

Erfahrungsbericht

über die Durchführung einer bewegungstherapeutischen Gruppe mit Patienten der Orthopädischen Abteilung der Brandenburg Klinik im Frühjahr/Sommer 1997

Vorlauf:

Bei meiner Arbeit als Bewegungs- und Körpertherapeut mit dem Verfahren der Integrativen Bewegungstherapie (IBT) in der Psychosomatischen Abteilung der Brandenburg Klinik bin ich häufig mit Patienten konfrontiert, bei denen auch orthopädische und insbesondere Wirbelsäulenprobleme eine Rolle spielen. Die Schließung der Psychosomatischen Stationen im Haus 1A im vergangenen Frühjahr und die Übernahme des Hauses durch die Orthopädische Abteilung, brachte mich auf die Idee einen IBT-Kurs für Orthopädische Patienten einzurichten, um die speziellen Möglichkeiten der IBT für diesen Patientenkreis zu erproben.

Nach Rücksprache und Einwilligung der behandelnden Ärzte begann ich zunächst ca. ½ bis ¾ stündige Gespräche mit einzelnen Patienten zu führen. Anfangs regte ich die Ärzte an, mir Patienten zu schicken, bei denen diese psychische Probleme im Hintergrund vermuteten. Da der psychische Hintergrund der Orthopädie-Patienten in der anamnestischen Befragung aber nur am Rande oder gar nicht befragt wird, fanden sich nur zu wenige Patienten für die Interviews. Daher ging ich dazu über, auch mit „ganz normalen“ Orthopädie-Patienten Gespräche zu führen. Die überwiegende Besetzung des Hauses 1A mit Bandscheibenpatienten brachte es mit sich, daß ich fast ausschließlich mit diesem Krankheitsbild zu tun hatte. Dies führte schließlich auch dazu, eine IBT- Gruppe speziell für diesen Patientenkreis einzurichten.

Ergebnisse der Patienteninterviews

In den Einzelgesprächen fragte ich in folgende Details ab:

- die unmittelbare Krankheitsgeschichte im Zusammenhang mit dem Bandscheibenvorfall
- andere speziell im Vorfeld erinnerte Krankheiten oder/und Körperzustände (z.B. KS, Magenprobleme., Müdigkeit)
- die persönliche Sit. des Patienten; familiärer Hintergrund; berufliche Sit.; Position des Patienten in seinem Bezugsfeld (z.B. Randpos. oder Zentrum(alle kommen zu mir)); seelische Belastungen (Trennungen, Todesfälle, Krisen-, Spannungssituation. etc.) im Laufe der Lebensgeschichte
- spezielle Fragen zum Umgang mit Belastungen (Z.B: „Fällt es ihnen leicht „nein“ zu sagen; „gibt es genug Erholungspausen in Ihrem Alltag“; „sammelt sich die Arbeit bei ihnen“; etc.)

Die Fragen waren nicht standardisiert. Die Gespräche entwickelten sich individuell z.T. sehr verschieden. Meine Absicht dabei war „nahe“ am Patienten zu bleiben, wenig „trocken“ sachlich zu sein und dem Patienten durch meine Zuwendung und Aufmerksamkeit das Gefühl zu geben mir Vertrauen zu können. Die Atmosphäre der Gespräche war in der Regel „dicht“, die Patienten vertrauten mir z.T. sehr persönliche Details an.

Aus den Interviews ergaben sich einige, für alle interviewten Bandscheibenpatienten zutreffenden Themenbereiche:

- Sie sind eher „fleißige“ Menschen, mit der Tendenz zu viel zu tun.

- Sie können sich ungenügend gegen Arbeitsaufträge bzw. Ansprüche aus Ihrer Umgebung abgrenzen.
- Sie haben eine hohe Bereitschaft sich zu belasten und tendieren dazu, über eigene körperliche Grenzen hinweg zu gehen.
- Sie können sich nicht vorstellen untätig zu sein. (auch der nach Rente strebende Bandscheibenpatient wird als Rentner nicht untätig sein. Gartenarbeit, Hobby, etc. „kann endlich gemacht werden.“)

Leistung und Leistungsfähigkeit spielen eine besondere Rolle. Leistung steht im Mittelpunkt der Definition der eigenen Persönlichkeit. Wenn diesen Personen die Möglichkeit sich durch Leistung zu definieren, z.B. durch Krankheit genommen ist, treten Selbstwertzweifel, Verunsicherung und in der Folge z.B. Depression auf. Bei den meisten ist das Selbstwertgefühl relativ schwach ausgeprägt. Dies führt u.a. dazu, daß der Wert der eigenen Belange (körperliche Grenzen: Schmerzen, Müdigkeit, Krankheit, etc.) so niedrig eingestuft wird, daß diese keine, bzw. kaum Relevanz für das Handeln haben. Daher die hohe Bereitschaft zur Überschreitung der eigenen Grenzen und zur mangelnden Abgrenzung gegen Leistungsaufträge von anderen.

Konsequenzen für die Behandlung:

Durch die Krankheit sind die Patienten zumindest zeitweise ihrer zentralen Selbstbestätigungsmöglichkeit beraubt. Sie können nicht arbeiten, bzw. nicht für andere da sein. Für einige Patienten führt dies zu großer Verunsicherung. Sie klammern sich an die Hoffnung wieder völlig gesund zu werden. Eine andere Alternative ist für viele nicht vorstellbar. Die Wahrscheinlichkeit, daß diese Patienten genauso weitermachen werden wie vorher ist sehr groß, ebenso die Wahrscheinlichkeit des nächsten Bandscheibenvorfalles. Die wenigsten sind froh, endlich einmal einen Grund zu haben, sich zurückzuziehen. Der Körper hat das getan, was sie sonst nicht schaffen, er hat „nein“ gesagt. Wenn sie wieder gesund sein werden, besteht dieser Grund nicht mehr und auch diese Patienten werden ebenfalls in alten, krankmachenden Schienen weiterfahren. Auch wenn sie kurzzeitig dankbar für die Ruhe sind, können sich auch diese Patienten nicht vorstellen mit weniger Arbeit klarzukommen, bzw. es könnte zwar weniger Arbeit sein, aber „wie soll das gehen“.

Eine ausschließlich auf die physische Wiederherstellung ausgerichtete Behandlung gibt diesen Patienten wenig Hilfestellung die Hintergründe des Bandscheibenvorfalles zu verstehen und eine entsprechende Korrektur der Lebensweise vorzunehmen. Der nächste Wirbelsäulenschaden ist absehbar.

Für das Verständnis der Zusammenhänge von Lebensführung und Krankheit kann die IBT wertvolle Hilfestellung leisten. Dies besonders, weil die Zusammenhänge erlebnisorientiert erfahren werden können und abstrakte Wissensvermittlung nur am Rande stattfindet.

Ziele des Kurses:

Zusammenhänge zwischen Krankheit und Lebensführung erkennen

Bandscheibenprobleme haben eine Entstehungsgeschichte, machen sich bereits im Vorfeld auf individuell verschiedenste Weise bemerkbar. Im Kern der Krankheit steht die Tatsache, daß die Wirbelsäule als tragendes Organ hinsichtlich ihrer Belastbarkeit überfordert worden ist. Bevor die Wirbelsäule sich schmerzhaft bemerkbar macht, tauchen andere Belastungskrankheitszeichen auf, z.B. HWS-Probleme, Verspannungen, Kopfschmerzen, Magenprobleme. etc. Wenn diese Zeichen ernst genommen werden, kann der Bandscheibenvorfall vermutlich vermieden werden.

Die Patienten müssen verstehen, daß Belastungen, die einen Bandscheibenvorfall hervorrufen sehr verschiedener Natur sein können:

Konkrete Lasten:

zuviel, zu oft, zu lange, einseitig

Belastungen aus dem Zusammenleben/arbeiten mit anderen Menschen:

zu viel abgeben, zu viel für andere dasein, zu wenig bekommen bzw. zu wenig fordern

Seelische Belastungen durch:

langdauernde Konflikte, Unsicherheiten, unklare Verhältnisse, angstmachende Situationen

Den Blick auf die eigene Person lenken

Der Blick der Patienten ist im sozialen Umfeld vorrangig auf die Leistungsaufgaben bzw. auf die umgebenden Menschen gerichtet. Sich selbst sehen (spüren) die Patienten zu selten, zu wenig, zu spät. Die Patienten sollen daher Anregungen bekommen, die Aufmerksamkeit auf sich selbst richten und das, was sie von sich wahrnehmen, ernstzunehmen: z.B. die eigene Erschöpfung als Grund für eine Grenzziehung akzeptieren...

Die Bedeutung von „Leistung“ verstehen

Auf Befragung erklärten alle Bandscheibenpatienten, daß sie bei vielem was sie tun, sich eher überlasten, als sich zurückzuziehen oder Aufgaben abzuweisen. Für alle war es einsichtig, daß Arbeit zu den wichtigsten Dingen im Leben gehört und daß der Wert der eigenen Person direkt mit der Leistungsfähigkeit verbunden war. Bei den Patienten, die befürchten mußten, nicht mehr in ihre alte Arbeit zurückgehen zu können, bestand große Verunsicherung, z.T. Verzweiflung. Die Patienten, welche die Rente anstrebten, hatten für sich andere Aufgabenfelder im Hintergrund, in die sie sich endlich hineinstürzen wollten. Es gab nur eine einzige Patientin, die wirklich froh war, jetzt nicht mehr so viel arbeiten zu können. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit wurde von den meisten verächtlich betrachtet.

Aus der Leistungs-Krankheits-Spirale herauskommen

Durch einen anderen Umgang mit den eigenen Gefühlen, Stimmungen und Körpersignalen, wie z.B. Müdigkeit, Schwindel oder Schmerz, ist ein Ausbruch aus dieser Spirale möglich. Im Einzelnen hat diese Arbeit folgende Schwerpunkte:

- Selbstwahrnehmung üben
- Lernen Körpersignale zu hören
- Körpersignalen als Hinweis auf Überschreiten von Grenzen verstehen
- Selbstausdruck üben (z.B. die erlebte Überforderung mitteilen)

Diese Auseinandersetzung kann nur erfolgreich sein, wenn die erlebten Grenzen geäußert und von der Umgebung auch ernstgenommen werden. Ein anderer Umgang mit Grenzen ist eines der zentralen Ziele.

Grenzen setzen

In Übungen und Rollenspielen wird die Hemmung zur Grenzsetzung bearbeitet. Grenzziehung soll als positiv, konstruktiv, sowie als machbar und erlaubt erlebt werden.

Hierzu ist anzumerken, daß dies der am schwierigsten zu vermittelnde Bereich war. Das Gespräch über Grenzziehung bei Überbelastung, rief in der Regel turbulente Diskussionen hervor. Von allen(!) Männern (und nur einer Frau) wurde hierzu geäußert, daß man da nichts machen könne. "Wenn ich Grenzen setze, kann ich gleich meinen Job hinwerfen". Berufserhaltung wurde als wichtiger eingestuft, als die Erhaltung der Gesundheit. Es war kaum zu vermitteln, daß die verlorene Gesundheit ebenfalls den Job wegnimmt.

Eine andere häufig geäußerte Meinung: „Dazu ist es jetzt sowieso zu spät, jetzt ist die Wirbelsäule bereits kaputt, was soll das alles also noch.“

Von den Frauen wurde häufiger bemerkt: „keine Grenzen setzen zu können ist eine Charaktereigenschaft, damit muß man leben“.

In diesem Zusammenhang waren die Grenzübungen (s.unten) besonders wichtig, um die grundsätzliche Notwendigkeit und Machbarkeit von Grenzziehung zu verdeutlichen. Konkrete Beispiele aus dem Klinikalltag oder aus dem Leben einzelner Patienten führten am ehesten zu einer Bereitschaft sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Bereitschaft zur Äußerung von Beispielen aus dem Alltag, war eher da, wenn der Kreis der Patienten kleiner war, und leichter, wenn keine Männer da waren. Die Versuche konkrete Beispiele einzubringen, war von den Männern in aller Regel durch Witzeleien, Ironie oder Sprüche abgeübelt worden.

Zur Durchführung des Kurses

Nach Abschluß der vorbereitenden Interviewphase begann ich mit der Durchführung der IBT-Gruppe. Der Kurs fand an drei Tagen jeweils 60 Minuten statt. Die Zahl von Patienten betrug etwa 6 bis 10. Die Gruppe war offen für neue Patienten sobald Plätze frei wurden. Diese Art der Organisation war wegen der kurzen Kuraufenthalte von meist nur drei Wochen notwendig. Die Integration der jeweils neuen Patienten brachte wegen der z.T. völlig unbekanntem und für einige auch provokanten Inhalte, einige Probleme mit sich.

Ich habe keine Vorgespräche mit den Patienten führen können, weil meine begrenzte Arbeitszeit dies nicht zuließ. Nachträglich muß ich sagen, daß Vorgespräche für einen solchen Kurs eine unbedingte Notwendigkeit darstellen, um die Zusammensetzung der Gruppe steuern zu können.

Die größten Probleme stellten für mich diejenigen Patienten dar, deren eigentliches Ziel des Kuraufenthaltes die Rente war. In einem Vorgespräch hätte ich die meisten von ihnen identifizieren können und nicht in die Gruppe aufgenommen. Für diese Patientengruppe ist die Krankheit das Mittel zur Erlangung der Rente. Die Krankheit zu hinterfragen und nach Lösungen für einen anderen Umgang damit zu suchen, stellte für diese Patienten eine Provokation dar.

Eine andere schwierige Gruppe waren die Männer. Wie bereits oben angedeutet, war die Bereitschaft zur Äußerung von Beispielen aus dem Alltag leichter, wenn keine Männer da waren. Versuche konkrete Beispiele einzubringen, waren von den Männern in aller Regel durch Witzeleien, Ironie oder Sprüche abgeübelt worden. Mehrmals äußerten Frauen, daß man eine solche Gruppe gar nicht mit Männern machen könne, die würden damit nicht umgehen können. Im kleinen Kreis (ohne Männer) bekamen die Gruppen schnell den Charakter einer konzentriert arbeitenden Selbsthilfe oder Therapiegruppe mit einer Atmosphäre von „vielleicht läßt sich ja doch noch etwas machen“. Fragen werden von Seiten der Frauen gestellt und Rückfragen offener beantwortet. Gefühle wie Trauer,

Resignation, Zorn werden zumindest ansatzweise zugelassen. Für den großen Teil der Frauen schien es befreiend zu sein, auch seelische Belastungen als Krankheitsursache sehen zu dürfen. Für die Männer, die alle durch schwere oder einseitige Arbeit ihren Bandscheibenvorfall erworben hatten, war es schwer zu glauben, daß andere ihren Bandscheibenvorfall durch vielfältige und scheinbar nicht körperlich belastende Tätigkeit bekommen hatten. Insbesondere die bandscheibenschädigende Wirkung von psychischer Belastung, Streß und Verantwortung wurden von ihnen als unglaublich zurückgewiesen.

Überraschend war für mich, wie emotionsgeladen viele Patienten in die Diskussionen einstiegen. Von meiner Arbeit in der Psychosomatischen Abteilung war ich derart häufig hochkochende Wut- und Trauerausbrüche nicht gewohnt. Inhaltlich ging es dabei meist um die Konsequenzen der Krankheit, mit denen sich die Patienten nicht abfinden konnten oder wollten. Da die Patienten sonst keine Möglichkeit hatten, über ihre mit der Krankheit verbundenen Probleme zu reden, war der Druck entsprechend groß und wurde an der einzigen Stelle an der jemand nachfragte, abgeladen. Ich nehme diese Erfahrung als Hinweis darauf, wie wichtig Gesprächsgruppen für viele orthopädische Patienten wären. Solche Gruppen hätten nach meiner Erfahrung ausreichend Gesprächsstoff, wenn nur über die von der Krankheit aufgeworfenen Fragen geredet werden würde.

Schlussbetrachtung:

Ich habe den Eindruck gewonnen, daß ein Kurs, wie der hier geschilderte, eine sehr gute Ergänzung eines orthopädischen Kuraufenthaltes sein könnte.

Ein anderer Umgang mit dem eigenen Körper könnte vielen Patienten die Fortsetzung einer schmerzhaften Krankheitskarriere ersparen bzw. den Verlauf mildern. Dieser Kurs könnte der Anfang einer Kurskorrektur sein.

Nach anfänglichem Zögern wurde die Möglichkeit einer Auseinandersetzung mit der Krankheit von den meisten Patienten angenommen. Es zeigte sich, daß für viele Patienten der IBT-Kurs der einzige Ort war, an dem sie mit anderen über die mit der Krankheit verbundenen Probleme, wie Angst vor Arbeitslosigkeit, Scham über die eingeschränkte Leistungsfähigkeit o.ä. reden konnten. Zeitweise hätte die IBT-Gruppe häufiger als die durchgeführten dreimal stattfinden müssen, oder sie hätte durch eine zusätzliche, am besten von einem Psychologen geführte, Gesprächsrunde für interessierte Patienten ergänzt werden sollen.

Anhang

Ausgewählte Übungen zur Erarbeitung der Themen¹

Die Basis der IBT-Arbeit sind Selbstwahrnehmungs-, Phantasie- und Entspannungsübungen sowie Bewegungsübungen und -spiele. Diese werden so eingesetzt, dass die Patienten mit sich selbst in Kontakt kommen und je nach Stundenschwerpunkt dienen sie als Vorbereitung bzw. Einführung für die zentralen Themenstellungen. Die IBT bietet ein weites Spektrum in diesem Bereich, einzelne Übungen darzustellen würde den Rahmen sprengen.

Die folgenden Übungen befassen sich speziell mit der Selbstwertfrage und dem Thema Grenzsetzung:

¹ Die folgenden Übungen sind z.T. in der eigenen Arbeit entstanden. Andere habe ich in Ausbildungsseminaren oder anderen Zusammenhängen kennen gelernt. Wenn mir die Verfasser bekannt sind, habe ich diese angemerkt.

Rauminstallation „mein Platz“

Die Patienten richten sich unter Zuhilfenahme der im Raum befindlichen Gegenstände einen Platz ein, der ihnen gerecht ist und auch die Tatsache berücksichtigt, daß andere Personen im Raum sind. Es entstehen sehr unterschiedliche Gebilde, von der simplen Decke, die den beanspruchten Platz symbolisiert, bis zur materialgefüllten „Sofaecke“.

Bei der Besprechung des Symbolgehaltes der Installationen, wurde den beteiligten Patienten „sichtbar“ deutlich, daß alle dazu neigten, sich gegen andere eher zu wenig als zu viel abzugrenzen. Die Übung kann dahingehend erweitert werden, fehlende Grenzen symbolisch zu ergänzen und im Einzelfall zu erörtern, was das konkret im Alltag bedeuten würde.

Nähe-Distanz 1

Jeweils zwei Patienten stehen im Abstand von etwa drei bis vier Meter auseinander. Sie gehen aufeinander zu und bleiben in einem Abstand voneinander stehen, der für sie stimmig ist. Kommt ein Partner zu nahe, soll der Andere ein Stück zurückgehen und den Abstand für sich wieder stimmig machen.

Die Partner tendieren dazu, Diskrepanzen zu verdecken. Wenn ein Partner vielleicht größere Distanz wünscht, wird diese Tendenz unterdrückt, um das Gegenüber nicht zu verletzen. Diese Unterdrückung ist sichtbar, z.B. durch die nach hinten geneigte Stellung, bei der der Patient mehr auf den Fersen steht, oder durch angehaltenen, bzw. unterdrückten Atem, etc. Wird so etwas bemerkt, wird der betreffende Patient aufgefordert, ein Stück zurückgehen.

Anhand dieser Übung wird den Patienten die eigene Tendenz zur Grenzverschleierung deutlich. Sie ermutigen einander zu der tatsächlich notwendigen Distanz zu stehen. Beispiele aus dem Patientenalltag oder aus dem Privatleben werden diskutiert.

Nähe-Distanz 2

Die Patienten stellen sich als Gruppe so zueinander auf, daß die Abstände zueinander für alle „stimmen“. Es entsteht meist zunächst ein sehr ungenaues Abbild der tatsächlichen Nähe-Distanz-Verhältnisse. Oft ein Kreis.

Jetzt bekommt ein Patient nach dem anderen die Aufgabe, die anderen Gruppenmitglieder in den für ihn richtigen Abstand zu stellen. Ist die erste Hemmschwelle überwunden, wagen die Patienten auch Vorlieben und Distanzen umzusetzen.

In diesem Zusammenhang diskutierte Themen: falsche Harmonie zwischen Patienten, Angst davor andere durch die Wahrheit zu verletzen. Die gezeigte Ehrlichkeit wird meist als angenehm erlebt.

Kreisübungen

Die Patienten sitzen im Kreis. Ein Gymnastikball wird von einem zum anderen gerollt. Der Patient der den Ball bekommt, soll die jeweilige Aufgabe erfüllen. Mögliche Aufgaben sind z.B.:

- Sagen Sie etwas Positives zu dem Patienten dem sie den Ball zurollen. (Leichte Aufgabe)
- Sagen Sie etwas Kritisches zu dem Patienten dem sie den Ball zurollen. (Fällt den Patienten sehr schwer)
- Sagen Sie etwas Positives über die eigene Person (ich kann..., ich bin gut in..., o.ä.) (Fällt den Patienten schwer)
- Sagen Sie etwas Selbstkritisches. (Fällt sehr leicht)

In dieser Übung wird den Patienten deutlich, wie schwer es ihnen fällt, die eigene Person positiv darzustellen und von anderen positives anzunehmen. Den meisten fällt es leicht andere zu loben, aber es ist ihnen fast unmöglich zu kritisieren.

Symbol für die eigene Person

Die Patienten wählen aus einem Korb mit verschiedenen Gegenständen den aus, der die eigene Person am besten symbolisiert.

Die Patienten benennen die Gründe ihrer Wahl und beschreiben den Gegenstand wie eine Person.

Wie in der vorhergehenden Übung wird die Tendenz zur selbstkritischen und negativ geprägten Selbstbeurteilung deutlich. Eigene Fähigkeiten und Stärken herauszuarbeiten ist das wesentliche Ziel dieser Übung. Dies gelingt in der Regel nur mit Hilfe der anderen Patienten.

Je nach Fragestellung bezieht die IBT auch andere kreative Medien in die Arbeit ein, z.B. in folgenden Aufgabenstellungen:

Körperschema²

a) in eine selbstgezeichnete Körperskizze mit verschiedenen Farben die Schwachstellen einzeichnen. (Schmerzbereiche, eingeschränkte Funktion, häufige Krankheiten, etc.)

b) in dieselbe Skizze Bereiche die starken Körperzonen farbig kennzeichnen (z.B. „auf meine Füße konnte ich mich immer verlassen“, „meine Hände sind geschickt“, „mein Kopf ist immer voll da“, etc.)

Auswertung je nach Grundfragestellung z.B.

- überwiegen Stark oder Schwachzonen?
- werden vorhandene Starkzonen genügend gewürdigt. z.B. äußerte ein Patient ziemlich niedergeschlagen: „mein Körper ist völlig im Eimer“. Durch die Körperskizze erkannte er aber, daß er sich auf den größten Teil seines Körpers verlassen konnte und die Schwachstelle Rücken in seinem Selbstbild einen viel zu großen Raum einnahm. Er machte die Erfahrung einer neuen Betrachtungsweise: Das Glas ist halbvoll vs. das Glas ist halbleer)
- die Skizze kann dahingehend untersucht werden, welche Körperzonen vorrangig von Krankheiten betroffen sind. Welche Einstellung haben die Patienten zu diesen Zonen.

Für die Patienten ist es meist ungewohnt und überraschend die Krankheiten in der räumlichen Zuordnung und Häufung zu betrachten. Zusammenhänge von Häufungszonen und der Einstellung zu diesen Zonen wurden erörtert. Teilweise gab es positive Feststellungen: „So kaputt bin ich gar nicht“. Negative Überraschungen gab es nie. Das Selbstbild der Patienten ist scheinbar grundsätzlich negativer, als die Skizze es vermittelt. Damit ist dies ein guter Zugang zur Vermittlung eines differenzierteren und damit positiveren Selbstbildes.

Auch die Betrachtung der Körperskizzen selbst kann interessante Aufschlüsse geben. So hatte eine Patientin sehr breite Schultern und einen insgesamt großen Oberkörper gemalt, aber die Beine waren viel zu klein geraten. Für die Patientin ergab sich daraus, daß sie viel auf ihre Schultern aufladen könne, mehr als die Beine eigentlich tragen und balancieren könnten.

² Übung von Hilarion Petzold entwickelt

Tonarbeit

Mit Ton oder Knete wird mit geschlossenen Augen ein Gebilde geformt, welches den eigenen Körper abbilden oder symbolisieren soll.

Der Bezug der Patienten zu ihrem Körper wird deutlich. „Vergessene“ Körperteile, nicht geliebte Aspekte, starke und schwache Seiten werden zum Thema. Absicht dieser Übung ist es, den Patienten anzuregen, sich selbst annehmenden, so wie er ist. Speziell die kranke Wirbelsäule nicht als feindlich, sondern als Eigenes zu erleben und dazugehörige Gefühle, z.B. die Trauer über die verlorene Belastungsfähigkeit zuzulassen.

Soziale Bezüge

Auf ein Blatt wird ein Punkt gezeichnet als Symbol für die eigene Person. Zur Orientierung werden um diesen Punkt etwa drei bis vier verschieden große, konzentrische Kreise gezogen, so daß der Größte etwa die Fläche des Blattes einnimmt.

In diese Skizze werden jetzt weitere Punkte mit verschiedenen Farben eingetragen, wobei jeder Punkt für eine Person aus dem Umfeld des Patienten steht. Es ist dabei zu achten, daß der Abstand der Bezugspersonen zur Person des Patienten seinen Niederschlag in der Entfernung zum Mittelpunkt des Bildes findet. Es geht dabei um die emotionale Nähe zu den Bezugspersonen, nicht um räumliche Nähe oder zeitliche Häufigkeit.

Über dieses Bild kann in vielerlei Hinsicht ein Gespräch mit dem Patienten geführt werden:

- hat der Patient genügend soziale Kontakte?
- ist auch der innerste Kreis ausreichend besetzt?
- gibt es Personen, bei denen der Patient Unterstützung, Schutz oder Beistand finden kann.

Speziell für den Kreis der Bandscheibenpatienten kann dieses Bild noch in einem zweiten Schritt ergänzt werden, mit folgender Aufgabenstellung:

Mit verschieden farbigen Stiften sollen die Beziehungen zwischen dem Patienten und den anderen dargestellten Personen eingezeichnet werden. Beispielsweise wird für eine belastende Beziehung eine schwarze Linie gezogen, eine hellrote für eine liebevolle... (die Farben werden selbstverständlich vom Patienten frei, entsprechend seiner persönlichen Vorlieben gewählt).

Zusätzlich könnten auch noch Richtungen eingetragen werden, (durch Pfeilspitzen) die ausdrücken sollen, welche der beiden Personen mehr für den anderen gibt, für ihn da ist, o.ä.

Es entsteht ein bunter Stern, der -für die meisten Patienten zutreffend- durch die Richtung der Pfeile nach außen zu strahlen scheint.

Es wird deutlich, daß zu viel abgegeben wird und zu wenig zur Person der Patienten selbst fließt. Am konkreten Beispiel kann erarbeitet werden, welche Beziehungen geändert werden könnten bzw. müßten und was das konkret bedeuten könnte (z.B. Abgrenzung oder Hilfe einfordern, o.ä.)

Lebenspanorama³

Auf einem größeren Blatt Papier sollen die Patienten entlang einer Linie persönlich wichtige Daten ihrer Lebensgeschichte markieren. Z.B.: Beginn und Ende wichtiger Lebensabschnitte, Trennungen, Todesfälle, Umzüge... Diese derart unterteilte Linie wird in einem zweiten Schritt zusätzlich farblich

³ Übung von Hilarion Petzold

gestaltet, indem für die einzelnen Lebensabschnitte eine oder mehrere Farben gewählt werden, die die allgemeine Stimmung des Patienten in dieser Zeit ausdrücken sollen. Z.B.: rot für die Zeit bis zur Schule (weil es mir da gut ging - ich mag rot), blaugrün gemischt für die Zeit bis zur Heirat (das war sehr unruhig- anstrengend, blaugrün finde ich ziemlich häßlich)

Diese Farben werden in, über, unter die betreffenden Abschnitte gemalt. Patienten, denen das malen leicht fällt, erweitern die Aufgabe für sich und füllen das Bild zusätzlich mit Symbolen oder skizzieren die erinnerten Situationen.

Die Aufgabenstellungen für das Lebenspanorama lassen sich entsprechend der jeweiligen Zielsetzung vielfältig variieren. Auch die Auswertung ist verschieden möglich. In diesem Kurs ging es mir vor allem um die Frage, welche Rolle Belastung im Leben der Patienten gespielt hat. In der gestellten Aufgabenstellung erkennbar am Verhältnis der Farbbereiche mit positiver Zuschreibung zu den Bereichen mit negativer Zuschreibung.

Die Ergiebigkeit dieser Übung ist ganz wesentlich davon abhängig, wieviel sich die Patienten bereits mit sich und der eigenen Geschichte auseinandergesetzt haben. Die Situation in der Gruppe spielt ebenfalls eine Rolle (in einer neuen Gruppe verbergen die Patienten eher unangenehme Aspekte der eigenen Geschichte). Unter den Orthopädiepatienten waren viele, welche große Teile der Kindheit nicht erinnern konnten, bzw. die Kindheit pauschal als schön und ideal kennzeichneten. Eine Reihe von Bildern ergaben dadurch den Eindruck, daß das Leben insgesamt eher positiv war, bis zum alles störenden Bandscheibenvorfall. Sie standen im Gegensatz zu dem Eindruck, den die betreffenden Patienten machten. Erst die genaue Betrachtung im Einzelfall und die sich daraus ergebende Diskussion, führten bei einigen Patienten zu einer Differenzierung des vorher sehr pauschalen Bildes. Dieselbe Aufgabe am Schluß des Kurses ergab gänzlich andere Bildansichten.