

Integrative Bewegungstherapie und Aikido

in der Behandlung psychiatrischer Patienten*

(Vortrag auf der Tagung "Der Weg ist das Ziel"
in Berlingen, Schweiz vom 17.9.-19.9.1993)

A. Bettinaglio, Kilchberg, Schweiz

Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB und den FPI-Publikationen. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Autors / der DGIB

Einleitung

Der vorliegende Vortrag setzt für Uneingeweihte zwei ungewöhnliche Dinge in Zusammenhang: Therapie mit psychisch schwer kranken Menschen und fernöstliche Budo-Künste. Diesen Zusammenhang zu begreifen erfordert eigentlich die direkte Erfahrung, wenigstens was die zugrundeliegenden Techniken oder Künste betrifft. Gaetano Benedetti hat sehr einführend aufgezeigt, dass auch die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ein wenigstens partielles Einfühlen in ihre oft dunklen oder bizarren Welten voraussetzt.

Sowohl aus dem philosophischen Hintergrund der Budo-Traditionen heraus als auch aus einem engagierten Verständnis psychotherapeutischer Behandlung müssten Interessenten also diesen Zusammenhang eigentlich an sich erfahren und in geduldiger Auseinandersetzung "begreifen". Beides ist nicht allen möglich.

So gesehen ist ein Vortrag eine Brücke, diesen Zusammenhang einem breiteren Publikum zu vermitteln. Über eine Brücke zu gehen ist immer etwas anderes als ein Bad im Fluss. Deshalb vermittelt dieser Vortrag ein Bild über die Dinge und nicht die Erfahrung selbst. Ich hoffe, mir gelingt, Ihnen einen Blick auf Landschaft und Fluss zu vermitteln.

Die praktischen Beispiele meines Vortrages beruhen hauptsächlich auf meiner 4-jährigen Tätigkeit als Bewegungstherapeut auf Akutabteilungen einer psychiatrischen Klinik. Meinen Aikido Hintergrund habe ich von Masatoshi Yawasaki vom Akademischen Sportverband in Zürich. Ich selbst bin nicht Aikido Lehrer.

1. Aikido

Beim Aikido handelt es sich um eine spezifische Form des Budo, welche Sensei Morihei Uyeshiba nach jahrelanger Auseinandersetzung mit der Budo- und Zentradition Japans entwickelte. Alle Autoren, welche seine Form des Budo beschreiben (Protin 1991; Taisen Deshimanu-Roshi; Trevisan 1991 u.a.) betonen, dass sich Aikido aus seinem Wesen heraus gegen einen intellektuellen Zugang versperrt. Von daher steht die Form dieses Vortrages auch in gewissem Widerspruch mit dem Inhalt.

Für einen Brückenschlag will ich trotzdem versuchen, Ihnen einige Grundprinzipien des Aikido, sozusagen seine Metatheorie, im Rahmen des Vortrags auf diese Weise verständlich zu machen.

Aikido kann vereinfachend als Synthese von 4 Traditionen betrachtet werden:

1. den Kampftradition der Kriegerkaste
2. dem japanischen Shintoismus
3. dem aus Indien stammenden Buddhismus
4. dem chinesischen Konfuzianismus und dem Taoismus.
- 5.

Die typisch japanische Synthese dieser philosophisch-religiösen Traditionen ist im Geist des Bushido, einer Art Credo des japanischen "Kriegers" festgehalten (Protin, 1991, S. 44). In der Terminologie der Integrativen Therapie handelt es sich um Leitziele bezüglich der Ausgestaltung der 5 Säulen der Identität. Ich möchte Ihnen daraus eine Kostprobe geben.

In der Inhaltsanalyse dieses Credo fallen aus unserer Sicht zwei Dinge auf: es handelt sich um eine radikale Form eines Konstruktivismus. Wo eine Klage über Defizite oder soziale Isolation angebracht wäre, werden vor allem geistige Fähigkeiten, Fertigkeiten und Tugenden herausgefordert. Zum zweiten wird für das im ersten Satzteil formulierte "Problem" eine transzendente Lösung vorgeschlagen.

Das Credo besagt zudem, dass die Ausübung solcher Tugenden einen qualitativen Sprung von menschlich-leiblichen in eine sie transzendierende Sphäre zulässt. So wird die Übung der Redlichkeit zur göttlichen Kraft, das Exercizium der Stille zum "Schwert".

Durch die zunehmende Bedeutung der Geisteshaltung in der Geschichte des Budo wurden die anfänglich martialischen Kriegskünste zum Budo weiterentwickelt. Neben den traditionellen Kampfmethoden (WAZA) und den Bewegungsformen (KATA) nimmt die Disziplin der Lebensführung (DO, der WEG) einen immer größeren Raum ein. So auch im Aikido.

Die Grundprinzipien des Aikido könnte man frei mit "Der Weg als harmonischer Fluss der Lebensenergie" übersetzen. Es unterscheidet sich von anderen Budo-Techniken durch folgendes:

Aikido zeichnet sich auf der Ebene des Waza (Strategie; Waffentechnik) dadurch aus, dass es keine Angriffstechniken kennt. Ziel ist es, die Angriffsenergie des Gegners zur Verteidigung zu benutzen. Ausgehend von der buddhistischen Auffassung, dass ein Angreifer im Unrecht ist, wurden verschiedene Katas entwickelt um dem Gegner auszuweichen, ihn zu neutralisieren oder seinen Angriff umzulenken.

Auf der Ebene der Kata (Bewegungsabläufe, Formen, Rituale) zeichnen sich die Bewegungen durch Geschmeidigkeit, und raumfassende meist kreisförmig ausgreifende Abläufe aus.

Auf der Ebene des Do (Weg, Lebensführung, Grundüberzeugung) steht das Streben nach universeller Harmonie - oder in westlicher Denktradition

übersetzt: die Integration von Körper, Seele und Geist im Zentrum. Mit dieser Form der Harmonie ist nicht eine verklärte Form der Liebe zum Schönen und Guten gemeint, sondern eine Geisteshaltung, wie sie dem Zen-Buddhismus zugrundeliegt. In ihr sind Selbstbeherrschung, Kontemplation und Geistesschulung zentrale Elemente.

Aikido will nach den Worten Meister Moriheis nicht ein Werkzeug zur Vernichtung des Gegners sein, sondern versteht sich als Gleichgewicht von Körper und Geist, von Mensch und Kosmos.

2. Zum Verhältnis von Aikido und Integrativer Bewegungstherapie (IBT)

Obwohl Aikido und IBT auf unterschiedlichen Traditionen beruhen und unterschiedliche Ziele verfolgen gibt es auch ein breites sich überschneidendes Gebiet. Ich will aus der Perspektive der IBT die Hintergründe für eine Integration von Elementen des Aikido in der IBT aufzeichnen. Sie sind gleichzeitig die Vorbedingungen dafür, dass sich ein Synergieeffekt einstellen kann.

Die IT als Mutterverfahren der IBT kennt vier "Wege der Heilung" (Petzold 1988).

Beim 1. Weg geht es um eine Bewusstwerdung persönlicher Stärken, Defizite und Konfliktverarbeitungsmuster und um die Konstitution von Sinn.

Beim 2. Weg steht die Nachsozialisation mit dem Ziel der Wiedergewinnung von Grundvertrauen im Zentrum therapeutischen Bemühens. Jene Teile der Persönlichkeit, welche durch lebensgeschichtlich frühe Verletzungen, Defizite und Überstimulierungen beschädigt sind, gilt es mittels schützender, stützender und emotional nährenden Angeboten zu heilen.

Der 3. Weg hat Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung zum Ziel. Entsprechend dem Konzept der lebenslangen Sozialisation wird davon ausgegangen, dass Kreativität, Phantasie und Sensibilität lebenslanglich stimulierbar sind.

Im 4. Weg der Solidaritätserfahrung steht die Entwicklung einer Kompetenz im Vordergrund, welche krankmachende Faktoren zu erkennen und zu beheben versucht. Politisches Engagement und Solidaritätserfahrung sollen einerseits Bedingungen des guten Lebens schaffen helfen und andererseits Faktoren von Entfremdung vom eigenen Leib, von Arbeit und Lebenszusammenhängen zurückdrängen helfen.

Die Arbeit mit den unterschiedlichen InteressentInnen- oder PatientInnengruppen findet in einem angstfreien Klima von Wohlwollen, Wachheit, Wertschätzung, und Würde statt. Die Grundhaltung ist einem kolonisierenden und funktionalisierenden Verständnis des Körpers oder Leibes entgegengesetzt. Ziel dieser Entwicklungsstränge ist ein Mensch mit reifem Selbst, stabilem Ich und einer kohärenten Identität.

Die Ziele des Aikido decken sich stark mit denen von drei Wegen der Heilung.

Ausgenommen ist der Weg der Nachsozialisation. Diese Form der Arbeit kann auch als Mutterarbeit des Holding und Caring bezeichnet werden. Demgegenüber stellt Aikido mit seinen festen Formen eher Vaterarbeit dar. Und das ist die Stärke des Aikido.

2.1. Mutterarbeit und Vaterarbeit

In dieser Grundhaltung unterscheidet sich Aikido wesentlich von allen "mütterlich-nährenden" und regressionsfördernden Methoden der Psychotherapie. Und so ist dieses "Instrument" mit den Vor- und Nachteilen verhaftet, welche diese Form der "Vaterarbeit" mit sich bringt. Ich will den Unterschied von Vater- und Mutterarbeit kurz skizzieren.

Aikido betont sowohl von der Technik als auch von der Grundhaltung her eher einen "väterlichen" Stil. In dieser Basisqualität eignet es sich besonders für den Einsatz bei psychisch erkrankten Menschen. Ich will diese Behauptung erst theoretisch begründen.

2.1.1. Zur spezifischen Situation psychiatrisch erkrankter Menschen

Patienten stationärer Einrichtungen, wie sie die Klinik darstellt, sind in der Regel im Anfangsstadium des Krankheitsprozesses alles andere als im Zustand regulärer Kompensation und Zurechnungsfähigkeit, den wir als "Normalneurotiker" als Basis seelischer Gesundheit als selbstverständlich voraussetzen. Normalerweise reichen die Strukturierungs- und Kompensationskompetenz des Ich's aus, um mit den Belastungen und Noxen des Alltags umzugehen. Zu einer tiefgreifenden Maßnahme einer Klinikeinweisung kommt es in der Regel nur, wenn die Ressourcen der sozialen Umgebung ausgeschöpft sind. Erst dann wird die Hilfe einer psychiatrischen Institution in Anspruch genommen.

Bei der Klinikpopulation - insbesondere auf den Aufnahmeabteilungen - handelt es sich also um Personen, deren momentaner Zustand im Modell therapeutischer Tiefung nach Petzold dem der untersten Stufe der "Dekompensation" entspricht. Bewegungstherapeutische Arbeit in diesem Kontext bedeutet also, dass es nichts mehr zu "Tiefen" gibt.

Da die "Tiefung" oder Dekompensation unfreiwillig erfolgte - meist unter Zusammenbruch nicht nur der Abwehr, sondern auch des psycho-sozialen Arrangements - sind die Betroffenen, je nach Krankheitsbild resp. Kompensationsstruktur in archaischen Angst- und Panikzuständen und/ oder in tiefer Depression. Die Symptome reichen, wie in den entsprechenden psychiatrischen Manuals (DSM III, ICD-10, Tölle u.a.m.) beschrieben, von völliger Katatonie bis zum psychotischen Erregungszustand, vom Alkoholdelir bis zur psychotischen, aggressiven Angstreaktion.

2.1.2. Therapeutische Zielsetzung im Krisenfall

Jegliche Therapieform in diesem Zustand, die sich nicht an kriseninterventorischen Kriterien (Aguilera & Messik 1977) der Restrukturierung orientiert, dient eher den unreflektierten Ambitionen des Therapeuten als der Heilung des Patienten.

Das bedeutet, dass in der Regel bewegungstherapeutische Arbeit in Richtung einer "Höhung" indiziert ist. Anders formuliert: solchen Patienten

sind Interventionen, Methoden und Techniken anzubieten, die ihnen helfen, Ich-Stärke aufzubauen. Das sind strukturierende Experimente, welche die Realität der leiblichen Existenz real spüren, sehen, hören und erleben lassen. Dazu sind Elemente aus dem Aikido geeignet.

Bei der therapeutischen Arbeit auf Akutabteilungen der Psychiatrie wird die generelle Arbeitsrichtung also umgekehrt: von "unten" nach "oben". Ausgehend vom Zustand der Dekompensation biete ich ein Setting an, das in der Sprache Scharfetters eine "dreifache Rekonstruktion" zum Ziel hat:

1. die Rekonstruktion des desintegrierten Ichs (welches auch Leib ist)
2. eine Rekonstruktion der Bezogenheits- und Interaktionserfahrung und schließlich
3. eine "Rekonstruktion der gemeinsamen intersubjektiv übereinstimmenden Wirklichkeit im Sich-erstrecken in einem gemeinsamen Handlungsraum" (Scharfetter 1989, S. 23).

Viele Elemente des Aikido eignen sich hervorragend zur Vermittlung korrektiver Grunderfahrungen, weil Sein und Erleben immer leiblich erfahren, begriffen und ausgedrückt werden. Seine Fülle von Erfahrungs- und Ausdrucksexperimenten in den Dimensionen Raum, Zeit und Schwerfeld helfen den Rückbezug zu unseren basal leiblich erlebten Daseinsdimensionen zu vermitteln. Seine interaktiven Formen geben Anreize für Kontakt und Begegnung. Die Skala der Experimente reicht von einfachen Einstimmungsexperimenten über diverse spielerische Formen bis hin zu leiblich, intellektuell und emotional anspruchsvollen Koordinations- und Kooperationsexperimenten. Den Übungen und Experimenten ist der strukturierende Charakter gemeinsam. Ihnen entsprechen die Kriterien für Vaterarbeit.

3. Einsatz von Elementen des Aikido in der IBT - praktische Beispiele

Ich arbeitete als Bewegungstherapeut mit Patienten der Akutpsychiatrie in einer psychiatrischen Klinik mit insgesamt 220 Betten. Die Klinik war intern nach funktionspezifischen Abteilungen strukturiert, mit der Absicht den Patienten ein breites stationäres Angebot in ihrer Krise zu gewährleisten.

3.1. IBT mit Abteilungsgruppen in der Klinikstruktur

Jede Abteilung arbeitete auf der Grundlage eines Abteilungsprogrammes, welches neben dem Stationsangebot auch Aufnahmekriterien für PatientInnen formulierte. Dadurch hatte eine Abteilungsgruppe - außer die Akutabteilung - eine den Aufnahmekriterien entsprechende Klientel. Bewegungstherapie im Gruppensetting war fester Bestandteil der Abteilungsprogramme.

Durch das klinikinterne Verweissystem bedingt hatte also jede Gruppe eine bestimmte Charakteristik. Das bedeutete für die Bewegungsarbeit, dass die Ziele und Methoden auf die jeweiligen Bedürfnisse & Erfordernisse abgestimmt werden mussten. Man darf sich das nicht zu starr vorstellen. Weil die therapeutische Beziehung und das Abteilungsklima und die Gruppenkohäsion eine zentrale Rolle spielten, können solche Kriterien als Rahmenbedingungen aufgefasst werden.

3.2. Allgemeine Zielsetzung der Sitzungen

Um die bewegungstherapeutisch spezifischen Ziele für die jeweilige Abteilungsgruppe zu identifizieren und Anhaltspunkte für die Auswahl der Vorgehensweisen, Techniken und Methoden zur Hand zu haben, ist es sinnvoll von diagnostischen Größen auszugehen. Aus der Fülle diagnostischer Kriterien (Petzold 1990, S. 207) wähle ich zwei Dimensionen aus: die Belastbarkeit und das Aktivitätsniveau. Trotz Vorbehalten kann man die Abteilungsgruppen auf einem 2-dimensionalen Raster verorten.

Die eine Dimension spannt das Aktivitätspotential zwischen aktiv und passiv auf, die andere misst die Belastbarkeit oder Konfliktfähigkeit.

3.3. Beispiel einer Bewegungstherapiesitzung der Abteilungsgruppe der halboffenen Akutabteilung

Die Gruppe umfasste 8 Personen. zwei Männer und 6 Frauen. Die meisten waren wegen Depressionen hospitalisiert. Entsprechend drückend war die Stimmung. Die Gruppe kommt in dieser Zusammensetzung schon zum 3. oder 4. mal in die Stunden, d.h. Vertrauen in die Person des Therapeuten und in die Tragfähigkeit der Gruppe ist gegeben.

Ausgehend von der Passivität der Anfangsstimmung, halte ich ein aktivierendes Experiment für angezeigt. Ich entschieße mich die Basisübung "Kokyu ho", die sitzende Atemübung anzuleiten. Sie verbindet auf elegante Weise Atemtechnik, Gleichgewichtstraining, Interaktionstraining und Beweglichkeit.

Ich gliedere die Sitzung in 5 Abschnitte:

3.3.1. Anwärm- oder Initialphase

Die PatientInnen sollen Gelegenheit bekommen, sich selber zu spüren und anzukommen. Sie holen sich Gymnastikmatten und platzieren sich zur Einstimmung im Raum. Ich beginne mit einer Zentrierungs- und Atemanleitung im Sitzen. Eine liegende Position ist im Moment ungünstig, fördert sie doch regressive Tendenzen.

Beginnend mit der stabilen Sitzbasis, wechseln wir dann zur Aufmerksamkeit im Bauchraum. Die Hände werden auf Bauchdecke und Kreuz aufgelegt, die Aufmerksamkeit soll zwischen den Händen im Bauchraum sein. Die Anleitungen zielen als indirekte Intervention auf eine Vertiefung der Atmung und eine Zentrierung im Hara.

3.3.2. Sensibilisierung für Stabilität und Gleichgewicht für sich allein

Dieser Teil hat zum Ziel, das Körpergefühl für die Balance zu aktivieren, bewusst zu machen und zu trainieren.

Wir beginnen im Stehen und die TeilnehmerInnen erhalten die Anregung, bei hüftbreiten Stand sich der Standfläche bewusst zu werden. Dann geht es darum, die Körperachse zu verschieben und damit den Körperschwerpunkt über diese Fläche zu schieben (ohne Korrekturbewegungen der Arme). So kann die Grenze der Stabilität erlebt werden. Sobald die Schwerelinie außerhalb ist, muss das Fallen mit einem Schritt aufgefangen werden.

Diese Körperhaltung wird mit der sitzenden verglichen. Den Körperschwerpunkt über die stabile Basis der knienden Sitzstellung zu schieben ist anstrengender. Diese Haltung wird stabiler erlebt.

Durch diese Vorübung haben die Patienten erfahren, dass ein hoher Schwerpunkt über einer kleinen Fläche also instabiler ist, als umgekehrt.

3.3.3. Kokyu ho als Partnerarbeit

Jetzt setzen sich PartnerInnen gleichen Geschlechts und etwa gleicher Körpergröße in doppeltem Armabstand gegenüber. Vorerst geht es einmal darum, sich mit Gleichgewicht und Stabilität in der Sitzhaltung vertraut zu machen. Dann werden die Handgelenke gefasst und jede Person sucht sich wieder eine stabile Lage. A soll nun versuchen, B aus dem Gleichgewicht zu bringen. Die gleiche Übung wird je einmal mit blockiertem Atem, beim Einatmen und beim Ausatmen ausprobiert. Ich lasse sie auch die Partner tauschen, um den unterschiedlichen Umgang mit der Stabilität erfahren zu lassen.

3.3.4. Austausch

Die Stimmung ist heiter und sehr angeregt. Die Patientinnen und Patienten haben sich verausgabt und sind ins Schwitzen gekommen. Sie sind beeindruckt vom Unterschied den die Atmung auf die Kraftausübung hat. Ich lasse sie zu zweit austauschen. Sie sprechen angeregt miteinander. Zum Abschluss werden auch Fragen zum seelischen Gleichgewicht der erörtert.

3.3.5. Ausklang

Zum Abschluss leite ich eine einfache Rückenmassage im Liegen an. Partner A liegt auf dem Rücken, die Beine gestreckt. Partner B setzt sich ans Fussende in einer stabilen und bequemen Haltung und umfasst beide Sprunggelenke von A. Er beginnt sie seitwärts zu schwingen, so dass sich die Bewegung durch den Körper fortsetzt bis zum Kopf. Es entsteht eine rhythmische seitliche Schlangenbewegung zur Lockerung der Wirbelsäule. Die Geschwindigkeit und Größe der Auslenkung werden variiert. Dies wird als wohltuend erlebt.

3.4. Beispiel einer Bewegungstherapiesitzung der Psychotherapieabteilung

Die Gruppe umfasste 7 Personen. zwei Männer und 5 Frauen. Die Einweisungsdiagnosen waren heterogen, doch waren alle Patienten aus ihrer Krise. Sie hatten sich verpflichtet, mindestens 6 Wochen sich intensiver mit sich und ihrem eigenen Prozess auseinander zu setzen.

3.4.1. Initialphase

Vor dem Hintergrund einer Konfliktsituation, welche sich durch die Neuaufnahme von 2 Patientinnen in eine seit ca. 10 Tagen stabile Abteilungsgruppe ergab, bot ich der Gruppe ein Experiment an, bei welchem sie sich mit Raum, Regeln setzen, Grenzen schaffen, und Ausgegrenztsein auseinandersetzen konnte. Anfänglich war eine gruppenzentrierte, konfliktzentrierte Vorgehensweise angezeigt, weil die Dynamik die Gruppe in "Alte" und "Neue" spaltete.

Bei der Auswertung im Austausch zeigte sich, dass vor allem eine Patientin, welche wegen Anorexia nervosa behandelt wurde, Mühe bekundete Grenzen zu ziehen, geschweige denn, diese durchzusetzen. Durch ihre beherrschende Rolle in der Dynamik wurde ihre persönliche Schwierigkeit Gruppenkonflikt. Als es galt, mit Objekten - Stühlen, Decken, Seilen etc. ein "Haus" oder Rayon zu umgrenzen, waren alle Mitglieder in der Lage eine Figur zu legen, welche von anderen PatientInnen im Rollenspiel als "Territorium" erkannt und meistens auch respektiert wurde. Die Figur besagter Patientin sah eher aus, wie ein Ort zufällig liegengelassener

Gegenstände. Sie war selbst erstaunt über den Unterschied zwischen ihrem und anderer PatientInnen Gebiet.

3.4.2. Sensibilisierung für Raum und Grenzen

Hier war angezeigt, die offensichtlich verwundete Erfahrung eigenständiger Leiblichkeit zu restituieren. Dazu eignen sich Experimente des Aikido, welche den vielfach geschichteten persönlichen Raum erfahren und auch aktiv bewahren lassen. Ich arbeitete mit der ganzen Gruppe und begann mit der Wahrnehmung der Grenze, welche der eigene Leib durch seine physisch-phänomenologische Gestalt bildet. Dazu wird die eigene Körperoberfläche entweder mit festen Betasten oder durch leichtes Abklopfen erfahren. Dieser Erfahrung gilt es nicht nur nachzuspüren, ich bitte die PatientInnen auch, sich eine plastische Vorstellung der so erfahrenen Körperoberfläche zu machen. Danach wird - ausgehend von festen Stand - erst mit den Armen, dann mit den Beinen, dem Rumpf und dem Kopf der Raum "ausgestrichen", welchen ich ohne mich vom Stand-ort zu bewegen bequem erreichen kann. Wiederum soll ein Bild der sensorischen Erfahrung gemacht werden. Danach folgt dieselbe Arbeit mit einem Ausfallschritt und mit gestreckten Armen. Der Raum vergrößert sich so enorm.

3.4.3. Sensibilisierung für Raum und Grenzen als PartnerInnenarbeit

Es werden Triaden möglichst gleichen Geschlechts und etwa gleicher Körpergröße gebildet. PartnerIn A demonstriert B die Grösse dieses Raumes. C schaut dabei zu und markiert den Raum am Boden mit farbiger Kreide. Danach folgt ein Nähe-Distanz-Experiment, bei dem A in der Mitte ihres/ seines Raumes steht und B sich auf sie/ ihn nacheinander aus allen vier Richtungen zubewegt. Sobald C bei A eine körperliche Veränderung - Atmung, Wimpern zucken, Bewegung - vernimmt wird B gestoppt und die Stelle jeweils markiert.

Zum Abschluss setzten sich alle in die Mitte der so austarierten Gebiete und machten sich die drei Volumina bewusst: Den Raum, den der phänomenale Leib einnimmt, den Raum, der durch die Bewegung der Glieder rein physisch erreicht werden kann und den Raum der persönlichen Sphäre.

3.4.4. Austausch

Vor dem Austausch lasse ich sie alle wiederum ein persönliches Territorium markieren. Zum allgemeinen Erstaunen fallen sie bei allen größer und besser konstruiert aus. Ich fordere die Gruppe auf, einander "Besuche" abzustatten und nach eigenem Empfinden ab- oder zuzusagen. Die obgenannte Patientin zeigt sich sehr berührt, als es ihr gelingt, einem Gast "nein" zu sagen und dieser es auch respektiert. Sie weint. Ich sage ihr anschließend, dass es ihr vielleicht nicht oft erlaubt oder möglich war, Grenzen zu setzen. Das Thema der verbalen Runde drehte sich um Respektierung und Verletzungen der Intimsphäre in der Kindheit.

3.4.5. Ausklang

Hier gebe ich die Empfehlung mit, ihre Bedürfnisse nach persönlichem Raum in der Abteilungsgruppe weiter zu behandeln, so dass die Frage der Zimmerverteilung vor diesem Hintergrund neu aufgerollt werden kann.

4. Zusammenfassung und Schluss

Der vorliegende Vortrag hat einen Brückenschlag von einer therapeutischen Methode zu fernöstlichen Kampfkünsten zum Ziel. Anhand einer spezifischen Population soll theoretisch begründet und praktisch aufgezeigt werden, wie Elemente des Aikido hilfreich in der bewegungstherapeutischen Arbeit mit Klinikpatienten eingebunden werden können.

Der strukturierte Charakter der aikido-typischen Bewegungsformen macht Aikido zu einem Reservoir von tonusregulierenden, bewegungsaktivierenden, sensibilisierenden und expressiven Charakter. Einzelne Fall- und Gleichgewichtsübungen des Aikido eignen sich besonders gut zu "Groundingzwecken" und - durch die leib-seelische Ausdruckseinheit bedingt - auch dazu, zum seelischen Gleichgewicht beizutragen.

Die ihm zugrundeliegende Geisteshaltung ist - bis auf den Transzendenzanspruch des Aikido - dem der therapeutischen Grundhaltung der Integrativen Therapie verwandt.

Literaturauswahl:

Aguilera, D.C., Messik, J.M.: Grundlagen der Krisenintervention. Einführung und Anleitung für helfende Berufe. Freiburg /B.: Lambertus, 1977.

Benedetti, G.: Todeslandschaften der Seele: Psychopathologie, Psychodynamik u. Psychotherapie der Schizophrenie. - 2. Aufl. - Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht, 1987.

Bettinaglio, A.: Bewegungstherapie in der Psychiatrie. Theorie und Praxis der Integrativen Bewegungstherapie. Abschlussarbeit am Fritz Perls Institut Düsseldorf. Zürich, 1992.

Deshimaru,-Roshi, Th.: Zen in den Kampfkünsten Japans. München: Knaur, 1977.

Petzold, H. (Hg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann, 1984, (5. Aufl. 1990).

Protin, A.: Aikido. Die Kampfkunst ohne Gewalt: ein Weg der Selbstfindung. - 4. Aufl. - München: Kösel, 1991.

Rudolf, G.A.E.: Therapieschemata. Psychiatrie. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1988.

Scharfetter, Ch.: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme, 1985.

Scharfetter, Ch.: Schizophrene Menschen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1986.

Suzuki, T.D.: Der Weg der Erleuchtung. Die Übung als Mittel, Satori zu verwirklichen. Holle: Baden-Baden, 1961.

Trevisan, A.: Aikido. Das große Lehr- und Übungsbuch. Bern; München; Wien: Scherz, 1991.

Anschrift des Verfassers:

Antonio Bettinaglio

Alte Landstrasse 32

CH-8032 KILCHBERG

Schweiz

Ein etwas ausführlicherer Artikel mit zahlreichen Anmerkungen und Skizzen kann beim Autor angefordert werden.