

Die Praxis der Integrativen Bewegungstherapie in der Psychiatrie - Falldarstellung einer Gruppensitzung

Antonio Bettinaglio, CH-Kilchberg

1. Allgemeine Bemerkungen zu den therapeutischen Zielsetzungen im therapeutischen Setting

Daß Patienten stationärer Einrichtungen, wie sie eine psychiatrische Klinik darstellt, kaum im Zustand regulärer Kompensation und Zurechnungsfähigkeit sind, den wir als Basis seelischer Gesundheit als selbstverständlich voraussetzen, habe ich andernorts ausführlich beschrieben (Bettinaglio 1989, 1993a, 1993b). Die Klinikeinweisung steht oft für eine Krise, welche sich dadurch auszeichnet, daß die normalerweise ausreichenden Strukturierungs- und Kompensationskompetenz des Ich's versagen. Die Faktizität einer so tiefgreifenden Maßnahme, wie sie eine Klinikeinweisung darstellt, beleuchtet die Not, in der sich nicht nur der Patient oder die Patientin, sondern oft auch deren soziale Umgebung befindet.

Bei der Klinikpopulation - insbesondere auf den Aufnahmeabteilungen, wo sich die Patientinnen und Patienten in der Anfangsphase ihrer Krise meist befinden - handelt es sich also um Personen, deren momentaner Zustand im Modell Therapeutischer Tiefung nach Petzold (1988a) dem der untersten Stufe der "Dekompensation" entspricht. Bewegungstherapeutische Arbeit in diesem Kontext muß also erstmals davon ausgehen, 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 unter Umständen in archaischen Angst- und Panikzuständen und/ oder in tiefer Depression. Die Symptome reichen von völliger Katatonie bis zum psychotischen Erregungszustand, vom Alkoholdelirium bis zur psychotischen, aggressiven Angstreaktion (zu den Symptomen vgl. u.a. Kisker u.a. 1987; Scharfetter 1986; ICD-10; Tölle 1988).

Die hauptsächliche Stoßrichtung therapeutischer Zielsetzung muß diesen Zustand und seine Erfordernisse berücksichtigen. Aguilera & Messik (1977) haben die zentralsten Ziele krisenintervenitorischer Arbeit ausführlich dargestellt. An dieser Stelle geht es darum, sie in bewegungstherapeutischen Kontext umzusetzen.

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.

An dieser Stelle wird ebenfalls auf die Erörterung anderer wichtiger Implikationen psychiatrischer Krankheitsbilder verzichtet werden. Dazu gehören u.a. die Kontraindikation gewisser imaginativen Techniken bei Krankheitsbildern des schizophrenen Formenkreises. Die IBT benutzt zur Darstellung, zur Erklärung oder zur Bewegungssuggestion oft Bilder, wie z.B. das Bild eines sich im Wasser bewegenden Tintenfisches für weiche, fließende Bewegungen. Man muß sich darüber im Klaren sein, daß Menschen mit fragmentiertem Ich solche Bilder wörtlich nehmen können. Sie können dann große Ängste oder gar einen Schub auslösen. Auch auf Auswirkungen von Unverträglichkeiten auf der metatheoretischen Ebene wurde nur am Rande eingegangen (Scharfetter 1993).

Ich betone auch an dieser Stelle, daß bei der therapeutischen Arbeit auf Akutabteilungen der Psychiatrie die generelle Arbeitsrichtung also von "unten" nach "oben" bezüglich des Modells der therapeutischen Tiefung zu erfolgen hat⁵. Der Psychiater Scharfetter hat die Zielsetzung dieser Form der Arbeit als eine "dreifache Rekonstruktion" bezeichnet. Es geht ihm um:

1. die Rekonstruktion des desintegrierten Ichs (welches bei ihm auch den Leib umfaßt)
2. eine Rekonstruktion der Bezogenheits- und Interaktionserfahrung und schließlich
3. eine "Rekonstruktion der gemeinsamen intersubjektiv übereinstimmenden Wirklichkeit im Sicherstrecken in einem gemeinsamen Handlungsraum" (vgl. Scharfetter 1989, S. 23).

Als Vorgehensweise wird in den bewegungstherapeutischen Sitzungen der Akutabteilungen vorwiegend übungs- oder erlebniszentriert gearbeitet. Nach der Stabilisierung ihrer Krise werden Patientinnen und Patienten entweder entlassen oder sie wechseln zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung oder zur Rehabilitation in eine andere Abteilung. Auf diesen Abteilungen wird entsprechend der Programme mehr an Verantwortlichkeit und Belastbarkeit von den Patienten erwartet. Entsprechend herausfordernder kann auch die Bewegungstherapie gestaltet werden: d.h. daß entsprechend dem inzwischen erreichten Stabilitätsniveau wieder therapeutisch getieft werden kann.

Konkret kann neben der übungs- oder erlebniszentrierten Einstimmung auch gruppenzentriert (Dynamik zwischen den Patientinnen und Patienten) und konfliktzentriert gearbeitet. Persönliche Themen von einzelnen Gruppenmitgliedern oder Themen der Dynamik der ganzen Abteilungsgruppe werden wenn immer möglich durch eine gruppenzentrierte oder -gerichtete Vorgehensweise aufgenommen. Wenn ein Thema einmal nicht für die ganze Gruppe Gültigkeit hat, werden vor allem in der Integrationsphase Vignetten von Einzelarbeiten im Gruppensetting angeboten.

2. Auswahl der Protokolle

In diesem Abschnitt wird beispielsweise der Verlauf einer ausgewählten Gruppensitzung einer Rehabilitationsabteilung beschrieben (zu weiteren Protokollen vgl. Bettinaglio 1993a). Die Sitzung fand im Spätsommer 1990 statt. Für das Verständnis des Sitzungsverlaufes halte ich die Kenntnis einiger Rahmendaten für unerlässlich. Diese Sitzung stellt eine von insgesamt über 1000 (Kurz-) Sitzungsprotokollen dar. Ausschlaggebend für die Auswahl dieser Sitzungen waren u.a. die institutionellen Rahmenbedingungen. Es war meine Absicht, daß mehr die Dynamik der Patientengruppe und die patientenspezifischen Anliegen im Vordergrund stehen sollten und weniger das Klinik- oder Abteilungsgeschehen.

Die Themen der Sitzung standen kaum je zum vornherein fest, sondern ergaben sich gemäß dem Gruppenprozeß, dem Abteilungsgeschehen, der Atmosphäre und/ oder der Zusammensetzung der Gruppe nach Geschlecht oder Krankheitsbildern. Zwei weitere Punkte sind bei der folgenden Lektüre dauernd mitzubedenken:

Zum Einen stellen Protokolle immer nur einen bescheidenen Ausschnitt des wirklichen Therapieverlaufes dar. Die getroffene Wahl stellt einen Kompromiß zwischen Ausführlichkeit und Relevanz dar und hat die Transparenz von Voraussetzungen, Zielsetzung, Charakter, Dynamik und Atmosphäre der jeweiligen Sitzung zum Ziel. Auf ausführlichere Wortprotokolle und die Beschreibung des Geschehens auf Nebenschauplätzen wurde aus dem gleichen Grund bewußt verzichtet.

Zum anderen spielt die zeitliche Abfolge (Timing) von Übungsanleitungen und die zeitliche Staffe- lung von Interventionsfolgen eine große Rolle. In bestimmten Situationen entscheidet sogar eher der Zeitpunkt als der Inhalt über die subjektive Bedeutung einer Intervention: m.a.W. wann ich etwas sage kann wichtiger werden, als wie ich es sage. Hie und da ist es ja gerade Schweigen und Warten, was eine Situation erfordert. Diese variierenden Abfolgegeschwindigkeiten, Pausen und Längen können sprachlich nur sehr unpräzise wiedergegeben werden. Sie werden in Einzelfällen explizit erwähnt, hie und da müssen sie auch "zwischen den Zeilen" gedacht werden.

Sitzungsprotokolle der Psychotherapieabteilung wurden hier nicht ausgewählt, weil sie am ehesten den gruppentherapeutischen Ideal einer halboffenen resp. geschlossenen Gruppe entsprechen.

3. Der institutionelle Kontext

Ich arbeitete als Bewegungstherapeut mit Patienten der Akutpsychiatrie in einer psychiatrischen Klinik mit insgesamt 220 Betten. Die Klinik war intern nach funktionsspezifischen Abteilungen struk-

turiert, mit der Absicht den Patienten ein breites stationäres Angebot in ihrer Krise zu gewährleisten.

Das Behandlungsangebot wurde von folgenden Abteilungen oder Stationen von einem Team, bestehend aus Assistenzarzt, AbteilungsleiterIn, Psychiatrieschwestern, resp. -pflegern, Lehrschwester gewährleistet. 3-4 Oberärzte war abteilungsübergreifend für medizinisch-psychiatrische Belange verantwortlich. Alle Abteilungen konnten auf zusätzlich auf das paramedizinische Angebot (Sozialdienst, Arbeitstherapie, etc.) abstellen.

GA: Geschlossene Akut- oder Aufnahmeabteilung

OA: Halboffene Akut- oder Aufnahmeabteilung

OR: Offene Rehabilitation

ORA: Offene Rehabilitation für junge Adoleszente mit Basisstörungen PS: Psychotherapiestation

PA: Privatabteilung

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.

Aus der Sicht einer durchschnittlichen Patientin oder eines Patienten sah das Klinikangebot wie folgt aus: Die Aufnahme während der Krise erfolgt in die Akut- oder Aufnahmeabteilung. Wenn sich die Patientin oder der Patient stabilisierte, wurde zusammen mit den Betreuungspersonen das weitere Prozedere bestimmt.

3.1. Kriterien der allgemeinen Zielsetzung bewegungstherapeutischer Sitzungen

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. Spezifische 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 1988a, S. 200 ff) wähle ich für die praktische Handhabung zwei Dimensionen aus:

1. die Belastbarkeit

Diese Dimension mißt die psycho-physische Belastbarkeit. Darin sind Größen, wie die Konfliktfähigkeit, die Heterogenität der Gruppe bezüglich Alter, Geschlecht, Krankheitsbild und körperliche Konstitution eingearbeitet.

2. das Aktivitätsniveau

Diese Dimension spannt das Aktivitätspotential zwischen aktiv und passiv auf und nimmt auch bezug auf auto- und alloplastische Ausprägungsformen des Umgangs mit Affekten und der Abwehr.

Trotz Vorbehalten kann man die Abteilungsgruppen auf einem 2-dimensionalen Raster verorten (vgl. Abbildungen).

Darstellung: Diagramm Belastbarkeit versus Aktivitätsniveau und therapeutisches Vorgehen

Legende:

GA: Geschlossene Akut- oder Aufnahmeabteilung
OA: Halboffene Akut- oder Aufnahmeabteilung
OR: Offene Rehabilitation
ORA: Offene Rehabilitation für junge Adoleszente mit Basisstörungen PS: Psychotherapiestation
PA: Privatabteilung

3.3. Der Einfluß der Medikamente

Die Patienten sind meistens schon auf der Aufnahmestation medikamentös eingestellt worden, stehen also unter Medikamenteneinfluß. Da nach Möglichkeit mit den Standardmedikamenten auf möglichst tiefen Dosierungsniveau gearbeitet wird (vgl. Finzen 1987), verändert sie sich also im Verlaufe der Behandlung und wird im günstigsten Fall ganz ausgesetzt. Auch die Behandlungsform ändert: alle Patienten erhalten eine orale Verabreichungsform. Auf dieser Abteilung werden sie im Arztgespräch über die Krankheit, die Symptomatik und die Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt. Sie erfahren, als Teil des Rehabilitationsprogramms zu höheren Eigenverantwortung, wann sie welche Medikamente in welcher Dosierung aus welchem Grund zu sich nehmen. So gesehen ist der negative Einfluß der Medikamente in der Bewegungstherapie auf dieser Abteilung klein. Es kann höchstens in dem Sinn positiv gewertet werden, als daß Patienten ohne Medikamente vermutlich weniger gut und häufig teilnehmen könnten. Sie wären stärker von ihrer Symptomatik beherrscht.

4. Eine Sitzung der Rehabilitationsabteilung

Die Rehabilitationsabteilung nimmt Patienten auf, welche nach der akuten Phase und/ oder der medikamentösen Einstellung aus eigener Motivation oder aus externen Sachzwängen (Verlust der Wohnung, Arbeitsplatzes, Beziehungen) in einem geschützten und tragenden Rahmen ihren Austritt vorbereiten wollen. Im fraglichen Zeitraum war die Gruppengröße (Durchschnitt 8.4 Patienten, Abweichung 1.5) sehr stabil und auch die Anzahl Sitzungen pro Monat und Patient (Mittel 4.2, Abweichung 2.0) für den Charakter dieser Abteilung relativ stabil. Auf der Abteilungsgruppe waren damals sieben Patientinnen und zwei Patienten.

4.1. Die Patientengruppe

Alle Patienten sind Schweizer, d.h. die Anleitungen erfolgen in diesem Fall in Schweizerdeutsch. Sie kennen einander bereits seit kürzerer oder etwas längere Zeit, brauchen sich also nicht mehr namentlich vorgestellt zu werden. Die Namen der PatientInnen wurden anonymisiert.

4.2. Die Beschreibung des Prozesses

4.2.1. Initialphase

Die Sitzung fand an einem sonnigen Tag um 10 Uhr vormittags nach dem Abteilungsgespräch statt. Sie dauerte ca. 75 Minuten. Die Gruppe war gekennzeichnet durch eine extrem heterogene Zusammensetzung bezüglich Krankheitsbilder, Klinikerfahrung, Intelligenz und Körperbezug.

Kurz zuvor verließ ein Patient die Gruppe, der seine Suchtstruktur durch dominierendes Verhalten kompensierte. Nach seinem Austritt fühlte sich die Gruppe sehr verunsichert, weil sie viel Verantwortung an ihn delegierte. In der Folge mußten Rollen neu gefunden und verteilt werden. Dieser unsicheren Situation entsprechend zögernd, tröpfelten die Teilnehmer in die Sitzung. Wie ich vom Team erfuhr, lief das Abteilungsgespräch harzig und war von einer Atmosphäre von Ängstlichkeit und Passivität gekennzeichnet. Weil die Sonne schien, bot ich den ersten Ankömmlingen an, sich noch draußen vor dem Saal vom Sonnenlicht wärmen zu lassen. Als die letzte Patientin ankam, begann ich mit ein

er Verspätung von 10 Minuten. Alle bis auf Frau Bell waren anwesend. Sie gehörte auch zur Abteilungsgruppe, war aber wegen eines externen Arbeitsversuches von dieser Sitzung dispensiert.

Ich beschloß das Zuspätkommen in dieser Situation nicht zu thematisieren, weil ich es als Trauer- und

Protestreaktion auf den Abschied dieses für die Gruppe tragenden Mitglieds deutete. Die Stimmung war so fragil, daß ich dem Ziel der Gruppenkohäsion Vorrang gab. Ausschlaggebend war auch die Information der Stationsärztin, daß die Abschiedsthematik im Gruppengespräch auf massiven Widerstand stieß. Die aktuelle Stimmung war auch Ausdruck dieses Mißbehagens.

Da die Arbeit im Liegen regressive Tendenzen verstärken kann, war jetzt Arbeit im Stehen angezeigt. Regressionen zu fördern ist für eine Gruppe mit vielen psychotisch Patienten mit Tendenz zur Minus-symptomatik nicht angezeigt, weil sie sich in sich und die Passivität zurückziehen, aus der sie sich kaum selber herausholen können. Dies erhöht das an sich schon hohe Angstpotential und läßt die Reste von Zusammengehörigkeitsgefühl in den autistischen Welten verschwinden.

Ich entscheide mich dafür, die dünnen Fäden der Gruppenkohäsion zu einem dichteren Teppich von Vertrautwerden und Vertrauen zu verweben. Da die Erfahrung, daß man über das gemeinsame Gespräch zu diesem Ziel gelangt kurz davor enttäuscht wurde, ist eine aktionale Form vor allem bei dieser Zusammensetzung jetzt angezeigt. Erfahrungen, miteinander (spielerisch) kooperieren zu können, Bewegungsabläufe erst leiblich mit einem Gegenstand und später interaktionell koordinieren zu können, sind tief in die "Archive des Leibes" eingeschrieben. Das Ziel dieser Sitzung ist, diese positiven Erfahrung zu evozieren und zurückzurufen, um ihre vertrauensstiftende Qualität in die Um- und Mitwelt wieder zu beleben und zu erfahren.

4.2.2. Aktionsphase

Die Webe-Metapher bringt mich auf die Idee mit Tüchern zu arbeiten. Tücher haben vom Material her die Kombination der Qualitäten Leichtigkeit, Weichheit und Zugfestigkeit. Ihr Aufforderungs- und Projektionscharakter besteht im Zusammenknüllen, Entfalten, Verbinden, Flattern-lassen, Anschmiegen, Abdecken Sich-wärmen u.a.m.. Die Farben evozieren Bilder von Fahnen, Wäscheleinen, Festen und damit Fröhlichkeit (zu Arbeiten mit "Werkzeugen" vgl. Gräff 1983). Sie laden zu raumgreifenden Bewegungen oder fordern eher zwanghafte Naturen auf, sie präventiv zusammenzufalten.

Ich lasse die Patienten die Art und Farbe der Tücher wählen. Weil ich durch Strukturierungshilfen für ein physisches und damit psychisches "Geländer" sorgen will, gebe ich ein festes Setting vor, wie sie mit dem Tuch umzugehen haben. Statt sie also aufzufordern auf eigene Wahl im Raum umherzugehen und mit dem Tuch vertraut zu werden, beschließe ich eine aufbauende Vorgehensweise anzuleiten. Durch eine solche Strukturierung auf der interaktionellen Ebene kann auch die weiche und fließende Qualität des Stoffes - der psychotischen Menschen durchaus Unsicherheit vermitteln und damit Angst machen kann - kompensiert werden. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß der Aufbau des interaktionellen Netzes erst durch Diaden, dann durch Vierergruppen und wenn möglich zur Gesamtgruppe für den Kohäsionsprozess sehr stützend wirken kann. Voraussetzung ist allerdings, daß Situationen mit hohem Übertragungs- und Projektionspotential anfänglich vermieden werden. Eine Gruppengröße von acht läßt sich einfach in vier Diaden und zwei Quartette teilen. Die Patienten werden aufgefordert, sich einen Partner oder eine Partnerin zu suchen. Die beiden Männer, die sich auch das Zimmer teilen, wählen sich. Frau Bächtobel und Frau Bärlocher, beide mit ähnlichem Krankheitsbild und mit krankheits- und medikamentenbedingt verlangsamter Motorik bilden die zweite Diade. Frau Bless wählt Frau Bader und Frau Bachmann Frau Baldegg.

Jedes Paar bestimmt, wer damit beginnt mit dem Tuch irgendeine Bewegung vorzumachen (Partner A). Der Partner (Partner B) hat die Aufgabe den Bewegungsablauf zu spiegeln. Man soll mit einfachen und langsamen Bewegungen anfangen und später zu komplexeren übergehen, bei denen die Bewegungsmöglichkeiten ausgelotet werden dürfen. Wenn B nicht genug schnell folgen kann, beginnen beide nochmals von vorn. Die Teilnehmer beginnen erst mit noch unsicheren Bewegungen bis sie geschmeidiger und gewagter werden. Die Atmosphäre fängt an aufzuhellen. Es wird gelacht. Je nach Bewegungs-, Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer entstehen für die Diade bezeichnende "Tanzformen". Nach einiger Zeit fordere ich zum Rollenwechsel auf. Ich mache darauf aufmerksam, daß Führen und Geführtwerden unterschiedlich erlebt werden kann. Jede und jeder soll für sich rausfinden, was ihr oder ihm leichter fällt. Bevor ich zur dritten Sequenz überleite, in der die Rollen A und B aufgehoben werden, befrage ich die Patienten blitzlichtartig, wie sie diese Sequenz erlebt hätten.

Die beiden Männer haben sich dabei gut amüsiert. Herr Barth hat sich lieber führen lassen. Viele erwähnen, daß sich aufgeweckter fühlen. Einzig Frau Bader schweigt. Sie ist so mit ihrem "Kügelchen im Kopf" absorbiert, daß sie eher mechanisch mitmacht. Ich spreche sie absichtlich an, um sie aus ihrer Isolation zu locken. Sie antwortet brummig etwas Unverständliches. Ich interpretiere das Brummen als "Das Experiment ist schon in Ordnung - laß mich bloß mit Fragen in Ruhe". Wenn ich ihr bei anderen Gelegenheiten meine Interpretationen zur Überprüfung mitteile, reagiert sie meist erleichtert und lacht sogar dazu. So erlebt sie, daß sie trotz ihrem Krankheitszustand und ihrer Unfähigkeit und teilweisen Unwilligkeit sich auszudrücken von anderen verstanden werden kann.

Das Spiegeln ohne klare Anweisung wer leitet, führt zu einer Art Tanz, der bei jeder Diade ihrer momentanen Stimmungslage und Beziehung Ausdruck verleiht. Da die Wahlen nach Sympathien erfolgten, wirken die meisten "Tänze" harmonisch. Einige fast mit Zeitlupentempo, bei andern schneller. Nachdem sie zu zweit eine gute Einstimmung gefunden haben und sich ein Fluß des Zusammenspiels ergab, lasse ich Vierergruppen bilden. Ich erwähne die größere Herausforderung, denn jetzt müsse man auf drei Partner achten. Gleichzeitig sei offen, wer den nun den Ton angibt. Die Anregung wird gut aufgenommen und es entstehen "Quartetttänze".

Anschließend beziehe ich die ganze Gruppe in das Experiment ein. Folgende Bedingungen lassen mich diesen Entscheid treffen:

- Die Teilnehmer sind gut motiviert
- Individuelle Unterschiede in der Stimmung und Beweglichkeit haben sich im Verlaufe des Experiments ausgeglichen.
- Die Bereitschaft, sich auf die verbliebenen Unterschiede einzulassen, kann bei fast allen vorausgesetzt werden.
- Der Spannungsbogen für die geistige Konzentration und die leibliche Ausdauer ist jetzt optimal: die Patienten sind gut eingestimmt.

Mit dieser Interpretation und Entscheidung gehe ich ein gewisses Risiko ein, daß einzelne unterschwelligen Spannungen offen ausbrechen. Für diesen Fall bin ich bereit auf ein konfliktzentriertes Vorgehen umzuschwenken und die Beziehungsklärung voranzutreiben. Neben der verbalen Auseinandersetzung böten sich leibliche (Gräff 1983, S.114) oder symbolische Nähe-Distanz Experimente (Hömann-Kost 1991, S. 107) an.

Wie sich im Ablauf zeigt, kommt es nicht dazu. Die Gruppe bildet spontan einen Kreis in dem sich immer zwei gegenüberzustehen kommen, die bisher nicht zusammen gearbeitet haben. Ich nutze die Gelegenheit, sich auch auf nicht gewählte Partner einzulassen und fordere dazu auf, sich zuerst wiederum zu zweit zu spiegeln. Die gegenüberstehende Person wird Spiegel, indem sie die Bewegungen so nachahmt, wie wenn man in einen Spiegel schaut. Für die Konzentration ist es wichtig, sich nicht von Nachbarn ablenken zu lassen. Nach einiger Zeit wird die diadische Anordnung aufgelöst. Die ganze Gruppe soll nun einbezogen werden. Dazu soll die Aufmerksamkeit gleichzeitig auf alle Teilnehmer gerichtet werden, d.h. ich darf also niemanden direkt anschauen, sondern den Blick offen halten für alle. Dann beginnt irgendwie irgendwer sich zu bewegen. Alle imitieren die Bewegung, ohne daß klar ist, wer eigentlich die Vorgabe macht. Dies erfordert eine hohe Bereitschaft, auf andere einzugehen und bedeutet vor allem für zurückgezogene und sedierte Patienten eine große Herausforderung. Ich betone, daß die Aufgabe keineswegs einfach sei und bitte die Teilnehmer, wenigstens einen Versuch zu wagen. Als Starthilfe biete ich eine einfache Grounding- und Zentrierübung vor (Füße spüren, sich im Lot einpendeln) an. Dann beginnt langsam eine koordinierte Bewegung aller Beteiligten. Trotz unterschiedlicher Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit hat die Gruppe einen guten Kooperationsgrad erreicht. Vor allem für die psychotischen Patienten ist nun die Grenze ihrer Konzentrationsfähigkeit erreicht. Ich lasse alle aus der Kreisform treten und eigene Wege gehen. Hilfreich ist, entweder eine kurze Pause anzubieten, oder wie in diesem Fall Musik aufzulegen und die Patienten einzuladen, sich mit ihrem Tuch oder mit einem Partner zum Rhythmus zu bewegen. Frau Bärlocher und Frau Bader setzen sich und schauen zu, wie die anderen durch den Raum tanzen.

4.2.3. Integrationsphase

Da die Zeit noch reicht, die Gesprächsbereitschaft in der Abteilung überstrapaziert wurde, beschließe ich die Integration hauptsächlich auf nonverbale Weise durchzuführen. Gleichzeitig visiere ich das Ziel an, die atmosphärisch deutlich spürbare Kohäsion noch zu festigen. Da ein Plafond an Zusammengehörigkeit und Kooperationsbereitschaft erarbeitet wurde, können die Präliminarien anders gesetzt werden. Das Setting braucht nicht mehr diesen hohen Strukturierungsgrad aufzuweisen, die Positionen, Kooperationen und das Maß an Engagement können freier gewählt werden. Da die Gruppe als ganzes wieder Halt gibt und bewiesen hat, daß sie Kooperations- und Kohäsionsfähig ist, können Unterschiede (an Wegen, Wünschen, Entscheidungen und Handlungen) wieder besser ausgehalten werden.

Weil das Tuch a) symbolisch für den Integrationsprozess steht und b) Form-, Farb- und Materialeigenschaften besitzt, die es für einen intermedialen Quergang geeignet erscheinen lassen, lade ich die Gruppe dazu ein, mit den Tüchern ein Gruppenbild zu legen. Zwei Regeln zur Strukturbildung und zur Konfliktvermeidung - so tragfähig schätze ich die Gruppe nicht ein - und der Boden als "Leinwand" bilden den Hintergrund für die Figur des Puzzles. Ich gebe absichtlich keinen thematischen Stimulus, was die Patienten anfänglich zu Nachfragen veranlaßt: "Was sollen wir machen?". Die hinter der Frage spürbare Unsicherheit zeigt, daß sie sich noch nicht alleine trauen, eigene Schritte zu tun. Ich ermutige sie, auszuprobieren, was ohne Anleitung entsteht. man darf auch mehr als ein Tuch hinglegen.

Die Teilnehmer beginnen ihre Tücher sorgfältig zu falten und auszulegen. Langsam entsteht eine Form, die weitere Teilnehmer als Hintergrund für ihre "Addition" oder Kreation nutzen. Als die fertige Form liegt bemerke ich deren ästhetische Ausdruckskraft und bestätige, daß sie so etwas zu Wege bringen auch ohne vorher zu wissen, was es daraus gäbe.

Als Therapeut lese ich aus den Tuchlagen das Soziogramm der Gruppe. So liegt z.B. nicht von Ungefähr Frau Baders Tuch weit außen etwas zerknüllt am Rand. Die beiden Männer haben die Tücher in der Mitte gelegt. Die Frauen drappieren die ihrigen dekorierend um dieses Zentrum. Das Gewicht der Männer in der Gruppe ist nach meiner Einschätzung @Abrigens weniger durch die Aufenthaltsdauer, Persönlichkeit oder das Geschlecht bestimmt, sondern durch ihre nahe Beziehung. Eine solche Solidarität ist zwischen den Frauen dieser Gruppe nicht anzutreffen. Frau Bless hat ihr Tuch gefaltet hingelegt, sie will nicht zu offen sein.

Zum Abschluß fordere ich die Gruppe auf, Ideen darüber auszutauschen, wie denn dieses Gebilde heißen könne. Die Bilder vor allem der abstrakten Malerei in den Museen sähen ja ganz ähnlich aus. Diese trügen zum Teil den Titel "Ohne Titel". Es gibt aber auch solche, da trüge ein grünes Quadrat den Titel "Baum". Nach längerem Hinsehen, könne man dann tatsächlich auch einen Baum erkennen. Plötzlich sieht man auch, daß die kleinen schwarzen Punkte daneben ein Vogelschwarm sein könnte. So würde sich dem Betrachter das Bild nach und nach erschließen. So ähnlich wollen wir nun unser Bild betrachten. Lassen Sie die Farben, Formen und Konfigurationen auf sich wirken oder versuchen Sie Ihr Empfinden in Worten auszudrücken.

Durch dieses Vorgehen wird das Produkt zur projektiven Leinwand für psychische Inhalte. Von den Assoziationen kann man auch Arbeitshypothesen über das Erleben der Gruppendynamik des betreffenden Mitglieds machen. Die Interpretation als Chaos läßt z.B. vermuten, daß der Patient nicht in der Lage ist, im Gruppengeschehen und der -dynamik Strukturen zu erkennen.

Das Experiment kann auch als Training der hermeneutischen Gestaltbildung betrachten. Am schraubenförmige Prozeß von der Wahrnehmung (Formen, Farben, Konfigurationen), des Erfassens, Erklärens, Verstehens und wiederum Wahrnehmens auf der nächsten Stufe ist die ganze Gruppe, sich gegenseitig stimulierend, beteiligt. So "gebietet" die erste Gestalt eine zweite, dritte u.s.f. In diesem Prozeß werden die visuellen Stimuli des perzeptiven Leibes mit den Erfahrungen des memorativen Leibes reflexiv verbunden. Die zum Titel prägnant gefaßte Gestalt wird im verbalen Ausdruck anderen mitgeteilt (Orth, Petzold 1990b). Die von C.G. Jung (1971) erwähnten vier "Funktionen" des Menschen (das Denken, Fühlen, Imaginieren und Empfinden) werden gleichzeitig gefordert und ange-

sprochen.

Einige Patienten beteiligen sich spontan an der Einführung und erzählen eigene Erlebnisse mit Bildern oder erwähnen die Bilder, die sie in der Maltherapie schon gemacht hatten. Daraufhin werden erst zögernd mögliche Bildtitel genannt: Pfeil, Drache, Haus, Maschine, Chaos u.s.w. Ich fordere die Patienten auf, uns anderen mitzuteilen, wie man sich den Pfeil u.s.w. vorzustellen hätte. Diese Konkretisierung halte ich vor allem bei Patienten mit Neigung zur psychotischen Dekompensation für angezeigt. Durch das Nachvollziehen der Sichtweise wird ein Bezug zwischen Symbol und Realität (Tücher, Formen, Farbe) hergestellt und damit einem psychotischen Verarbeitungsmodus vorgebeugt. Wenn ich bei einem Patienten unsicher bin, wie er das Gesagte sieht oder verstanden hat, frage ich gezielt nach. Dabei unterstütze ich realitätsnahe und -konforme Interpretationen im Sinn von "Dieses rote Tuch neben dem grünen wirkt von weitem, wie ein roter Schornstein auf einem grünen Hausdach. Haben Sie auch schon Häuser mit grünen Dächern gesehen?". "Kupferdächer werden mit der Zeit grün, wenn sie oxidiert sind. Sie können das z.B. bei der Kuppel des Universitätsgebäudes sehen".

Wenn der Fluß der Interpretationen einmal in Gang gekommen ist, kommen immer mehr Titel zusammen. Gleichzeitig gehen die Inhalte von Abstrakta (Chaos) mehr zu konkreten über "Ein Haus mit einem Blumengarten davor". So kommt eine ansehnliche Zahl möglicher und teilweise origineller Titel zusammen.

Man könnte den Gruppenprozeß noch dahingehend weiterführen, dem Gebilde einen konsensualen Gruppentitel zu geben. Ich verzichte darauf und schließe den Prozeß mit der Aufzählung der genannten Titel und der Frage nach der Auflösung des Gruppenwerkes. Einer nach dem andern entfernt ein Tuch, bis der Boden wieder frei ist. Ich lasse die Patienten nochmals einen Kreis bilden und frage kurz nach ihrer Befindlichkeit. Die spürbar leichte und aufgestellte Atmosphäre der Gruppe kommt in kurzen Antworten zum Ausdruck. Wir verabschieden uns bis zur nächsten Sitzung in 2 Tagen. Schwatzend und lachend verlassen sie in kleinen Gruppen den Saal. Frau Bader sucht ihre Zigaretten und brummt einen Abschiedsgruß. Ich bleibe alleine im leeren Saal zurück und spüre, wie die dichte Atmosphäre zusammen mit den Patienten langsam auszieht. Ich empfinde ein Gefühl tiefen Respekts vor dem Mut dieser kranken Menschen, sich auf solch ungewöhnliche Reisen einzulassen und vor ihrer Bereitschaft, sich trotz bitteren Enttäuschungen und tiefen Wunden dem Wagnis der Begegnung (Petzold 1988b) zu stellen.

4.2.4. Neuorientierungsphase

Wie schon in Abschnitt 2.4. ausgeführt, kommt der Neuorientierung eine auf bewegungs- oder abteilungsspezifische eingeschränkte Bedeutung zu, weil sie in der Klinik arbeitsteilig organisiert wird. Was die Umsetzung in das Abteilungsgeschehen betrifft, so hat sich bereits im Verlauf der Sitzung gezeigt, daß die Gruppe wieder arbeitsfähig ist. Anhand eines Vergleichs der Stimmung vor und nach der Bewegungsstunde wird deutlich, daß die Patienten die Erfahrung der Stunde direkt umgesetzt haben. Inwiefern die über den Aufenthalt hinaus und in das Leben draußen wirkt, habe ich nur indirekte Informationen.

5. Diskussion

Auf symbolischer Ebene könnte man die Absicht des Experiment wie folgt zusammenfassen: Gemeinsam mit andern gestalte ich - einen Ausschnitt von - Welt. Ich nehme das Geschaffene wahr, vergleiche ich es mit mir Bekanntem und interpretiere es für mich. Mein Verständnis - meinen Sinn - teile ich anderen mit, andere teilen ihren Sinn mit mir. So bin ich im Kontakt mit der Umwelt und begegne dem Mitmenschen. Auch wenn wir verschieden sind, unterschiedlich handeln, wahrnehmen und begreifen, so können wir uns doch mit Symbolen (Sprache, Bild) berühren. Auch wenn ich anders bin als Du und Du anders bist als ich, wir haben beide einen Platz und ein Recht auf eine eigene Art zu leben. Auch wenn ich jetzt krank bin, ist meine Fähigkeit zur Koordination und Kooperation nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Es gibt Mittel und Wege, diese Quellen wieder zum Fließen zu bringen.

Anmerkung der Redaktion: Die Redaktion weist darauf hin, daß dieser Artikel ein kurzer, teilweise

überarbeiteter Auszug aus der Graduierungsarbeit "Bewegungstherapie in der Psychiatrie, Theorie und Praxis der Integrativen Bewegungstherapie" (Zürich 1989) des Autors am Fritz Perls Institut Düsseldorf ist. Diese Arbeit enthält neben einem theoretischen Abriß der IBT eine Diskussion ihrer Implikate für die klinische Praxis und eine ausführliche Beschreibung von 6 Gruppensitzungen. Neben einer Fülle von Bewegungsexperimenten enthält sie ein Glossar der wichtigsten Begriffe der Integrativen Therapie. Insgesamt stellt die Arbeit nach Wissen der Redaktion eines der differenziertesten und umfangreichsten Werke (335 Seiten) zur IBT in der Psychiatrie dar. Weitere Anfragen sind direkt an den Autor zu stellen. Wir danken dem Autor für die freundliche Überlassung und Überarbeitung. Wir haben ausnahmsweise die Literaturliste ausführlicher abgedruckt, da es sich z.T. um Standardwerke der Psychiatrie handelt.

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: Vadenhoeck u. Ruprecht, 1987.
- Bettinaglio, A.: Bewegungstherapie in der Psychiatrie. Theorie und Praxis der Integrativen Bewegungstherapie. Abschlussarbeit am Fritz Perls Institut Düsseldorf. Zürich, 1989.
- Bettinaglio, A.: Integrative Therapie und Aikido in der Behandlung psychiatrischer Patienten. Vortrag gehalten an der Tagung für klinische Bewegungstherapie und fernöstliche Kampfkünste in der Persönlichkeitsentwicklung und Behandlung seelischer Erkrankungen. Berlingen 17.-19.9.93. (Auszugsweise abgedruckt in: Integrative Bewegungstherapie, Heft Nr. 2/1993a (3. Jahrg.), S. 10-23.
- Bettinaglio, A.: Körper und Lernen in der Erwachsenenbildung. Aus der Praxis für die Praxis, Bericht Nr. 8. Luzern: Akademie für Erwachsenenbildung, 1993b.
- Bettinaglio, A.: "Nonverbale" Ansätze in der Therapie. Bewegungs- und Körpertherapie. Vortrag gehalten an den Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich am 1. Dez. 1994.
- Dörner, K., Plog, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Wunsdorf: Psychiatrie Verlag, 1978.
- Finzen, A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen: Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. - 6. Aufl.- Bonn: Psychiatrie, 1987.
- Hausmann, B., Meier-Weber, U.: Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit Erwachsenen. In: Petzold u. Orth (Hg.): 1990b, S. 1011-1115.
- Hausmann, B.: Arbeit mit Seilen in der interativen Bewegungstherapie mit Psychosepatienten. In: Integrative Therapie, Band 2-3 (1987), S. 269-274.
- ICD-10; Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern; Göttingen; Toronto: Huber, 1991.
- ICD-9;

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 (www.iblt.de)