

Die Skelettfrau: wenn Knochen und Gelenke aufbegehren...

Möglichkeiten und Grenzen der IG im Umgang mit Symptomen unserer Bewegungsfähigkeit

Vortrag im Rahmen des 172. Jour fixe der Wiener Gestaltsektion, FS IG, ÖAGG, am 16.11.2010

Mag. Elisabeth Leitner

Dieser Vortrag ist aus einer Suchbewegung heraus entstanden: wie kann ein Symptom, wie eine Hüftarthrose, das schulmedizinisch ganz klar und abgegrenzt ist, einmal stärker und einmal schwächer aufscheinen? Wie kann ich dieses Symptom in die Gesamtheit meiner Identität, meiner Geschichte und meines Umfelds einordnen? Gibt es auch seelische Komponenten dabei, kann ich es beeinflussen usw.? Die die vor 4 Jahren begonnene Suche war praxisorientiert in Form von Eigentherapie, Physiotherapie, Feldenkrais u.a. und auch theoretisch in Form von Literatur. Mein Blickfeld hat sich in den Jahren erweitert, hat Klientinnen und mein soziales Umfeld mit eingeschlossen. Ich bekam einen bewussteren Einblick in die Bewegungseinschränkungen und Schmerzen anderer. Das ganzheitliche Menschenbild der Gestalttherapie gewann mehr Bedeutung, und gleichzeitig wurde ein Graben zwischen Theorie und Praxis immer sichtbarer. Bei der Überlegung, wie ich die Entstehung und mögliche Überwindung dieses Grabens darstellen könnte, ist mir das Märchen „Die Skelettfrau“, wieder eingefallen, mit dem ich, nach einem kurzen Einblick in den schulmedizinischen Status Quo von Bewegungseinschränkungen (am Beispiel von Rückenschmerzen) beginne.

Unter **Bewegungsfähigkeit** verstehe ich einen möglichst adäquaten und gesunden Einsatz von Füßen, Beinen, Wirbelsäule, Schultern, Armen, Händen, Nacken, in ihrer Knochen-Muskel- Band- und Sehnenstruktur sowie all den dazugehörigen Gelenken.

Wie geht unser **medizinisches System** mit Bewegungseinschränkungen und -schmerzen um?

Der offizielle Umgang mit Rückenschmerzen im aktuellen österreichisch medizinischen System:

Als Quelle dazu verwende ich den vom Ludwig Boltzmann Institut im Mai 2008 veröffentlichten Projektbericht über „Rückenschmerzen“, der die Wirksamkeit der diesbezüglichen Leitlinien untersucht und alle relevanten Studien zwischen 2002 und 2008 einarbeitet.

Es wird zwischen spezifischen Rückenschmerzen (15 %) (aufgrund von Unfällen, Wirbelbrüchen, Osteoporose, Tumoren/Metastasen, bakteriellen Entzündungen, rheumatische Entzündungen, Bandscheibenvorfällen u.a.) und nicht spezifischen (85%), durch Überbelastung, Fehlbewegung, Muskelverspannung u.a., unterschieden. Letztere Problematik wird nach Egle als „biopsychosoziales Syndrom“ beschrieben, wobei „bio“ die muskuläre usw. Störung, „psycho“ die daraus folgende seelische Situation des Patienten (Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit...) und „sozial“ die Unzufriedenheit mit der beruflichen und oder Familiensituation meint. Aus 10% dieser nicht spezifischen Rückenschmerzen entstehen chronische Rückenschmerzen, von denen 5% zu „Problemfällen“ werden.

Rückenschmerzen werden vorwiegend als Problem hochentwickelter Länder gesehen, als Folge von gesellschaftlich bedingten Bewegungsverhalten (vorwiegend sitzende Tätigkeiten bei psychomentaler Überlastung)

Bei den Therapien wird **an erster Stelle das ärztliche Beratungsgespräch** genannt, dann erst Medikation und weitere Maßnahmen, bei chronischen Rückenschmerzpatienten wird eine pädagogisch, psychologische Beratung befürwortet um dem Chronifizierungsprozess entgegenzuwirken.

„Bei Patientinnen, bei denen die Genese und Aufrechterhaltung des Schmerzsyndroms durch psychologische Faktoren mitbestimmt ist, empfiehlt sich die Überweisung zur **Psychotherapie**. Zum Einsatz kommen kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden, die primär am Symptom orientiert sind, oder psychoanalytische Verfahren, wenn die Schmerzsymptomatik in Zusammenhang mit psychologischen Faktoren wie Trauer- und Verlusterlebnissen, ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen, u.a. steht.“ (LBI,35)

Der Bericht spricht aus, dass „ein wichtiger Grund für die Entwicklung des Rückenschmerzes als Volkskrankheit in der Medikalisierung des Symptoms liegt....Überdiagnostik und Überbewertung vermeintlich pathologischer Befunde führen zu langen Behandlungen, die die PatientInnen in eine passive Rolle drängen und das Problem dadurch eher verschärfen als es zu lösen.“ (LBI,77)

Wenn ich davon absehe, dass konkrete Hinweise auf einen bestehenden Zusammenhang zwischen frühkindlichen Traumatisierungen und chronischen Rückenschmerzen fehlen, empfinde ich doch den Zugang zu nicht spezifischen Rückenschmerzen dieser Leitlinien als „ganzheitlicher“, als ich es erwartet hätte. Laut Bericht hat sich diese Sichtweise seit ca. 10 Jahren verändert und zwar, wie das auch ausgesprochen wird, aus gesundheitsökonomischen Aspekten: die bildgebende Diagnostik ist teuer und hat keine therapeutische Wirkung.

Allerdings bestehen zwischen diesen Leitlinien und deren Anwendung eine hohe Diskrepanz, da das ärztliche Beratungsgespräch, das an erster Stelle genannt wird, nicht ausreichend finanziell entschädigt wird, eine Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Absicherung vor Schadenersatzansprüchen besteht, und die Patientenwünsche stärker in Richtung Diagnostik und Versorgung weisen.

Der meist praktizierte Umgang des medizinischen Systems:

In der Kontextanalyse ihrer Graduierungsarbeit „Psychosomatik der Bewegungsorgane“ über die medizinische Versorgung bei Erkrankungen an den Bewegungsorganen in einem Rehabilitationszentrum für Arbeiter, beschreibt Susanne Swoboda, selber Ärztin und IG Psychotherapeutin, das offizielle Körpermodell der Mediziner als physikalisches Modell nach dem Reiz-Reaktionsprinzip der Mechanik. Krankheit wird als räumlich lokalisierbare Störung in einem technischen Betrieb verstanden, konkrete Krankheiten werden nach speziellen Spielregeln wie für den Umgang mit Kurzschlüssen, Rohrbrüchen, Transportproblemen oder ähnlichen technischen Fragen abgeleitet. Die Anziehungskraft eines solchen Modells liegt in den klaren Deutungs- und Handlungsanweisungen! Die traditionelle Kommunikation zwischen Arzt und Patient läuft folgendermaßen ab: es überwiegen geschlossene Fragen gegenüber offenen, nach durchschnittlich 18 Sekunden wird der Patient schon vom Arzt unterbrochen. Diese Asymmetrie wird dort zur Spitze getrieben, wo Anamnese von der Arzhelferin oder Krankenschwester erhoben wird, und der Arzt anschließend nur mehr den bereits entkleideten Körper untersucht. Körperliche Berührungen im Rahmen der klinischen Untersuchungen finden im Allgemeinen zwischen einem Subjekt, dem Arzt, und einem objektiven Ding, dem Körperteil des Patienten, statt.

Die Orientierung an der eigenen Berufsgruppe, die während des ganzen Studiums eingelehrt wird, kommt vor allem auch dann zum Tragen, wenn der Arzt sich seiner Diagnose unsicher ist. Bei unklaren Beschwerden, wie es die sogenannten psychosomatischen sind, kommt es daher eher zu abwartenden Strategien und weitergehenden Untersuchungen, mit dem Ziel alle diagnostischen Möglichkeiten auszuschöpfen.

„Die Spaltung, die der Mensch in seiner eigenen psychischen Abwehr vornimmt, das Nichtverstehenkönnen seiner eigenen emotionalen Konflikthaftigkeit, die seine Krankheiten mit bedingt, wiederholt sich in der Institution der Medizin.“ (Svoboda, 4, zit. Egle 1993)

Die Geschichte der Skelettfrau, eines Märchens der Inuit, nehme ich nun als roten Faden, um symbolisch den Weg von dieser Spaltung von „einen Körper bzw. Symptom haben“ zu „ein Leib sein“ darzustellen. Ich beschreibe dazu in 4 Abschnitten, Aspekte, die mir besonders wichtig waren und sind.

Die Skelettfrau

Jahre vergingen, bis sich niemand mehr daran erinnern konnte, gegen welches Gesetz das arme Mädchen verstoßen hatte. Die Leute wussten nur noch, dass ihr Vater sie zur Strafe von einem Felsvorsprung ins Eismeer hinabgestoßen hatte und dass sie ertrunken war. So lag sie für eine lange Zeit am Meeresboden. Die Fische nagten ihr Fleisch bis auf die Knochen ab und fraßen ihre kohlschwarzen Augen. Blicklos und fleischlos schwebte sie unter den Eisschollen, und ihr Gerippe wurde von der Strömung um- und um- und umgedreht. Die Fischer und Jäger der Gegend hielten sich fern von der Bucht, denn es hieß, dass der Geist der Skelettfrau dort umginge.

1) Jahre vergingen, bis niemand mehr wusste.....von den Spuren des 2. Weltkrieges

Zunächst möchte ich mich mit den möglichen Hintergründen von Menschen, die an Symptomen ihres Bewegungssystems leiden, beschäftigen. Traumata hinterlassen Stress und Stress schlägt sich in all unseren Körperschichten nieder, so auch in Bewegungsmuster.

Im letzten Jahrzehnt kam es vermehrt zur Beschäftigung mit den psychischen Kriegsfolgen des 2. Weltkrieges von der Täter und Mitläuferseite her:

Die Kriegsheimkehrer:

Wolfgang Schmidbauer untersucht in seinem Buch „Er hat nie darüber geredet“ die Folgen des Krieges für die betroffenen Männer und deren Familien. Kriegseinwirkung war und ist eine chronische Traumatisierung, in der sich zahlreiche Belastungen summieren und zu einem Ausbrennen der emotionalen Schwingungsfähigkeit führen. Zum Schutz bauten diese Männer seelische Verhärtungen und Abwehrstrukturen auf, versteckten Tränen und Schmerz hinter Fassaden und betäubten sich (oft durch Arbeit!). Es kommt zu einem Vertrauensverlust und Phantasieverlust trotz gut erhaltener, möglicherweise überdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit. Für das Überleben an der Front war es notwendig schnell, funktional und gefühllos zu reagieren – für das Leben in der Familie sind ganz andere Qualitäten gefragt wie Selbstkontrolle, Empathiefähigkeit, Geduld. Aufgrund der Unsichtbarkeit der psychischen Verletzungen (im Gegensatz zu den körperlichen) rechnen die Kriegsheimkehrer kaum mit Zuwendungen und erfahren auch kaum welche. Als Schutzstrategie wurde oft eine phobische Abneigung gegen Nähe und Zärtlichkeit sichtbar. Die Frauen und Kinder dieser Kriegsheimkehrerfamilien, oder die späteren Familien der früheren Frontsoldaten erlebten ihre Väter reizbar, ungerecht, leistungsbezogen, emotional zurückgezogen. Es war unmöglich es Vätern recht zu machen, da diese, noch immer im Zustand ständiger Wachsamkeit, auf der Suche nach noch besseren Möglichkeiten waren. Es war weiters unmöglich ein Gefühl der Ruhe, Zufriedenheit oder gar Sorglosigkeit miteinander zu teilen.

„Die traumatische Qualität von Erlebnissen hängt immer damit zusammen, dass sie die ‚normale‘ Welt der Betroffenen sprengen. Das heißt, die Opfer haben keine Norm, kein inneres Wertesystem, das sie auf diese traumatische Erfahrung vorbereitet und ihnen nachträglich hilft, sie einzuordnen und zu verstehen. Wenn in dieser Weise in ihrer Orientierung verwirrte und verletzte Menschen Kinder erziehen, geschieht es sehr häufig, dass sie in diesen äußeren Repräsentanten der von ihnen verlorenen Werte sehen.... Das bedeutet, dass die Kinder durch Drohungen oder körperliche Strafen gezwungen werden, Werte zu verwirklichen und auszufüllen, die bei den traumatisierten Eltern hochgradig gefährdet und durch Verlust Erfahrungen bedroht sind. Diese innere Situation macht die Eltern weitgehend unfähig, mit den Individuationsschritten ihrer Kinder zurechtzukommen. Sie können es nicht ertragen, dass diese andere Werte anerkennen als sie selbst.“
(Schmidbauer 189 f.)

Die Kriegskinder

Gemeint sind damit die Menschen der Geburtsjahrgänge 1929 bis 1945, die ihre Kindheit mehr oder weniger im Krieg verbrachten. Eine Generation, die unsere Elterngeneration ist und die, zu einem Großteil traumatisiert, damit leben oder noch darunter leiden, ohne sich dessen bewusst zu sein. Eine Generation, die Bombennächte erlebt hat, flüchten musste, Hunger und Kälte erlitt, und wo es ums nackte Überleben ging. Kinder, die dauernd Angst und das Gefühl von existenzieller Bedrohung erlebten, und die nicht getröstet wurden, da deren Eltern mit dem Überleben beschäftigt waren. Das Verbot sich selbst zu fühlen wurde zur Selbstverständlichkeit, die grauenvollen Erfahrungen wurden zur Normalität erklärt. Das gemeinsame an der Kriegskind-Identität – so verschieden auch die einzelnen Erlebnisse waren – ist der Mangel an Erschrecken und Betroffenheit über das eigene Schicksal, ein Mangel an Selbsteinfühlung. Warum die Problematik der Kriegskinder erst so spät ins öffentliche Bewusstsein kommt – auch bei Psychotherapeutinnen, liegt daran, dass früher die Traumaperspektive gefehlt hat (Phänomene, die man nicht kennt, kann man nicht richtig wahrnehmen), die Verweigerung der Selbsteinfühlung konnte als solche nicht wahrgenommen werden. Die Verstrickung der damaligen Erwachsenen-Generation in die Schuld des Holocaust und die menschlichen Verirrungen des Nationalsozialismus führte weiters dazu, den eigenen Bereich und den seiner Kinder nicht unbefangen betrachten zu können.

Die Kinder dieser Kriegskinder, die Kriegsenkel, die heute 35 bis ca. 55 jährigen, haben durch das mangelnde Empathievermögen ihrer frühtraumatisierten Eltern selber oft früh Verantwortung für die Beziehung übernommen und eine Loyalität entwickelt, die sie am eigenen Weiterkommen hindert. Früh haben sie die Bedürftigkeit der Erwachsenen gespürt und versucht es ihnen „leicht“ zu machen. Sabine Bode schreibt in ihrem Buch „Kriegsenkel“: „Ich schreibe über Menschen, denen die eigenen Eltern unwillentlich Schaden zufügten, und

– was die Folgen bis heute so schwer erträglich macht – deren Eltern keine Beteiligung am Unglück ihres Kindes sehen, bzw. die überhaupt kein Unglück wahrnehmen.“ (Bode 2009, S. 30) Es gibt also deutlich Parallelen zwischen den Generationen: die Kriegskinder wurden mit ihrem Leid allein gelassen, und auch viele Kriegsenkel erfuhren, dass ihre Ängste und Nöte von den Eltern nicht ernst genommen wurden. Nach den von Bode geführten Interviews leben viele dieser Kriegsenkel in dem Gefühl ihre Potenziale nicht ausschöpfen zu können, in einem Gefühl diffuser Identität. Sie gehören der Altersgruppe an, die am stärksten an psychologischer Hilfe interessiert sind , denn sie haben als 3. Generation die Chance sich ihrer eigenen Reaktionen bewusst zu werden, um sie reflektieren und verändern zu können.

Die nationalsozialistische Ideologie zur frühen „Kindererziehung“

In ihrem Buch „Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ veröffentlichte Sigrid Chamberlain ihre Forschungen über 2 NS Erziehungsbücher von Dr. Johanna Haarer („die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ und „ unsere kleinen Kinder“, die eine Gesamtauflage von 1,2 Millionen erreichten). Sie weist darauf hin, wie viele im Dritten Reich und danach geborene Menschen mit frühen nationalsozialistischen Prägungen ins Leben entlassen wurden, ohne sich dessen bewusst zu sein und ohne überhaupt zu merken, was sie möglicherweise weitergaben. Trotz der damals weiten Verbreitung sind diese Bücher, deren Praktiken mit 1945 keinesfalls von einem Tag auf den anderen aufhören konnten, sondern von einer Generation auf die andere weitergegeben wurden, bis heute kaum kritische analysiert worden.

„Folgt man Haarer, dann wird das gesunde Neugeborene, sobald es abgenabelt ist, in ein Tuch gehüllt, ‚zur Seite gelegt‘ und später, nachdem die Mutter ‚versorgt‘ ist, gebadet und angezogen. Danach soll es möglichst in einem Raum für sich allein sein und nach 24 Stunden der Mutter zum ersten Mal zum Stillen ‚gereicht‘ werden.“ (Chamberlain, 41) Weiter Zitate von Chamberlain im folgenden Absatz (Chamberlain, 25-27):

„ , Von vorneherein mache sich die ganze Familie zum Grundsatz, sich nie ohne Anlass mit dem Kind abzugeben. Das tägliche Bad, das regelmäßige Stillen und Wickeln des Kindes bieten Gelegenheit genug, sich mit ihm zu befassen...‘ und als Merksatz , Das Kind wird gefüttert, gebadet und trockengelegt, , im Übrigen aber vollkommen in Ruhe gelassen. Es gibt kein Spielen und Bummeln beim Baden, Wickeln...kein Trödeln an der Brust, kein unnötiges Einreden auf das Baby oder Zärtlich sein mit ihm‘. Wer dies nicht befolgt legt angeblich den Anfang zu Entwicklungsfehlern. Das wichtigste Signal, das das Baby aussenden kann, das Weinen, wird ausschließlich als Schreien oder Geschrei bezeichnet. Nach Haarer soll die Mutter ‚hart‘ bleiben, nicht ‚sündigen‘ aus Liebe oder ‚Unverstand‘ heraus. Sich mit dem Baby zu befassen ist ‚sinnlos‘, es geht in der Regel um ‚Kraftproben‘, das Baby soll etwas ‚begreifen‘ ‚still‘ sein. Das Baby, das so behandelt wird, wird von Beginn seines Lebens an Körperkontaktverlustangst zugefügt. (also Todesangst) ,Nach wenigen Nächten, vielfach schon nach der ersten, hat das Kind begriffen, dass Schreien nichts nützt und ist still. ““

Chamberlain beschäftigt sich mit dem Umgang der nationalsozialistischen Mutter mit ihrem Baby indem sie alle Sinnesmöglichkeiten untersucht: mit den mangelnden liebevollen Blickkontakt, das Sprechen und Hören einer nicht baby-gerechten Sprache, die Haarer verlangt (es soll von Anfang an in ‚Erwachsenensprache‘ gesprochen werden!), dem Sauberkeitsideal („das Baby ist von Natur unreinlich und soll dabei doch möglichst in Reinlichkeit aufgezogen werden“ Chamberlain, 50), dem Füttern und Essen als Machtmittel („Man quäle sich nicht zu lange mit einer Mahlzeit ab und warte unerbittlich bis zur nächsten Fütterungszeit. Es gilt oft nur einen einmaligen Widerstand zu brechen“ (Chamberlain, 66) dem fehlenden Spielraum und Erkunden der Welt im „Gehstälchen“.

Die scheinbar so vernünftigen und anspruchslosen Kinder, die aus einer solchen Erziehung hervorgehen, waren in Wahrheit zutiefst resignierte Kinder.

Das Erleben wird nicht von den eigenen Bedürfnissen geleitet und bestimmt, sondern ist entweder durchreglementiert, wie beim Stillen, Füttern, Schlafen, Topf sitzen, Wickeln oder das Kind wird mit seinem Erleben alleingelassen. Chamberlain beschreibt ausführlich die Folgen für die sich daraus ergebende, unsichere, Halt suchende, leicht in Abhängigkeit geratende, Identität derart erzogener Menschen, die ihren Körpern entfremdet wurden.

Die Beschäftigung mit diesem Thema und die daraus entstehende Aufmerksamkeit haben in der Begegnung mit meinen Klientinnen immer wieder Auswirkungen gehabt. Es ist als ob manche Familiengeschichten, die bisher seltsam zweidimensional gewirkt hatten, plötzlich räumlich und spürbarer werden, wenn ich nach Auswirkungen des Nationalsozialismus oder der Kriegszeit frage. Es hat auch etwas Entlastendes in sich, wenn Störungen nicht nur individuell sondern aufgrund zeitgeschichtlicher Hintergründe betrachtet werden können.

Doch eines Tages kam ein junger Fischer aus einer fernen Gegend hergezogen, der nichts davon wusste. Er ruderte seinen Kajak in die Bucht, warf seine Angel aus und wartete. Er ahnte ja nicht, dass der Haken seiner Angel sich sogleich in den Rippen des Skeletts verfang! Schon fühlte er den Zug des Gewichts und dachte voll Freude bei sich: „Oh, Welch ein Glück! Jetzt habe ich einen Riesenfisch an der Angel, von dem ich mich für lange Zeit ernähren kann. Nun muss ich nicht mehr jeden Tag auf die Jagd gehen.“ Das Skelett bäumte sich wie wild unter dem Wasser auf und versuchte freizukommen, aber je mehr es sich aufbäumte und wehrte, desto unentrinnbarer verstrickte es sich in der langen Angelleine des ahnungslosen Fischers.

Das Boot schwankte bedrohlich im aufgewühlten Meer, fast wäre der Fischer über Bord gegangen, aber er zog mit aller Kraft an seiner Angel, er zog und ließ nicht los und hievte das Skelett aus dem Meer empor. „lii, aiii“, schrie der Mann, und sein Herz rutschte ihm in die

Hose hinunter als er sah, was dort zappelnd an seiner Leine hing. „Aiii“, und „igitt“, schrie er beim Anblick der klappernden, mit Muscheln und allerlei Getier bewachsenen Skelettgestalt. Er versetzte dem Scheusal einen Hieb mit seinem Paddel und ruderte, so schnell er es im wilden Gewässer vermochte, an das Meeresufer. Aber das Skelett hing weiterhin an seiner Angelleine, und da der Fischer seine kostbare Angel nicht loslassen wollte, folgte ihm das Skelett, wohin er auch rannte. Über das Eis und den Schnee; über Erhebungen und durch Vertiefungen folgte ihm die Skelettfrau mit ihrem entsetzlich klappernden Totengebein.

2) Vom Kampf mit dem Körpersymptom – Schmerz

Wenn ein Symptom auftritt, ist es zunächst einmal bestenfalls lästig, schlimmstenfalls bedrohlich und überwältigend. Man kann es ignorieren, bagatellisieren, oder man will es weghaben, schluckt Tabletten, will sich was weg-operieren lassen. All die Behandlungen, die ein Orthopäde verschreiben kann, dienen dazu, etwas loszuwerden, verständlicherweise besonders dann, wenn das Symptom mit Schmerz verbunden ist. Auch der Wunsch nach Psychotherapie rührt oft daraus was wegzukriegen – die Therapeutin soll als Koalitionspartnerin gegenüber dem „lästigen Es“ wirken.

Von allen möglichen Kampf-Reaktionen auf ein Symptom beschäftige ich mich an dieser Stelle nur mit dem Schmerz. Schmerz spielt bei Störungen des Bewegungssystems eine große Rolle, und ein gutes Verständnis dieser Zusammenhänge ist unumgänglich für den Umgang mit Schmerzsymptomen.

Im Folgenden verwende ich 2 Hauptquellen: Ulrich Egle mit seinem Vortrag „Psychosomatik von Schmerz und Bewegungsstörungen“ bei den Lindauer Psychotherapiewochen 2006 und das Buch von Butler und Moseley „Schmerzen verstehen“.

Noch immer prägt eine mechanistische Schmerzkonzepktion das heutige Denken. (Nach Descartes Glockenstrangprinzip: beim Gewebeschaden wird der Glockenstrang gezogen – und oben im Gehirn, im Schmerzzentrum, läutet die Glocke!) Patienten gehen mit dieser Vorstellung zum Arzt und erwarten vom „guten Arzt“ eine Heilung des Gewebes in Form von Medikamenten, Spritzen usw. Auch ärztlicherseits herrscht nach wie vor dieses Denken. Wird ein Gewebeschaden gefunden, hat der Patient Recht auf seine Schmerzen, wenn nicht, oder wenn die Verletzung nicht dem Ausmaß des Schmerzes entspricht, „bildet“ sich der Betroffene den Schmerz „ein“. Diese Sichtweise ist inzwischen völlig überholt, und ich beschreibe jetzt kurz **was die Schmerzleitung zum Gehirn und die Schmerzverarbeitung im Gehirn** beeinflusst.

Neuronen senden mittels elektrischer Impulse eine Botschaft aus dem Gewebe (aufgenommen von **Sensoren**) an das Rückenmark. Das bedeutet zunächst **GEFAHR** (nicht Schmerz). Diese Botschaft trifft auf die **Synapse** im Rückenmark und bewirkt Ausschüttung

von Chemikalien. Erst wenn im 2. Rückenmarksneuron das Erregungsniveau einen kritischen Wert erreicht, wird die Botschaft zum Gehirn weitergeleitet. Schon auf spinaler Ebene kann es bei chronischen Schmerzen zu Umbauprozessen sowohl chemischer als auch anatomischer Art kommen:

Die Neurone erhöhen ihre Sensibilität für ankommende Chemikalien, es kommt zu einer erhöhten Empfindlichkeit, die die Synapsen „überschwemmen“ und schon z.B. leichte Berührungen werden als Gefahrensignale ans Gehirn weitergeleitet. Die Sensoren bleiben, wenn sie geöffnet sind, länger offen, wodurch die Gefahrmeldung wiederum erhöht wird. Außerdem werden zusätzliche Sensoren bereitgestellt (falls sie gebraucht werden sollten). All das bedeutet, dass das Rückenmark die Geweberealität auf verzerrte Weise widerspiegelt. Butler und Moseley verwenden das Bild des regionalen Postamtes für die Schaltstellen am Rückenmark: das Personal dieses Postamtes wäre in dauerndem paranoiden Zustand und verschicke willkürlich Gefahrenmeldungen, z.B. im Namen anderer Filialen, es schickt sich selber Briefe über das eigene Postamt usw.

Die Schmerzinformation geht weiter zum **Thalamus**, einer Art Umschaltstelle, die entscheidet, welche Informationen für den Organismus im Moment so wichtig sind, dass sie an die Großhirnrinde weitergeleitet werden sollen. Das Signal wird an die Großhirnrinde (**sensomotorischen Cortex** mit „Homunculus“) weitergeleitet. Hier passiert beim chronischen Schmerz die gleiche Spezialisierung, die wir von den Musikerhänden oder Handydaumen kennen: das abgebildete Körperareal kann vergrößert oder auch verwischt werden und ist dann weniger abgegrenzt zu den Nachbarregionen. Das hat zur Folge, dass Körperregionen ausgeweitet bzw. nicht mehr so klar begrenzt sind und damit anfälliger für Schmerzempfinden.

Auf einem 2. Kanal kommen die Schmerzreiz-Informationen zu **Amygdala** und **Hippocampus**. Jeder Schmerz wird hier sofort als Stressor abgeklärt mit der Frage: habe ich schon Erfahrungen mit diesem Reiz gemacht?

Außerdem wird vom Thalamus ausgehend der **vordere gyrus cinguli** aktiviert, zuständig unter anderem für die Aufmerksamkeitsfokussierung. Durch die verstärkte Aufmerksamkeit bei wiederholten oder chronischen Schmerzen werden die Betroffenen schmerzempfindlicher, was den Schmerz erhöht, was wiederum die Aufmerksamkeit noch mehr auf den Schmerz lenkt. Ausgehend vom Gyrus cinguli gibt es nochmals eine Verbindung zur Amygdala, zur Stress Verarbeitung: alte Erfahrungen werden abgerufen im Hinblick auf: wie viel Aufmerksamkeit muss ich diesem Schmerz geben? Je mehr alte Erfahrungen es dazu gibt, z.B. durch Schläge oder Misshandlungen in der Kindheit, wird dieser Schmerzinformation mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Von der Amygdala aus passiert eine Aktivierung des **vorderen Präfrontalcortexes**, der für die kognitive Bewertung des Schmerzreizes zuständig ist. Negative Kognitionen (wie z.B. „Ich bewege mich nicht, weil es weh tut“ (Vermeidung), „ich kann Schmerz nicht beeinflussen“, „Schmerz bedeutet Bedrohung“, „nur Medikamente oder Drittpersonen können helfen“, „meine Schmerzen

sind nur organisch bedingt“ usw.) beeinflussen das ganze Zusammenspiel und begünstigen eine Intensivierung des gefühlten Schmerzes.

Es kommt dann von dem **limbischen System** ausgehend durch Hormone, Botenstoffe, eine Aktivierung des **vegetativen Nervensystems**. So wird auf der vegetativen Ebene die bedrohte Homöostase ausgeglichen durch Bereitstellung von Energie für Kampf oder Flucht.

Daneben folgt eine Integration all dieser Stimuli und Schmerzempfindungen im **Gyrus cinguli** und in der **Insula**. Von dort aus gehen Impulse aus in den Hirnstamm absteigend in den Bereich des **PAG (periaquäduktale Grau)**, das der Ausgangspunkt ist für hemmende absteigende Schmerzbahnen. Das PAG nimmt Einfluss auf die Umschaltung auf spinaler Ebene (von dem 1. auf das 2. Neuron). Wenn diese Tür zwischen 1. Und 2. Neuron sehr offen ist, haben wir mehr **Schmerzen** (z.B. bei belasteter Situation infolge Bewertung oder affektivem Zustand), wenn sie geschlossener ist, sind weniger Schmerzen spürbar. (Butler und Moseley sprechen bildlich davon, dass das „Hauptpostamt“ im Gehirn das „regionale Postamt“ einfach schließen lässt.) Dieses PAG kann bis zu 60 Mal stärker wirken als übliche Schmerzmittel!

Es ist also ein ganzes Netzwerk von Vorgängen, die den Schmerz erzeugen. Auch die Schmerzstärke der Arthrose eines großen Gelenks ist stärker durch psychosoziale Faktoren (life events, sozioökonomische Faktoren, Persönlichkeitsfaktoren) bestimmt als durch den radiologische fassbaren Gelenksschaden und dessen Ausmaß (Egle, 21“)! Der Schmerz, sehr wohl eine objektive Tatsache und keine Einbildung, wird jedoch oft weniger durch den Gewebeschaden als durch andere Faktoren wie Bewertungen, Lebenserfahrungen und sonstige Stressfaktoren bewirkt! Diese Faktoren können gestaltet und verändert werden durch einen bewussten Umgang mit affektiven und kognitiven Mustern, wie z.B. im Rahmen einer Psychotherapie.

Es gibt auch nachgewiesenes Schmerzgeschehen nur beim Beobachten von Schmerzen anderer Menschen. Im Gyrus cinguli feuern Nervennetzwerke sobald Menschen Verletzungen, Unfälle, Misshandlungen anderer miterleben – und es kann in Einzelfällen, vor allem bei Näheverhältnissen, später zur „Symptomübernahmen“ kommen (Bauer, 158-60)

Die Musik, die unser „Orchester“ im Gehirn spielt ist also beeinflussbar, und wir können mitentscheiden, ob es nur mehr die „Schmerzmelodie“ ist, oder ob wieder eine Vielfalt an Musikstücken einziehen darf!

„Weg mit dir“, schrie der Fischer und rannte in seiner Angst geradewegs über einige frische Fische, die jemand dort zum Trocknen in die Sonne gelegt hatte. Die Skelettfrau packte ein

paar dieser Fische, während sie hinter dem Mann her geschleift wurde, und steckte sie sich in den Mund, denn sie hatte lange keine Menschenspeise mehr zu sich genommen.

In der Verzweiflung des Schmerzes oder der fehlenden Zukunftsperspektive oder dem Gefühl des Ausgeliefertseins kann die Betroffene in ihrer Not nach „irgendwas am Weg liegendem“ greifen, auch wenn das unter normalen Umständen keineswegs in Frage käme, und das vorher nicht auf seine Tauglichkeit und Sinnhaftigkeit überprüft wird. Solche Handlungen von Klientinnen verstehe ich inzwischen als „Ausrutscher“ in ihrer Notsituation, früher hat mich das Abweichen von der scheinbar gemeinsam erarbeiteten Handlungsstrategie verärgert. Es ist dann wichtig an einem besseren und ausgefeilterem „Nothilfsnetzwerk“ zu arbeiten, also Personen an die sich die Klientin wenden kann, um schnelle und sachgemäße Hilfe zu bekommen oder auch die Instanzen in der Klientin selber zu entwickeln.

Und dann war der Fischer bei seinem Iglu angekommen. In Windeseile kroch er in sein Schneehaus hinein und sank auf das Nachtlager, wo er sich keuchend und stöhnend von dem Schrecken erholte und den Göttern dankte, dass er dem Verderben noch einmal entronnen war.

Im Iglu herrschte vollkommene Finsternis, und so kann man sich vorstellen, was der Fischer empfand, als er seine Öllampe anzündete und nicht weit von sich, in einer Ecke der Hütte, einen völlig durcheinander geratenen Knochenhaufen liegen sah. Ein Knie der Skelettfrau steckte in den Rippen ihres Brustkorbs, das andere Bein war um ihre Schultern verdreht, und so lag sie da, in seine Angelleine verstrickt. Was dann über ihn kam und ihn veranlasste, die Knochen zu entwirren und alles vorsichtig an die rechte Stelle zu rücken, wusste der Fischer selbst nicht. Vielleicht lag es an der Einsamkeit seiner langen Nächte, und vielleicht war es auch nur das warme Licht seiner Öllampe, in dem der Totenkopf nicht mehr ganz so grässlich aussah – aber der Fischer empfand plötzlich Mitleid mit dem Gerippe.

„Na, na, na“, murmelte er leise vor sich hin und verbrachte die halbe Nacht damit, alle Knochen der Skelettfrau behutsam zu entwirren, sie ordentlich zurechtzurücken und sie schließlich sogar in warme Felle zu kleiden, damit sie nicht fror. Danach schlief der Gute erschöpft ein, und während er dalag und träumte, rann eine helle Träne über seine Wange.

3) Vom Ordnen der Knochen: das therapeutische Handwerk: IG und darüber hinaus

„und verbrachte die halbe Nacht damit, alle Knochen der Skelettfrau behutsam zu entwirren...“ Ein für mich wunderschönes Bild unserer Aufgabe als TherapeutInnen: Hilfestellung zu geben in dem Prozess, der sich im Märchen zwischen Fischer und Skelettfrau abspielt. Schicht für Schicht oder Lebensbereich für Lebensbereich sorgfältig zu erforschen,

zu durchkämmen und der KlientIn behilflich zu sein die Zusammenhänge ihrer Leib-Seele Geschichte zu entdecken, lang schwelende Konflikte zu befrieden, wärmendes Mitgefühl für den leiblichen Anteil zu entwickeln und Versäumtes und Verletztes oder bisher Unentwickeltes zu betrauern.

Aspekte der IG : Hildegund Heini als Pionierin in der Betrachtung orthopädischer Symptome:

Hildegund Heini hat ihre Lehrzeit als Orthopädin in der Kriegs- und Nachkriegszeit absolviert, wo der Schwerpunkt der orthopädischen Behandlung auf die biomechanische Seite der Körpers ausgerichtet war (z.B. Prothese, operative Eingriffe usw.) und die seelische Seite von Schmerzen unerkannt blieb.

Durch das Ernstnehmen ihrer eigenen Assoziationen und Intuition begann H.H. in ihrer Praxis Zusammenhänge zwischen emotionalen Haltungen und Schmerzen, oder seelischen Verletzungen und Schmerzen zu entdecken. 1971 reiste sie zu den Lindauer Psychotherapiewochen, stellte dem Psychosomatiker und Psychoanalytiker Georg Wittich ihren Fall eines jungen Mannes mit Rückenschmerzen vor, der durch ihre einfache verbale und pädagogische Intervention geheilt worden war und wurde von ihm weiter ermutigt, ihre Intuition ernstzunehmen. Sie entschloss sich zu einer berufsbegleitenden psychotherapeutischen Ausbildung und wählte nach Versuchen in verschiedenen Richtungen die Gestalttherapie „weil mir das erlebnisaktivierende und emotionszentrierte Ansatz und der Einbezug des Körpers in die Psychotherapie besonders geeignet schien, Menschen mit seelischen Störungen, die sich in ihrem Bewegungssystem niederschlugen, erfolgreich zu behandeln.“ (Körperschmerz – Seelenschmerz, 22). In ihrem Buch stellt sie weitere Fallbeispiele vor, die den betroffenen Menschen zur Linderung/Heilung ihrer leiblichen Symptomatik verhelfen und ihr selber zu mehr Klarheit und Durchblick in der Betrachtung leib-seelischer Zusammenhänge. Ich begnüge mich hier damit, von H.H. entwickelte wichtige Aspekte für unser therapeutisches Handeln herauszugreifen (ab S. 109) und schließe Susanne Svobodas Überlegungen mit ein.

Leibliche Wahrnehmung: „stereoskopische Wahrnehmung“: während der orthopädischen Befunderhebung blickt H.H. gleichzeitig auf körperliche Phänomene und seelische Phänomene und achtet auf Tonfall, Wortwahl, Bilder, Übereinstimmungen, Vermeidungen, Grundstimmung.

Phänomene als mögliche Leitfäden zu früheren Traumata:

- Körperhaltungen oder bestimmte Bewegungsmuster können bei genauerem Erforschen und Nachspüren Lebensthemen oder auch traumatischen Erfahrungen sichtbar und nachvollziehbar machen.

- Bei der Wirbelsäule betreffen die Funktionsstörungen oft den Ausdruck unseres Selbstwertes und unserer Identität, bei den oberen Gliedmaßen die Beziehung zur Lebenswelt und den eigenen Handlungen, bei den unteren Gliedmaßen die Befähigung zu Stand, Wehrhaftigkeit, Fortbewegung und Flucht.

- Immer sind H.H. Richtungsangaben und Körperseiten wichtig, um so mögliche Verbindungen zu vergangenem Geschehen zu entdecken.

„Ließen sich Träume als der goldene Weg zum psychischen Unbewussten bezeichnen, so ist das präzise Erfassen von Bewegungsmustern der Schlüssel, um auf verborgene virtuelle Bewegungsmuster und zugrunde liegende Konflikte oder Traumata zu stoßen.“ (Heinl, 160)

Innere Arbeitsüberlastung als Ursache von Symptomen: Ursachen und Auslöser, die zu solch einer inneren Arbeitsüberlastung führen sind z.B. phylogenetisch verankerte Bewegungsentwürfe für Kampf, Flucht, Rückzug und Erstarrung im Sinne eines Totstellreflexes. Spontane Bewegungsmuster auf die imaginierte Vorstellung einen plötzlichen Angriff abwehren zu müssen, lösen bei Probanden die entsprechenden Schlüsselszenen aus der Kindheit vor dem inneren Auge aus. Solche Bewegungsentwürfe können aber nicht in jeder sozialen Situation ausgeführt werden. Ihre Initiierung ergibt jedoch die Erhöhung des Muskeltonus, was zu einer schmerzhaften Erstarrung der Muskelgruppe führen kann. Diese These Heinls habe ich bei Beschreibungen in der Feldenkrais Literatur bestätigt gefunden (z.B. Thomas Hanna über somatische Retraktion, somatische Fixierung usw. in „das Geheimnis gesunder Bewegung“ (2003). Dieser Rückzugsreaktion ist bei einfachen Organismen wie einer Seeanemone genauso eingebaut, wie beim komplexen Lebewesen Mensch und ist ein entwicklungsgeschichtlich alter Überlebensreflex.)

An dieser Stelle übe ich Kritik an der von Wolf geäußerten These, dass psychosomatische Symptome chronische dysfunktionale Retroflektionen seien: „Wenn ich Rückenschmerzen habe, füge ich mir durch Anspannung selbst Schmerz zu. Wem will ich eigentlich durch Anspannung Schmerzen zufügen?“ (Wolf, 802) Anspannungen im Rücken gehen, wie Heinl beschreibt, weit über eine eindimensionale Erklärung hinaus, sondern können ganz verschiedene komplexe Ursachen und Auswirkungen haben, die wir mit der gestalttherapeutischen Benennung Retroflektion meiner Ansicht nach nicht erfassen können.

- Bei Arbeitsüberlastungen durch chronische unbewusste Bewegungshemmungen sind nicht nur aggressive Impulse im Spiel, sondern jeder mögliche Bewegungsausdruck des betroffenen Bewegungsorgans. „So können Hände und Arme am Boxen, Stechen, Schlagen, Festhalten oder Loslassen, Krallen oder Kratzen, Zerreißen oder auch am Streicheln, Zärtlich sein oder Trösten und Umarmen gehindert werden. Feine, kaum sichtbare Muskelimpulse in dem betroffenen Gliedmaß können auf eine latente Bewegungsbereitschaft

hinweisen...“(Heinl, 155) H.H. fordert dann auf sich auf die betroffenen Gliedmaßen zu konzentrieren und durch feine probatorische Bewegungen herauszufinden, was die Extremität tun will. Mit der Bewusstmachung und dem Vollzug der intendierten Bewegung werden auch die verdrängten Begleitaffekte gebahnt und leiblich erfahren, Konflikte werden einsichtig und neue Handlungs- und Lösungsstrategien können entwickelt und eingeübt werden.

Am Beispiel einer Krankenschwester mit Rückenschmerzen illustriert H.H. das folgendermaßen:

„Bei ihr war eine auffallende Fehlhaltung des Rumpfes nach einer Seite zu beobachten, die schon zu einer Verkürzung von Bändern und Muskeln der betroffenen Seite geführt hatte. Obwohl ich aus orthopädischer Sicht die Fehlhaltung nicht erklären konnte, berührte mich das Bild der vor mir stehenden, körperlich erschöpften und emotional ausgebrannten Krankenschwester, die sich für andere aufopferte. Ich vermutete eine seelische Ursache der Fehlhaltung, da ich den Eindruck hatte, als wolle sie sich selbst an einen Menschen anlehnen und ausruhen. Ich bat sie die Augen zu schließen und ihre Aufmerksamkeit intensiv auf die rechte Körperseite zu richten und nachzuspüren, wer in ihrer Vorstellung neben ihr erschiene, an den sie sich anlehnen wolle. Es dauerte nur wenige Sekunden, bis sich ihre angespannten Gesichtszüge lösten, denn sie spürte ihren Vater neben sich auf der rechten Seite. Augenblicklich wurde ihr das ganze Ausmaß ihrer Überforderung bewusst spürbar und klar.“(Heinl, 111)

Intuition als eine Art von „plötzlicher, von Gewissheit erfüllter Einsicht, die sich oft auf einem „mir selbst nicht bewussten Wege entwickeln“ (beides Heinl, 117). Möglichst wertfrei sammelt sie ihre eigenen Beobachtungen, „...ohne sie gleich in starre Konzepte oder Interpretationen zu zwingen, sie zu verbiegen oder gar zu verwerfen“ und nimmt sie ernst.

Als weitere Schwerpunkte greife ich heraus:

Intersubjektivität: sich auf die PatientIn einstimmen, sich von der Stimmung anmuten und ergreifen lassen. Berührung und Gespräch geschieht dann aus der eigenen Berührtheit heraus.

Emotionales Verstanden werden und Verstehen von sich selbst: der Klientin neue Einsichten in bisher unbekannte Zusammenhänge zwischen Körper, seelischer Empfindungswelt und Biografie ermöglichen. Emotionales Verstehen berührt im Gegensatz zum reinen intellektuellen Verstehen, das möglicherweise zugrunde liegende Trauma.

Mit einem beeindruckenden Beispiel für diese beiden Haltungen zitiere ich nun Susanne Svoboda, ebenfalls Ärztin und Gestalttherapeutin. Sie trifft in der Rehaklinik auf Frau R., die schon jahrelang an therapieresistenten Beschwerden an der Wirbelsäule und den Gelenken leidet und eine Arztodyssee hinter sich hat:

„Den Kopf zur Seite geneigt, duckte sie sich förmlich in den ihr angebotenen Sessel und begann übergangslos ihre monotone Klage: „Mein Gott, ich habe solche Schmerzen, das können sie sich nicht vorstellen, überall tut

es mir weh, heute in der Früh sind die Knie ganz geschwollen gewesen, bitte, das müssen Sie mir glauben...ich hab keine Minute geschlafen, Sie können meine Zimmerkollegin fragen, ich bin die ganze Nacht gewandert, ich weiß nicht mehr weiter, schau Sie, hier, meine Schulter...' Aus diesem Wortschwall, der mich so unvermittelt trifft, ragt eine verzweifelte Bitte heraus, die Bitte ihr zu glauben. Gerade weist sie wieder auf eine Schwellung am Daumen hin, gleichsam um noch einen Beweis für ihre Schmerzen zu erbringen, da fasse ich sie an beiden Händen, um sie in die Gegenwart zu holen und unseren augenblicklichen Kontakt leiblich zu unterstreichen, um sie auf meine Anwesenheit - hier und jetzt – aufmerksam zu machen. Ich warte bis ihre Worte verebben und sie mich ansieht, dann sage ich langsam: ‚Frau R. , sie müssen mir nicht beweisen, dass Sie weh haben, ich sehe es, ich höre es und finde es schlimm, dass Sie eine so schlechte Nacht hatten.‘ Schweigen, Verwirrung, dann stürzen Tränen aus ihren Augen sie weint und schluchzt...“

Auf Nachfrage von S.S. erzählt sie von den Alpträumen über ihren Mann... „sein Gesicht sehe ich ganz groß vor mir, und ich habe solche Angst, ich verstehe es ja selber nicht.“... „Nun schildert sie ihr 20 Jahre dauerndes Ehedrama mit einem Alkoholiker, der sie regelmäßig schlägt und vergewaltigt und sie zu verschiedenen sadistischen Ritualen zwingt, von denen das ‚Messerritual‘ das für die Patientin grausamste ist...wenn sie auch nur ein klein wenig die Miene verzieht, wird sie – zur Strafe – mit der Faust ins Gesicht geschlagen.“ (Svoboda, 13f.)

So wird innerhalb eines einzigen Gesprächs sichtbar und verstehbar, wie Schmerzen Ausdruck für den verletzenden Lebenshintergrund dieser Patientin sind und sich deswegen durch rein medizinische Maßnahmen nicht vertreiben lassen.

„Im Spannungsfeld von statischer Kraft und dynamischer Bewegtheit reagieren die Bewegungsorgane nicht nur empfindlich auf körperliche, sondern auch auf seelische Störungen. Vergleichbar einem fein abgestimmten Seismographen vermögen sie auf seelische Störungen mit Schmerzen zu antworten, wobei diese Schmerzen das Ergebnis eines komplexen, aus somatischen, innerseelischen, interaktionellen, psychosozialen und kulturellen Quellen gespeisten Geschehens sind.“ (Heinl, 165)

Das **Emotionale Verständnis für sich selbst** erweitere ich jetzt am Beispiel der Herangehensweise von **Gunther Schmidt, Hypnosystemiker**, vor allem im Hinblick auf Klientinnen, denen ein möglicher Zusammenhang ihrer Lebenswelt, Lebensgeschichte und ihrem Schmerz fremd ist, und die sich auch vorerst damit nicht befassen wollen.

Der Wunsch der Klientin ist es oft, dass die Therapeutin das Symptom „wegmacht“, weil es unangenehm ist. Gunther Schmidt nimmt das „Leiden“ der Klientin ernst, bestätigt es („pacing“) und spricht von einer **Würdigung des Symptoms**. In einem 2. Schritt arbeitet er daran, wie andere Perspektiven, Bewertungen, eingeführt werden können (Therapeutin als Unterschiedsproduzentin). Er macht einen Teil des bisherigen Verhaltens der Klientin als **Problemmuster** deutlich und erarbeitet an den Ausnahmen, symptomfreien Zeiten usw. ein mögliches **Lösungsmuster**, immer im Dialog mit der Klientin bzw. mit „dem Organismus“ der Klientin. („Wie fühlt sich das für Sie an, wenn Sie so stehen, sich das und das vorstellen, so eine Musik hören, sich in einer solchen Landschaft bewegen usw.) (laut G.S. müsse die problemorientierte Psychotherapie kritisch geprüft werden auf ihre Wirksamkeit: was wirke

sei weniger die Einsicht in die Ursachen, sondern das zusätzliche Vernetzen mit hilfreichen Mustern und Kompetenzen, die bisher nicht verfügbar waren).

Beim Bestehen der Klientin auf dem Problemmuster führt G.S. das Konzept von den verschiedenen Seiten einer Person ein (sehr gut auch für KlientInnen beschrieben in J. Peichl „Jedes Ich ist viele Teile“). Diese Seiten müssen nicht unbedingt integriert werden wie in der IGT, sondern können wie in einem Team nebeneinander bestehen. Eine Seite, meistens die, die am Symptom gelitten hat, kann das Symptom ruhig weiter „blöd“ finden. Eine andere Seite der Klientin kann mit der Therapeutin die Welt des Symptoms zu erforschen anhand von Bildern, Klängen, Körperhaltungen, Bewegungen und findet meist Szenen auf, die die Sinnhaftigkeit des Symptoms erschließt (und die meist mit der Lebensgeschichte der Klientin zu tun haben – aber der Fokus liegt nicht drauf!)

G.S. erarbeitet mit der Klientin sehr differenziert eine mögliche wohltuende lösungsorientierte Antwort auf das Symptom und überlässt es ganz stark der Verantwortlichkeit Klientin das Wohltuende im Alltag umzusetzen bzw. wieder einmal eine „Ehrenrunde“ im Problemmuster zu drehen. Es geht ihm, wie in einer Art **„Problem-Lösungs-Gymnastik“** darum mit der Klientin gemeinsam eine gute **BALANCE** zwischen Problem- und Lösungsmuster zu finden.

Ein ganz wichtiger Punkt ist für mich das **Anerkennen der LOYALITÄT** der Klientin zu ihren nahen Bezugspersonen. G.S. würde also nicht von mangelnder Abgrenzungsfähigkeit oder Konfliktscheu zu wichtigen Menschen sprechen, sondern auf die bisher wichtige Rücksichtnahme, Sorge oder Bindungsfunktion des Sich Zurücknehmens hinweisen (heimlicher Leitsatz psychosomatischer Klientinnen: „Meine Bedürfnisse sind nicht so wichtig wie der der anderen, und mir darf es erst gut gehen, wenn es allen anderen, die mir wichtig sind, auch gut geht!“). Auch hier geht es dann in der Therapie um die Erarbeitung einer guten förderlichen Balance zwischen der bisherigen Loyalität und dem Leben der eigenen Bedürfnisse.

Im gestalttherapeutischen Kontext fallen dagegen manchmal Sätze wie: „Psychosomatisch Erkrankte imponieren mit der Unmöglichkeit, ihr soziales Erleben mit ihrer psychischen Befindlichkeit und deren Wechselwirkung mit körperlichen Erleben zu erfassen.“ (Hochgerner/Schwarzmann, 328). Das mag zwar inhaltlich stimmen, macht die Klientin aber gleichzeitig zu einem defizitären Wesen und bringt ihr zu wenig Wertschätzung für die ihr bisher am sinnvollsten erschienene Strategie entgegen (die ja noch dazu auf einer unbewussten Körperebene abläuft). Konstruktiver finde ich Ilse Sokals Formulierung (Tagung: 100 Jahre Fritz Perls) von „innerleiblichen Kommunikationsstörungen“, und sie beschreibt die weitere Therapie folgendermaßen: „Der Fokus der Therapie verschiebt sich bald vom diagnostizierenden Experten zum teilnehmenden und teilhabenden Dialogpartner und die Suche nach krankmachenden Ursachen durch den/die Betroffene/n weicht dem

gemeinsamen Schöpfungsakt von neuen Denk-, Gefühl- und Handlungsmöglichkeiten.“
(Sokal, 134)

Fördern von Selbstfürsorge: Gerade weil beim Auftreten körperlicher Symptome der Hintergrund unbewusstes Sich Zurücknehmen ist, macht die Förderung von Selbstfürsorge im therapeutischen Rahmen besonders viel Sinn. So kann z.B. eine Sitzunterlage oder ein Polster im Rücken zu einem bequemerem Sitzen führen. Damit wird die Selbstfürsorge der Klientin im Hier und Jetzt des Kontaktes mit der Therapeutin erlaubbar, sichtbar und spürbar. Tagesstrukturen können durchbesprochen werden, damit die Klientin genügend Pausen einhält bzw. ans Essen und Trinken denkt usw. Solche kleinen Interventionen im therapeutischen Setting und für den Alltag können Wege für größere selbstfürsorgliche Haltungen (wie z.B. Abgrenzungen gegenüber wichtigen Bezugspersonen) bahnen bzw. vorbereiten.

Weitere mögliche Techniken: H.H. hat einen - diagnostischer Fragebogen entwickelt, in dem die Klientin ihre Schmerzen möglichst präzise einzeichnen soll, in dem auch die Frage nach der eigenen subjektiven Krankheitstheorie gestellt und somit ein Nachdenkprozess eingeleitet wird. (Heinl, 190 ff.)

- Schmerztagebuch

- von H.H. entwickelte Gruppentherapie („Rückenschmerzseminare“)(Heinl, 59 ff.)

Dies aber sah die Skelettfrau und kroch heimlich an seine Seite, brachte ihren Mund an die Wange des Mannes und trank die eine Träne, die für sie wie ein Strom war, dessen Wasser den Durst eines ganzen Lebens löscht.

Sie trank und trank, bis ihr Durst gestillt war, und dann ergriff sie das Herz des Mannes, das ebenmäßig und ruhig in seiner Brust klopfte. Sie ergriff das Herz, trommelte mit ihren kalten Knochenhänden darauf und sang ein Lied dazu. „Oh, Fleisch, Fleisch, Fleisch, “ sang die Skelettfrau. „Oh, Haut, Haut, Haut.“ Und je länger sie sang, desto mehr Fleisch und Haut legte sich auf ihre Knochen. Sie sang für alles, was ihr Körper brauchte, für einen dichten Haarschopf und kohlschwarze Augen, eine gute Nase und feine Ohren, für breite Hüften, starke Hände, viele Fettpolster überall und große warme Brüste. Und als sie damit fertig war, sang sie die Kleider des Mannes von seinem Leib und kroch zu ihm unter die Decke. Sie gab ihm die mächtige Trommel seines Herzens zurück und schmiegte sich an ihn, Haut an lebendige Haut. So erwachten die beiden, eng umschlungen, fest aneinandergeklammert.

Die Leute sagen, dass die beiden von diesem Tag an nie Mangel leiden mussten, weil sie von den Freunden der Frau im Wasser, den Geschöpfen des Meeres, ernährt und beschützt wurden. So sagt man bei uns, und viele unserer Leute glauben es heute noch.

Von der Träne trinken, auf das Herz trommeln und dazu sich das Fleisch und die Haut auf die Knochen singen... ein Prozess des Lebendig Werdens. Psychotherapie kann die Bereitschaft und die Voraussetzung dazu schaffen, die Entfremdung von sich oder die Feindschaft mit sich aufzuheben und die leibliche Ganzheit in sich zu spüren, wie vorher beschrieben.

Was ich aber gerade bei Bewegungseinschränkungen als hilfreich und manchmal unumgänglich betrachte, da es die unbewusste körperliche Ebene besser erreicht als Psychotherapie, ist jegliche Form von guter differenzierter Körperarbeit – sei es Alexander Technik, Body Mind Centering, Feldenkrais, Osteopathie, Craniosacrale Therapie u. v. a. Das Zusammentreffen beider Fähigkeiten in einer Person kommt selten vor. So denke ich dass eine gute Zusammenarbeit der Körper-Arbeiterin mit der Psychotherapeutin die zweitbeste Lösung ist, bzw. eine gute Integration beider Einflüsse für die Klientin ermöglicht.

4) Körperarbeit – am Beispiel von Feldenkrais

Von wissenden Händen sanft und unterstützend berührt und bewegt zu werden, schafft neue eigene Bewegungsmöglichkeiten oder knüpft an alte, längst vergessene sinnvolle Bewegungsmuster an. **Funktionale Integration**, also Feldenkrais Einzelarbeit, geht vielfach ohne Sprache vor sich. Wenig bewegliche Bereiche werden „aufgeweckt“ und in die Gesamtbewegung integriert. Damit können schmerzende, überbelastete Teile entlastet werden. Verspannungen, unwillkürliche Muskelaktivität, zu der ich mit meinem Bewusstsein keine Verbindung habe, werden gelöst, verändert. Sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppenarbeit wird am Bewusstwerden der Gesamtzusammenhänge im Bewegungssystem gearbeitet. Die Schärfung der Wahrnehmung für Bewegungsabläufe im Körper wird gefördert, und ihr Zusammenhang mit geistigen Prozessen wird sichtbar gemacht.

Die Einstellung, die man in der Feldenkrais Arbeit entwickeln kann, lässt sich mit Ruthy Alon am besten als „kreatives Erforschen“ beschreiben. In ihrem Buch „Leben ohne Rückenschmerzen“ schreibt sie:

„Den Rücken heilen heißt ein Wollknäuel entwirren. Wenn man versucht, einen einzelnen Faden aus dem Durcheinander zu lösen, merkt man bald, dass man mit heftigem Ziehen und Reißen nicht weiterkommt. Man braucht eine andere Strategie. Man nimmt sich besser die Zeit, die Dinge in Bezug zueinander, die Einzigartigkeit einer jeden Verknötung zu betrachten.

Versuchen Sie, zuerst an dem Faden zu ziehen, der am leichtesten nachgibt und verfolgen Sie gleichzeitig, was er bewirkt, während er sich durch das ganze Knäuel zieht. Ziehen Sie vorsichtig an, so dass Sie jederzeit anhalten und noch weitere Verknötung, verhindern können. Oder Sie ziehen ihn wieder zurück und versuchen es in eine andere Richtung, bedenken Sie dabei die Folgen der sich verändernden Fadenkonstellation, die sie jetzt beobachten können. Wenn Sie sich bei diesem Unternehmen mit unbestimmtem Ausgang ganz vorsichtig bewegen, ist Ihnen der Erfolg sicher.“ (Alon, 27f.)

So findet sich in der Feldenkrais Arbeit eine mindestens genauso differenzierte und sorgfältige Haltung für die leibliche Ebene, wie ich es vorher für die psychotherapeutische Arbeit beschrieben habe.

Die Suchbewegung, von der ich anfangs gesprochen habe, hat mich sehr bereichert. Vieles, was ich „gefunden“ habe, ist aus Dialogen entstanden.

Mein Dank geht dabei an: Katharina Graf-Taubert, Rita Dörr-Azzolini (Physiotherapeutin), Christoph Habegger (Feldenkrais), Gertrud Brunner (Feldenkrais) und Ingeborg Netzer.

Ich schließe mit einem Zitat von Amos Hetz, Tänzer und Bewegungs-Lehrender:

„Wounds are the doors to the movement secret. Yet the secret is never totally revealed. We live with it, it calls to us, and we wait to discover more of the beauty of the movement, the dance.“

Verletzungen sind Türen zum Geheimnis der Bewegung. Das Geheimnis wird nie ganz gelüftet werden. Wir leben damit, es ruft uns zu und wir warten und entdecken immer mehr von der Schönheit der Bewegung, dem Tanz (Übersetzung E.L.)

LITERATURVERZEICHNIS

ALON, Ruthy (1993): Leben ohne Rückenschmerzen. Junfermann, Paderborn

BAUER, Joachim (2007): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Piper Verlag, München

BODE, Sabine (2006): Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen. Piper Verlag, München

BODE, Sabine (2009): Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. Klett-Cotta, Stuttgart

BUTLER, David S., MOSELEY, G. Lorimer (2009): Schmerzen verstehen. Springer Verlag Heidelberg

CHAMBERLAIN, Sigrid (2003): Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Psychosozial Verlag, Gießen

EGLE, Ulrich (2006): Psychosomatik von Schmerz und Bewegungsstörungen, Vortrag bei den Lindauer Psychotherapiewochen 2006, DVD, Auditorium Netzwerk, München.

ESTES, Clarissa P. (1993), Die Wolfsfrau. 139-141, Heyne Verlag, München

HANNA, Thomas (2003), Das Geheimnis gesunder Bewegung. Junfermann, Paderborn

HEINL: Hildegund, HEINL, Peter (2007): Körperschmerz – Seelenschmerz. Die Psychosomatik des Bewegungssystems. Kösel Verlag, München

HETZ, Amos (2005) Wounds are the doors to the movement secret. In: Lernen in Bewegung, 2. Europäischer Feldenkrais Kongress Berlin 2005, Feldenkrais-Verband Deutschland e.V., S. 144-151

HOCHGERNER, Markus/SCHWARZMANN, Melitta (2004): Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie. In HOCHGERNER, Markus; HOFFMANN-WIDHALM, Herta; NAUSNER, Liselotte; WILDBERGER, Elisabeth; (Hg): Gestalttherapie. Facultas, Wien, 307 - 330

LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT, (2008): Rückenschmerzen. Diagnostik und Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien – Möglichkeiten und Grenzen. LBI-HTA Projektbericht Nr.12, Wien

NETZER, Ingeborg (2009): Körper – Organismus – Leib. Gestalttherapeutische Zugänge zur menschlichen Ganzheitlichkeit auf dem Hintergrund leibphilosophischer Überlegungen. Master Thesis im Universitätslehrgang Psychotherapie, Donau-Universität Krems

PEICHL, Jochen (2010): Jedes Ich ist viele Teile. Die inneren Selbst-Anteile als Ressource nutzen. Kösel-Verlag, München

PHILLIPS, Maggie (2009): Chronische Schmerzen behutsam überwinden. Carl-Auer, Heidelberg

SCHMIDT, Gunther (2008): Psychosomatische Lösung – hypnotherapeutisch und systemisch. Workshop in Bad Lippspringe 2008 auf 2 DVDs, Auditorium Netzwerk, München

SCHMIDT, Gunther (2010): Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg

SCHMIEDBAUER, Wolfgang (2008): Er hat nie darüber geredet. Verlag Kreuz, Stuttgart

SEEMANN, Hanne (2007): Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen. Klett-Cotta, Stuttgart

SOKAL, Ilse (1994): Wenn der Körper für die Seele spricht. In FREILER, Christine; VENTOURATOU-SCHMETTERER, Domna, REINER-LAWUGGER, Claudia; BÖSEL, Roland; (Hg.): 100 Jahre Fritz Perls. Facultas, Wien, 131 - 138

SVOBODA, Susanne (1996): Psychosomatik der Bewegungsorgane. Die Integrative Gestalttherapie in einem interdisziplinären Rehabilitationskonzept. Graduiierungsarbeit in der FS IG, ÖAGG, Graz

WOLF, Ulrich (1999): Psychosomatik – die Leib-Seele-Einheit in der Gestalttherapie. In: FUHR, Reinhard; SRECKOVIC, Milan; GREMLER-FUHR Martina; (Hg): Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe, Göttingen, 789 - 811

