

# Wege der Identität in der Psychosomatischen Klinik (Vortrag IBT-Jahrestagung 1992 22.-24. 5. 92)

*M. J. Waibel, Aulendorf*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Freundinnen und Freunde der Integrativen Bewegungstherapie

die Geschichte der psychosomatischen Kliniken ist wohl mindestens so alt wie unser 20 Jhd. und ich möchte mich heute mit Euch zusammen neben anderen Wegen auch ein Stück auf die Geschichtswege der Identität von psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken machen, denn ich glaube nur so können wir den Kontext unserer Arbeit in der Klinik verstehen und vielleicht auch dadurch Identität gewinnen. Dazu ein amüsanter Therapiebericht aus der ersten psychosomatischen Einrichtung um die Jahrhundertwende:

„Die Massage wurde in ganz eigenartiger Weise von Schwenninger und Groddeck persönlich ausgeführt, und zwar dreimal täglich... jedesmal eine Viertelstunde lang. Der Patient liegt flach auf einem Sopha mit etwas an den Leib angezogenen Oberschenkeln und gebeugten Knien, um die Bauchmuskulatur zu erschaffen, den Hinterkopf unterstützt der Kranke mit seinen Händen. Es handelt sich jedesmal um drei Arten von Massage, die ich Puffen, Kneifen und Bauchbeknieung nennen möchte.... Bei der Bauchbeknieung beispielsweise springt der Arzt in seiner ganzen Person auf den Leib des Patienten, so daß seine beiden Knie tief in die Magengrube hineindrücken. Der Arzt bleibt in hockender Stellung auf dem Kranken so lange, bis dieser anfangs 5-, 7- , 10- zuletzt 30 mal tiefen Athem geholt hatte. Es ist dies eine Gymnastik des Zwerchfells, wie sie in keiner anderen Art der Massage möglich ist und ganz wesentlich zum Schwunde desjenigen Fettes beiträgt, welches Herztätigkeit und Athmung störend beeinflusst...

Anfangs glaubt der Kranke natürlich, daß er eine solche Cur täglich dreimal nicht aushalten könne. Allein "Les anguilles aiment d'être écorchés", so sagen die Franzosen, die Aale lieben es schließlich, wenn sie geschunden werden, die Kranken sehnen sich am Ende nach dieser Prozedur..."

Dieser Auszug aus einem Bericht des Breslauer Arztes Hermann Cohn wurde 1898 veröffentlicht und stammt von seinen Beobachtungen aus der damals schon überaus bekannten Klinik von Georg Groddeck in Baden Baden. Ich würde sie als erste psychosomatische Klinik in Deutschland bezeichnen, wenngleich die meisten Autoren (Senf 1990, Schepank 1987) auf die Simmel-Klinik in Berlin-Tegel von 1927-1931 im Zusammenhang mit der stationären psychoanalytischen Therapie hinweisen, was wohl damit zusammenhängt, daß die therapeutische Arbeit von G. Groddeck unter selbstverständlicher Einbeziehung des Körpers in die psychotherapeutische Arbeit konträr zur analytischen Körper-Abstinenz steht. Wenn der brave Analytiker hinter der Couch des Patienten seine Jahre verbringt, Groddeck hingegen auf ihm kniet, so scheinen dies unvereinbare therapeutische Gegensätze zu sein.

Ich nehme dieses Beispiel nicht rein zufällig zu Anfang meines Vortrages, da ich meine, da es sehr eindrücklich auch das Verständnis und Mißverständnis von Leib- und Bewegungstherapie bis zum heutigen Tage in der Klinik hinweist. Leib- und Bewegungstherapien können in ihrer Identitätsentwicklung nicht getrennt von der Entwicklung von Kliniken und ihren Leitern gesehen werden. So gibt es in unseren Kliniken sicher ein "wilde analytische Liebe" zu Leib- und Körpertherapien bis hin zur therapeutischen Körperabstinenz bzw. der Aussage, die Berührung und Bewegung im therapeutischen Prozeß ist untherapeutisch, agierend und zuweilen äußerst gefährlich. Die Angst des Analytikers vor dem Körper, vor allem wegen der Angst vor dem

"Sündenfall" (T. Moser) ist nach wie vor groß.

Bei der Ausarbeitung dieses Vortrages bin ich auf viele verschiedene Wege gestoßen: auf Hauptstraßen, geteerte Wege, Sumpfwege, Irrwege, Umwegen, Sackgassen, Wanderwege, Wüstenwege, Holzwege, Dschungelpfade u.v.a. Keinesfalls sind sie vollständig. Ich freue mich, wenn ihr mich darauf ein Stück mit Euren Erfahrungen begleitet.

Drei Hauptrichtungen, haben sich vorneweg ergeben, von denen ich heute berichten möchte:

1. Wohin führt mein Weg oder wo beginnt mein Weg?
2. Wie werde ich auf den Wegen erkannt, und wie sind meine Wege gestaltet und wer gestaltet meine Wege? (innerklinische direktive und nondirektive autoplastische Wegformung/Wegverformung)
3. Wie gestalte ich meine Wege? (alloplastische Veränderungsmöglichkeiten)

Methodisch werde ich so vorgehen:

- ich stelle schriftliches Material über psychosomatische Kliniken und speziell der Bewegungstherapie anerkannter Autoren vor
- mündliche Überlieferungen von Erfahrungen einzelner Bewegungstherapeuten aus der Integrativen und Konzentrativen Bewegungstherapie ergänzen diese Ausführungen und auf Wunsch der Organisatoren der IBT-Tagung
- werde ich von meiner persönlichen Identität bzw. Schwierigkeiten mit der IBT-Identität in der Arbeit zu berichten. Hierzu wünsche ich mir im Anschluß meines Vortrages einen Austausch über Eure Erfahrungen.

Den Fokus meines Referates werde ich dabei gemäß unserer Definition von Identität immer wieder auf zwei Punkte lenken: "wie wird die BWT/IBT von anderen gesehen und wie sehe ich mich bzw. wir uns selber.

### 1. Wohin führt mein Weg oder wo beginnt mein Weg?

Psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken (ich werde im nachfolgenden nur noch den Begriff der psychosomatischen Klinik verwenden) sind nicht nur im Kommen, sie sind bereits in großer Anzahl vorhanden und eine fortschreitende Ausweitung ist nach wie vor zu erwarten. Bereits 1987 bemerkte Heinz Schepank über die stationäre Psychotherapie in der BRD, daß es "4500 - 5000 Betten in der BRD gibt", mehr als in der übrigen Welt zusammen. In einer neueren Untersuchung Anfang 1992 geben die Autoren Lachauer, Neun und Dahlmann aufgrund einer Umfrage an, daß inzwischen in der ehemaligen BRD 8283 psychosomatische Betten existieren, in der ehemaligen DDR 225 Betten. Da nicht alle versandten Fragebogen zurückkamen, ist durchaus inzwischen von einer Bettenzahl von 9000 - 10000 Betten in Gesamtdeutschland auszugehen. Ich möchte dazu anmerken, daß allein in meiner unmittelbaren Umgebung, wo wir fast ein Jahrzehnt weit und breit die einzige psychosomatische Einrichtung waren, allein in den letzten beiden Jahren zwei neue Kliniken eröffnet haben. Es muß damit eine Menge Arbeitsplätze in Kliniken für Bewegungstherapeuten geben und ich möchte in diesem Zusammenhang gleich auf eine wesentliche Gefahr für uns IBT`ler hinweisen: H. Schepank warnt aufgrund des psychosomatischen Booms vor einer sogenannten "Hotelpsychoanalyse", wo z.B. eine vorhandene Klinik schnell mit einem Psychologen, etwas Sport und Freizeitgestaltung in eine psychosomatische Klinik mit einer hotelähnlich organisierten Versorgungsat-

mosphäre umfunktioniert wird.

Was wir möglicherweise an Vorstellungen über Bewegungstherapeuten an psychosomatischen Kliniken antreffen können, sei an zwei Extrembeispielen kurz angeführt:

a) Ich treffe eine Klinik an, wo unter dem Beruf des Bewegungstherapeuten ein bißchen Fitness, Schwung und Gymnastik versteht - so daß die Leute nicht nur rumhocken sondern eben bewegt werden. Ein guter Animator - damit auch die Patienten zufrieden sind, der möglichst viele Mitmachangebote serviert.

Entsprechend sind die Vorstellungen über Zusammenarbeit, Gehalt und Gruppenarbeit nicht nur bei Verwaltung sondern bei Ärzten, Pflegepersonal und weiterem Fachpersonal, falls es das gibt.

Solche kuriose Vorstellungen habe ich verschiedentlich erlebt und dillethantische Aussagen ("was gibt es denn Besseres als Jogging bei Depression...") ergänzten diesen Eindruck.

b). Beispiel aus PLK Vorstellung

Die Klinik sucht gezielt einen Bewegungstherapeuten, legt auf eine differenzierte Ausbildung Wert, hat eine entsprechende Bezahlung, Teamarbeit und Teamkonferenzen sind Pflicht, hat entsprechende Räume für Leib- und Bewegungsarbeit und ist gut organisiert bzw. abgestimmt in den therapeutischen Angeboten. Supervisionen und Fortbildung sind obligatorisch.

Klinische Psychotherapie bedeutet hier Kooperation auf der Grundlage unterschiedlicher professioneller und therapeutisch-methodischer Kompetenzen. Oder in den Worten von H. Schepank, der dafür einen Standard vorgibt " ein geplanter Mehrpersonen-Interaktionsprozeß findet unter Anwendung verschiedenartiger verbaler und nonverbaler psychologischer Interventions-Techniken statt in einem hierfür in besonderer Weise organisierten Krankenhaussetting zum Zweck der intensiven Behandlung einer überwiegend psychogenen Erkrankung mit dem Ziel von Besserung oder Heilung." und weiter "...individuell dosierte Interventionstechniken, dyadische und Gruppentherapieprozesse sind unter einem theoretisch begründeten Konzept miteinander koordiniert und aufeinander abgestimmt bei einem Höchstmaß an gegenseitiger Information."

Um das Ganze mal symbolisch im Sinne unseres Tagungsthemas auszudrücken würde ich ersteres Beispiel als Wüstenwege bezeichnen. So recht gibt es irgendwie keinen Anfang, und habe ich erst einmal einen Weg mir gebahnt , so kann der erste Sandsturm leicht meine Spuren verwischen. Oasen sind nur wenige oder oft gar keine vorhanden bzw. längst ausgetrocknet. Ich brauche viel Ausdauer auf der Suche nach diesem Weg - manchmal kommen Karawanen, oft bleibe ich im Sand stecken, eine Richtung ist kaum erkennbar, nach langem Gehen entdecke ich vielleicht, daß ich im Kreis gegangen bin. Meine Spuren sind verwischt, meine Grenzen unklar, ich erkenne fast nichts und wenige erkennen mich, weil ich vielleicht auch eben nur ein Kamel in dieser weiten Wüste bin..... Ich denke, Sie verstehen mich - das ist allerschwerste Arbeit und die berufliche Identität ein schweres Unterfangen.

Der Beginn des zweiten Weges sieht dagegen ganz anders aus: Er hat ein schönes Tor, dort hängen vielleicht sogar Weinreben, der Weg könnte eine Alee sein, mit schönen Rastplätzen auf schattigen Bänken, angenehmen Seitenwegen, die einladen sie zu begehen, da gibt es viel zu essen, dort kreuzen auch Menschen aus anderen Wegen deinen Weg, es gibt Berührungen,

Kontakte , Begegnungen, Beziehungen und manchmal sogar bleibende Bindungen. Gewiß- auch hier liegen mal ein paar Steine im Weg, ein Wassergraben der zu durchschreiten ist - aber diese Hindernisse sind überschaubar und oftmals gemeinsam zu begehen.

Mein persönlicher Weg hat wohl eher in der Mitte dieser beiden o.g. Wege begonnen. Ich arbeite knapp 14 Jahre in einer Klinik, die aus 260 psychosomatischen Betten aufgeteilt in Akut- und Rehaklinik mit verschiedensten Fachabteilungen von Krebserkrankungen über Psychoneurosen bis hin zu Alten Menschen besteht. Daneben gibt es noch 100 Betten der Inneren Medizin. Die Klinik ist Mitte der 70er Jahre zu Beginn des neueren psychosomatischen Booms entstanden.

Der Weg war von Anfang an ein gemeinsamer Weg, was vieles erleichtert hat, da ich zumeist in einer Menschengruppe gewandert bin und so gut wie nie alleine. Dies Gruppen bestand aus 8 - 11 Menschen unterschiedlicher Herkunft aber gemeinsamen Denkens. Ein Weg war vorhanden, der der klassischen Physiotherapie, allmählich entstand daraus ein kleiner Seitenweg zunächst mit Atemtherapie und Eutonie sowie anderen psycho-physischen Verfahren die der harmonisierenden Leib- und Bewegungstherapie zuzuschreiben sind, bis dann in den letzten vier Jahre ein mächtiger Weg der Bewegungstherapie daraus geworden ist, (was mit meiner Ausbildung zusammenhängt) der inzwischen einen stabilen Untergrund aufweist.

Ich habe anhand meiner persönlichen Schilderung schon etwas der Frage vorgegriffen: Wen treffe ich an zu Beginn meines Weges?

In einer psychosomatischen Klinik arbeiten auf dem therapeutischen Sektor Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal, weiteres therapeutisches Personal sowie die sogenannten Spezialtherapeuten. Dieser Begriff wird in der psychosomatischen Literatur in der Regel gebraucht für Bewegungstherapeuten (Tanztherapeuten), Gestaltungstherapeuten und Musiktherapeuten. Ich werde diesen Begriff im folgenden übernehmen. Laut o.g. Statistik von Lachauer u.a. Autoren arbeiten in der ehemaligen BRD insgesamt 260 solcher Spezialtherapeuten in der ehemaligen DDR sind es 14. Die Spezialtherapeuten sind in den tiefenpsychologisch ausgerichteten Institutionen prozentual häufiger anzutreffen als in verhaltenstherapeutischen bzw. mit sonstigen Konzepten, was wohl in der vorwiegend tiefenpsychologischen Ausrichtung dieser Therapierichtungen liegt. Inwieweit die Klinikkonzeption direkte Auswirkungen auf die Identität von IBT-Therapeuten hat, liegen mir nur von anderen Berufsgruppen die Aussage vor, daß die verhaltenstherapeutische Ausrichtung keine Auswirkung auf die konkrete Arbeit hat. Die Identifizierung des Spezialtherapeuten mit einem konsequent verhaltenstherapeutischen Klinikkonzept scheint mir zunächst rein theoretisch von außen betrachtet schwierig.

In mündlichen Gesprächen mit Bewegungstherapeuten habe ich den Eindruck gewonnen, daß eine Klinik mit klarer Vorstellung und Konzeption sowie entsprechenden Anforderungen an den Bewerber/in auch mehr bereit ist, die Tätigkeit als Institution mit entsprechender Bezahlung zu würdigen bzw. sein Auftrag ist klarer und unmißverständlicher umrissen. In offenen ausgerichteten Institutionen hat man/frau zwar mehr freie Hand, die Anerkennung von außen ist aber eher fragwürdig. Diesen Eindruck würde ich gerne mit Ihnen nachher diskutieren.

Für mich persönlich hat die Umstellung der Klinik vor einem Jahr von einer eher offenen allgemeinen Konzeption auf eine analytisch-tiefenpsychologische Konzeption zwei Konsequenzen gebracht: Als bewegungstherapeutische Verfahren sind nunmehr nur noch die IBT und KBT zugelassen, andere befruchtende Verfahren wie die Eutonie n. Glaser und Feldenkrais sowie

tanztherapeutische Ansätze werden nicht mehr gefördert. Damit war jedoch gleichzeitig eine offizielle Anerkennung von höchster Seite der IBT/KBT auch mit finanziellen Konsequenzen verbunden.

Schließlich scheint mir noch erwähnenswert, welche Patienten wir Bewegungstherapeuten antreffen, denn ich denke, daß wir einen wesentlichen Teil unserer Identität in der Arbeit mit ihnen beziehen: Das sind nicht nur die sogen. Psychosomaten, denn die machen im Durchschnitt der von Lachauer, Neun und Dahmann untersuchten Kliniken gerade 18 % aus, sondern auch funktionelle Störungen mit 26%, Neurosen mit 40%, Suchterkrankungen mit 1,8%, Psychosen mit 2,5 % und schließlich organische Erkrankungen mit 11%. Je nachdem in welcher Institution man arbeitet, variieren diese Zahlen im Verhältnis zueinander.

Und zum Abschluß meines 1. Punktes sei noch genannt, daß auf einen Spezialtherapeuten in der psychosomatischen Universitätsabteilung durchschnittlich 9,3 Patienten kommen, in der Krankenhausabteilung 14,9 Patienten, in den psychosomatischen Krankenhäusern sind es schon 26,4 Patienten und die den Reha-Kliniken immerhin 47,4 Patienten.

Hier stellt sich die Frage, ob Bewegungstherapeuten im Krankenhausbereich in der Regel zufriedener sind, als in Reha-Kliniken bezogen auf die Patientenzahl, da es hier nicht gilt möglichst viele Patienten durchzuschleusen. Selber kann ich dazu noch keine Angaben machen, ich arbeite sowohl im Akutbereich als auch im Reha-Bereich, bei uns ist jedoch der Akutbereich erst seit knapp einem Jahr eingerichtet und steht in seiner Entwicklung noch am Anfang.

2. Wie werde ich auf dem neuen Weg erkannt?, wie sind meine Wege gestaltet und wer gestaltet meine Wege? (innerklinische direktive und nondirektive autoplastische Formung/Verformung)

a) die Identifizierung von Bewegungstherapeuten und speziell der Integrativen Bewegungstherapie

Das äußere Erkennen des Bewegungstherapeuten und der Methode und speziell des IBT-Therapeuten spielt eine gewichtige Rolle in der Frage der Identität. Es hat mich doch bei der Durchsicht verschiedenster Fachliteratur verwundert, welche hohe Akzeptanz inzwischen körperorientierter bzw. leiborientierter Verfahren haben. Die frühere Kritik eines "wildes Ausagierens bzw. Abreagierens" im S. der klass. Analytikermeinung ist inzwischen gewichen einer allgemeinen Akzeptanz. Jede Klinik die etwas auf sich hält hat auch ihren Bewegungstherapeuten. Die Bewegungstherapie in der Psychosomatik ist nicht mehr umstritten. Dazu ein paar Aussagen einiger populärer Psychosomatiker und Analytiker: Helmut Stolze auf den 40. Lindauer Psychotherapiewochen 1990: "...inzwischen haben in psychosomatischen Kliniken leiborientierte Verfahren mehr und mehr Eingang gefunden und genießen besondere Wertschätzung bei Patienten und Therapeuten"

H. Müller-Braunschweig in Thure v. Üexküll Standardwerk Psychosomatische Medizin : "In den meisten psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken gehören körperorientierte Psychotherapieverfahren zum festen Bestandteil der stationären Behandlung... und "Diese verhältnismäßig rasche Entwicklung einer Richtung der Psychotherapie, die noch in vieler Hinsicht Fragen aufwirft, aber auch neue Möglichkeiten eröffnet und eine Herausforderung für bereits etablierte Methoden darstellt, ist bemerkenswert."

Ulrich Rüger in der Zeitschrift für psychosomatische Medizin 1990: "Körpertherapien stellen inzwischen eine wichtige Ergänzung zu den verbalen Psychotherapiemethoden dar; über den Anspruch, die körperliche, geistige und seelische Realität des Menschen insgesamt zu erfassen, gewinnen sie offensichtlich immer größere Popularität."

H. Neun beschreibt im Buch "Psychosomatische Einrichtungen" die averbale Psychotherapie als "gleichgewichtig bezogenen therapeutischen Ansatz" zu den verbalen analytischen Psychotherapien und weiteren Therapieformen.

Und schließlich stellte Tilman Moser, momentan wohl bekanntester Körperpsychotherapeut, auf den 41. Lindauer Psychotherapiewochen die These auf: "je klüger, einfühlsamer und aufrechter ein Psychoanalytiker seine Not mit bestimmten Gruppen von Patienten beschreibt, desto näher kommt er der Wahrheit und Notwendigkeit von Berührung oder, in einem intensivierenden Sinne, von körperlicher Interaktion mit diesem Patienten. An anderer Stelle (1987) betont T. Moser, die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von Körpertherapeut und Analytiker.

Soweit zur allgemeinen Identifizierung von Leib- und Bewegungstherapie bzw. Körpertherapie.

Erstaunt hat mich hingegen die Tatsache, daß speziell die Integrative Bewegungstherapie als spezifische Methode in den klassischen Lehrbüchern und Zeitschriften kaum bekannt ist. Im Standardwerk der Psychosomatischen Medizin wo Thure v. Üuexküll, der bekannte Psychosomatiker als Herausgeber fungiert, findet die IBT in der 3. Auflage 1987 noch keine Erwähnung. Ausführlich in der 3. wie auch 4. Auflage dargestellt ist jedoch die Konzentrierte Bewegungstherapie, die überhaupt in den meisten Büchern nach wie vor als bewährte und alleinige bewegungstherapeutische klinische Standardmethode gilt. In der 4. Auflage wird allerdings mit einem Satz nun auch die IBT unter der Gestalttherapie erwähnt: "Nur hingewiesen werden kann hier auf die benachbarte "Integrative Bewegungstherapie" nach Petzold." Der KBT sind hingegen 2,5 Seiten gewidmet. Allein aus den Büchern beziehen wir also nur wenig Identität, höchstens im Fahrwasser der KBT.

Ich persönlich erinnere mich noch gut an die Begegnung mit unserem neuen Med. Direktor, der sagte, die IBT kenne er nicht nur die KBT. Er kenne allerdings den Namen H. Petzold sehr gut. Nachdem ich ihm den Ausbildungsplan der IBT vorgelegt habe, war er jedoch sehr erstaunt, wieviel in dieser Ausbildung gefordert wird und mit welchen Kosten sie verbunden ist. Seitdem ist die IBT an unserer Klinik als Verfahren anerkannt.

Als Integrative Bewegungstherapeuten werden wir also von außen nur wenig identifiziert. So liegt es an uns, die Methode und unsere Arbeit im klinischen Setting darzustellen. Wir müssen, so meine ich, erst noch die "Mühen der Bergwege" auf uns nehmen um in den klinischen Institutionen einen Platz zu bekommen, wonach uns dann in einigen Jahren die "Mühe der Wege in den Ebenen" bevorstehen. Ich bin mir sicher, dann einige von uns längst in den Ebenen wandern und der eine oder andere diese mühsame Bergtour erschöpft abgebrochen hat, weil das Ziel unerreichbar schien.

Ein wichtiger praktischer Hinweis an dieser Stelle sei mir erlaubt: Ich habe selber jahrelang wenig auf die Abschlußberichte der Ärzte oder Psychologen im Hinblick auf meine eigene Arbeit Wert gelegt. Oft waren es nur ein bis zwei Sätze, da solche Berichte meistens nur als zu-

sätzliche Belastung in der Klinik empfunden werden. Inzwischen schaue ich jedoch genau darauf, daß in den Abschlußberichten der Name "Integrative Bewegungstherapie" mit entsprechendem Therapieverlauf genauestens vermerkt wird. Das hat sich inzwischen als weit bessere Verbreitung und Bekanntmachung der IBT bewährt als vielfältige Vorträge und theoretische Beschreibungen. Der Hausarzt und der Patient werden nämlich hierdurch konkret mit der Methode vertraut. Will man erreichen, daß der Patient weiterhin die IBT evtl. über Kasse halten kann, so gab mir ein Kollege den Tip daß im Bericht sinngemäß stehen soll "eine weitere erfolgreiche verbale Therapie ist nur unter der Voraussetzung einer begleitenden Therapie i.S. der Integrativen bzw. Konzentrativen Bewegungstherapie zu gewährleisten."

Nun glaube ich, daß wir heute mit unserer Ausbildung ein wirklich gutes Rüstzeug im Rucksack haben, um die schwierigen und oft gefährlichen Bergwege zu bewältigen. Ich glaube, daß die Summe aus theoretischer Fundierung, methodischen Ansätze sowie die vielgestaltigen Techniken der IBT von keinem anderen bewegungstherapeutischen Verfahren erreicht werden; einzig die spezielle praktische Umsetzung für den psychosomatischen Klinikbetrieb wurde in der Ausbildung bisher viel zu wenig berücksichtigt.

#### b) die jeweilige Institution formt den Bewegungstherapeuten

Astrid Schreyögg bezeichnet stationäre Einrichtungen mit psychotherapeutischen Zielsetzungen als "organisierte Systeme mit einem hohen Komplexitätsgrad, die auch laufend veränderten Anforderungen seitens der Gesamtgesellschaft unterworfen sind". Ich habe in einer psychosomatischen Klinik immer das Gefühl gehabt, daß die Beweglichkeit eines Bewegungstherapeuten wirklich eine wichtige Fähigkeit ist zum therapeutischen Überleben. Die Einflüsse der Institution auf den Bewegungstherapeuten sind vielfältig. Zunächst geht es ja um Heilung ganz allgemein. Doch der Begriff der Heilung ist interpretationsbedürftig. Eine verhaltens-therapeutisch orientierte Klinik versteht unter Heilung vielleicht etwas anderes als eine tiefenpsychologisch orientierte Klinik, die Krankenkasse hat u.U. andere Vorstellungen von Heilung als der Therapeut. Und der Geschäftsführer unterscheidet sich in seinen Unternehmensstrategien von den therapeutischen Vorstellungen des Chefarztes.

So macht es einfach einen Unterschied ob ich einen Patienten desensibilisiere oder versuche die tieferen Ursachen seines "Krank seins " zu erfassen, ob der Patient möglichst schnell mit allen Mitteln arbeitsfähig gemacht werden soll oder ob ihm Sinnerfahrung und Beziehungsfähigkeit vermittelt wird, ob ich in der Klinik das Ziel der "Hotelpsychosomatik mit Zauberbergatmosphäre habe" oder die oft mühsame und schmerzhaft therapeutische Arbeit im Vordergrund steht. Heilungs- und Wirtschaftlichkeitsparadigmas haben vielfältige Auswirkungen auf die konkrete Arbeit für uns Bewegungstherapeuten. Dabei ergeben sich mehrere Fragen:

Welchen Stellenwert hat die Bewegungstherapie überhaupt? Ist sie Animationsarbeit oder sinnvoll im therapeutischen Konzept eingebettet?

Wie und mit welchen Methoden kann ich oder muß ich arbeiten?

Kann ich mit einer Gruppe einmal oder zweimal in der Woche arbeiten kann?, zu welcher Zeit?

In welcher Form bin ich in das Team integriert , welche und wieviel Informationen ich über die Patienten erhalte, in welchen Räumlichkeiten gearbeitet wird usw. Das sind nur einige wenige

Fragen, die entscheidend unsere Arbeit zunächst beeinflussen und bestimmen.

Gerade die Klinik hat andere Gesetze, als die Praxisarbeit oder eine pädagogische Arbeit. In der klinischen Arbeit wechseln sich oft übungszentrierte, erlebniszentrierte und konfliktzentrierte Arbeit. Je nach Vorkenntnis und Sympathie zur Methode und Person haben die Teams vom Bewegungstherapeuten oft sehr unterschiedliche Erwartungen. Ich denke die Vorstellungen gehen dabei vom Sportanimateur bis zum gleichwertigen Therapeuten in konfliktzentrierter gemeinschaftlicher Einzel- und Gruppentherapie.

Ich kann mich an viele Situationen aus dem klinischen Alltag erinnern wo wir Bewegungstherapeuten in einigen Abteilungen aufpassen mußten "daß ja nichts passiert in den Gruppen" - dann mit dem Wechsel der Leitung oder eines Arztes wurde ganz beiläufig eine konfliktzentrierte Arbeit gefordert.

Ich behaupte von mir, daß allein die Flexibilität der IBT der Hauptgrund ist, daß ich nach wie vor gerne im klinischen Setting arbeite. Hier sehe ich Vorteile gegenüber anderen Verfahren, da wir aufgrund unserer drei grundsätzlichen Ansätze eine hohe Beweglichkeit in unserer Arbeit haben.

Im Heft 2/91 habe ich ausführlich die äußeren Bedingungen für die Bewegungstherapie in der Klinik mit ihren Auswirkungen dargestellt, so daß ich an dieser Stelle keine weiteren Ausführungen mache.

c) die Patienten und die Aufenthaltsdauer bzw. Therapiedauer formen die Arbeit des Bewegungstherapeuten

Ich bin mir sicher, daß es ein Irrtum ist, zu glauben, einen therapeutischen Stil, eine Methode oder eine Technik auf verschiedene Patienten anwenden zu können. Therapeuten werden immer auch von ihren Patienten mitgeformt bewußt oder unbewußt. Auch wir Bewegungstherapeuten machen da keine Ausnahme - so wie leib- und bewegungstherapeutische Strömungen und Richtungen entstanden sind (z.B. in den 20er Jahren) so ändern und bewegen auch wir Therapeuten mit unseren Patienten.

Ich hatte eingangs schon die verschiedenen Indikationen angesprochen, mit denen Patienten in die psychosomatische Klinik kommen. Noch nichts habe ich gesagt, zur Motivation. Martin R. Textor schreibt in seinem Artikel über "Gemeinsamkeiten von Psychotherapieansätzen": "Allen Therapierichtungen ist gemeinsam, daß sie die Motivation des Klienten als eine unverzichtbare Voraussetzung für einen Behandlungserfolg betrachten..." und weiter: "der subjektiv empfundene Leidensdruck und die Motivation, davon loszukommen, müssen so stark sein, daß sich der Klient dazu bereit erklärt, die manchmal anstrengende Aufgabe der Selbstexploration und späteren Verhaltensmodifikationen anzugehen und dabei durchzuhalten".

Prima, denke ich mir und ich bin mir sicher sie haben Ähnliches in entsprechenden Therapiebüchern oder -artikeln gelesen. Nur - wenn ich an die Patienten in der Klinik denke, bin ich von diesem Anspruch erheblich entfernt. Sicher, da gibt es eine Patientengruppe von der ich schätze mal 30 - 40% wirklich motivierter Patienten.

Dann aber eine Gruppe, ähnlich groß, denen nicht so recht klar ist, wo sie eigentlich sind bzw.

recht indifferent in die Klinik kommen mit z.T. erheblichen Symptomfixierungen und eine weitere Gruppe von 20 - 30 % die wirklich nur zur Kur wollen und oft jegliche Psychotherapie ablehnen bzw. sich im opportunistischen Widerstand befinden.

Diese verschiedenen Patienten beeinflussen die bewegungstherapeutische Arbeit erheblich bzw. sie können sie auch behindern und sie bieten der IBT eine große Chance, da sie als zunächst nonverbale Methode Ansätze bietet, wo verbal zum Patienten kein Zugang zu finden ist.

Dabei ist nicht unerheblich, daß die Aufenthaltszeiten für Patienten in den letzten Jahren immer kürzer geworden sind. Wir hatten beispielsweise noch vor Jahren eine durchschnittliche Aufenthaltszeit von 12 Wochen. Heutzutage ist sie bereits auf 6 - 8 Wochen gesunken. Da sind oft nur 10 - 12 Einzeltherapietermine oder Gruppenangebote möglich.

Peter Uffelmann hat in einem Artikel zu den Voraussetzungen für die Arbeit mit Borderline-Patienten im klinischen Setting treffend gesagt, man muß zunächst den Boden der Klinik kritisch prüfen, welche Therapie überhaupt möglich ist. Und dieser Boden wird die therapeutische Arbeit inhaltlich sehr bestimmen.

Ich möchte diese Ansicht erweitern auf alle unsere Patienten.

### 3. Wie kann gestalte ich meine Wege? (alloplastischen Veränderungsmöglichkeiten)

Der Weg der Selbstgestaltung ist für mich der wichtigste Weg in der Klinischen Bewegungstherapiearbeit. Wir werden, so glaube ich, kaum darauf vertrauen können, in psychosomatischen Kliniken gute Arbeitsbedingungen antreffen zu können bzw. fertige bewegungstherapeutische Modelle, die zu kopieren wären.

Die klinische Arbeit ist selten geprägt von stabilen Böden und gut geteerten Wegen. Das sind oft nur undurchsichtige Pfade zu erkennen, Wurzelwege wie im Wald, auf denen man schnell stolpert, wenn man nicht aufpaßt, verschlungene Wanderpfade mit Dornengestrüpp und oft liegen dicke Baumstämme quer im Weg. Ist man allerdings fähig, sich eigene Wege zu bahnen, gegangene Weg unveränderlich zu gestalten so denke ich ist diese Arbeit mit einem unermeßlichen Erfahrungsreichtum, multi-professionellem Wissen und therapeutischer Vielfältigkeit verbunden.

Ich muß zugeben, daß ich gerne und viel gestalte. Hatte ich selber in der Ausbildungsgruppe eine Übung erlernt, so mußte ich sie in irgendeiner Gruppe sofort ausprobieren. Hier kann die Klinik Übungsfeld und Erfahrungsfeld sein. Ich möchte sogar behaupten, daß ohne eine Eigengestaltung von Gruppen und Einzeltherapien die klinische Arbeit sehr viel weniger Spaß macht.

Da ich in den vorigen Ausführungen immer wieder die Bedeutsamkeit der Mitgestaltung bzw. auf die Auswirkungen des Nicht-Mitgestaltens eingegangen bin, möchte ich zum Schluß aus einem Gespräch zweier KBT-Therapeuten zitieren:

Frage: Sag'mal wie schaffst du das, daß du BAT 3 in der Klinik verdienst? (5000DM)

Antwort: Weißt du, ich habe mit BAT 6b (2500) angefangen, die Leute in der Klinik wollten halt was mit Bewegung. Ich habe dann meine Gruppen organisiert und meine Arbeit über die

Patienten den oben dort bekanntgemacht. Und irgendwann bin ich dann unentbehrlich geworden, dann war ich beim Verwaltungsleiter, immer wieder mit der Frage entweder BAT 5 oder ich gehe, BAT 4 oder ich gehe usw.

Ich bin der festen Überzeugung, daß die zukünftige Identität von IBT-Therapeuten davon abhängt, wie weit wir bereit sind unsere Fähigkeiten in der aktiven Gestaltung und Formung im innerklinischen Bereich einzusetzen. Das ist zum Teil allerschwerste Arbeit. Für die IBT als Methode und unsere Kolleginnen und Kollegen draußen in der freien Praxis wird dies erhebliche Zeichen setzen. Für die IBT als ernstzunehmende bewegungstherapeutische Zukunftsmethode mitentscheidend sein, da der klinische Bereich inzwischen einen mächtigen Bereich in der psychotherapeutischen Gesamtversorgung darstellt.

Ohne eine aktive Gestaltung und Formung unserer Wege in der Klinik geht es uns wie Alice im Wunderland in der Begegnung mit der Katze:

"Würdest du mir bitte sagen, wie ich von hier aus weitergehen soll?"

"Das hängt zum großen Teil davon ab, wohin du möchtest", sagte die Katze.

"Ach, wohin ist mir eigentlich gleich - ", sagte Alice

"Dann ist es auch egal, wie du weitergehst", sagte die Katze.

" - solange ich nur irgendwohin komme", fügte Alice zur Erklärung hinzu.

"Das kommst du bestimmt", sagte die Katze, "wenn du nur lange genug weiterläufst.“

Alice im Wunderland

Ich danke Ihnen/Euch

*Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Autors / der DGIB ([www.iblt.de](http://www.iblt.de))*