

# **Bewegung der Psychotherapie**

## **– Psychotherapie der Bewegung**

**Vortrag auf der Frühjahrstagung des  
Psychotherapeutischen Zentrums  
Bad Mergentheim am 04. Juli 2009**



**Dr. med. Harald Schickedanz**

**Chefarzt Akutklinik**

**Erlenbachweg 22**

**97980 Bad Mergentheim**

**Tel. 07931 5316 -3408**

**Mail: [h.schickedanz@ptz.de](mailto:h.schickedanz@ptz.de)**



So ist der Titel dieses Vortrags, der sie

liebe Kolleginnen und Kollegen

liebe Freunde

liebe Gäste vom schmackhaften Mittagessen über die nächste Pause zu den Vertiefungsseminaren geleiten soll.

Nach dem Essen sollst du ruhen oder 1000 Schritte tun. So war das früher, in der Lebenswelt meiner Großmutter.

Ruhen, inne halten und dabei 1000 Schritte tun, dies könnte neben der Förderung des Verdauungsprozesses, auch eine Beschreibung eines gelungenen psychotherapeutischen Behandlungsprozesses sein.

Lebensfreude und Bewegungsfreude sind eng miteinander verbunden.

Leid, Störung und Krankheit entstehen oft,

- wenn Bewegung und Freude entkoppelt werden.
- wenn die Fähigkeit und Möglichkeit sich zu bewegen durch Verharren in einem Schockzustand, aus dem sich nicht herausbewegt werden kann, die Traumafolgestörung erst konstruiert.
- wenn aus der gehemmten Bewegung zwischen dem motivationalen Grundsystem Hin-Zu und der natürlichen Fluchtreaktion Von-Weg nicht mehr gewählt werden kann
- wenn ein Erstarrungszustand eintritt.

Allen diesen Prozessen begegnen Sie in ihrer täglichen Praxis und Sie werden sich egal, ob sie ihre Patienten begleiten oder sie ihr eigenes Innenleben beobachten, Bewegungen vorfinden, die sich im Falle von Gesundheit tendenziell kohärent, im Falle von Störung und Not chaotisch, blockiert oder starr anfühlen.

Nach dieser kleinen Vorbemerkung, möchte ich Sie einladen auch als Vorbereitung auf das anschließende Teilseminar sich mit mir entlang der Fall- und Behandlungsgeschichte einer kürzlich entlassenen Patientin durch unsere Klinik, unser Behandlungskonzept und auch ein wenig durch mein Team und mein eigenes Berufsleben zu bewegen.

Bei diesen Überlegungen gehe ich davon aus, dass Sie als unsere geschätzten Einweiserinnen und Einweiser sich ebenso, wie unsere gemeinsamen

Patientinnen und Patienten, dafür interessieren, wie wir arbeiten, was sie hier erwartet, wo sie hier gelandet sind und auch, wie wir gemeinsam unsere Arbeit verbessern können.

Wenn Sie uns eine Patientin zuweisen, könnte sich dies so wie im Folgenden dargestellt zutragen.

Im Anmeldeprozess wird neben einem ausführlichen Fragebogen, auch ein Zusatzbericht erbeten, in dem die Patienten ihre Lebensgeschichte, positive und negative Erfahrungen, die Entstehung ihrer Probleme, ihre jetzige Lebenssituation und ihre weiteren Pläne aufschreiben können. Frau S., vor Aufnahme noch 49 Jahre, schreibt hier

...nach zwei Söhnen und zwei Töchtern als fünftes Kind geboren.

Niemand hat Zeit für mich.

Mein Vater war sehr dominant, aggressiv, nur seine Meinung war richtig.

Ich hatte nichts zu melden, oder es wurde über meine Worte gelacht. Meine nächstältere Schwester war für mich eine Art Bezugsperson. Zweimal hat meine Mutter die Familie verlassen als ich klein war. Sie kam nach ein bis zwei Tagen wieder zurück. Kindergarten und Schule absolvierte ich sehr angepasst und erfolgreich. Mein ältester Bruder war auch aggressiv. Noch heute fürchte ich mich vor ihm. Mit Eintritt meiner Menstruation hat mich mein Vater emotional verlassen. Er hätte lieber einen Jungen gehabt. Seither bemühe ich mich vergeblich um Anerkennung.

Hochzeit mit A, Geburt unseres Sohnes B., Geburt von C. Studium der Medizin, sei als Ärztin halbtags tätig. Gewichtsabnahme von 20 kg in 10 Wochen. Untersuchung von Kopf bis Fuß ohne Befund.

07.05.2007 Bridenileus ganz plötzlich und heftig.

08.05.2007. OP. Seither ist alles anders und alle Probleme haben mich eingeholt. Trauer, Verzweiflung, Verlust meiner selbst, Gedankenkarussell, das mich immer wieder in die Tiefe zieht, Magen- und Darmschmerzen, Albträume, Angst vorm Schlafen, ein Chaos der Gefühle in mir, alles was ich erlebt habe, wühlt in mir, ich kenne mich nicht mehr.

Ihr behandelnder ärztlicher Psychotherapeut schreibt an Professor Plassmann, der jeden einzelnen Anmeldebogen beurteilt und ggf. in einen schriftlichen prästationären Stabilisierungsdialo eintritt.

„...als überwiegend psychotraumatologisch tätiger Kollege schreibe ich Sie wegen einer Patientin, einer Ärztin, ca. 49 Jahre alt an, die sich seit 7 Monaten in ambulanter Behandlung befindet, die chronisch instabil bleibt. Sie war zuvor in einer psychosomatisch-traumatologischen Klinik, wo aber die Problematik eindeutig unterschätzt wurde. Sie wurde unter der Diagnose einer leichten depressiven Episode und Anpassungsstörungen entlassen, versorgt allerdings mit Seroquel und Sertralin. Bei mir ist die Differentialdiagnose immer noch offen zwischen einer schizoaffektiven Psychose und einer dissoziativen Störung, wobei es für mich kein genügend schwerwiegendes traumatisches Ereignis gibt, die eine dissoziative Symptomatik induzieren könnte. Es bestehen aber eindeutige

Depersonalisations- und Derealisationsergebnisse und eine Erschütterung des Zeitgefüges.“

Im kurz darauf erfolgten ambulanten Vorgespräch bei Prof. Plassmann stellt sich die Situation wie folgt dar:

„Die Patientin schilderte, dass sie seit ihrer Bauchoperation vom Mai 2007 von Gefühlen überflutet werde, die wenige Tage nach der Operation begonnen haben. Sie könne drei Zustände unterscheiden.

Beim ersten Zustand fange sie mit einem Angstgefühl in sich an zu zittern, sie habe ängstliche Gedanken einen Fehler zu machen. Solche Zustände halten bis zu einer halben Stunde an, sie habe das alle zwei bis drei Tage.

Der zweite Zustand besteht daraus, dass ihre Seele irgendwie woanders sei, sie sei ....nicht ganz bei sich. Sie habe gelernt, solche Zustände zu erkennen und könne sie, durch sich selbst berühren oder sich bewegen einigermaßen begrenzen. Sie habe dies etwa drei- bis viermal im Monat.

Der dritte Zustand sei der Belastendste. Er besteht daraus, dass negative depressive Gedanken anfallsartig zu kreisen beginnen, sie denke dann, alles sei sinnlos und wertlos, was sie in ihrem Leben bisher gemacht habe. Dies könne bis zu einem Tag dauern. Es endet damit, dass sie langsam anfangs ihre Umwelt wieder farbig wahrzunehmen und aus dem Zustand aufzutauchen.

Es gibt noch posttraumatische Symptome und zwar könne sie nicht, so wie es bei der Operation gewesen sei, auf dem Rücken liegen, sie erstarre dann förmlich. Sie habe auch in der stationären Therapie in F. gemerkt, dass sie das Imaginäre nicht vertrage, dann tauchen alptraumartige Bilder auf. Außerdem erträgt sie den Anblick der Bauchnarbe nicht, sie fühle sich dann, wie wenn ihr die Mitte fehlen würde und alles an ihr verschoben sei.

Sie habe im Jahr 2006 stark abgenommen um 20 kg. Ein halbes Jahr später akut heftigen Bauchschmerz entwickelt, dies sei geklärt, dass es ein Bridenileus gewesen sei. Dieses Ereignis habe, wie sie vermutet, lange verschüttete emotionale Erfahrungen der Kindheit aktiviert, beispielsweise eine Blinddarmoperation im 8. Lebensjahr.

Im Rückblick findet sie, dass sie ihr Leben lang wie abgeschnitten vom eigenen Gefühlsleben verbracht habe. Sie lerne erst jetzt langsam Emotionen wahr zu nehmen und auch zu versprachlichen, es sei ein langsamer mühsamer Vorgang, aber notwendig, allerdings derzeit überwiegend mit negativen Emotionen beschäftigt.

Diagnostisch spricht die Anamnese und die Symptomatik für eine posttraumatische Belastungsstörung. Zeitlich ist der Zusammenhang zwischen der Bauchoperation und der Symptomatik evident. Welche Art von Traumamaterial dadurch aktiviert worden ist, beginnt erst langsam Kontur anzunehmen. Im bisher knapp 2-jährigen Verlauf gibt es deutlich erkennbare Stabilisierungsfortschritte, mit gewachsenen Fähigkeiten der Patientin, die Symptomatik zu verstehen und auch Einfluss darauf zu nehmen. Als zusätzlich belastender Umstand kommt jetzt der Verlust des Arbeitsplatzes hinzu, der bisher stets eine stabilisierende Wirkung auf sie hatte.“

Sie sehen eine typische Indikation für eine stationäre Behandlung:

Eine Frau in einer Schwellensituation:

Die zwei erwachsenen Söhne haben das Haus verlassen

Ein überwältigendes Ereignis hat eine schwere Erschütterung hervorgerufen. Der dadurch eingetretene Schock konnte auch deshalb nicht überwunden werden, weil altes, traumatisches Material reaktualisiert wurde. Einerseits ist eine traumatische Erstarrung entstanden, andererseits unkontrollierbares, heißes emotionales Material aktiviert worden.

Der Verlust des Arbeitsplatzes als letzter Tropfen, der das Fass endgültig zum Überlaufen bringt.

Im Hintergrund der depressive Grundkonflikt, die Selbstwert- und Identitätsproblematik.

Nach, wie wir meinen sehr erfolgreichen Abschluss der stationären Behandlung, habe ich Frau S. gebeten, diese aus ihrer Sicht zu beschreiben und wie Sie hören werden, ist hier eine echte Ressource aktiviert:

**Zitat Frau S.,**

„8. Mai 2007.

Ein Schicksalsdatum. Mit rasenden Bauchschmerzen gehe ich ins Krankenhaus. Am Abend steht fest, es muss operiert werden. Die Ärzte sind sich nicht ganz sicher. Ich kann vor Schmerzen kaum noch denken. Ich habe große Angst.

Irgendwann wache ich wieder auf. Ich taste an meinem Bauch und spüre ein riesiges Pflaster. Ich bin geschockt. Dann erfahre ich, dass ich einen Darmverschluss aufgrund von Verwachsungen durch eine alte Blinddarmnarbe hatte, den ich mit 8 Jahren operiert bekommen habe. Es sei alles gut verlaufen. Ich fühle mich fremd und spüre, dass etwas mit mir geschehen ist, das ich nicht einordnen kann. Es überschwemmen mich Gefühle, Gedanken und Erlebnisse aus meiner Kindheit und Jugendzeit, die ich längst abgelegt zu haben glaubte. Ich weiß nicht mehr, wo ich bin, wer ich bin. Es ist, als ob sich meine Seele davon gemacht hätte. Die nächsten Tage und Wochen schlepe ich mich so dahin. Ganz langsam nur scheinen die OP Folgen abzuheilen. Eine hässliche Narbe zieht sich über meinen Bauch. Ich fühle mich wie eine leere Hülle ohne Leben. Die Welt ist dunkel geworden. Ich habe meine innere Mitte verloren. Der Bauch gehört irgendwie nicht mehr zu mir. Ich kann ihn nicht mehr spüren. Meine Seele ist verschwunden. Ich habe keinen Zugang zu meinen Bauchgefühlen. Eine tiefe Verzweiflung bemächtigt sich meiner. So sehr, dass ich mir ein Leben auf dieser Basis nicht vorstellen kann. Ich bin völlig schutzlos und ohne jeden Halt. Dinge von früher mischen sich mit der Verzweiflung von jetzt. Ich bin nicht mehr Ich-selbst...“

Das Ich ist zunächst ein körperliches, schreibt Sigmund Freud. Darum geht es in dieser Fallgeschichte und in dem Buch, das Oliver Sacks „Der Tag, an dem mein Bein fortging“, genannt hat.

Wir stehen mit beiden Beinen fest auf dem Boden oder stecken mit einem Bein im Morast. Wir haben einen guten und einen schlechten Stand. Wir leben auf großem Fuße und schreiten, tänzeln, hinken durch das Leben und es kann uns passieren, dass wir den Boden unserer Identität unter den Füßen verlieren.

Auf einer Wanderung in den norwegischen Bergen verletzt sich Sacks in einer Gott verlassenen Gegend ein Bein. Unter unsäglichen Schmerzen kriecht er ins Tal, weil er sonst erfroren wäre. Er wird gefunden, per Flugzeug nach London transportiert und operiert. Der Sehnenabriss verheilt gut – zumindest rein chirurgisch betrachtet. Aber Sacks hat das Gefühl für sein Bein verloren. Er kann es bei aller Willensanstrengung nicht bewegen. Es liegt da auf dem Bett wie ein abgesägter Baumstamm, wie etwas Abgestorbenes, das nicht zu ihm gehört. In seinem Buch erzählt Sacks von den trostlosen Tagen, in denen er versucht, das Geheimnis dieses Phänomens zu ergründen. Ein Gefühl der existenziellen Leere breitet sich in ihm aus und droht ihn zu verschlingen. Wie es ihm schließlich gelingt sich aus diesem Loch in seiner Welt herauszuziehen, wird detailliert geschildert:

Das Gehirn kann bei schweren Traumata Teile des Körperbildes ausschalten. Deren Wiedereingliederung in den neurologischen Schaltplan bedeutet Heilung. Schauen wir noch einmal gemeinsam wie Oliver Sacks die erste Begegnung mit seinem abhanden gekommenen Bein beschreibt:

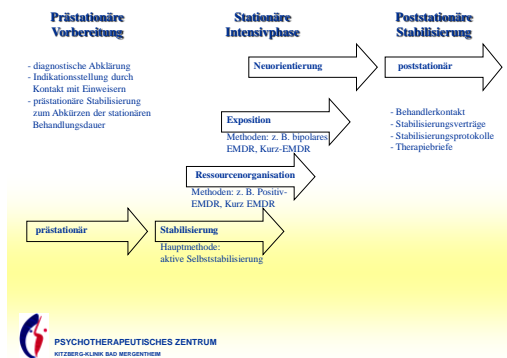
„Vorsichtig streckte ich meine Hand aus, um es zu berühren und die Berührung war ebenso unheimlich und fragwürdig wie der Anblick. Es sah nicht nur so aus, als sei es aus Wachs, sondern fühlte sich auch so an. Feinmodelliert, anorganisch und gespenstisch. Mir wurde klar, dass ich dem Anschein nach anatomisch ein vollkommenes Bein hatte, das fachmännisch operiert und komplikationslos verheilt und mir dennoch von Anblick und Gefühl gespenstisch fremd war, eine leblose Attrappe, die an meinem Körper befestigt war.“

Hören wir weiter aus der Geschichte unserer Patientin

„...nach drei Monaten fange ich wieder an zu arbeiten. Es fällt mir sehr schwer, doch wenn ich meinen weißen Kittel anziehe, ziehe ich eine Identität als Ärztin an und es gelingt mir immer wieder aufs Neue, die Verzweiflung in Schach zu halten, die Trauer, den Schmerz, das Gefühlschaos, die Leere. Die Pflicht der Arbeit, mein Mann und meine Söhne halten mich am Leben. Jeden Tag aufs Neue bin ich froh, wenn er zu Ende geht. Ich kann nicht mehr schlafen, habe schlimme Alpträume, aus denen ich in voller Angst und schweißgebadet erwache. Alles, was mir Halt in meinem Leben war, ist verschwunden. Immer wieder dissoziiere ich oder es überrollt mich ein Zustand des Zitterns. Der ganze Körper zittert und ich kann es nicht stoppen. Wenn mich jemand ganz fest in den Arm nimmt, lässt das Zittern allmählich nach. Ich begeben mich in psychotherapeutische Behandlung, fange an ein Antidepressivum zu nehmen und soll in stationäre Psychotherapie gehen. Nach einem halben Jahr ohne nennenswerte Besserung willige ich ein und begeben mich nach F. zur Stabilisierung in die Psychosomatische Klinik. Ich bekomme ein Neuroleptikum dazu und habe das erste Mal das Gefühl, dass mein Zustand sich etwas verbessert. Die Alpträume lassen etwas nach und ich schlafe geringfügig mehr. Mit etwas Hoffnung auf eine neue Therapie bei einem EMDR-Therapeuten werde ich entlassen. Von Woche zu Woche gelingt es mir, mich am Leben zu erhalten. Nach wie vor bin ich in den verschiedenen, sehr belastenden Zuständen gefangen. Meine Arbeit erfordert einen immer größeren Energieaufwand. Dann erhalte ich einen Platz in der psychiatrischen Institutsambulanz in F.. und kann einmal wöchentlich an Kunst- und Musiktherapie teilnehmen, was zu meiner Stabilisierung beiträgt. Die Psychotherapie gibt mir Methoden an die Hand, immer wieder im Hier und Jetzt zu bleiben und diese

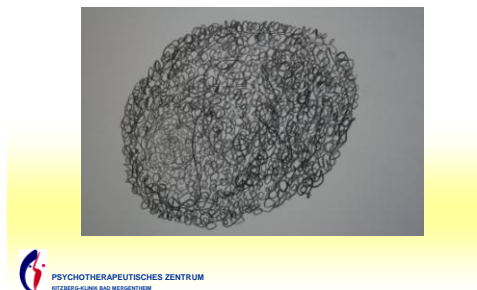
unberechenbaren Zustände besser kontrollieren zu können. Je länger ich mit der Depression leben muss, um so schwieriger wird es, meine Rolle als Ärztin aufrecht zu erhalten. Meine Chefin kündigt mir, was meine Verzweiflung enorm verstärkt. Auf Anraten meines Therapeuten melde ich mich in der Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim an. Am 09.03.2009 werde ich in die Kitzberg-Klinik aufgenommen...“

## Folie 2: 4 Prästationäre Diagnostik



Grundlegend und im gesamten Verlauf aktuell ist die Phase der Stabilisierung eng verbunden mit der Ressourcenorganisation.

## Folie 3: Bild 1



Aus der Sicht der Patientin klingt das so:

„Mit Hilfe vieler Einzel- und Gruppengespräche gelingt es, mich wieder ein wenig zu stabilisieren. Manchmal fühle ich mich am richtigen Platz, wo ich Hoffnung zu schöpfen beginne, dass mir wirklich geholfen werden kann. Aber immer wieder versacke ich in der mich umklammernden Verzweiflung, finde keinen Zugang zu mir selber, bin noch immer fern von mir und fremd. Ich erkenne, alles ist eine Frage der Bedeutung. Dinge erhalten eine Bedeutung durch unsere Gefühle. Da ich davon abgeschnitten bin, bedeutet mir alles nichts. Nach ca. 6 Wochen der Stabilisierung und Ressourcenorganisation fangen wir in der Einzeltherapie an, über meinen Bauch zu reden, der nach wie vor irgendwie nicht da ist. Ich spüre ihn nur in Form von schmerzhaften Darmbewegungen oder Magenschmerzen. Sonst spüre ich mich als leere Hülle. Ich nehme Kontakt auf, indem ich eine Wärmflasche auf meinen Bauch lege. Die Wärme lenkt mich von meinen Magenschmerzen ab, den Bauch kann ich nicht spüren. Die Narbe teilt ihn in zwei ungleiche Teile. Ich kann es kaum aushalten. Trotzdem mache ich weiter. Ich

halte die Wärmflasche auf meinen Bauch. Die gesamte Therapie beginnt zu wirken:

In der Musiktherapie bin ich meistens wach und im Hier und Jetzt.

Das Trampolinspringen in der Körperarbeit hat mir richtig gut getan. Ich konnte mich spüren beim Auf- und Abspringen.“

**Folie 4: Bild 2a**



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM  
KITZBERG-KLINIK BAD NEUBRONNEN

**Folie 5: Bild 2b**



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM  
KITZBERG-KLINIK BAD NEUBRONNEN

**Folie 6 Stundenplan des Plankrankenhauses**

PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM  
KITZBERG-KLINIK BAD NEUBRONNEN

**Folie 7 Liste der Patientenseminare**

Patientenseminare, Plankrankenhaus Mittelhoch 11.00 Uhr			
Termin	Thema	Ort	Lehrer
16.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
17.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
18.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
19.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
20.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
21.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
22.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
23.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
24.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
25.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
26.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
27.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
28.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
29.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
30.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
31.01	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
01.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
02.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
03.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
04.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
05.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
06.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
07.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
08.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
09.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
10.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
11.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
12.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
13.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
14.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
15.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
16.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
17.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
18.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
19.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
20.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
21.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
22.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
23.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
24.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
25.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
26.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
27.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
28.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
29.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
30.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	
31.02	Die vier Phasen der stabilen Psychotherapie	Dr. Schickedanz	

PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM  
KITZBERG-KLINIK BAD NEUBRONNEN

„Dann bekomme ich einen Termin bei Dr. Schickedanz zur EMDR-Therapie. Beim Gespräch stellen wir fest, dass Kopf und Füße getrennt sind. Wir haben versucht, einen festen Bodenkontakt herzustellen und Kopf und Füße zusammen zu



bringen. Ich hatte in jeder Hand ein kleines Pad (ggf. erklären), das wechselseitig ganz gleichmäßig pulsierte. Unermüdlich. Immer im gleichen Rhythmus. Das ist sehr beruhigend. Zuerst wurden Hände und Füße ganz warm. Immer wieder wird das Pulsieren unterbrochen, ich atme tief durch und wir reden kurz darüber, was ich gefühlt und gedacht habe. Nach einiger Zeit kann ich das Pulsieren über die Hände, die Arme, den Kopf, die Oberschenkel, auf denen entspannt die Hände liegen, bis in die Füße spüren. Ich komme über das Pulsieren von rechts nach links in Kontakt mit meiner verschobenen Mitte. Die nächsten Tage spüre ich winzig winzig klein Hoffnung in mir keimen, dass es möglicherweise einen Weg für mich geben kann. Doch immer wieder rutscht diese Hoffnung weg. Die Einzeltherapiestunden helfen mir sehr, immer wieder an dieses bisschen Hoffnung anzuknüpfen. Traurig war ich darüber, dass Dr. Schickedanz nicht gleich wieder einen Termin mit mir vereinbaren wollte...“

### Folie 8: Bild 3



An dieser Stelle zeigt sich sehr deutlich, wie das Negativmuster Depression der Patientin mit Etwas-in-mir interagiert, was vielleicht als Grundkonflikt des leidenschaftlichen Arztes und Psychotherapeuten in leitender Position zu beschreiben wäre, denn:

Ich selbst hatte in dem Moment, als die Patientin nach einem weiteren Termin fragte, sehr deutlich im Herzen gespürt, wie recht sie damit hatte. Der Verstand war dagegen, mein Instinkt war dafür. In der EMDR-Supervision mit Frau Dr. Seidel, haben wir dies ebenso wie im Behandler team sehr detailliert und ausführlich besprochen.

„...traurig war ich darüber, dass Dr. Schickedanz nicht gleich wieder einen Termin mit mir vereinbaren wollte. Trotzdem klappt es dann 10 Tage später wieder und wir führen ein sehr intensives Gespräch zusammen“

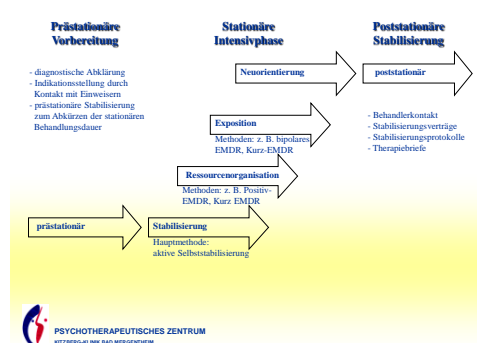
Wir haben also sehr genau besprochen.

Ich von meiner Seite aus, warum ich meinem Herzen in diesem Moment nicht gefolgt bin und sie, dass es ihr immer wieder misslinge, ihre Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken und umzusetzen. Wer immer wieder gegen eigene Bedürfnisse verstößt, praktiziert ein Negativmuster, wie wir das nennen, und erzeugt Depression, wie es Prof. Plassmann präzise in der Teamsitzung auf den Punkt brachte. Hören wir, wie mein Versuch, dies der Patientin deutlich zu machen, sich aus ihrer Sicht anhört:

„Um mir weiterhelfen zu können, ist es erforderlich Dr. Schickedanz ganz zu vertrauen und ihm zu 100 % meine Wünsche mitzuteilen. Wir vereinbaren eine Woche später einen Termin. In meinem Zimmer fange ich an zu frieren und kühle aus, wie ich es noch nie gespürt habe. Trotz dicker Jacke und warmer Decke werde ich erst nach vier bis fünf Stunden allmählich wieder warm. Ich bin ziemlich erschreckt darüber. Bei unserer nächsten Begegnung erklärt mir Dr. Schickedanz, dass sowohl das Zittern, als auch diese Kälte Körpererinnerungen sind, die sich auf meine Operation beziehen. Nach einer OP ist man sehr ausgekühlt und fängt anschließend an zu zittern, um wieder warm zu werden. Dann bekomme ich wieder die Pads in die Hände. Wir finden den richtigen Rhythmus des Pulsierens. Während der Behandlung muss er öfter angepasst werden. Ich denke an das Aufwachen nach der OP. Ich werde ganz traurig wegen der verlorenen körperlichen Integrität. Nach zwei bis drei Unterbrechungen musste ich weinen. Ich habe mich furchtbar alleine gefühlt und lag im Krankenhaus in B. nach meiner Blinddarmoperation. Damals musste ich auf Toilette und niemand hatte mich gehört, so dass ich das Bett einnässte. Ich schämte mich so sehr und wurde von den Schwestern gerügt. Ich weine. Ich bin so weit weg. Und immer die gleichmäßigen Impulse von links nach rechts, von links nach rechts. Das hat was ganz stark Beruhigendes. Ich soll dran bleiben. Immer wieder die Aufforderung dran zu bleiben. Das ist gut. Ich versinke. Und plötzlich spüre ich Atem in mir. Ich kann atmen. Ich kann ganz tief in den Bauch atmen. Ich spüre den Bauch, mir wird ganz schwindlig. Ich atme. Und mit einer weiteren Behandlungseinheit blubbert ein Lachen aus mir heraus. Das ist so irre. Ich bin plötzlich von 1000 Ketten befreit. Ich atme und lache. Dieses innerste Gefühl von Freude habe ich so noch nie gespürt. Einfach da. Einfach so. Ich möchte mich immer daran erinnern, wenn ich wieder am Versinken bin. Was geschehen ist, kann ich nicht erklären. Ich fühle mich gut und bei mir. Ich habe wieder einen Bauch. Ich habe Zugang zu meinen Bauchgefühlen, ich lebe wieder!“

Mein Bestreben war, Ihnen in diesem Teilbericht Elemente unseres Arbeitens näher zu bringen:

## Folie: 9 = Folie 2



Zuerst die prästationäre Stabilisierungsphase, dann schließlich die Aufnahme in der Klinik mit all den Ängsten, Unsicherheiten und Widerständen, dann die Stabilisierung in der Bezugsgruppe, in der Einzel- und in der Gruppentherapie. Dann die drei beschriebenen Sitzungen bei mir. Das Positiv EMDR mit Anknüpfen an das, was im wörtlichsten und buchstäblichsten Sinn zu spüren ist Kopf, Hände

und Füße, während in der Mitte das existenzielle Loch, eine Verlassenheit klafft. Der Bauch war verschwunden. Indem Hände, Kopf und Füße sich in Richtung Rumpf ausdehnen können, in dem beide Seiten wieder Verbindung gewinnen können, keimt Hoffnung auf.

An dieser Stelle wird ein Negativmuster aktiviert:

Die Hoffnung weckt Begehren und Wünsche, diese werden aktiv unterdrückt. Es wird eine unbeschreibliche Kälte in der Gefühls- und Körperempfindung erlebt.

Im sorgfältigen Aufarbeiten dieser Phänomene sowohl in der Supervision, der der Teamsitzung, insbesondere in der Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten entsteht eine Hypothese, eine Interpretation des Geschehens:

Frau S. ist aus ihrer Narkose vor zwei Jahren nicht vollständig erwacht:

Der Bauch verschwand. Gleichzeitig bewegte sich ein anderer Teil ihrer Seele da weiter fort, wo sie als 8-jähriges Mädchen allein und verlassen verblieben war, als sie über mehrere Wochen von ihren Eltern nicht besucht werden durfte. Eine damals leider übliche Praxis.

In der Exposition gelingt es diese dissoziierten emotionalen Persönlichkeitsanteile und die Minussymptomatik des verschwundenen Bauchgefühls miteinander in Verbindung zu bringen, so dass eine Integration erfolgen kann. Besonders bemerkenswert und gut in den heutigen Kontext passend, finde ich, dass Frau S. im Anschluss an diese Reintegration, d. h. Heilungserfahrung, fast 1 ½ Stunden lang immer wieder von diesem aufsprudelnden, glucksenden unstillbaren Lachen geschüttelt wurde und seither ihren Bauch wieder spürt. Die genannten Phasen sind auch auf ihren Gestaltungen gut nachzuvollziehen.

#### Folien 10: Bild 4



Kehren wir zum Abschluss noch einmal kurz zurück zu Oliver Sacks und seiner zentralen Fragestellung. Können schwere Störungen des Körperbildes und des Körperichs eine Folge von peripheren Verletzungen, Erkrankungen oder Traumata sein. Die Antwort lautet eindeutig: „Ja“.

Er schreibt:“ Wenn solche Störungen tatsächlich so verbreitet sind, warum werden sie dann nicht häufiger beschrieben. Ich gestattete meinen Patienten frei und ohne Einschränkung durch einen neurologischen Fragekatalog zu sprechen und erhielt immer wieder Beschreibungen von einer emotionalen und existenziellen Intensität, wie sie in der neurologischen Literatur nie oder nur selten zu finden ist. Jeder Patient mit einer schweren Störung des Körperbildes leidet unter einer ebenso

schweren Störung des Körper-Ichs. Es wird immer deutlicher, dass ein solcher Patient in den betroffenen Gliedmaßen, in unserem Fall im Bauch, also im Rumpf, einer tiefgreifenden, mit dem Gefühl der Auflösung oder Zerstörung oder Auslöschung des Seins verbundenen Erfahrung unterworfen ist. Dies geht einher mit einer elementaren Derealisation und Entfremdung sowie gleichermaßen elementaren Gefühlen von Angst und Entsetzen. Wenn sie das Glück haben zu genesen, folgt darauf ein ebenso elementares Gefühl der Rerealisation und Freude. Eine solche Erfahrung ist - um den mittelalterlichen Ausdruck zu gebrauchen ein Experimentum suitatis (ein Beweis der Selbstheit), eine elementare Veränderung der Identität und der Selbstheit auf einer ganz klar umrissenen organischen neurologischen Grundlage“.

Zum Abschluss noch ein Wort aus Friedrich Nietzsches „Die fröhliche Wissenschaft“:

„Fröhliche Wissenschaft: Das bedeutet die Saturnalien eines Geistes, der jetzt mit einem Male von der Hoffnung angefallen wird, von der Hoffnung auf Gesundheit, von der Trunkenheit der Genesung nach langer Entbehrung und Ohnmacht. Das Frohlocken der wiederkehrenden Kraft, des neu erwachten Glaubens an ein Morgen und Übermorgen, des plötzlichen Gefühls und Vorgefühls von Zukunft, von nahen Abenteuern, von wieder offenen Meeren, von wiedererlaubten, wiedergeglaubten Zielen.“

„Jede Krankheit ist ein musikalisches Problem – die Heilung eine musikalische Auflösung. Je kürzer und dennoch vollständiger die Auflösung – desto größer das musikalische Talent des Arztes.“

Novalis: Das allgemeine Brouillon, 1798-1799, Nr. 386.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen weiter Freude miteinander. Unseren Patienten Hoffnung, meinen Kolleginnen und Kollegen und dem Leitungsteam erfolgreiches und auch fröhliches Wirken.

## Literatur

- **Freud, Sigmund (1994)**, Studienausgabe, 7. Aufl. Bd. 3, S. 294
- **Levine, Peter, A., Kline, Meggie (2005)**: Verwundete Kinderseelen heilen, Kösel, 4. Auflage
- **Nietzsche, Friedrich**: Die fröhliche Wissenschaft, Vorrede zur 2. Ausgabe, Gesamtausgabe, Abteilung V, Band 2
- **Novalis (1798/99)**: „Das allgemeine Brouillon“, Nr. 386, (Georg Friedrich Phillip Freiherr von Hardenberg)
- **Sacks, Oliver (1989)**: Der Tag an dem mein Bein fortging, Rowohlt