigt. Es ist notwendig, daß der Patient seine bedarfsgerechten Medikamente regelmäßig nimmt, um die Symptomatik abzuschwächen bzw. um einen Rückfall vorzubeugen.

3a. Schlußfolgerung:

Der Psychotiker - der an einer Schizophrenie erkrankte Patient kommt von sich aus selten, um Hilfe zu suchen - ganz anders als der Neurotiker.

Mit ihm Kontakt aufzunehmen - den Kontakt herzustellen - und im Kontakt mit ihm die Lebenssituation etwas zu stabilisieren - zu festigen ist die IBT ein großes Hilfsmittel - eine psychotherapeutische Hilfe.

Ihn in seiner Eigenheiten, seinem subjektiven Erleben - ausgedrückt durch die Bewegung - durch das Handeln - durch das Jetzt - Tun ernst zu nehmen, ihn in seiner Abwehr oder in seinem Widerstand anzunehmen. Ihm helfen seine Potentiale und Probleme deutlicher zu sehen, d.h. auch später zu benennen, um dann selbst eigene Lösungen zu finden.

Meine Anleitungen in der IBT sind schlicht formuliert. Die Bewegungsausführung ist für sie nicht immer leicht umzusetzen. Ich denke, die IBT hat eine gute Chance bei den schizophrenen Patienten - für den Psychotiker. Die Vertrautheit ist die Voraussetzung erfolgreicher Kontaktaufnahme. Daß dies in der Integrativen Bewegungstherapie möglich ist, habe ich beschrieben. Für diese Patientengruppe, die sonst als nicht "therapierbar" galt, ist die IBT eine wichtige psychotherapeutische Hilfe. Da sich die IBT als erweitertes psychotherapeutisches Tätigkeitsfeld versteht, muß sie eine wichtige Bedeutung innerhalb der verbalen Kommunikation im therapeutischen Gesamtkonzept gewinnen. Die IBT bringt die psychogenen Störungen unmittelbar und direkt zur Manifestation. Diese vermittelte und distanzierte Form ist die Äußerung ihres Leiblich-Erleben und die Äußerung über sich selbst. IBT ist lebensnah. Sie wirkt unmittelbar auf

den Körper. Die Körperspürung ist die „verbale“ Mitteilung. Über diese psychotherapeutische Methode - wie **Handeln - Gestalten - Erfahren** bekommt der Therapeut einen intensiveren Kontakt zum Patienten.

Ich denke, daß die IBT für Psychotiker - für den schizophrenen Patienten ein guter Weg - der beste Weg? - ist, ihn therapeutisch günstig zu behandeln. Meiner Meinung auch der günstigere Weg, die Depersonalisation, die Derealisation, die Ich-Störungen zu beheben: die Wiederherstellung des Leberlebens nur auf der kognitiven Ebene ist nicht sinnvoll, da sie die Unmittelbarkeit des Sich - Selbst-Erleben nicht allein vermitteln kann.

Zusammenfassung:

Die Schizophrenie ist eine ernsthafte seelische Erkrankung. Die Beziehung zur Wirklichkeit, zu den Mitmenschen und zum Eigenen-Selbst ist tiefgehend verändert. Sie ist die Störung der Gesamtpersönlichkeit, der Depersonalisation und der Desintegration. Die Integrative Bewegungstherapie (IBT) ist ein Therapieangebot auf der akut-offenen Station. Sie wird vom Arzt verordnet. In der IBT ist es möglich, die Symptome ersten Ranges auf der funktionalen, übungszentrierter Ebene anzugehen. In der erlebnisaktivierenden Arbeitsphasen ist es möglich die konkreten Defizite, Störungen und Konflikte zu benennen und die ICH-Identität neu zu entwickeln. Die IBT hat ihre Zielsetzung im direkten und unmittelbaren *Sich - Leiblich Erleben - Sich körperlich erfahren*.

Literatur:

- Asper, Kathrin: Verlassenheit und Selbstentfremdung, Walter-Verlag 1987
- Cohn, Ruth, Alfred Fernau: Gelebte Geschichten in der Psychiatrie Ernst Klett Verlag 1984
- Devereux, Georges: Normal und Anormal, Suhrkamp Verlag 1974
- Dörner, Klaus und Plog, Ursula: Irren ist menschlich Psychiatrie Verlag 1980
- Hausmann, Bettina: Arbeit mit Seilen in der IBT mit Psychosepatienten Integ.Th. Hefte 2-3/1987
- Klee, Ernst: Psychiatrie-Report Fischer Verlag 1991
- Kretschmer, Christa: Fragen zur Schizophrenie Symposion Düsseldorf Oktober 1985
- Krietsch-Mederer, S.: Bewegungstherapie mit einer Gruppe von Langzeitpatienten in einem psychiatrischen Krankenhaus Integ. Th. Hefte 4/1975
- Metzmacher, Bruno: Integrative Therapie mit Kindern Sonderdruck Junfermann Verlag 1987
- Navratil, Leo: Schizophrenie und Sprache dtv 1976
- Scharfetter, Christian: Schizophrene Menschen Urban & Schwarzenberg Verlag 1986
- Sheleen, Laura: Bewegung in Raum und Zeit Integ.
- Stern, Daniel N. Lebenserfahrung des Säuglings Klett-Cotta Verlag 1992
- Tölle, Rainer: Psychiatrie Springer Verlag 1988, 8. Auflage

Anschrift der Autorin:

Anetter Herzer-Kleffner
Steinweg 13
40625 Düsseldorf