

Bewegungs- und tanztherapeutische Krisenintervention bei PatientInnen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen. Eine Anwendung erweiterter Labankonzepte in der Psychotherapie¹.

Abstract:

Wirklichkeit wirkt und erzwingt Erleben. Der Leib ist Ort und Mittel, mit dem wir dieser Wirklichkeit im Zusammenspiel von Motorik und Sensorik habhaft werden. Die menschliche Fähigkeit, ein Raumgefühl zu entwickeln, ist eine Grundlage des Seins. Das Vermögen, sich im Raum und im Bezug zu Personen und Dingen wahrzunehmen, zu erleben, anzupassen und selbst Einfluss auszuüben, macht den Menschen aus.

Die spezielle Situation der Krise, in der ein Bruch in der Lebensgeschichte und ein Verlust leiblicher Kohärenz entsteht, bedingt auch den Verlust des Raumgefühles. Die PatientInnen kreisen im Denken, Fühlen und Handeln um sich selbst als Mittelpunkt ihrer Welt. Sie wenden sich, wenn sie sich selbst schädigen, sich verletzen oder ihrer physischen Existenz in einem Suizidversuch die höchste Prüfung abverlangen, ebenfalls dem Leib als Erkenntnisort zu. Die Kriseninterventionstechniken nehmen diese Bewegung der PatientInnen hin zum Leib auf. Die Intention ist, die selbstschädigenden Handlungen zu entschärfen und damit zu mildern. Die Interventionen werden aus krisentheoretischer und persönlichkeits-theoretischer Sicht entwickelt und begründet. Die aktuellen neurobiologischen Erkenntnisse verstehe ich als Hintergrund, um sie auf mein tägliches Handeln anzuwenden und sie in ihrer Aussagekraft zu überprüfen und Arbeitshypothesen zu entwickeln. Für ausführlichere Überlegungen verweise ich auf die Literaturliste (Roth 2007; Hüther 1997, 2006; Marlock, Weiss 2006). Grundlage meiner Interventionen ist das Konzept der **Hinwendung**, wie es in der Psychotonik Glaser® (Glaser 1980, 47, 50, 264 - 269) vertreten wird. Dadurch können verschiedene Konzepte, wie das Effort - Shape® System von Laban für die spezifische psychotherapeutische Situation anwendbar werden. Die Interventionen haben zum Ziel, das Situationsgefühl und damit die Selbstwirksamkeit der PatientInnen zu wecken und zu stärken und die Selbstregulationsfähigkeit zu fördern.

1. Theoretische Einführung
2. Exemplarische Interventionen
3. Raumkonzepte und Beziehungsgeschehen
4. Abschließende Bemerkungen

1.Theoretische Einführung

Häufig kommen PatientInnen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zur psychotherapeutischen Behandlung zu mir, da sie in sich die Erfahrung tragen oder die Sehnsucht spüren, sich im Tanzen ganz erleben zu können. In der ambulanten therapeutischen Arbeit mit diesen Menschen habe ich die Kriseninterventionen entwickelt, die ich im Folgenden genauer beschreiben möchte.

Die Erfahrungen meiner Laban Ausbildung in New York konnte ich in den letzten 25 Jahren über die Psychotonik Glaser® vor allem in der Vermittlung durch Annelies Wieler in Zürich erweitern. Geprägt ist mein professioneller Hintergrund auch durch Trudi Schoop, die ich persönlich gekannt habe und mit der ich viele Jahre gearbeitet habe. Ihre stabilisierende Arbeitsweise mit Psychose PatientInnen sowie die Leibkonzepte der Integrativen Therapie Hilarion Petzolds, in der ich als Lehrtherapeutin ausgebildet bin, prägen meine professionelle Haltung und mein Vorgehen. Ich hoffe, ich kann die spezielle Lebenssituation der PatientInnen und unsere gemeinsamen Bemühungen der Bewältigung ihrer Krisensituationen und die dahinter stehenden theoretischen Annahmen deutlich werden lassen. Meine erste Patientin – eine damals 28 jährige Frau mit der Diagnose einer Borderline Erkrankung - sprach mich nach meinem Tanzimprovisationsunterricht am Sportinstitut der Universität Tübingen an:

Sie wisse, dass sie sich im Tanzen ganzer und heiler fühlen könne als sonst wo. Es ginge ihr sehr schlecht und sie könne die Menschen nicht aushalten, vor allem nicht deren schlechte Ausstrahlung. Dieser wäre sie total ausgeliefert. Viele der TeilnehmerInnen würden sie in ihrer Hilflosigkeit ausnutzen. Aber sie habe die Idee, über Bewegung einen besseren Schutz bekommen zu können. Bei mir fühle sie sich ernst genommen. Ob sie Einzelstunden haben könne.

Diese Ahnung der PatientInnen einer möglichen Kohärenzerfahrung über den Tanz ist mir im Laufe der psychotherapeutischen Praxisjahre immer wieder begegnet. Dieser Sinn für Kohärenz - sense of coherence (SOC) – (Antonovsky 1997, 12) ist nach Aaron Antonovsky der wichtigste Schutzfaktor gegen Belastungen unserer Gesundheit. Dieses Gefühl für den Zusammenhang des Selbst geht in einer Krisenerfahrung für die PatientInnen verloren. Sie sind nicht mehr fähig, ihre Situation hand zu haben oder zu erklären und für die unmittelbare Zeit danach einen Sinn zu finden. All diese Voraussetzungen für ein

¹ Vortrag anlässlich der Laban Memoriam Konferenz „Gestern Heute Morgen Verbinden“, am 3.10.2008 in Berlin

Verbundenheitsgefühl sind auch aufgrund der sich ausbreitenden hohen Erregung, die dann sogenannte Notfallreaktionen von Erstarrung, Flucht oder Kampf auslösen (vgl. dazu Hüther 1997), verschüttet. In diesem Dilemma leben die PatientInnen tagtäglich vierundzwanzig Stunden und in diesem Dilemma wird sich auch eine therapeutische Krisenbehandlung behaupten müssen. Ziel muss sein, die Menschen, vom Lärm der Krise zu einem „Einregulieren in einen Normalzustand der Beruhigung“ - so Petzold (2006, 113) - oder wie es der Traumaspezialist van der Kolk beschreibt, des „Still Werdens“, zu führen (vgl. van der Kolk 2006, XII).

Prinzipiell können wir den Weg dahin bei polarisierender Betrachtung auf zwei Weisen gehen (s. Abb. 1).

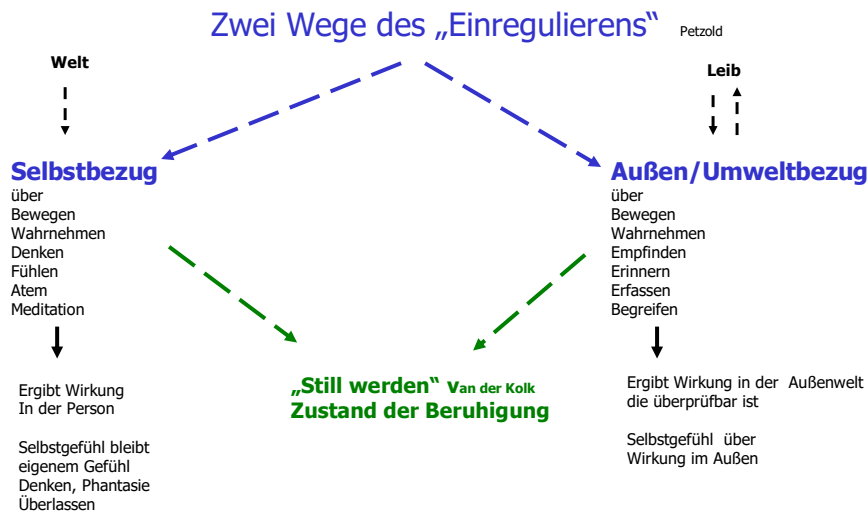


Abb. 1: Zwei Wege des „Einregulierens“

Zum einen kann sich der Mensch sich selbst zuwenden, sich im Selbstbezug über Bewegung, Wahrnehmung, Fühlen und Denken, Atem und Meditation mit sich beschäftigen und so zur Ruhe finden (vgl. van der Kolk 2006, X-XII). Der andere Weg führt über die Hinwendung zur Außenwelt. Für die spezielle Situation der Krisenbewältigung mit den PatientInnen wähle ich diesen zweiten Weg der kontaktenden Hinwendung zum Außen und des Aufbaus eines Raumgefühles. Die Begründung für diese Vorgehensweise liegt für mich erstens in den Bedingungen für gelingendes Lernen und Verändern, zweitens in der Persönlichkeitsstruktur der PatientInnen, ihren Krisensymptomen und den Zielen der Krisenbewältigung und drittens in den Folgerungen, die sich daraus für eine Gestaltung der TherapeutIn–PatientIn Beziehung ergeben. Auf diese drei Aspekte gehe ich nun näher ein.

1.1 Lernen und Verhaltensänderung

Zuerst zum schwierigsten Unterfangen, dem der Änderung unseres Verhaltens.

- Wir wissen, dass Änderung über Einsicht - vor allem wenn emotionaler Stress vorherrscht wie z.B. in Krisensituationen - wenig Erfolg hat (vgl. Roth 2007, 124 –127, Petzold 2006, 100-118).
- Wir wissen weiter, um Änderungen entstehen zu lassen, ist es notwendig, mechanische Wiederholungsbewegungen aufzugeben und die Umwelt immer wieder neu zu erfassen und mit ihr umzugehen. Im Prozess des Zusammenspiels der beiden Kräfte entsteht durch die gegenseitige Beeinflussung ein Drittes.
- Und wir wissen, dass diese Kontaktsituationen jedes Mal an wohlthuende, intensive und lustvolle Erlebnisse gebunden sein müssen, um in unseren zentralnervösen Hirnstrukturen Eindruck zu hinterlassen und gemachte Erfahrungen zu verinnerlichen oder einzuleiben (vgl. Hüther 2006, 75-97, Petzold 2008, 110-118).

Wege und Mittel müssen leicht zugänglich, alltagstauglich und im Üben einfach und wiederholbar sein und mit innerer Motivation durch die PatientInnen umgesetzt werden können. Deshalb - aber auch um erneute Stressbelastung und resultierende Notfallreaktionen so gering wie möglich zu halten - greife ich auf alltägliche Brauchbewegungen des Stehens, Gehens, Sitzens und Liegens zurück, die als verlässlich

implizite, im Stammhirn verankerte Muster auch in Krisensituationen vielfältig aufrufbar sind. Um eine positiv gefärbte Intensität im Handeln zu erreichen, benötigen wir eine Einstellung, die von Annäherungs- und nicht Vermeidungszielen geprägt ist und so den Kontakt bejaht (s. Abb. 2).

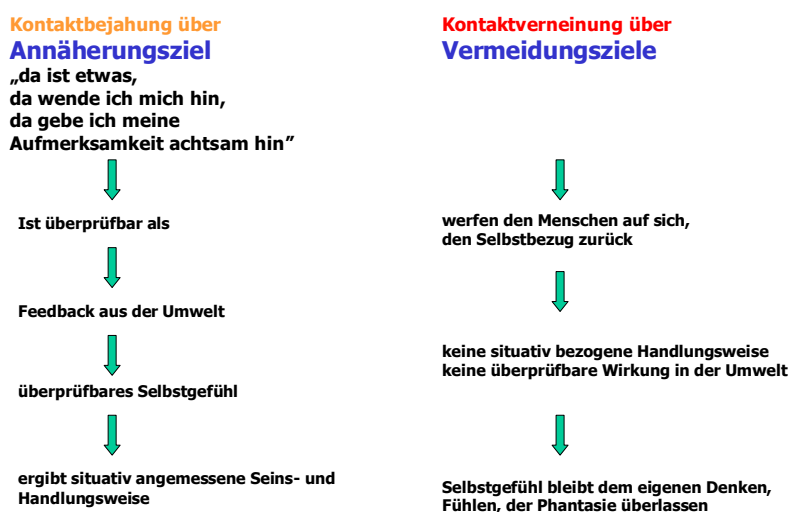


Abb. 2: Annäherungs- und Vermeidungsziele im Handeln

„Da ist etwas, da wende ich mich hin, da gebe ich meine Aufmerksamkeit achtsam hin“. Daraus kann eine situativ passende Handlung oder Seinsweise entstehen. Das überprüfbare Feedback aus der Umwelt ist Grundlage des Selbstgeföhles. Diese wache Aufmerksamkeit für das Andere wird auch geweckt, wenn die Welt z.B. über eine freundliche Hand an der Schulter, am Rücken mit der Aufforderung „schau hier bin ich, wie weit weg bin ich, welche Distanz ist angenehm“ an die PatientIn heran kommt und mit Leib und Sinnen in der Hinwendung von ihr wahrgenommen wird. Glaser umschreibt damit das „bejahende Bezugsgeföhle“, das über (...) die „Hinwendung auf ein anderes System“ entstehen kann, „das variable Rückwirkungen zeitigen kann und sich als ein Miteinander offenbart“ (Glaser 1980, 47). Diese **Hinwendungsbewegungen** können eine muskuläre Weitung, eine sich im ganzen Körper ausbreitende und gelöste Tonusregulation und einen passenderen Bereitschaftstonus bewirken. Die Physiologie beschreibt diesen Vorbereitungsprozess als neuronalen Prozess sowohl auf der Ebene z.B. der Muskelspindeln, die gesteuert von den Motoneuronen, also auf einer niederen Rückenmarksebene, die Dehnungsempfindlichkeit der Muskeln reguliert. Ebenso ist für diesen Prozess eine kortikale Bereitschaft wichtig, die die Intentionsmotorik des Menschen in gegenseitiger Verschränkung reguliert: „Je besser man sich auf eine Handlung vorbereitet, desto besser gelingt deren Durchführung. (...) **Aufmerksamkeit** (Hervorhebung durch die Autorin) und Motivation sind ebenfalls Faktoren, die den motorischen Akt beeinflussen“ (Schmidt 2000, 123). „Die Bereitschaft zum Handeln, ein mentaler Prozess, der dem Bewegungsakt vorausgeht, manifestiert sich in einer Aktivierung neuraler Prozesse in weit verteilten Gebieten des Gehirns“ (s.o. 127). „Die registrierbaren Bereitschaftspotentiale gehen der selbstinitiierten Bewegung um etwa 1 Sekunde voraus“ (s.o. 124). Um diesen muskulären Bereitschaftstonus zu erlangen, muss es in der Krisensituation gelingen, zuerst die physiologische Erregung und den zumeist erhöhten muskulären Spannungszustand zu verringern. Die Muskulatur ist meist stark kontrahiert und verhindert so eine Hinwendung und ein erspürendes Erfassen der Umgebung. Ich spreche daher von einem Rückzugsgeschehen im Verhalten der PatientInnen. Wenn es gelingt, die Auswirkung der Notfallreaktion zu mindern, kann ein „Einregulieren in einen Zustand der Beruhigung“ und des „Still Werdens“ angeregt werden (vgl. Glaser 1990, 30-43, Schoop 1977, 117-128). Die genaue neurobiologische Erklärung dieser in der Praxis beobachtbaren Beruhigung mittels eines Hinwendungsgeschehens muss derzeit vielleicht noch mit den Worten des Neurobiologen Gerald Hüther's umschrieben werden, wenn er meint, „...dass künftig noch viel besser und genauer beschreibbar wird, wie bestimmte körperliche Veränderungen über sensorische Afferenzen in ganz bestimmte Hirnbereiche weitergeleitet und miteinander verknüpft werden, (...), und wie dadurch psychische Prozesse beeinflusst werden“ (Hüther 2008, 57). Das alles ersehnte sich wohl

auch meine erste Patientin in ihrem Anliegen, sich im und durch den Tanz „ganzer und heiler“ erleben zu können.

Ziel meiner Krisenintervention ist es, so schnell wie möglich über die Wirkung des Verhaltens der PatientInnen in der jeweiligen Umwelt - und das kann zuallererst der Therapiesessel sein - ein überprüfbares Selbstgefühl der PatientInnen anzubahnen. Trudi Schoop beschreibt umfassend: „Tanzen bedeutet ein Ja zur Welt und damit zu sich“ (Schoop, persönliche Mitteilung). Im Gegensatz dazu werfen Vermeidungsziele den Menschen auf sich selbst zurück. Damit ergibt sich keine überprüfbare Wirkung im Außen und das Selbstgefühl bleibt den eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen und der eigenen Phantasie überlassen. Die Welt kommt dabei quasi immer mit dem Menschen mit und wirkt in den eigenen Gedanken, Phantasien und Vorstellungen weiterhin auf ihn ein. Die PatientInnen beschreiben diese Wirkung häufig als inneren Lärm oder inneres Hamsterrad. Dies kann für die PatientInnen, von denen ich heute spreche, Krisen verstärkend sein. Der Weg über die Hinwendung im Außenbezug ist daher der für mich einzig gangbare.

1.2 Die Persönlichkeitsstruktur

Als nächstes möchte ich die Persönlichkeitsstruktur der PatientInnen skizzieren (Abb. 3).

Persönlichkeitsstruktur der PatientInnen

Affektkontrollverluste

Paradoxon:
innere Zustände von Druck,
Verzweiflung und Überforderung
unter Verschluss
dennoch Erwartung
verständnisvoller Resonanz

misslungene Interaktionen
verstärken die Affekte bis zum
Verlust der Selbstkontrolle

alltäglichen Lebensumstände
bedeuten Überstimulierung
oder konträre Stimulierung

Identitätsstörung

Gefühl für den persönlichen
Raum und ein
Sich –Darin-Einnisten
nicht entwickelt

keine verlässlichen Muster
der Ich-Funktionen:
"Ich - das ist Chaos"
statt "Ich - das sind Viele"

zu wenig Puffersysteme
und Abwehrmöglichkeiten
in sich und in ihrer Umwelt

Interaktionsstörung

Kreislauf scheiternder
Außenbezüge

Außen bedroht Innenwelt
und triggert Notfall-
reaktionen von Flucht, Starre
oder Kampf

Verhalten als
Vorwärtsverteidigung, um
sich die Anderen vom Leib zu
halten

Meister reiner Effort-
Aktionen: punch-push slash-
wing Kraft, Zeit und Raum
ohne Modulation über den
Bewegungsfluss

Spielball der Gefühle und
Absichten ohne Wirkung im
Außen wahrnehmen und
steuern zu können

Abb. 3: Persönlichkeitsstruktur der PatientInnen

Die Fachwelt ist sich einig, dass das Verhalten der PatientInnen von der Trias des Affektkontrollverlustes, der Interaktions- und Identitätsstörung bestimmt wird. Ihr Verhalten ist als Kreislauf scheiternder Außenbezüge beschreibbar, in dem sie immer wieder um sich selbst - quasi als dem Mittelpunkt der Welt – kreisen. Allgemein können wir über diese PatientInnen sagen, dass ihre Persönlichkeitszüge besonders stark, besonders unflexibel oder viel zu gering ausgeprägt sind (vgl. Bronisch 2005, 9; Rudolf 2005, 158 - 176).

a) Zu den Affekten

Ein Paradoxon bestimmt ihr großes Leid: Innere Zustände wie Druck, Verzweiflung und Überforderung sollen außen nicht zu spüren sein. Dennoch benötigen sie die verständnisvolle Resonanz der Anderen auf ihr Leiden und ihr Leid. Der Preis ihres Verschließens ist, dass das Scheitern der Interaktionen ihre Affekte noch mehr steigert, bis sie oder die andern die Kontaktsituation abbrechen. Alltag ist durch permanente Überstimulierung oder konträre Stimulierung geprägt. Ein Beispiel, das so oder ähnlich für viele meiner PatientInnen gilt:

Jedes Mal, wenn die Patientin als Kind und Jugendliche von der Schule nach Hause kam, wusste sie nicht, was sie erwarten würde. Mutter prügelt jüngere Geschwister, Mutter hat Kuchen gebacken, Mutter liegt mit Liebhaber im Bett, Tür ist verschlossen, als ob die Familie gänzlich weggezogen sei... . Der Um-

gangston in der Familie ist geprägt von starken, eindringlichen Gefühlen und Ausbrüchen der Mutter und dem cholерischen Auftreten des Vaters.

b) Zur Identität

Binnenstrukturen der Identität wie z.B. ein Gefühl für den persönlichen Raum und ein Sich-Darin-Einnisten können unter solchen Umständen nicht entwickelt oder abgerufen werden. Die PatientInnen besitzen keine verlässlichen Muster ihrer Ich-Funktionen, auf die sie zurückgreifen können. „Ich - das ist Chaos“ statt des „Ich - das sind Viele“. Welche Rolle situationsadäquat ist, birgt dauernde Verunsicherung. Ursache und Folge zugleich ist, dass die PatientInnen zu wenig Puffersysteme und Abwehrmöglichkeiten in sich und in ihrer Umwelt bilden können.

c) Zur Interaktion

Die PatientInnen tragen ihre innersten Bedürfnisse in die Interaktionen, ohne sie als solche zu erkennen zu geben und sie erwarten die volle Aufmerksamkeit der Anderen. Diese schutzlose Entblößung, die sie selbst nicht als Entblößung wahrnehmen, lässt sie hoch empfindlich und kränkbar sein und verhindert das Filtern und die Abwehrmöglichkeit von Reizen („Interaktionsdilemma“, s. u.). Diese PatientInnen sind sich und ihrer Umwelt ausgeliefert und erleben das Verhalten der Mitmenschen als Angriff, der ihre innere Geschichte und Phantasie zu überschwemmen oder zu vernichten droht. Notfallreaktionen sind so unvermeidlich. Die Erfahrung der Patientin in der Tanzimprovisation zeigt dies. Ihr Verhalten leben die PatientInnen von daher als Vorwärtsverteidigung, um sich die Anderen vom Leib zu halten. Sie sind, um einen Begriff aus der Bewegungsbeschreibung Labans zu verwenden, Meister reiner Effort-Aktionen („basic effort actions“, Laban 1971, 78): z.B. punch-push-slash-wring – Kraft-, Zeit- und Raum Effort ohne Modulation über den Bewegungsfluss. Laban hat den dynamischen Aspekt menschlicher Bewegung mit dem Terminus „effort“, also Antrieb, umschrieben und er hat vier Bewegungsqualitäten unterschieden, die in unterschiedlicher Zusammensetzung im Verhalten auftauchen. Der Mensch kann den Focus ändern (Raum-Effort), das Maß des Druckes (Gewichts-Effort), das Timing (Zeit-Effort) und das Ausmaß der Bewegungskontrolle oder des Bewegungsflusses (Fluss-Effort). Labans Überzeugung war es, dass der Mensch diese Qualitäten auf Grund seiner inneren Einstellung und auf Grund der äußeren Gegebenheiten auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlicher Zusammensetzung in seinem Bewegungsverhalten nutzt und zeigt. Eine Bewegung als „Basic Effort Action“ (vgl. Laban 1974, 21-42) auszuführen, also in einer Kombination von drei Efforts ohne Fluss Effort, erfordert eine hohe Involvierung. „If you attempt to produce these actions by actively changing the quality of your weight, your spatial attention and your attitude towards time – all at once – you will experience how much concentration and active participation they require of you. This kind of concentration is different from that of deep meditation or strong feeling of yourself. It is seen as arousing you to action, as in working, fighting, involving yourself in intense interaction with people and objects“ (Dell 1970, 37 f.; Übersetzung der Autorin: Wenn man versucht, diese Aktionen über eine aktiv hergestellte Änderung des Gewichtsantriebes, der räumlichen Aufmerksamkeit und der Einstellung zum Timing – und zwar gleichzeitig – zu machen, wird man erfahren, welche hohe Konzentration und aktives Beteiligtsein dies erfordert. Diese Art von Konzentration unterscheidet sich von tiefer Meditation oder einem starken Selbstgefühl. Sie wird deutlich, wenn man sich zu Aktionen aufgefordert fühlt wie z.B. bei der körperlichen Arbeit, beim Kämpfen, und bei intensiven Interaktionen mit Menschen oder Gegenständen.). In dieser hohen Aktivierung verlieren die PatientInnen die Fähigkeit, ihr Handeln und seine Wirkungen zu überprüfen. Sie werden zum Spielball ihrer Gefühle und Absichten (vgl. Waidelich 2005, 162-167) und sehen vor lauter Krisenbergen Freud und Leid des Lebens dahinter nicht mehr, wie Luise Reddemann dies umschreibt (Reddemann 2004, 17-19). Möglicherweise fehlt den PatientInnen die Erfahrung der Bewegungsqualität des Flow Efforts in ihrem Verhalten. In den Bewegungskonzepten Labans kommt dieser Qualität eine wichtige Bedeutung zu: „(...) in all movement expression, as through its inward and outward streaming it establishes relationship and communication“ (Laban 1971,83; Übersetzung der Autorin: In jedem Bewegungsausdruck, sei es durch das Herein- oder Hinausströmen, bildet er Beziehung und Kommunikation). Warren Lamb, einer der frühen engen Mitarbeiter Labans, führt die Bedeutung dieser Effort Erfahrung aus: „One benefit of incorporating a lot of flow variation with effort/shape is to foster the expression of identification with the environment, of participatory involvement either to control or release or grow or shrink. Of course, in the wrong context such benefits become liabilities“ (Lamb in Koch 2007, 23; Übersetzung der Autorin: Eine Wirkung, die entsteht, wenn vielfältige Variationen von Bewegungsfluss in die Antriebs- und Formungsqualitäten integriert werden, ist die Unterstützung eines Identifikationsprozesses mit der Umgebung und einer involvierten Beteiligung entweder um Kontrolle aufzubauen oder um sie zu verringern, um zu wachsen oder sich zusammenzuziehen. Natürlich verkehren sich solche vorteilhaften Wirkungen im falschen Kontext zu Schwächen). Ist der Mensch in solch einer Weise eingestellt, kann sich eine Hinwendungsbewegung ausbreiten und eine Minderung der latent aggressiven Vorwärtsverteidigung einstellen.

So viel zur Persönlichkeitsstruktur, im nächsten Abschnitt gehe ich weiter auf die Krisenthematik ein.

1.3 Zur Krise

a) Definition

Bei einer Krise entstehen unter dem Einfluss verschiedener Stressoren aufgrund der Reizfilter- und Steuerungsschwäche ein inneres Erregungspotenzial, das dysfunktional zur Bewältigung der Situation genutzt wird; die Wechselwirkung von Wahrnehmung, Affekten, Wollen und Handlung ist gestört. Die PatientInnen erleben Alltag als Anhäufung von Krisen. Handeln bleibt mechanisch, der Focus zielgerichtet ohne Erleben: „ich steige in den Bus, ich gehe in die Stadt, der Tisch wird abgedeckt, ich rauche, die Kinder werden angezogen, der Schreibtisch leer geräumt“. Während der Handlungen werden die PatientInnen in ihrem Inneren vom Lärm der Gedanken und Phantasien beherrscht. Der sensomotorische Leib wird umfunktioniert, er soll noch lauter als die Gedanken sein. Alles kann als Alternative oder Ersatz im Sinne eines Problemlöseverhaltens aufgesucht werden - Spannung, Erregung, Hitze, Kälte, Suchtmittel, Ritzen, Kotzen, Klauen, Vermüllung - um lautere, stärkere Reize zu erleben als die der inneren Bedrohtheit und Erregtheit. *Vor lauter innerer Unruhe und Versagensangst- so eine 26 jährige Patientin- gelänge es ihr kaum, einen Satz der Semesterarbeit zu schreiben; Flucht in die Stadt wäre auch nicht sonderlich erfolgreich. Es ist sommerlich warm und sie fühlt sich bei ihren Stadtgängen ständig beobachtet und nackt und von den übrigen Passanten bedrängt. Nur Dauerrauchen und Alkoholkonsum ließe sie den Weg zum Kino überhaupt aushalten. Sie beklagt ein mieses Körpergefühl und außer einer hohen Anspannung und Angst kann sie keine anderen Empfindungen wahrnehmen. Während ihrer eindringlichen Schilderung rutscht sie mit dem Sessel bis auf ca. einen Meter zu mir her. Ihre große Angst solle weniger einschneidend und die Stadtgänge leichter möglich sein, damit sie wenigstens ein bisschen ein Sommerferiegefühl haben könne.*

b) Ziele der Krisenbewältigung

Ziele der Krisenbewältigung - in den Patientinnenaussagen wurden sie benannt - müssen also sein:

- Erregungssenkung/ Entlastung/ Beruhigung
- Kohärenzgefühl
- Wirksamkeitsgefühl (raus aus der Hilflosigkeit; ernst genommen werden, ein Resonanzgefühl erhalten)
- Neutralisierung von Affekten (z.B. soll Angst nicht mehr dominant sein)
- Stabilisierung (Schutz gegenüber der Wirkung der Umwelt)
- Situationsgefühl über die Hinwendung im Tun muss regulierbar werden, um ein Kreisen um sich selbst zu verringern.
- Sinn durch die Sinne muss möglich werden, so dass die quasi Halluzinationen, „es gibt nur mehr mich und die Welt wendet sich gegen mich oder löst sich und mich auf“ in den Hintergrund verschwinden
- statt des mechanischen Handelns sollen eine pathische Seinsqualität des leiblichen Erlebens, das Auf-Sich-Wirken-Lassen der Umweltbezüge sowie ein Zustand des „Still Werdens“ entstehen können (vgl. Fuchs 2002, 90).

Allgemein ausgedrückt ist meine Zielintention, die selbstschädigenden Leibzuwendungen über das Interesse der PatientInnen für den Leib als Begegnungs-, Erkundungs- und Wirkmedium zu mildern.

2. Exemplarische Interventionen

Im Übungsfeld der Therapiestunden möchte ich die PatientInnen für eine Seinserfahrung im Hier und Jetzt gewinnen. Diesen Hinwendungsprozess schildere ich anhand der ersten Kriseninterventionen bei der oben beschriebenen 26 jährigen Patientin:

Meine erste Bewegungsintervention setzt an der Peripherie ihres Leibes, den Füßen an. Ziel ist die Selbstwirksamkeit, das Selbstwerterleben und das Kohärenzgefühl anzuregen.

Ich bitte sie, ihre beiden Füße zu meinen Füßen zu strecken; sie sitzt ja nur einen Meter von mir entfernt. „Gut so, jetzt kommen Sie mit Ihren Füßen unter meine beiden Füße und bewegen sie; ja genau so. Nun drehen wir die Situation um und ich bewege Ihre Füße“. Danach stellen wir die Füße auf dem Teppich ab, um ihn ein wenig hin und her zu ziehen.

Das Tun strengt uns an, und wir müssen beide lachen, da wir uns stark konzentrieren, um ein wenig Effekt zu haben. Aber wir bestätigen uns gegenseitig, dass wir die Anstrengungen und den Bewegungseffekt der anderen jeweils bemerken.

Ich erkläre dann, dass sie die Entscheidung habe, über ihre Füße Wirkung zu erzielen. Sie sagt, das tue gut, ihre Füße so spüren zu können.

Im weiteren Verlauf ersinnen wir gemeinsam verschiedene Untergrund- und Bodenerfahrungsmöglichkeiten unter ihrem Schreibtisch. Es gelingt ihr nach und nach, etwas gelöster, ruhiger und länger am Schreiben dran zu bleiben. Mit Freude entwirft sie eine Fußwiese, wie sie es nennt, und kann sie von der sonst im Zimmer verbreiteten Vermüllung frei halten. Ein Stück Lebensqualität hinter den Krisenbergen war wieder sicht- und spürbar geworden.

In den weiteren Stunden haben wir diese eigen aktivierte Hinwendung mit dem Ziel eines Verbindungsgefühles zum Boden vielfältig geübt. Rhythmisches Begleiten der Schritte „da und da oder da bin ich und da bin ich“, Bodenkontakt mit der Intention des Begrüßen des Bodens bei jedem Schritt und Begrüßt-Werdens eröffnete weitere Sinnqualitäten. Volkstanzschritte oder Schritte zu afrikanischer Musik erweitern dieses Übungsfeld. Stehen und Gehen auf einer dicken, nachgiebigen und angewärmten Decke, die sich an die Fußsohlen der Patientin anschmiegt, kann ihr Erleben wecken, dass der Boden da ist. Gemeinsam haben wir daraus eine weitere Variation den „Gang auf dem Elefantenrücken“ entwickelt. Die Patientin aktiviert dazu ihre Füße beim Hinwenden und Ablösen vom Boden so, als ob sie auf dem belebten und sie tragenden großen Rücken stünde. „Immer dann, wenn es zu eng wird, trägt Sie der Elefant“, so meine Verschreibung. Die Patientin findet die Idee „cool“, sich über ein anderes Bild von ihren inneren Mißempfindungen abzulenken. Ich unterstütze sie in ihrem Verständnis der aktiven Dissoziation mittels des „Elefantenganges“. Soweit exemplarisch einige Kriseninterventionen.

Eine der bleibenden Eindrücke meiner Laban Ausbildung ist, dass wir aufgefordert wurden, die Bewegungen in den Raum zu zeichnen, damit die „Trace forms“ zu erschaffen. Laban verwendet für menschliche Bewegung die Metapher einer lebendigen Architektur: „(...) living in the sense of changing emplacements as well as changing cohesion. This architecture is created by human movements and is made up of pathways tracing shapes in space, and these we call „trace-forms“ (Laban 1974, 5; Übersetzung der Autorin: ... lebendig im Sinne von wechselnden Positionen sowie von wechselndem Zusammenhang. Diese Architektur ist durch die menschliche Bewegung erschaffen. Sie wird durch die Bewegungswege, die das Bewegen als Formen in den Raum zeichnet, gemacht. Diese Formen nennen wir „Formen der Spuren“). Als junge Labanstudentin war mir noch nicht deutlich, dass so räumliche Beziehungen und Orientierung hergestellt werden können. Vor allem haben sich mir zu dieser Zeit noch nicht die Bedeutungszusammenhänge von selbstbezogenem und Umwelt bezogenem Bewegen erschlossen. Auch die Bewegungssequenzen Irmgard Bartenieff's, die die Effort-Shape® Konzepte in die Körperarbeit integriert hat, können über den sofortigen Focus auf den Außenbezug in den Kriseninterventionen hilfreich sein. Die Fersen - Steissbein Verbindung erweitere ich - als „Känguruhschwanz“ Übung – über die vorgestellte Verlängerung der Wirbelsäule als drittem Standbein, das Linien zwischen den Fersen auf den Boden zeichnet. Diese Vorstellung kann, wenn sie leiblich umgesetzt wird, den Kontakt zum Boden stabilisieren und die Erregung und Anspannung herabsenken. Die Verbindung von Schulterblatt zu den Fingerspitzen (vgl. Bartenieff 1980, 229-262) erweitere ich zur „Schutzengel“ Übung. Diese Übung kann dazu beitragen, dass sich die PatientInnen in ihrem Daseinsgefühl bestätigt fühlen. Die Not, sich lediglich im Handeln daseinsberechtigt zu erleben, kann so gemildert werden. Ein Raumgefühl als Verbindung zur Umwelt kann geweckt und das Interaktionsdilemma abgeschwächt werden. Die PatientIn wird von mir gefragt, ob ich meine Hände auf ihre Schulterblätter legen kann. Sie soll dann sofort bemerken, wie weit mein Rücken von dem ihrigen entfernt ist. Damit wird der Aufmerksamkeitsfocus auf den Raum und nicht auf die tatsächliche Körper- und Kontaktgrenze der PatientIn gelegt. (Auf die Bedeutsamkeit eines gemeinsamen Focus als dem Dritten in der therapeutischen Beziehung zu diesen PatientInnen gehe ich im nächsten Abschnitt ein). Die PatientIn zeigt den vermuteten Abstand an. Ist er für sie angenehm, bewege ich mich in diesem Abstand als Anhängsel ihres Rückens; die PatientIn achtet auf meine Bewegung. Dann bewegt sie sich zuerst am Ort und dann in die Vorwärtsbewegung und nimmt mich als Anhängsel des eigenen Rückens mit. Sie löst sich aus meinen Händen und geht einige Schritte in die Vorwärtsrichtung und kommt wieder in meine Hände zurück. Darüber kann sie das Über-Sich-Hinaus-Spüren auch ohne taktilen Kontakt erfahren und das Verinnerlichen eines beschützten Rückens als Erweiterung ihres Körperschemas erleben. Weitere Zwischenstufen führen dann so weit, dass sich die PatientIn die Schutzengel Flügel von ihrem eigenen Rücken ausgehend selbst imaginiert. Wesentlich ist, dass die PatientIn dabei den Rücken nach hinten und in die Seiten weitet. Die „Schwingen“ wachsen über den Rückenraum in den Raum vor die Patientin, umfassen und begrenzen diesen Raum als ihren persönlichen Raum (weitere Übungsbeispiele s. Waidelich 2006, 170 -192).

3. Raumkonzepte und Beziehungsgeschehen

Ein haltendes, tragendes Raumgefühl der TherapeutIn ist eine wesentliche Grundlage für die Gestaltung der Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn.

In der Psychotonik Glaser® (Glaser 1990) und im Effort-Shape® und Space Konzept von Laban (vgl. Hackney 1998, 11 – 18, 43 f; Maletic 1987, 189 - 201) werden das Raumgefühl oder die Präsenz im Raum als Seinsweise von den interaktionellen Handlungen der Menschen und ihren Antrieben als getrenntes Geschehen betrachtet und auch geübt. Der intentionale Aspekt von Richtungs- und Formschaffen der Shape Qualitäten bestimmt den Außenbezug im Bewegen und ermöglicht Kontrolle, Distanzierung und Veränderung von Bewegungsmustern (vgl. Dell 1970, 59 ff, Laban 1971, 15, Waidelich 2008, 55-58). Die Bewegungsqualitäten der Shape Konzepte („Rising/ Sinking, Advancing/Retreating, Spreading/Enclosing“, Hackney 1989, 222; Übersetzung durch die Autorin: aufsteigend/ sinkend, nach

vorne gelangend/ zurückziehend, ausbreitend und zusammen schließend) werden über die Intention und innere Haltung zur eigenen und umgebenden Situation ausgeprägt. Jede Bewegung stellt einen Veränderungsprozess zwischen einem Öffnen und Schließen, einem Vergrößern oder Verkleinern der Körperform dar. „Laban hat sich- so verstehe ich sein Gedankengut – der Verquickung von formalen und motivationalen Kategorien des menschlichen Bewegungsverhaltens gewidmet“ (Waidelich 2008,56). So bedeutet z.B. der Prozess einer Weitung nicht einfach, in eine weite Körperposition zu gelangen. Für Laban bestimmt der „humane effort“ (Laban 1971, 15) als intentionaler Beweggrund das Sein in Beziehung zum Außen. Die Intention des bloßen Seins ist für PatientInnen in einem handlungsorientierten Berufs- und Familien Alltag, dessen Erfolg sich über die Erreichung bestimmter Ziele bemisst, ein schwieriges Unterfangen. Sie werden in der Enge der Anhäufung von alltäglichen Krisen ihre Daseinsberechtigung und ihr Überleben sofort mit dem Handeln verknüpfen. Und sie können sich in ihrer Not nicht von ihrem Tun distanzieren und den oder das Gegenüber, das Zusammenspiel und die entstehenden Wirkungen betrachten. Ihr Erregungsniveau ist von daher ein sehr hohes oder ein sehr geringes. Um die dringlich erforderliche Distanzierung zu erreichen, ist die Unterscheidung von Raumgefühl und Handeln sehr hilfreich. Aus der definitorischen Unterscheidung, die ich oben beschrieben habe, ergeben sich eine Menge von Bewegungsaufgaben, die es den PatientInnen ermöglichen, ein Raumgefühl zu erfahren, das sie in ihrem Daseinsgefühl bestärken kann. Das über den Umweltkontakt erweiterte Körper- und Bewegungsschema („so wie ich jetzt bin, kann ich mich verbinden mit meinem Umraum“), kann in der Krisensituation ein wesentlicher Faktor der Entlastung darstellen. Die Wirksamkeit in der Umwelt und die Rückwirkung auf die PatientInnen können sofort im Sitzen im Therapiesessel, aber auch im Liegen oder im Stehen oder im gemeinsamen Gehen im Therapieraum erfahren werden.

Aus dem breiten Repertoire der Laban Bewegungsaufgaben können z.B. Bewegungserfahrungen innerhalb der drei Richtungen der Vertikalen, der Horizontalen und der Sagittalen und derselben drei Ebenen einen ständigen Veränderungsprozess von größer und kleiner werdenden Bewegungsformen das Raum- und Seinsgefühl fördern (vgl. Moore 1988, 192 – 196, vgl. Glaser 1990, 41ff). Neben den Interventionen auf der Bewegungsebene muss die TherapeutIn den PatientInnen als Resonanz erfahrbar machen, dass so, wie sie jetzt sind (d.h. sie in ihrem jeweiligen Seinszustand und mit ihrer derzeitigen Lebensleistung Anerkennung benötigen), diese in der therapeutischen Situation erhalten. „Es ist in Ordnung, dass es dich so gibt“ muss von den PatientInnen als basale Anerkennung verinnerlicht werden können. Das folgende kurze Bewegungsbeispiel eines Patienten zeigt drastisch – so meine ich – wie ein Defizit in der Entwicklung dieses Seinsgefühles auch das Bewegungsverhalten prägt. Der Mann konnte in den Gruppengesprächen lediglich seine Sicht der Situation erfassen. Die Äußerungen der übrigen TeilnehmerInnen blieben für ihn unverständlich, sofern sie nicht seine Sichtweise bestätigten. Ein geschwungener Strich auf seinem Zeichenblatt war in seinen Augen Symbol für seine Körperhaltung und Ausdruck für seine gesamte Seinsweise. Es war ihm nicht möglich, sich in andere Aussagen, dass dieser Strich z.B. erstmal nur ein Strich sei und wenig über ihn aussage, einzufühlen. In seinem Elternhaus, so erzählte er, sei er ohne Spielerfahrung groß geworden. Die Welt der Kommunikation bestand für ihn aus Eins zu Eins Botschaften. *Ich sehe ihn vor mir, wie er sich über lange Zeit nur in der Mitte des Raumes wie unter einer Glocke bewegt hat, völlig losgelöst vom übrigen Geschehen. Seine heftig stoßenden Armbewegungen wiesen in ihrer Ausrichtung ständig auf seinen eigenen Körper. Häufig drehte er sich um seine Längsachse oder begab sich in windenden Bewegungen zu Boden. Von der Umwelt des Raumes so wie der Gruppe nahm er scheinbar keinerlei Notiz.* Mit den Begriffen der Laban Terminologie hat er sich in seiner Kinesphäre, also dem Bewegungsraum bewegt. Laban definiert die Kinesphäre als den Raum „around the body whose periphery can be reached by easily extended limbs without stepping away from that place which is the point of support when standing on one foot, which we call the stance“ (Laban 1974, 10 Raum um den Körper, dessen Peripherie durch die normal sich ausstreckenden Gliedmaßen erreicht werden kann, ohne den Unterstützungspunkt, der durch ein Bein gebildet wird und den wir Standpunkt nennen, zu verlassen. Übersetzung durch die Autorin). Der übrigen Raum um ihn herum wurde von ihm nicht beachtet oder genutzt. Meine Vermutung war auch, dass er sich des Umrisses seiner Kinesphäre nicht bewusst war. Weiter vermutete ich, dass für ihn über ein belebtes, ihn mit den Anderen verbindendes Raumgefühl die Gefahr, über die Reize aus der Umwelt überflutet zu werden, vermutlich sehr groß werden würde. Die Abschottung in seiner eigenen Sphäre machte für ihn eine Existenz in der Gruppe möglich.

Hilfreich für eine differenzierende Diagnostik und Interventionspraxis sind die Raumkonzepte der amerikanischen Sozialpsychologen Hall und Argyle. Sie haben den „gelebten Raum“ (Merleau-Ponty 1984) in den Intimraum (intimate space), den persönlichen Raum (personal space), den Begegnungsraum (social space) und den öffentlichen Raum (public space) ausdifferenziert (Hall 1969, 113 - 129; Argyle 1978, 300 – 322). Im Intimraum ist der Mensch allein anwesend; persönlicher und Begegnungsraum werden über die eigene Entscheidung zum Kontaktraum; im öffentlichen Raum haben persönliche Einstellungen und Entscheidung nur partielle Gewichtung (s. Abb. 4).

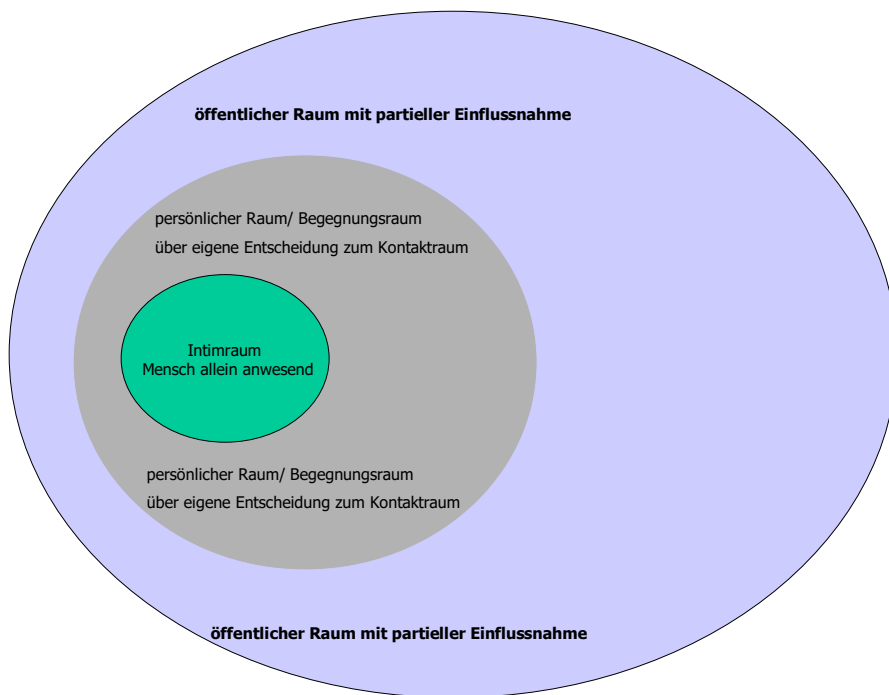


Abb. 4: Öffentlicher Raum, persönlicher Raum und Intimraum

Zur Beziehungsdynamik und der Auswirkung auf das Raumerleben:

Die Psychodynamik der PatientInnen, ihr aufgewühltes Innenleben beim anderen Menschen unterbringen zu müssen oder es zu verbergen, bedingt ein Vermengen dieser unterscheidbaren Lebensräume. Vielleicht kann es als eine Ausprägung der strukturellen Störung bezeichnet werden, dass alle diese Räume für die PatientInnen gleich besetzt sind. *Die Patientin aus dem Tanzimprovisationsunterricht möchte in allen Räumen mit menschlichem Kontakt in derselben Qualität erfahren. Grenzüberschreitungen und Verletzungen, die sie dabei erlebt, schreibt sie der schlechten Ausstrahlung und Böswilligkeit der anderen Menschen zu. Der Patient oben besetzt ausschließlich seinen Intimraum im Bewegen.*

Der andere ist in der Vorstellung der PatientInnen für das Ziehen der Grenzen zuständig. Tut er das im Kontakt und definiert er seinen Raum, wird dies als Zurückweisung erlebt oder negiert. Dennoch wird er genutzt, damit er stellvertretend die Grenze bei den Patientinnen und Patienten zieht – ein weiteres Beziehungsdilemma. Wie erfinderisch die PatientInnen dabei sein können und was sie der TherapeutIn damit über ihre eigenen Nöte zeigen, verdeutlicht das folgende Beispiel: *„Heute sind sie schlecht drauf (so die Patientin zu mir), sie sind fahrig und ohne Kontur. Ich kann sie gar nicht spüren. Machen sie keine Übungen am Morgen, um sich zu reinigen. Ich bringe Ihnen mal meine Feldenkraisübungen mit, damit sie sie machen, bevor sie zu mir kommen. Ich spüre ihre schlechte Energie. Da werde ich schwach und hilflos und ich brauche doch guten Kontakt“.* Der Anspruch lautet: „Wenn du so bist, dann musst du das doch bitte regulieren. Dann geht’s dir wieder besser und du bist für mich besser aushaltbar und mir geht’s dann auch besser“. Eigene Problematik wird beim Anderen untergebracht, der diese dann stellvertretend regeln soll. Gegenseitig sich bedingender Kontakt, Begegnung und Beziehung wird so verunmöglicht. Dass Beziehung wichtigster Träger von Entwicklung und Veränderung und Erweiterung ist, wird allgemein anerkannt. Menschliche Gehirnleistung besteht, wie Hüther dies zusammenfasst (Hüther 2006, 75-97, 2008, 56 – 67) im Aufrechterhalten und Gestalten von Beziehung zwischen sensorischer Wahrnehmung und motorischer Ausdrucksmöglichkeit. Das Problematische der menschlichen Entwicklung als Beziehungsentwicklung, so Hüther weiter, liegt darin, dass der Mensch sich über die Anpassungsprozesse immer weiter entfernt, „...von dem, was sein Denken, Fühlen und Handeln ursprünglich, als er noch ein kleines Kind war, primär geprägt hatte: die eigene Körpererfahrung und die eigene Sinneserfahrung“ (unveröffentl. Manuscript S.3 f).

Um in der Therapiesituation wieder an diese Erfahrungen anknüpfen zu können, gilt es, in diesem schwierigen Beziehungsfeld ein Sinndach zu schaffen, unter dem die Ressourcen der PatientInnen aktiviert und für die Bewältigung der Situation genutzt werden können. Leiblich bezogenes Miteinander ohne in die Zwickmühle des Komm-Her-Geh-Weg-Geschehens zu geraten, braucht einen speziellen Raum. Winnicott hat als erster auf diesen Übergangs- und Möglichkeitsraum hingewiesen, in dem neben den

zwei sich darin befindenden Menschen noch ein Drittes entstehen kann (vgl. Winnicott 1971). Eine seiner Techniken dazu ist das Malen eines Kritzelbildes, bei denen beide Beteiligte, einer nach dem anderen mit einem Stift Linien auf das Papier kritzelt. In der Bedingtheit der beiden Akteure und über das Malen des Kritzelbildes entsteht das Neue Dritte. Als bewegungstherapeutisch geschulte Krisentherapeutin stütze ich mich dazu auf den gemeinsamen Raumbezug zwischen TherapeutIn und PatientInnen als dem entstehenden Dritten (s. Abb. 5).

TherapeutIn - PatientIn - Beziehung

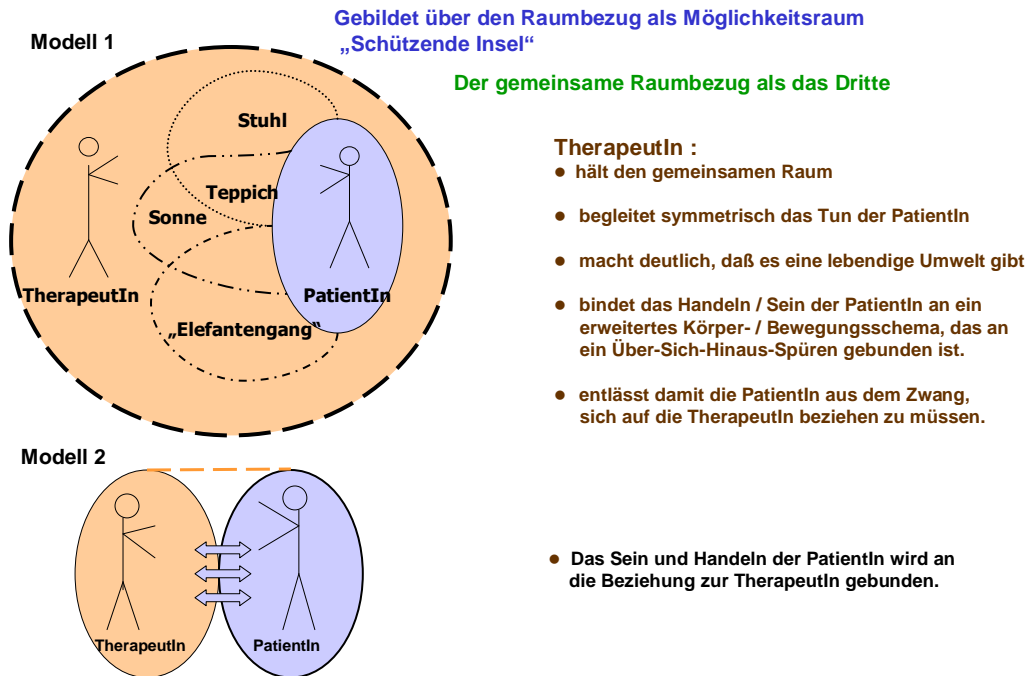


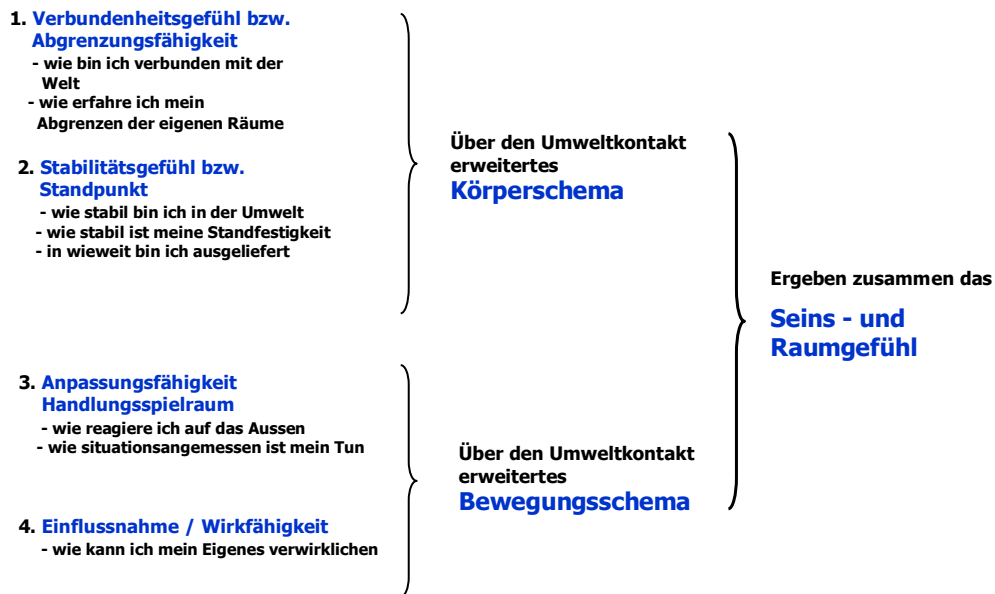
Abb. 5: TherapeutIn- PatientIn-Beziehung über den Raumbezug als Möglichkeitsraum

Im Therapiebeispiel war dies z.B. der gemeinsam zu bewegendende Teppich oder der Gang auf dem Elefantenrücken. Die Aufgabe der TherapeutIn wird also sein, Umwelt um die PatientInnen so zu entwerfen, dass sie interessant und passend sein kann. Auf diesen Raum kann sich das Mit-Ein-Ander-Sein und -Handeln beziehen. In der Abbildung sind beide Modelle dargestellt: oben das über den gemeinsamen Raumbezug geschaffene Sinndach im Unterschied zum persönlichen Kontaktgeschehen in der unteren Zeichnung.

Das Sein und Handeln der PatientInnen wird in diesem Raum an ihr erweitertes Körper- und Bewegungsschema des Über-Sich-Hinaus-Spürens und nicht an die Beziehung zur TherapeutIn gebunden. Damit umgehen wir die aus dem Kontaktgeschehen resultierenden Vorwärtsverteidigungen und hoffentlich auch erneute Überforderungs- und Stressreaktionen. Diese Konzeption habe ich von Annelies Wieler übernommen (Wieler, unveröffentl. Unterrichtsmaterialien 2007). Ich werde sie abschließend erläutern.

4. Abschließende Bemerkungen

Bewegungshandeln als Kontaktbejahung ermöglicht :



Quelle: Unterrichtsmaterial Annelies Wieler, Lehrinstitut für Psychotonik Glaser®, Zürich

Abb. 6: Aufbau eines Seins- und Raumgefühles (Quelle: Unterrichtsmaterial Annelies Wieler, Lehrinstitut für Psychotonik Glaser ©, Zürich)

1. Bewegungshandeln als Kontaktbejahung ermöglicht ein Verbindungsgefühl:

Über die eigene Körpergrenze hinaus lernt die PatientIn etwas über das Andere der Umgebung und sie lernt etwas über die Abgrenzung der eigenen Räume.

2. Bewegungshandeln als Kontaktbejahung lässt ein Gefühl für die eigene Stabilität und den eigenen Standpunkt entstehen: Inwieweit kann die PatientIn den Standpunkt gegenüber einem Druck von außen einnehmen, inwieweit kann der eigene Stand kompakt bleiben oder inwiefern ist er der Umwelt ausgeliefert?

Aus der Verbindung dieser beiden Gefühlsqualitäten von Verbindung und Stabilität entsteht ein sensomotorisch erlebtes Körperschema, das im Bewegungshandeln über das Selbstwirksamkeits- und Kohärenzgefühl umgesetzt werden kann. Damit kann die Macht, die die Affekte der PatientInnen über die eigene Wahrnehmungsfähigkeit haben, gemindert werden und Gefühle können so reguliert werden, dass sie erlebbar sein können.

3. Bewegungshandeln als Kontaktbejahung ermöglicht weiterhin ein Gefühl für die eigene Anpassungsfähigkeit in der Umwelt, für den Handlungsspielraum und die Toleranz. Eigene Absichten können in Abgleichung mit der Umgebung wahrgenommen und in eine Reihenfolge geordnet werden. Das Gefühl der PatientInnen, Spielball ihrer Gefühle und Absichten zu sein und ihr Handeln als eine Art Vorwärtsverteidigung zu leben, um sich den Andern vom Leib zu halten, kann gemindert werden. Es kann ein Verhalten aufgebaut werden, in dem Verständigung ein Ziel sein kann.

4. Im Bewegungshandeln als Kontaktbejahung kann ein Gefühl für die persönliche Wirkfähigkeit und der Einflussnahme entstehen.

Aus der Verbindung von Anpassungsfähigkeit im Handeln und wirksamer Einflussnahme kann so ein erweitertes Bewegungsschema aufgebaut werden. Damit wird es möglich mechanisches und ausschließlich zielorientiertes Handeln mit Erlebensmöglichkeiten anzureichern (vgl. Zaepfel 2006). Es kann so ein

Bewegungsschema entstehen, das sich im Kontakt des Menschen mit seinem Umraum aufbaut und erfüllt.

Körper- und Bewegungsschema zusammen ergeben das Raum-/Seinsgefühl, über das im kommunikativen Umgang mit der Umwelt das jeweilig Dritte im Begegnungsraum entstehen kann. Gelingt in der TherapeutIn PatientIn Beziehung diese grundsätzliche Anerkennung, können zum einen emotional korrigierende Erfahrungen im Erleben der PatientInnen angeregt werden. Darüber hinaus können über das erweiterte Körper- und Bewegungsschema Qualitäten der Regulierung für das Verhalten der PatientInnen erfahren und geübt werden. Über die so erreichbare Erweiterung des persönlichen Raumes bzw. der Kinesphäre zu einem gefüllten Seins- und Begegnungsraum entsteht die Ressourcen weckende Arbeit in der Krisenbewältigung.

Bewegungsaufgaben, die unter den Hinwendungs- und Raumgefühlgesichtspunkten betrachtet und angewandt werden, bieten vielfältige Möglichkeiten für die Kriseninterventionen dar. Mein Schwerpunkt liegt dabei nicht auf dem Selbstbezug der inneren Achtsamkeit. Ich hoffe, dass ich deutlich machen konnte, dass Stabilisierung in der Krise über die körperliche Hinwendung zum Außen erfolgen kann. Zu allererst muss die hohe Affektspannung der Patientinnen und Patienten gelöst werden und dann erst können beschwichtigende, beruhigende und tröstende Äußerungen und Gesten geschehen. Die Patientinnen und Patienten haben in ihrem Leben viel Kälte und Starre erlebt. Viele ihrer emotionalen Anfragen gingen ins Leere. Nichtresonanz können diese Menschen deshalb nicht aushalten; sie ist sofort Krisen vertiefend.

Zum Abschluss lade ich zu einem kleinen Experiment ein, in dem der Raumbezug leiblich aufgerufen werden kann: „Formen Sie eine Hand so, als ob Sie ein Schneckenhaus hielten und rufen Sie in sich eine begrüßende Einstellung auf. Egal, wie die Haltung ihrer Hand ist, das Schneckenhaus soll von Ihnen umfasst werden, es soll in Ihrer Hand aufgehoben sein, nicht beengt aber geschützt sein. Wenn Sie mögen, kann das Schneckenhaus den fragilen und gefährdeten Raum - auch den Innenraum - der PatientInnen symbolisieren“.

Die therapeutische Aufgabe für die TherapeutIn in der Arbeit mit Menschen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen wird sein, einen leiblich konstituierten Raum um den Raum der PatientIn herzustellen und ihn während der ganzen Stunde als Verbindungsraum zu sichern und zu halten.

Literaturliste:

- | | |
|--|---|
| Antonovsky, Aaron | Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit Tübingen 1997 |
| Argyle, Michael | Bodily Communication. 2.Aufl. Methuen London 1978 |
| Bartenieff, Irmgard | Body Movement: Coping with the Environment New York 1980 |
| Bronisch, Thomas, u.a. | Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen Leben lernen 137, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2005, 3. überarbeitete Auflage |
| Dell, Cecily | A Primer for Movement Description, Dance Notation Bureau, Inc. New York 1970 |
| Fuchs, Thomas | Zeit-Diagnosen; Philosophisch-psychiatrische Essays Die Graue Edition, Zug 2002. |
| Glaser, Volkmar | Eutonie. Das Verhaltensmuster des menschlichen Befindens. Lehr- und Übungsbuch für Psychtonik. Haug Heidelberg 1990, 3. überarbeitete Auflage. |
| Hall, Edward T. | The Hidden Dimension. Doubleday New York 1969 |
| Hackney, Peggy | Making Connections: total body integration through Bartenieff Fundamentals. Amsterdam 1998 |
| Hüther, Gerald | Sich zu bewegen lernen heißt für's Leben lernen! Die erfahrungsabhängige Verankerung sensomotorischer Repräsentanzen und Metakompetenzen während der Hirnent- wicklung. (script ohne Jahresangabe) |
| Hüther, Gerald | Biologie der Angst. Göttingen 1997 |
| Hüther, Gerald | Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch et al Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Huber Verlag Bern 2006, 75 – 97 |
| Koch, Sabine u. Bender, Susanne(Hrsg) | Bewegungsanalyse- Das vermächtnis von Laban, Bartenieff, Lamb und Kestenberg. Logos Verlag Berlin 2007 |
| Laban, Rudolf | The Mastery of Movement, Macdonald u. Evans London 1971 |
| Laban Rudolf | The Language of Movement Plays, Inc. Boston 1974 |
| Laban, Rudolf | Effort Economy of human movement, Macdonald u. Evans London 1974 |

- Maletic, Vera Body-space-expression; the development of Rudolf Laban`s movement and dance concepts. Walter de Gruyter.Co., Berlin 1987
- Moore,Carol-Lynne,
Yamamoto,Kaoru Beyond Words Movement Observation and Analysis Gordon u. Breach New York 1988
- Marlock, Gustl,
Weiss, Halko
Orth, Ilse,
Petzold, Hilarion Handbuch der Körperpsychotherapie, Schattauer Stuttgart 2006
- Petzold, Hilarion Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. Integrative Therapie Vol. 34, NO 1/2 Mai 2008 99-133
- Petzold, Hilarion Der >informierte Leib<:>embodied and embedded<-ein Meta-konzept für die Leibtherapie, in: Marlock,Weiss s.u 2006, 100 -118
- Reddemann, Luise Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie,Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2004
- Roth, Gerhard Das Ich ist eine Einbahnstraße. Spiegelgespräch in: Der Spiegel 35/2007, 124 –127
- Rudolf, Gerd; u.a. Die Struktur der Persönlichkeit; vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts, Schattauer, Stuttgart 2005
- Schmidt,Robert F. u.a.
Schoop, Trudi Physiologie des Menschen, Springer Heidelberg 2000
Zur Tanztherapie. „... Glückliche Fantasie und herrliche Träume“ Vom „Fridolin“ zur Tanztherapeutin. Referat, gehalten während des 7. „Forums für Musik und Bewegung“,5. – 11.6.1977 in Lenk, Schweiz, 1977; in Willke, et al. Tanzthreapie-Theorie und Praxis Paderborn 1992, 117 – 128
- Van der Kolk, Bessel Geleitwort II, in Marlock,Weiss Hrsg.: Handbuch der Körperpsychotherapie, Schattauer Stuttgart 2006, VII -XII
- Waidelich, Heidrun Trudi Schoop – Erinnerungen an erlebte Stunden im Tanz. In: Forum Integrative Tanztherapie 37/38 1999, 98 –100
- Waidelich, Heidrun Alltag als Anhäufung von Krisen – erlebte Realität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Krisenintervention über Bewegung in der ambulanten Psychotherapie. In Forum Tanztherapie Sonderausgabe-Jubiläumskongress 2006 XXVI Jg, 153-194.
- Waidelich, Heidrun Workshop-Bericht 3. Kongress der Gesellschaft für Körperpsychotherapie in; Forum Tanztherapie Hrsg: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie 2008 XXVIII Jg, 55-58
- Wieler, Annelies unveröffentl. Unterrichtsmaterialien, Lehrinstitut für Psychotonik, Zürich 2007
- Winnicott, Donald,W. Playing and Reality, London 1971
- Zaepfel, Helmut et al. Das Moment der Ressourcenaktivierung im Ansatz der Integrativen Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie: eine theoretische Skizze. Unveröffentlichtes Script 2006

Verfasserin:
Heidrun Waidelich
Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e. V. (DGT)
Mozartweg 11
72076 Tübingen
07071- 64792 Mail: waidelich-hoertdoerfer@t-online.de