

Körpersprache – Bildersprache: die Aufgaben der Physio- und der Kunsttherapie

Basierend auf dem gleichnamigen Referat vom 14. Juni 2018 anlässlich des Abschiedssymposiums von Prof. Dr. med. Küchenhoff in Liestal.

Pavles Zagorka, Braendle Christoph

Summary

Body language – painting language

In the Psychiatric Clinic Baselland, a verbal psychotherapeutic approach is complemented by other specialised therapies. In a case study, we describe the topics a patient brought up both in his physiotherapeutic sessions and during art therapy. In addition, we provide a brief overview of the theoretical objectives of both therapies.

Keywords: art therapy, physiotherapy, self-awareness, psychotherapy

Anamnese

Herr M. ist 45 Jahre alt. Sein Beruf ist Konditor. Er leidet seit der Kindheit an Balbuties (Stottern). Nachdem er vor einem Jahr erstmals in der Psychiatrie war, wurde er erneut, nach einem Suizidversuch, durch den Hausarzt auf freiwilliger Basis zugewiesen. Der Vater hatte Alkoholprobleme und starb vor einem Jahr. Die Mutter leidet an Hypothyreose, ebenso sein Zwillingbruder.

Herr M. ist zum dritten Mal verheiratet. Aus erster Ehe hat er eine 16 Jahre alte Tochter, aus dritter Ehe einen 16 Monate alten Sohn.

Zustand bei der Einweisung: akute Krise, im Affekt niedergestimmt, innere Unruhe, starke Schuldgefühle, Selbstwertproblematik, Hoffnungslosigkeit, Schamgefühle, zwanghaftes Lügen, Schlafstörung und Appetitminderung sowie drängende, konkrete Suizidgedanken.

Physiotherapie – Körpersprache

Herr M. leidet an chronischen muskulären Verspannungen in Nacken und Hals. Ein kraftloser Händedruck fällt bei der ersten Begegnung auf. Mit einem Lächeln im Gesicht berichtet der Patient von Nacken-, Rücken- und Halsschmerzen. Dabei stottert er so heftig, dass es schwierig ist, ihn zu verstehen.

Die erste therapeutische Intervention dient der Beobachtung des Bewegungsverhaltens

Die physiotherapeutische Beobachtung stützt sich auf drei verschiedene Momente:

1. Gangmuster (das Verhältnis der Gelenkbewegungen zueinander und der Körper als Ganzes): Herr M. zeigt einen langsamen Gang ohne Armpendeln und eine mangelnde Aufrichtung des Kopfes gegen die Schwerkraft
2. Körperhaltung in der vertikalen Aufrichtung: Der Patient weist eine nach hinten verlagerte Körperhaltung auf mit Belastung auf den Fersen. Der Brustkorb und der Kopf werden nach hinten, oben gezogen. Die Verspannung der vorderen Halsmuskeln ist deutlich sichtbar.
3. Atmung [1]: Der Brustkorb wirkt steif und unbeweglich. Die unteren Rippen ähneln einem «offenen Schirm», was auf eine chronische Verspannung des Zwerchfells hindeutet.

Zur Begrifflichkeit

Ein gesunder Mensch verfügt über Wahrnehmungs- und Bewegungsschemata, die es ihm ermöglichen, die Orientierung des eigenen Körpers und die Bewegung im Raum stabil durchzuführen. Diese werden in der Literatur als «Körperschema» beschrieben. So definieren etwa Poeck und Orgass das Körperschema als «die Funktion des Zentralnervensystems, die es ermöglicht, sich über die Position, die räumliche Ausdehnung und die Lokalisation einzelner Teile seines Körpers sensibel zu orientieren und zweckmässige Bewegungen auszuführen» [2].

Herr M. erlebte den Hals auf der Höhe des Kehlkopfes als «eine Blockade» welche seinen Kopf und seinen Körper in zwei Teile trennt. Diese fehlende Verbindung zwischen Kopf und Körper stellte der Patient in der Kunsttherapie bildlich dar (Abb. 1) Aus Sicht der psychosomatischen Physiotherapie liegt die Ursache, warum ein Patient die eigenen Körperteile als «nicht verbunden» erlebt, in den schmerzhaften Körpererfahrungen. Obwohl Körpererfahrungen die Spuren nicht nur im Gedächtnis, sondern auch im Körper hinterlassen, können sie mit keinem medizinischen Instrument gemessen werden. Dass die Angst oft im Hals oder Nacken sitzt, zeigen gebräuchliche Redewendungen wie «wenn Angst einem die Kehle zuschnürt» oder «einen Kloss im Hals haben» (Abb. 2). So können sich Körpererfahrungen aus der Vergangenheit – bewusst oder

Correspondence:
Zagorka Pavles, Physiotherapie (Psychosomatik), Christoph Braendle, Kunsttherapie, Psychiatrie Baselland, Biententalstrasse 7, CH-4410 Liestal, zagorka.pavles[at]pbl.ch

unbewusst – in einer belastenden Situation in der Gegenwart bemerkbar machen.

Wenn ein Kind beispielsweise nicht weinen darf oder für das Weinen bestraft wird, wird sein Körper diese spontane motorische Vorbereitung zum Weinen wie das Öffnen der Luftröhre, der Kehle, des Kiefers mit Unterstützung der Atemmuskeln, insbesondere des Zwerchfells, unterdrücken müssen. Anstatt zu weinen, lernt der Körper den Kiefer zusammenzupressen, den Kehlkopf zu verengen und den Brustkorb erstarren zu lassen, um den Atem anzuhalten. Diese Körpererfahrung (body experience) wird in den

Muskeln festgesetzt und «spricht» durch die Körperhaltung, durch das Atemmuster und zeigt sich im Gang eines erwachsenen Menschen.

Körpererfahrung definiert Bielefeld als «die Gesamtheit aller im Verlaufe der individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv wie affektiv, bewusst wie unbewusst sein können» [2 S. 17]. Die Körpererfahrung wird in zwei Bereiche geteilt: Das Körperschema (body scheme) und das Körperbild (body image). Das Körperschema beinhaltet dabei neurophysiologische Aspekte der Körpererfahrung, womit perzeptiv-kognitive Leistungen einer Person in Bezug auf den eigenen Körper gemeint sind (Körperwahrnehmung im eigentlichen Sinne). Das Körperbild wird als psychologisch-phänomenologischer Teilbereich der Körpererfahrung definiert und umfasst alle emotional-affektiven Prozesse des Individuums im Verhältnis zum eigenen Körper bzw. Körpererleben (siehe [Tabelle 1](#)).

Das Körperschema und das Körperbild beeinflussen sich gegenseitig. Somit beeinflusst jede Veränderung bzw. Verbesserung in einem Wahrnehmungsfeld positiv die anderen Wahrnehmungsfelder und umgekehrt.

Abbildung 1: Verbindung zwischen Kopf und Körper.

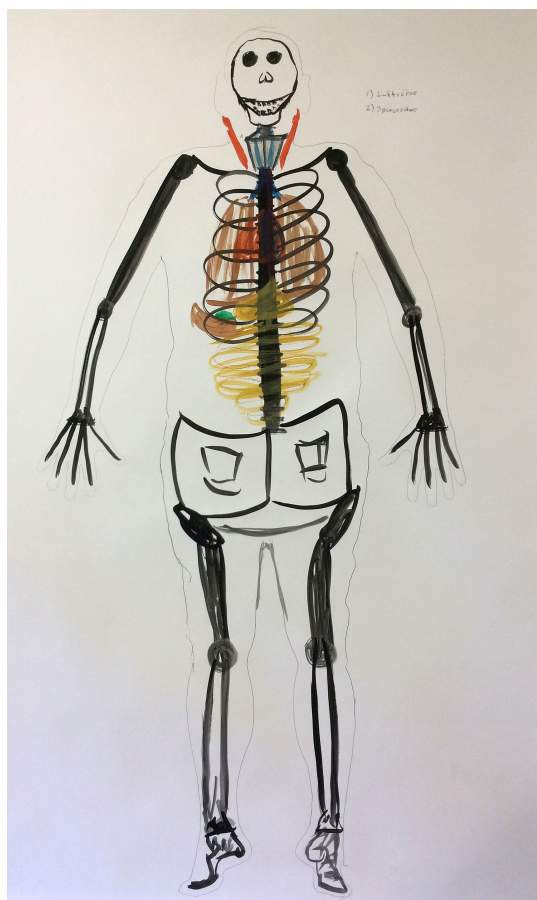


Abbildung 2: «Wenn Angst einem die Kehle zuschnürt» oder «einen Kloss im Hals haben».



Tabelle 1: Körperschema versus Körperbild [2].

DEFINITION Körperschema Das Körperschema ist der neurophysiologische Teilbereich der Körpererfahrung. Es umfasst alle perzeptiv-kognitiven Leistungen des Individuums bzgl. des eigenen Körpers:	DEFINITION Körperbild Das Körperbild ist der psychologisch-phänomenologische Teilbereich der Körpererfahrung. Es umfasst alle emotional-affektiven Leistungen des Individuums bzgl. des eigenen Körpers:
• Körperorientierung: – Orientierung am und im eigenen Körper – Oberflächen- und Tiefensensibilität – kinästhetische Wahrnehmung (Körperschema im engeren Sinn)	• Körperbewusstsein: – psychische Repräsentation des eigenen Körpers im Bewusstsein – die auf den eigenen Körper gerichtete Aufmerksamkeit
• Körperausdehnung: – Einschätzen von Größenverhältnissen des eigenen Körpers – Einschätzen der räumlichen Ausdehnung des eigenen Körpers	• Körperausgrenzung: – Erleben der eigenen Körpergrenzen als deutlich von der Umwelt abgegrenzt
• Körperausdehnung: – Einschätzen von Größenverhältnissen des eigenen Körpers – Einschätzen der räumlichen Ausdehnung des eigenen Körpers • Körperkenntnis: – Kenntnis von Bau und Funktion des eigenen Körpers – Rechts-Links-Funktion des eigenen Körpers – Rechts-Links-Unterscheidung	• Körpereinstellung: – Einstellung v. a. zum Aussehen des eigenen Körpers – Zufriedenheit vs. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper

Entwicklungsfördernde Körpererfahrungen zu intensivieren ist eines der wesentlichen Ziele der psychosomatischen Physiotherapie im Allgemeinen.

Körperwahrnehmung als Basis für Veränderungen

«Ein Mensch, der sich am eigenen Körper, im Raum und vom eigenen Körper aus nicht orientieren kann, hat eine gestörte Wahrnehmung und kann sich daher nicht normal bewegen» [3]. Die Physiotherapie spricht von der Orientierung des Individuums.

Auf die Körperhaltung angesprochen «Haben Sie das Gefühl, Sie sind aufgerichtet?» versucht Herr M. seine Körperhaltung zu korrigieren. Das selbstverständliche bei einem gesunden Menschen, nämlich sich aufzurichten und den Oberkörper etwas nach vorne zu bringen, scheint Herrn M. nicht möglich zu sein. Stattdessen zieht er den Kopf noch weiter nach hinten, so dass er droht das Gleichgewicht zu verlieren. Verkrampfungen der Halsmuskulatur auf Höhe des Kehlkopfes werden sichtbar, der Atem wird angehalten und Schwindel ausgelöst. Das Stottern verstärkt sich.

Im weiteren Therapieverlauf wurde immer deutlicher, wie mangelhaft der Bezug von Herrn M. zu seinem eigenen Körper war (mangelhafte Aufrichtung, kein Armpendeln, ständiger Druck auf den Kehlkopf). Dies signalisiert ein schwach ausgeprägtes, beziehungsweise gestörtes Körperschema.

Um die Körperwahrnehmung zu intensivieren und das Körperschema zu differenzieren arbeitet die psychosomatische Physiotherapie mit drei Wahrnehmungsfeldern: der Körpergrenze, der Körperhaltung und der Atmung.

Wahrnehmung der Körpergrenze

«Das Erfassen der Körpergrenze und damit der Regulation von Körperdistanzen ist eine Leistung, die nur durch ein intaktes Körperschema adäquat gestützt werden kann» [4].

Die Aktivierung der Körpergrenze beinhaltet die Wahrnehmung der taktilen Empfindungen im Kontakt mit der therapeutischen Hand und mit Gegenständen (z.B. Igelball, Seil, Stab). Herr M. wird auf die Wahrnehmung der Körpergrenze bzw. auf ein Ganzheitsempfinden des Körpers, das nicht unterbrochen, sondern durchgängig entlang der Hautoberfläche verläuft, angesprochen. Er wird angeleitet die Haut am Nacken, am Hals und am Brustkorb mit den eigenen Händen abzutasten. Er berichtete, auf der Höhe des Kehlkopfes eine «Trennung» zu erleben. Dabei verstärkt sich sein Stottern. Er wird angeleitet, im Stehen den Igelball zwischen Nacken/Rücken und Wand abzurollen. Es folgen nach und nach die anderen Körperteile. Immer wieder wird Herr M. auf die Grenze des behandelten Körperteiles angesprochen und aufgefordert diesen mit dem nicht behandelten Körperteil zu vergleichen (Abb. 3). Der Patient erlebt den behandelten Körperteil als präsent, lebendig und bewusst.

Wahrnehmung der Körperhaltung

Bei dem ersten Versuch, eine aufgerichtete Haltung einzunehmen und das gesamte Körpergewicht nach vorne zu verlagern, wirkt Herr M. erschrocken (Erblassen, Schweissausbruch). Daraufhin zieht er den Kopf noch mehr nach hinten. Die Übung löst bei ihm Schwindel aus. Darauf angesprochen berichtet er, dass er als Kind einem

permanenten Druck ausgesetzt war: Er hatte Angst vor seinem alkoholisierten Vater und musste sich «unsichtbar» machen, weshalb er den Atem anhielt. In Zusammenarbeit mit der Kunsttherapie kann der Patient «den Kloss» im Hals visualisieren (vgl. Abbildung 2). Die bewusste Aktivierung jedes Körperteiles und die Wahrnehmung der Körpergrenze ermöglichen eine neue Orientierung am eigenen Körper.

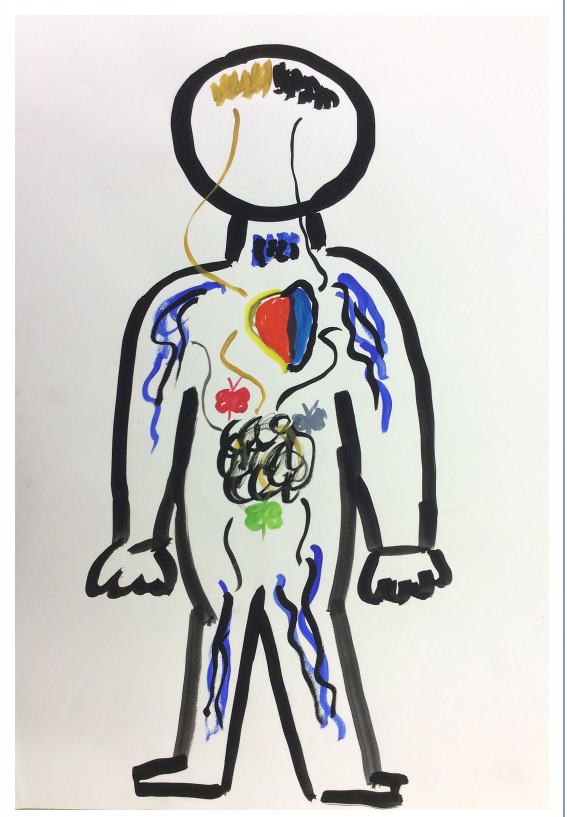
Wahrnehmung der Atmung

Als die Aufmerksamkeit auf die Atmung gelenkt wird, erlebt Herr M. dies anfangs als Bedrohung und reagiert mit Schwindel und einer Verstärkung der Verspannung im Brustkorb. Herr M. erwähnt, dass er oft vergessen habe zu atmen. Damals zu Hause, in der Schule und später am Arbeitsplatz sei es immer wieder vorgekommen, dass er den Atem anhielt. Er empfand einen Druck im Hals «als ob ich hier eine grosse Blockade hätte» (vgl. Abbildung 2).

Die Atmung als eine Art «innerer Radar» in der Mitte des Körpers, reagiert auf jede Nuance der Gefühlsregung und auf jede Belastung. Der Zusammenhang zwischen Atmung und psychischer Belastung lässt sich z.B. an einer Schreckreaktion und an einer realen Bedrohung beschreiben. Bei einer Schreckreaktion sowie einer Bedrohung wird der Atem angehalten. Bleibt die Bedrohung bestehen, bleiben das Zwerchfell und der Brustkorb angespannt, sodass man nicht erleichtert ausatmen kann.

Herr M. zeigt eine flache, oberflächliche und reduzierte Atmung. Der steife, unbewegliche Brustkorb mit blockierter Ausatmung (und verspanntem Nacken/Hals) sowie fehlendem Armpendel kombiniert, ist mit blossen Auge zu sehen: Er zieht (unbewusst) mit den Halsmuskeln den Brustkorb nach oben. Die Bauchmuskeln werden «ausser

Abbildung 3: Körpergrenze.



Gefecht» gesetzt (Überdehnung), sie stehen so weder zur Atmung, noch zur physischen Aktivität (Stabilisierung der Lendenwirbelsäule) zur Verfügung. Für seine körperliche Symptomatik wie Kurzatmigkeit, Zuspüren der Kehle, «Kloss im Hals» und Schwindel gibt es keine organischen Ursachen.

Die Gründe, die eine Behinderung der freien Atmung bewirkt haben, waren dem Patienten nicht bewusst. Das Bewusstwerden in der Therapie löst eine teilweise heftige körperliche Reaktion aus (wie z.B. Schwindel).

In der Kunsttherapie kann Herr M. die Blockade im Hals, wie auch die Öffnung der Kehle visualisieren (Abb. 4).

Durch die aktive Beteiligung des Patienten in der Einzel- und der Gruppentherapie sowie durch die Zusammenarbeit mit der Kunsttherapie ist es dem Patienten möglich, seinen Körper immer besser wahrzunehmen. Der psychosomatische Behandlungsansatz ermöglichte diese Veränderung der Bewegungs- und Atemmuster. Sie dient als Grundlage dafür, dass der Patient eine bewusste Verbindung zwischen seinem Kopf und seinem restlichen Körper wahrnehmen kann, was infolgedessen eine angstfreie Aufrichtung nach oben sowie eine Körpergewichtsverlagerung nach vorne ermöglicht und somit eine Neustrukturierung der Körperhaltung.

Kunsttherapie – Bildersprache

Die Kunsttherapie arbeitet mit allen Formen von gestalterischen Mitteln, die Regungen und Bewegungen, Erleben, Erinnerungen, Gefühle und Gedanken zum Ausdruck bringen. Beim Gestalten mit Farbe und Papier entstehen Bilder,

Abbildung 4: Visualisierung von Blockade im Hals, wie auch die Öffnung der Kehle.



die der Kunsttherapeut mit dem Patienten betrachtet, bespricht und mit dessen Erleben in Verbindung bringt.

Die Gestaltungsimpulse und Interventionen des Kunsttherapeuten ergeben sich aus dem Gespräch mit dem Patienten auf einer vertrauensvollen Basis in einem geschützten Setting. Das Erleben der gegenwärtigen Begegnung und des Beziehungsgeschehens, das Bewusstsein für Übertragung und Gegenübertragung sowie der Erfahrungsschatz des Kunsttherapeuten ermöglichen die Auswahl der Vorgehensweise. Die zahlreichen Methoden bieten die Grundlage dazu.

Spontan entsteht ein Bild. Die Hand gestaltet tastend, suchend, sich an einer inneren Vorstellung orientierend, manchmal ohne grosse Überlegungen Abstraktes oder Figürliches, Farb- und Strichlandschaften, Symbole und Metaphern.

Beim Betrachten des Bildes ist die Aufmerksamkeit des Kunsttherapeuten auf folgende Ebenen gerichtet:

Formale Ebene

Auf der formalen Ebene achtet der Kunsttherapeut auf Material, Technik, Form, Raum, Farbgebung, Kontraste, Aufbau, Komposition, Verdichtung, Strichstärke, zeichnerische und malerische Qualitäten, Umgang mit den Materialien.

Das Erscheinungsbild jeder Gestaltung befindet sich zwischen Chaos und Ordnung, zwischen Auflösung und Form, zwischen Auflösung und Verdichtung. Das Bild kann selbst als eine Art Körper betrachtet werden, der eine bestimmte Konsistenz hat und Verdichtungs- oder Auflösungsstendenzen zeigt.

Abbildung 5 zeigt eine gewisse Auflösung: unstrukturierte farbige Linien im Raum wirken entmaterialisiert. Abbildung 6 zeigt Verdichtung: farbige Flächen und Formen wirken eher wie ein geschlossener Körper, materialisiert.

Phänomenologische Ebene

Auf der phänomenologischen Ebene achtet der Kunsttherapeut darauf, was in Erscheinung tritt, und beschreibt selbst genau, was zu sehen ist oder lässt den Patienten beschreiben, was er sieht. In einer Besprechung können die Phänomene in Bezug zum eigenen Leben oder Alltag gesetzt werden und eine konkrete Bedeutung bekommen. Die Bild-Phänomene zeigen oft einen erstaunlich deutlichen Bezug zu den Lebenssituationen, was der Patient

Abbildung 5: Formale Ebene – Auflösung: unstrukturierte farbige Linien im Raum wirken entmaterialisiert.



anfänglich gar nicht intendiert hat. Nicht selten ist das Staunen über die klare Bildsprache auf beiden Seiten.

Symbolische Ebene

Der Kunsttherapeut hat Kenntnis von den vielen archetypischen, allgemeingültigen Symbolen. Das Symbol ist ein Sinnbild und ein Bedeutungsträger. Symbole haben darüber hinaus auch individuelle Bedeutungen, die im Gespräch mit dem Patienten erfragt werden müssen.

Metaphorische Ebene

Eine Bild-Metapher ist eine gegenständliche Darstellung, die nichts mit dem Gegenstand zu tun hat, sondern für eine Stimmung, für ein Gefühl, für eine Erkenntnis oder für ein Erlebnis steht. Psychisches lässt sich darstellen durch einen metaphorischen Vergleich mit Dingen, die wir in unserer Aussenwelt mit unseren Sinnen wahrnehmen.

Prozess-Ebene

Wo tauchen Veränderungen und Wiederholungen auf? Wenn während einem bestimmten Behandlungszeitraum mehrere Bilder entstehen, achtet der Kunsttherapeut auf den Prozess: Was verändert sich inhaltlich formal oder in der Farbgebung? Wo findet eine Entwicklung statt? Was wiederholt sich immer wieder? Wo sind die Muster? Wo sind die Brüche?

Assoziative Ebene

Welche Assoziationen weckt das Bild im Patienten und beim Therapeuten? Welche Phantasien, Erlebnisse und Erinnerungen entstehen beim Patienten, aber ebenso beim Kunsttherapeuten? Können Worte dafür gefunden werden?

Beziehungs-Ebene

Wie wird mit Hilfe des Bildes kommuniziert? In der gemeinsamen Bildbetrachtung und Bildbesprechung achtet der Kunsttherapeut auf verschiedene Anhaltspunkte: Die Fragen und Interventionen des Kunsttherapeuten orientieren sich immer wieder an der Bild-Realität: Was zeigt das Bild? Was sagt der Patient? Was sagt er nicht? Wie sind seine Leibregungen (Bewegung, Stimmungswechsel, Mimik, Körperhaltung, Stimme, Körperspannung, Motorik und Gestik)? Wie zeigt sich die Psychodynamik des Patienten? Was spielt sich zwischen dem Patienten und dem Kunsttherapeuten ab? Wie entwickelt sich die Beziehungsgestaltung? Der Patient lebt in einem systemischen Kontext, der ausserdem beachtet und miteinbezogen wird.

Abbildung 6: Formale Ebene – Verdichtung: farbige Flächen und Formen wirken eher wie ein geschlossener Körper, materialisiert.



Das Zusammenwirken aller Ebenen erlaubt eine umfassende Interpretations- und Deutungsmöglichkeit.

Ziele in der Kunsttherapie:

Gestaltungswille: Wenn jemand bereit ist zum Gestalten, dann ist das bereits eine Ressource, die der Gestalter in seinen Dienst stellt.

Auflösen von Blockaden: Der Kunsttherapeut motiviert und unterstützt den Patienten zu einem gestalterischen Prozess. Blockaden versucht er zu erkennen, anzusprechen und mit dem Patienten aufzulösen. Die bekannteste Blockade ist das «Ich kann nicht malen». Schliesslich soll ein ungehindertes Fliessen beim Gestalten entstehen, im besten Fall ein selbstvergessener Zustand, ein «Flow».

Gestaltungsprozess: Die in einem Zeitkontinuum entstandenen Gestaltungen zeigen Entwicklung und Veränderung auf. Ein gestaltender Mensch arbeitet an sich selbst und gestaltet sich in der Welt.

Ich-Stärkung: Während des Gestaltens fühlt sich der Mensch frei, oft auch zufrieden. Dabei wird seine Ich-Stärkung und auch die Selbst-Kompetenz gefördert.

Kunsttherapeutische Interventionen: Der Kunsttherapeut fasst mit dem Patienten das Gestaltete in Worte, verknüpft es mit Erinnerungen, Gefühlen und Erlebnissen. Er versucht Muster und Veränderungen zu erkennen. Die Interventionen halten den gestalterischen Prozess in Fluss, erschliessen dem Patienten neue Sichtweisen und bieten ihm alternative Handlungsmöglichkeiten.

Das Unbewusste arbeiten lassen: Der Patient teilt sich über das Gestalten mit, was er mit seinem Verstand nicht kontrollieren kann. Somit tauchen Inhalte auf, von denen er selber (noch) nichts weiss. Das Gestalten ist manchmal wie das «Träumen». Bilder sprechen mehr, als dem Gestalter während seines Tuns bewusst ist.

Transformation: Beim Verarbeiten von Konflikten, beim Finden von Ressourcen werden in der Kunsttherapie immer Lösungen, Veränderungen im Denken, im Erleben und im Handeln angestrebt.

Alltagsbezug: Veränderungen im Gestaltungsprozess wirken sich durch einen Transfer auf den Alltag der gestaltenden Person aus.

Patientenbeispiel: Herr M.

Herr M. kommt verunsichert in die Kunsttherapie. Was kommt da auf ihn zu? Was muss er hier erfüllen? Man spürt die Angst, dass er die Kontrolle verlieren könnte. Er stottert und jede Frage von mir scheint ihn in die Enge zu treiben. Er könne nicht malen, aber interessieren würde es ihn schon. Die Neugier für die unbekannte Therapie ist stärker und sein Selbstkonzept, «mitzumachen und nichts abzulehnen», bewegt ihn zu einer Bereitschaft, die nicht ganz kongruent mit seiner inneren Stimmung ist. Diese Spannung ist spürbar und ich versuche, mit ihm eine Auflösung dieser Blockade zu finden. Nach einer Körperwahrnehmungsübung entsteht das erste Bild. Ein erster Schritt. Der Patient ist jedoch emotional nicht mit seiner Gestaltung verbunden. Er lässt den Verstand walten und malt kontrolliert.

Herr M. kommt gerne in die Kunsttherapie, er fühlt sich allmählich wohler und befreiter beim Gestalten. Das Erlebnis, «Ich kann ja doch malen!», stärkt sein Vertrauen

Abbildung 7: Chronologisch geordnete Bilderfolge aus acht Sitzungen. Der durchgestrichene Teufelkopf und der Sonnenkopf sind Metaphern für inneres Geschehen – für das abgelehnte innere Wesen (Teufel) und für die Fassade (Sonne).



in die Therapie. Sogar Stolz und Zufriedenheit ist spürbar, wenn er ein Werk vollendet hat. Das kreative Tun gibt ihm Selbstvertrauen. Und spricht er während des Malens, so lässt das Stottern erheblich nach. Ein Gestaltungsprozess entsteht, in dem sich das «in-der-Welt-Sein» des Patienten widerspiegelt. In der Entwicklung der Bilder ist abzulesen, wie Herr M. mehr zu sich, mehr in seinen Körper kommt und Selbstvertrauen und Stärke findet. Veränderungen im Alltag werden durch die Bilder ausgelöst oder bestärkt.

Folgende Bilder aus acht Sitzungen von Herrn M. sind chronologisch geordnet (Abb. 7):

Da Herr M. gestalterisch immer wieder seinen Körper thematisiert hat, gehe ich im Folgenden auf die Prozess-Ebene ein, um aufzuzeigen, was sich im Verlauf von acht Sitzungen verändert hat. Ich zeige drei Prozessbeispiele anhand von Ausschnitten der oben chronologisch aufgeführten Bilder:

Erstes Prozessbeispiel: Von der Leere zur Fülle (Ausschnitt: Kopf)

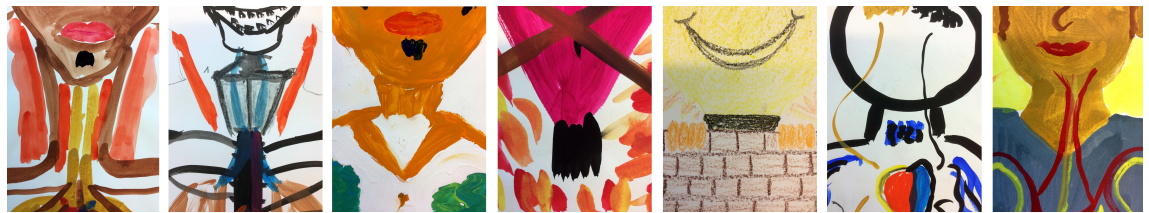
Auf dem ersten Bild ist der Kopf nur zur Hälfte dargestellt (Abb. 8). Das Bild ist unvollständig, nicht «in Ordnung». Die Darstellung ist schematisch und stereotyp. Die Farbe entspricht nicht der Körperfarbe. Das Bild erinnert an ein Röntgenbild, was im zweiten Bild noch verstärkt ist. Es zeigt aus einem Körperumrissbild schematisch einen Schädel, der transparent, nicht fassbar wirkt. Der Kopf ist nun zwar vollständig, aber nur eine Hülle – wie eine vere-

infachte Skizze. Die Sinne sind entleert oder nicht vorhanden. Konkret Erlebtes ist nicht sichtbar, ganzheitliche Verbindungen fehlen. Das Bild scheint einer Abwehr zu dienen. Im dritten Bild fallen die Sinnesorgane weg. Der Kopf ist vollständig reduziert und entleert. Die Grenzen jedoch werden breiter, klarer, stofflicher. Als ob diese Grenzen genug Halt geben, um sie mit Inhalt zu füllen zeigt sich im vierten Bild wieder Farbe. Alle Sinnesorgane sind nun da. Die Augen wirken blicklos. Im fünften Bild scheint der Kopf erwacht zu sein. Wohl noch schematisch und relativ undifferenziert schaut uns jemand entgegen und nimmt erstmals Kontakt mit dem Betrachter auf.

Die Bilder zeigen den Prozess vom innerpsychischen Geschehen von Herrn M.: vom Unvollständigen, Vagen, Ungewissen, Unklaren, Durchsichtigen, Hüllenhaften zum Stofflichen, Gefüllten, Sinnhaften, von einer abgewehrten Selbstwahrnehmung zu einem bewussten Körpergefühl, von der Auflösung zur Substanz, von der «Lebensmüdigkeit» zum Leben, von der Hülle zur Fülle.

Zweites Prozessbeispiel: Von der Trennung zur Verbindung zwischen Kopf und Körper (Ausschnitt: Hals)

Auf dem ersten Bild sind verschiedene sich rhythmisch wiederholende Verbindungslinien zwischen Kopf und Körper angedeutet (Abb. 9). Sie stossen an der Kopfumrisslinie an. Der Kopf ist getrennt vom Körper. Das zeigt sich beim zweiten Bild noch deutlicher: die Verbindung ist in

Abbildung 8: Von der Leere zur Fülle.**Abbildung 9:** Von der Trennung zur Verbindung.

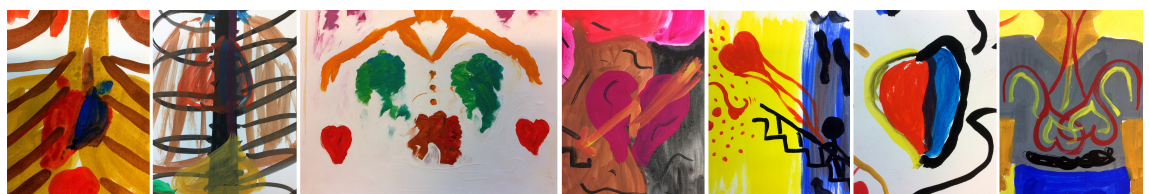
einer Art «Gefängnislaterne» eingesperrt. Im dritten Bild zeigt sich ein weisses, auf der spitze stehendes Dreieck wie ein Dorn, der eine Verbindung unterbindet. Die braune Farbe sucht sich einen Weg um das Dreieck. Dieses zeigt wie ein Pfeil nach unten, als ob sich unbewusst ein Lösungsweg aufzeigt: Ziel ist die Verbindung von oben nach unten, vom Kopf zum Körper, vom Verstand zum Gefühl. In den nächsten zwei Bildern (Teufel und Sonne) ist die Blockade deutlich mit schwarzer Farbe gekennzeichnet. In diesen zwei spontanen Bildern manifestiert sich das Unbewusste auf verblüffende Weise. Im vorletzten Bild ist die Grenze zwischen Kopf und Körper nochmals deutlich dargestellt durch die Kopfumrisslinie und den blauschwarzen «Kloss» im Hals. Ein schwarzer (innerhalb) und ein ockerfarbener (ausserhalb) Verbindungsfaden suchen symbolisch den Kontakt zwischen Kopf und Körper und zeigen das Bestreben, eine Verbindung zu schaffen. Diese Verbindung zeigt sich im letzten Bild bereits deutlicher durch die übergangslose Ockerfarbe zwischen Kopf und Hals, unterstützt durch zwei rote Linien, die wie zwei rote Fäden auftauchen und Herrn M. in seinem Bestreben bestärken.

Die Bilder geben den innerpsychischen Prozess von Herrn M. wieder: von der Trennung zwischen Kopf und Körper zur Verbindung, vom «sich-kaum-Spüren» zur Körperwahrnehmung, von der Blockade zum Durchbruch, der zu einer lockeren Haltung führt, von der gedanklichen Kontrolle zur Wahrnehmung der Gefühle. Auffallend ist, dass Herr M. während des Malens spontan und ungehindert mit fließenden Bewegungen den Pinsel führt und beim Sprechen das Stottern fast gänzlich ausbleibt.

Drittes Prozessbeispiel: Beziehungsprozess (Ausschnitt: Herz)

Im ersten Bild sehen wir ein rotes Herz mit einem blauen «Schatten» (Abb.10). Das Herz ist verloren, unverbunden und wird von braunen Linien bedrängt. Durch einen ernsthaften Suizidversuch wäre das Herz von Herrn M. beinahe zum Stillstand gekommen. Im zweiten Bild ist das «eingesperrt-Sein» des Herzens noch deutlicher. Wie in einem Gefängnis wird es von einem schwarzen «Balken» durchtrennt. Herr M. ist seit dem Klinikeintritt in der Beziehung zu seiner Partnerin sehr gefordert. Er musste das Haus verlassen. Im dritten Bild zeigen sich zwei Herzen «in einer Brust»: In der Klinik hat Herr M. eine neue Bekanntschaft gemacht. Im vierten Bild zeigt er die zerbrochene Beziehung zur Partnerin. Das Herz ist vom Blitz getroffen und droht auseinanderzubrechen. Gleichzeitig streckt das Herz einer neuen Liebschaft die Tentakel nach ihm aus. Herr M. kann sich vorerst nicht abgrenzen und scheint sich in den Gefühlen zu verlieren. Im sechsten Bild erscheint ein ähnliches Herz wie im ersten Bild. Es ist Rot und Blau. Dieses Herz wirkt nicht mehr gefangen. Es zeigt die innere Zerrissenheit von Herrn M. in der gleichzeitigen Zuneigung zu seiner Lebenspartnerin und zu einer Mitpatientin. Wie kann er sein eigenes Herz pflegen, sodass er auch in einer Beziehung autonom, selbstbewusst und erwachsen werden kann? Es fällt auf, dass die dargestellten Herzen von Herrn M. für andere Menschen stehen. Auch im letzten Bild symbolisieren die zwei Herzen seine Partnerin und seine kleine Tochter.

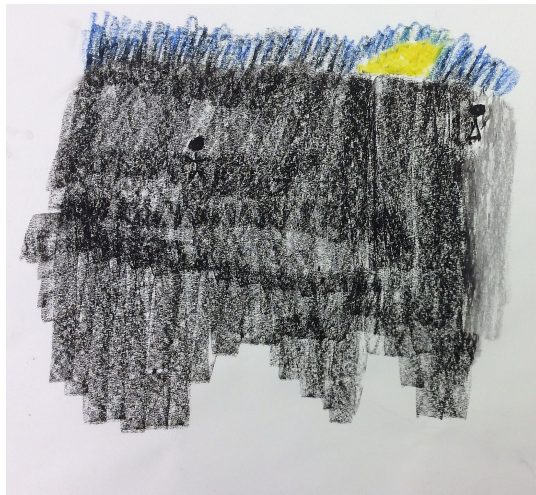
Herr M. wird sich über seine Handlungen bewusst geworden und entscheidet sich für Offenheit, Ehrlichkeit und Aussprache. So kann er von der flüchtigen Liebschaft in

Abbildung 10: Beziehungsprozess.

der Klinik loslassen, sich auf sein Familienleben besinnen und den offenen Kontakt zu seiner Partnerin wiederherstellen.

Wir sehen in diesem Beziehungsprozess, wie sich Herr M. zuerst in destruktiven Mustern bewegte und mit Hilfe des Zugangs zu seinem Körper diese Muster erkennen und sich mithilfe von neu erlangtem Selbstvertrauen und Selbsterkenntnis für neue Wege entscheiden konnte. Die Traumata aus der Vergangenheit sind noch nicht verarbeitet und sollen zum Gegenstand einer ambulanten Therapie werden. Mithilfe der Beziehung zu den Therapeuten konnte Herr M. die Beziehung zu sich selbst und zu seiner Umgebung klären und entsprechende Handlungen in seinem Alltag umsetzen. Dies illustriert **Abbildung 11**: Der Körper wird in diesem Bild nur noch als Strichfigur dargestellt. Wir sehen zwei Figuren. Die eine Figur (Ich-Symbol) befindet sich vollständig im Schwarz etwas links ausserhalb der Mitte und die andere Figur (Lebenspartnerin) ist rechts oben am Rande des Schwarz, von Grau umgeben, näher am hoffnungsvollen Blau und dem sonnenhaften Gelb. Zum ersten Mal fällt die leicht «narzisstische» Selbstdarstellung weg und Herr M. stellt authentisch das Beziehungsgeschehen zwischen sich und seiner Lebenspartnerin dar. Ihm wird bewusst, wie er da «im Sumpf steckt», und dass draussen am Rande seines Abgrundes jemand da ist, die sieht und erkennt, worin er sich gerade befindet, und die bereit ist, wieder mit ihm in Kontakt zu treten und sogar auf ihn zu warten. Das Bewusstsein über dieses Bild veranlasst Herrn M., den Kontakt mit seiner Lebenspartnerin wieder aufzunehmen und mit ihr ein offenes und klärendes Gespräch zu führen.

Abbildung 11: Klärung der Beziehung zu sich selbst und zu seiner Umgebung.



Schlussfolgerung

In Zusammenarbeit der Physiotherapie mit der Kunsttherapie zeigt sich die Diskrepanz zwischen realem Körper (sichtbar) und der Vorstellung vom eigenen Körper (Bilder). Obwohl medizinische Befunde die Schmerzen nicht ausreichend erklären können, befindet sich der Körper unter ständigem Schmerz oder einer Erwartung von Schmerz, was am trefflichsten durch die Beschreibung «Körper unter Daueralarm» verdeutlicht wird. Diese Diskrepanz deutet auf eine Störung des Körperschemas hin. Bei der Entstehung einer Körperschemastörung spielen lebensbiographische Faktoren und die gespeicherten schmerzhaften Vorerfahrungen eine zentrale Rolle. Der Behandlungsansatz beruht auf einer Intensivierung der Körperwahrnehmung und einer Differenzierung des Körperschemas.

Die Kunsttherapie konnte die innere Dynamik als Spiegel in Bildern aufzeigen und die gestaltende Person im Entwicklungsprozess stützen und stärken sowie in der gemeinsamen Reflexion bewusst und erlebbar machen.

Um einen Patienten besser zu verstehen und zu begleiten, ist es für die Behandelnden wie auch für den Patienten äusserst aufschlussreich und hilfreich, im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung synergetisch mit verschiedenen Therapieformen zusammenzuarbeiten. In der Körpersprache und in der Bildersprache offenbart sich das Innenleben des Patienten, das es zu benennen gilt, um es dem Bewusstsein zugänglich zu machen. Dies ermöglicht durch gezielte Interventionen eine Weiterarbeit auf der körperlichen und gestalterischen Ebene sowie in der Gesprächstherapie.

Funding / potential competing interests:

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Literaturverzeichnis

- 1 Pavles Z. Körperschemastörungen und Schmerz. Der Schmerzpatient. 2019;2(02):90–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/a-0823-0674>.
- 2 Bielefeld J. Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 1991.
- 3 Klein-Vogelbach S. Orientierung des Individuums. In: Funktionelle Bewegungslehre. Rehabilitation und Prävention. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer; 1990.
- 4 Röricht F, Priebe S. Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe; 1998.
- 5 Pavles Z. Weg vom Schmerz hin zur Lebendigkeit. Physiopraxis. 2015;13(04):44–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1551808>.
- 6 Schmeer G. Ein Leben eine Lehre. Graz: Erato Verlag; 2015.
- 7 Schmeer G. Die Resonanzbildmethode – Visuelles Lernen in der Gruppe. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2006.
- 8 Mayer M. Hieroglyphen der Psyche. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2008.
- 9 Baer U. Kreative Leibtherapie. Neukirchen-Vluyn: Semnos Verlag; 2012.