Arbeitsgemeinschaft
Funktionelle
Entspannung

# FUNKTIONELLE ENTSPANNUNG

# BEITRÄGE ZU THEORIE UND PRAXIS

Heft 43 – November 2017

# Inhaltsverzeichnis


**Dr. Angela von Arnim**
„Brokkoli“ an „Blumenkohl“: Schmerz langsam nachlassen lassen!
FE im Umgang mit Schmerz 4

**Silvia Rost**
„Selbstfürsorge im Klinikalltag ... ? ... ! Ein Projekt zum FE-Zertifikat 23

**Sabine Wurzbacher**
Einführung zum nachfolgenden Vortrag von Dr. Marion Tietz-Strödl 29

**Dr. Marion Tietz-Strödl**
„Ansichten des Schmerzes in der bildenden Kunst“ 31

**Dr. Petra Saltuari**
„Aufräumen“ mit FE. Ein Erfahrungsbericht 58

**Dr. Ingrid Herholz, Dr. Rolf Johnen**
Bindung und Schmerz. Körperpsychotherapeutische Ansätze mit FE
Arbeitspapier für den Workshop 64
Handout beim Workshop 72

**Gertrud Dick**
„FE im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie“ 77

**Dr. Ursula Bartholomew**
Eine kontrollierte randomisierte Studie über Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs als zusätzliche Methode zur Psychoedukation bei Stress
Zusammenfassung der Publikation von Dr. Claas Lahmann 91

**Autor*innen** 94


# Vorwort

Das zweite Heft „Funktionelle Entspannung - Beiträge zu Theorie und Praxis“ im neuen Design ist fertig. Es beinhaltet zum Großteil Texte zu den Vorträgen, die anlässlich der letzten Jahrestagung (November 2016) gehalten wurden mit dem Thema „Dem Schmerz entspannt begegnen - Funktionelle Entspannung in der Schmerztherapie“.

So finden sich in diesem Heft Gedanken und Ausführungen zum Thema Schmerz in der Psychotherapie und dem haltgebenden Umgang auf der Körperebene insbesondere bei traumatischen Erlebnissen, aber es gibt auch den Bezug zum Schmerz in der Kunst, der über dieses Medium Ausdruck findet und kollektiv erfahrbar wird.

Die Selbstfürsorge im Kontext von Pflege kranker Menschen, die Schmerzen erfahren, wird in einer Projektvorstellung dargestellt. Des Weiteren gibt ein Text Aufschluss über den Zusammenhang von Bindung und Schmerz. Und es werden in einer Arbeit kleinere FE-Sequenzen skizzenartig dargestellt, in denen die Regulation durch FE anschaulich dargestellt wird.

Ein Text fällt thematisch etwas aus der Reihe, hier geht es um das „Aufräumen und Loslassen mit FE“. Indirekt hat dieser Loslassprozess auch wieder mit Schmerz zu tun, es wird anschaulich beschrieben wie loslassen innere und äußere Räume eröffnet. Dieser Prozess geht mit dem Durchfühlen und Durcharbeiten von Schmerzhaftem und mit Abschiedsschmerz einher.

Besonders erfreulich ist, dass die FE-Präventionsstudie von Prof. Dr. Claas Lahmann, die unter der Mitarbeit einiger FE-Therapeut*innen erstellt wurde, jetzt veröffentlicht wurde. Eine von Ursula Bartholomew auf deutsch übersetzte Zusammenfassung des Artikels können Sie am Ende des Heftes nachlesen mit Hinweis auf die Quelle. Wir hoffen, dass diese Veröffentlichung den Weg bereitet zunächst für eine Anerkennung bei der Zentralen Prüfstelle für Prävention und darüber hinaus dann bei den Krankenkassen.

Viel Freude beim Lesen wünscht das Redaktionsteam!
Petra Saltuari, Johann Matthes, Regine Wosnitza (Layout)

# „Brokkoli“ an „Blumenkohl“: Schmerz langsam nachlassen lassen!
# FE im Umgang mit Schmerz – Dr. Angela von Arnim

Überarbeitetung des Vortrages „Dem Schmerz entspannt begegnen – Funktionelle Entspannung in der Schmerztherapie“ gehalten auf der Jahrestagung der A.F.E. 2016 Berlin, August 2017

## Inhalt


- Einleitung: Die Skizze von Frau S.
- Schmerz als Reaktion auf Bedrohung
- Was hat das mit Brokkoli und Blumenkohl zu tun? Aspekte der Neurobiologie des chronischen Schmerzes
- Bindung und frühe Stresserfahrungen
- Traumaaspekte: Die Polyvagaltheorie
- Wie kann Brokkoli und Blumenkohl geholfen werden? Mit FE – aber warum?
- FE in der multimodalen Schmerzmedizin
- Fallbeispiel Frau S.
- Zusammenfassung und Ausblick


## Einleitung

Die Skizze von Frau S.

In einer Therapiestunde zeichnet Frau S. spontan und schnell ihren Schmerz im Körper und was damit in Zusammenhang stehend in ihr stattfindet. Sie sagt dazu:

*„Tief in mir drin, in meinem Bauch, ist mein Schmerz. Außen ist meine Schutzschicht, gegen die Umwelt, meine Empfindungslosigkeit nach innen und nach außen. Und dazwischen, da bin ich. Ich weiß gar nicht, wer ich bin, ich werde zerdrückt von Schmerz und meinem Panzer.“*

Die 33-jährige Frau S. kam zu mir, damals in die ambulante Sprechstunde in der Psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Erlangen, mit einer seit Jahren bestehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

Diese zeichnet sich aus durch hohe Schmerzintensität, meist ohne freie Intervalle, durch Schmerzbeschreibungen, die affektiv geprägt sind, z.B. „scheußlich“, „widerlich“ und anderes mehr. Die Schmerzen haben oft eine diffuse Lokalisation oder sie wechseln oder sie schießen direkt bei bestimmten Themen ein. Sie verteilen sich auf Extremitäten, Gesicht,

Keywords
FE und Schmerz
somatoforme Schmerzstörungen

Zähne, Unterleib, oder sie sind multilokulär, häufig wechselnd. Der Beginn der Symptomatik liegt oft vor dem 30. Lebensjahr. Die Geschlechtsverteilung weiblich – männlich liegt bei 3 zu 1. Die Häufigkeit von somatoformen Schmerzstörungen bei Patient*innen in einer Schmerzambulanz liegt bei 30–50 %.

Patient*innen mit anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass kein klarer klinischer Befund erhoben werden kann, dass jedoch von den Patientinnen lange Zeit eine somatische Krankheits-Attribuierung vorgenommen wurde, und dass in der Vorgeschichte psychovegetative Symptome begleitend auftreten, wie z.B. Kloß- und Engegefühl im Hals oder Mundbrennen. Anfangs werden von Patient*innen psychosoziale Einflussfaktoren sehr strikt verleugnet. Spürbar ist eine ausgeprägte Abwehr von Affekten, besonders auch von Aggression, die als schuldhaft oder als Destruktion erlebt wird.

In der psychosomatischen Befunderhebung finden wir oft ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten, oft gepaart mit einem desorganisierten Bindungsstil, der bei traumatisierten Menschen häufig anzutreffen ist. Das Thema Anerkennung und Selbstwert über Leistung und Konformität wird rasch deutlich. In der Beziehung stellen die Patient*innen ständig die Vertrauensfrage, sie sind sehr kränkbar und haben eine geringe Frustrationstoleranz.

Sie sind ständig in Sorge.

## Schmerz als Reaktion auf Bedrohung

Schon Baruch de Spinoza (1632–1677) sah Schmerz als ein Zeichen für Bedrohung und Beunruhigung an. Er prägte den Satz: „Schmerz ist lokalisierte Sorge."

Chronischer Schmerz kann als Folge wiederholter Schutzreaktionen des Organismus auf Bedrohungen verstanden werden. Und je jünger der Organismus zum Zeitpunkt der Bedrohung ist, je länger und öfter ein Lebewesen Bedrohungen ausgesetzt ist, umso stärker ist die Schutzreaktion, und umso schneller springt der Schutzreflex des Organismus an.



Dieser Schutzreflex dient dem Überleben, er hat aber einen entscheidenden Nebeneffekt: Die Außenwahrnehmung zur Erkennung und Abwehr der Bedrohung ist dabei maximal, die Innenwahrnehmung, d.h. die Körper-Selbstwahrnehmung, geht dabei gleichzeitig gegen Null! Die Folge ist: Der Körper kann sich nicht mehr flexibel auf seine eigenen Bedürfnisse einstellen und nicht mehr entsprechend seiner eigenen biologischen Bedürfnisse reagieren.

## Was hat das mit Brokkoli und Blumenkohl zu tun? Aspekte der Neurobiologie des chronischen Schmerzes

Was bedeutet das also mit diesem Brokkoli und Blumenkohl?
Das fragte sich angeblich auch die Bayerische Landesärztekammer, die sich vor dieser Tagung weigerte, die A.F.E.-Jahrestagung 2016 zu zertifizieren. Die Begründung – ein Stück Real-Satire: Unsere Vorträge seien nicht wissenschaftlich, es werde über Gemüsesorten, wahrscheinlich für Kochrezepte, gesprochen! Erst nachdem ich diesen Vortrag nach München geschickt habe, kam grünes Licht zur wissenschaftlichen Zertifizierung. Allerdings ist die Bayerische Landesärztekammer bekannt für Vorwände, wissenschaftliche Tagungen nicht zu zertifizieren. Keine Sorge für die nächsten Tagungen, die hoffentlich auch in ihren Vorträgen weiterhin Metaphern verwenden: Die nächste Tagung wird durch die Psychotherapeutenkammer zertifiziert werden.

Aber zurück zu Brokkoli und Blumenkohl im Zusammenhang mit unserem Thema von Schmerz als Reaktion auf Bedrohungen: Neurophysiologische Forschungsergebnisse zeigen, dass es drei Arten von lebensrettenden Schutzreflexen im Organismus gibt, für die unser „Gefühlshirn", das limbische System, insbesondere die Amygdala, zuständig ist .

*Kampf, Flucht und Starrwerden durch Totstellreflex.* Alle drei sind neuro-endokrin-immunologisch gesteuert. Diese Ganzkörper-Überlebensreaktionen werden blitzschnell vom Gefühlshirn, das wie ein Sensor funktioniert, veranlasst – weit unter der Bewusstseinsschwelle – werden Situationen in der Umwelt auf ihre Gefährlichkeit und ihre Möglichkeit sie zu bewältigen eingeschätzt. Wird z.B. eine Situation als irritierend, aber

handhabbar eingeschätzt, wird der Organismus auf Kampf eingestellt. Wird dagegen die Lage als gefährlicher und nicht allein zu bewältigen gesehen, gerät der Körper in den Fluchtmodus. Wenn jedoch Kampf oder Flucht nicht möglich sind und die Situation prinzipiell lebensbedrohlich sein kann, hilft nur noch der Schutz des Großhirnes vor der Überschwemmung mit Stresshormonen durch teilweises Abschalten des Großhirnes sowie seiner Funktionen. Die Folge: Der Körper wird zunächst starr, bei länger anhaltender Bedrohung schlaff, Bewusstseinsfunktionen werden herabgesetzt.

Alle diese Reaktionen laufen in Bruchteilen von Sekunden ab, erst später wird durch nachträgliche Weiterleitung an die Großhirnrinde das Bewusstsein „informiert". Meinen Patient*innen in der Schmerzgruppe der Klinik für Naturheilkunde, in der sehr viele Schmerz-Patient*innen behandelt werden, erkläre ich diese Zusammenhänge meist mit einem *bildlichen Modell*:

Das Gefühlshirn, sprich, das limbische System, ist ein sehr kleiner Teil des Gehirns, ein eher älterer Teil, der aber unsere Körperreaktionen organisiert, um bei Gefahr das Leben zu retten. Das Großhirn kann erst später über diese Zusammenhänge nachdenken. Das Großhirn könnte man bildlich gesprochen mit einem *Blumenkohl* vergleichen, während das Gefühlshirn höchstens die Größe eines **Brokkoli** hat.

Das segensreiche Rettungssystem des *Brokkoli* hat jedoch, besonders wenn diese schnelle Eingreiftruppe häufig ausrücken musste, einige „Nebenwirkungen":

1. die verminderte körperliche Selbstwahrnehmung in Zeiten der Gefahr,
2. dadurch bedingt, die geringere Fähigkeit zur Selbstregulation,
3. die Tendenz des *Blumenkohls*, d.h. des Großhirnes, bei wiederholten, z.T. auch vermeintlichen Gefahrensituationen immer öfter „abzuschalten", was wir als verstärkte Dissoziationsneigung bei chronisch traumatisierten Menschen kennen,
4. die Außerkraftsetzung der segensreichen *hemmenden*, absteigenden Schmerzbahnen in Gefahrensituationen, denn alle müssen, ähnlich wie die aufsteigenden Schmerzbahnen, durch das Gefühlshirn hindurch, und wenn dort Brokkoli „Alarm" ausgerufen hat, findet keine Schmerz-Hemmung statt, d.h. die Beobachtung von Schmerzpatient*innen, in Stresssituationen nimmt der Schmerz eher zu, hat ein neurobiologisches Korrelat!



Bis hierher kann schon gesagt werden: Chronischer Schmerz ist weder eine rein körperliche, noch eine rein seelische Erkrankung, die alte Leib-Seele-Spaltung, eine theoretische Hypothek des Philosophen Descartes, macht hier überhaupt keinen Sinn, wir sehen, chronischer Schmerz ist eine bio-psycho-soziale Erkrankung des gesamten Menschen.

## Bindung und frühe Stresserfahrungen.

Diese Zusammenhänge zeigen gleichzeitig die Bedeutung der frühen Erfahrungen im Leben eines jeden Menschen: Frühe Stresserfahrungen, insbesondere Bindungsstörungen und negative Kindheitserfahrungen, insbesondere vernachlässigende oder überstimulierende Körpererfahrungen, führen zu einer veränderten Funktion des Gefühlshirns und des gesamten Stressverarbeitungssystems. Dies hat – unbehandelt – leider eine lebenslang dysfunktional veränderte Stressverarbeitung zur Folge. *Brokkoli* ist dann in einem Daueralarmzustand, sodass sozusagen der Regler verstellt wird und schon bei nicht ganz so gefährlichen Anlässen, die aber irgendwie an frühkindliche Gefahrensituationen erinnern, das volle Alarmprogramm abgerufen wird. Meist handelt es sich um Situationen von Verlassen-worden-sein oder von Übergriffig-behandelt-worden sein.

Wir wissen aus der Bindungsforschung, dass Bindung bei Menschen und Säugetieren ein angeborenes, regulierendes Verhaltens- und Motivationssystem ist, dass ein Lebewesen bei Gefahr die Nähe eines sicherheitsgebenden Artgenossen – einer Bindungsperson – suchen lässt. Die Art der Bindung prägt lebenslang unser Selbstbild und unser Bild vom anderen, wobei eine *sichere Bindung* als ein protektiver Faktor anzusehen ist. In der Normalbevölkerung finden wir zu ca. 2/3 sicher gebundene Menschen und zu ca. einem Drittel unsicher gebundene Menschen, die entweder als Erwachsene Bindungen vermeiden, besonders ängstlich oder desorganisiert sind oder sich ambivalent gegenüber Bindungspersonen verhalten und dabei oft in Beziehungen verstrickt sind.

In einer Untersuchung von Egle an Patient*innen der Schmerzambulanz der Universitätsklinik Mainz bot sich ein anderes Bild: Nur 18 % der Patient*innen waren sicher gebunden, 82 % unsicher.

Es sind im Wesentlichen soziale, familiäre und gesellschaftliche Faktoren, die bei frühem

Stress negativ auf die Bindung einwirken, z.B. Unerwünschtheit als Kind oder als Kind mit diesem Geschlecht, chronische familiäre Disharmonie oder Gewalt, häufiges Geschlagen oder Misshandelt werden, emotionaler oder sexueller Missbrauch, berufliche Anspannung beider Eltern, eine finanzielle familiäre Situation, die als kärglich oder instabil eingeschätzt werden muss, niedrige Schulbildung. All diese biografischen Belastungsfaktoren wurden von Egle (2017) und anderen empirisch als Risikofaktoren für chronische Schmerzerkrankungen erforscht.

Darüber hinaus sind es Belastungsfaktoren, von denen überwiegend die Eltern betroffen sind: Mutter und/oder Vater sind körperlich krank oder behindert, haben eine psychische Erkrankung oder ein Suchtproblem. Früher Verlust eines Elternteils durch Tod, Scheidung oder Trennung der Eltern. Kriegskindheit, Flucht und Vertreibung. Bei Krankheit oder frühem Verlust des Vaters wird dieser häufig idealisiert, während die Beziehung zur Mutter eher konflikthaft ist, was eigene Untersuchungen im Rahmen der Fibromyalgiestudie an der Universität Erlangen gezeigt haben (v. Arnim, 2003). Große empirische Studien, z.B. die Felitti-Studie in den USA, die epigenetische Studie von Meany aus Montreal, konnten nachweisen, dass frühe Bindungsstörungen sowie frühe Verluste nachhaltig das Stressverarbeitungssystem beeinträchtigen, was zu Fehlregulationen im Organismus führt und zum Teil zu schweren körperlichen Erkrankungen, aber eben auch besonders häufig zu chronischen Schmerzerkrankungen.

Wie Tim Oberländer von der Universität von British Columbia, Vancouver, 2008 aufzeigen konnte, beginnt der Einfluss der Mutter auf die Epigenetik des Kindes, d.h. die Genregulierung, bereits vor der Geburt. So gebaren ängstliche und depressive Mütter Kinder, in deren Blut die Forscher schon bei der Geburt Anzeichen einer erhöhten DNA-Methylierung, d.h. Blockierung des Glukokortikoid-Rezeptor-Gens fanden. Entsprechend wiesen diese Säuglinge dann im Alter von 3 Monaten erhöhte Stresshormonwerte auf – es fehlte ihnen die Stressregulierung durch ausreichend Glukocorticoid-Rezeptoren im Gehirn. Die Fähigkeit zur ausreichenden Selbstregulation und Selbstberuhigung war kaum ausgeprägt. Der Traumaforscher Bessel van der Kolk bezeichnete es so: „Trauma hat weniger mit dem bewussten Erinnern zu tun, als mit der Unfähigkeit, den Körper zu beruhigen." Dies trifft natürlich besonders für frühe Entwicklungstraumata zu, die vor der Zeit der bewussten Erinnerungsfähigkeit liegen.



## Traumaaspekte: Die Polyvagaltheorie

Damit kommen wir zur Stephen Porges, der in Bezug auf die Auswirkung traumatischer Erfahrungen Bedeutsames in Bezug auf das Wissen über das vegetative Nervensystem erforscht hat: Wenn, bildlich gesprochen, Brokkoli Alarmstufe 1 oder 2, Kampf oder Flucht, ausruft, wird der vorher entspannte Organismus, dessen Organe unter der Regulation des *ventralen Vagusnervs* standen, zunehmend vom *Sympathikusnerv* reguliert, bei dem die Stresshormone ständig steigen. Tritt aber Alarmstufe 3 ein, d.h. Lebensbedrohung ohne Möglichkeit zu Kampf oder Flucht, wendet sich Brokkoli sozusagen an den von Porges entdeckten hinteren, *dorsalen Vagusnerv*, der ausschließlich für Schock- und Panikreaktionen zuständig ist, dieser lässt zwar das Großhirn abschalten, der Körper ist jedoch weiterhin überschwemmt von Stresshormonen, was zu gefährlichen Komplikationen, z.B. Herz- und Kreislauf-Zusammenbrüchen, führen kann. Es ist also überlebensnotwendig, aus dieser Situation so rasch wie möglich wieder herauszufinden.

## Wie kann Brokkoli und Blumenkohl geholfen werden? Mit FE – aber warum?

Hilfe, um aus dieser Situation wieder herauszukommen, bietet alles, was in der Lage ist, *Brokkoli* zu beruhigen, und d.h. bei chronischen Schmerzpatient*innen, dass die absteigenden, hemmenden Schmerzbahnen wieder besser arbeiten können und die Schmerzen ganz langsam uund allmählich etwas nachlassen können.

Hilfe ist auch alles, was Ressourcen organisiert, d.h. was nach dem Grundsatz gestaltet wird: „Geh aus, mein Herz, und suche Freud!". So kann *Blumenkohl* allmählich gute Erinnerungen wieder finden – und auch die schlimmen Erinnerungen in einem stabileren Zustand einordnen und zu den Akten legen.

Hilfestellung bietet alles, was zur Wiedererlangung einer „verkörperten Selbstwahrnehmung" verhelfen und damit zu einer verbesserten Selbstregulation beitragen kann. Und das ist *genau* die Domäne und das Wirkungsspektrum der Funktionellen Entspannung! Die FE fokussiert die körperliche Selbstwahrnehmung auf körperliche Bezugs-Systeme, die allesamt, wenn sie von unseren Patient*innen wieder entdeckt werden, sich auf die Themen äußerer Halt (der Bezug zum Boden), innerer Halt (unser knöcherndes Gerüst), den eigenen Innenraum, die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme und Abgrenzung (erfahr-

bar z.B. an der Haut) sowie den automatisch in uns funktionierenden „Eigenrhythmus“ (erfahrbar z.B. an der autonomen Atmung) focussiert. Gute Körpererfahrung an diesen Körpersystemen geben unseren Patient*innen das Gefühl von Halt, Sicherheit, Rhythmus, Autonomie, Wirkmächtigkeit und Abgrenzungsfähigkeit. All diese Themen können beitragen zur Beruhigung, Stabilisierung und zum wieder-Zugang-finden zu den eigenen Ressourcen. Und so kann Brokkoli dann immer wieder an *Blumenkohl* melden: Anspannung, Unruhe , Angst, Wegdissoziieren, und vor allen Dingen der quälende Schmerz, all das kann ganz allmählich ein wenig nachlassen...

## FE in der multimodalen Schmerzmedizin

In der multimodalen Schmerzmedizin, die in vielen Schmerz-Kliniken und psychosomatischen Abteilungen „state oft the art“ ist, d.h. das Zusammenwirken von verschiedenen Behandlungsmethoden und deren Zusammenführung und Integration in einem therapeutischen Team, hat die Funktionelle Entspannung als offene Gruppentherapie einen wichtigen Platz, allerdings zum einen noch in viel zu wenig Kliniken, zum anderen wird sie in der Klinik oft als „Körpertherapie“ bezeichnet, schlecht bezahlt und – trotz des aktuellen „Embodiment-Hype“ – noch zu wenig be- und geachtet. In der ambulanten Einzel- und Gruppen-Psychotherapie hingegen kann das gesamte Potenzial der Methode als Körperpsychotherapie, die Entwicklungs-Traumatisierungen ebenso mit einbezieht wie aktuelle psychosoziale Konflikte, voll genutzt werden.

Ich berichte daher zum Abschluss von dem in der Einleitung erwähnten Fall der FE-Behandlung von Frau S. aus der Uniklinik Erlangen, dort hatte ich im Rahmen der Uniambulanz eine eigene sogenannte Ermächtigungspraxis und konnte dort schwertraumatisierte Patient*innen, sehr oft mit chronischen Schmerzen, als Langzeittherapie mit Funktioneller Entspannung behandeln. Ich habe diesen Fall ausgewählt, weil in der Uniklinik die Patient*innen unterschreiben, dass über sie im Rahmen von wissenschaftlichen Diskursen berichtet werden darf.



## Fallbeispiel Frau S.

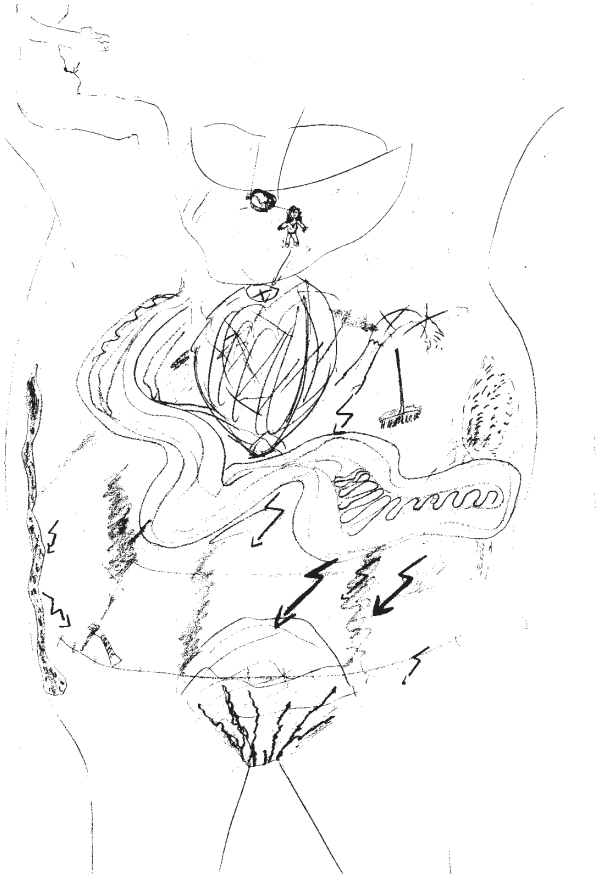
**Die Geschichte einer Krankheit:**
Frau S. kam wegen unerträglicher Unterleibsschmerzen. Die Patientin berichtete im Erstgespräch, sie habe schon 15 Bauchoperationen nach einer Genitaltuberkulose über sich ergehen lassen müssen, außerdem habe sie Endometriose – oft waren die Operationen Versuche Verwachsungen zu lösen. Es war auch ein Eierstock schon entfernt worden. Jetzt sei die Entfernung des 2. Eierstocks geplant. Sie habe keine gute Erfahrung mit Operateuren, meist hätten die Gynäkologen nur bei ihr „hineinschauen wollen“. Einer habe sie sogar gefragt, ob sie nach der Untersuchung mit ihm Kaffee trinken gehen wolle.

Ich riet deutlich von dem geplanten 16. Eingriff ab, ich hatte „einen Riecher“, da stimmt etwas nicht. Sie ließ sich jedoch nicht davon abbringen, kam zunächst nicht wieder und kehrte erst nach Monaten in sehr schlechtem Allgemeinzustand nach der Entfernung des 2. Eierstocks zurück, sie hatte noch mehr Schmerzen, es hatte Komplikationen gegeben, sie war sozusagen mit 33 Jahren im Klimakterium.

**Die Geschichte eines kranken Menschen:**
Frau S. war das unerwünschte 3. Mädchen in ihrer Familie, ihr Vater habe bei ihrer Geburt gesagt: „Schon wieder ein Mädchen!“ Sie war früh vernachlässigt, erinnert sich, auf dem Dreirad schon mit 4 Jahren versucht zu haben, die Familie zu verlassen, sie sei nur herumgestreunt, sei wenig beachtet worden. Erst im Laufe der Psychotherapie kam eine Erinnerung zurück: Sie war mit 5 Jahren von einem Nachbarn sexuell missbraucht worden. Ihr 1. Freund mit 15 Jahren war ein Zuhälter, er zwang sie zur Prostitution, er zwang sie schließlich zur Heirat, als die Polizei ihm wegen der Prostitution Minderjähriger auf der Spur war. Es gab Morddrohungen und massive körperliche Gewalt. Mit 16 wäre sie fast an einer Genitaltuberkulose gestorben. Während der gesamten Bordellzeit zeigte sie Alkohol- und Drogen-Missbrauch sowie selbstverletzendes Verhalten. Nach 10 Jahren Prostitution gelang ihr mithilfe eines anderen Zuhälters die Flucht aus dem Milieu. Sie musste mehrere Jahre die Schulden für ihren Zuhälter-Ehemann abzahlen.

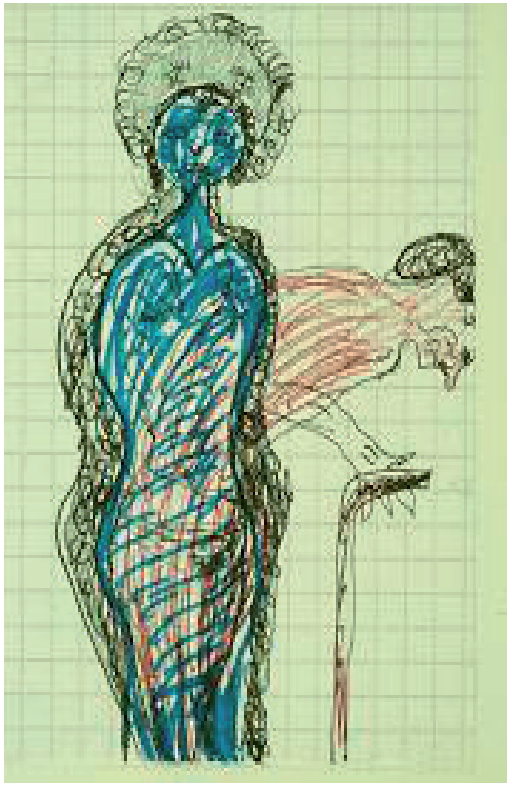
**Die Geschichte einer Beziehung:**
Die Beziehung zwischen Frau S. und mir war anfangs von ihrem riesigen Misstrauen allen Therapeut*innen gegenüber geprägt, sie ließ sich gegen meinen Rat noch einmal operieren und kam dann Monate später als gebrochene Frau zurück, sie spürte mein Entsetzen

schon beim Erstgespräch, dann das vermehrte Entsetzen und die Schuldgefühle bei mir, als sie nach Monaten zurückkehrte, und sie hatte Sorge, ob ich sie halten kann. Sie berichtete von früheren Therapieversuchen: Ein Therapeut habe nur aus dem Fenster geschaut, eine andere Therapeutin hätte angefangen zu weinen ... Wir vereinbarten eine körperbezogene Therapie, auf die sie sich allmählich einließ. Immer wieder hatte ich den Auftrag, das Ungeordnete für sie ordnen zu sollen, denn ihr Körper war für sie ein einziges Chaos, ihr Bauch ein ungeordneter Haufen Schmerz. Einmal sagte sie: „Ich hasse meinen Bauch. Am liebsten würde ich ihn herausschneiden!"

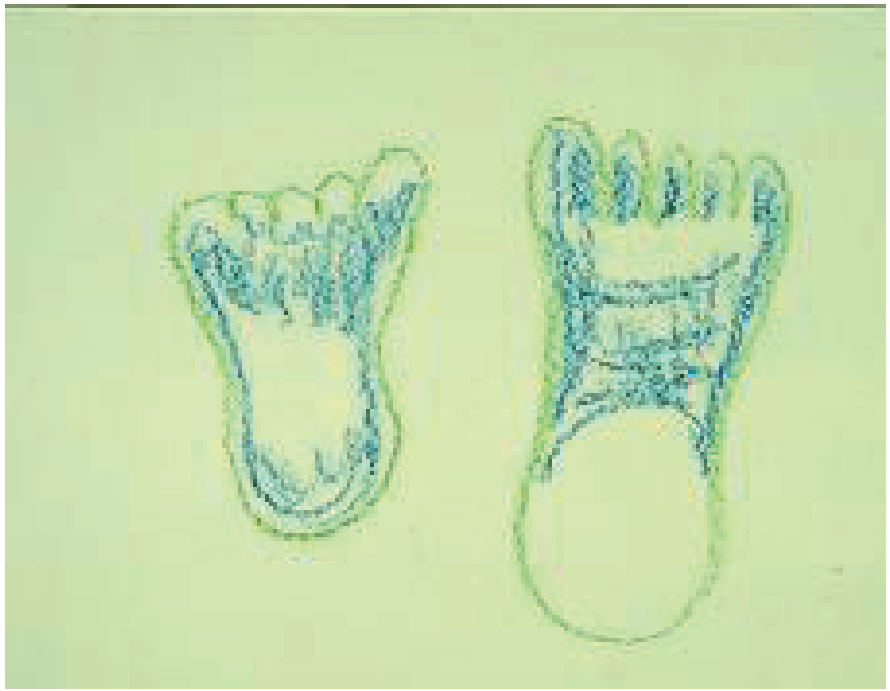


Einmal schüttete sie auf dem Tischchen im Therapiezimmer einen Sack Fotos aus mit unzähligen Fotos von ihr aus verschiedenen Lebensphasen, sie hatte nie ein Fotoalbum besessen, auf den meisten Fotos konnte ich sie nicht erkennen. Sie schaute sich die Fotos an: „Schrecklich, so tote Augen!" Sie sagte dann: „Ich lasse den Sack bei Ihnen, ich kann ihn nicht mehr anschauen."

Stattdessen fertigte sie eine Reihe eigener Körper-Bilder an, die eindrucksvoll die Wahrnehmung ihres verletzten Körpers und ihrer Schmerzen sowie ihrer verschiedenen Persönlichkeitsanteile („ego-states") zeigten, z.B. das Bild: „Ich bin 3 Personen". Sie meinte damit, dass sie sich manchmal wie ein kleines Kind, manchmal wie eine erwachsene Frau und manchmal wie eine sehr alte, behinderte Greisin fühle.

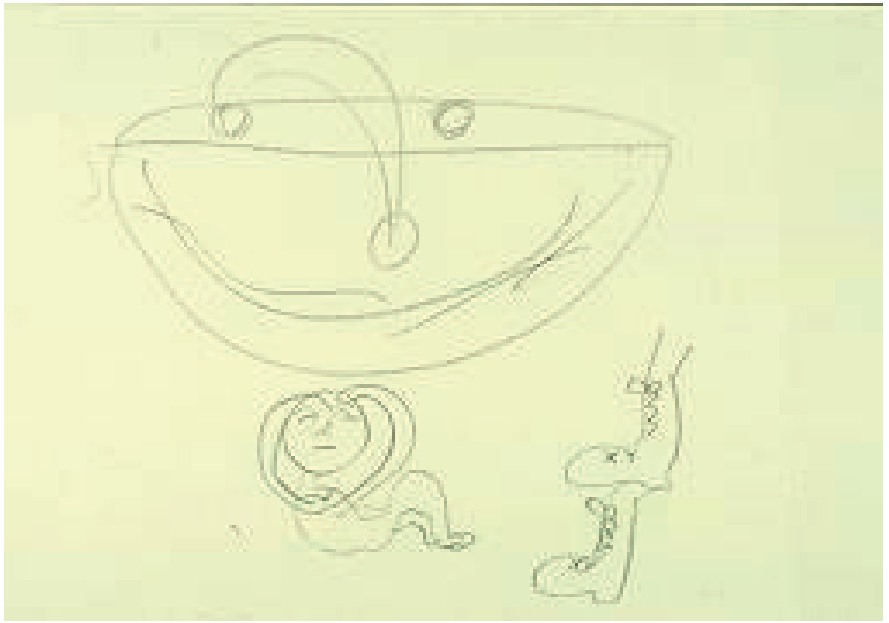


Anfangs konnte sie ihre Füße nicht spüren, besonders die Fersen nicht. Dann kamen Erinnerungen, an die Zeit als sie im Bordell immer mit sehr hochhackigen Schuhen laufen musste und ihr die Füße so wehtaten, dass sie sie nicht mehr spüren konnte.



Danach tauchten immer mehr Erinnerungen auf an die schlimmen Schläge und Stiefeltritte durch den Vergewaltiger und Zuhälter. Sie zeichnete sich als kleines Kind, wie sie sich verzweifelt in ihrem kleinen Raum im Bordell versuchte, unter dem Waschbecken zu verstecken und mit den Armen zu schützen, vergeblich ...

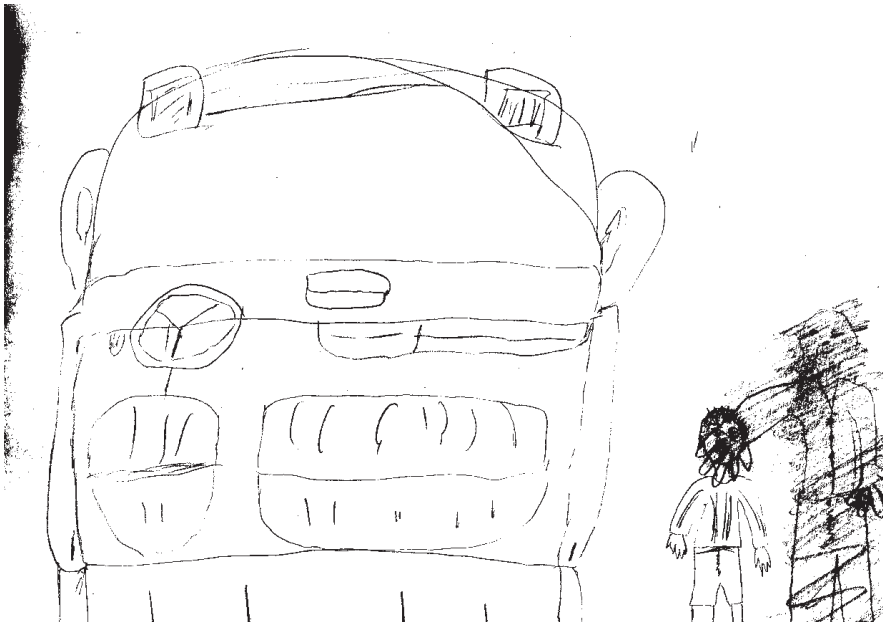




Ich versuchte immer wieder, mit Halt gebenden Angeboten im Sitzen wie das Spüren des Bodens und der Rückenlehne des Stuhls Stabilisierung und Körperberuhigung zu erreichen, was zunehmend auch gelang, wenn auch nur sehr langsam. In einer Stunde wagte sie sich dann daran, einmal im Liegen zu arbeiten, sie wollte auf dem Bauch liegen, weil die Rückenlage zu gefährlich und zu schutzlos erschien. Die ganze linke Seite war für sie überhaupt nicht spürbar. Ich fragte sie dann, ob ich ihr meine eigene Hand als Spürhilfe anbieten solle. Als ich unter ihrer Regie die Hand auf ihren Rücken legte, vorsichtig, leise, respektvoll, konnte sie diese Hand zunächst als haltgebend erleben.

Dann jedoch änderte sich die Bedeutung der berührenden Hand. Sie sagte: „Es ist so, als ob keine Grenze wäre zwischen Ihrer Hand und mir. So als ob Ihre Hand ganz tief in mich einsinken würde. Ich bekomme Angst!“ Das war der Moment, als die Patientin, dadurch, dass sie meine Hand als intrusiv und eindringend erlebte, Erinnerungsspuren bekam von

dem sexuellen Missbrauchserlebnis im Alter von 5 Jahren. Sie konnte zunächst keine Worte dafür finden, sondern stellte wieder eine Zeichnung her, aus der hervorgeht, dass es sich um eine Vergewaltigung im Auto gehandelt haben müsse.



Nach und nach konnte sie die traumatischen Erfahrungen integrieren, immer wieder war es notwendig, ihre Einfälle zu Traumaerinnerungen auch zu begrenzen, damit sie sie bewältigen und dann wegpacken konnte.

Meine eigenen Gefühle waren oft von Traurigkeit, Furcht, Lehre und Wut bei all dem Grauen geprägt. Wir beide konnten uns jedoch zusammen freuen, z.B. darüber, dass es der Patientin im letzten Abschnitt der mehrjährigen Behandlung gelang, eine berufliche Umschulung durchzuführen und eine Stelle im öffentlichen Dienst zu bekommen, dass sich darüber hinaus auch ihre private Situation mit ihrem Partner allmählich stabilisierte. Zwischendurch wollte sie dann auch einmal in eine Klinik gehen, die sie sich selbst aussuchte. Sie kam gestärkt zurück und berichtete, besonders das Tanzen in der Gruppe mit der Tanztherapeutin habe ihr viel Freude bereitet.

Zusammenfassend wurde bei dieser FE Behandlung deutlich: Bei traumatisierten Schmerzpatientin, und wir müssen davon ausgehen, dass das der größte Teil der chronischen Schmerzpatient*innen ist, ist eine lange Zeit der Stabilisierungs- und Körperressourcenarbeit mit FE notwendig. Gleichzeitig ist wichtig, den Sog in Richtung des traumatischen Materials, besonders am Anfang, immer wieder zu begrenzen. Vorsicht ist geboten bei den berührenden Interventionen, wie sich bei dieser Patientin zeigte, wo ein traumatischer Bedeutungswechsel in der Arbeit mit der anfangs Halt gebenden berührenden Hand eingetreten war. Gerade bei dieser Patientin war es auch eindrücklich, dass die verbale Symbolisierung der Körperwahrnehmungen oft anfangs nicht gelingt und dass daher die bildliche Form der Symbolisierung für die Patient*innen im therapeutischen Prozess äußerst hilfreich ist.

## Zusammenfassung und Ausblick

- Chronische Schmerzen sind heute eine der wichtigsten Zeitkrankheiten.
- Je deutlicher chronische Schmerzen das Bild bei Patient*innen bestimmen, desto mehr ist es erforderlich, einen ganzheitlichen psychosomatischen Behandlungsansatz zu wählen. Insgesamt ist die Behandlung von chronischen Schmerzen eine interdisziplinäre Aufgabe, d.h. nur eine multimodale schmerzmedizinische Therapie mit Integration der Behandlungsformen in einem gut zusammen arbeitenden Team ist im klinischen Bereich weiterführend.
- Einer der wichtigsten Behandlungsbausteine im stationären und im ambulanten Bereich ist die körperwahrnehmungsbezogene Psychotherapie, wie z.B. die Funktionelle Entspannung.
- Somatoforme Schmerzstörungen haben in den allermeisten Fällen einen Traumafolge-Hintergrund. Sie sollten zunächst vor allem mit nicht-invasiven Verfahren, d.h. traumaspezifisch-stabilisierend-ressourcenorientiert und mit körperbezogene Psychotherapie wie der Funktionellen Entspannung behandelt werden.
- Gerade den körperwahrnehmungsorientierten Psychotherapieverfahren wie der Funktionellen Entspannung kommt eine wichtige Rolle zu: Selbst schwer chronifi-

zierte Verläufe sind durch eine Körperpsychotherapie, die den Fokus – in einer zunächst ausführlich stabilisierenden und ressourcenorganisierenden Behandlungsphase – auf die Wahrnehmung von Halt und Grenzen fokussiert, positiv beeinflussbar.

- Bei der Behandlung von chronischen Schmerzpatient*innen sollten alle FE-Behandler*innen das 3-Phasenmodell der Traumatherapie integrieren (Stabilisierung und Ressourcenorganisation – Traumabearbeitung – Integrationsphase) und ihr Wissen um traumaspezifische Interventionen (inklusiv von „Do-not-Wissen", z.B. Rückenlage zu Beginn der Behandlung) ständig erweitern, um das gesamte körperpsychotherapeutische Potenzial der FE bei dieser doch insgesamt sehr schwierig zu behandelnden Patient*innen-Gruppe ausschöpfen zu können.
- Spinoza hatte recht, wenn er sagte:

*„Nicht das Viel-Wissen sättigt die Seele, sondern das Fühlen und Schmecken von innen."*

## Literatur:


Arnim, A. v. (2009): „Das bin ja ich!" – FE und Körperbild-Skulpturen bei einer Schmerzpatientin. In: Herholz, I., Johnen, R., Schweitzer, D. (Hg.): Funktionelle Entspannung – Das Praxisbuch. Gießen (Psychosozial Verlag)

Arnim, A. v. (2009): Funktionelle Entspannung. In: Thielen, M.(Hg): Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation. Gießen (Psychosozial Verlag)

Arnim, A. v. (2006): Körperbezogene Therapie bei traumatisierten Menschen. In: Kernberg, O., Remmel, A. (Hg) : Körper und Persönlichkeit. Stuttgart (Schattauer)

Arnim, A. v. (2002): Integrierte Medizin und körperbezogene Psychotherapie. In: Uexküll, Th.v., Geigges, W., Plassmann, R.: Integrierte Medizin. Stuttgart, New York (Schattauer), Seite 257 – 289

Arnim, A. v. (2001): Frühes Trauma und körperbezogene Psychotherapie (am Beispiel der Arbeit mit Funktioneller Entspannung). In: Milch, W., Wirth, H. J. (Herausgeber): Psychosomatik und Kleinkindforschung, Gießen (Psychosozial-Verlag), Seite 199-216

Arnim, A. v., Joraschky, P. (1999). Körperbezogene Psychotherapieverfahren. In: Egle, T.U. et al (Hg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 2. Aufl., Stuttgart (Schattauer)

Arnim, A. v. (1996): Funktionelle Entspannung. In: Herrmann, J. M., Lisker, H., Dietze, G. J. (Hg): Funktionelle Erkrankungen, Seite 205-219. München (Urban und Schwarzenberg)
Arnim, A. v.: Das Wunderknäuel, in: Uexküll, Th.v. Fuchs, M., Johnen, R.: Subjektive Anatomie (1994), S. S. 135 – 144, Stuttgart (Schattauer)

Berceli D.(2005): Körperübungen für die Traumaheilung. NIDA Forum Spezial (Hg.)
Egle, U. T., Zentgraf, B. (2017): Psychosomatische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung, 2. Auflage, Stuttgart (Kohlhammer)

Damasio A. R. (2000): Ich fühle, also bin ich. München (List)

Fuchs, M. (1989): Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. 4. Aufl.. Stuttgart (Hippokrates)
Lichtenberg, J. (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Heidelberg/New York (Springer). http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-93463-6

Levine, P. (1998). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen (Synthesis).
Mück-Weymann, M.(2005): Biofeedback – ein (psycho-) dynamischer Zugang zur Subjektiven Physiologie? Unveröffentlichter Vortrag, Institut für Verhaltensmedizin UMIT Hall/Tirol

Plassmann, R. (2016): Körper sein und Körper haben. Gießen (Psychosozial-Verlag)
Porges, S. (2010): Die Polyvagaltheorie, Junfermann

Servan-Schreiber, D. (2004): Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesundwerden ohne Medikamente. München (Kunstmann Verlag)

Stern, D. N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart (Klett-Cotta)

Uexküll, Th. v., Fuchs, M., Mueller-Braunschweig , H., Johnen, R. (1994): Subjektive Anatomie, Schattauer

Uexküll, Th. v., Geigges, W., Plassmann, R. (2002): Integrierte Medizin. Stuttgart, New York (Schattauer)

# „Selbstfürsorge im Klinikalltag ... ? ... !
# Ein Projekt zum FE-Zertifikat – Silvia Rost

Auf der Suche nach einem Projekt zum Abschluss meiner FE-Weiterbildung, kam mir die Idee, meine Kolleginnen in der Klinik an meinem Wissen, meinen positiven Erfahrungen mit der FE teilhaben zu lassen. In meinem Beruf als Krankenschwester weiß ich sehr wohl, wie schwierig es ist, für sich zu sorgen, bei sich zu sein und sich selbst wichtig zu nehmen. Der Schwerpunkt meines Angebotes sollte sein, kleine Momente zu finden, die sich im Klinikalltag einbauen lassen, um sich weniger erschöpft zu fühlen.
In meiner Weiterbildungsgruppe suchten wir gemeinsam einen Titel für mein Angebot und fanden „Selbstfürsorge im Klinikalltag ...? ...!" sehr treffend.

Es sollten 5 Termine, für 1,5 Stunden und 6-10 Teilnemer*innen sein.

Da die Schwestern im Hause momentan einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind, stieß die Idee bei meiner Pflegedienstleitung auf offene Ohren. Gemeinsam mit der Oberschwester verhandelte ich den Rahmen der Veranstaltung, dabei musste ich Kompromisse eingehen. Es wurden 3 Treffen für 1,5 Stunden mit 8 Teilnehmer*innen vereinbart und die Schwestern sollten sie als Dienstzeit angerechnet bekommen. Außerdem wünschte sich die Oberschwester, mehr die Schwestern aus dem somatischen Bereich anzusprechen, da „die aus der Psychiatrie schon so viele Weiterbildungen machen".

Bei der Stationsschwesternversammlung machte ich mein Angebot bekannt. Die Reaktionen waren verhalten, eher eine unausgesprochene Ablehnung spürbar, nach dem Motto: „Schon wieder eine Weiterbildung!" Es kamen aber doch vereinzelte Nachfragen, die ich gerne beantwortete.

Anfang September war es soweit. Es hatten sich 6 Kolleginnen angemeldet, drei psychiatrische Schwestern und drei aus dem somatischen Bereich.

## „Ich mache einen breiten Rücken ... "

Die erste Stunde könnte man mit dem Titel „Frauengesprächsrunde mit FE-Elementen" überschreiben! Drei Frauen sind da. Katrin und Claudia arbeiten auf einer Suchtstation. Katja, die etwas später dazu kommt, auf einer internistischen Station.

Keywords
Selbstfürsorge
FE in der Klinik

Wir beginnen mit einer kurzen Vorstellung und der Frage: „Warum habt ihr euch angemeldet?“ Claudia ist neugierig. Sie probiert schon Vieles aus, macht Yoga und Meditation. Ihr ist Stabilität und „im Lot sein“ wichtig. Auch Katrin hat das Thema neugierig gemacht: „Ich habe privat genug um die Ohren. Auf Arbeit wollte ich früher alle retten, aber ich weiß, dass ich auch an mich denken muss.“

Ich lade die Beiden ein, im Sitzen Kontakt zu der Unterlage aufnehmen – mit den Füßen am Boden, dem Gesäß bzw. den Sitzhöckern auf der Sitzfläche und dem Rücken an der Lehne – verbunden mit dem Angebot, es sich, unterstützt durch Kissen und Decken, ein wenig bequemer zu machen, was sie gerne annehmen und neugierig ausprobieren, und bemerken, dass durch den erlebten Halt im Stuhl freies Atmen möglich ist.

Jetzt kommt Katja dazu. Eilig betritt sie den Raum, da sie den Termin vergessen hat. Die ruhige Atmosphäre überfordert sie gerade: „Meine Antennen sind noch ausgefahren, ich bin noch im Arbeitsmodus.“ Um Katja das Ankommen zu erleichtern, biete ich an aktiv zu werden. Im Laufen/Gehen probieren wir verschiedene Schritttempi aus. Anfangs bewegen wir uns im zügigen Arbeitsschritt durch den Raum. Die Schwestern beobachten, dass allein der schnelle Schritt Anspannung verursacht, der Atem wird kurz, der Blick hart und gesenkt. Zuwendung zum Gegenüber kann eigentlich nicht geschehen. Beim langsamen Schritt ist Bodenkontakt bemerkbar, der Atem kann fließen, der Blick hebt sich, schaut neugierig. Wir beobachten lachend und staunend, wie Katrin erhobenen Hauptes durch den Raum schreitet. „Hier komme ich, um Ihnen zu helfen!“

Anschließend, wieder sitzend, tauschen wir uns aus, wo während der Arbeit Stress entsteht und wie sie damit umgehen. Katrin und Claudia berichten, dass ihnen das schon gut gelänge. Allerdings ist manchmal der Arbeitsaufwand und die damit verbundene körperliche Anspannung so groß, dass selbst das Loslassen auf der Toilette nicht mehr gehe. Katjas Umgang mit Stress: „Ich mache einen breiten Rücken …“. Das Bild greife ich gleich auf und wir probieren im Sitzen aus, was sich verändert, wenn man einen breiten Rücken macht. Die Wirbelsäule ist starr aufgerichtet, die Ellenbogen sind „ausgefahren“, der Kiefer verbissen, der Atem blockiert. Puh, ist das anstrengend. Wir ruckeln uns wieder bequem zurecht, spüren die Füße am Boden, den Po auf der Sitzfläche und den Rücken an der Lehne und atmen erleichtert auf.



Ich lasse mir beschreiben, wie sie zu Hause entspannen. Katrin: „Ich gehe gern allein spazieren. Mir hilft auch, mal etwas Haushalt liegen zu lassen.“ Claudia: „Ich gehe regelmäßig zum Yoga. Außerdem ist mir wichtig, mit Frauen im Austausch zu sein, aber auch intellektuell beansprucht zu werden.“ Katja fällt es schwer, gezielt etwas zur Entspannung zu tun: „Wenn ich nach der Arbeit aus der Stadt raus fahre, sind ab Ortsausgangsschild alle Gedanken an die Arbeit weg!“ Sie beschreibt „Rumlümmeln“ auf der Couch als hilfreich. Ich gebe ihr als „Aufgabe“ mit, mal zu beobachten, was sie tut, wenn sie auf der Couch liegt.

Deutlich zeigt sich in der ersten Stunde der große Redebedarf. Die starke Arbeitsbelastung und die mangelnde Unterstützung sind spürbar. Umso wichtiger war für die Schwestern, das „Sich-Gehört-Fühlen“, was sie hier erleben konnten.

## „Ich bin sozusagen mit fünf Spitzohren unterwegs …“

In der zweiten Stunde sind Claudia und Conny da. Conny ist Stationsschwester auf einer Krebsstation. Katrin lässt sich entschuldigen, da ihre Tochter krank ist.

Claudias Vormittag verlief hektisch. Conny ist zurückhaltend neugierig. Wir nehmen uns Zeit für das bewusste Ankommen auf dem Stuhl. Claudia spürt Anspannung und Traurigkeit, die im Bauch sitzt. Wir legen unsere Hände als Spürhilfe auf den Bauch. Claudia nimmt wahr, dass die Traurigkeit da sein darf, aber auch, dass diese Geste etwas Beruhigendes, Beschützendes hat. Conny erlebt, dass bequemes Sitzen erleichtertes Atmen ermöglicht.

Sehr gerne verwende ich bei meinen Angeboten das Bild der Spitz-/Schlappohren von Sabine Wurzbacher. Wir suchen einen bequemen und doch aufrechten Sitz auf unseren Stühlen. Dann lade ich ein, sich vorzustellen, „dass eure Ohren zu langen, schweren Schlappohren werden, geht diesem Gefühl nach, spürt, was sich wie und wo im Körper verändert.“ Die Schwestern probieren neugierig aus. „Und nun stellt euch bitte vor, dass ihr die Ohren spitzt. Was verändert sich hier?“ Wir wechseln mehrfach hin und her, um die Unterschiede wahrzunehmen und tauschen uns anschließend darüber aus.

| **Spitzohr** | **Schlappohr** |
|---|---|
| Gelenke fest, unbeweglich | Gelenke weich, durchlässig |
| Atmung eingeengt, Brustkorb eng | Atmung weit, viel Einatmung, Brustkorb beweglich |
| Muskeln angespannt<br>*„Alles wird straff!“* | Muskeln locker |
| Zum Sprung bereit<br>*„Ich bin hochkonzentriert!“*<br>*„Es zieht mich nach oben.“* | Ausruhen, Loslassen<br>*„Ich habe das Gefühl, alles fließt aus mir heraus!“* |
| Aufmerksam nach Außen<br>*„Ich lausche!“* | Entspanntes bei sich sein, als wohltuend empfunden |

Wie viel Prozent des Tages sind sie in der „Spitzohr - Haltung“? Beide geben 70–80% an. Claudia erkennt: „Ich bin ständig auf Wachruf, bin sozusagen mit fünf Spitzohren unterwegs. Teilweise ist erst im Bett Schlappohr bzw. Entspannung möglich.“

Bei einem zufälligen Blick aus dem Fenster sehen wir einen Hund, der mit gespitzten Ohren wartend im Garten der Klinik sitzt, was uns zum Lachen bringt.
Conny möchte versuchen, bewusst mehrfach am Tag kleine Pausen für Schlappohr einzulegen. Claudia lächelt entspannt. Sie sagt, sie würde gerade die Begriffe leise in sich bewegen. Die Traurigkeit scheint sie vergessen zu haben.

## „Ich bin innerlich weich geworden!“

In der dritten Stunde sind Katrin und Claudia da. Katrin beschreibt als Nachwirkung folgendes: Sie macht die alltäglichen Dinge bewusster. Ihr ist aufgefallen, dass die Stühle zu Hause unbequem sind und hat Kissen angeschafft. Claudia geht mit sich freundlicher um, durch kleine Gesten: sich selbst die Schulter streicheln, sagt sich selbst „Gute Nacht!“ und merkte, dass sie innerlich weicher wurde.

Wir wiederholen das haltgebende Angebot im Sitzen. Achten auf die Füße am Boden, die Sitzhöcker auf der Sitzfläche, den Rücken an der Lehne. Erst auf meine Aufforderung hin, greifen sie zu Kissen und Decken. Im Sitzen spüren sie, wie angenehm es ist, bei sich sein.

Katrin: „Ich will nicht mehr alles von den Patient*innen wissen.“ Anfangs hatte sie das Bedürfnis zu ergründen, zu verstehen und in die Tiefe zu gehen. Jetzt achtet sie darauf, sich zurückzulehnen und abzuwarten. Sie sagt: „Obwohl ich die Dramatik hinter den einzelnen Schicksalen spüre, kann ich jetzt gelassener damit umgehen.“ Beide beschreiben sich als lässig und fröhlich, stärken sich gegenseitig, geben sich Sicherheit.

Ich bemerke, wie ich mich hin und her wiege und lade die Schwestern ein mitzumachen. Das Bild einer Schale im Becken, in der eine Kugel oder Wasser sanft bewegt werden soll, hilft, das Becken sanft zu bewegen. Dabei wird der Kiefer locker, lässt los, die Wirbelsäule wird schlängelnd von unten nach oben bewegt.

Jetzt möchte der Schulterbereich bewegt werden, und wir gehen dem Impuls nach. Wir bewegen zuerst die Schultern, nehmen dann die Arme dazu, erweitern den Raum um uns. Dabei entsteht ein Bild: zwischen den Schulterblättern setzen Flügel an. Jeder findet eine Bewegung dazu. Die schlängelnde Bewegung der Wirbelsäule geht jetzt von oben nach unten. Ich frage: „Wie sehen eure Flügel aus, welche Farbe haben sie, welche Form, wie bewegen sie sich?“ Katrin: „Die Flügel eines Zitronenfalters, verbunden mit Zartheit, Leichtigkeit und Lebendigkeit.“ Claudia: „Eine Graugans, stark, aufrecht, stolz mit erhobenem Kopf.“ Beide sind ganz erfüllt und glücklich von ihren Bildern, spüren nach, beobachten. Der Brustkorb ist offen, heller weiter Innenraum, der Atem hat viel Raum, kann frei fließen. Die Hand auf den Brustkorb auflegen, fühlt sich liebevoll, beschützt, behütet an. Katrin ist erstaunt, die Hand fühlt sich an, wie von einem anderen. Fast automatisch legt sich die andere Hand auf den Bauch.

Claudia ist überrascht, wie die Bilder wirken, sie sei innerlich weich geworden. Mit kleinen Mitteln Veränderung bewirken, diese zu Hause umsetzen können, bringt noch mehr innere Ruhe. Die Erkenntnis, leicht in Bilder gehen zu können, erfreut sie. Katrin ist traurig, dass es vorbei ist, sie hätte gerne ein regelmäßiges Angebot.

Mich hat diese Stunde stark berührt! Dadurch dass meine beiden Teilnehmer*innen befreundet und miteinander vertraut sind, war eine unglaubliche Offenheit möglich. Mir ist gelungen, mir Zeit zu lassen, abzuwarten. Ich war bei mir und konnte dadurch wahrnehmen, welcher nächste Schritt der passende war! Zwischen den Teilnehmer*innen und mir entstand ein ständiger Dialog.

### Resümee meines Projektes

Pflegekräften ist Selbstfürsorge fremd, damit lockt man sie nicht. Da sie sich als Dienstleister*innen an den Patient*innen sehen, steht für sie der*die Patient*in, die Pflicht im Vordergrund. Wenn sie sich mutig und neugierig darauf einlassen, wie meine Teilnehmer*innen, dann können sie mithilfe der FE ihren Arbeitsalltag erleichtern.

Leider gibt es keine Neuauflage / Veränderung des Angebotes. Die Oberschwester war nicht bereit, ein dauerhaftes Angebot zu installieren. „Die Schwestern hatten ihre Chance, haben sie nicht genutzt. Pech gehabt." Ich gebe nicht auf und suche weiter!

# Einführung zum nachfolgenden Vortrag von Dr. Marion Tietz-Strödl – Sabine Wurzbacher

A.F.E.-Jahrestagung 2016

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich darf Sie an diesem wunderschönen Morgen ganz herzlich begrüßen. Ich hoffe sehr, dass Sie nach dem klangvollen und bewegten gestrigen Abend gut geschlafen und heute hier mit offenen Sinnen Platz genommen haben. Ich möchte mich hier nochmal herzlich bei den Musiker*innen bedanken.

Zu Beginn darf ich Sie wieder zu einer kurzen FE - Anregung einladen.

Sie haben Platz genommen, versuchen Sie jetzt, sich auf diesem Platz einzurichten so gut Sie können. Verändern Sie Ihre Haltung so, dass Sie möglichst viel tragenden Halt durch die Sitzfläche, die Rückenlehne, den Boden unter ihren Füssen spüren. Versuchen Sie durch kleine Bewegungen mit den Sitzhöckern ihren Platz einzunehmen, zu erspüren. Sie können sich dann mit einem Seufzer oder einem Brummton darauf niederlassen.

Spüren Sie nach, ob und wo sich was und wie verändert hat. Wie fühlt sich jetzt die Unterlage an? Wie spüren Sie ihr Gewicht auf der Unterlage? Gibt es noch einen Veränderungsimpuls, dann geben Sie diesem nach. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun auf das Bewegtsein in Ruhe, das gelassene Ausatmen und das raumfüllende Einatmen. Spüren Sie diesem Rhythmus der kleinen Bewegungen nach. Vielleicht erinnern Sie sich an die Melodien von gestern..... Singen macht Spaß, Singen tut gut, macht munter und Mut. Lassen Sie ihren Kiefer los, ihre Schultern und lassen sie sich durch den Rhythmus des Atmens und durch die Töne ganz innerlich bewegen. Richten Sie sich langsam an ihrer Wirbelsäule auf, setzen ihr Haupt auf und nehmen Sie wieder mit allen Sinnen Kontakt zu der Außenwelt auf, denn jetzt heißt es die Ohren spitzen, denn jetzt kommen wir zu einer weiteren wichtigen Ressource „der Kunst".

### Was haben Medizin und Kunst gemeinsam?

Bildende Künstler und Ärzte beschäftigen sich mit dem gleichen Phänomen, dem Menschen. Anatomie gehört in beiden Disziplinen zum Grundstudium. Sie alle kennen den Begriff der Heilkunst, d.h. Medizin ist die Kunst zu heilen und die Kunst ist Medizin für

die Sinne, also wirkt auch heilend. Kunst bringt etwas zum Ausdruck und hinterlässt bei uns einen Eindruck, das hat eine Studie, die 2010 in St. Gallen bei Museumsbesuchern gemacht wurde, gezeigt. Durch bestimmte Messmethoden hat man festgestellt, dass beim Betrachten unterschiedlicher Bilder unterschiedliche physiologische Muster ausgelöst werden, die unterschiedlichen Gefühlen und Befindlichkeiten zugeordnet werden können. So wirkten z.B. Bilder von Monet eher beruhigend, während Gerhard Richter eher Unruhe auslöste. Kunst wirkt körperlich und hat mit Gefühlen zu tun, von Glücksgefühlen, Freude, Angst bis hin zum Schmerz.

Damit kommen wir zum Thema des nächsten Vortrages, Schmerz und Kunst.
„Alle Kunst braucht den Schmerz, alles Schöpferische ist mit Leid verbunden, der Schmerz ist die Bedingung von Schöpfung und Freude" so sagt Hermann Nitsch, der Erfinder des Orgien- und Mysterientheaters in Wien. Für Beuys bedeutet Schmerz die Motivation seines künstlerischen Schaffens, für Marina Abramovic, eine Performancekünstlerin, ist der Schmerz die Tür zu einer höheren Bewusstseinsebene.

Zu diesem spannenden Thema werden wir in dem nun folgenden Vortrag: „Ansichten des Schmerzes in der bildenden Kunst" sicher mehr erfahren. Ich darf ihnen nun Frau Dr. Marion Tietz-Strödel vorstellen.

Frau Tietz-Strödel hat in München Kunstgeschichte studiert, promoviert und ist in der Münchner Kunstszene, bei Künstlern, Galeristen, Sammlern, Kuratoren und Museumsdirektoren als selbstständige Kunstführerin eine bekannte Größe. Sie hat eine sehr große Fan-Gemeinde, ihre Vorträge und Führungen durch europäische Museen, durch die Biennale in Venedig, die Documenta in Kassel erfreuen sich großer Beliebtheit. Durch ihre analytische und psychologische Sichtweise hilft sie den Betrachter*innen, die künstlerischen Werke kunsthistorisch einzuordnen, diese im historischen und gesellschaftlichen Kontext, sowie im Zusammenhang mit der Biographie des Künstlers zu verstehen und zu begeistern.

Sei herzlich willkommen!



# „Ansichten des Schmerzes in der bildenden Kunst" – Dr. Marion Tietz-Strödl

Der am 6. November 2016 frei gehaltene Vortrag liegt im Folgenden in schriftlicher, zum Teil stichpunkthafter Konzeptform vor.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
jetzt sitzen Sie hier, tiefenentspannt, gemütlich auf Ihrem Stuhl, ruhen in sich selbst, wohlig!

Und da komme ich mit dem Schmerz, mit Ansichten des Schmerzes in unserer abendländischen Kunst, und Sie werden am eigenen Leibe und in ihrer persönlichen Empfindung beobachten können, wie der von Künstlern visualisierte Schmerz bzw. Schmerzen auf sie wirken.

Kann das bloße Ansehen von Schmerzen im Betrachter selbst die Empfindung von Schmerz auslösen? Wie reagieren wir auf die sichtbar gemachten Schmerzen eines anderen? Welchen Eindruck hinterlassen sie in uns? Werden wir uns instinktiv schützen durch Distanziertheit, oder gar Abscheu? Oder werden wir mitleiden, wird unser Helferinstinkt aktiviert?

Das wird ganz entscheidend abhängen vom Opfer und seiner Geschichte, vor allem aber von der Art der Darstellung, von der Heftigkeit der Affekte, von Gesten und Mimik, die sich im Laufe der abendländischen Kunstgeschichte immer wieder gewandelt haben. Über diese Entwicklung möchte ich in den folgenden 45 Minuten referieren.

Da Schmerz die stärkste und am schwierigsten zu fassende Empfindung des Menschen ist, eine ganz und gar individuelle, zentrale Erfahrung, da er ohne alle Metaphysik die Brücke vom Sinnlichen zum Seelischen schlägt, ist er, wie Walter Benjamin in einem unveröffentlichten Aufsatz schrieb, "das vollkommenste Instrument des menschlichen Wesens". Ein Instrument, das fähig ist, ihn über sich hinaus zu führen ins Religiöse sowie ins Schöpferische, Quellgrund künstlerischen Schaffens.

In diesem Sinne ist der Schmerz schon seit der Antike das zentrale Thema unserer Kultur, ihr Antrieb, ihre Triebfeder. Seine vielfältigen Ausdrucksgebärden und Pathosformeln haben sich tief in unser kollektives Bildgedächtnis eingegraben.

**Kopf von einem Giebel aus Arezzo, (Etrurien), 1.H.2.Jh.v.Chr., Terrakotta, Nationalmuseum Florenz**

Ich zeige Ihnen hier das Kopffragment einer antiken Skulptur, die mit geneigtem Kopf den Blick gen Himmel richtet, den Mund geöffnet, die Stirnmuskulatur zusammengezogen. Wir wissen nichts von diesem Menschen. Ist er männlich, oder weiblich? Was ist seine Geschichte? Offensichtlich leidet er. Doch sind es körperliche oder seelische Schmerzen, die ihn quälen? Es gibt nichts, was auf eine Ursache schließen ließe. Ein Bildhauer oder Maler aber braucht so etwas, um Schmerz zu visualisieren. Wie sieht Schmerz denn aus? Woher weiß ich das? Man spürt ihn. Spürt ihn jeder so wie ich? Ich kann mich im Spiegel beobachten, doch dies ist eine zutiefst subjektive Wahrnehmung, die man ungern mit andern teilt.

Ziehen wir bei Schmerz die Stirnmuskulatur zusammen, wenden wir den Blick nach oben, öffnen wir stöhnend den Mund, weil uns dies unser Nervenkostüm gebietet? Oder weil sich diese Schmerzensmimik seit der Antike durch Vorbilder wie diese in unserer Gesellschaft tradiert hat?

Das Dilemma eines antiken Bildhauers war das Axiom der Stoik. Gefühle zu zeigen war unfein. Ein antiker Grieche kennt keinen Schmerz. Dennoch musste er, um Geschichten zu visualisieren, Ausdrucksformen und Pathosformeln erfinden, die wie Worte funktionieren.

Dafür steht seit der Antike ein ganzes Register mythischer Figuren zur Verfügung:

- Der Feuerbringer **Prometheus**, dem täglich neu von einem Adler die Leber aus dem Leib gerissen wird.
- Der Frevler **Tantalos**, der angesichts von Wasser und Speisen, Hunger und Durst leiden muss.
- **Marsyas**, dem von Gott Apoll die Haut am lebenden Leibe geschunden wird.
- **Niobe**, die stolze Mutter, die aus Schmerz um den Tod ihrer 14 Kinder zu weinendem Stein erstarrt.



**Laokoon, römische Marmorkopie einer hellenistischen Bronzeskulptur aus Rhodos, Vatikanische Museen**

Die Darstellung hat seit ihrer Auffindung in Rom im Jahr 1516 Künstler und Gelehrte begeistert wie kaum eine andere. Sie wurde zum Paradigma ewig gültiger Schmerzdarstellung.

Die Geschichte des Laokoon steht in der Aeneis des Vergil. Der Seher und Priester des Apollon warnt sein trojanisches Volk vor dem Geschenk der Danäer, dem hölzernen Pferd, in dem sich listig die griechischen Krieger verbergen, wird aber mit seinen Söhnen vor dem Altar seines Gottes von Schlangen erwürgt, was von den Trojanern als göttliches Zeichen gewertet wird, das Pferd in die Stadt zu holen, die daraufhin dem Untergang geweiht ist. Vergil schildert, wie der Vater zuerst zusehen muss, wie seine beiden Söhne erwürgt werden, bevor er selbst schreiend ihr Schicksal teilt. Die Skulptur komprimiert

dieses Geschehen zu einem „fruchtbaren Moment“, das Vorher und Nachher genial verbindend.

Im 18. Jahrhundert entbrennt darüber der sogenannte „Laokoon Streit“. G.E.Lessing vertrat die Ansicht, die Skulptur stelle nicht den schreienden Priester da, so wie ihn Vergil in seiner Aeneis drastisch beschreibt, denn ein solcher Schrei sei nach antiker Auffassung nur in der Literatur und auf der Bühne möglich, wo sich das Geschehen in der Zeit entwickelt. In einer Skulptur und im Bild aber würde er dem Ideal des Stoizismus widersprechen, da er den Schmerz in momenthafter Hässlichkeit zeige. Dies aber widerspreche dem Schönheitsideal antiker Kunst. So zeige das Gesicht Laokoons die Anspannung aller Kräfte im heroischen Kampf gegen Schmerz und Tod. Den Blick gen Himmel gewendet, schaut er ins Leere, ins Nichts.

Doch nun komme ich zu der Schmerzensgeschichte, die unsere vom christlichen Glauben bestimmte europäische Kultur durchdringt und prägt, zum Urbild des Schmerzes schlechthin: **Zur Passion Christi, dem Schmerzensmann**. **Kruzifix aus der Korpus Christi Kapelle in Breslau, 1.H.14.Jh.**

Hier kommt die Quintessenz christlichen Glaubens zur Darstellung, die Vorstellung, was Leid und Mitleid in unserer Kultur bedeuten. Der gekreuzigte Christus, der dornengekrönte, gedemütigte, gemarterte Gott, der dies Leiden auf sich nimmt, um uns zu erlösen.

*Es bedeutet das Ende des Alten Bundes, den Beginn der christlichen Kirche.*



**Masacchio, Adam und Eva, Vertreibung aus dem Paradies, 1424-28, Florenz, Brancacci Kapelle, Sta Maria del Carmine**
Dies Leiden ist im Alten Testament vorgezeichnet durch den Sündenfall, die Erbsünde und seine Folgen: Die Vertreibung aus dem Paradies in irdische Labsal, Schmerz und Leid.

Doch ich habe vorgegriffen mit Darstellungen aus dem 14., 15. Jahrhundert, in denen Schmerz und Leiden sehr drastisch und hyperrealistisch zur Darstellung kamen.

Das frühe antike Christentum kennt keine Schmerzensmann - Darstellungen, keine Kreuzigung. Dieser Tod war im römischen Reich eine so schändliche Strafe, dass ein römischer Bürger sich niemals diesen Anblick angetan hätte. Es hätte ihn befleckt.

Erst mit der Abschaffung dieser Todesart und der Anerkennung des Christentums als Staatsreligion unter Kaiser Theodosius 380 n. Chr. wird die Kreuzigung zum Bildthema. Das Kreuz der Verbrecher wird Gottes Sohn zum Thron. Doch daraus entstand ein Konflikt. Es galt Gott, dessen Essenz die Unsterblichkeit ist, tot darzustellen, den Messias, den schönsten aller Menschen, als leidend.

**Kruzifix aus Bockhorst, um 1200, romanisch, Münster**
Dies ist das am vollständigsten erhaltene Triumphkreuz der Karolingerzeit.
Christus steht, als erhabener Erlöser, aufgerichtet.

Die Darstellung von Blut, Wunden und Dornenkrone fehlt noch.
Stattdessen trägt er die Krone des sieghaften Königs, der durch seinen Tod die Erbsünde überwunden hat. Wir sehen nicht das Abbild des zu Tode gefolterten Heilands, sondern ein triumphales Symbol des vollzogenen Opfertodes zur Erlösung der Gläubigen.

*Erst im Hochmittelalter (12.Jh.) entwickelt sich im Geiste der Mystik eine neue Formensprache. Dabei ging es darum, ganz intim die Nähe zu Gott zu suchen.*

**Gabelkreuz, 1300 - 1304, Köln, St. Maria im Kapitol, mit Reliquien**
Dieses Kreuz gehört zu den ausdrucksvollsten Bildwerken der Mystik.

Das Gabelkreuz verweist auf den Baum der Erkenntnis und den Sündenfall.

Gekrümmt, mit verrenkten Gliedern, hängt Christus am Kreuz, eine zertretene Kreatur, „ein Hohn auf Maß, Harmonie und Menschenwürde", ausgemergelt, schmerzverzerrt. Es geht darum, dass der Gläubige die Passion wie am eigenen Körper nacherlebt, sich in das Leiden versenkt.

Das Bildwerk sollte zu Tränen rühren, zur Compassio, zum Mitleiden anregen. Christus als Mensch ist fassbarer als der unsichtbare, ferne Gott, und am menschlichsten ist er in seinem Schmerz und in seinem Tod.

Hier geht es um ein neues Frömmigkeitsideal im Streben nach Erlösung.

Schmerz wird dabei als ekstatische Überhöhung der eigenen Existenz hin zu Gott erlebt. Man geißelt sich selbst mit dem Anblick des leidenden Christus, um damit in die innigste Zwiesprache zu Gott zu gelangen. Dies geschieht in Passionsmeditationen, Geisslerprozessionen und Kreuzwegsgebeten. Die Konzentration liegt auf der Zwiesprache mit Gott über das unablässige Nachfühlen der Schmerzen Christi in den meditierten Stationen der Passion.

*„Alles Leid ist heilsam für die Seele."*

Die wichtigsten geistlichen Vorbilder sind die Zisterzienser und Bettelorden, Bernhard von Clairvaux, Franz von Assisi sowie die Passionsvisionen der Hl. Britta. Damit einher gehen ein neuer Naturalismus, die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Körper sowie die ersten anatomischen Studien.



## Neue Bildnistypen
## Das Vesperbild

**Roettgen - Madonna, 1.H.14.Jh. (1300 - 1350), Bonn, Rheinisches Landesmuseum**
Seit 1300 wird die Marienklage in Deutschland zum plastisch gestalteten Thema in den stillen Bereichen der Frauenklöster und den Seitenkapellen der Kirchen.

Das „Bild der seligen Jungfrau vom Mitleid" wird zum neuen Andachtsbild, zur tragischen Umwandlung des Madonnenbildes. Vorgezeichnet ist sie bereits in der mystischen Dichtung:
*„ir kint lag vor ir ougen val*
*Es lag tot wunt unde blint*
*Doch kuste si ir totes kint..*
*Si sach in an und aber an"*
(unser vrowen klage, im Konstanzer „Spiegel", Ende 13.Jh)

Der Begriff Vesperbild bezieht sich auf die Tageszeiten des Breviers, auf welche die verschiedenen Leidensstationen Christi bezogen waren. Kreuzabnahme und Beweinung fielen auf die Vesper von 5 - 7 Uhr.

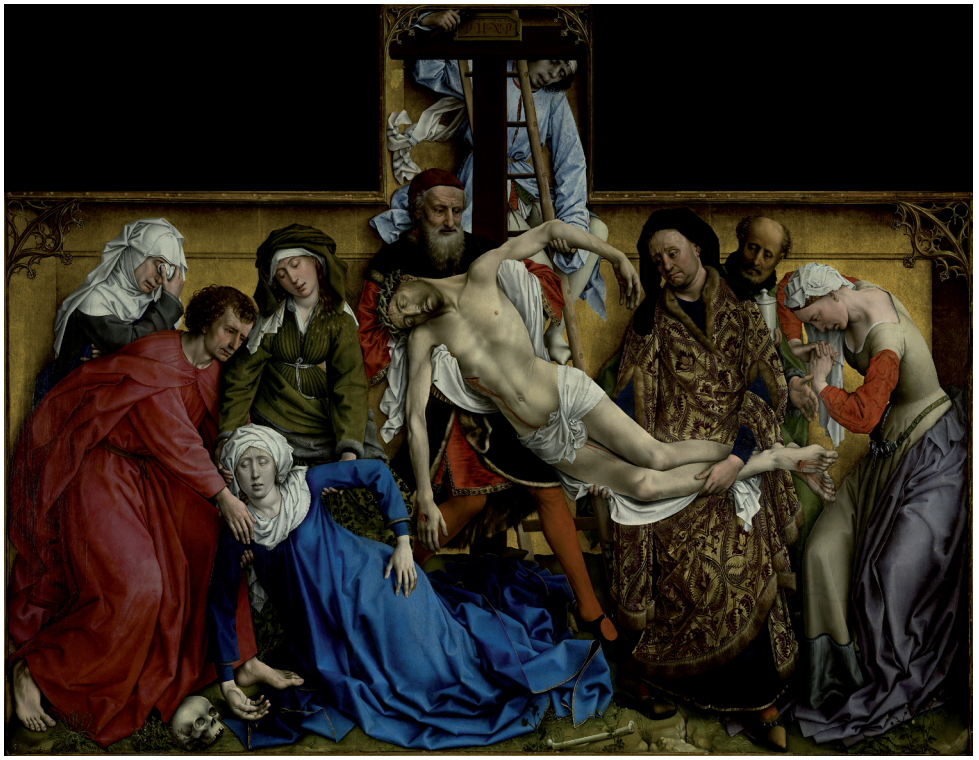
Ein weiterer Begriff für diesen Bildnistypus ist „Pieta", bezogen auf das Mitleid, das Mitgefühl des Gläubigen.

Die in quälendem Schmerz erstarrte Maria hält den ausgemergelten, von Qualen expressiv verzerrten, kleinen, starren Körper ihres toten Sohnes vor sich auf dem Schoß. Hier münden seine Schmerzen in ihrem Schmerz . Hier wird der physische zum seelischen Schmerz.

Aus Jesu Wunden quillt Blut gleich dicken Trauben, als Verweis auf die Wandlung von Wein zum Blut Christi im Abendmahl.

## Kreuzabnahme

**Rogier van der Weyden (1400 - 1464, Brüssel), 1435 - 40 für die Löwener Liebfrauenkirche geschaffen, heute im Prado, Madrid**



Der Typus der Kreuzabnahme existiert seit dem Frühmittelalter.

An der Wende zur Neuzeit, im 15.Jahrhundert, kommt es zur Idealisierung Christi zum zarten, schönen Jüngling, als Gegengewicht zu seinen körperlichen Schmerzen. Als Vorbild dafür wird die Antike neu entdeckt. In diesem Fall sind es römische Sarkophage.

Eine ganze Bandbreite seelischer Schmerzen wird dabei in den Assistenzfiguren dargestellt und zu Bildchiffren abstrahiert. Rogier van der Weyden scheint damit nicht das Leben wiederzugeben, sondern belebte, beseelte Skulpturen, wie in einem Schrein, die zu einem Flächenornament verwoben erscheinen. Dabei ist er so schöpferisch in der Darstellung heiliger Persönlichkeiten, dass er damit verbindliche Bildtopoi für die Zukunft schuf.: Die in Ohnmacht sinkende Maria, die Hände ringende Maria Magdalena.

**Stefan Lochner (1410 - 1451), Apostelmartyrien, 1435, Städel Museum, Frankfurt a.M.**
Schmerz wird hier sichtbar gemacht durch drastisch dargestellte, vielfältige Foltermethoden, wie sie in der Legenda Aurea, den Heiligenlegenden des Jacobus de Voragina (1230 - 99), beschrieben stehen.

Die Heiligen selbst aber ertragen ihr Leid in stoischer, edler Haltung, wie anästhesiert durch ihren Glauben, und stehen damit in extremem Kontrast zu den brutalen, hässlichen Fratzen der Henkersknechte und der blutrünstigen Meute, die in minutiösem Detailrealismus geschildert sind.

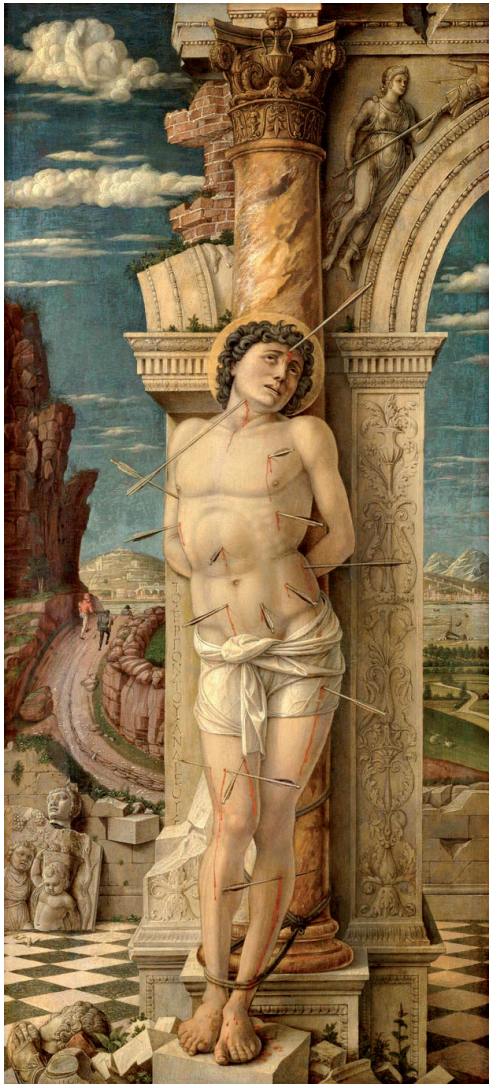
Meister des Marienlebens, Kalvarienberg, etwa 1460, Passionsaltar aus Bernkastel Kues
Hier stehen im Kontrast zu dem edlen Christus die hemmungslos leidenden Schächer. Ihre ekstatisch gezeigten Schmerzen zeigen uns, wie göttlich Christus sein Leid erträgt, das ganz offensichtlich um so vieles größer ist als das ihre.

*Eine funktionale Darstellung des Schmerzes findet nur im Mittelalter statt.*

*Seit der frühen Renaissance muss die Darstellung, um Kunst zu sein, die Kategorie des Ästhetischen bestehen.*

*Schmerz wird durch seine Zügelung erhaben und schön.*

**Andrea Mantegna (1413 - 1506), Hl. Sebastian, 1455 - 60, Wien**
Das klassische Beispiel hierfür ist der Hl. Sebastian, ein Leibwächter in der Prätorianergarde Kaiser Diokletians, der sich öffentlich zum Christentum bekannte, wofür er zum Tod durch Bogenschützen verurteilt wurde. Seit der frühen Renaissance wird er meist nackt, in Adonis gleicher Schönheit nach dem Vorbild des antiken Schönheitsideals dargestellt. Mantegna zeigt ihn mit dem ähnlich "himmelndem Blick", wie wir ihn bei Laokoon gesehen haben, doch hier ist er nicht ins Leere gerichtet, sondern auf der Suche nach dem unsichtbaren, aber tief geglaubten Gott.



**Michelangelo (1475 - 1564), Pieta, 1498 - 99, St. Peter in Rom**
Im Geiste des Humanismus manifestiert sich das Göttliche auf Erden in der Renaissance in Gestalt makelloser Schönheit. Es ist Aufgabe des Künstlers, dies Göttliche zu erschaffen. Michelangelo verwendet zum ersten Mal in Italien das typisch deutsche Motiv der Pieta, stellt aber die trauernde Maria so jugendlich dar, dass sie Mutter und Tochter Gottes in einem ist. So sitzt sie in unsagbarem Schmerz gefangen, in Trauer über den Tod des schönsten aller Menschen, ihren göttlichen Sohn. Es ist die Schönheit beider, die den Betrachter zu Tränen rührt. Michelangelo erzeugt sie durch ein höchstes Stadium der Vollendung in der Bearbeitung des Marmors zur Darstellung von Muskeln, Fleisch und leuchtender Haut.

**Albrecht Dürer (1471 - 1528, Nürnberg) , Selbstportrait als 17 - jähriger, 1488**
Der siebzehnjährige Dürer stellt sich in dieser Zeichnung selbst dar, mit schmerzhaft melancholischem Blick, als reflektiere er über die schwere Aufgabe des Renaissancekünstlers, die Welt in ihrer Gott geschaffenen Schönheit wiederzugeben.

**Albrecht Dürer, Der kranke Dürer, oder Dürer als Melancholiker, 1509/12, Federzeichnung, Kunsthalle Bremen**
Hier wird die innere Wunde zum profanen Bildgegenstand erhoben. Dürer ist der erste Künstler, der den Ort eines Schmerzes festhält. *„Do der gelb Fleck ist, vnd mit dem finger drawff dewt, ist mir we“*. Offensichtlich zeigt er auf die Milz, das Organ, das nach antiken Vorstellungen in Konstellation mit dem Saturn die Melancholie erzeugt.

Dieser Schmerz steht im Zusammenhang mit einem höheren Sinn, im Bezug zu einem idealisierten Körper. *„Dann welches Werk kein Brechen hat, das ist schön“*. Dürer berührt die Grenze zwischen Innen und Außen. Der physische Schmerz ist übersetzt in den Schmerz, die Welt nicht wirklich fassen zu können. *„Was aber die Schönheit sei, das weiß ich nit. Aber unmöglich dunkt mich so einer spricht er wisse die beste maß...anzuzeigen. Dann die lügen ist in unser erkanntnus und steckt die finsternus so hart in uns, das auch unser nach dappen fehlt“.*

Hier wird die Differenz zwischen Anspruch und Vermögen als die produktive Tragik des Künstlerischen formuliert, das Scheitern daran, die äußeren Bilder der Welt in die inneren, geistigen Bilder zu übersetzen.

**Albrecht Dürer, Selbstbildnis als Schmerzensmann, Zeichnung um 1500, Kunsthalle Bremen**
Bereits bei seinem Münchner Selbstporträt, das er um 1500 malte, sieht sich Dürer in der Nachfolge Christi.

Die Aufgabe, das Göttliche im Irdischen durch Schönheit zu fassen, erscheint ihm nicht möglich, also folgt er Christus im Leiden nach und tritt so, als Schmerzensmann, in seine Nachfolge.

Die übers Kreuz gelegten Geißelruten versinnbildlichen seine Gefangenschaft in irdischer Mühsal und Widerwärtigkeit im Streben nach Göttlicher Weisheit.

**Matthias Grünewald (Matthias Gotthart Nitthardt), Kreuzigung, 1525 für die Stadtkirche von Tauberbischofsheim, jetzt in Karlsruhe**
Ich zeige Ihnen hier die fünfte und letzte Version dieses Themas (1505 - 25), dessen berühmteste Fassung der Isenheimer Altar in Colmar (1515) ist.

Grünewald opfert die äußerliche Schönheit der schonungslosen, krassen inneren Wahrheit. Hier ist der Ausdruck des Leidens ins Extreme gesteigert, das Gesicht Jesu von Pein verwüstet, die schwärenden Wunden der Geißelung von Dornen zerstochen, der Körper unter Schmerzen gekrümmt. Ein Bild der Unversöhnlichkeit und Verlassenheit, der Gottesferne.

„Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen".
Es ist der grausame Untergang Gottes für das Wunder der Auferstehung.

*"Der Glaube der hier spricht, ist so unmittelbar, dass keine irdische Gestaltung zu sinnlich oder zu erdrückend für ihn ist". (Huizinga)*

Der Schmerz ist zu groß für den Körper, wächst wie die vogelgleichen Schwingen seiner Arme über ihn hinaus, sprengt alle Grenzen des Bildes, krallt sich in den apokalyptischen Raum.

Im Isenheimer Altar sagt Johannes die Worte des Johannes Evangeliums: *„Er muss wachsen, ich aber muss abnehmen".*

Grünewald greift auf die Darstellung des Mittelalters zurück, aber mit dem malerischen Können des neuzeitlichen Künstlers.



**Luca Giordano, Hl. Michael, um 1663, Gemäldegalerie Berlin**
Im 17. und 18. Jahrhundert liebte man Pathosformeln mit genau berechneter, theatralischer Wirkung, die im Zuge der Gegenreformation zur Stärkung des Glaubens eingesetzt wurden.

So krümmt sich hier Luzifer, die Inkarnation des Bösen, hemmungslos schreiend unter den Füßen des strahlenden, siegreichen Erzengels Michael.

**Peter Paul Rubens (1577 - 1640 Antwerpen), Grosser Höllensturz, (1614 - 1616), Detail der Verdammten, Alte Pinakothek München**
Die Überwindung von Schmerz durch die heiligen Märtyrer ist Trost, die Bestrafung des Sünders im Höllenpfuhl bedeutet Gerechtigkeit und wird zur Abschreckung drastisch dargestellt.

## Allegorische Darstellungen

**Caravaggio (Michelangelo Merisi) 1573 - 1610, Der Knabe, der von einer Eidechse gebissen wird, 1593, National Galery London**
Hier geht es um einen flüchtigen Augenblick, keine Geschichte, sondern die Schilderung eines psychologischen Vorgangs mittels physischem Ausdruck.

Caravaggio holt uns ganz nah ran, verführerisch nah, an diesen vor Sinnlichkeit strotzenden Knaben, der beim lüsternen Naschen von süßen Kirschen von einer kleinen Eidechse gebissen wird und darob mit zusammengezogenen Augenbrauen, in übertriebene Schmerzensäußerung verfällt. Dies ist durchaus als ironische Volte gegen Knaben liebende Kunstsammler der Zeit zu verstehen.

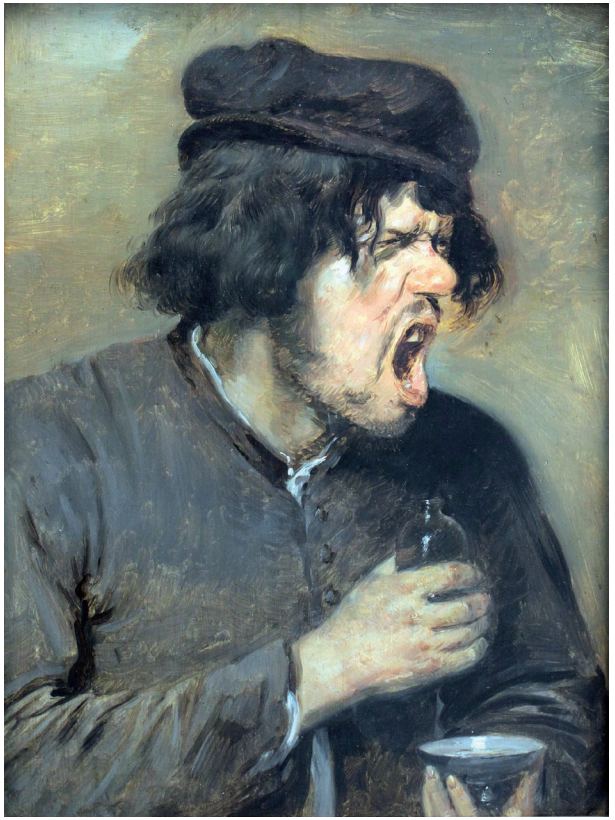
Dabei parodiert Caravaggio traditionelle Ikonen der Kunstgeschichte, wie den Laokoon (die leidende Mimik), oder die Verkündigungsmadonna Filippo Lippis (die Geste der Hand) in einem geistvollen Spiel mit Zitaten und Negationen.

*Die Strafe der Lust ist der Schmerz, aber der führt dich zur Wahrheit.*

Die süße Lust (Kirschen) befriedigt den niedersten Sinn, doch sie ist eine Sackgasse. Nur der Schmerz führt zum Religiösen.



**Adriaen Brouwer(1605 - 1638), Der Bittere Trank, 1638, Städel Museum, Frankfurt a.M.**
Unerzogene Menschen sind nicht fähig, ihre Passionen in den Griff zu bekommen. Der Kranke benimmt sich, als erlitte er Höllenqualen beim Einnehmen einer verordneten Medizin.



**Schlägerei zwischen zwei Bauern, 1636 - 38, Alte Pinakothek München**
Bauerngenres dieser Art waren bei Sammlern im 17. Jahrhundert sehr beliebt, konnte man sich doch selbstgefällig erhaben fühlen über den gemeinen Pöbel, der seinen Emotionen freien Lauf lässt. Besonders kunstfertig sind dabei die lebendig getroffenen Physiognomien dargestellt.

Lassen Sie mich jetzt einen großen Sprung machen, über die Aufklärung im 18.Jahrhundert hinweg zum 19.Jahrhundert. Mit der Französischen Revolution und mit der Aufklärung sind bisher unverrückbare Wertesysteme mit ihren Hierarchien zusammengebrochen. Wie Novalis es unübertrefflich formulierte, war der *„direkte Kontakt mit dem Himmel abgebrochen"*. Der Schmerz verlor dadurch seine höhere, metaphysische Bedeutung. Als dann 1846 der Äther als schmerzbetäubendes Mittel gefunden wurde, wurde der Schmerz zum Erzfeind, den es zu bekämpfen galt. Wenn Gott tot ist, so sagt Nietzsche, kann der höhere Sinn des Schmerzes nur darin liegen, zur Kunst zu führen.

*Schmerz führt nicht mehr zu Erlösung, er ist nicht Wesen der zu erwartenden Qualen in einer jenseitigen Hölle, sondern jetzt charakterisiert er die Qualen der Hölle auf Erden.*

**Francisco de Goya (1746 - 1828), Pr liberal (weil sie liberal war), 1814 - 24, Sepia, Tusche**
**Eine von 126 Zeichnungen seiner Tagebuch - Folge**
Goya war der erste und bedeutendste Künstler, der dem unerlösten, bodenlosen Lebensgefühl des modernen Menschen, der "irdischen Hölle" Gestalt verlieh durch die schonungslose Darstellung von Gräueltaten, die Menschen Menschen antaten in der napoleonischen Besatzungszeit, im spanischen Bürgerkrieg, in den gnadenlosen Verfolgungen der Inquisition. Seine Radierungen und Tuschzeichnungen sind Inkunabeln der modernen Kunstgeschichte.



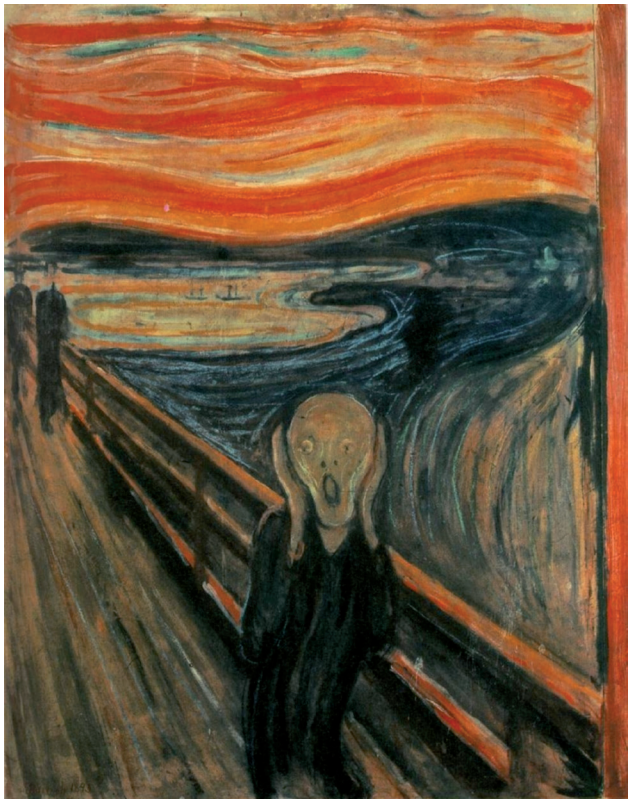
**Edvard Munch (1863 - 1944), Der Schrei (1893), Nationalgalerie Oslo**
Mit diesem in mehreren Holzschnitt - und Gemäldefassungen variierten Thema schuf der Norweger Eduard Munch ein Urbild, ja, man kann sagen eine Ikone von Schmerz und Angst in einer von Gott verlassenen Welt.

Dabei greift er auf die mittelalterliche Technik des Holzschnitts zurück, wie auch auf die expressive Formensprache der Mystik. Seine Stilmittel sind:
Schlingernde Linien, eine Schwindel erregende Bodenlosigkeit, eine rasend in die Tiefe saugende Perspektive, symbolistische Farben, die Loslösung vom Naturalismus. Der Himmel blutet.

Es ist die Welt, die Natur,
die unerträglich schreit,
vor der sich dieser Mensch
die Ohren verschließt.

Alles mündet
kompositorisch
in dem geöffneten
Mund seines
lebenden Totenschädels.

Dieser Mensch ist
an der Welt
irre geworden.



**Ernst Ludwig Kirchner (1880 - 1938), Selbstbildnis als Kranker, 1918, Pinakothek der Moderne, München**
Rekonvaleszent nach kriegsbedingtem Nervenzusammenbruch, stellt sich Kirchner seinem Spiegelbild in der Graubündner Bauernstube des „Hauses unter den Lärchen", das er zur Behandlung im Sanatorium Davos bezogen hat. Alles ist Verlorenheit, Zittern, splissige Linien. Sein Nervenkostüm liegt bloß.

Seine Hoffnungen auf einen *Neuen Menschen*, das Ideal seiner Vorkriegskunst, sind dahin. Geblieben ist ein Verletzter an Leib und Seele, ein Zweifler am Leben.
Wie Munch wählt er eine stürzende Perspektive, die ihm den Boden wegzieht, so wie expressive Schmerzensfarben, einem Blutsee gleich.

Farben und Formen werden zu Bedeutungsträgern. Der Fensterausblick auf die Graubündner Berge erscheint wie eine Fieberkurve.

**Otto Dix, Verwundeter in der Sommeschlacht, aus dem Kriegszyklus von 1923/24**
Nach Erlebnissen an vorderster Front hat Otto Dix diese expressiven Kriegschilderungen, auf der Basis seiner Kriegsskizzen, erst 10 Jahre nach dem Krieg als Radierzyklus herausgegeben, um in Zeiten des wachsenden Nationalismus an die Schrecken des Krieges zu erinnern, die er von Anfang bis Ende in den Schützengräben erlebt hat. Er schreibt dazu von der
*„Ästhethik des Grauens"*, vom *„Vieh Mensch"*
*„Los haben wollt ichs, sonst nichts"*
*„Ich brauche die Verbindung zur sinnlichen Welt, den Mut zur Hässlichkeit, das Leben ohne Verdünnung".*
*„Man muss den Menschen in diesem entfesselten Zustand gesehen haben, um etwas über den Menschen zu wissen." Er will auch das ganz Unsympathische, das ganz stinkig Dreckige will er sehen. Alles will er sehen. Das ist nämlich menschlich. Das Leiden Christi, das kannste dir ja in der Bibel erzählen lassen, aber eigentlich musst du es selber erleben. Ganz selber musst du es sehen. Und das ist ja richtig sehen. Deswegen gehe ich in den Krieg".*

**Lovis Corinth (1858 - 1925), Der Rote Christus, 1922, Neue Pinakothek München**
*„Das Land ist vernichtet, ran an die Arbeit"* (Lovis Corinth)
Die abgrundtiefen Schrecken des Weltkrieges lassen Künstler wieder auf christliche Themen und mittelalterliche Vorbilder zurückgreifen, aber statt eines Erlösungsgedankens tritt jetzt die Gottverlassenheit.

Den Gabelkreuztypus der Mystik verbindet Corinth mit der brutalen Deformation des Isenheimer Altars.

Eine naturalistische Fassung muss dort versagen, wo es um das Unfassbare, den Sinnen nicht unmittelbar Zugängliche geht.

Die Christusgestalt ist zum hieroglyphischen Symbol für Schrecken, Tod, Zerstörung und Schmerz im 1.Weltkrieg verhärtet, die Farbe dick und roh wie mit dem Schlachterbeil aufgetragen.

Das Gesicht ist doppelt lesbar: Den Blick bannend, gerichtet auf den Betrachter, oder schmerzverzerrt nach oben, anklagend, dass kein Gott sei.

**Pablo Picasso (1881 - 1973), Weinende Frau, 1937, Sammlung Penrose, London**
*„Die Malerei ist nicht erfunden worden, um Wohnungen auszuschmücken, sondern sie ist eine Waffe zur Verteidigung und zum Angriff gegen den Feind"*. (Picasso)

Picassos unzählige weinende Frauen sind Schmerzensmetaphern für den spanischen Bürgerkrieg, den er hilflos gezwungen war aus dem Exil zu verfolgen.

Sein Modell ist dabei immer seine exzentrische, schöne und kluge Geliebte Dora Maar. Sie wird zur modernen Mater Dolorosa mit keckem Hütchen. Picasso setzt seinen unter revolutionären ästhetischen Gesichtpunkten entwickelten kubistischen Stil ein als Ausdrucksmittel für seelischen Schmerz. Das Gesicht verschränkt sich mit dem kantig zerknüllten Taschentuch, Fingernägel werden zu Tränen.

**Pablo Picasso, Guernica, 1937, Museo Reina Sophia, Madrid**
Diese Ikone der Moderne entstand im Auftrag der offiziellen republikanischen Regierung Spaniens für den nationalen Pavillon der Pariser Weltausstellung. Picasso hatte zunächst ein Atelierbild geplant, als die älteste Stadt und kulturelles Zentrum der baskischen Provinzen, Guernica, mit Hilfe der deutschen Legion Kondor von den Aufständischen unter Franco bombardiert und dem Erdboden gleichgemacht wurde. Sofort ändert Picasso sein Motiv, um in nur wenigen Monaten das Antikriegsbild unserer Zeit schlechthin zu schaffen.

Wieder setzt er den Kubismus ein, um eine Welt in Scherben zu malen, zersplittert, zerhackt. Spitze Zungen stoßen schrille Schreie aus. Leidende, trauernde, tote, fliehende, brennende Kreaturen im erbarmungslosen Licht einer grellen Glühbirne, die wie ein wimpernloses Auge, zur Wunde aufgerissen, an der Decke klebt.

*Picasso malt nicht die historische Tatsache, sondern deren Wirkung auf seine Psyche.*

**Francis Bacon (1909 - 1992), Three Studies for Figures at the base of a Cruzifixion, 1944, Tate Britain, London**
Francis Bacons wichtigstes Frühwerk, das seit 1962 jede seiner Ausstellungen einleitete, ist eine Antwort auf die verheerenden, tage - und nächtelangen Luftangriffe auf London, weist aber wie Guernica weit über die real erfahrenen Schrecken hinaus. Er verbindet zwei Motive:

Die Erinnyen, die Orest in den Eumeniden des Aischylos jagen. *„Der Gestank menschlichen Blutes lacht mir entgegen".* Es ist ein irres Lachen. Jedes Lebewesen ist Opfer, Monstrum, lebender Kadaver.
*„Wenn ich in einen Metzgerladen gehe, bin ich jedesmal erstaunt, dass nicht ich dort hänge, an Stelle der Tiere".*

Und die Kreuzigung, aber ohne das Kreuz, ohne den Erlöser. Von den christlichen Inhalten ist nur Schuld und Verdammnis übrig.

**Alberto Burri (1915 - 1995), Sacco, 1952**
**Leinen, Öl, Schnur, Leim auf Leinwand und Sackleinen**
Solche zerrissenen und geflickten Materialbilder aus altem Sackleinen sind Alberto Burris Reaktion auf den Zweiten Weltkrieg, den er als Soldat und in amerikanischer Gefangenschaft erlebte.

Adorno hatte mit Recht ausgeführt, dass nach Auschwitz eine ästhetische Kunst nicht mehr möglich sei, da sie den Schmerz der Opfer und Trauernden niemals fassen könne. Material wird somit nicht mehr genützt, um in traditioneller Weise ein Abbild von Schmerz zu geben, sondern als Spur, Symptom, Abdruck und Ausdrucksträger.

**Hermann Nitsch, (1938) Hauptvertreter des Wiener Aktionismus.**
**Schüttbild, 1961**
Seine Gemälde gehen hervor aus Malaktionen und Happenings, die in untrennbarer Beziehung stehen zu seinen orgiastisch blutigen Mysterienspielen.

Oft integriert er die blut - oder farbbesudelte Kleidung, die er dabei trug, ins Bild.



Hier ersetzt rote Farbe das Blut, erscheint aber als Spur einer explosiven, dionysisch rauschhaften Aktion, die ekstatische Lebensgier und Lust verbindet mit Passion, Blut und Tod.

*Alle Kunst braucht den Schmerz, alles Schöpferische ist mit Leid verbunden, der Schmerz ist die Bedingung von Schöpfung und Freude. (Nitsch)*

**Louise Bourgeois (1911 - 2010), Cell I, 1991, Privatsammlung**
Louise Bourgeois beginnt 80 - jährig mit dem Bau von insgesamt 60 „Zellen", die sich bis zu ihrem Tod als fast Hundertjährige hinziehen. Mit ihnen verarbeitet sie die schmerzhaften, zerstörerischen Emotionen und Lebenserinnerungen, die sie damit überwinden will und die sie doch gleichzeitig als Quellgrund ihrer Kunst benötigt. Es sind Inszenierungen von kulissenhaften Räumen aus alten, gefundenen, vom Leben ramponierten und gezeichneten Objekten: Alte Türen und Fenster umgrenzen den Raum.

Der von ihr gewählte Begriff „Cell" suggeriert mehrdeutig eine Gefängniszelle, Mönchszelle, biologische Zelle.

Nach ihren eigenen Aussagen dienen sie *„Darstellungen des Schmerzes, verschiedene Arten des Schmerzes, physisch, emotional, psychologisch, mental, intellektuell. Wann wird das Emotionale körperlich? Wann wird das Körperliche emotional? Ein nicht enden wollender Kreislauf. Schmerz kann an irgendeinem Punkt beginnen und geht dann in die eine oder andere Richtung"*

Ihre Glaubenssätze finden sich in ihrer ersten Cell auf einem Krankenlager, eingestickt in Postsäcke:
*„Schmerz ist mein Geschäft"*

*„Ich brauche meine Erinnerungen, sie sind meine Dokumente“*
*„Schmerz ist das Lösegeld für Formalismus“*
*„Kunst ist die Garantie für geistige Gesundheit“*
*„Wut“*
*„Kunst ist meine Psychoanalyse“*

**Josef Beuys (1921 Kleve - 1986 Düsseldorf), Zeige deine Wunde, 1980, Lenbachhaus München**
Mit dieser ergreifenden Installation aus je zwei Leichenbahren, beschriebenen Schultafeln, trüben Blechlampen und verschiedenen rätselhaften alten Objekten aus einer archaischen Arbeitswelt sowie der Welt der Information, will Beuys die *„Todeszone sichtbar machen, auf die sich unsere Gesellschaft in rasender Geschwindigkeit zu bewegt“.*

Eine *„Todeszone im Röntgenbild unserer Gesellschaft“*
*„Es ist das Röntgenbild einer Leichenhalle, in der es nur geringe Zeichen für die Möglichkeit einer Erneuerung gibt.“*

Diese Todeszone ist für Beuys durch das einseitig verstandesmäßige Denken der modernen Gesellschaft gegeben. Durch die Doppelung aller Gegenstände in dieser Installation will er auf das verlorene Gleichgewicht zwischen Verstand und Intuition, Denken und Empfinden hinweisen.

*„Verdoppelung ist Spaltung, Ausdehnung, Erweiterung“*

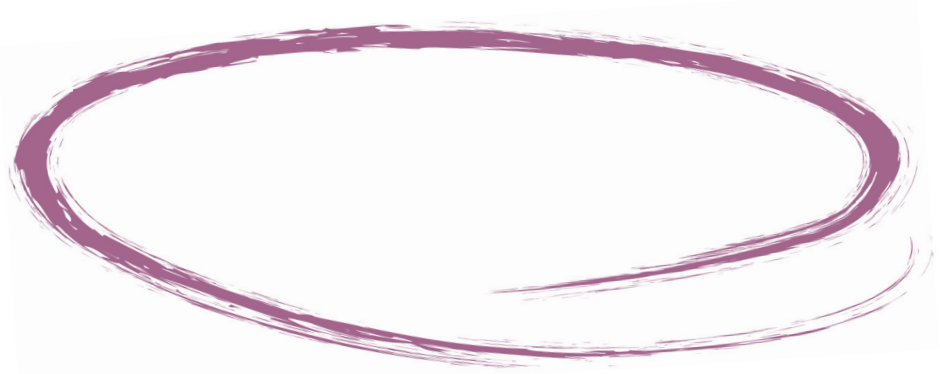
Das paradoxe Denken führte zu Toleranz und zur Bemühung, sich selbst zu wandeln, der arestotelische Standpunkt führte zum Dogma und zur Wissenschaft, zur katholischen Kirche und zur Entdeckung der Atomenergie.
(Erich Fromm: Die Kunst des Liebens“)



*Die Erfahrung des Leidens sieht Beuys als Voraussetzung für ein geschärftes Bewusstsein, um die Falschorientierung des Menschen diagnostizieren und Heilung einleiten zu können.*

## Bildnachweise

S.33 By English: Hagesandros, Athenedoros, and Polydoros Français : Agésandros, Athanadoros et Polydore Deutsch: Hagesandros, Athanadoros, und Polydoros (Marie - Lan Nguyen (2009)) [Public domain], via Wikimedia Commons
S. 38 Rogier van der Weyden [Public domain], via Wikimedia Commons
S. 39 Stefan Lochner [Public domain], via Wikimedia Commons
S. 41 Andrea Mantegna [Public domain or Public domain], via Wikimedia Commons
S. 42 Michelangelo [CC0], via Wikimedia Commons
S. 45 Luca Giordano [Public domain], via Wikimedia Commons
S. 47 Adriaen Brouwer [Public domain], via Wikimedia Commons
S. 49 Edvard Munch [Public domain or Public domain], via Wikimedia Commons
S. 50 Ernst Ludwig Kirchner [Public domain], via Wikimedia Commons
S. 53 Lovis Corinth [Public domain], via Wikimedia Commons



# „Aufräumen“ mit FE. Ein Erfahrungsbericht

– Dr. Petra Saltuari

Keywords
Selbstwahrnehmung
Aufräumen mit FE

Hätte mir irgendwer vor ein paar Jahren gesagt, dass mich das Thema „Aufräumen“ so interessieren würde, dass ich mich intensiver damit beschäftigen wollte und es nicht nur als notwendiges Übel betrachten würde, ich hätte es nicht geglaubt.

Für mich war Aufräumen etwas, das, wenn es zu stark vernachlässigt wird, das Lebensgefühl durch ständiges Suchen und Chaos unangenehm beeinflussen kann.

In mir herrschte schon eine Sehnsucht nach Struktur und Klarheit, besonders in dem Lebensabschnitt mit kleinen Kindern und Berufstätigkeit.

Oftmals hatte ich das Gefühl, mir wachse alles über den Kopf: die Wäscheberge, das Geschirr, die Papierberge, das Spielzeug ...

In der Fülle der Dinge und der Aufgaben wurde mir der äußere und innere Raum zu eng, die Luft zum Atmen wurde knapp. Irgendwie gab es von allem zuviel, zuviel Zeug und zuviel zu tun.

Ich muss dazu sagen, dass ich auch keine leidenschaftliche Hausfrau bin, dass ich mich lieber anderen Themen zuwenden wollte als der Hausarbeit.

Nun fiel mir das Buch: „Magic Cleaning“ von Marie Kondo[1] in die Hände und ich entdeckte etwas für mich Wunderbares.

Ihren Ansatz zum Aufräumen erlebe ich körperbetont und lustvoll.

Die Kernaussage ließe sich vielleicht so beschreiben:
Zunächst zügig ausmisten und zwar in Kategorien unterteilt (erst die Kleidung, dann die Bücher, dann die Papiere, dann Erinnerungsstücke etc.)

Und dabei nehme ich jedes Ding in die Hand und stelle mir immer wieder die Frage: „Macht mich dieser Besitz glücklich oder nicht?“

Und hierbei SPÜRE ich in meinem Körper nach. Es geht nicht um all die Gedanken wie „Vielleicht könnte ich es doch noch gebrauchen?“ oder „Das hat mir Tante Erna zu Weihnachten vor fünf Jahren geschenkt, das darf ich nicht wegtun, denn falls sie zu Besuch kommt ist sie sicherlich traurig, wenn ich es nicht mehr habe.“

Es geht einzig und allein um das Gefühl, das sich einstellt, wenn ich das Ding in der Hand halte. Fühle ich mich beengt? Hat es mich früher glücklich gemacht aber jetzt fühlt es sich eher wie Ballast an?

Wenn mich der Besitz jetzt glücklich macht, dann bleibt er bei mir, wenn nicht dann kann er weg.

Interessanterweise geht dieser Entscheidungsprozess mit der Zeit immer schneller. Der Körper meldet sich sofort, wenn ich darauf achte.

Manchmal gibt es natürlich auch ambivalente Gefühle, aber beim genaueren Hinspüren sind es oftmals mehr die Gedanken, die die Ambivalenz hervorrufen.

Meistens ist das Gefühl eindeutig und sehr schnell.

Zum Beispiel hat mich ein Gegenstand mal sehr erfreut, jetzt passt er aber nicht mehr so gut oder ich möchte Dinge nicht einfach wegwerfen. Hier kann ich z.B. Dinge weitergeben und die positive Erinnerung in mir behalten.

Marie Kondo empfiehlt sogar, sich quasi virtuell bei den Gegenständen für die gemeinsame Zeit zu bedanken und sie dann loszulassen. Wenn ich Sachen loslasse, können sie möglicherweise noch andere Menschen glücklich machen. Es gibt zahlreiche Bücherschränke, Second-Hand-Läden und Einrichtungen, die dankbar sind.

Dieser Klärungs- und Loslassprozess hat mir bereits sehr gut getan und ich spürte, wie Räume, sowohl die äußeren als auch die inneren Räume, freier wurden. Besonders im Brustkorb entstand ein Gefühl von Weite, wohlige Wärme und Entspannung.

1 Kondo, Marie: Magic Cleaning. Wie richtiges Aufräumen Ihr Leben verändert. Rowohlt (2011)

Ein Gefühl von Entlastung und Erleichterung trat ein, manchmal auch Sentimentales oder Trauer über Vergangenes. Es wurde ein Prozess des Gewahrwerdens, was jetzt in diesem Moment ist, was mir wichtig ist, wer ich bin.

Erst nach dem Ausmisten und Loslassen kommt das Aufräumen. Jedes geliebte Ding bekommt einen eigenen guten und festen Platz, wo es immer wieder hingehört.
So wird das Zuhause zu einem Ort, der wirklich zu mir passt.

Und hierbei geht es nicht um klinische Ordnung und Sauberkeit, sondern darum, einen Ort zu schaffen und zu halten, an dem ich mich wirklich wohlfühle mit den Dingen, mit denen ich mich umgeben möchte. Ich erschaffe mir meinen äußeren Raum und dieser wiederum wirkt auf den Innenraum.

Und je weniger ich besitze, umso leichter fällt es mir, mich um diesen äußeren Raum zu kümmern.

Eine Herausforderung sind natürlich die „Mitbewohner", die Familie, wenn sie vorhanden ist.

Denn Eines ist tabu:
Diesen Prozess für andere zu tun, denn ich kann ihn nur selbst durchlaufen. Sonst gibt es Konflikte.

Aber ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich das gute Gefühl ausbreitet und die anderen plötzlich auch mit dem Ausmisten und Aufräumen anfangen.

Es funktioniert auch, gemeinsam auszumisten und sich gegenseitig dabei zu unterstützen bei den Entscheidungsprozessen (macht glücklich - kann bleiben; macht nicht glücklich - kann weg!)

Diese Art des Aufräumens ist für mich eine Art Energiearbeit auf ganz praktischer Ebene und macht oftmals sogar richtig Spaß.



## Praktische Aufräumbegleitung

Dieser Selbsterkundungsprozess gefiel mir so gut, dass ich auf die Idee kam, eine „Aufräumbegleitung" anzubieten. Ich stellte mir vor, dass es auch anderen Menschen ähnlich gehen und das Aufräumen gemeinsam leichter sein könnte.

Frau S. kontaktierte mich über meine Facebook-Seite „Aufräumen, Loslassen, frei sein".[2]

Sie würde gerne ihren Keller aufräumen und schaffe es nicht allein. Wir vereinbarten ein Vorgespräch von 90 Minuten, wie ich es immer mache, um mir einen Ein- und Überblick zu verschaffen und dadurch ungefähr abschätzen zu können, wieviel Zeit wir dafür benötigen würden.
Frau S. hieß mich in ihrer Wohnung willkommen und wir nahmen in ihrem Wohnzimmer Platz.
Sie schilderte, dass sie seit ca. zwei Jahren von ihrem Mann getrennt lebe und sie sich die Versorgung der beiden Kinder teilten. Sie habe beim Auszug viele Dinge mitgenommen, weil der Mann sie nicht mehr haben wollte. Er habe sogar zum Teil die Kisten gepackt und zu ihr gebracht mit allem, was er nicht mehr haben wollte.

Wir schauten uns gemeinsam den Keller an, der kaum zu betreten war, aber es schien mir machbar, dort zügig eine Struktur zu schaffen.
Frau S. und ich vereinbarten einen Termin, an dem sie einen Tag Urlaub nehmen würde und wir den ganzen Tag zur Verfügung hätten, mit Pausen natürlich.
Dann bestellten wir sogleich den Sperrmüll für diesen Tag für einige große defekte Teile, die sie nicht mehr haben wollte oder gebrauchen konnte.
Ebenso machten wir Fotos von gut erhaltenen Dingen, die sie loslassen wollte, und stellten sie z.T. in soziale Netzwerkgruppen wie „free your stuff" zum Verschenken oder zum Verkaufen.

Am Tag des „großen Aufräumens" starteten wir mit den kaputten Dingen, die wir hinaus zum Sperrmüll brachten. Das schaffte bereits Platz und ging sehr flott.

Für jedes Teil, dass Frau S. loslassen konnte, lud ich sie ein, sich bei diesem Ding an die gemeinsame Zeit zu erinnern und sich auch dafür zu bedanken, diese Zeit quasi wertzu-

2 https://de-de.facebook.com/loslassenfreisein/

schätzen und dann loszulassen. Das war nicht nur leicht, Frau S. brauchte bei manchen Dingen einen Moment des Nachsinnens, Erinnerns und darüber Sprechens, bevor sie sie loslassen konnte.

Nun war etwas Platz vorhanden, so dass wir mit der ersten Kategorie beginnen konnten, mit der Kleidung.

Frau S. hatte sehr viel Kleidung im Keller zwischengelagert, die ihr geschenkt wurde und zu der sie nicht hat NEIN sagen können, die sie aber trotzdem nicht tragen würde.

Darunter waren viele Teile, die ihr ihre Mutter schenkte. Bei genauerem Nachfragen kam heraus, dass die Mutter diese Teile nicht mehr selbst tragen wollte, sie aber nicht einfach wegschmeißen wollte. Sie wurden quasi an Frau S. delegiert.

Ich fragte Frau S. ob diese Kleidung sie „glücklich" mache, was sie verneinte. Aber in ihnen stecke die Verbindung zur Mutter. Diese Verbindung, die auch einen ambivalenten Teil hat, schauten wir erst noch gemeinsam an. Frau S. würdigte zum einen die liebevolle Verbindung zur Mutter, die ihr etwas schenken wollte, erkannte aber auch das Delegieren. Danach konnte sich Frau S. von vielen Kleidungsstücken verabschieden, die sie schließlich an einen caritativen Kleiderladen weitergab. Genauso geschah es mit ihrer Hochzeitskleidung, die sie als Erinnerung behalten hatte, die sie aber nie wieder tragen würde.

Der Aufräumprozess beinhaltet zunächst das Ausmisten und Loslassen, bevor es ans Aufräumen geht.

Es bedeutet immer wieder Entscheidungsprozesse, die mit Bindungsklärung einhergehen. Was bedeutet das Ding für mich? Womit bin ich verbunden? Gibt es noch Klärungsbedarf zu bestimmten Beziehungen mit Menschen in meinem Leben? Wofür steht das Ding? Welche Gefühle habe ich dabei?

Nachdem wir auch Tüten voller Schuhe, alter Kinderkleidung etc. durchgearbeitet hatten, ging es zu den nächsten Kategorien: Reiseutensilien (Koffer, Taschen ...), Haustierzubehör, Schallplatten, Lampen, Dekoartikel (Weihnachts- , Oster-, Halloweendeko.)



Mittlerweile war genug Platz in den Regalen an der Wand und im Schrank an der anderen Wand, so dass genug Stauraum war und der Boden immer freier wurde.

Innerhalb jeder Kategorie war immer wieder die Frage entscheidend:
„Macht mich dieser Besitz glücklich?" Und interessanterweise konnte Frau S. diese Frage für sich schnell beantworten, wenn sie in ihren Körper spürte. Auch die Ambivalenzen sind schnell im Körper nachzuspüren und dann zu betrachten. Nach all diesen „Bindungsklärungen" konnte Frau S. sehr schnell für alle Dinge, für die sie sich entschieden hatte, einen guten Platz finden.

Es wurde Raum frei, außen und innen.

Das Loslassen gelingt manchmal leichter in Begleitung, denn um Loslassen zu können ist der Halt wichtig. Ähnlich wie beim Laufen: Ich kann das Bein gut anheben und laufen, wenn ich einen guten Halt durch das Standbein habe.

## Literatur

Kondo, Marie: Magic Cleaning. Wie richtiges Aufräumen Ihr Leben verändert. Rowohlt (2011)
Saltuari, Petra: https://de-de.facebook.com/loslassenfreisein/

# Bindung und Schmerz. Körperpsychotherapeutische Ansätze mit FE

– Dr. Ingrid herholz | Dr. Rolf Johnen

Keywords
Bindung und Schmerz
Körperpsychotherapie und Schmerz

## Arbeitspapier für den Workshop (Rothenburg 2016)

## Was geschieht, wenn ein Kind seinen Schmerz nicht haben darf?

Wie wichtig in jeder menschlichen Entwicklung fördernde und bestätigende Reaktionen der mütterlichen Umwelt sind, lässt sich am Beispiel der Entwicklung chronischer (somatoformer) Schmerzstörungen erläutern. Diese Entwicklung beginnt im Regelfall damit, dass ein Kind seinen Schmerz „nicht haben darf" (vgl. Arno Gruen: Der Verlust des Mitgefühls, dtv1997). Für das Zustandekommen dieses „Verbots" gibt es 3 Standard-Situationen in den frühen Beziehungen, die sich negativ auswirken, wenn sie sich bereits in der frühesten Lebenszeit öfters wiederholen:

1. Es ist niemand da, der den Schmerz sieht, weil das Kind zu früh sich selbst überlassen wird,
2. der Schmerz wird verboten (was in traditionellen Gehorsamskulturen die Regel ist!) oder
3. die Eltern fügen dem Kind selbst auf sadistische Weise Schmerzen zu.

In jedem dieser häufig vorkommenden Beispiele kann das Kind den Schmerz nicht als biologisches Warnsignal ins bewusste Ich integrieren; es muss den Schmerz abspalten(s.u.), was wiederum bedeutende Folgen für das Leben – noch im Erwachsenenalter – hat:

1. Dem betroffenen Menschen fehlt die Fähigkeit zur Empathie. Umso größere Fähigkeiten muss er entwickeln, um andere Menschen zu manipulieren.
2. Der Schmerz ist trotzdem vorhanden, er ist aber nicht greifbar.

Menschen mit diesem Schmerzschicksal gehen auf unterschiedliche Weise mit dem ständig vorhandenen, aber nicht greifbaren Schmerz um.

1. Eine Minderheit wird vom Opfer zum Täter. – Diese Menschen stellen eines Tages fest, dass sie erleichtert sind, wenn sie miterleben, wie jemand anderes leidet; dann hat der eigene, nicht fassbare Schmerz einen Namen. – Es ist bekannt, dass Schwerverbrecher, die einen Drang haben, anderen Menschen Leid zuzufügen, (fast?) ausnahmslos in der Kindheit in erschreckender Weise selbst Opfer waren.
2. Eine sehr große Gruppe wird vom Opfer zum „Schmerzpatient*in" (somatoforme Schmerzstörung). Diese Menschen erleben die verbotenen seelischen Schmerzen am eigenen Körper. Und
3. eine ebenfalls nicht sehr kleine Gruppe wird vom Opfer zum Helfer (viele Mitglieder von helfenden Berufen: „Helfersyndrom"). Die verbotenen eigenen Schmerzen werden bei anderen behandelt.

**Daraus ergeben sich bedeutende therapeutische Konsequenzen:**

1. Von den Menschen, die zum Verbrecher (also vom Opfer zum Täter) werden, müssen wir annehmen, dass sie selbst an die eigenen Gefühle kaum herankommen. In therapeutischen Beziehungen findet sich das Gemisch der abgespaltenen Gefühle (Ohnmacht, Hilflosigkeit, Minderwertigkeit, Schuldgefühle, hilflose Wut usw.) jedoch mit großer Regelmäßigkeit beim Therapeuten, wenn er sich den Klagen seines Gegenübers öffnet (und dabei seine eigenen tieferen Gefühle wahrnimmt)..
2. Auch bei der Gruppe der Schmerzpatienten*innen (ca. 10% der Bevölkerung?) findet sich das Gemisch der abgespaltenen Gefühle von vornherein nicht beim Schmerz geplagten Opfer, sondern beim Therapeuten bzw. im Gruppenprozess.
3. Bei der Gruppe der „Helfer mit Helfersyndrom" klingen die abgespaltenen Gefühle oft als „etwas Eigenes" an, und zwar bewusstseinsnah und als eigenes Leiden („Mitleid"). Die früh abgespaltenen eigenen Gefühle kommen bei dieser Gruppe in der Begegnung mit dem Schmerzpatienten*innen in Resonanz. – Das ist für den Betroffenen oft ein großes Problem; in vielen Fällen wird allerdings auf diese Weise auch ein Zugang zum*zur Patient*in mit dessen abgespaltenen Gefühlen möglich; der Patient fühlt sich verstanden. – Die mit der psychotherapeutischen Ausbildung verbundene Selbsterfahrung hat vor allem den Sinn, den Zugang zu den eigenen abgespaltenen Gefühlen zum wichtigen Arbeitsmittel zu machen.

## Die Somatoforme Schmerzstörung als Lebensgeschichtliche Wiederholung

Um zu verstehen, warum sich bestimmte frühe Beziehungskonstellationen so verhängnisvoll auswirken, braucht man ein Grundwissen zur menschlichen Entwicklung. In Therapien kann man immer wieder folgende Beobachtung machen: Wenn sich bei einem Menschen psychosoziale Belastungen unmittelbar in Körpersymptome im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung umsetzen, dann besteht eine große Wahrscheinlichkeit,

dass der Auslöser (oder der Anlass) des momentanen Krankheitsgeschehens im Erleben einer aktuellen Situation liegt, die eine Art lebensgeschichtliche Wiederholungssituation von in der frühesten Kindheit durchgemachten „Beziehungskatastrophen" (im Erleben des Kindes!) darstellt. Die*der Betroffene fühlt sich den aktuellen Umständen genau so hilflos ausgeliefert wie schon als Säugling oder Kleinkind den damaligen Umständen.

Die Wurzeln der gegenwärtigen Missempfindungen finden sich in diesen Fällen bereits in der frühesten Lebenszeit, in der das Seelenleben (vor allem das bewusste Ich) noch nicht voll ausgebildet war, also in den ersten 1,5 Lebensjahren. Der Organismus kann in dieser frühen Zeit nur auf der körperlichen Ebene auf die Umwelt reagieren. Wenn es „passt", reagiert der Organismus in den verschiedenen Organsystemen mit Entspannung, wenn es „nicht passt", reagiert er mit Anspannung und mit körperlichen Stressparametern (Blutdruck, Puls, Cortisol, Hautwiderstand). Ein gutes Beispiel hierfür sind die von der Bindungsforschung beschriebenen Reaktionen von Kindern mit verschiedenen ungünstigen Bindungsmustern, die sich zeigen, wenn die Kinder von der Mutter getrennt werden.

Das Kind reagiert also bereits in der praeverbalen Zeit auf Trennung von der Mutter (bzw. der wichtigen Bezugspersonen) mit erhöhter innerer Anspannung. Die Trennung führt entsprechend – wenn sie schon in der frühesten Kindheit zum Alltag gehört – zu lang anhaltenden Spannungszuständen, deren körperliche Korrelate (in Form von körperlichen Missempfindungen) in Stammhirnzentren gespeichert werden. Da die Vernetzungen zwischen Stammhirn und Hirnrinde in dieser Zeit noch nicht – oder erst beginnend – vorhanden sind, werden die ursprünglichen körperlichen Missempfindungen nicht bewusst wahrgenommen und nicht – zusammen mit den begleitenden Beziehungssituationen – mit den für die bewusste Wahrnehmung zuständigen Zentren im Bereich der Hirnrinde verbunden. Diese mit Schmerzen verbundenen Erinnerungen stehen dem bewussten Ich also auch im späteren Leben nicht oder nur wenig zur Verfügung. Wenn in solchen Fällen beim Erwachsenen (beispielsweise in Situationen der Verlassenheit oder Enttäuschung) das frühe Erleben in Resonanz gerät, dann ist auf diesen Anteil des Erlebens die Kategorie der Zeit (die ja nur im bewussten Ich vorhanden ist) nicht anwendbar. In der Folge kann der frühere Anteil des Schmerzerlebens nicht als vergangen bewertet werden, sondern er ist unmittelbar bedrohlich.

Mit anderen Worten: Wenn in solchen Fällen das spätere Leben von sich ständig wiederholenden oder lang anhaltenden Trennungen geprägt ist, dann werden die frühen Trennungserfahrungen reaktiviert. Aber sie können, da sie nicht mit dem bewussten Ich verbunden sind, auch nicht als vergangen erlebt werden. Die frühen, mit körperlichen Schmerzen und unangenehmen körperlichen Gefühlen verbundenen Spannungszustände werden (wieder) erlebt. Die mit den frühen Trennungssituationen verbundenen Gefühle (z.B. Einsamkeit und Verlassenheit) bleiben „abgespalten", d.h. die Fähigkeit zu ihrer bewussten Wahrnehmung und Integration bildet sich nicht aus. - Der somatoforme Schmerz ist im typischen Fall das körperliche Korrelat von frühen Verlassenheitssituationen.

## Zum Wert der Funktionellen Entspannung in der Arbeit mit „Schmerzpatienten*innen"

**1. Methodische Grundlagen: Die Funktionelle Entspannung (FE) als Methode zur Aktivierung der Propriozeption**

Die FE ist eine Methode zur Aktivierung und Nutzung der Propriozeption, wobei wir unter Propriozeption die Fähigkeit verstehen, „den eigenen Körper zu eigen zu nehmen". Dabei handelt es sich um die grundlegende psychische Fähigkeit, die es uns ermöglicht, unsere Binnenwahrnehmung (diese umfasst alles, was innerhalb der Grenzen unseres Körpers wahrnehmbar ist) von der Außenwahrnehmung (Umwelt) zu unterscheiden. Auch das Gefühl von Lebendigkeit, welches uns unser Leben überhaupt so kostbar erscheinen lässt, entsteht unmittelbar aus der Propriozeption. Neurologisch beruht die Propriozeption auf der Tätigkeit von so genannten Propriozeptoren, das sind bestimmte Nervenendigungen in Muskeln, Sehnen und Gelenken. [1]

Die **„Spielregeln"** der FE[2] sind eine praktische Anleitung, „den eigenen Körper zu eigen

1 Die Propriozeption wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts von dem englischen Neurophysiologen Lord Sherrington erstmals beschrieben. Sie hat für unser psychisches Leben eine grundlegende Bedeutung, ist bisher in der Neurologie aber relativ wenig beachtet worden. Erst in den letzten Jahren findet die Propriozeption, vor allem im Zusammenhang der Sportphysiologie, mehr Beachtung.

2 Siehe: Marianne Fuchs: Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psy-

zu nehmen", also zur Propriozeption. Die Anwendung der Spielregeln eröffnet einen direkten Zugang:

1. zum Spüren der eigenen räumlichen Ausdehnung und der Position der einzelnen Bereiche des Körpers im Raum. – Ich erzeuge das **„Körper-Schema"** z.B. durch die Fragen: „Wo spüre ich den Druck, den mein Körper durch die Schwerkraft auf die Unterlage ausübt? – Wo bin ich? – Wo noch? – Welchen Raum nehme ich ein?",
2. zum Spüren bestimmter einfacher, mit dem Körper direkt verbundener Sinnesqualitäten, wie: offen/verschlossen, weit/eng, starr/beweglich, lebendig/leblos, weich/hart. - Das „Körper-Bild" in seinen vielen Schattierungen wird lebendig, indem ich Antworten auf die Fragen suche: „Wie bin ich dort? – Wie noch?", und
3. zum Spüren der Grenzen zur Umwelt. - Was nicht von der Propriozeption erfasst wird, was sich also nicht innerhalb der Grenzen meines Körper-Schemas befindet, und was mein Körper-Bild nicht unmittelbar prägt, ist Nicht-Ich, also Umwelt. - Das „Körper-Selbst" (das im psychoanalytischen Konzept in den sog. Selbst-Repräsentanzen zum Ausdruck kommt) wird bewusst und gewinnt Einfluss auf mein Seelenleben, wenn ich Antworten auf die Fragen suche: „Was/wie bin ich im Kontakt und im Gegensatz zur Umwelt (auch im Gegensatz zu den anderen, die ich nicht mithilfe meiner Fähigkeit zur Propriozeption erfasse)? - Wer bin ich?"[3]

Die Spielregeln aktivieren die Propriozeption und ermöglichen so einen Zugang zu Körper-Schema, Körper-Bild und Körper-Selbst, weil sie das momentane Spüren an den Akt des Loslassens (Entspannens) im autonomen Nervensystem koppeln. Das autonome Nervensystem schaltet bei Anwendung der Spielregeln sozusagen vom sympathikotonen in den parasympathikotonen Modus um. Da wir in unserer Zivilisation überwiegend

Einflüssen ausgesetzt sind, die im vegetativen Nervensystem den Sympathikotonus erhöhen, findet durch die Praxis der FE eine „Balancierung" des vegetativen Nervensystems

chotherapieverfahrens. 7. Auflage bei Pro Business GmbH 2013, S. 34f.

3 Dieser komplexe Zusammenhang eröffnet sich schon bei Anwendung der ersten Spielregel, die von Marianne Fuchs in der 6. Auflage ihres Lehrbuchs so formuliert wurde: „Alles Empfinden, Entspannen und Bewegen beschreiben lassen! Tun im Lassen – Lassen im Aus!" – Nur durch die Kopplung des Tuns und Wahrnehmens an den physiologischen Prozess des (loslassenden) Ausatmens werden die feinen Unterschiede spürbar.



statt, so dass wieder flexiblere Anpassungen stattfinden können. Zusätzlich findet aufgrund einer im Organismus verankerten psycho-physiologischen Kopplung – gleichzeitig mit der an das „Aus" gekoppelten körperlichen Entspannung – eine feinere und intensivere Wahrnehmung des Körpers und seiner Funktionen statt.[4]

Die Wirkung der FE als psychotherapeutische Methode liegt also in der Verbindung von Wahrnehmen und Bewegungen mit dem Ausatmen. Dadurch entsteht ein besonderer Modus der Wahrnehmung, der sonst wenig beachtet und genutzt wird. Unser Bild von uns selbst, vor allem unser Selbstgefühl und unser Selbstwertgefühl, (und auch unser Bild von unserer Umwelt, das wir kontinuierlich immer wieder erschaffen) hängt ganz wesentlich davon ab, ob und wie wir die Signale verwerten, die wir durch die Propriozeption ständig vom eigenen Körper empfangen, d.h. vor allem, ob wir diese Signale bewusst registrieren und reflektieren oder nicht. Besonders wertvoll ist die Nutzung dieses „Wahrnehmungskanals" bei allen Formen ärztlicher Tätigkeit, insbesondere bei der Psychotherapie.

## 2. Zwei verschiedene Wahrnehmungswelten: Das Bild von mir selbst und der Welt ohne und mit Nutzung der Propriozeption

1. Die klassischen 5 Sinne sind: Tasten, Sehen, Hören, Riechen und Schmecken. Dabei bezeichnet man Sehen und Hören als „Fernsinne", die übrigen 3 Sinne als „Nahsinne". Zusammen mit den Empfindungen von Temperatur, Geschmack und Schmerz vermitteln sie mir ein vermeintlich „objektives" Bild von mir und der Umwelt, das aber in Wirklichkeit nicht objektiv im wörtlichen Sinne ist, sondern – wie alle inneren Bilder – ein Konstrukt darstellt. - Ich stelle z.B. fest, was ich tue (z.B. ich gehe, stehe, liege, sitze, warte, eile usw.). In genau derselben Weise kann ich wahrnehmen, was die anderen tun. Oder ich kann mich und meine Umwelt messen, wiegen, bewegen usw.

4 Diese neuro-psychologischen Überlegungen sind zurzeit teilweise noch hypothetischer Art. Sie widersprechen nicht dem nerologischen Schulwissen, müssen aber weiter überprüft und weiterentwickelt werden.

2. Ich nehme außerdem meine Affekte und Gefühlszustände und diejenigen der anderen wahr, und zwar an deren jeweiligem Affektausdruck (Mimik, Haltung, Stimmausdruck beim anderen; und bei mir: z.B. Unbehagen, Wohlbehagen, Sympathie, Vorsicht usw.). Dabei befinde ich mich spontan in einer „affektiven Verwicklung" mit den anderen: Ich reagiere und interagiere – in der Regel automatisch und unreflektiert, teilweise nach genetisch festgelegten Mustern – auf die affektiven Äußerungen der anderen. Im Alltagsleben werden soziale Beziehungen weitestgehend von diesen „Gefühlsverwicklungen" getragen und geprägt. Konflikte lassen sich auf diese Weise in vielen Fällen nicht mit Verständnis lösen, sondern nur nach dem Recht des Stärkeren.
3. Wenn ich die Möglichkeiten der Propriozeption nutze, merke ich, dass alle Wahrnehmungen/Empfindungen, die ihren Ursprung innerhalb der Grenzen meines Körpers haben, eine andere Qualität haben als die Wahrnehmungen und Empfindungen, die ihren Ursprung außerhalb meines Körpers haben. Was innerhalb der Grenzen meines Körpers stattfindet, ist „mein Eigenes".
4. Ich kann dieses Eigene nicht wirklich bewusst wahrnehmen, ohne gleichzeitig den Bezug zum anderen innerlich mitzuvollziehen. Der Grund für diese Kopplung liegt entwicklungsgeschichtlich darin, dass das Eigene erst mithilfe des Anderen entsteht. Der Säugling nimmt nur das, was von der Mutter (den Bezugspersonen) bestätigt wird, in sein bewusstes Ich auf. Die Propriozeption (auf der psychischen Ebene) entsteht nur, wenn der Säugling ausreichend berührt, gestreichelt wird usw.. Der Säugling braucht „den anderen" (z.B. das Gesicht – und überhaupt den Körper – der Mutter), um psychisch seine eigene Lebendigkeit zu entwickeln. Das Eigene und der/die/das Andere sind psychisch miteinander verbunden und aufeinander bezogen.
5. Ein wichtiges Ergebnis dieser Entwicklung ist, dass ich ein wirkliches Interesse für den anderen nur entwickeln kann, wenn ich mich selbst spüre. Nur wenn ich spüre, dass ich Ich bin, wird mir klar, dass der andere Nicht-Ich ist, also ganz anders. Nur dann identifiziere ich ihn nicht automatisch mit meinem Bild von ihm, sondern ich kann mehr Interesse entwickeln, wer und wie er eigentlich ist.



Zusammenfassend hat die Propriozeption als aktiver und bewusster psychischer Prozess („Merkprozess") für das Bild, das ich mir von mir selbst und den anderen/der Umwelt mache, folgende Konsequenzen:

1. Ich merke, dass ich „ich" bin.
2. Dabei merke ich ein ursprüngliches Gefühl von Lebendigkeit, das ich in dieser Form nur bei mir selbst finden kann. – Das Merken der eigenen Lebendigkeit ist etwas Besonderes, es ist radikal anders als jedes Merken von anderen Eigenschaften bei mir und anderen.
3. Ich merke meine eigene, individuelle Befindlichkeit:

- Ich merke auf der *körperlichen* Ebene meine Sinneswahrnehmungen von mir selbst.
- Ich merke auf der *psychischen* Ebene meine Affekte und Gefühle; meine eigene Gedankenwelt/meine „innere Bühne".

4. Ich merke, dass ich nur mit mir selbst identisch bin. – Daraus ergibt sich, dass ich anders bin als alle anderen/alles andere.
5. Nur auf diese Weise kann ich merken, dass ich innerlich unabhängig und frei bin sowie verantwortlich für mich selbst, und ich kann Neugier auf andere entwickeln.

## 3. Funktionelle Entspannung bei Patient*innen mit somatoformen Schmerzen

Aus diesen theoretischen Überlegungen folgt, dass die FE für die Behandlung von Patient*innen mit somatoformen Schmerzen sehr geeignet erscheint. Vermutlich können in schweren Fällen die dem Schmerzsyndrom zu Grunde liegenden frühen Abspaltungen durch Psychotherapie grundsätzlich nicht einfach rückgängig gemacht werden. Bei den betroffenen Menschen sind nämlich viele positive frühe Erfahrungen, die für ein „normales" psychisches Funktionieren notwendig sind, überhaupt nicht vorhanden, d.h es ist kein Rückgriff auf diese Erfahrungen möglich. Mit der FE, die dem Erwachsenen sozusagen ein „Wieder-Betreten der Kinderstube" ermöglicht, können diese Erfahrungen offensichtlich neu erworben („nachgearbeitet") werden. Die Ergebnisse vieler Behandlungen sprechen für diese Annahme.

# Bindung und Schmerz. Körperpsychotherapeutische Ansätze mit FE

– Dr. Ingrid herholz | Dr. Rolf Johnen

## Handout beim Workshop

Bei chronischen somatoformen Schmerzstörungen finden sich in der Vorgeschichte häufig traumatische Erfahrungen (körperliche und/oder emotionale Vernachlässigung, Misshandlungen, sex. Missbrauch), die zu Bindungsstörungen führten (2). Der körperliche Schmerz ist Ausdruck eines psychischen Schmerzes, der als Abwehr überwältigender Gefühle von Angst, Verlassenheit, Hilflosigkeit und Wut verstanden wird. Neurobiologisch werden durch frühen Stress spezifische Schädigungen im Gehirn hervorgerufen (in Amygdala, Hippocampus, präfrontalem Cortex, Gyrus cinguli). Bei traumatischer Vorschädigung werden bei erwachsenen Versuchspersonen im fMRI durch Videobilder, die sozialen Ausschluss zeigen, dieselben Gehirnzentren wie bei körperlichem Schmerz aktiviert. (4)

## Symptomatik

Bei chronischen Schmerzstörungen werden Unterschiede der Symptomatik in Abhängigkeit von der Art der traumatischen Vernachlässigung beschrieben: bei körperlicher Vernachlässigung überwiegen kognitive, bei emotionaler eher affektive Defizite (Alexithymie). Gehäuft treten Angststörungen, zwanghaft-kontrollierende und unsichere Persönlichkeitszüge wie Autonomie-Abhängigkeits-Konflikte auf (2)

Nach unserer eigenen Erfahrung lassen sich auch Unterschiede des Schmerzerlebens selbst beobachten, vermutlich in Abhängigkeit vom Bindungs-Modus.

So finden sich bei **desorganisiertem Bindungsmuster** eher

- dramatische Schmerzzustände mit affektiver Überflutung durch Angst und Hilflosigkeit und eingeschränkter kognitiver Bewältigung
- schwere Persönlichkeitsstörungen, häufig in Zusammenhang mit Traumafolge-Störungen im engeren Sinn (PTBS)
- Leitsymptome: **dissoziative Zustände** von **Aufregung, Verwirrung und Schmerz**

Bei **unsicherer Bindung** finden sich dagegen eher

- starke Kränkbarkeit, wenig Selbstsicherheit, erhöhte Angstbereitschaft, aber guter kognitiver Bewältigung
- eher in Zusammenhang mit narzisstischen Störungen als Folge emotionaler Vernachlässigung und/oder trennungstraumatischen Erfahrungen
- Leitsymptom: **Schmerz, Unsicherheit und Ängstlichkeit**. Unterschiede gibt es auch zwischen unsicher-abhängigem und unsicher-vermeidendem Modus.

## Körperpsychotherapeutisches Vorgehen

**1. Positive Zuwendung zum eigenen Körper**

Nach **W. Reich** entsteht durch traumatisierende Erfahrungen eine **„Kontaktlosigkeit"** zu sich selbst und zur Umwelt. Die Kontaktlosigkeit äußert sich psychisch als Gefühllosigkeit, als Vereinsamung und „psychische Abstumpfung", körperlich als Empfindungslosigkeit. Die Patient*innen berichten oft, sich selbst nicht zu spüren außer im Schmerz. Körpererleben, Körperbild und das Vertrauen in den Körper sind beeinträchtigt. (1)

*Die körperpsychotherapeutische Behandlung chronischer Schmerzzustände mit Funktioneller Entspannung erfolgt über haltgebende und einfühlsame therapeutische Begleitung, bei der die Empfindungsfähigkeit und der Kontakt zu sich im Mittelpunkt steht.*

**2. Einsicht in den Zusammenhang zwischen Schmerz, Kränkung und negativen Gefühlen. Versprachlichung und Symbolisierung.**

Kränkungen, sozialer Ausschluss und Verluste aktivieren verdrängte, schmerzliche Beziehungserfahrungen, die in Form von körperlichen Schmerzen erlebt werden.
Sie sind eine *Re-Inszenierung* der traumatischen Erfahrung, der Schmerz stellt dabei eine Form von *Kommunikation* dar.
*Körperpsychotherapeutisch geht es um eine Übersetzung der Schmerz-Sprache und um Einsicht in Zusammenhänge mit aktuellen und biographischen Belastungen über eine verbesserte Selbstwahrnehmung im Alltag.*
Positive Zuwendung und Anerkennung des Schmerzerlebens ist aber schwierig, weil auf die Dauer häufig negative („genervte") Reaktionen in der Umgebung ausgelöst werden. Ursache: der (unbewusst) aggressive, fordernde, vorwurfsvolle „Unterton" der „Schmerz-Sprache". Deshalb ist das Thema Gefühle zentral, ebenso das Thema Selbstschutz, dazu später.

*Körperpsychotherapeutisch wird* **Versprachlichung** *bzw.* **Symbolisierungen** *des Schmerzerlebens angestrebt: etwa in Form von Bildern des Loslassens, des Lösens, Abfließens des Schmerzes im Gegensatz zu Mustern von Festhalten, Härte und Panzerung („Zähne - Zusammenbeißen"). Die FE stellt dafür viele Angebote und Bilder zur Verfügung.*
Oft hat der Schmerz personalisierte Züge (er „quält", „wühlt", „meldet sich wieder" etc.), die zurück zu den auslösenden, oft unbewussten Beziehungserfahrungen führen können.

**3. Wahrnehmen und Anerkennen von Gefühlen über körperliche Empfindungen**
Gefühle von **Ausgeschlossen - Sein, Hilflosigkeit und Verlassenheit** werden oft berichtet, aber eher als Folge, denn als Ursache der Schmerzen verstanden. Sie sind Teil der wiederbelebten Trauma - Vorgeschichte. Aggressive, enttäuschte und traurige Gefühle sind eher schwer zugänglich (inszenieren sich aber immer in der Behandlung).

Der Zugang zu Gefühlen erfolgt körperpsychotherapeutisch **über körperliche Empfindungen**, die mit Funktioneller Entspannung differenziert werden.

*Konkret wird nachgefragt:* „Wo spüre ich das Gewicht meines Körpers auf der Unterlage?" „Wie ist das dort: Hart oder weich? Breit oder eng?" und „Was spüre ich dort: Mich selbst oder die Unterlage?" *In der Regel wird dadurch eine differenziertere emotionale Wahrnehmung möglich. In Gruppenprozessen ist außerdem eine Abgrenzung von den Gefühlen anderer möglich. Eine genauere Beschreibung dieses Prozesses, der über die Aktivierung der Propriozeption erfolgt.*

Neue Einsichten können sein: Schmerz hat mit Gefühlen zu tun. Gefühle sind nie „falsch". Negative Gefühle sind nicht verboten. Aggression kann sich lebendig anfühlen, aber auch Angst machen. Aggression kann dem Selbstschutz dienen, als Alternative zur Schmerzreaktion (im Sinne von„Aua, Du tust mir weh!"). Und: Affektregulation (etwa Selbstberuhigung bei Angst vor Konflikten) hat man selbst zu leisten.

**4. Ich - Stärkung zur Verminderung von Kränkbarkeit und einem reiferen Umgang mit Konflikten**
Gegenüber dysfunktionalen Mustern von Konfliktvermeidung und Rückzug müssen ich - stärkende Muster des Standhaltens, des Kontakt - Haltens und der Wiederherstellung von Zugehörigkeit erprobt werden. Körperpsychotherapeutisch kann man das gut „durchspielen" und durcharbeiten. Nicht nur der*die Therapeut*in wird aktiv, auch der Patient wird kreativ, der Körper trägt eigene Lösungen bei.

*FE - Angebote sind dann etwa: Bindung zu sich selbst herstellen und zum haltgebenden Boden. Standhalten ausprobieren. Als Partner - Übungen: körperlich unterschiedliche Formen von Kontakt erproben, etwa Schulter an Schulter oder Rücken an Rücken usw. Dabei mit und ohne gleichzeitige Selbststabilisierung experimentieren. Was ändert sich dadurch, dass man vor der Kontaktaufnahme sich selbst reguliert?*
Einsichten daraus können sein: Eine verbesserte Fähigkeit zur Selbstregulation vermindert die Abhängigkeit von anderen, was Beziehungen entlastet und Bindung stabilisiert. Niemand wird überfordert, niemand muss Schuldgefühle haben.

Die Wahrnehmung der **eigenen Beteiligung** an Zurückweisungen und Kränkungen ist dabei ein wichtiger Schritt gegen die Entwicklung einer „Opfer - Identität". Dazu gehört, eigene negative Gefühle wie Wut, Rache anzuerkennen und sich klarzumachen, dass diese bei den anderen „ankommen". An emotionaler Resonanz und Empathie zu arbeiten ist ein lebenslanger Prozess.
Die eigene **Empfindsamkeit** muss durch Abgrenzung und Selbststabilisierung ohne Kontaktabbruch geschützt werden. Auch dazu sind viele körpertherapeutische Angebote und neue Erfahrungen möglich. Dysfunktionale Muster von Kränkung und Rückzug können dann abgelöst werden von reiferen Formen der Bewältigung von Alltagskonflikten: Klären, Bedürfnisse äußern, Hilfe suchen.

**5.Selbststabilisierung und Selbstschutz des*der Therapeut*in**
In der therapeutischen Beziehung sind typische „Fallen" zu beachten: der Verlust des emotionalen Kontakts durch „Abschalten" wegen ermüdender Klagen, Vorwürfen und passiver Aggression. Mitagieren ist zu vermeiden, aber Kränkungen sind auch unvermeidlich. Eine Re-Inszenierung der traumatischen Erfahrung mit Zuweisung von Täter-Opfer-Rollen ist nicht angenehm für den*die Therapeut*in. Die Verwicklung muss ausgehalten und geklärt werden. Zur eigenen Regulation beim Containing negativer Affekte ist Funktionelle Entspannung hilfreich.

## Literatur


1. W. Reich: Charakteranalyse, 9.Aufl. 2009, Kiepenheuer & Witsch

2. U.T. Egle, B. Zentgraf: Schmerz und Bindung, Ärztl. Psychotherapie 3/2014

3. R. Johnen und I. Herholz: Körper - Gefühl - Beziehung (Theorieheft A.F.E. 2016)

4.N. Eisenberger: The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. Nature Reviews Neuroscience, Vol.13, 2012, 421 - 434

# „FE im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie" – Gertrud Dick

## Fallbeschreibungen aus Auszügen der Zertifikatsarbeiten

### 1. Patientin mit Hautkrankheit Erythema anulare (Frau Z.)

Frau Z. (geboren 1950) wurde zugewiesen mit der Diagnose „Depressive Episode": sie sei bedrückt, sie sei unruhig und sie könne nicht gut schlafen. Sie habe Zukunftsängste und Existenzsorgen. Sie müsse ihre kleine Rente aufbessern, indem sie hauswirtschaftliche Dienste leiste. Wie lange werde sie das noch schaffen? Um ihren Sohn und seine verschwenderische Familie mache sie sich Sorgen. Sie fühle sich teilweise entwertet, beleidigt und ausgenützt. Sie spüre Enge im Brutkorb. Sie habe einen Hautausschlag. Der tue zwar weder weh, noch habe sie Juckreiz. Sie müsse aber diese Stellen bedecken, könne auch nicht mehr ins Schwimmbad gehen.

Für das Erythema anulare gäbe es nach Forschungslage bisher keine Erklärungen, habe der Hautarzt ihr gesagt. Nach meinen eigenen Recherchen wird heute eine „multifaktorielle Äthiopathogenese" angenommen (Lit. 1 und 4). Frau Z. konnte einen zeitlichen Zusammenhang zum Beginn dieser Krankheit finden (auf Nachfrage): die Hautausschläge seien aufgetaucht, als der Sohn einem Angebot seiner Firma folgte und mit seiner Familie ganz in den Westen der Republik und weit weg von der bisherigen gemeinsamen Gegend gezogen war.

Die FE bietet „Haut" als eigenes „Körpersystem" an: Sie ist gleichzeitig „als Grenze und Verbindung zwischen Innen und Außen, als Kontaktorgan, sowie als Hülle und Halt erfahrbar" (Lit. 2 und 3).

Frau Z. ließ sich animieren, sich ihrer Haut zuzuwenden:
*Therapeutin (Th): „Wie spüren Sie diese Grenze zwischen Innen und Außen" ...*
*Frau Z.: „Ich mag sie nicht, sie ist faltig und fleckig" ...*
*Th.: „Was würde der Haut gut tun?"*
*Frau Z.: „vielleicht eincremen" ... „vielleicht tönen* (sie meint farblich)*" ... „am besten kuscheln!" ....*

Sie erinnert sich daran, dass ihre Schwiegertochter „früher" viel Nähe und Geborgenheit bei ihr gesucht hatte. „Früher" meint die Zeit, bevor die inzwischen pubertierenden Enkel kamen und als der Sohn von Frau Z. noch viel im Ausland eingesetzt war.

Keywords
FE innerhalb tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

*Th.: „Können Sie sich vorstellen, die Dicke dieser Hülle zu erhöhen? ... manchmal wünscht man sich eine ‚Elefantenhaut' " ...*
*Frau Z.: „Ich will nicht allein sein, sondern mit anderen Menschen verbunden".*
*Th.: „Sie würden über die Durchlässigkeit entscheiden. Wie wäre es mit einem Neoprenanzug? (Lit 5). Denken Sie sich hinein in diese Hülle, stellen Sie sich vor, sie wäre nur teilweise durchlässig. Wie fühlt sich das an?"*
*Frau Z. (streicht sanft über ihren linken Unterarm): „Fällt mir schwer ...".*
*Th.: „Versuchen Sie, die ganze Hülle um sich herum zu erspüren. Die Durchlässigkeit würden Sie verändern, je nach Situation und nach Ihrem Befinden ... Sie bestimmen auch über die geeigneten Zeiten, den ‚Anzug' zu nutzen".*
*Frau Z.: „Ich kann doch nicht ‚Nein' sagen".*
*Th.: „Sie bräuchten sich nur eine kleine Pause anzugewöhnen ... was in der Musik eine Fermate ist (Frau Z. liebt Musik) ... befragen Sie sich: ‚kann ich?, will ich?' ... Probieren Sie aus, wie das ist, wenn Sie die Haut kurz nach außen ‚dicht' machen, Ihre Aufmerksamkeit dann nach ‚Innen' richten ...".*

Theoretisch kam ein Element aus der Dimension „Rhythmus/Zeit" zu Hilfe, um die Dimension „Grenze" zu modulieren (Lit 7). In der Gegenübertragung „konnte ich es manchmal nicht mehr mit ansehen", wie Frau Z. sich verausgabte ..., was auch eine (ambivalente) Antwort auf die (ambivalente) Botschaft einer „mitgenommenen Haut" sein kann.

Nach etwa einem halben Jahr:
*Frau Z.: „Der Ausschlag ist fast weg!" ... „Manche meiner Bekanten finden, ich sei anders geworden ..."*
*Th.: „Wie geht es Ihnen damit?"*
*Frau Z.: „Ich freue mich darüber, auch wenn diese Bekannten wenig begeistert/eher leicht vorwurfvoll wirkten".*

In der Folgezeit variierte das Erscheinungsbild der Haut von „Erythem völlig verschwunden" bis zu „es fängst wieder zu blühen an". Frau Z. wurde sich der psychophysischen Zusammenhänge sehr bewusst und meldete zum Beispiel: „ich fühle mich dünnhäutig" ... „ich brauche wieder meinen Anzug" ... „ich sollte mich mehr schützen"..

## 2. Patientin mit retrosternaler Enge (angina pectoris) „Druck auf der Brust" (Frau Z.):

Zuerst erfahren wir unseren äußeren und inneren Halt im Sitzen. Dann folgt die Überleitung zur „Haltung" von Frau Z.: „Sie scheinen sich gerne Ihrem Gegenüber zuzuwenden ... probieren Sie aus, wie es ist, wenn Sie sich in der Längsachse strecken und sich schlängeln".

Frau Z. nimmt das Angebot gleichzeitig zögernd und neugierig auf und lächelt dann.

*Th.: „Jetzt widmen wir uns dem ‚oberen Kreuz': wie spüren Sie Ihre Schultern, wenn Sie kleine Bewegungen nach hinten mit beiden Schultern ausführen?"*
*Frau Z.: „Große Bewegungen auch?"*
*Th.: „Wie geht es Ihnen damit?"*
*Frau Z.: „Vorne wird es leichter".*
*Th.: „Unseren Brustkorb können wir uns so vorstellen: die Rippen begrenzen einen elastischen Raum. Wenn wir einatmen, vergrößern wir diesen Raum, weil wir die Rippen diagonal stellen. Und natürlich spannen wir das Zwerchfell an. In den vergrößerten Raum kann Luft einströmen".*
*Frau Z.: „Ich bekomme besser Luft" ...*
*Th.: „Denken Sie sich diesen Brust - „Korb" in einem beweglichen Rahmen aus Schlüsselbeinen, Schulterblättern und Brustwirbelsäule."*
*Frau Z. ist mehr aufgerichtet ...*
*Th.: „Stellen Sie sich vor, wie Sie diesen Raum nach außen ausdehnen können. Sie können mit Ihren Händen dieses Ausdehnen untermalen."*
*Frau Z.: „Ich meine, die Verspannungen im Schultergürtel lassen nach" ...*
*Th.: „Probieren Sie aus, wie Sie sich fühlen, wenn Sie den „Druck" nach hinten abgeben und runterrutschen lassen."*
*Frau Z.: „Ich weiß schon, warum ich die Stunde hier als ‚Erholung' deklariere". ...*
*Th.: „Vielleicht täte es Ihnen gut, wenn Sie im Alltag (selbstgemachten) „Druck" und hohes Tempo vermindern?"*

## 3. Heiserkeit (Frau Z.)

Frau Z. kommt zu einer Stunde völlig heiser:
Wir nehmen dieses Symptom zum Anlass, den Kopf- / Rachenraum zu erkunden und verzichten bewusst auf den Dialog. Frau Z. ist gehalten, ihre Stimme zu schonen.

Erstmal „schütteln wir uns aus", indem wir uns leicht vorbeugen, und mit „Brrr" Kopf und „Mähne" nach Gusto (mehr sachte oder mehr heftig) hin und herbewegen. Dann erinnern wir uns an den „Halt" im Sitzen (siehe oben b). Wir gehen nach unten zu den Füßen, spüren die Beeren der Zehen. Eine Etage höher kümmern wir uns um die Knie. Wir haben die Handflächen auf den Knien abgelegt. Immer mit „kleinen Bewegungen im Aus" stellen wir uns einen Dialog zwischen Händen und Knien vor. Über die Innenseite der Oberschenkel, der Nähe zum äußeren Genitale und den vorderen Bauch führen wir die Handflächen zum „obersten Kreuz". Wir lassen sie über den Kiefergelenken verweilen. Wir wandern mit den Handflächen – „wenn Sie wollen, die Fingerbeeren" – über die Wangen und berühren die Lippen. Mit „B-b-b-b" geben wir Laute von uns, die im vorderen Mundraum erzeugt werden.

*Th.: „ ...merken Sie auch, wie die Mundhöhle feuchter wird?"*
*Frau Z. nickt.*
*Th.: „Erkunden Sie nun mit der Zunge den Gaumen ... die Zahnreihen/den Zahnersatz ... die Wangeninnenseite ... auch die Lippen ... Jetzt legen Sie Ihre Zunge in den Mundboden ... Wie nehmen Sie Ihre Zunge wahr?" ... „Jetzt tun Sie so, als würden Sie ein Getränk mit einem Strohhalm schlürfen ..." ... „Und jetzt legen Sie beide Hände zusammen und die Zeigefingerkuppen an die Lippen..." „Lassen Sie diese fast andächtige Haltung ausklingen" ... „Wenn Sie möchten, strecken Sie zum Abschied die Zunge raus ... ‚Bäh' ".*
*Das gelingt Frau Z. gebremst/verhalten.*

(Für diese Sitzung habe ich ein Protokoll genutzt von der Arbeitsgruppe mit dem Thema „Die Sinnlichkeit des Mundraumes" angeboten von Roswitha Mauer-Bittlinger zur Jahrestagung der A.F.E. 2013)



## 4. Rezidiv einer – zunächst posttraumatischen – Psychose (Frau J.)

Vorgeschichte:
Die 46- jährige Patientin wurde mit den Symptomen einer „Depression" zugewiesen. Ein Jahr zuvor hatte sie verspätet mit einer paranoiden Psychose auf den traumatisierenden Verlust ihres Mannes reagiert. Im Verlauf der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie besserten sich die Symptome aus dem „depressiven Formenkreis". Ich legte den Schwerpunkt auf „holding and containing", „Raum geben für Erinnerungen", „würdigen" und „Trauerarbeit". Frau J. entwickelte wieder begrenzt Lebensfreude und Teilnahme. Neuroleptika wurden aufgrund der Besserung abgesetzt. Frau J. erlebte dann allerdings mehrere Ereignisse in Serie als extrem beunruhigend: es ging um die eigene Gesundheit und das soziale Umfeld. Sie gelangte erneut, diesmal in eine schwere, „psychotische Episode". Wochenlanger Aufenthalt in der Psychiatrie und Neuroleptika hochdosiert konnten jetzt die Symptome nicht bessern. Wochenend-„Urlaube" zeigten, dass die Wahninhalte in der eigenen Wohnung ausblieben. Also wurde Frau J. in die Obhut von Familienangehörigen nach Hause entlassen.

Als Frau J. nach zehn Wochen wieder unsere Gespräche aufnahm, wirkte sie sehr verstört. Sie sprach über die Uniformierten, von denen sie sich bedroht fühlte („die wollen mir was antun / mir was wegnehmen"). Niemand glaube ihr, obwohl ihre Mitmenschen die Gestalten doch auch sehen müssten!. Sie schaute sich ängstlich um. Ich bemerkte ihren unruhigen Blick auf meiner Kleidung.

Ich versuchte, der Patientin zu erklären, wie unsere Wahrnehmungen durch unsere Stimmungen und Gefühle beeinflusst werden können („rosa Brille, wenn wir verliebt sind" – Unzuverlässigkeit von Zeugenaussagen). Nach dem schlimmen Erlebnis vor gut 4 Jahren habe sie doch genügend Gründe, ängstlich zu sein. Von einem Moment auf den anderen sei ihre Welt aus den Fugen gewesen. Interindividuelle Unterschiede in der Verarbeitung von Sinnesreizen seien nichts Ungewöhnliches. Ich wollte ihr das Gefühl geben, ich akzeptiere das, was ist. Wir stellten uns ans Fenster und ich ließ mir zeigen, wo sie die Gestalten sah. Ich räumte ein, die Personen nicht sehen zu können.

Vor dem Rezidiv hatte ich erste FE-Angebote gemacht: „Halt im Sitzen finden" ... „Die Füße im Kontakt mit dem Boden spüren". Die Patientin hatte diese Erfahrungen gut ange-

nommen. In der Supervsion gab Erika Pokorny mir den Hinweis, entschieden am „Halt" zu arbeiten („Sie braucht Sicherheit").

In den folgenden Wochen vertieften wir das Spüren des „äußeren Haltes", anschließend das Gefühl für den „inneren Halt" (den Begriff „Kreuz" benannte ich nicht, um für diese Patientin und sprach von „Achse", um eventuelle Assoziationen mit „Tod" und „Leiden" zu vermeiden). Schon nach der ersten Sitzung, die wir ausschließlich der FE widmeten, verließ Frau J. die Praxis erleichtert. Je mehr wir das Erleben von „äußerem und innerem Halt" ausbauten, umso weniger bedrohlich wurden die Wahninhalte („Sie sind noch da, aber sie tun mir nichts").

Wir widmeten uns in einer der nächsten Stunden den „Räumen" („Lunge imaginativ über einzelne Segmente belüften und über Steiß ausatmen"). Frau J. nahm dieses Angebot gut an und gähnte viel. In der Folgestunde berichtete sie (verwundert/enttäuscht?), die Gestalten nähmen gar keine Notiz mehr von ihr, schauten sie nicht an. In der Psychiatrie seien sie aber richtig gefährlich gewesen, das habe sie sich nicht eingebildet.

In dieser Zeit unterzog sich eine Familienangehörige einer kleinen Haut (!)-OP wegen einer Präkanzerose. Damit war das Thema „Grenze" ganz aktuell: Frau J. erfuhr bei sich die Doppelfunktion des Tastsinnes mit „sich berühren" und „sich berührt fühlen" (Hände/Finger umfassen die Unterarme/Ellenbogen der Gegenseite). Sie erlebte die passive Richtung als angenehm (versprachlicht: „Die Arme mögen das, bedanken sich").

Ein interkurrentes Problem mit den Zähnen (Wurzelspitzenabszess) führte Frau J. und mich zum Mundraum und zum „obersten Kreuz" („ba-ba-ba"). Die Patienin gähnte mehrmals. Ich besprach mit ihr die vielen Belastungen zum Jahresanfang, da brauche man sich doch nicht zu wundern über Verunsicherung und Ängstlichkeit. Frau J. meinte, die vielen Gestalten seien inzwischen uninteressant, es liefen „zu viele herum". Dann fragte ich, ob sie glaube, das Bedrohliche in der Psychiatrie sei eher bei den Gestalten gelegen oder eher bei ihr. Zögernd antwortete sie „bei mir".

In der nächsten Stunde streiften wir die schrecklichen Erinnerungen, die bei Frau J. mit dem Aufenthalt in der Psychiatrie assoziiert waren. Nach der üblichen Einleitung („Halt im Sitzen") gingen wir zum „oberen Kreuz". Retro-Rotation der Schultern ergab „abrutschen lassen". Erweitern des Brustkorbes wurde mit „wohltuender Freiheit" kommentiert. Den angrenzende „Bauch-Raum" schilderte Frau J. als „verlässlich", ihr „Bauchgefühl" helfe ihr bei Entscheidungen. Auch hier „vergrößerten" wir den „Raum": „so groß wie ein Fußball" ... „hier spüre ich meine Mitte". Ich bot ihr die Formulierungen an „ich spüre mich" ... „das bin ich" ... „so bin ich". Viele Stunden später kamen wir wieder auf diese Region zurück mit der Frage: „Was brauchen Sie noch?" und dem Wunsch von Frau J.: „Noch mehr Stabilität und Sicherheit" - „Denken Sie an Ihre ‚Mitte` ..." Frau J. „der Oberbauch fühlt sich oval und warm an" ... die Farbe sei zinnoberrot ... die Grenzen flexibel" ... Ich schlug vor, diese Bilder als Anker und Behälter zu begreifen und abrufbar zu machen.

Frau J. brachte immer mehr eigene Wünsche vor: „Ich möchte mich um die Schultern kümmern". Das Rollen rückwärts sagte ihr am meisten zu, aber auch kleine symmetrische Bewegungen nach oben (Schulter zucken „kann man nichts machen"). Sie lässt sich gerne von Humor anstecken, ich bringe sie auch gerne zum Lachen.

Eine anstehende Kontroll-Coloskopie motivierte uns, die inneren Organe des Bauchraumes zu erspüren. Bei manchen Sitzungen hatte ich das Gefühl, dass Frau J. mir auch gerne zuhört, wenn ich sie in ihre „subjektive Anatomie" begleite (wie wenn man einem Kind zum Einschlafen eine Geschichte vorliest). Wir wiederholten und ergänzten die Elemente, mit denen Frau J. sich sicher fühlt. Zahnarzt und Gastroenterologe wurden eingestuft und die Angststärke benannt (Angstinhalte „handhabbar" machen). „Was brauchen Sie?".

Der Übergang zur „Hand" – „hand-haben" – „be-hand-eln" – „greifen" – „begreifen" ließ einen Rückblick zu auf die „Psychotische Episode" ... Frau J. konnte diese Ereignisse in der Vergangenheit lassen, sie sagte, sie fühlte sich geschützt und gut aufgehoben durch ihre Nächsten und die Psychiaterin. Das, was man durchmache mit so einer Psychose, könne niemand verstehen. Sie glaube aber jetzt, Vorzeichen wie Unruhe oder Angst identifizieren zu können und sie würde sich rechtzeitig Hilfe holen.

Das Datum des traumatischen Ereignisses jährte sich zum 5. Mal. Wir übten uns im „Verpacken", „Verschieben", „Film anhalten", „Tresor" ... „Jetzt ist nicht die Zeit dafür."

Es boten sich die Themen „Zeit“ und „Rhythmus“ an. Frau J. fand, dass sie „in der Gegenwart“ lebte. Auch das Älter-Werden nähme sie hin, wie es käme. Rhythmus selber zu erzeugen mit Klatschen oder Klopfen, lag ihr weniger. Allerdings wippte sie gerne mit dem Fuß des Beines, das sie im Sitzen überschlug. Zu einem späteren Zeitpunkt allerdings erspürten wir datailliert verschiedene, zum Teil sich überlappende Rhythmen/Eigenrhythmen (Atmen, Rauchen, Puls, Hausarbeit, Gehen, Gedankenwandern, Tag/Nacht, Wachen/Schlafen/Träumen, Jahreszeiten.

Die Medikamente wurden sukzessive abgesetzt. Lediglich 14-tägig bekam Frau J. eine Spritze mit kleiner Dosis eines Depot-Neuroleptikum. Ihre Bewegungsabläufe wurden sichtbar geschmeidiger. Sie gewann ihre schlanke Figur zurück.

Ein Jahr nach der psychotischen Episode dehnten wir unsere Stundenfrequenz auf 14-tägig aus. Inzwischen sind wir bei einem 4-Wochen-Rhythmus angekommen. Frau J. ließ sich motivieren, die FE-Erfahrungen aus den Stunden in ihren Alltag einzubauen.

Nach einem langen Urlaub von mir erlebte ich sie strahlend, und ich stellte mir vor, wie sie vor dem Tod ihres Mannes gewesen sein könnte.

## 5. Patientin mit „rezidivierender depressiver Episode“, „Somatisierungsstörungen“ nach Belastungen und bei „Selbstunsicherer Persönlichkeit“ (Frau F.)

Frau F. kam mit folgenden Beschwerden: Sie habe einen „Kloß im Hals“ und bekomme schlecht Luft. Sie sei erschöpft und kraftlos. Alles sei trist und öd. Sie drehe sich nur um sich. Technische Untersuchungen und Labor seien unauffällig gewesen. Hausarzt und Nervenarzt hätten ihr ein Antidepressivum (SSRI) verordnet. Danach sei die körperliche Symptomatik besser gewesen. Unter der höheren Dosis sei sie sich „fremd“ gewesen.

Aus der Vorgeschichte:
Sie habe ihre Kindheit überwiegend bei der warmherzigen Großmutter verbracht. Allerdings sei sie ab Schulalter zu der inzwischen wiederverheirateten Mutter gekommen. Der Stiefvater sei cholerisch gewesen, Frau F. habe große Angst vor ihm gehabt, auch um die Mutter.



Sie benahm sich möglichst unauffällig. Bindungen zu Gleichaltrigen kamen nicht zustande, weil der Wohnort häufig gewechselt wurde.

Nach Erwachsenwerden der eigenen Kinder, eigener Scheidung, neuer Partnerschaft, Umzug in eine unbekannte Region, neuem Arbeitsplatz mit rauhem Klima traten die Symptome auf.

Inzwischen sagt sie auch mal eine Stunde ab.

Dialoge aus Sitzungen mit dieser Patientin möchte ich vorstellen, indem ich nach psychodynamischen Kategorien gliedere [OPD: operationalisierte psychodynamische Diagnostik (8)]. Ich setze eine Idee von Thomas Nebgen um (LBK 2016). „Körpersysteme“ aus der FE (Lit. 6) und psychodynamische Konzepte stehen in Wechselwirkung, verschränken sich oder leiten ineinander über.

**a) Arbeit am „Selbst“-OPD: „Geborgenheit vs Selbstbestimmung“ - „Abhängigkeit vs Autonomie“ - „Objektliebe/Objektwert vs Selbstliebe/Selbstwert“**
*Frau F.: „Ich ziehe mich zurück, ich will nicht mehr sein, alles ist grau“.*
*In der Gegenübertragung mache ich mir Sorgen wegen Suizidalität. Frau F. distanziert sich glaubhaft, das würde sie ihren Kindern und ihrem Partner nicht antun.*
*Th.: „Wo im Körper würden Sie Ihre ‚Mitte‘ finden?“*
*Frau F. deutet auf ihre Herzregion „und die Augen“ (sie beschreibt eine horizontale Ebene auf Augenhöhe).*
*Th.: „Wie spüren Sie Ihr Herz?“*
*Frau F.: „Es klopft kräftig ...“*
*Th.: „Wie groß spüren Sie es?“*
*Frau F. macht eine Bewegung mir beiden Händen.*
*Th.: „Und noch?“*
*Frau F.: „Es klopft warm und zuverlässig“.*
*Th. ist beruhigt.*

In der Gegenübertragung kommen ihr „Augen als Mitte“ befremdlich vor, in der Supervision assoziiert Monika Leye einen Parabolspiegel. Th. meint zu verstehen, für Frau F. seien Außenwahrnehmungen enorm wichtig, um den passiven Modus dieser Dimension zu schützen (oder auch, um Bedrohungen zuvorzukommen siehe b)

Eine andere Stunde:
*Frau F.: „Wenn mein Partner beruflich mehrere Tage außer Haus muss, ist so eine Leere in mir!"*
*In der Gegenübertragung frage ich mich, ob Frau F. eine (von mir vermutete) „innere Leere" ihrer Mutter wiederspiegeln könnte, aus der prä-/peri-/post-natalen Zeit?*
*Th.: „Mit der Ausdrucksstärke, wie ich sie bei Ihnen erlebe, kann ich diese ‚Leere' schlecht vereinbaren. Vielleicht stellen Sie sich einen „Raum" vor, den es kennenzulernen gilt, wo etwas geweckt werden möchte? Könnte dieses Gefühl für Sie eine Aufforderung bedeuten, sich zu spüren, sich zu erobern („das bin ich?").*

**b) Arbeit mit „aggressiven Impulsen"-OPD: „Angst / Ich-Einschränkung vs Lust / Aggression / Neugier:**
Wir widmen uns dem äußeren und inneren Halt im Sitzen, auf meine Frage „was braucht's noch?" wünscht sich Frau F. „die obere Wirbelsäule"

*Th.: bietet eine leicht schwingende Bewegung in der vertikalen Ebene an, um dann zum „oberen Kreuz" überzuleiten.*
*Frau F. richtet sich mehr auf.*
*Th.: „Probieren Sie, die Ellenbogen auszufahren, erst eine, dann die andere Seite: `gehen Sie bitte zur Seite' .. dann beide Ellenbogen `ich schaffe mir Platz'".*
*Frau F.: „Das tut den Schultern gut"*
*Th.: „Wenn Sie mögen, drehen Sie die Schultern nach hinten – ‚abrutschen lassen' " - „Wie geht es Ihnen?"*
*Frau F.: „Das ‚Abrutschen lassen' macht mich traurig. Mir ist es nicht recht, wenn man mir alles so ansieht".*

In einer anderen Stunde kümmerten wir uns zuerst um den Halt im Sitzen, gingen weiter zu den Schultern.
*Frau F.: „Wenn ich mich auf die Region hinter den Schulterblättern konzentriere, denke ich an den „Gekreuzigten". Vor dem Gehen: „ich fühle mich ‚motzig'. Meine Ex-Schwiegermutter ist sehr katholisch" – die Rituale und Gebote (wie Fasten) seien dort sehr wichtig gewesen. Frau F. habe sich abgegrenzt und ihren Kindern lieber die Inhalte vermittelt.*
*Th.: „ Mit den ausgebreiteten Armen könnte man auch einen ‚Segnenden' sehen".*



Frau F. beginnt, nach ihrem Vater zu forschen. Sie sei sauer, dass er sich nie wieder hätte blicken lassen (sie sei bei der Scheidung 6 Jahre alt gewesen).

*Th.: FE-Angebote vom Becken (Halt) über die Wirbelsäule erneut zum oberen Kreuz. „Spüren Sie den Raum, den Ihnen Ihr Brutkorb bietet?"*
*Frau F.: „Ich merke eine Platte vorne und eine Platte hinten" (sie deutet auf den oberen Brustkorb).*
*Th.: „Was macht das mit Ihnen? Wie ist das für Sie?"*
*Frau F.: „Die vordere Platte lässt sich wegschieben".*
*Th.: „Läßt sich die hintere Platte als Halt verstehen?"*
*Frau F.: Nickt: „Wegen uns hat die Mutter ausgehalten". (Frau F. bezieht sich auf den cholerischen Stiefvater).*

Eine andere Sitzung:
*Frau F.: „Ich fühle mich nicht wohl in meiner Haut, ich verspüre eine Enge im Brustkorb" .*
*Th.: „Was würde Ihnen gut tun?"*
*Frau F.: „Eigentlich bin ich mit mir, mit der Welt, mit den Mitmenschen unzufrieden und motzig, das gefällt mir nicht".*
*Auf Nachfrage erzählt Frau F., sie sei bei Freundinnen nicht gut angekommen, wenn sie Ärger und/oder Unmut geäußert hatte.*
*Th.: „Bleiben Sie bei sich, spüren Sie in sich hinein."*
*FE-Angebote habe ich wiederholt. „Halt" und Beweglichkeit im Sitzen, in der Wirbelsäule, im oberen Kreuz bis zu den Schultern.*

Wieder einmal berichtet Frau F., es ginge ihr richtig schlecht: *„In der Arbeit sind wir überfordert, alle rennen ‚mit einem Gesicht herum', ... ich möchte aussteigen...!"*
*Th.: „Dürfen Sie auch mal sauer sein? .. wie geht es Ihren Füßen? ... Möchten Sie stampfen? ... Welche Bewegungen bieten sich noch an für die Füße?"*

Ein knappes Jahr später „stimmt" Frau F. tatsächlich „mit den Füßen ab" und hat einen anderen Arbeitsplatz gefunden.

In einer der letzten Stunden kommt Frau F. mit Magenschmerzen. Sie habe ihre Mutter bei dem letzten Familientreffen so abweisend, missachtend und entwertend erlebt.

*Th.: „Was brauchen Sie?"*
*Frau F.: „Am liebsten würde ich das Ganze ungeschehen machen".*
*Th.: „Erst suchen wir unseren Halt im Sitzen ... dann schaffen wir Abstand".*
*Frau F. beschreibt mit beiden Armen einen Radius um sich herum.*
*Th.: „Möchten Sie mit beiden Armen nach vorne weg schieben? ... Oder möchten Sie den Oberkörper zur Seite weg drehen?"*
*Frau F. findet es besser ‚sich abzuwenden'."*
*Th.: „Jetzt kümmern wir uns um den Magen. Was braucht er?"*
*Frau F.: „ ... mehr Platz ..."*
*Th.: „Sollten wir den Magen vergrößern? Oder sollten wir ihm Inhalt wegnehmen?"*
*Frau F.: „Das, am liebsten würde ich mich übergeben ..." . Sie macht eine entsprechende Bewegung mit den Händen.*
*Th.: erinnert an den ‚Suppenkaspar': „Diese Suppe ess ich nicht!" – Die Weigerung stehe auch für Verteidigung und Selbstschutz. „Und jetzt sollen wir das Geschehen löschen?"*
*Frau F.: „Ich bin ein ‚Cutter'! Es waren ja auch schöne Momente bei dem Familienfest, und die will ich mir bewahren."*

## Literatur


(1) Braun, Falco: Dermatologie, Berlin, 1984

(2) Ingrid Herholz, Rolf Johnen, Dorothee Schweitzer: Funktionelle Entspannung – Das Praxishandbuch, 1. Auflage, Schattauer, 2009

(3) Thure von Uexküll, Marianne Fuchs, Hans Müller - Braunschweig, Rolf Johnen: Subjektive Anatomie, 2. Auflage, Schattauer, 1997

(4) Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage, Urban & Fischer, 2003

(5) Martin Grunwald „Haptik" Seminar während Lindauer Psychotherapiewochen 2007

(6) Udo Boesmann: Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben, Deutscher Psychologen Verlag, Berlin, 2012

(7) Marianne Fuchs: Funktionelle Entspannung 6. Auflage, Hippokrates

# Was lange währt wird endlich gut

Die Studie zur Wirksamkeit der FE in der Stressprävention, die unter der Leitung von Prof. Dr. Claas Lahmann und einigen FE-Therapeut*innen durchgeführt wurde, konnte nun in einem englischsprachigen Open-Access-Journal „Frontiers in Psychologie" online publiziert werden.

Die Zeitschrift hat einen Impact Factor von 2.3, ist ein internationales und normal zitterfähiges Journal, das nur online publiziert aber alle Artikel kostenfrei zur Verfügung stellt. Das hat den Vorteil, dass wir eine breitere Leserschaft erreichen können.
Allerdings fallen dafür Publikationskosten in Höhe von 1.900 USD an, die jedoch von der Uni Freiburg übernommen werden.

Ursula Bartholomew hat dankenswerterweise eine Zusammenfassung ins Deutsche übersetzt, die im Anschluss folgt.

Wir hoffen sehr, dass dies ein wichtiger Meilenstein ist für die Anerkennung der Methode bei den Krankenkassen, insbesondere bei der Zentralen Prüfstelle für Prävention. Denn eine dortige Zertifizierung ist Voraussetzung für die Kostenerstattung.

Herzlichen Dank allen Beteiligten!

Quelle:
Online-Zugriff unter http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.01553/full?&utm_source=Email_to_authors_&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers_in_Psychology&id=286708

Copyright © 2017 Lahmann, Gebhardt, Sattel, Dinkel, Pieh and Probst.



# Eine kontrollierte randomisierte Studie über Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs als zusätzliche Methode zur Psychoedukation bei Stress – Dr. Ursula Bartholomew

## Zusammenfassung

Diese Studie untersuchte, ob Psychoedukation (PE) plus Funktionelle Entspannung (FE) effektiver ist als PE alleine bei der Reduktion Stress assoziierter Beschwerden. 81 Teilnehmer*innen mit erhöhtem Stress (gemessen mit dem Perceived Stress Questionnaire PSQ) erhielten entweder 10 Gruppensitzungen manualisierte FE und PE oder zwei Gruppensitzungen PE. Sechs FE-Therapeutinnen nahmen teil.
Im Mittelpunkt stand Stress, Depression und Somatisierung waren aber ebenfalls von Bedeutung. Die angewandten Modelle zeigten, dass im Vorher-Nachher Vergleich sowie im Vergleich vorher zu 6 Monate später, die Kombination von FE und PE Stress besser reduzierte als PE alleine. Dies galt auch für Depression und Somatisierung. Die Ergebnisse sind als ersten Beweis zu werten, dass FE ein wirksamer Bestandteil von Interventionen gegen Stress darstellt. Wendet man FE zusammen mit solchen Interventionen an, könnten Depressionen und Somatisierung möglicherweise gelindert oder gar verhindert werden.

Die „Stress in Amerika Studie" (2015) zeigte, dass 24% der erwachsenen Bevölkerung stark gestresst war und 34% im vergangenen Jahr stärker gestresst waren (gegenüber 16% mit weniger Stress). Da hoher Stress ein Risikofaktor für verschiedene Stoffwechselerkrankungen und psychische Störungen ist, allen voran Herz-Kreislauferkrankungen und Depression, sind diese Zahlen alarmierend.
Daher sind Stressmanagement und gesunde Bewältigungs-/Coping-Strategien sehr wichtig. Destruktive Verhaltensweise wie Sucht oder Verleugnung sind dsyfunktionale Coping-Strategien, während Achtsamkeit, Entspannungsverfahren oder körperliche Aktivität gesunde Coping-Strategien darstellen. Viele gesunde Bewältigungsstrategien nutzen körperliche Prozesse, so auch die Methode der Funktionellen Entspannung, die bislang ausschließlich in klinischen Studien wissenschaftlich untersucht worden ist. Es konnte gezeigt werden, dass FE bei somatoforme Herzerkrankungen, Asthma, Reizdarm, chronische Kopfschmerzen und Zahnarztangst wirksam ist. Unklar war, ob FE auch eine wirksame Intervention bei Stress bei nicht-klinischen Probanden ist. Stressreduktion in der Bevölkerung ist sehr wichtig, da dadurch klinische relevante Beschwerden verhindert werden könnten.
Es handelte sich um eine kontrollierte randomisierte Studie. Teilnehmer*innen wurden

durch Flyer in Allgemeinarztpraxen oder durch teilnehmende Therapeutinnen rekrutiert. Nur Interessenten, die mindestens 50 Punkte auf der Globalen Skala des PSQ auswiesen wurden eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren Alter unter 18, schwerwiegende psychische oder körperliche Erkrankungen und ungenügende Deutschkenntnisse. Von 145 Interessenten nahmen 81 Personen an der Studie teil. 63 waren weiblich, Durchschnittsalter war 47 Jahre. Beide Versuchsgruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter und Geschlecht.

Sechs zertifizierte FE-Therapeutinnen nahmen teil und waren sowohl für FE als auch für die PE zuständig. FE plus PE fand in 10 wöchentlichen Gruppensitzungen à 90 Minuten statt entsprechend eines Manuals. Die Therapeutinnen wurden nach der 4. und 8. Sitzung durch eine erfahrene FE-Therapeutin supervidiert.

PE bestand aus 2 Sitzungen à 90 Minuten innerhalb ca. 6 Wochen und richtete sich nach einem unveröffentlichten Manual einer FE-Therapeutin. Die erste Sitzung umfasste Vorträge über Definition, Folgen und Vorbeugung von Stress, die zweite Vorträge über Stressmanagement sowie Diskussionen zwischen Teilnehmer*innen.

Folgende Fragebögen wurden vor und nach der Behandlung sowie nach 6 Monaten verwendet: Perceived Stress Questionnaire (PSQ) (Fragebogen zum subjektiven Stress) und Patient Health Questionnaire (PHQ) (Fragebogen zur Gesundheit). Statistische Analysen erfolgten mit SPSS 22.
Beide Gruppen unterschieden sich nicht vor der Behandlung hinsichtlich Stress.
PE führte zu einer signifikanten Stressreduktion nach Behandlung im Vergleich zu vor Behandlung. Dennoch waren die Effekte von FE plus PE stärker (20.98 Punkte versus 6.17 Punkte). Im Vergleich vor der Behandlung zu 6 Monate später waren die Effekte für PE alleine nicht signifikant aber für FE plus PE sehr wohl (5.90 Punkte versus 19.75 Punkte). Auch hinsichtlich Depression und Somatisierung war die Kombination von FE und PE effektiver als PE alleine.
Trotz vorhandener methodischer Einschränkungen zeigt die Studie, dass FE in Kombination mit PE Stress stärker reduziert als PE alleine. Weitere Studien mit größeren Gruppen sind zukünftig erforderlich.

# Autor*innen

| | |
|---|---|
| Dr. Angela von Arnim<br>Viktoria-Luise-Platz 8<br>10777 Berlin<br>psychosomatik-dr.a.v.arnim@web.de | Fachärztin für Innere Medizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in eigener Praxis, Psychoanalytikerin, Lehrbeauftragte der A.F.E. |
| Dr. Ursula Bartholomew<br>Zionskirchstr. 25<br>10119 Berlin<br>praxis@dr-bartholomew.de | Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis, Lehrbeauftragte der A.F.E. |
| Dr. Gertrud Dick<br>Happurger Str. 103<br>90482 Nürnberg<br>gertrud_dick@gmx.net | Dr.med. Dipl.Psych., Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Funktionelle Entspannung, Zertifizierte der A.F.E. |
| Dr. Ingrid Herholz<br>Schlehdornweg 15<br>50858 Köln<br>ingrid.herholz@web.de | Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in eigener Praxis und an der Uni-Klinik zu Köln, Psychoanalytikerin, Lehrbeauftragte der A.F.E. |
| Dr. Rolf Johnen<br>Eduard-Conz-Str. 20 / 1<br>75365 Calw<br>rolf.johnen@web.de | Arzt für Innere Medizin und Kardiologie und psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin |
| Prof. Dr. Claas Lahmann<br>Hauptstraße 8<br>79104 Freiburg<br>claas.lahmann@uniklinik-freiburg.de | Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Spezielle Schmerztherapie, Traumatherapie (EMDR), Balintgruppenleiter, leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München. Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg |
| Silvia Rost<br>Triererstr. 20<br>99423 Weimar<br>silvia.rost@freenet.de | Heilpraktikerin für Psychotherapie in eigener Praxis. Krankenschwester in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik – Fachschwester für Anästhesie und Intensivtherapie. FE-Therapeutin, ILP-Therapeutin, A.F.E. Zertifizierte für FE |
| Dr. Petra Saltuari<br>Legienstr. 42<br>65929 Frankfurt<br>petra@saltuari.de<br>www.kunsttherapie-saltuari.de | Praxis für Kunst- und Körpertherapie (Funktionelle Entspannung)<br>Kunstpädagogin, HP ( Psych. ), Kunsttherapeutin Kunst- und Körpertherapie, Paarentwicklung Stressprävention – Zwiegespräche – Paartherapie – Kreativität, A.F.E. Zertifizierte für FE |
| Dr. Marion Tietz-Strödl<br>Herrenchiemseestr. 32<br>81669 München<br>marionTS@t-online.de | Kunsthistorikerin, tätig in der Erwachsenenbildung, Vorträge und Publikationen zur Kunstgeschichte, speziell im Rahmen der zeitgenössischen Kunst. |
| Dipl. Psych. Sabine Wurzbacher<br>Josef-Lutz-Weg 13<br>81371 München<br>sabine.wurzbacher@gmx.de | Psychologische Psychotherapeutin (TP), Systemische Familientherapeutin, Supervisorin, Lehrbeauftragte der A.F.E. |

ISSN 1617 - 9374

Mitglieder der A.F.E. erhalten ein Exemplar des Heftes kostenlos.
Weitere Exemplare können bei der Geschäftsstelle zum Preis von 5 Euro plus Portogebühren erworben werden.
Die neueren Theorie-Hefte sind unter www.afe-deutschland.de herunterzuladen.

Texte
Für den Inhalt der Beiträge tragen die AutorInnen selbst die Verantwortung

Redaktion und Gestaltung
Petra Saltuari, Karl-Johann Matthes, Regine Wosnitza (Layout)

Konzeption
COXORANGE Kreative Gesellschaft

Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung e.V.
Bülowstr. 52/A6
10783 Berlin
030 - 38106556
info@afe-deutschland.de