

Rückkehr zum Körper - Bewegungstherapie, ein neuer Ansatz.

Ich möchte Ihnen zunächst in ein paar Sätzen erklären, um was für eine Rückkehr es sich dabei handelt und was daran neu ist: Ich nehme an, daß jeder Mensch ein Verhältnis zum Körper hat und daß die körperliche Bewegung Einfluß auf dieses Verhältnis nimmt. Mit anderen Worten: Jeder Mensch muß sich bewegen, um dieses Verhältnis auszubalancieren - insbesondere dann, wenn dieses Verhältnis gestört ist, wie das bei psychotischen Patienten der Fall ist. Diese Rückwirkung der körperlichen Bewegung auf den Körper ist ein Sinn von „Rückkehr zum Körper“. Rückkehr läßt sich aber auch in einem anderen Sinn verstehen. Ich folge nicht der derzeit üblichen Theorie und Praxis, Körper und Bewegung seelische Zustände und Vorgänge zuzuordnen, sondern ich stelle einen anderen Zusammenhang in den Vordergrund, die Wechselwirkung zwischen körperlicher Bewegung und dem Verhältnis zum Körper. Dieser Zusammenhang ist neu gedacht, wie auch mein praktisches Vorgehen neu ist: Ich gebe keine Bewegungsübungen vor und ordne auch nicht bestimmten Bewegungsübungen bestimmte Bedeutungen und Wirkungen zu, sondern der Sinn der ausgeführten Bewegungen ergibt sich für mich aus der gemeinsamen Suche nach einer Bewegung, die der Patient gerne machen möchte sowie aus meinem Mitbewegen. Es ist ein anderes Vorgehen, ob ich ein festes Programm parat habe, dem sich der Patient anzupassen hat, oder ob der Patient Vorgaben machen darf, denen ich dann folge. Darin steckt ein grundsätzlich anderes Verstehen von Therapie.

Anhand eines Fallverlaufes möchte ich Ihnen nun meine praktische Arbeit in der Klinik veranschaulichen. Der Beschreibung des Fallverlaufes folgt dann eine Analyse des Falles, bei der ich die Begriffe verwende, die ich für meine therapeutische Arbeit gefunden habe und mit denen ich sie erkläre. Ich beginne mit dem Fall.

Der Patient ist ein 43jähriger, chronisch schizophrener Mann, mit dem ich bereits seit dreieinhalb Jahren arbeite. Er leidet seit 20 Jahren an einer Psychose und war fast ebenso lange in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen. Im ersten Jahr habe ich immer wieder Schwierigkeiten, ihn zum Mitmachen zu bewegen, und selbst wenn er mitgekommen ist, kann er nicht immer mitmachen, sondern muß sich hin und wieder auf die Liege setzen, wo er die Arme fest vor der Brust kreuzt und den Kopf tief in sich vergräbt. Er lebt bereits seit fünf Jahren auf der geschlossenen Männeraufnahmestation und entzieht sich allen Versuchen, mit ihm Gespräche zu führen. Er ist unansprechbar geworden, seine wenigen Worte nuschelt er schnell in sich hinein, sodaß er auch schwer zu verstehen ist. Er bekommt seit langer Zeit Neuroleptika. Seit ein paar Jahren nimmt er Leponex, vor einem Jahr wurde die Dosis auf 400 mg pro Tag reduziert.

Ich hörte zum ersten Mal von dem Patienten, als er sich eines Tages in seinem Zimmer auf der Station anzündete, dann aber selber mit Wasser löschte. Er erlitt Verbrennungen, die schlimmsten betrafen seine Beine. Als ich Monate später mit ihm zu arbeiten begann, war ein Bein noch nicht verheilt, weil er die Wunde immer wieder aufkratze. Im Verlauf der folgenden Wochen hörte er mit dem Kratzen auf und die Wunde konnte verheilen.

In den ersten acht Monaten meiner Zusammenarbeit mit ihm ist er Teilnehmer einer Gruppe seiner Station. Mit ihm sind noch drei andere Patienten dabei; die Gruppe findet einmal wöchentlich statt. Als die anderen Patienten entlassen bzw. verlegt worden sind, bleibt er alleine zurück, und von da an arbeite ich einzeln mit ihm, was ihm auch recht ist. Ich habe den Termin, einmal pro Woche, beibehalten.

In der ersten Stunde, die ich mit den vier Patienten verbringe, bin ich damit beschäftigt, herauszufinden, welche Bewegungsart sich eignet, damit alle vier Patienten einigermaßen gut mitmachen können. Einer der vier Patienten ist ein Vietnameser, mit dem ich mich sprachlich schwer verständigen kann und dessen Kultur mir fremd ist, sodaß ich nur hoffen kann, daß er die Bewegungen, die ihm geboten werden, auch gerne mitmacht. Ich hole einen sehr großen Ball und wir beginnen mit einem Ballspiel. Wir stehen im Kreis und werfen und prellen uns den Ball zu. Das geht ganz gut, jedenfalls können alle mitmachen. Dann hört einer der Patienten auf, geht an die Sprossenwand, an die er sich hängt, und beginnt, die Beine zu heben und zu senken. Die anderen

Patienten versuchen das auch, allerdings mit wechselndem Erfolg, denn diese Übung erfordert eine kräftige Bauchmuskulatur und ist insgesamt sehr anstrengend. Um wieder zu einer angenehmeren Bewegungsart zu finden, schlage ich Fußballspielen vor. Das tun wir ebenfalls im Kreis. Ab und zu setzt sich mein Patient auf die am Rande des Raumes stehende Liege. Ich fordere ihn immer wieder zum Mitmachen auf, aber lasse ihn auch in Ruhe sitzen, wenn ich den Eindruck habe, daß er diese Pause braucht. Zur nächsten Stunde kommt er nicht mit. Da ich die Patienten von der Station abhole, kann ich den Patienten vor der Stunde ansprechen. Er steht in der Tür seines Zimmers, hat den Kopf ganz tief gesenkt und schaut an sich herunter. So bleibt er stehen, bis ich ohne ihn gehe. Auch zur nächsten Stunde kommt er nicht mit. Die Angst sei zu groß, meint er und ist sehr aufgeregt während des Sprechens. Aber zur nächsten Stunde kommt er wieder mit. Wir spielen erst mit dem sehr großen Ball, dann wechseln wir und spielen mit einem normal großen Ball. Vor allem beim Fangen dieses kleineren Balls fällt mir auf, wie fahrig und flattrig die Bewegungen des Patienten sind und wie unsicher er beim Fangen ist. Seine Bewegungen sind eigenartig ungerichtet und ziellos. Er macht viel zu viele Bewegungen, die das Fangen des Balles eher erschweren als ermöglichen. Es ist, als ob ihm ein Stück Körperbeherrschung fehlte, als ob er seine Bewegungen nicht so koordinieren könnte, daß sie zum Fangen eines Balles taugten. Ganz bestimmt fehlt es ihm an der nötigen Übung, denn als langjähriger Insasse einer geschlossenen Station hat er sich sicher insgesamt zu wenig bewegt, aber um einen Ball fangen zu können, braucht es nicht viel Übung. Trotzdem kann er den Ball kaum fangen. Offensichtlich fällt ihm schon schwer, seine Bewegungen so zu koordinieren, daß er einen Ball von normaler Größe fangen kann. Zur nächsten Stunde kommt er wieder nicht mit. Er liegt im Bett und da möchte er heute auch bleiben. Aber dann kommt er wieder mit. Wir beginnen wieder mit dem sehr großen Ball zu spielen. Heute variieren die Patienten von sich aus unser Ballspiel, indem sie sich z.B. den Ball mit dem Kopf zuspieren oder zum Werfen hochspringen. Auch mein Patient macht mit so gut er kann, und ich freue mich über seine Versuche. Dann schlägt einer der Patienten Trampolinspringen vor. Alle sind einverstanden und einer nach dem anderen klettert hoch und springt auf dem Trampolin. Auch mein Patient klettert hoch, aber angesichts des schwankenden Fußbodens des Trampolins und der Tatsache, daß der Patient schon auf einem normalen Fußboden Mühe hat, sich mit seinem Körper und seinen Bewegungen einigermaßen auf den Füßen zu halten, gehe ich mit ihm zusammen auf das Trampolin, halte ihn an den Händen fest und bitte ihn, sich hinzusetzen. In dieser Lage bringe ich ganz vorsichtig das Trampolin zum Schwingen. Es ist mir einfühlbar, daß das Trampolin mit seinen schwingenden Bewegungen und seinem schwankenden Fußboden kein angenehmer Ort für ihn ist. Er ist sich seines Körpers und seiner Bewegungen so unsicher, daß er keine zusätzliche Verunsicherung vertragen kann. In der nächsten Stunde macht er wieder mit und kann auch die ganze Stunde über mitmachen. Wenn wir uns den Ball im Kreis zuwerfen, kann er sich manchmal nicht entscheiden, wem er den Ball zuwerfen soll. Meistens bekomme ich ihn dann. Zu den beiden nächsten Stunden kommt er nicht mit. Als er wieder mitkommt, setzt er sich gleich auf die Liege, verschränkt die Arme vor der Brust und vergräbt seinen Kopf. Als wir Fußball spielen, kicke ich ihm den Ball zu. Er lacht und spielt im Sitzen mit. Die nächsten Stunden macht er ebenfalls mit. Dann muß ich eine Stunde ausfallen lassen. Als ich ihm das sage, reagiert er aus vollem Herzen mit "Gott sei Dank". Ich gebe mich entrüstet und er streichelt schnell meine Wange. Es ist mir einfühlbar, daß die Arbeit mit der körperlichen Bewegung für ihn sehr anstrengend ist. Es kostet ihn schon viel Kraft, überhaupt mitzukommen, aber dann soll er sich auch noch bewegen. Andererseits versuche ich, seiner Situation gerecht zu werden, indem ich ihn zwar zum Mitkommen und Mitmachen auffordere, aber wenn ich dann sehe, daß seine Angst zu groß ist, ich ihn auch in Ruhe lasse. So pendeln wir uns auf ein für ihn erträgliches Maß ein. Es gibt Zeiten, in denen er mitkommen und auch mitmachen kann, und es gibt Zeiten, in denen er das nicht kann.

Dann wird einer der Patienten entlassen, ein anderer geht nach West-Deutschland und der vietnamesische Patient wird auf eine andere Station verlegt. Eine Zeit lang versuche ich, mit den beiden in der Klinik verbliebenen Patienten weiterzuarbeiten, aber da nun beide auf getrennten Stationen leben, klappt das nicht so recht. Wenn ich den einen abhole, kommt der andere nicht und umgekehrt. Beide Patienten sind nicht in der Lage, alleine zu kommen. Der vietnamesische Patient wird zwar immer wieder zu mir geschickt, aber er kommt nicht bei mir an, sondern läuft irgendwo im Gelände herum. Deshalb beschließe ich, dieses Hin und Her zu beenden und nur noch mit dem einen Patienten zu arbeiten, vorausgesetzt, daß er das auch gerne möchte. Der Patient vermittelt mir, mehr mit aufgeregten Bewegungen als mit verständlichen Worten, daß er gerne mit mir weiterarbeiten möchte, aber daß er auch große Angst davor hat.

In der ersten Stunde, die wir nun alleine miteinander verbringen, lädt mich der Patient zu einem Spaziergang im Klinikgelände ein. Es ist ein schöner Tag und ich komme gerne mit. Auf diesem Spaziergang benimmt sich der Patient wie mein Kavalier. Er gibt mir das Gefühl, daß ich von ihm

ausgeführt werde. Wenn ein Auto kommt, wird er sofort sehr aufgeregt, packt mich am Arm und zerrt mich auf die Seite, um mich vor dem Auto zu beschützen. An den Kreuzungen wird er jedesmal sehr aufgeregt, denn ich überlasse es ihm, die Wege, die wir gemeinsam gehen, auszusuchen. Er ist sehr unsicher, ob mir alles auch so recht ist. Als wir in den abgelegeneren Teil des Geländes kommen, der bewaldet ist und in dem Tiergehege stehen, bemerkt er, daß es nun sehr dunkel ist. Die nächsten drei Stunden gehen wir ebenfalls spazieren. Der Patient schlägt diese Spaziergänge vor und ich nehme seinen Vorschlag an. Ich habe den Eindruck, daß er das Zusammensein mit mir, das ihn ängstigt und aufregt, so am Besten ertragen kann. Er gerät jedesmal, wenn ich auf die Station komme und ihn abhole, in einen Zustand aufgeregter Verliebtheit, der ihn manchmal körperlich fast umzuwerfen scheint.

Eines Tages, als ich auf die Station komme, um ihn wie immer abzuholen, sitzt er verschwitzt und geschafft in seinem Zimmer. Er hat vor der Station 10 Minuten lang auf mich gewartet, aber als ich nicht gekommen bin, ist er wieder nach oben gegangen. Es freut mich, daß er mir entgegenkommen wollte, aber er hat sich in der Zeit vertan und war zu früh dran. Beim nächsten Mal kann er nur einen kurzen Spaziergang machen, weil die Angst zu groß ist, und eine Woche später kann er gar nicht mitkommen. Seine Angst sei zu groß und ich solle nicht böse sein, bittet er mich. Aber zur nächsten Stunde wartet er bereits in der vor meinem Arbeitsraum liegenden Garderobe auf mich. Ich bin begeistert und wir machen einen großen Spaziergang in einem flotten Tempo. Gegen Ende des Spazierganges wird er unsicher, ob wir nicht zu weit gegangen seien. Zur nächsten Stunde wartet er nicht in der Garderobe auf mich, und so gehe ich auf die Station. Er kommt zwar mit nach unten, aber kaum gehen wir ein paar Schritte, bekommt er Angst und ich muß ihn auf die Station zurückbringen.

Als ich nach einer vierwöchigen Ferienpause wieder auf die Station komme, meint er, daß es draußen zu gefährlich sei. Er kann heute nicht mitkommen, aber das nächste Mal können wir wieder einen kleinen Spaziergang unternehmen. Wir regeln unsere Spaziergänge inzwischen so, daß wir einen kleinen Spaziergang machen, wenn die Angst des Patienten zu groß ist, und daß wir einen großen Spaziergang machen, wenn die Angst des Patienten nicht zu groß ist. Bei einem kleinen Spaziergang bleiben wir innerhalb des Geländeteiles, auf dem die Häuser der Stationen stehen, und bei einem großen Spaziergang gehen wir auch durch den abgelegenen, parkähnlichen Teil des Geländes.

Inzwischen liegen die Dinge so, daß der Patient regelmäßig mitkommen kann und die Stunden, die er ausfallen lassen muß, eher die Ausnahme sind. Er kommt mir bereits im Gelände entgegen, und ich frage ihn nun manchmal, ob wir nicht doch einmal wieder in meinen Arbeitsraum gehen könnten, zumal der Sommer vorbei ist und das Wetter schlechter wird. Dann regnet es eines Tages und der Patient kommt tatsächlich nach langer Zeit zum ersten Mal wieder mit in meinen Arbeitsraum. Ich hole den großen Ball, mit dem wir zu Zeiten, als er noch in der Gruppe war, immer wieder gespielt hatten und den er besser handhaben konnte als den kleineren Ball. Er fängt den Ball sicher und mit Bewegungen, die das Fangen ermöglichen, und er wirft ihn genauso gezielt zu mir zurück. Er ist zwar die ganze Zeit aufgeregt, aber diese Aufregung hindert ihn nicht beim Ballspielen. Als er nach einer halben Stunde ganz außer Atem ist, hören wir auf und er meint, er sei nun ganz high. Ich bin begeistert, wie gut er den Ball fangen und werfen kann und sage ihm das auch. Trotzdem möchte er das nächste Mal lieber spazieren gehen. Das bleibt auch sein Wunsch in der nächsten Zeit. Er erzählt mir aber, daß es ihm besser gehe. Von den Besprechungen mit seinem Arzt weiß ich, daß er sich inzwischen auf der Station mit kleinen Botengängen nützlich macht; so trägt er z.B. den Müll hinunter, macht Besorgungen beim Kaufmann und geht ins Labor. Er sei auch sehr viel zugänglicher geworden, man könne besser mit ihm reden, und es gehe ihm insgesamt gut. Diese guten Nachrichten bringen mich auf die Idee, dem Patienten vorzuschlagen, in die außerhalb seiner Station liegende Beschäftigungstherapie zu gehen. Er lebt ja immer noch auf der geschlossenen Männeraufnahmestation, eine Situation, die seinen Lebensradius erheblich einschränkt.

Zunächst aber bin ich für zwei Wochen in Ferien. Als ich zurückkomme, finde ich ihn in einem schlechteren Zustand vor. Er ist fahrig und flattrig in seinen Bewegungen, und seine Worte nuscht er vor sich hin, sodaß er kaum zu verstehen ist. Er kann nicht einmal zu einem Spaziergang mitkommen. Aber das nächste Mal kommt er mir auf halbem Weg wieder entgegen. Er ist sehr aufgeregt, hat große Angst, mit mir im Raum zu arbeiten, weil er davon zu sehr in Bewegung gebracht werde. So gehen wir die nächsten Male wieder spazieren. Dabei erzählt er mir, daß er hin und wieder alleine spazieren gegangen sei. Ich hatte ihn gebeten, in der Zeit meiner Abwesenheit wenigstens zu unseren Arbeitszeiten spazieren zu gehen. Er weiß aber, daß ich mit ihm wieder in meinem Raum arbeiten möchte, und so kommt er eines Tages wieder mit. Wir spielen mit dem großen Ball, und trotz seiner Aufregtheit kann er den Ball sicher fangen und werfen. Manchmal foppt er mich sogar, indem

er so tut, als werfe er mir den Ball zu. Ich falle auch prompt darauf herein. Als wir nach einer Viertelstunde aufhören, hat er sein Abenteuer, mit mir im Raum zu arbeiten, gut überstanden. Aber das nächste Mal muß er wieder spazieren gehen. Die Angst, mit mir wieder im Raum zu arbeiten, ist wieder zu groß. Es dauert eine Weile, bis wir wieder im Raum arbeiten können. Ich hole diesmal einen Luftballon, der ähnlich groß ist wie der Ball, mit dem wir bisher gespielt haben. Der Patient ist einverstanden und wir spielen eine Zeit lang mit dem Luftballon, bis der Patient genug hat und aufhören möchte. Auch beim nächsten Mal können wir wieder im Raum arbeiten. Er möchte aber lieber wieder mit dem großen Ball spielen.

In der nächsten Zeit muß ich die Stunden ein paar Mal ausfallen lassen. Sein Arzt erzählt mir, daß der Patient sich mehr in sich zurückgezogen habe und daß es ihm überhaupt schlechter gehe. Es ist nicht das erste Mal, daß sich der Patient in der Zeit meiner Abwesenheit in sich zurückzieht und es wieder schwieriger wird, mit ihm in Kontakt zu treten. Er wirkt dann in seiner Körperlichkeit weniger präsent, als ob ihm sein Körper wieder weniger gehöre. Wenn ich nach solchen Pausen wieder mit ihm zu arbeiten beginne, sind seine Bewegungen fahrig und flattrig wie eh und je und er ist sehr aufgeregt.

Inzwischen - wir arbeiten nun fast zwei Jahre zusammen - kommt er von alleine in meinen Arbeitsraum. Ich muß ihn nicht mehr von der Station abholen und ihn auch nicht mehr zurückbringen. Er kommt auch regelmäßig. Die Entscheidung, die wir treffen müssen, liegt nun zwischen einem Spaziergang im Gelände oder Ballspielen im Raum. Ist die Angst zu groß, gehen wir spazieren, fühlt er sich einigermaßen gut, können wir im Raum arbeiten. Eines Tages, als er wieder spazieren gehen möchte, ich aber eine Abwechslung in die immer gleichen Wege bringen möchte, schlage ich ihm einen Spaziergang außerhalb des Klinikgeländes vor. Die Klinik ist von einem großen Wald mit schönen Spazierwegen umgeben, sodaß wir nicht auf einem belebten Bürgersteig gehen müssen. Außerdem möchte ich ihm die Stelle zeigen, wo vor nicht allzu langer Zeit die Berliner Mauer stand. Er ist einverstanden und wir gehen zur Klinik hinaus. Es ist seit langen Jahren das erste Mal, daß der Patient die Klinik verläßt. Wir müssen in einem Bogen um die Klinik gehen, ehe wir an die Stelle kommen, wo einmal die Mauer stand. Wir gehen weiter bis auf den ehemaligen Todesstreifen, auf dem wir eine kleine Weile stehen bleiben und zuschauen, wie die Wachttürme abmontiert werden. Dann kehren wir zurück und kommen wohlbehalten in der Klinik an.

Ich möchte nun auch unsere Arbeit im Raum abwechslungsreicher gestalten. Ich zeige ihm die Gegenstände im Geräteraum, und er sucht sich einen Reifen aus. Er ist, wie immer, vor allem Neuen aufgeregt, aber dann bewältigt er die Situation ganz gut. Er probiert erst Hula-Hoop-Bewegungen mit dem Reifen aus, und ich tue es ihm nach. Als uns der Reifen ein paar Mal auf die Füße gefallen ist, hören wir damit auf und stellen uns in einem Abstand vis-à-vis auf. Erst rollen wir uns die Reifen zu, dann dreht jeder seinen Reifen am Platz, dann wechseln wir den Platz, während der Reifen sich weiterdreht, und zum Schluß rennen wir einmal um den sich drehenden Reifen des anderen herum, bis wir wieder bei unserem eigenen Reifen angekommen sind. Der Patient rennt mit unsicheren Schritten, aber er rennt und tut sein Bestes. Sehr schnell ist er außer Atem, weil er so anstrengende Bewegungen nicht mehr gewohnt ist. Neben dem Reifen und dem großen Ball spielen wir auch mit einem kleineren Ball und hin und wieder mit einem Luftballon.

Langsam werden die Spaziergänge seltener, dafür können wir regelmäßig im Raum arbeiten. Nun beginnt eine Zeit, in der wir verschiedene Bewegungsarten ausprobieren und damit unser Bewegungsrepertoire erweitern. Zuerst konnte der Patient nur mit dem großen Ball spielen, später ist er bereit, auch mit einem ähnlich großen Luftballon zu spielen. Dann können wir auch einen kleineren Ball benutzen, und endlich spielen wir auch mit einem Tennisball. Das Fangen des Tennisballes fällt ihm schwerer als das Fangen eines größeren Balles, es fehlt ihm an allen Ecken und Enden an der nötigen Übung. Wenn er tapsig hinter dem Ball herläuft, den er nicht gefangen hat, bezeichnet er sich selber als Opa, denn er hat Mühe, den wegrollenden Ball einzuholen und aufzuheben. Aber er macht mit und er fängt auch immer wieder den Tennisball. Eine Zeit lang spielt er mit einem Volleyball, den er sich selber ausgesucht hat. Ich habe den Eindruck, daß die Größe und die Härte des Balles seinen Fähigkeiten angemessener ist als es z. B. ein Tennisball oder ein Luftballon ist. Der Tennisball braucht zum Fangen mehr Geschicklichkeit als der Patient hat, und der Luftballon fliegt ungerichteter als ein Ball und zwingt den Patienten zu spontaneren Reaktionen, die ihm aber schwerer fallen. Vor Beginn der Stunde tragen wir die verschiedenen Gegenstände zusammen, und der Patient entscheidet, mit welchem Gegenstand er beginnen und zu welchem Zeitpunkt er den Gegenstand wechseln möchte. Er wird immer vertrauter mit der Situation im Raum, und entsprechend spielerisch kann er auch mit der Bewegung umgehen. Manchmal variiert er von sich aus unser Ballspiel, indem er z. B. den Ball unter dem hochgehobenen Spielbein durchwirft. Selbst wenn er mit dem Ball am

Spielbein anstößt und den Ball dabei verliert oder wenn er den Ball zu flach wirft, weil er das Spielbein nicht hoch genug gehoben hat, bin ich von seinen Versuchen begeistert. Es geht ja nicht darum, daß er die Bewegung gut und richtig macht, sondern daß er sie ausprobiert so gut er eben kann. Selbstverständlich möchte er sie auch gut machen, aber er sieht selber, daß es ihm an Übung fehlt, und er kann über seine Versuche lachen. Manchmal sagt er nun sogar nach einer Stunde, daß es schön war, und ich finde auch, daß unsere Stunden lustig und lebendig verlaufen und daß der Patient, obwohl er nicht viel Übung hat, doch über eine körperliche Präsenz verfügt, die bewirkt, daß seine Bewegungen sicherer sind. Fahrig und flattrig sind seine Bewegungen nur noch, wenn er mir etwas sagen möchte, aber meint, er dürfe das nun nicht sagen. Wenn er einen Ball nicht fängt und tapsig hinter dem Ball herrennt, dann sehe ich eher seine mangelnde Übung als daß ich meine, daß sich dadurch ein psychotisch verfremdetes Verhältnis zum Körper ausdrückt. Einmal sehe ich ihn zufällig vom Fenster aus im Gelände gehen und staune, wie locker und fast lässig sein Gang geworden ist. So, wie er geht, drückt er aus, daß er seinen Körper als vertraut, als zu ihm gehörend erlebt.

Das alles freut mich sehr und ich nehme meine Idee, ihn für die Beschäftigungstherapie vorzuschlagen, wieder auf. Ich möchte, daß er seinen Lebensradius ein klein wenig erweitert, daß er mehr Bewegungen macht, als er dies im Moment tut. Sein Arzt findet das auch und unterstützt meine Bemühungen. Nach der Stunde sitzen der Patient und ich manchmal noch für ein paar Minuten in der Garderobe zusammen und er erzählt mir dies und jenes. Ich frage ihn eines Tages, ob er nicht in die Beschäftigungstherapie gehen wolle. Er wehrt sofort aufgeregt ab und bringt als Argument, daß er Weben, Töpfern, Stricken und Malen für weibliche Beschäftigungen halte und daß er bei solcher Tätigkeit nicht wisse, ob er ein Mann oder eine Frau sei. Er hat von seinen früheren Klinikaufhalten her Erfahrung mit der Beschäftigungstherapie. Sein Argument ist mir einfühlbar. Ich schlage ihm Korbflechterei als männlicheres Tätigkeitsfeld vor, für die zudem ein Beschäftigungstherapeut, den er kennt, zuständig ist. Jetzt will er sich meinen Vorschlag wenigstens überlegen, Es dauert aber Wochen, in denen ich ihn immer wieder mit diesem Thema konfrontiere, bis er endlich in die Beschäftigungstherapie geht. Wir hatten in der Zwischenzeit verabredet, daß sein Arzt mit ihm das erste Mal in die Beschäftigungstherapie gehen solle, dann aber wollte der Patient, daß ich mit ihm hingehge, und als ich endlich einen Zeitpunkt mit ihm ausgemacht hatte, erscheint er nicht zur verabredeten Zeit, sondern ging alleine in die Beschäftigungstherapie. Der Beschäftigungstherapeut, den ich über den Patienten informiert hatte, macht mit ihm aus, daß er jeden Morgen für zwei Stunden kommen solle, um Körbe zu flechten. Der Patient kommt tatsächlich und erzählt mir eine Woche später, daß alles gut gehe - auch mit den anderen Patienten - und daß er froh sei, daß er nun in die Beschäftigungstherapie gehe. Er erzählt mir auch, daß er bereits einen Papierkorb fertiggestellt habe und daß er nun an einem Tablett arbeite. Ich besuche ihn ein paar Tage später und bewundere seine Produkte. Ich freue mich, daß er der Situation gewachsen ist und das offensichtlich sogar ganz gut.

In der nächsten Zeit arbeiten wir wie gehabt mit verschiedenen Bällen, dem großen Luftballon und dem Reifen. Der Patient kommt von alleine zur Stunde und geht auch wieder alleine auf die Station zurück. Die Stunden selber sind lebendig und schwungvoll, der Patient macht gut mit und bestimmt, was er gerne machen möchte.

Weil ich sehe, daß der Patient mit allem gut zurechtkommt, möchte ich unser Bewegungsrepertoire erweitern und neue Bewegungsarten mit ihm ausprobieren. Ich schlage ihm Spiele mit Schlägern und Ball vor wie z. B. Federballspielen. Ich benutze dazu einen Federball mit echten Federn, weil dieser langsamer und gerichteter fliegt als ein sonst üblicher Federball und deshalb leichter zu treffen ist. Aber trotz des schön fliegenden Federballs ist es mühsam, mit ihm zu spielen. Er trifft kaum den Ball, sodaß wir mehr den Ball aufheben, als daß wir zu einem Spiel kommen. Auch hier fehlt es ihm an Übung und an der nötigen Geschicklichkeit. Die aber bräuchte es, um zu einem Spiel zu kommen, das auch Spaß macht. Trotzdem versuchen wir uns weiter an solchen Spielen. Wir wechseln aber die Spielart und nehmen Schläger, zu denen ein Schaumgummiball in der Größe eines Tennisballes gehört. Bei diesem Spiel können wir den Ball auch zurückschlagen, wenn er auf dem Boden aufgekommen ist, und müssen ihn nicht nur in der Luft zurückschlagen. Das geht ganz gut, aber noch lieber spielt der Patient mit Schlägern und Ball, wenn einer von uns den Ball gegen die Wand schlägt, der andere ihn zurückschlägt usw. Dabei kommen wir zu einem Spiel, das Spaß macht, weil wir nicht allzuoft unterbrechen müssen, um nach dem nicht getroffenen Ball zu rennen.

Auch unsere Ballspiele verändern sich. Der Patient holt zwei gleichgroße Bälle, gibt mir einen, und wir werfen uns den Ball gleichzeitig zu. Dabei müssen wir aufpassen, daß wir den Ball möglichst gleichmäßig werfen. Der Patient hat die Tendenz, den Ball zu kurz zu werfen, ich dafür die Tendenz, den Ball zu weit zu werfen. Es erfordert viel Konzentration füreinander, wenn wir gleichmäßig werfen

und fangen wollen. Manchmal gelingt uns dies für Minuten, aber insgesamt ist es schwierig, mit dem Patienten über ein gemeinsames Ballspiel in einen gemeinsamen Rhythmus zu kommen und diesen auch zu halten. Solche Spiele strengen den Patienten sehr an, aber sie scheinen ihm auch zu gefallen, denn er versucht es immer wieder. Diese Spiele erfordern neben einer gewissen motorischen Geschicklichkeit auch die Fähigkeit, sich auf den anderen so weit einstellen zu können, daß z. B. Unregelmäßigkeiten im Werfen ausgeglichen werden, ohne daß dabei der Rhythmus des Bewegungsablaufes gestört wird. Das versucht der Patient zwar und dieser Versuch strengt ihn auch sehr an, aber er ist dieser Anforderung nicht besonders gut gewachsen.

Nach solch anstrengenden Bewegungssequenzen wechseln wir meist den Ball und werfen uns einen Tennisball zu. Mittlerweile fängt er auch einen kleinen Ball ganz gut, und oft fangen wir den Tennisball nur mit einer Hand. Auch das geht ganz gut. Weil wir nun über einen längeren Zeitraum am Platz Ball gespielt haben, verlegen wir unser Ballspiel auf die Kreisbahn. Wir gehen beide auf der Kreisbahn in der gleichen Richtung, haben aber den größtmöglichen Abstand zueinander und werfen uns im Weitergehen den Ball zu. Meist prellen wir allerdings den Ball, weil er dann leichter zu fangen ist. Auch diese Situation bewältigt der Patient ganz gut. Überhaupt verlaufen unsere Stunden insgesamt locker und meistens sind sie auch lustig, denn der Patient kann immer wieder über sich lachen. Es ist auch keine Frage mehr, ob wir im Raum arbeiten oder spazieren gehen. Der Patient kommt regelmäßig zur Stunde und sitzt meist schon zehn Minuten früher in der Garderobe und wartet auf mich. Erst in der letzten Stunde, bevor ich für vier Wochen in die Ferien fahre, machen wir wieder einen Spaziergang zusammen. Wir gehen ein ganzes Stück weit auf dem ehemaligen Todesstreifen entlang, und er geht neben mir locker und mit sicheren Schritten.

Als ich wieder zurück bin, erscheint er pünktlich zur Stunde. Wir spielen erst einmal wieder Ball, und er fängt sicher und gut die Bälle. Er ist in der Zwischenzeit ein paar Mal mit noch anderen Patienten seiner Station auf dem Sportplatz gewesen und hat Fußball gespielt. Das erzählt mir sein Arzt, der mitgespielt hat und der meint, daß der Patient gut gespielt habe. Solche Einschätzungen über den Patienten höre ich gerne, sie bestätigen meinen Eindruck, daß der Patient sich in seinem Körper wieder einigermaßen zu Hause fühlt. Dafür spricht auch, daß er an dieser Unternehmung überhaupt teilgenommen hat.

Weil ich sehe, daß es dem Patienten ganz gut geht, schlage ich vor, ihn auf die offene Station für chronische Patienten zu verlegen, auf die im übrigen auch einige seiner Mitpatienten verlegt worden sind. Sein Arzt ist einverstanden wie auch der Arzt der offenen Station. Zudem habe ich vor, die Einzelsituation mit dem Patienten aufzulösen und statt dessen eine Gruppe um ihn herum zu bilden. Ich bin der Meinung, daß ich meine Arbeit getan habe - nämlich ein psychotisch verfremdetes Verhältnis zum Körper in ein wieder vertrautes Verhältnis zu verwandeln - und daß der Patient deshalb die ehemals notwendige Einzeltherapie nicht mehr braucht. Voraussetzung ist allerdings seine Verlegung auf die offene Station und seine gute Eingewöhnung auf dieser Station. Er lebt nun seit sieben Jahren auf der geschlossenen Männeraufnahmestation, und ich sehe keinen Grund mehr, warum er dort verbleiben sollte. Zudem ist die offene Station eine gemischt geschlechtliche Station, und ich habe vor, zu dem Patienten noch eine Frau und einen Mann in die Gruppe zu nehmen.

Zunächst aber muß der Patient mit seiner Verlegung einverstanden sein. Nach der Stunde spreche ich mit ihm in der Garderobe darüber. Wie immer hat er vor neuen Situationen Angst und meint, daß er eventuell Unruhe stiften könnte auf der offenen Station. Ein Mitpatient, mit dem er lange das Zimmer geteilt hat und der vor einiger Zeit verlegt worden war, mußte aus diesem Grund zurückverlegt werden. Für einige Zeit lasse ich das Thema fallen. Als ich es wieder aufgreife, verwickeln wir uns in eine Diskussion, die sich im Kreise dreht. Ich meine, es ginge ihm doch inzwischen so gut, daß er auf einer offenen Station leben könne, die außerdem den Vorteil hätte, daß er an Ausflügen oder anderen Unternehmungen teilnehmen und so ein bißchen mehr von der Welt außerhalb der Klinik sehen könne. Er meint, das gefiele ihm schon, aber was wäre, wenn er durchdrehen würde. Dann müsse er eben kurzzeitig wieder zurückverlegt werden, antworte ich. Dann könne er auch gleich auf der geschlossenen Station bleiben, meint er, da könne er wenigstens nicht tiefer fallen. Ich argumentiere nun mit der Beschäftigungstherapie, vor der er auch große Angst gehabt hat und in die er inzwischen seit einem Jahr regelmäßig und gerne geht. "Glück gehabt", sagt er dazu. Wieder vergeht eine Zeit, bis ich das Thema wieder anschneide. Er gibt zu, daß er vielleicht alles zu schwarz male. Ich versuche, die Angelegenheit zu relativieren, indem ich ihm sage, daß er auch nach einer Verlegung noch innerhalb der Nervenlinik bliebe und daß auch die offene Station nur Station einer Nervenlinik sei. Dann verabreden wir, daß er in der Visite sagen solle, daß er verlegt werden möchte. Aber er sagt nichts und auch in der nächsten Visite nicht. Deshalb verabrede

ich mit seinem Arzt, daß der nun die Verlegung in die Hand nehmen solle, denn mittlerweile ist ein halbes Jahr vergangen, und es macht keinen Sinn mehr, darauf zu warten, daß der Patient von sich aus aktiv wird. Innerhalb der nächsten Tage wird der Patient verlegt. Ich besuche ihn einen Tag später auf seiner neuen Station. Er freut sich, ist aufgeregt, zeigt mir sein Zimmer und ist im übrigen begeistert von der neuen Station. Es sei wie im Hotel. Seine Angst ist nun, daß er auf der Station nicht bleiben darf - vielleicht weil alles viel zu schön ist. Aber im Lauf der Zeit gewöhnt er sich an die neue Situation, wird sich auch sicherer, daß er dorthin gehört, und inzwischen ist er sogar mit einem Pfleger und noch einem Patienten in ein Kino gegangen, das am Kurfürstendamm liegt. Für eine Patientenreise ist er vorgesehen.

Zu unseren gemeinsamen Stunden kommt er regelmäßig auch von der anderen Station aus. Einmal sitzen wir auf dem Boden und rollen uns einen Ball zu. Er kann im Sitzen kaum die Beine öffnen, geschweige denn die Knie strecken. Auch sitzt er mit stark gerundetem Rücken da. Deshalb schlage ich ihm vor, doch einmal ein paar Gymnastikübungen zu versuchen. Er ist einverstanden und in der nächsten Stunde beginnen wir damit. Es ist das erste Mal in der gesamten Zeit, daß ich mit ihm Bewegungen ausprobiere, bei denen wir keinen Gegenstand zwischen uns haben und die auch nicht in dem Maß spielerisch sind wie z.B. Ballspiele es sind, sondern die den Körper trainieren. Wir legen uns nebeneinander auf Matten, und ich beginne mit einfachen Dehnbewegungen, die ich vormache und die er nachmacht. Wir beenden unsere Gymnastik, indem wir uns mit angezogenen Beinen gegenüber setzen, an den Händen fassen und zur gleichen Zeit aufstehen. Wir schaffen es auf Anhieb. Der Patient meint, daß ihm die Gymnastikübungen gut getan hätten. Eine der nächsten Stunden beginnen wir, indem wir auf der Kreisbahn gehen, rennen, hüpfen, auf der Fußspitze und auf den Fersen gehen, dann zum Gehen die Schultern hochziehen und wieder senken usw. Auch diese Bewegungen macht er gut mit. Er gerät, wenn wir rennen oder hüpfen, sehr schnell außer Atem; er ist nicht gewohnt, sich schnell zu bewegen. In wieder einer der nächsten Stunden liegen wir nebeneinander auf dem Boden, bereit mit Gymnastikübungen zu beginnen. Ich schlage dem Patienten vor, daß er sich doch auch eine Übung ausdenken könnte, die ich dann mitmache, sodaß wir uns jeweils im Vormachen einer Bewegung abwechseln. Er ist einverstanden, meint aber, ihm falle bestimmt nichts ein. Im Gegensatz dazu fallen ihm sehr originelle Bewegungen ein. So führt er seine Arme von unten über die Seite bis hinter den Kopf, aber unten, in der Seite, über dem Kopf, wieder in der Seite klatscht er mit den Händen auf den Boden, so daß ein Rhythmus entsteht. Eine andere Bewegung, die er vormacht, sieht so aus, daß er Arme und Beine ganz dicht an den Körper heranzieht, sie dann nach oben in die Luft ausstreckt, sodaß wir alle Viere von uns strecken, dann Arme und Beine wieder anziehen usw. Als ihm dann wirklich nichts mehr einfällt, hören wir auf. Er möchte nun mit dem Tennisball spielen. Er wirft ihn gegen die Wand, und ich fange ihn auf, werfe ihn ebenfalls gegen die Wand, und er fängt ihn auf. Nach einer Weile nehmen wir noch einen zweiten Tennisball dazu, sodaß wir gleichzeitig werfen und fangen. Diese Gleichzeitigkeit im Werfen und Fangen ergibt einen gemeinsamen Rhythmus, aber dazu müssen die Bewegungen klappen. Der Ball muß so gegen die Wand geworfen werden, daß der andere ihn gut fangen kann, und der andere muß ihn auch fangen können. Das aber klappt mit dem Patienten nicht besonders gut, er fängt und wirft in dieser Schnelligkeit, in der er nun reagieren muß, den Ball weniger gut, als wenn wir nur mit einem Ball spielen. Wir probieren es aber trotzdem und müssen uns eben öfter bücken und den Ball aufheben.

So geht die letzte Stunde, die ich mit dem Patienten alleine verbringe, zu Ende. Ich hatte ihm schon vor ein paar Wochen mitgeteilt, daß ich vorhabe, noch eine Patientin und einen Patienten von seiner Station dazuzunehmen. Seit ein paar Wochen findet nun die Gruppe statt. Von Anfang an herrscht eine vertraute Stimmung zwischen allen Beteiligten, sodaß wir gut miteinander arbeiten können. Auch der Patient macht gut mit. Er beteiligt sich mit eigenen Vorschlägen, die er aus unserem gemeinsamen Repertoire nimmt. Im Moment machen wir nach der Stunde alle zusammen noch einen Spaziergang innerhalb des Klinikgeländes, ehe wir uns vor der Station der Patienten voneinander verabschieden.

Gehen wir zurück zum Beginn der Therapie. Vor dreieinhalb Jahren hatte ich es mit einem Patienten zu tun, dessen Bewegungen fahrig und flattrig sind, der den Eindruck erweckt, als wäre er körperlich nicht präsent, der immer wieder mit vor der Brust verschränkten Armen und gesenktem Kopf dasitzt, so als müsse er sich selber zusammenhalten und jeden Eindruck von außen von sich abhalten. In diese Welt breche ich ein; er soll mit mir mitkommen und sich zusammen mit noch drei anderen Patienten bewegen. Aber gerade bewegen kann er sich nur unzulänglich, wie ihm auch sein Körper nicht mehr so zur Verfügung steht, daß er sich in ihm zu Hause fühlt. Sein Verhältnis zum Körper hat sich verfremdet, hat psychotische Dimension angenommen. Schon von daher ist aller Anspruch an Bewegungen beängstigend. Zu allem muß er noch mit einer anderen Person, mit mir, in Kontakt

treten. Auch das ängstigt ihn, hat er doch seit Jahren seine Kontakte zurückgenommen. Zu seinen fahrigen und flattrigen Bewegungen kommen - wenn überhaupt - Worte, die schwer verständlich sind. Die Dimension eines psychotisch verfremdeten Verhältnisses zum Körper gilt es auszuloten. Ich habe für die trainierte Bewegung ein Erleben vom Körper angenommen, das sich in die Worte fassen läßt: Ich weiß, daß ich einen Körper habe und für die eigene Bewegung ein Erleben vom Körper, das sich in die Worte fassen läßt: Ich vergesse, daß ich einen Körper habe. Beide Erlebnisweisen vom Körper sind ideale Punkte, die ineinander übergehen können. Es ist vorstellbar, daß ich innerhalb eines Trainings an den Punkt komme, wo ich wieder vergesse, daß ich einen Körper habe, und es ist vorstellbar, daß ich über meine eigenen Bewegungen an den Punkt komme, wo ich wieder weiß, daß ich einen Körper habe. Das Erleben vom Körper pendelt zwischen Vergessen und Wissen, und je nach Situation und Bewegungsart verlagert sich der Schwerpunkt mehr auf die eine bzw. andere Seite. Haben mich meine Alltagsbewegungen meinen Körper vergessen lassen, kann ich mit einer sportlichen oder tänzerischen Unternehmung mein Verhältnis zum Körper wieder verbessern, ich weiß wieder, daß ich einen Körper habe. Nun kann ich es mir wieder leisten, meinen Körper zu vergessen, bis ich wieder an den Punkt komme, wo ich mich über ein Mehr an körperlicher Bewegung meines Körpers wieder vergewissern muß. In einem Training findet ein Mehr an körperlicher Bewegung statt, in einer Bewegungstherapie findet ebenso ein Mehr an körperlicher Bewegung statt. Immer dann, wenn die körperliche Bewegung im Mittelpunkt steht, ist dieses Mehr an körperlicher Bewegung garantiert, unabhängig davon, ob ich mittels einer Bewegungstechnik den Körper trainiere oder ob ich mit meinen eigenen Bewegungen auskomme. Über dieses Mehr an körperlicher Bewegung balanciere ich mein Verhältnis zum Körper aus, sodaß ich niemals an den Punkt komme, wo die Formel gälte: Ich habe meinen Körper verloren.

Das ist auch in der Psychose nicht der Fall. Ich stelle mir vor, daß in der Psychose die Balance zwischen Wissen und Vergessen vom Körper nicht mehr gehalten werden kann und daß auch ein Mehr an körperlicher Bewegung diese Balance nicht mehr herstellen kann. Das Erleben vom Körper verfremdet. Nun gilt die Formel: Mir ist mein Körper fremd geworden.

Das verfremdete Erleben vom Körper drückt sich in der Bewegung wieder aus. Der Patient kann nicht einfach über ein Mehr an körperlicher Bewegung auf sein Erleben vom Körper wirken, seine Bewegungen selber sind unkoordiniert, fahrig und flattrig. Davon noch mehr auszuführen macht keinen Sinn, denn der Sinn, den seine Bewegungen haben könnten, nämlich darüber das Verhältnis zum Körper zu regeln, ist nicht mehr gegeben. So sitzt der Patient mit verschränkten Armen und tief gesenktem Kopf bewegungslos da. Das Angebot, sich mit mir zusammen zu bewegen, ängstigt ihn über alle Maßen. Diese Angst ist im ersten Jahr der Therapie so groß, daß er nur hin und wieder mitkommen kann. So sinnvoll es ist, sich mit dem Patienten zusammen zu bewegen, so sehr ängstigt ihn diese Situation. Die Angst des Patienten verstehe ich im Zusammenhang mit seinem verfremdeten Erleben vom Körper, seinen verfremdet untauglichen Bewegungen, kurz, seinem verfremdeten Verhältnis zum Körper. Schon seit langer Zeit sind ihm sein Körper und seine Bewegungen unvertraut, er wirkt, wie wenn er körperlich nicht präsent wäre. Jedes von außen kommende Ereignis, jede andere Person müssen ihn ängstigen, weil sie ihn an der Stelle treffen, an der er empfindlich zu treffen ist: an seinem ihm fremd gewordenen Körper. Er kann sich nicht mehr mit der Präsenz eines eigenen Körpers und mit eigenen Bewegungen nach außen abgrenzen, jede von außen an ihn herangetragene Anregung bringt ihn in große Nöte. Daß die langjährige Einnahme von Neuroleptika darüber hinaus sein Bewegungssystem geschädigt hat, kommt erschwerend hinzu, ist aber nicht alleiniger Grund für seine fahrigen und flattrigen Bewegungen, wie der Therapieverlauf zeigt. In dem Maß, wie sich sein Verhältnis zum Körper verbessert, verlieren auch seine Bewegungen ihre Fahrigkeit und er kann sie besser koordinieren.

Was steckt hinter der Formulierung "Wie wenn er körperlich nicht präsent wäre"? Bisher habe ich die körperliche Bewegung als ein Medium beschrieben, über das ich - indem ich Einfluß auf mein Erleben vom Körper nehme - mein Verhältnis zum Körper regle. Aber Patient meidet die körperliche Bewegung, es sieht sogar so aus, als ob die körperliche Bewegung nicht in der Lage wäre, sein Verhältnis zum Körper zu regeln, sondern ihn völlig aus der Fassung brächte. Die Fassung, aus der er gebracht wird, ist sein sich bewegendes Körper, der bewegungslos gehalten werden muß. Der Patient kann sich nicht über die körperliche Bewegung seines Körpers versichern, im Gegenteil, über sie droht ein völliger Zerfall.

Wie ist das zu verstehen? Die Bewegungen des Patienten sind fahrig, flattrig, unkoordiniert, sie sind bereits in einem Zustand, den ich als verfremdet bezeichne. Die verfremdeten Bewegungen haben ein verfremdetes Erleben vom Körper zur Folge - was dem Eindruck "Wie wenn er körperlich nicht

präsent wäre" entspricht. Die Körpergrenze, die körperliche Bewegung vom Körpererleben trennt und so beiden eine gewisse Unabhängigkeit voneinander garantiert, ist zu durchlässig geworden. Körperliche Bewegung und Körpererleben vermischen sich, Innen und Außen sind nicht mehr voneinander getrennte Vorgänge. Die körperliche Bewegung in ihrer verfremdeten Form ist nicht in der Lage, in ihrer Rückwirkung auf den Körper das Verhältnis zum Körper so zu regeln, daß der Körper wieder als zur Person Gehörendes erlebt wird. Sondern die körperliche Bewegung ist in ihrer verfremdeten Form bedrohlich für den sich bewegenden Körper. Sie rührt an das fremde Erleben des Körpers bzw. deckt sich mit ihm. Wenn sich der Patient bewegt, droht über die Bewegung eher ein Auseinanderfallen des Körpers, als daß der Körper über die Bewegung zusammengehalten würde. Im bewegungslosen Sitzen mit fest verschränkten Armen und gesenktem Kopf drückt der Patient dieses Dilemma aus.

Die ganze erste Zeit unserer Zusammenarbeit befinde ich mich mit dem Patienten in einem Teufelskreis: Einerseits soll er sich bewegen, um darüber wieder zu einem vertrauteren Verhältnis zum Körper zu kommen, andererseits sind seine Bewegungen schon seit langer Zeit so verfremdet, daß sie untauglich geworden sind, sein Verhältnis zum Körper zu regeln. Im Gegenteil, sie rühren an das fremde Erleben vom Körper und bedrohen sein Verhältnis zum Körper noch mehr. Entsprechend entzieht sich der Patient immer wieder der Arbeit oder muß sich innerhalb der Stunden hinsetzen und bewegungslos halten.

Was geschieht nun in den Momenten, in denen der Patient mitmachen kann? Das sind sicher die Momente, in denen seine Angst nicht gar so groß ist und er riskieren kann, mitzukommen und auch mitzumachen, wenngleich er immer sehr aufgereggt ist und mir bedeutet, er fürchte, daß es ihm hinterher schlechter gehe. Aber er hat verstanden, daß ich verstanden habe, wie schwierig und bedrohlich für ihn das Mitkommen und Mitmachen ist. So fügt er sich in die Situation und tut sein Bestes. Wenn wir uns zusammen bewegen, hat er in mir ein Gegenüber, dessen Bewegungen nicht psychotisch verfremdet sind, was heißt, daß ich meine Bewegungen angemessen koordinieren kann. Gleichzeitig gebe ich für ihn das Bild eines sich bewegenden Körpers ab. Dieses Bild, das er von meinem Körper bekommt, ist immer gleich: Oben ist der Kopf, dann kommt der Hals, die Schultern mit den Armen und Händen, der Rumpf, die Beine und unten sind die Füße. Ich bewege mich in einer senkrechten Haltung, und wenn ich gehe, schwingen meine Arme in einer bestimmten Koordination mit, nämlich zum rechten Bein schwingt der linke Arm vor und zum linken Bein der rechte Arm. Die senkrechte Haltung und die Koordination von Armen und Beinen beim Gehen geben ein gleichbleibendes Bild ab. Alle anderen Bewegungen, die ich ausführe, sind Variationen zu diesem Bild.

Mein Mitmachen hat einen doppelten Effekt: Ich führe die Bewegung selber aus, und ich gebe ein gleichbleibendes Bild vom Körper ab. Aber ich führe die Bewegungen nicht nur aus, sondern ich beziehe mich mit meinen Bewegungen auf die Bewegungen des Patienten. Ich mache alle Bewegungen mit, ich fange den Ball, den er mir zuwirft, und ich werfe ihm den Ball wieder zu, ich spiele mit ihm zusammen Fußball, und ich gehe mit ihm zusammen spazieren. Über meine Bewegungen und über mein gleichbleibendes Bild vom Körper sowie über die Bewegungen, die der Patient selber ausführt, erhoffe ich mir im Lauf der Zeit für den Patienten ein verbessertes Verhältnis zum Körper. Das Erleben eines Körpers, der ständig auseinanderzufallen droht, soll allmählich einem Erleben vom Körper weichen, das, weil der Körper wieder über die körperliche Bewegung einen Zusammenhalt erfährt, den Körper als vertraut und zur Person gehörend erleben läßt.

Die Angst des Patienten, die er im ersten Jahr vor der körperlichen Bewegung hat und die ihn immer wieder hindert, mitzukommen und auch mitzumachen, ist eine Angst davor, daß er gerade über die körperliche Bewegung mit seinen Körperteilen gänzlich durcheinandergerät, daß die körperliche Bewegung seinen Körper gänzlich fragmentiert oder auseinanderreißt und er vielleicht am Ende das bißchen körperliche Präsenz, das ihm noch verblieben ist, auch noch einbüßt. Zum verfremdeten Erleben des Körpers kommt die Angst, über die körperliche Bewegung den letzten Zusammenhalt aller Körperteile zu verlieren. Der Patient hat kein Bild eines Körpers mehr, der in der Bewegung seinen Zusammenhalt behält und ganz bleibt. Seine Bewegungen taugen nicht mehr, sich seines Körpers zu versichern, und in seiner zurückgezogenen Welt ist keine Person mehr, die ihm ein solches Bild geben könnte. Um aus diesem Zustand herauszukommen, muß er sich zusammen mit einer anderen Person bewegen. Er muß über die Präsenz und die Bewegungen eines anderen Körpers wieder das Bild eines ganzen Körpers bekommen, der auch in der Bewegung seinen Zusammenhalt nicht verliert, und er muß die körperliche Bewegung selber ausführen, damit er sich darüber eines Körpers versichern kann. Im bewegungslosen Sitzen mit gesenktem Kopf und vor der

Brust gekreuzten Armen drückt der Patient sehr gut sein Dilemma aus: Er kann sich nicht bewegen aus Angst, über die Bewegung gänzlich auseinanderzufallen, und er schaut nicht auf, weil er dem anderen zu wenig eigene körperliche Präsenz entgegensetzen kann.

Aber mit der ihm verbliebenen körperlichen Präsenz stellt er sich der Situation. Wichtig ist nun, die Bewegungen herausfinden, die er gerne machen möchte - wenn es das überhaupt noch gibt. Weil er zunächst Teilnehmer einer Gruppe ist, kann ich nicht so spezifisch auf ihn eingehen, wie es sein Zustand eigentlich erfordert. Das Spielen mit einem großen Ball mude ich ihm zu, denn er kann dazu am Platz stehen bleiben und muß sich insgesamt nicht viel bewegen. Die ausgeführte körperliche Bewegung ist bedrohlich für ihn, und so ist es sicher gut, wenn er nicht allzuviel Bewegungen macht. Ich benutze die körperliche Bewegung nicht zu einem Training, sondern ich möchte darüber sein Verhältnis zum Körper verbessern. Er muß nicht Ballspielen lernen, sondern er muß sich bewegen, um sich seines Körpers wieder zu versichern. Deshalb richtet sich das Maß für viel oder wenig Bewegung nach seinem Zustand, und der erfordert zunächst wenig Bewegung. Manchmal sind auch die wenigen Bewegungen noch zu viel, dann setzt er sich hin und hält sich bewegungslos. Wenn er mitmacht, ist das der Moment, wo er sich selber bewegt und wo er nach außen schaut und mich sieht. Über meine körperliche Präsenz und über das Bild meines sich bewegenden Körpers, der in der Bewegung seinen Zusammenhang behält und nicht auseinanderfällt, bekommt er ein Vorbild. Vielleicht geschieht ihm doch nichts, wenn er sich bewegt, vielleicht geraten ihm die Körperteile doch nicht durcheinander oder fallen ab oder befinden sich plötzlich an einer anderen Stelle seines Körpers. Vielleicht kann er den Ball doch mit seinen Armen und Händen fangen und wieder wegwerfen, ohne daß sein Körper Schaden erleidet.

Über die Arbeit mit der körperlichen Bewegung soll sich der Patient seine körperliche Präsenz zurückholen. Alleine kann er das nicht mehr, er braucht ein sich bewegendes Gegenüber. Er hat nicht mehr das Bild eines ganzen Körpers, der über die Bewegung zusammengehalten wird. Aber er bekommt über mich ein Vorbild. Dieses Vorbild, das er wie einen Beweis sieht, daß die Bewegung den Körper nicht schädigt, braucht er dringend, wenn er sich bewegt. Darüber, daß er sieht, wie ich mich bewege, ohne Schaden zu nehmen, riskiert er es, sich zu bewegen, obwohl sich zu bewegen eigentlich bedrohlich für ihn ist. Um wieder zu einem eigenen Bild eines ganzen Körpers zu kommen und um sich wieder über die Bewegung seines Körpers versichern zu können, braucht der Patient über lange Zeit mein Mitmachen. Dieses Mitmachen besteht aus den Bewegungen, die ich ausführe und die sich auf seine Bewegungen beziehen. Er sieht mich und bekommt das Bild eines Körpers, dessen Körperteile in einer bestimmten Weise angeordnet sind und die auch in der Bewegung ihre Ordnung nicht verlieren, noch sonst irgendwie durcheinander geraten. In den ersten zwei Jahren verschlechtert sich sein Zustand jedesmal, wenn ich in den Ferien bin. Er hat dann für eine gewisse Zeit kein Gegenüber mehr, das sich mit ihm zusammen bewegt. Entsprechend werden seine Bewegungen wieder fahriger, er zieht sich wieder mehr in die Bewegungslosigkeit zurück und wirkt körperlich wieder weniger präsent. Noch fehlt ihm die Konstanz eines eigenen Bildes von einem ganzen Körper, noch ist er darauf angewiesen, sich mit einem anderen zusammen zu bewegen.

Seine Situation auf der geschlossenen Station fördert eher seine Tendenz, die Bewegung zu vermeiden und sich in sich zurückzuziehen. Die Personen, die er dort sieht, beziehen sich in ihren Bewegungen, wenn überhaupt, nur sehr unspezifisch auf ihn und geben daher nur ein flüchtiges Bild ab. Er braucht aber eine Person, die ihre Bewegungen abstimmt, und das über einen längeren Zeitraum hinweg, sodaß er immer wieder von dieser Person, die sich mit ihm zusammen bewegt, das Bild des ganzen Körpers abnehmen kann, bis er es in so spezifischer Weise nicht mehr braucht. Dann genügen auch die Personen, die er auf der Station sieht, um sich das Bild des ganzen Körpers immer wieder zu erneuern. Erst Jahre später kann er auch in meiner Abwesenheit seinen Zustand stabil halten und mich nach einer vierwöchigen Ferienpause in bester Verfassung begrüßen. Er kann nun spazieren gehen, ganz wie es ihm beliebt, und sich über ein Mehr an Bewegung seines Körpers versichern. Er hat lange genug das Bild meiner Bewegungen und meines sich bewegenden Körpers gehabt, ich habe ihm lange genug meine körperliche Präsenz zur Verfügung gestellt, sodaß er sich nun auch alleine bewegen kann. Manchmal sehe ich ihn vom Fenster aus im Gelände gehen und freue mich über seine festen Schritte und über das zügige Tempo, in dem er geht. Er geht wie einer, der sich seines Körpers und seiner Bewegungen sicher ist. Auf der Patientenreise, die er inzwischen gemacht hat, war er der einzige, der an einer Wattwanderung teilnahm, wie ihm überhaupt die ganze Reise großes Vergnügen bereitet hat.

Meine Formulierung, daß die körperliche Bewegung die Beziehung zum sich bewegenden Körper des anderen regelt, möchte ich nun mit dem bisher Gesagten in Verbindung bringen. Daß ich über die

körperliche Bewegung auf mein Verhältnis zum Körper wirke, ist klar geworden. Üblicherweise kann ich über ein Mehr an Bewegung dieses Verhältnis regeln. Dazu brauche ich das Bild eines ganzen Körpers, der auch in der Bewegung seinen Zusammenhang nicht verliert, sondern sich im Gegenteil über die Bewegung diesen Zusammenhalt bestätigt. Das Bild, das ich von einem Körper habe, bekomme ich immer wieder, wenn ich andere Personen ansehe. Ich erneuere auf diese Weise ständig mein Bild des Körpers, sodaß es zu einem konstanten Bild wird. Das Bild des Körpers bleibt in einer allgemeinen Weise immer gleich: Oben sitzt der Kopf, dann kommt der Hals mit den Schultern, an denen sich die Arme und Hände befinden, dann kommt der Rumpf, dann die Beine mit den Füßen. Die Vorstellung, die ich von einem Körper habe, muß ich mit dem Bild, das mir andere Personen von ihrem Körper geben, übereinstimmen. Anders herum gesagt: Ich bilde mir eine Vorstellung vom Körper, indem ich andere Personen ansehe. Die andere Person gibt mir das Bild von einem ganzen Körper, denn von mir selbst kann ich nur Teile sehen. Ich bin darauf angewiesen, andere Personen immer wieder anzusehen, um mein unvollständiges Bild von meinem eigenen Körper durch den Anblick einer anderen Person zu ergänzen. Die Bewegungen, die ich ausführe, werden ebenso von einer anderen Person besser gesehen als von mir. Mir verschaffen sie ein bestimmtes Körpererleben, gesehen werden sie aber von einem anderen.

Möchte ich also über ein Mehr an Bewegung mein Verhältnis zum Körper regeln, brauche ich zu meinen Bewegungen das Bild des ganzen Körpers. Der Patient hat seine Beweglichkeit eingebüßt, und er hat das Bild des ganzen Körpers verloren. Er vermeidet die Bewegung und er schaut auch kaum mehr auf. Er kann nicht mehr einfach aufstehen, andere Personen ansehen und vom Platz gehen. Das Bild, das er vom Körper hat, ist zerbrochen, fragmentiert, in Unordnung geraten, die körperliche Bewegung nicht mehr in der Lage, Ordnung zu schaffen. Er sieht nur noch sich bzw. Teile seines eigenen Körpers. Er sieht nicht mehr, wie andere Personen ihrer Bewegungen koordinieren. Seine Bewegungen verschaffen ihm das Erleben des fremden, unvertrauten Körpers. Er hat Angst, in der Bewegung gänzlich auseinanderzufallen. Die Beziehung, die er nun eingehen muß, um aus diesem Dilemma herauszukommen, ist, sich mit einer anderen Person zusammen zu bewegen. Er muß die körperliche Bewegung ausführen, aber gleichzeitig ein Gegenüber haben, das ihm das Bild eines ganzen Körpers bietet und dessen Bewegungen angemessen koordiniert sind. In diesen Momenten muß der Patient von sich absehen und über den Anblick seines Gegenübers seine Bewegungen ausführen. Das tut der Patient auch immer wieder. Manchmal strengen ihn diese Momente so an, daß er sich hinsetzen und sich in sich zurückziehen muß. Im Lauf der Zeit aber tun die Momente, in denen er sich mit mir zusammen bewegt, ihre Wirkung. Er bekommt immer wieder das Bild von einem ganzen Körper, der in der Bewegung seine Ordnung nicht verliert, er bewegt sich immer wieder selber, aber schaut gleichzeitig auf den anderen, der sich mit ihm zusammen bewegt. Seine Bewegungen werden koordinierter, er erlebt seinen Körper als vertraut, sein Bild vom Körper hat eine Korrektur erfahren. Bereits ein Jahr nach Beginn der Therapie kann er für die Station kleine Botengänge machen, vier Jahre später kann er an Unternehmungen außerhalb der Klinik teilnehmen. Zu meiner Arbeitssituation sind Alltagssituationen dazu gekommen, in denen er sich ebenso seines Körpers versichern kann. Er kann auf dieser Grundlage, nämlich eines in der Bewegung vertrauten Körpers, auch wieder Gespräche führen. So hat er jetzt einmal in der Woche einen Gesprächstermin mit der Ärztin seiner Station. Die ist für ihn genauso ein Gegenüber, nur spielt die körperliche Bewegung jetzt keine Rolle, sondern im Mittelpunkt steht das gesprochene Wort. Trotzdem sieht er sein Gegenüber, das sich, wenn auch minimal, bewegt. In solchen Situationen kann er ebenso sein Bild vom Körper erneuern, auch wenn die Bewegung nicht ausdrücklich im Mittelpunkt steht. Das war zu Beginn der Therapie nicht möglich. Damals mußte er die körperliche Bewegung ausführen und gleichzeitig ein Gegenüber haben, das sich mit ihm zusammen bewegt. Jetzt kann er sich auch in anderen Situationen als unserer Arbeitssituation seines Körpers versichern, und er kann von anderen Personen als nur von mir das Bild des ganzen Körpers abnehmen. Zu solchen Beziehungen ist er nun fähig. Weil er über die körperliche Bewegung wieder sein Verhältnis zum Körper regeln kann und weil er lange genug mich als Gegenüber gesehen hat, ist er in der Lage, seinen Lebensradius zu erweitern und vermehrt Kontakte zu anderen Personen zu knüpfen. Er hat mich aber nicht nur als Gegenüber gesehen, sondern ich habe mich mit ihm zusammen bewegt. Ich habe seine Bälle gefangen, wie er meine gefangen hat, und ich habe ihm den Ball so zugeworfen, daß er ihn möglichst gut fangen kann, wie auch er mir den Ball so zugeworfen hat, daß ich ihn möglichst gut fangen kann. Dabei gab es Unebenheiten, vor allem in der ersten Zeit konnte er weder gut fangen noch werfen. Ich habe mich auf sein Bewegungsniveau eingestellt und zu seinen Bedingungen mit ihm gearbeitet. Er hat versucht, trotz aller Ängste und Schwierigkeiten mitzumachen, so gut er eben konnte. Diese Bereitschaft, sich jeweils auf den anderen einzustellen, auch wenn die Ebenen noch so unterschiedlich sind, ist Voraussetzung für eine Zusammenarbeit.

Die offene Station, auf der der Patient jetzt lebt, bietet ihm die Möglichkeit, auch an Ausflügen außerhalb der Klinik teilzunehmen. Inzwischen kann er auch alleine kleine Ausflüge nach draußen unternehmen. Seine Ärztin führt mit ihm einmal in der Woche ein Gespräch, und auch dieser Termin ist für den Patienten wichtig geworden. Ich arbeite ebenfalls noch mit ihm, wenn er auch inzwischen Teilnehmer einer Gruppe ist. Ebenso geht er regelmäßig in die Beschäftigungstherapie, wo er sich nach wie vor in der Korbflechterei betätigt. Das alles sind günstige Umstände, die helfen, den Zustand des Patienten zu stabilisieren. Das hat er auch nötig, denn zwanzig Jahre chronisch schizophrener Daseins machen selbst sein Klinikleben zu einer Gratwanderung, und die Gefahr einer Verschlechterung ist immer gegeben. Er bleibt letztlich abhängig von einer günstigen Umgebung und von Personen, die ihn verstehen.