

Integrative Leib- und Tanztherapie als konzeptionelle Grundlage in einem komplementären sozialtherapeutischen Arbeitsfeld.

Eine langfristig karrierebezogene Begleitung

Klaudia Becker und Doris Lewe

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Beschreibung der Einrichtung
- 2.1. Mitarbeiterstruktur
- 2.2. Theoretische Ansätze unserer Arbeit im sozialpsychiatrischen Zentrum
3. Integrative Leibarbeit als konzeptioneller Bestandteil des sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldes
- 3.1. Der Leib als Grundlage des eigenen Selbst
- 3.2. Beschreibung der psychischen Störungen und Phänomene der KlientInnen
- 3.3. Beobachtungen von Störungen des Leibselbst bei psychisch kranken Menschen
4. Interventionen, Maßnahmen und Angebote zur Entwicklung des Leibselbst
- 4.1. Hilfen zur Alltagsbewältigung
- 4.2. Informationsvermittlung und Beratung zum Umgang mit Krankheit bzw. Gesundheit
- 4.3. Aktivierende übungszentrierte Angebote
- 4.4. Therapeutische Gruppen- und Einzelarbeit
5. Therapeutische Gruppenarbeit zum Leibselbst; Intention und Zielsetzung der Gruppenarbeit
- 5.1. Verstehen der eigenen Psychosomatik im Kontext zur eigenen Leibgeschichte und psychischen Erkrankung
- 5.2. Vermittlung eines „objektiven“ Anatomiewissens und Verstehen der „subjektiven“ Anatomie
- 5.3. Entwicklung des Kontaktes zur eigenen inneren und äußeren Lebenswelt
- 5.4. Förderung differenzierter und kohärenter Bewegungsqualitäten
6. Rahmenbedingungen
7. Angewandte Methoden und Techniken
- 7.1. Methoden
- 7.2. Techniken
- 7.3. Medien
- 7.4. Modalitäten
8. Stundenbilder
- 8.1. Thema: Körperbilder / Stärken und Schwächen
- 8.2. Thema: Innere Organe
9. Prozessverlauf und Resümee
10. Ausblick und Position von Tanztherapie in komplementären sozialtherapeutischen Einrichtungen

1. Einleitung

In unserer langjährigen Arbeit in einem sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld erleben wir einen Wandel bei den Anforderungen an unsere Tätigkeit. Standen am Anfang der Psychiatriereform Themen wie „Ausbau der komplementären Einrichtung“ und „Differenzierung der Arbeit“ im Vordergrund, erleben wir jetzt, dass ein Großteil der Forderungen erfüllt wurden und Betroffene sich eher mit Fragen nach „Sinnerfüllung“, „Gemeinschaft finden“, „Zeitgestaltung“ und „Möglichkeiten, mit der psychischen Erkrankung leben zu können“, auseinandersetzen. Dabei stehen auch Themen wie „Selbstverantwortung“ und „Selbsthilfe“ im Vordergrund. Nach der Psychiatrieenquête (1975) und dem Bericht der Expertenkommission zur Versorgung psychisch kranker Menschen wurde das Angebot zur Behandlung, Beratung und Betreuung dieser Zielgruppe ausgebaut und differenziert. Die Forderung nach gemeindenahe Versorgung bewirkte vor allem den Aufbau der komplementären Einrichtungen, wie Beratungsstelle, Tagesstätte, Wohnheime und beschützte Arbeitsstätten für psychisch kranke Menschen. Die Gesundheitsreform 2000 unterstützt die Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Die Behandlung der akuten Phase findet in der Klinik statt, die Rehabilitation und Betreuung, vor allem der von Chronifizierung bedrohten psychisch kranken Menschen, wird von

ambulanten Einrichtungen übernommen. Behandlung und Rehabilitation, die früher in den Landeskrankenhäusern unter einem Dach durchgeführt wurden, sind in der gemeindenahen Psychiatrie getrennt. Hier stellen sich neue Aufgaben für die Tätigen in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern. Gemeindenahe Versorgung psychisch kranker Menschen bedeutet neben der Sicherung und Bereitstellung von Hilfen bei Wohnungsproblemen, Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten, auch den Umgang mit finanziellen Angelegenheiten sowie Unterstützung bei der Erarbeitung angemessener Bewältigungsstrategien im Alltagsleben. Gleichzeitig ist die Entwicklung und Förderung sozialer Kompetenzen und Ressourcen notwendig, um einer sozialen Isolation, die häufig mit psychischer Erkrankung verbunden ist, entgegenzuwirken. In einer Zeit, in der wenig beständig zu sein scheint und Entwicklungen immer schneller voranschreiten, entstehen gerade bei diesem Klientel erhebliche Verunsicherungen. Eng verknüpft sind damit Zukunfts- und Sinnfragen. An dieser Stelle versuchen wir, die Fragen nach Sicherheit und Sinn über den Leib und die Arbeit am Leib anzugehen; denn krank wird man „am Leibe“, auch wenn man „an der Seele“ krank ist. (Petzold 1999, 379) Daraus ergibt sich, dass wir neben den psychischen Erkrankungen auch

die körperlichen Symptome mit berücksichtigen, weil wir davon ausgehen, dass ein Bewusstsein über den Leib eine Basis verschafft, in die Welt und mit Menschen in Kontakt zu treten.

Diesen Ausschnitt in der Versorgung psychisch kranker Menschen wollen wir in unserer hier vorliegenden Graduierungsarbeit darstellen und den Schwerpunkt auf die Arbeit am Leib unter tanztherapeutischen Aspekten in unserer alltäglichen Arbeit beschreiben.

2. Beschreibung der Einrichtung

Das Sozialpsychiatrische Zentrum liegt in der Trägerschaft eines Krankenhauses, das auch über eine psychiatrische Klinik verfügt. Durch eine enge Zusammenarbeit wird die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überbrückt.

Das Sozialpsychiatrische Zentrum umfasst eine Kontakt- und Beratungsstelle sowie eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen.

Der offizielle Arbeitsauftrag eines Sozialpsychiatrischen Zentrums ist durch den Kostenträger sehr allgemein gehalten. Die Angebote sollen unter anderem auch niederschwelligen Charakter haben, um psychisch Behinderten mit starken sozialen Defiziten den Zugang zu einer Gemeinschaft zu ermöglichen. Des Weiteren werden übergreifend ergotherapeutische Angebote durchgeführt.

Wir arbeiten mit psychisch kranken Menschen im Rahmen der Vor- und Nachsorge. Die Arbeit reicht somit von niederschwelligen Angeboten wie Freizeittreffs, Unterstützung von Interessensgemeinschaften, kreativmotivierenden Angeboten, arbeitstherapeutischen Maßnahmen bis hin zu regelmäßigen Beratungen im Rahmen von Krisen- und Krankheitsbewältigung, auch unter Einbeziehung der Angehörigen. Insofern ist das Sozialpsychiatrische Zentrum ein wichtiger Baustein im Rahmen von tertiärer Prävention, in dem umfassende sozio- und psychotherapeutische Interventionen erfolgen, um manifestierte Erkrankungen zu behandeln. Ein Großteil der NutzerInnen des Sozialpsychiatrischen Zentrums sind PatientInnen nach psychiatrischer Klinikentlassung, die zur Wiedereingliederung tagesstrukturierende Angebote, Beratung sowie ein Belastungstraining benötigen. Viele von ihnen suchen zunächst eine Gemeinschaft, in der sie über ihre Unsicherheiten, Ängste und psychotischen Erfahrungen erzählen können.

2.1. Mitarbeiterstruktur

Die Tagesstätte sowie die Beratungsstelle arbeiten in einem multiprofessionellem Team, bestehend aus SozialpädagogInnen mit Zusatzqualifikation, ErgotherapeutInnen, KrankenpflegerInnen bzw. HauswirtschaftlerInnen. Nach Bedarf werden für entsprechende Angebote

Honorarkräfte und auch ehrenamtliche MitarbeiterInnen eingesetzt.

Eine differenzierte Konzeption richtet sich nach der jeweiligen Besucherstruktur, sicherlich aber auch nach der Qualifizierung und den persönlichen Stärken der MitarbeiterInnen.

Durch unsere Ausbildung zur Integrativen Tanztherapeutin, bei der Tanztherapie als psychotherapeutisches Verfahren mit der schwerpunktmäßigen Ausrichtung auf den Leib verstanden wird, ist auch unsere Arbeit im sozialpsychiatrischem Zentrum stark durch die Integrative Therapie geprägt, wobei ein Schwerpunkt auf die Arbeit am Leibselbst gerichtet ist.

2.2. Theoretische Ansätze unserer Arbeit im Sozialpsychiatrischen Zentrum

Zum Qualitätsstandard in der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen zählt ein ganzheitlicher Ansatz, der auch oft eine lebenslange Karrierebegleitung beinhaltet.

Die Basis bildet die beziehungsorientierte Arbeit, in der wir versuchen, den KlientInnen intersubjektiv, empathisch und leiblich konkret zu begegnen. Auf dieser Ebene lassen sich wirkliche Kontakte bis hin zu Beziehungen und Bindungen entwickeln, die erst alle weiteren Interventionen im Rahmen des sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldes ermöglichen.

In Anlehnung an die Definition von Soziotherapie im Sinne der Integrativen Therapie verstehen wir

unsere Arbeit als „theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- und Mesoebene durch Interventionsmethoden, die Problemsituationen strukturieren. Damit sollen die sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) von einzelnen und Gruppen für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer Bewältigung, aber auch Gestaltung gefördert und die Möglichkeiten zu solidarischem Handeln und sozialer Kokreativität entwickelt werden. Auf diese Weise sind Menschen zum Engagement für die eigene Sache, für psychosoziale Gesundheit und eine humane Lebensqualität zu motivieren. Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wird ein breites, multitheoretisch begründetes Modell psychosozialer Intervention erforderlich, in dem verschiedene, erprobte, methodische Ansätze beratender und therapeutischer Arbeit integriert werden.“ (Petzold 1994, 1263)

Fokussiert wird unsere Arbeit sehr stark im Leib-, Netzwerk- und Social-World-Konzept. (Petzold 1999, 372)

3. Integrative Leibarbeit als konzeptioneller Bestandteil des sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldes

3.1. Der Leib als Grundlage des eigenen Selbst

Die Integrative Therapie betrachtet den Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen bzw. als Leibsubjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld.

Im Sinne der phänomenologischen Philosophie (M. Ponty) wird unterschieden zwischen dem Leib, der ich bin (phänomenaler Körper bzw. Leib) und dem Körper, der Grundlage und Teil des Leibes ist, den ich haben kann, wenn ich mich gedanklich von ihm distanzieren oder ihn verdingliche (objektiver Körper), d.h. im Leib koinzidierenden Subjekt und Objekt, denn ich bin ein Leib und habe einen.

Das Leibkonzept in der Integrativen Therapie geht aus von einem beseelten, lebendigen, mit Bewusstsein ausgestatteten Leib, der totales Sinnes- und Handlungsorgan und Voraussetzung aller Erkenntnis ist. Der Leib ist ein Organismus, der sich selbst erlebt und seine Erlebnisse speichern kann. Somit entsteht ein Bild, eine innere Repräsentation von sich selbst und seiner Welt. Der Prozess, in dem sich ein Leibselbst entwickelt, beginnt im Mutterleib. Auf der Basis des Leibselbst entwickeln sich die Ich-Funktionen weiter. Unter Ich-Funktionen werden die Fähigkeiten des Selbst bezeichnet, die sich auf Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken und Handeln beziehen. (Rahm 1993, 141)

Die Ich-Strukturen des Selbst sind die vom Individuum durch Reifung und Erfahrung entwickelten Konzepte, Grundschemata, Rollen, Konstrukte und Handlungsstrategien. Es ist die Art, wie das Selbst die Welt ordnet und individuelle

Bewältigungsstrategien entwickelt. Ich-Strukturen sind Persönlichkeitsstrukturen.

3.2. Beschreibung der psychischen Störungen und Phänomene

Die Krankheitsbilder der NutzerInnen des Sozialpsychiatrischen Zentrums erschließen sich aus dem Bereich der Schizophrenie, der affektiven Störungen und der Persönlichkeitsstörungen (ICD 10). Weiterhin suchen Menschen mit depressiven Störungen, Angst- und Belastungsstörungen unsere Einrichtung auf, wenn sie durch die Erkrankung eine starke Beeinträchtigung im Alltag erleben, die zur Veränderung ihrer bisherigen Lebensgestaltung drängt. Oftmals geht es zu Beginn einer Beratung um Fragen nach Wiedereingliederung in den Beruf, den Aufbau neuer sozialer Kontakte und die Erprobung der eigenen Belastungsfähigkeit. Der größte Teil der NutzerInnen unserer Einrichtung hat eine langjährige Psychiatriekarriere hinter sich, die mit zahlreichen stationären Aufenthalten und ambulanten Therapien verbunden ist. Viele Menschen mit einem chronischen psychischen Krankheitsverlauf müssen einen sozialen Abstieg erleiden, zu dem Statusverlust, Arbeitslosigkeit oder Frühberentung zählen. Die daraus resultierenden eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten sowie die krankheitsbedingte Antriebsminderung erschweren erheblich die Tages- und

Freizeitgestaltung, so dass die Teilnahme am öffentlichen Leben eingeschränkt ist. Die persönlichen wie auch die sozialen Defizite führen in der Regel zur sozialen Isolation oder zu Kontakten, die wenig stützend und entwicklungsfördernd sind. Die sozialen Netzwerke psychisch kranker Menschen sind häufig klein und labil. (Eikelman 1997, 35)

Hieraus wird ersichtlich, dass die fünf Säulen der Identität, wie sie in der Integrativen Therapie bekannt sind, im erheblichem Maße labilisiert sind: Leiblichkeit, Arbeit/Leistung/Freizeit, soziales Netzwerk, materielle Sicherheit, Werte und Normen. Ein Circulus vitiosus entsteht. Der soziale Rückzug bewirkt, dass Rückmeldungen von außen über die eigene Person, über die eigene Identität, weitgehend fehlen. Erst das Zusammensein mit anderen, die Interaktion, führt zum Selbsterleben und zum Aufbau der eigenen Identität. Identifizierende Botschaften über das eigene Selbst fehlen häufig bei chronisch psychisch kranken Menschen und somit bleiben neue Selbsterfahrungen zur weiteren Entwicklung der eigenen Identität aus. Das unzureichend ausgebildete Selbst zeigt sich letztendlich im Körperselbstbild.

Im Rahmen dieser Arbeit möchten wir schwerpunktmäßig die Beeinträchtigungen am Leib beschreiben.

3.3. Beobachtungen von Störungen des Leibselbst bei psychisch kranken Menschen

„Je mehr ich mein Leib bin, desto mehr an Wirklichkeit wird mir verfügbar, existieren die Dinge doch nur, sofern sie mit meinem Körper in Kontakt stehen, von ihm wahrgenommen werden. Hier aber, liegt das Wesen der seelischen Erkrankung, dass die existentielle Einheit von Selbst und Körper gestört oder verlorengegangen ist. Für den Patienten wird die Welt, die Wirklichkeit unverfügbar, er verliert das Bewusstsein seiner selbst als Existierender, er vermag keinen Kontakt – oder nur einen gestörten – nach außen, zu anderen finden. (Marcel 1968)“ (Petzold 1990, 494)

Der Leib bildet somit die Grundlage für „unser in der Welt sein“. Durch den Körper als organische Grundlage „nehmen wir wahr und handeln wir, erleben feinste emotionale Regungen und komplizierte affektive und kognitive Prozesse.“ (Petzold 1990, 68)

Durch den Leib setzen wir uns in Beziehung zur Umwelt und verbinden uns. Hier trifft das Eigene spürbar auf das Andere, teilweise auf das Fremde. An dieser Kontaktstelle zeigt sich die Identität eines Menschen.

Menschen mit schweren psychischen Störungen erleben diese Grenze zwischen Innen und Außen oft als bedrohlich. Die Ich-Strukturen sind nicht ausreichend stabil ausgebildet, um die Binnenstruktur, das Eigene, gegen die umliegenden, personalen, physikalischen und sozialen Systeme abzugrenzen.

Eigene Wahrnehmungen, Empfindungen und Gefühle werden angsterzeugend erlebt und zur Abwehr nach außen verlagert. Die

Außenwelt wird phasenweise zur absoluten Bedrohung, vor der man sich schützen muss. Der soziale Rückzug ist oft die einzige Bewältigungsstrategie. Die Störung der Innen- und Außenbeziehung zeigt sich in körperlichen, geistigen und emotionalen Bereichen.

Einige Beispiele sollen verdeutlichen wie die Störungen sich im alltäglichen Leben zeigen und welche Leibebene in der Auseinandersetzung mit der Umwelt nicht ausreichend genutzt werden kann.

- Frau W. verlässt oft tagelang nicht ihre Wohnung. Bei telefonischen Anfragen seitens der Kontakt- und Beratungsstelle, warum sie nicht komme, äußert sie, dass sie Angst habe vor gefährlichen Strahlungen und sich deshalb nicht traue, nach draußen bzw. in die Kontakt- und Beratungsstelle zu kommen. Wenn sie sich trotz ihrer Ängste traut in die Kontakt- und Beratungsstelle zu kommen, erscheint sie meistens mit mehreren Kleidungsschichten bedeckt, um sich vor den gefährlichen Strahlungen zu schützen, unabhängig von den äußeren Temperaturen. (Socialbody)

- Herr S. ist ein sehr ruhiger und eher zurückgezogener Mensch, der viele Unternehmungen für sich allein durchführt. Während des arbeits-/ ergotherapeutischen Angebotes zeigt er sich immer sehr interessiert an Holzsägearbeiten. Dabei ist er oft so im Detail vertieft, dass er den Gesamtüberblick verliert und damit auch seinen Kontext von Zeit und Umwelt vergisst. So muss er jedes

Mal an das Mittagessen erinnert werden. Seine Strategie, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, dass er seine Zeit stark minutiös plant und sich zwanghaft an diesen Zeitplan hält. (Zeit Leib)

- In Einzelgesprächen bedauert Frau N. (Borderline-Störung), dass sie überhaupt keine Erinnerung an ihre Kindheit (im Alter von fünf bis zehn Jahren) habe. Auch auf Fragen zu unterschiedlichen Bereichen in dieser Lebensphase kann sie nicht antworten, weil sie keine Erinnerung hat. (memorativer Leib/ Amnesierung)

- Frau G. (paranoide Schizophrenie mit Sinnestäuschungen und Affektstörungen) bewegt sich durchgängig in einem langsamen Tempo, erscheint mit einer gleichbleibenden Gesichtsmimik und spricht unabhängig von den Situationen in einem langsamen unbetonten Sprechrhythmus. Selbst in Konfliktsituationen bleibt sie in ihrem Tempo. Ihre Mimik und ihr Sprechrhythmus verändern sich nicht. (expressiver Leib/ Amputation)

- Da Schwierigkeiten durch die Sitzordnung beim Essen ständig auftreten, wird in einer Hausversammlung gemeinsam entschieden, dass die Tische anders gestellt werden. Gleichzeitig wird das Mobiliar in einem anderen Raum umgestellt. Diese Veränderungen lösen bei vielen BesucherInnen soviel Angst aus, dass über mehrere Tage eine gereizte Stimmung untereinander ist, verbale Aggressionen häufiger

aufzutreten, bis hin zur konkreten Äußerung eines Besuchers: „Was soll denn noch alles in der Tagesstätte verändert werden? Das ist doch nicht mehr die alte Tagesstätte. Ich werde am Essen nicht mehr teilnehmen.“ (Informationsleib)

Diese Episoden verdeutlichen die Notwendigkeit, dass bei unseren Angeboten im Sozialpsychiatrischen Zentrum die unterschiedlichen Leibaspekte im Sinne der Integrativen Therapie zu berücksichtigen sind.

- Der *perzeptive* Leib ist der Leib als Wahrnehmungsphänomen. Propriozeptionen erschließen die terra incognita des Organismus. Monästhesien (Sinnesvermögen) laufen zu vielfältigen, differentiellen Wahrnehmungen und Empfindungen zusammen, zu Polyästhesien. Dies führt zu einer Totalempfindung einer Atmosphäre, zur Synästhesie. Bei pathogenen Strukturen kommt es zur Anästhesierung. Wahrnehmungen sind in besonderer Weise bei psychisch kranken Menschen gestört, verzerrt, nicht real, nicht differenziert, bedingt durch die psychische Erkrankung an sich, sowie durch Medikamenteneinnahme. Gerade auf Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, verbunden mit Halluzinationen (visuell, akustisch, taktil, haptisch, olfaktorisch) und paranoiden Vorstellungen, trifft dies in besonderer Weise zu. So werden bestimmte subjektive Wahrnehmungen „überpräsent“ und intensiv erlebt, andere anästhesiert. Unmöglich erscheint häufig das

Erleben des Leibes selbst als Ganzes. Die Totalempfindung einer Atmosphäre ist ebenso bei den meisten gestört, insbesondere bei schizophren erkrankten Menschen.

- Der *memorative* Leib ist der Informationsleib. Vom Säugling gespeicherte Informationen bilden das Grundmaterial des Leibes, der als Informationsleib sowohl materielle als auch transmaterielle Realität hat. Der informierte Leib ist ohne Gedächtnis und Wahrnehmung nicht möglich. Er wächst in einem fortwährenden, schöpferischen Prozess (schöpferische Spirale) von Wahrnehmung, Differenzierung, Integration und Kreation. Er ist die Basis für den reflexiven Leib. Durch pathogene Bedingungen kann es zur Amnesierung kommen. Das zuvor beschriebene Beispiel, dass sich KlientInnen an bestimmte Lebensphasen überhaupt nicht erinnern können, kommt häufig vor. Die Bewusstwerdung darüber, dass Lebensabschnitte nicht erinnert werden können, führt bei den Betroffenen oft zu Verunsicherungen und Traurigkeit darüber, dass ihnen ein „Teil des Lebens fehlt“.

- Der *reflexive* Leib ist der Leib, der sich über die Betrachtung selbst in den Blick nimmt: „Ich schaue mich an.“ Durch pathogene Bedingungen kann es zur Verblendung kommen. Aufgrund der psychischen Erkrankungen sind die meisten KlientInnen nicht in der Lage, eine Exzentrizität einzunehmen, denn eine Exzentrizität kann nur eingenommen werden, wenn ein reifes Selbst mit

reifem Ich und reifer Identität besteht. Selbst, Ich und Identität sind jedoch wie vorab schon beschrieben, bei psychisch erkrankten Menschen gestört bzw. unzureichend ausgebildet.

- Der *expressive Leib* meint den Leib mit seinem Ausdrucksvermögen. Unter pathogenen Bedingungen können sich Amputationen oder Inhibierungen (Hemmungen / Blockaden) bilden. Die Ausdrucksfähigkeit ist bei psychisch kranken Menschen auf vielen Ebenen weitgehend eingeschränkt. Kreative Potentiale bleiben oft unentdeckt oder werden vernachlässigt. Die Möglichkeit, auf unterschiedliche Situationen flexibel zu reagieren, ist nicht gegeben. So ist es für Mitmenschen schwer, eine Differenzierung des innerlich Erlebten bei psychisch Erkrankten zu erfahren. Mimik und Gestik sind gleichbleibend / monoton oder fahrig / unkontrolliert, verlangsamt oder hektisch. Körperteile werden zum Teil als zum Selbst/ Ich nicht dazugehörig erlebt und „amputiert“.

- Der *Informationsleib* ist wahrnehmender und erkennender Leib, der aus der Exzentrizität heraus, sich über sein Da-Sein in der Welt informiert. Der informierte Leib ist Objekt und Subjekt, d.h. der Information aufnimmt, verarbeitet und daraus Erkenntnis gewinnt. Eine große Schwierigkeit bei psychisch kranken Menschen besteht schon in der Aufnahme von Informationen und in der Konzentration auf gezielte Informationen. Neue Informationen werden in der Regel nicht mit einer

Wissensbegierde oder Neugierde aufgenommen, sondern sind oftmals mit vielen Ängsten besetzt, die ein „Sich-Einlassen“ auf Erkenntnis und Transfer in den Lebensalltag verhindern bzw. mit langen Zeiträumen und ständigem „Einüben“ verbunden ist, so dass ein sich „Einverleiben“ nur schwer möglich wird.

- Der *Sprach-Leib* ist der Körper, der selber spricht und seine Teile benennt. In unserer Kommunikation erhält er symbolische Bedeutung und tritt selbst durch die Körpersprache in den Bereich der Symbolisierung ein. Entsprechend der Entwicklungsphase des Leib-Selbst durchdringt die Sprache den Leib, das Selbst wird benannt und mit Attributen versehen. Der benannte Körper verwandelt seine Qualität, er wird Sprach-Leib und zugleich sprechender Leib. Bei Störungen der Entwicklung des Leibselbst ist die Durchdringung der Sprache in den Leib ebenfalls oft blockiert. Worte und Formulierungen fehlen, um etwas zu benennen oder zu beschreiben. Differenzierte verbale Äußerungen sind nicht möglich. Manchmal treten auch krankheits- oder medikamentenbedingte Sprachstörungen bzw. Veränderungen in der Sprache auf wie z.B. Schizophrenie (Sprachverwirrtheit), Maniertheiten, Echolalien (ständiges Wiederholen von bestimmten Redewendungen) und Wortneubildungen (Neologismen).

- Der *Zeit-Leib* ist der Leib in meiner Zeit. Durch Geburt und Tod besteht

eine Zeit- bzw. Lebensspanne. Durch seine Begrenzung von Anfang und Ende wird Zeit erst möglich. Man erlebt mit ihm und in ihm Zeit, die psychologische Zeit sowie Rhythmen als biologische Zeit. Zum Zeit-Leib gehört auch der memorative Leib. Relationalität in der Zeitdimension meint, dass durch Vitalität und Dynamik Zukunft begründet wird. In gegenwärtigen Prozessen werden Zukunft und Vergangenheit in Beziehung gesetzt und verbunden. Diese Relationalität in der Zeitdimension ist bei psychischen Erkrankungen oft nicht gegeben. In psychisch labilen Phasen zeigen sich Tendenzen der Regression z.B. häufiges Wiederholen unverarbeiteter früher traumatischer Erlebnisse, die den Blick für die Gegenwart und Zukunft blockieren. Ein weiteres Phänomen ist das starre Festhalten an Gegenwartsbezügen. Eine „Rückschau“ oder „Vorschau“ ist für den einzelnen häufig mit Ängsten besetzt, zu kompliziert und wird als Überforderung erlebt.

- Der *Social-body* oder *Rollenleib* ist die Einbindung des Körpers in die Lebenswelt, in seinen ökologischen Raum und die Einbindung in die soziale Welt. Zum *Social-body* gehört die leibliche Sprache der Mimik, Gestik, Haltung und anderen Äußerungen, die transkulturell verstanden werden. Er nimmt die soziale Wirklichkeit auf und trägt zur Gestaltung selber bei. Zugleich ist er in der Lage, Rollen aufzunehmen. Gerade der *Social-body* ist, wie oben schon beschrieben wurde, auf unterschiedlichen Ebenen gestört. Die

extremste Form der Störung ist die soziale Isolation, die so aussehen kann, dass psychisch kranke Menschen nicht nur über mehrere Tage, sondern manchmal über Jahre allein in ihrer Wohnung leben und nur zum Einkaufen die Wohnung verlassen oder sich sogar einschließen, keinen hineinlassen, bis nur noch eine Kontaktaufnahme von außen, manchmal gegen den Willen des Betroffenen, möglich ist. Das soziale Miteinander ist oft geprägt von Sprachlosigkeit oder immer wiederkehrenden gleichbleibenden Dialogen bzw. Fragestellungen, die begleitet sind von aggressiven, ängstlichen, apathischen oder hoch sensiblen ichzentrierten Grundhaltungen. Die Störung der Selbstwahrnehmung zieht immer auch eine Störung der Fremdwahrnehmung nach sich. Dadurch wird ein gegenseitiges Verstehen bis hin zu konstruktiven Auseinandersetzungen erschwert bzw. erfordert eine komplexe, sensible und differenzierte Herangehensweise.

- Der *Arbeits-Leib* tritt mit den Dingen in Beziehung und gestaltet die Umwelt in Kooperation mit anderen. Bedingt durch die psychische Erkrankung und die damit verbundene Störung zum eigenen Leibselbst haben viele Betroffene auch den Kontakt, die Beziehung oder die Liebe zu den Dingen verloren oder erleben dies nur sehr eingeschränkt. Dinge werden von ihnen nicht wertgeschätzt, gepflegt bzw. gestaltet sich ein Prozess, in dem Dinge bearbeitet oder produziert werden als schwierig, weil zum einen das „Sich-Einlassen“ auf einen solchen Prozess mit Ängsten besetzt ist und andererseits

keine innere Vorstellung darüber vorhanden ist, wie dieser Prozess aussehen könnte.

- Der *ästhetische Leib* ist schön und wird in der Kunst als etwas Universelles dargestellt. Je nach Grad und Dauer der psychischen Erkrankungen geht bei vielen Betroffenen mit der Erkrankung eine körperliche Verwahrlosung einher, in Form von nicht ausreichender Körper- und Wäschepflege sowie unzureichender Ernährung. Ebenso werden eigene Wohnungen nicht aufgeräumt und sauber gehalten, so dass Betroffene oft in unzumutbaren „Lebensräumen“ wohnen. Der Sinn für etwas Schönes, für Ästhetik ist weitgehend reduziert.

4. Interventionen, Maßnahmen und Angebote zur Entwicklung des Leibselbst

In unserem sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld ist aufgrund der dort vertretenen psychischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen ein hohes Maß an Entfremdungsphänomenen im Sinne der Integrativen Therapie bei den KlientInnen zu beobachten:

- Entfremdung vom Leib
 - Entfremdung von der Lebenszeit
 - Entfremdung von der Zwischenleiblichkeit, d.h. vom Mitmenschen
 - Entfremdung von der Arbeit
 - Entfremdung von der Lebenswelt
 - Entfremdung von der Natur
- „Entfremdung / Verdinglichung geht mit Destruktion und Desintegration, mit der Beschädigung des personalen

Leib-Subjektes, des sozialen Kontextes, des ökologischen Lebensraumes sowie dem Verlust der Kontinuum-Dimension einher, die bis zum Verlust von Humanität (Menschlichkeit) und Hominität (Mensch-sein) und zur Zerstörung der Lebenswelt führen kann. Zentral kommt zunächst die Entfremdung vom Leib und von der Zwischenleiblichkeit in den Blick. Der Mensch entfremdet sich von sich als Leib und begreift sich nicht mehr in leiblicher Gemeinschaft und Bezogenheit, sondern sieht sich als Individuum.“ (Petzold/ Schuch 1992, 424)

Auf der Basis dieses Verständnisses von Entfremdung bzw. Krankheit ist die Grundintention unserer Angebote, Maßnahmen und Interventionen die Entwicklung zunächst von Kontakt und im späteren Verlauf von Beziehung; Kontakt zu sich, zum eigenen Leib, Kontakt zu anderen, zur Lebenswelt und Lebenszeit. Den Begriff `Kontakt- und Beratungsstelle` möchten wir z.B. auch in diesem Sinne verstanden wissen.

„Es geht darum, die Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsstile der Patienten zu verändern, dadurch, dass man mit ihnen einen von Intersubjektivität getragenen Stil zwischenmenschlichen Miteinanders in Handeln, Reden und Denken praktiziert.“ (Petzold 4/ 1986a, 331)

Aufgrund der beschriebenen Entfremdungsphänomene wird deutlich, dass das Leib-Subjekt als totales Sinnes- und Handlungsorgan des Leibes auf unterschiedlichen Ebenen bei unseren KlientInnen

pathogene Strukturen aufweist. Gerade das Erleben akuter psychotischer Schübe geht oft einher mit einer enormen Verunsicherung des Leibselbst, bis hin zum existentiellen Infragestellen des eigenen Selbst in der Lebenswelt und Lebenszeit.

Ausgehend von den unterschiedlichen Krankheitsbildern und deren Ausprägungen und Entwicklungsgrade für die KlientInnen, haben sich folgende Angebotsbereiche entwickelt (von den Phänomenen zu den Strukturen):

- Hilfen zur Alltagsbewältigung
- Informationsvermittlung und Beratung zum Umgang mit Krankheit bzw. Gesundheit
- Aktivierende übungszentrierte Gruppenangebote
- Therapeutische Gruppen- und Einzelarbeit

Durch diese unterschiedlichen Angebotsbereiche versuchen wir unter Berücksichtigung der krankheitsbedingten Störungen der KlientInnen, wie Antriebsverlust, kognitive Einschränkungen, Wahrnehmungsstörungen u.s.w. unterschiedliche Ebenen anzusprechen.

Bei den Hilfen zur Alltagsbewältigung werden basale Strukturen wie Essenzubereitung, Körperhygiene etc. angesprochen. Bei den aktivierenden, übungszentrierten Angeboten wird versucht, direkt auf das Verhalten und Erleben Einfluss zu nehmen. Die Informations- und Beratungsgespräche versuchen, die kognitive Bewusstseinssebene

anzusprechen und zu fördern. Therapeutische Gruppen- und Einzelarbeiten ermöglichen den KlientInnen eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Lebens- und Leibgeschichte. In der Durchführung dieser Angebotsbereiche werden gleichzeitig die vier Wege der Heilung im Sinne der Integrativen Therapie wirksam:

- Bewusstseinsarbeit, die zur Sinnfindung führt;
- Nachsozialisation, die Grundvertrauen bekräftigt und emotionale Defizite kompensiert;
- Erlebnisaktivierung, die zur Persönlichkeitsentfaltung beiträgt;
- Solidaritätserfahrung und Mehrperspektivität im Hinblick auf pathogene Lebenssituationen, die Engagement für ein humanes Miteinander fördern; (Petzold/Orth 1990, 1043)

Grundlage dieser Angebotsbereiche bildet die Atmosphäre, die zum einen geprägt ist von einem nährenden und sorgenden Klima und zum anderen von bestehenden Grenzen und Regeln.

Ein nährendes und sorgendes Klima ermöglicht eine Nachsozialisation zur Restitution von Vertrauen in sich selbst und in die anderen. Hieraus kann sich ein Gefühl der Zugehörigkeit entwickeln, die sich aber nur dann entwickeln kann, wenn der einzelne Klient eine grundsätzliche Akzeptanz für sich spürt. Auf diesem Boden können in einem weiteren Schritt Konflikte und Auseinandersetzungen geführt werden.

4.1. Hilfen zur Alltagsbewältigung

Hilfen zur Alltagsbewältigung sind Angebote, die auf der basalen Ebene direkt am Leib ansetzen und die Gesundheitsentwicklung von KlientInnen fördern und stabilisieren sollen. Hierbei geht es um Angebote, die die existentiellen Bedürfnisse von Menschen gewährleisten sollen, wie Essen, Ruhe/Schlaf und Körperpflege. Diese Versorgung und Sicherung von Grundbedürfnissen können manchmal akute Krisen verhindern.

Wie oben beschrieben, haben viele KlientInnen große Schwierigkeiten, eine ausreichende Körper- und Wäschehygiene zu betreiben. Oftmals wird es notwendig, den Einzelnen auf seine unzureichende Körper- oder Wäschepflege anzusprechen. Deshalb besteht in beiden Einrichtungen die Möglichkeit, zu duschen und die eigene Wäsche zu reinigen. Über dieses Angebot können betreffende KlientInnen auch lernen, ihre Wäsche angemessen zu pflegen.

Ebenso werden im Sozialpsychiatrischen Zentrum regelmäßige Mahlzeiten angeboten, so dass zumindest an Besuchstagen gewährleistet ist, dass KlientInnen Essen zu sich genommen haben. Gleichzeitig haben sie die Möglichkeit, zu lernen, Mahlzeiten zuzubereiten und zu kochen, so dass sie befähigt werden können, sich auch in ihrem Lebensalltag selbständig zu versorgen.

Darüber hinaus werden Ruheräume zur Verfügung gestellt, in denen sich KlientInnen zurückziehen können, wenn sie für sich selber

Überforderung erleben oder von MitarbeiterInnen angesprochen werden, wenn die Notwendigkeit aufgrund von auffälligen Verhaltensweisen besteht, sich zurückzuziehen.

4.2. Information und Beratung zum Umgang mit Krankheit/ Gesundheit (psychoedukative Beratung)

Im Rahmen von Information und Beratung zum Umgang mit Krankheit/Gesundheit finden Angebote in Form von Gruppen- und Einzelgesprächen, Informationsnachmittagen und „Sprechstunden“ zu folgenden Themen statt:

- Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung und Informationsvermittlung zu unterschiedlichen psychischen Erkrankungen sowie Beratung über adäquate Therapiemöglichkeiten;
- Gesunde Ernährung, bewusstes Essen, „Sinn/ Unsinn von Diäten“, Essverhalten, Essstörungen, Gewichtsreduktion unter besonderer Berücksichtigung der Einnahme von Neuroleptika
- Umgang mit Suchtmittelabhängigkeiten/ -gefährdung und Auswirkungen auf die psychische Erkrankung
- Beratung/ Information zur Medikamenteneinnahme, mögliche Wirkungsweisen/Nebenwirkungen, Einfluss auf die psychische Befindlichkeit sowie auf das Hunger-/ Appetitgefühl

In diesem Angebotsbereich versuchen wir, ein Grundverständnis von

Gesundheit und Krankheit zu vermitteln, das davon ausgeht, dass Gesundheit und Krankheit zu einer möglichen Qualität der Lebensprozesse des Leibesubjektes und seiner Lebenswelt gehören. (Pritz / Petzold 1992, 381), um so ein Bewusstsein und eine Sensibilisierung für Integration und Ganzheitlichkeit für die eigene Leiblichkeit zu fördern.

4.3. Aktivierende übungszentrierte Gruppenangebote

Im Rahmen dieser Angebote unterscheiden wir zwischen arbeits- und ergotherapeutischen Gruppen sowie bewegungs- und tanztherapeutischen Gruppen und Gruppen, die kognitive Fähigkeiten fördern.

Übungszentrierte Angebote haben das Ziel, Verhaltens- und Handlungsmuster der KlientInnen zu erweitern.

Eine zeitintendierte eingeschränkte Lebensweise mit wenig Außenkontakten und gedämpften inneren Stimulierungen führen zu einem starren und festgefahrenen Handlungsrepertoire der Alltagsbewältigung. Für MitarbeiterInnen im psychiatrischen Bereich ist es oft nur schwer auszuhalten, wenn chronisch psychisch kranke Menschen stundenlang rauchend vor sich hinsinnen.

Übungen, Techniken und Medien werden eingesetzt, um dem Prozess der seelischen, körperlichen und geistigen Verflachung entgegenzuwirken und durch

Aktivierung, manchmal auch Verstärkung, bekannte Handlungsmuster zu modifizieren. Bewegungstraining in Form von funktioneller Gymnastik, Schwimmen, Lauftraining und Konditionstraining will erst einmal das Erleben von Körper, Bewegungspotential und die Freude an der Bewegung wieder erfahrbar machen. Das Erspüren von Dehnung, Heben und Senken von Körperteilen, Kraft unter Einsatz des Körpers und das anschließende Wohlbefinden oder die Lockerung, manchmal auch Muskelkater, ist in den ersten Stunden eine Sensation. Übungen und das Erlernen von Techniken bieten als Handwerkszeug eine Möglichkeit der Selbstregulierung. Durch ein in sich wiederholendes Trainingsprogramm sollen die KlientInnen befähigt und ermutigt werden, Bewegungsübungen bei Bedarf auch alleine durchzuführen, um das entsprechende Körpergefühl für sich herzustellen. Die Wiederholung der Übung ist dabei ein wesentlicher Schritt, damit neue Bewegungsmuster im Leibe verinnerlicht werden können. Einfache Medien wie Massagebälle, Tennisbälle, Knetringe sowie der Bewegungsraum stehen den BesucherInnen der Einrichtung zur Verfügung. Wir beabsichtigen dadurch, dass Bewegung und Leibarbeit auch atmosphärisch selbstverständlich in unsere alltägliche Arbeit mit einfließt. Das bedeutet, dass auch neben den Gruppenangeboten die Arbeit am Leib berücksichtigt wird. KlientInnen werden aufgefordert sich gegenseitig

zu „behandeln“ oder sprachlich wird auf das Körperempfinden aufmerksam gemacht: „Ist es Ihnen warm genug in den Räumen? Haben Sie Platz genug?“ sind häufige Eingangsfragen, um die Aufmerksamkeit auf den Körper zu lenken. Auch Rückmeldungen über das Aussehen, Kleidung etc. bringen die KlientInnen zum leiblichen Selbstempfinden. Nicht selten kommt es über die Äußerungen auch zu kurzen, angemessenen Körperkontakten wie das Halten der kalten Hände, die kurze Berührung des Rückens nach einem Gespräch oder auch ein anerkennendes Klopfen auf die Schulter.

4.4. Therapeutische Gruppen- und Einzelarbeit

In beiden Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Zentrums werden therapeutische Gruppen zu bestimmten Themen bzw. für bestimmte Zielgruppen angeboten. Darüber hinaus können KlientInnen Einzelberatung in Anspruch nehmen. Diese Angebote finden in regelmäßigen zeitlichen Abständen statt, meistens wöchentlich und sind von der Gesamtdauer zeitlich befristet. Das Setting wird festgelegt und mit den Betroffenen wird ein Vertrag, mündlich oder schriftlich, geschlossen, in dem Bedingungen und Ziele festgehalten werden. Im Rahmen der therapeutischen Gruppen- und Einzelarbeit haben die KlientInnen die Möglichkeit, sich mit ihren persönlichen Themen auseinanderzusetzen, ihre aktuelle

Befindlichkeit mit ihrer Biographie zu verknüpfen und so ihre persönliche Entwicklung zu forcieren. Diese Angebote setzen ein bestimmtes Maß an Stabilität beim Einzelnen voraus. Für diese Arbeit ist mehr an Verbindlichkeit und Verlässlichkeit erforderlich. Weiterhin wird die Bereitschaft und Fähigkeit vorausgesetzt, sich auf eine andere Qualität und Intensität von Beziehung mit sich und anderen einzulassen.

5. Therapeutische Gruppenarbeit zum Leibselbst - Intention und Zielsetzung der Gruppenarbeit

Durch die oben beschriebenen Beobachtungen der Störungen des Leibselbst bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen, schizoide Persönlichkeitsstörungen), haben uns dazu veranlasst, eine kontinuierlich langfristig therapeutische Gruppenarbeit zur Arbeit am Leibselbst und Körperbild/-erleben anzubieten.

Durch unsere täglichen Beobachtungen kristallisierten sich für uns folgende Hauptziele für dieses therapeutische Gruppenangebot heraus:

- Verstehen der eigenen Psychosomatik im Kontext der eigenen Leibgeschichte und der psychischen Erkrankung
- Vermittlung eines „objektiven“ Anatomiewissens

- und Verstehen der „subjektiven“ Anatomie
- Entwicklung des Kontaktes zur eigenen inneren und äußeren Lebenswelt
 - Förderung differenzierter und kohärenter Bewegungsqualitäten.

5.1. Verstehen der eigenen Psychosomatik im Kontext zur eigenen Leibgeschichte und der psychischen Erkrankung

Viele unserer KlientInnen leiden unter somatischen Beschwerden wie Rückenschmerzen, Magen- und Darmbeschwerden, Kopfschmerzen, Herz-/ Kreislaufprobleme, Schwächung des Immunsystems, die meistens mit ihrer psychischen Erkrankung korrelieren. Diese Korrelation und der Bezug zur aktuellen Lebenssituation und der eigenen Leibgeschichte wird aber von vielen KlientInnen nicht gesehen bzw. verstanden. Die somatischen Beschwerden werden losgelöst betrachtet von Ursachen und auslösenden bzw. verstärkenden Bedingungen.

Dabei liegt der Zusammenhang aufgrund der psychischen Krankheitsbilder nahe. Die Fähigkeit, Gefühle, Probleme und Befindlichkeiten zu verbalisieren oder in einer anderen Weise angemessen auszudrücken, ist unzureichend ausgebildet, so dass nur noch der Weg über die Somatik bleibt.

„Als Verarbeitungs- und Bewältigungsmodus wird häufig die Somatisierung gewählt, weil die pathogenen Einwirkungen nicht

alloplastisch, die Umwelt verändernd beseitigt werden konnten, so dass nur autoplastisch der Körper als Ausdrucksmöglichkeit blieb. Deshalb muss das Symptom als „Ausdruck auf noxische Eindrücke“... in seiner symbolischen und kommunikativen Qualität gesehen werden als leibhaftiges Zeichen, als Körpersymbol, das der schädigenden Umwelt und einer ersehnten protektiven Umwelt Signale gibt.“ (Petzold 1993, 562)

Uexküll wählte den Begriff der Ausdruckskrankheit für Psychosomatosen, weil im Symptom ein psychischer Konflikt sekundär ins Körperliche konvertiert wird. (Hoffmann/Hochapfel 1995, 175) Unsere Intention bestand darin, ein Verstehen dieser Zusammenhänge und Wechselwirkungen zu vermitteln, um so einen individuellen adäquaten Umgang mit den eigenen somatischen Beschwerden zu ermöglichen bzw. im Sinne von Prophylaxe, KlientInnen zu befähigen, somatische Beschwerden langfristig zu reduzieren oder zu verhindern. Um diese Kompetenzen zu entwickeln, ist es erforderlich, differenzierte Wahrnehmungen auf unterschiedlichen Leibebenen zu fördern.

5.2. Vermittlung eines „objektiven“ Anatomiewissens und Verstehen der „subjektiven“ Anatomie

Mit objektiver Anatomie ist das „offizielle Körpermodell“ der Naturwissenschaft und Medizin gemeint, also ein Körper, der sich messen und wiegen lässt. Die

subjektive Anatomie meint das „inoffizielle Körpermodell“, ein Körper, der erlebt, fühlt und spürt. Bei der subjektiven Anatomie geht es um den Dialog, den der eigene Körper ständig mit sich selbst und seiner Umgebung führt. (Uexküll 1994, 13, 21)

Ein „objektives“ Anatomiewissen bildet unserer Meinung nach die Voraussetzung dafür, körperliche Prozesse zu lokalisieren, zu beschreiben und zu benennen, um somit auch mit anderen über die eigene Befindlichkeit in einen Dialog zu gehen. Verständigung und gegenseitiges Verstehen ist aber nur mit einer gemeinsamen Sprache, in diesem Fall einer „Anatomiesprache“, möglich. Diese Basis wollten wir über die Vermittlung eines „objektiven“ Anatomiewissens schaffen, um letztendlich unseren KlientInnen darüber hinaus die Möglichkeit zu bieten, ihr subjektives „Anatomieempfinden“ differenzierter zu formulieren bzw. sie überhaupt in die Lage zu versetzen, Körpererleben und –empfinden zu formulieren. Auf der Basis der objektiven Anatomie kann jeder Einzelne seine eigene subjektive Anatomie, z.B. Beobachtung der eigenen Körperhaltung, Erinnerungen an Rücken- und Haltungsgeschichten u.s.w. erkennen und entwickeln. (Entwickeln im Sinne von „Aufwickeln“).

Die Differenzierung von subjektiver und objektiver Anatomie ist für unser Klientel von Wichtigkeit, um zu verstehen, dass psycho-somatische Beschwerden nur begrenzt diagnostiziert werden können. Unsere

KlientInnen fühlen sich von ÄrztInnen oft nicht verstanden oder in die Ecke des „Verrückten“ gedrängt, wenn ihnen bezüglich ihrer somatischen Beschwerden kein Befund mitgeteilt werden kann. Mit den Kenntnissen über subjektive und objektive Anatomie sind sie eher in der Lage, ihre somatischen Beschwerden ernst zu nehmen und gleichzeitig die Wichtigkeit einer medizinischen Untersuchung zu begreifen, ohne sich missverstanden zu fühlen.

5.3. Entwicklung des Kontaktes zur eigenen inneren und äußeren Lebenswelt

„Kontakt ist im wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene von Fremdem scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage einer Identität schafft.“ (Petzold 1993, 1066)

Körperschemastörungen und Körperbildstörungen, die häufig bei psychisch kranken Menschen zu beobachten sind, äußern sich konkret durch eine diffuse Körperschema-Vorstellung, eine verzerrte Körperwahrnehmung in Bezug auf das Zusammenspiel einzelner Körperteile miteinander und einer Desorientierung in Bezug auf einzelne Körperteile und ihre Beziehung in den Körperumraum. Basierend auf einer unzureichend entwickelten Subjekt – Objekt - Differenzierung, die sich in der Unfähigkeit äußert, sich gegen andere

abzugrenzen und ein pathologisches Erleben, mit anderen oder der Umwelt zu verschmelzen, werden die eigenen Körpergrenzen nicht klar wahrgenommen, das Erleben der Körperperipherie ist unklar und durchlässig und der eigene Körper ist nicht positiv besetzt. (Röhrich/Priebe 1998, 173,174)

Aufgrund dieser Beobachtungen hatte unser therapeutisches Gruppenangebot zum Ziel, Verbindungen von Körperregionen und Bewegungsabläufen zu erspüren, Körperregionen in Bewegung zu setzen und bewusst zu machen. Unsere Annahme war, dass durch die Bewusstwerdung innerer Verbindungen, die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, d.h. „Verbindungen“ nach außen angemessener gestaltet werden können; denn das Erkennen von Körperregionen erweitert das Leibselbst. Durch die Aktivierung vorher nicht wahrgenommener Körperregionen verändert sich der Kontakt nach außen, das wiederum in Wechselwirkung zum Selbsterleben steht.

„Der menschliche Leib ist darauf angelegt, mit der Welt und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. ...Der Mensch wird Mensch aus der Begegnung.“ (Petzold 1993, 1050, 1052)

5.4. Förderung differenzierter und kohärenter Bewegungsqualitäten

In unseren bisherigen bewegungs- und leibtherapeutischen Angeboten fiel uns besonders auf, dass KlientInnen unserer Einrichtungen

den Körper und ihre Bewegungen nicht als zusammenhängendes Ganzes, sondern fragmentiert und inkohärent erleben.

Der Kohärenzverlust zeigt sich dadurch, dass differenzierte Ganzkörperbewegungen kaum möglich sind. In Bewegungshandlungen wird der Körper kaum als integrierte Einheit genutzt, zentral initiierte Bewegungen sind kaum zu beobachten, Handlungen oder Gesten werden häufig nicht zu Ende geführt, da eine Kontinuität im Bewegungsfluss stetig unterbrochen/gespalten wird und der Bewegungsfluss als harmonisches und integrierendes Element für Bewegungsübergänge fehlt. Dreidimensional-formende Bewegungshandlungen (shaping) fehlen; Bewegungsdimensionen sind flächig und zweidimensional. Die Folge von Kohärenzverlust ist die Fragmentarisierung bei Körperwahrnehmungen und Bewegungsabläufen. Einzelne Körperteile werden als nicht zum Körper dazugehörig empfunden und agieren unverbunden und isoliert voneinander. Bewegungsabläufe sind oft segmenthaft strukturiert und werden von einem zergliederten, stakkatohaften Formfluss begleitet. Der Bewegungsantrieb ist eher zögerlich und vorsichtig oder abrupt und unkontrolliert. (Röhrich/Priebe 1998, 174,175)

„Die Ganzheitlichkeit des Körper- und Selbsterlebens finden wir bei den Schizophrenen auffallend desintegriert. Dies kommt vor allem in bildnerischen Gestaltungen als Fragmentierung, Abspaltung von

Körperteilen, Maskenhaftigkeit des Gesichtes wie auch in Gestaltzeichnungen von „Kopffüßlern“, wie sie in Kinderzeichnungen üblich sind, zum Ausdruck. Diese Gestaltungen spiegeln das Selbstgefühl und Körpererleben Schizophrener,“ (Röhricht/ Priebe 1998, 123) Durch Brüche und fehlende Repräsentierungen fehlen Bilder vom Körper selbst: was nicht wahrgenommen wird, kann auch nicht in Worte gefasst werden und ist somit nicht bewusst. Häufig zeigen sich bei psychotisch gestörten Kindern Haltungsschäden, die einer besonderen Behandlung bedürfen. Die Entwicklung eines integrierten Körperselbst ist erschwert, weil integrative Erfahrungen an der Körperperipherie sowie am Vestibularapparat fehlen. Körper- und Handlungselbstanteile werden aus Abwehrgründen kognitiv abgespalten. (Krause 1995) Wenn z.B. der Unterkörper schwach repräsentiert ist, kann er nur eingeschränkt zur Mobilisierung und als Gewichtszentrum eingesetzt werden. Das Gefühl von Standfestigkeit ist oft schwach, das sich wiederum auf das Selbstvertrauen und die Kontaktfähigkeit auswirkt.

6. Rahmenbedingungen

Seit August 1999 wurde eine Gruppe zum Leibselbst in der Kontakt- und Beratungsstelle und eine Gruppe in der Tagesstätte einmal wöchentlich

für jeweils fünfundsechzig Minuten angeboten.

Insgesamt nahmen an den Gruppen im Laufe der insgesamt 1 1/2 Jahre 25 Personen teil, davon waren 6 Teilnehmer männlich und 19 TeilnehmerInnen weiblich. 12 TeilnehmerInnen blieben das ganze Jahr über in dieser Gruppe, davon 3 männliche und 9 weibliche TeilnehmerInnen.

Das Alter der TeilnehmerInnen lag zwischen 26 und 52 Jahren. Von den Krankheitsbildern waren schizophrene Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen vertreten.

Diese Gruppen zum Leibselbst waren ein langfristig angelegtes, verbindliches therapeutisches und prozessbegleitendes Gruppenangebot, das die weitere Entwicklung des Leibselbst fördern sollte. Durch Kontinuität und Langfristigkeit sollte den TeilnehmerInnen die Möglichkeit geboten werden, über ein ständiges „Training“ ihr Alltagserleben und ihre Alltagsbewegungen/-haltungen mit einfließen zu lassen, Bezüge herzustellen, neue / andere Bewältigungsformen zu entwickeln, im Lebensalltag auszuprobieren und zu modifizieren.

Diese Gruppen waren nicht als offenes Angebot konzipiert, sondern TeilnehmerInnen wurden angesprochen oder diejenigen, die Interesse äußerten, an dieser Gruppe teilzunehmen, wurden im Einzelgespräch darüber informiert, was sie in dieser Gruppe erwartet, so dass danach eine bewusste Entscheidung über die Teilnahme an

dieser Gruppe getroffen werden konnte.
Dieser bewusste Entscheidungsprozess war deshalb notwendig, weil diese Art der Arbeit eine vertrauensvolle Atmosphäre erfordert, die Stundeneinheiten in dieser Gruppe aufeinander aufbauen und bezogen sein sollten, sowie eine Bereitschaft, sich mit der eigenen Leibgeschichte auseinanderzusetzen, gewährleistet sein sollte.

7. Angewandte Methoden, Techniken, Medien und Modalitäten

7.1. Methoden

Analog unserer zuvor dargestellten Gesamtkonzeption haben wir in unserer therapeutischen Gruppenarbeit mit Elementen der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie gearbeitet und einen Schwerpunkt auf die Integrative Tanztherapie gelegt. Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie, insbesondere die Integrative Tanztherapie, die eine lange Tradition in der Arbeit mit psychiatrischen KlientInnen vorzuweisen hat, bieten behandlungsmethodische Zugänge, die die Besonderheiten in der Behandlung von psychisch kranken Menschen berücksichtigen. „Menschen mit schwachen oder verwirrten Lebensimpulsen – atmosphärischen Relikten aus dem präverbalen Bereich früher Kindheit (Petzold 1992b) oder mit schweren traumatischen Erfahrungen, für die „keine Worte“ gefunden werden

können (violenter sexueller Mißbrauch, Unfall, Katastrophen), Erfahrungen im sprachlosen Raum des Transverbalen also, wo das Schweigen oder der Schrei regiert (Petzold 1985h), und Psychotiker und Borderline-Patienten gehören in der Regel zu derart Geschädigten, brauchen einen anderen behandlungsmethodischen Zugang als den bloß verbalen und auf die strukturierenden Kräfte des Ich bauenden.“ (Petzold 1993, 653, 654)
An diesem Punkt nimmt die Integrative Tanztherapie einen besonderen Stellenwert ein. Wo es schwierig wird, elementare Gefühle und Affekte in Worte zu fassen bzw. Erfahrungen, Erlebnisse, Atmosphären, die präverbal entstanden sind, zu beschreiben, können Tanz und Bewegung zum ganzheitlichen leiblichen Ausdrucksmedium werden. Gleichzeitig ist die Förderung eines differenzierten sprachlichen Ausdrucks ein wesentlicher Bestandteil der Integrativen Tanztherapie, so dass eine Durchdringung von Verbalität und Non-Verbalität in der therapeutischen Arbeit angestrebt wird. (Willke 1991, 40)
Darüber hinaus verstehen wir Tanztherapie im Rahmen der Definition der Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie e.V. folgendermaßen:
„Integrative Tanztherapie ist eine Methode der Behandlung somatischer, seelischer, psychosomatischer und sozialer Probleme und Erkrankungen durch die Wahrnehmungs-, Bewegungs-,

Ausdrucks- und Interaktionsmöglichkeiten, die der Tanz als fundamentales Phänomen menschlicher Kultur bietet. Durch die stumme Sprache der Geste als Ausdrucksmöglichkeit des Unbewussten, die Symbolisierungen der Bewegung, ihre sprachliche Reflexion, das Ineinander von Formen der Bewegung, des Rhythmus und die Möglichkeit der kreativen, leiblich-konkreten Gestaltung und Improvisation eröffnet Integrative Tanztherapie durch übungszentrierte, erlebniszentrierte und konfliktzentrierte Arbeitsformen Chancen der Heilung, der Persönlichkeitsentwicklung und des konfliktlösenden sozialen Miteinanders. (Petzold, Willke)“ (Petzold/ Sieper 1996, 537) Über das Erleben der Sinne wird der leibliche Eindruck wahrgenommen und kann sich zum leiblichen Ausdruck entfalten. Durch die auf diesem Weg herbeigeführte Betroffenheit wird ein anderer Bezug zur Welt möglich, der andere expressive Fähigkeiten weckt. Über die Ansprache der Sinne „wird unsere Welt „sinnlich“ und vielleicht auch „sinn-voll“ (Willke 1991, 41) Deshalb kann die Integrative Tanztherapie in besonderer Weise für psychisch kranke Menschen genutzt werden, die, wie oben beschrieben, in ihren Sinneswahrnehmungen stark beeinträchtigt sind, durch Psychoseerfahrungen sich von ihrer Identität entfremdet und den Sinn des Lebens oft für sich verloren haben.

7.2. Techniken

Bewegungs- und Tanzimprovisationen

Bei tanz- und bewegungstherapeutischen Interventionen achteten wir darauf, dass die zuvor angeleiteten Bewegungen sich in den persönlichen Ausdruck integrieren konnten. In der Improvisation sollen Erlebnisse, Gefühle und Empfindungen durch Bewegung zum Ausdruck gebracht werden. Psychisch kranke Menschen sind jedoch meistens überfordert mit der Aufgabe, ihre innere Erlebniswelt auszudrücken. Es ist notwendig, ihnen über strukturierte Bewegungsabläufe und angeleitete Bewegungen Ideen und Bewegungsmöglichkeiten zu vermitteln, wie sie ihre innere Erlebniswelt zum Ausdruck bringen können.

Angeleitete und freie Bewegungsimprovisationen wurden innerhalb der Gruppe auch zu konfliktbesetzten lebensgeschichtlichen Themen und Körperregionen angeboten und entwickelt.

Tanztechniken

Tanztechniken haben in der Integrativen Tanztherapie die Funktion, das Ausdrucksrepertoire zu erweitern und somit andere Zugangsweisen zur Welt, zu sich selbst und zu anderen zu eröffnen. Schwerpunktmäßig arbeiteten wir mit Grundelementen des Klassischen Tanzes und des Afrikanischen Tanzes. Grundelemente des Klassischen Tanzes eignen sich durch die klare Vorgabe von Richtung und Form besonders für das

Erleben von Orientierung, Struktur, Aufrichtung des Körpers und Körperspannung. Grundelemente des Afrikanischen Tanzes nutzten wir vor allem für das Erleben von Grounding, Bodenständigkeit und Energie. Darüber hinaus setzten wir auch Folkloretänze ein. Hilfreich war diese Tanztechnik bei der Bearbeitung von Krisen, die einer verbalen Intervention anfangs nicht zugänglich waren. Durch gemeinsame Bewegungsfolgen in der Kreisform konnte Gemeinschaft, Sicherheit und Zugehörigkeit erlebt werden. Oft war dies der erste Schritt zur Bearbeitung der Krise auf der Bewegungsebene und reichte in manchen Fällen aus, eine psychische Stabilität vorerst wieder herzustellen.

Bartenieff-Übungen

Die „Bartenieff Fundamentals“ schienen uns für unser Klientel besonders geeignet, weil es ein organisiertes System ist, das Bewegungsintegration fokussiert. „Für Bartenieff ist Bewegung ein komplexes beziehungsreiches Ganzes, bei dem Veränderungen in einem einzelnen Aspekt von Bewegung Veränderungen in der gesamten Bewegungskonfiguration erbringen.“ (Willke 1991, 24)

Die Koordination von Körperverbindungen, Gewichtszentren und die Beziehung von Bewegungsbeginn und –ablauf einer Aktion wird besonders beachtet. In den „Fundamentals“ unterscheidet man:

- Hauptbewegungsthemen wie Stabilität/ Mobilität, Funktion/ Expression, Zusammenziehen/

- Ausdehnen, Innen/ Aussen,
- Rhythmus/ Phrasierung
- Hauptbewegungsprinzipien wie Gewichtszentrum, Bewegungsinitiation, Bewegungsverlauf, Atem, Raumspannung, innerer Halt, graduelle Rotation, Verbundenheit
- Basisverbindungen von Körperteilen wie Kopf/ Steiss, Ferse/ Sitzknochen, Hand/ Schulterblatt, Ferse/ Kreuzbein, Hüftgürtel-Rhythmus/ Schultergürtel-Rhythmus, Oberkörper/ Unterkörper, Körperhälften
- „Basic 6“ und Variationen sind elementare Bewegungsabläufe und Übungen

Die sechs Basisübungen schaffen eine Basis für die Arbeit an den wesentlichen funktionalen Aktionen der Fortbewegung sowie der Ebenenwechsel (liegen – sitzen – stehen - gehen). Hierbei wird insbesondere auf die Entwicklung der tiefen inneren Muskulatur der unteren Körpereinheit und seiner Verbindung zur oberen Körpereinheit geachtet. Die „Basic 6“ fördern zudem den inneren Halt des Körpers auf dem Weg in die Aufrichtung. Bartenieff betonte das Bewusstwerden von wichtigen Verbindungen im Knochenbau, die „boney landmarks“ wie Ferse / Sitzknochen oder Hand / Schulterblatt und die Veränderung ihrer räumlichen Beziehung in der Bewegung, um die Arbeit von innerer, statt äußerer Muskulatur zu unterstützen. Die Bewusstheit dieser dynamischen Bewegungen kann kraftvolle und

ausdrucksstarke Bewegungen hervorrufen, sowie die Klarheit von Raumrichtung und die Bewusstheit von Raumwegen, das ein Erspüren von Verbundenheit in der Bewegung ermöglicht.

Von besonderer Bedeutung für Bartenieff war die Aufhebung der körperlichen Trennung von Ober- und Unterkörper. Sie sieht die Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur als verbindendes Element für diese Form der Körperzentrierung. Ebenso für die Wiederentdeckung von der Beziehung zum Gewichtszentrum, sich zu erden (grounding) und die Mobilisierung des Unterkörpers, in einer Gesellschaft, die das Erreichen als Norm postuliert, welches sich auf der Körperebene in einer Überaktivität des Oberkörpers, jedoch ohne die wesentliche Unterstützung des Unterkörpers, manifestiert.

Für Bartenieff war die Beziehung zu anderen und der Gesellschaft von zentraler Wichtigkeit. Bewegung ist für sie ein Mittel, „den Graben zwischen internen und externen Bedürfnissen überbrücken“ zu können. „Bewegung hilft, die subjektiven und objektiven Aspekte des individuellen Lebens zu integrieren. Indem der Mensch Gefühle über den Körper hinaus in den Raum produziert, werden die Bewegungen sofort kommunikativ. Besonders wichtig ist es, dass das Subjektive in eine kommunizierbare Form gebracht wird, so angepasst und geformt, daß Bezüge hierzu aufgenommen werden können.“ (Willke 1991, S. 25)

Bewegung bietet in dieser Weise die Möglichkeit, sich selbst und die Welt um einen herum zu erfahren und zu begreifen, indem über den ganzen Körper die innere Verbundenheit und die Körperfunktion mit ihrer äußeren Ausdrucksfähigkeit (inner connectivity and outer expressivity) miteinander korrespondieren.

„Körpergeschichten“ von Andrea Olsen
Ergänzend zu den Bartenieff-Übungen boten wir in Anlehnung an das Buch von Andrea Olsen „Körpergeschichten“ entsprechende Stundeneinheiten an. Ihr Buch basiert u.a. auf „Experiential Anatomy“ (wörtlich etwa: Erlebte, auf Erfahrung beruhende Anatomie)

Sie ermutigt dazu, wissenschaftliche Informationen und persönliche Erfahrungen zu integrieren. „So steigert Experiential Anatomy die Wirkung von Körperarbeit, indem sie eine tiefergreifende Wahrnehmung von Strukturen und Funktionen des Körpers vermittelt.“ (Olsen 1997, 14)

Therapietagebuch
Alle TeilnehmerInnen legten sich für dieses Gruppenangebot ein „Therapietagebuch“ und eine Bildersammelmappe an. So sollte gewährleistet sein, dass eigene Erfahrungen und Übungen aufgeschrieben, selbstgestaltete Bilder gesammelt und auf diese Weise „archiviert“ wurden. Somit wurde ein Zugang zur memorativen Leibebe und eine „Neu-Integration“ des „Archivmaterials“ auf der memorativen Leibebe möglich.

Darüber hinaus sollte das Tagebuch auch eine „psychohygienische Funktion“ erhalten. „Es bekräftigt „self-supportive-ness“ durch Festigung von „Kohärenzsinn“ (sense of coherence, Antonovsky 1987, 16 ff.) und „self-efficacy“ (Bandura 1977; Proschaska, Di-Clemente 1984), und es ermöglicht emotionale Entlastungen ... Es werden auf diese Weise Differenzierungsprozesse möglich, die neue Integrationsleistungen vorbereiten...“ (Petzold/ Sieper 1996, 132)

Malen von Ganzkörperbildern

Das Malen von Ganzkörperbildern als Umrisszeichnung ist eine Technik, Szenen, Atmosphären, Empfindungen und Gefühle, die sich über die Lebensspanne in den Körper „eingegraben“ haben, zu einem gestalterischen Ausdruck zu bringen. Verdrängte und verborgene Erlebnisse werden in Form von Symbolisierung sichtbar, besprechbar und manchmal auch begreifbar. Die TeilnehmerInnen malten Umrisszeichnungen ihres Leibes. Diese wurden mit einer Folie bedeckt und zu bestimmten Themen wurden die Körperbilder ausgemalt. Durch das Auflegen von Klarsichtfolien auf die Zeichnung kann das Körperbild unter verschiedenen Perspektiven gestaltet werden. und ermöglicht mit unterschiedlichen Blicken auf den eigenen Leib zu schauen (Fokussierung einzelner Körperteile, Fremd-Selbstwahrnehmung usw.). Durch den Perspektivenwechsel und somit aus einer Distanz die Leibgeschichte zu betrachten, kann eine neue innere Resonanz zu

meinem eigenen Leib entstehen, die einen veränderten Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozess auslöst. Das Gestalten und Betrachten der Körperbilder geschieht im Dialog in der Bezogenheit zur Gruppe und zur Gruppentherapeutin. Es geht nicht um die Gestaltung von Bildern, sondern um den Ausdruck verleiblichter Erlebnisse. Die Arbeit am Körperbild führt weiter zum Ausdruck in den Tanz, Skulpturierung und Sprache.

Malen und Schreiben eines Gesundheits- und Krankheitspanoramas

Das Malen und Schreiben eines Gesundheits- und Krankheitspanoramas sollte in erster Linie dazu dienen, „sich im ‚Lebensganzen verstehen zu lernen‘ (ibid), negative Karriereverläufe aufzufinden, positive Entwicklungstendenzen und Risikofaktoren festzustellen (idem et al. 1991), und zwar retrospektiv auf die Vergangenheit bezogen, aspektiv die Gegenwart ausleuchtend und prospektiv die Zukunft antizipatorisch vorwegnehmend...“ (Petzold/ Sieper 1996, 126) Die geschriebenen und gemalten Gesundheits- und Krankheitspanoramen waren Grundlage konfliktzentrierter Einzelarbeiten in der Gruppe und ermöglichten den einzelnen TeilnehmerInnen ein tieferes Verständnis für ihre persönliche Leib- und Bewegungsgeschichte.

7.3. Medien

Um allen TeilnehmerInnen ein „objektives“ Anatomiewissen zu vermitteln, war der Einsatz von bestimmten Nachschlagewerken, Literatur und Medien erforderlich. Alle TeilnehmerInnen erhielten zu den entsprechenden Themen Ausdrucke einer CD-Rom mit dem Titel „Bodyworks“, so dass alle mit der Zeit ein kleines Nachschlagewerk über Anatomie besaßen. Diese CD-Rom enthält Abbildungen und Kurztexte zum menschlichen Körper. Neben den großen Bildtafeln über das menschliche Skelett und den Muskelaufbau des Menschen, die während der gesamten Gruppenstunden an der Wand hingen, schauten wir immer wieder in den „Grossen Atlas der Anatomie“ und in das Buch „Anatomie für Künstler“. So bestand immer wieder die Möglichkeit, genau zu erforschen, wo z.B. welcher Knochen sitzt und mit welchen anderen Knochen dieser verbunden ist bzw. wie Bewegungen verlaufen. Somit wurde nach und nach das ganzheitliche anatomische System und das Bewegungssystem deutlich und im wahrsten Sinne des Wortes begreifbar. Beim Hinschauen auf die Bildtafeln wurde oft gleichzeitig der eigene Körper abgetastet und der entsprechende Knochen z.B. gesucht. Verbunden war damit auch die Erkenntnis, dass jede Bewegung, jede körperliche Veränderung Auswirkungen auf das gesamte anatomische System und Bewegungssystem hat.

7.4. Modalitäten

In unserem therapeutischen Gruppenangebot arbeiteten wir vorwiegend erlebnis- und übungszentriert. Jede Stunde beinhaltete einen übungszentrierten Teil zur Erwärmung und zum Kennenlernen von neuen Bewegungsmustern. Diese angeleitete Bewegung wurde häufig mit Vorstellungsbildern verknüpft, um den Ausdruck der Bewegung zu verstärken und einen persönlichen Ausdruck zu finden.

Weiterhin versuchten wir, die Alltagserlebnisse der TeilnehmerInnen in kleine Bewegungsfolgen bis hin zu kleinen Choreographien gestalten zu lassen. (Hinführung zur Improvisation und Gestaltung) Dadurch entwickelte sich eine vertrauensvolle, tragfähige Beziehung und Atmosphäre untereinander. Auf der Basis dieser Entwicklung war die Bearbeitung konfliktbesetzter Themen unter besonderer Berücksichtigung der Psychoseerkrankung möglich, die in Form von Einzelarbeiten behandelt wurden. (Siehe Stundenbilder)

8. Stundenbilder

Die jeweiligen Themen wurden zu Beginn einer jeden Gruppenstunde abgesprochen. Priorität hatte aber immer der Gruppenprozess bzw. die Befindlichkeit des Einzelnen. Im Laufe der Zeit entwickelten sich folgende Themenkomplexe:

- Körperhaltung/ Skelettaufbau/ Muskelaufbau/ “Rücken- und Haltungs-geschichten“

- Körperbilder/ Stärken und Schwächen des eigenen Körpers
- Funktion der inneren Organe/ „Organgeschichten“/ innere Organe und Emotionen
- Verbindung von Psyche und somatischen Beschwerden
- Ernährung/ Verdauung/ eigene Essgeschichte/ Essstörungen
- Aufbau und Funktionen des Gehirns/ Denkprozesse und Gefühle
- Funktion der Sinnesorgane/ eigene „starke“ und „schwache“ Sinnesorgane/ Störungen der Sinneswahrnehmungen bei psychischen Erkrankungen
- Geschlechtsspezifische Themen wie Menstruationsbeschwerden, Wechseljahre u.s.w.

Um den Verlauf dieser Gruppenstunden zu verdeutlichen, haben wir zwei Themen exemplarisch herausgegriffen und anhand von Stundenbildern beschrieben.

8.1 Thema: Körperbilder/ Stärken u. Schwächen

Als Grundlage für weitere Gruppeneinheiten malten die TeilnehmerInnen lebensgroße Körperbilder als Umrisszeichnung. Auf diese Body charts wurde eine Folie gelegt und zu unterschiedlichen Themen das Körperbild in mehreren Gruppenstunden erweitert und „gefüllt“. Die TeilnehmerInnen kennzeichneten auf der Folie mit Wachskreide, welche Körperteile warm erlebt werden. Mit einer anderen Farbe wurden Körperteile, die als kalt empfunden werden, herausgehoben. Durch diese grobe

Differenzierung konnten Teile des perzeptiven Leibes, die wenig gespürt und empfunden werden, wahrgenommen und durch bildhafte Symbolisierung erkennbar gemacht werden. Unsere Annahme war, dass Körperteile, die als kalt erlebt werden, wenig im Körper selbst repräsentiert sind und für den Ausdruck weitestgehend unzugänglich sind.

Die TeilnehmerInnen wurden aufgefordert, zur Musik die Körperteile zu bewegen, die als warm (eher bewusstseinsnah und repräsentiert) erlebt werden, zu bewegen. Wie können diese Körperteile in Verbindung miteinander kommen? Welche Bewegung macht mir besonderen Spaß? - Die TeilnehmerInnen tauschten sich über das Erlebte aus. Sie zeigten und benannten die angenehmen Körperteile. Anschließend bewegten sie die als kalt empfundenen Körperteile zur Musik. Welche Bewegungen sind möglich? Wieviel Raum nehmen die kalten Körperteile ein? Wie schnell bewegen sie sich? Danach wurden die Körperteile in der Gesamtrunde benannt. Dabei wurden auch Erinnerungen, die mit diesen Körperteilen verbunden sind, erzählt. Stunde für Stunde wurde das Körperbild erweitert. Exemplarisch wird eine Gruppenstunde dargestellt: In der Anfangsrunde äußerten einige TeilnehmerInnen Beschwerden im Nacken- und Brustwirbelbereich. Wir begannen mit einer Erwärmungsphase, die anfangs verstärkt durch das Thema „Boden

bzw. Gruppenboden finden“, bestimmt war. Die TeilnehmerInnen gingen durch den Raum zur Musik. Sie wurden angeleitet, den Kontakt der Füße mit dem Boden zu spüren. Welche Stellen der Fußsohlen haben Kontakt zum Boden? Welche weniger? Sind die Füße warm oder eher kalt? Gibt es Stellen, die im Moment schmerzen? Die TeilnehmerInnen liefen auf den Fußballen, auf den Fersen, auf den Außenkanten, auf den Innenkanten und gingen in der Geschwindigkeit, die momentan für sie angemessen war und dem eigenen inneren Tempo entsprach. Nach einer Zeit wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert wahrzunehmen, wer ihnen im Raum entgegenkommt, wer heute dabei ist und wer fehlt (Wahrnehmung der GruppenteilnehmerInnen, Gruppe als Gesamtheit wahrnehmen). Zu einer afrikanischen Musik wischten die TeilnehmerInnen acht mal mit der rechten Fußsohle, acht mal mit der linken Fußsohle über den Boden. Es folgten Bewegungsübungen zum Becken und Schulterbewegungen. Wir betrachteten gemeinsam im Buch „Anatomie der Bewegung“ den Aufbau des Schultergürtels in Verbindung mit dem Schulterblatt, mit dem Arm und der Hand. Jede tastete diesen Bereich an sich selbst ab. Fr. P. war erstaunt, dass man so viel fühlen kann, unter das Schlüsselbein greifen kann und dass alles miteinander verbunden ist. Partnerarbeit: Einer legt die Hände auf die Schulterblätter des Partners, der die Arme bewegt. Die „stützenden“ TeilnehmerInnen waren

erstaunt, wie stark die Schulterblätter bei der Bewegung der Arme beteiligt sind. Fr. H. : „Das passiert ja alles im Rücken.“

Nach Partnertausch legten sich die TeilnehmerInnen auf den Boden und wurden zu einigen Bartieneff-Übungen zum Schultergürtelbereich angeleitet. Häufig wurde geäußert, wie schwer und gleichzeitig leicht die Schultern und die Arme werden. Fr. H. erlebte jedoch einen Unterschied zu dem Gefühl von Leichtigkeit in ihrer Psychose: „Dann macht Leichtigkeit mir Angst, und ich habe die Befürchtung, dass ich wegfliegen könnte.“

Die TeilnehmerInnen wurden angeleitet, mit ihrer inneren Aufmerksamkeit bei dem Schultergürtel zu verbleiben und Bilder/Vorstellungen entstehen zu lassen, die mit ihrem Schultergürtel verbunden sind. Welche Erfahrungen, Verletzungen, Bewegungen kenne ich mit diesem Körperteil? Wie finde ich meinen Schultergürtel? (Selbsteinschätzung) Was haben andere darüber gesagt? (Fremdeinschätzung).

Die TeilnehmerInnen wurden aufgefordert, die Bilder und Gedanken die ihnen kamen, auf dem Körperbild an den entsprechenden Stellen aufzumalen bzw. zu schreiben. Exemplarisch hierzu einige Äußerungen der Teilnehmerinnen: Frau P. wird an den Tod der Mutter erinnert: Sie starb an Krebs und war zum Ende stark abgemagert, so dass die Knochen hervor standen. Fr. P. ist untergewichtig, ihren Schultergürtel empfindet sie als hager und eingefallen. Sie denke oft an das

Altwerden und den damit verbundenen Tod. Im Schultergürtel spüre sie sich kraftlos. Sie möchte eine aufrechte, schöne Haltung.

Fr. H. hat ihre Schultern in der Bewegung als Ranken und die Arme als Blüten empfunden. Sie erlebe die Schultern in der letzten Zeit schmerzfreier und offener. Sie erinnert, dass sie früher viel Volleyball gespielt habe und dabei die Hände benutzte.

FR. C. erinnert, dass sie mit den Händen und Schultern früher beim Reiten das Pferd führte. Die Zeit mit dem Pferd löst eine angenehme und schöne Erinnerung bei ihr aus.

8.2. Thema: Innere Organe

In der Anfangsrunde wurden mehrfach organische Beschwerden benannt:

- Herr B. klagt über dauerndes Sodbrennen und Magenkrämpfe, wenn er gegessen hat.
- Frau W. schildert ständigen Blasendruck, weil sie heute innerlich so aufgereggt sei. Sie weiß aber nicht den Grund ihrer Aufregung.
- Herr G. bekommt schlecht Luft. Er hat sich gerade über jemanden sehr geärgert, aber nichts gesagt.
- Frau M. erzählt, dass sie sich verliebt hat, alles sehr aufregend für sie sei und sie nichts essen könne. Ihr Hals sei wie zugeschnürt.
- Frau O. (stark übergewichtig) beschreibt, dass sie sich momentan noch dicker und unbeweglicher fühle. Sie habe seit einigen Tagen Verdauungsbeschwerden.

- Herr H. hat eine starke Erkältung. Er fühlt sich sehr müde und erschöpft. In der letzten Zeit habe er sich häufig überfordert gefühlt.

Nach dieser Gesprächsrunde wurde eine Entspannungs- und Imaginationsübung im Stehen angeboten: Die TeilnehmerInnen bildeten einen Kreis und sollten für sich zunächst einen guten Stand finden und beide Augen schließen, um sich besser konzentrieren zu können. (Die TeilnehmerInnen, die ihre Augen nicht schließen mochten, sollten einen Punkt im Raum fixieren.)

Die innere Aufmerksamkeit sollte nun auf das „Innenleben“ im Rumpfbereich gerichtet werden: Höre ich Geräusche? Ist viel in Bewegung oder alles ruhig? Nehme ich Geräusche/Bewegungen nur an bestimmten Stellen wahr oder ist der gesamte Bereich betroffen? Welche Farbe hat mein Innenraum? Welche Formen gibt es? Welche Organe sehe ich in meinem Innenraum? (Diese Organe werden laut in der Gruppe benannt.) Welche Größe, Farbe und welche Struktur haben die unterschiedlichen Organe für mich? Wo in meinem Körper haben sie ihren Platz?

Dieses innere Bild von den eigenen Organen wurde zum Abschluss wie mit einer inneren Kamera festgehalten, bevor die Aufmerksamkeit wieder zurück in den Raum und auf die Gruppe gerichtet wurde. Dieses innere Bild der Organe wurde in einem weiteren Schritt mit einer Folie auf das bereits vorhandene Körperbild übertragen

und beschriftet. Über diese Bilder fand ein Austausch statt und es wurde deutlich, dass alle in der Gruppe mindestens ein Organ benennen konnten, das in Stresssituationen reagiert.

Daraufhin wurden Redewendungen gesammelt, die verdeutlichen, dass über somatische Beschwerden auch Emotionen ausgedrückt werden:

- Wut im Bauch haben
- So einen Hals kriegen
- Die Nase voll haben
- Liebe geht durch den Magen
- Gift und Galle spucken
- Vor Angst erstarren
- Vor Wut platzen
- Vor Neid erblassen
- Mir ist eine Laus über die Leber gelaufen
- Mir ist etwas auf den Magen geschlagen
- Von Herzen gerne haben

Während der Austauschrunde wurde bereits darüber „gerätselt“, wo sich denn welches Organ befindet. In einem gemeinsamen Prozess sollten die TeilnehmerInnen ein Gruppenbild erstellen und einen Konsens darüber finden, an welcher Stelle sich welches Organ befindet, welche Größe, Form und Struktur jedes Organ hat und wie die einzelnen Organe miteinander verbunden sind. Auf diese Weise hatten die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, über ihre Krankheitsgeschichten zu erzählen und ihr hierüber erworbenes Anatomiewissen einzubringen und sich gegenseitig zu „beraten“. Das Gruppenbild wurde anschließend mit einer entsprechenden Abbildung im „Atlas der Anatomie“ verglichen.

Über dieses Vorgehen wurde die Verbindung zwischen subjektiver Anatomie und objektiver Anatomie verständlich.

In den darauf folgenden Stunden wurden einzelne Organe in ihrer Funktion und im Kontext zur eigenen Lebensgeschichte im Rahmen von Einzelarbeiten intensiver behandelt. Zum Abschluss dieser Stundeneinheit entstand ein „Tanz der inneren Organe“. Alle TeilnehmerInnen entschieden sich für ein Organ, das sie durch Körperhaltung und Bewegung darstellen sollten, so dass sie sich mit einem Organ identifizieren konnten. Im zweiten Schritt ging die Einzelimprovisation über in eine Gruppenimprovisation, indem die TeilnehmerInnen die Aufgabe bekamen, miteinander als Organe in Verbindung zu treten. Nach der Bewegungsimprovisation fand eine Austauschrunde über das Erlebte statt und ein „Blitzlicht“ über die eigene Befindlichkeit zum Abschluss der Stunde.

9. Prozessverlauf und Resümee

Die Schaffung eines Gruppenbodens war am Anfang (Initialphase) vorrangig. Zur Erreichung dieses Zieles war es für die KlientInnen notwendig, Strukturen zu erleben, „Gruppenrituale“ und Modalitäten festzulegen, die einen sicheren Rahmen für den einzelnen und die Gruppe bieten. Hierzu gehörten: Klärung der längerfristigen Verbindlichkeit, Festlegung des zeitlichen Rahmens, Bestimmung einer angemessenen Kleidung, Regelungen zur kontinuierlichen Teilnahme und Festlegung von sich

immer wiederholenden
Gruppenelementen wie
Anfangsrunden zum Austausch über
aktuelle Befindlichkeiten und
Abschlussrunden, um das Erlebte zu
reflektieren.
Abgeklärt wurde weiterhin, dass die
Anfangsrunden auch dazu dienen
sollten, von Alltagserlebnissen zu
berichten, um so den Transfer vom
Gruppenerleben in den Alltag im
späteren Verlauf zu gewährleisten.
Die TeilnehmerInnen wurden darüber
hinaus ermutigt, auch über die
subjektiv als unbedeutend erlebten
Ereignisse zu berichten. Auch das
„NichtReden-Wollen oder -Können“
sollte untereinander akzeptiert
werden.
Gerade in der Anfangsphase waren
angeleitete Bewegungssequenzen
notwendig, um Sicherheiten
bezüglich des eigenen
Bewegungsrepertoires zu bieten. Zu
Beginn wurden nur vorsichtige
Resonanzen auf den körperlichen
Ausdruck gegeben.
Der Einsatz von Musik zur
Erwärmung war in der Gruppe, die in
der Kontakt- und Beratungsstelle
stattfand, kontaktfördernd und
aktivierend. In der
Tagesstättengruppe stieß dies auf
mehr Widerstand, weil die
männlichen Teilnehmer große
Hemmschwellen hatten, sich nach
Musik zu bewegen und ausdrücklich
nicht tanzen wollten. Deshalb wurde
in der Tagesstättengruppe in der
Regel mit einer Entspannungsübung
begonnen.
Bei den Bewegungseinheiten war es
für die TeilnehmerInnen hilfreich,
über Medien in Kontakt zu anderen

Gruppenmitgliedern zu kommen, so
dass wir im Laufe des gesamten
Gruppenprozesses eine Vielzahl von
Medien einsetzten (z.B. Bälle, Stäbe,
Tücher, Massagebälle).
Auffallend war, dass freie
Improvisationen besonders bei
schizophren erkrankten
TeilnehmerInnen Ängste auslösten.
Die fehlende vorgegebene Struktur
schien eher zur Bewegungsblockaden
zu führen. Oft wurde die Befürchtung
zum Ausdruck gebracht, sich zu
verlieren, in ein Loch zu fallen.
Bewegungsgestaltungen mit einem
vorgegebenen Rahmen, der Raum zur
Improvisation ließ, war eher möglich
und förderte den Spaß und den
Antrieb zur eigenen Bewegung und
damit zur Bewegungsvielfalt.
In jeder Gruppenstunde wurde ein
Konsens über das jeweilige Thema
und die entsprechende Technik
gefunden, wobei die leibliche
Befindlichkeit jedes Einzelnen die
Grundlage bildete. Bei der
Konsensfindung musste darauf
geachtet werden, dass ein Wechsel
bezüglich der Anforderung an
Konzentration und der Grad der
Tiefung vorhanden war.
TeilnehmerInnen äußerten dies unter
anderem durch: „Heute sollten wir
aber nicht so etwas Ernstes machen!“
Neben der Schwere der Thematik und
Tiefe der Gefühlsäußerungen war ein
starker Wunsch nach Leichtigkeit und
Lachen. Besonders Reflexionsrunden
wurden von einigen TeilnehmerInnen
als sehr belastend empfunden. Immer
wieder wurde an den Themen
Abgrenzung, Wahrnehmung und
Bewertung gearbeitet.

Beispiel: Frau Sch. fühlt sich nicht zugehörig, wie abgeschnitten, bei längerer Abwesenheit von der Gruppe. Sie findet selbst keine angemessene Möglichkeit der sozialen „Einfädelung“ und bewertet diese Situation als Ablehnung ihrer Person. Wenn Gruppenmitglieder viel Raum und Zeit einnahmen, stellte sie auch ihre Zugehörigkeit infrage und reagierte darauf mit innerlichem Rückzug. Über ein gemeinsames Bewegungsritual konnte sie wieder Platz in der Gruppe finden (Integration). Gruppenkohärenz (Abwesende präsent machen) bildete Sicherheit und führte zu einem Gefühl von Gruppenganzem und Verbindungen in der Gruppe. Bei einer anderen Teilnehmerin mit einer Borderlinestörung war es immer wieder schwierig, die für sie angemessene Körpernähe herzustellen. Trotz der immer wieder eingeforderten Rückmeldungen bezüglich ihrer subjektiv empfundenen Stimmigkeit von Nähe und Distanz, kam es dazu, dass sie ihre Begegnungsgrenzen nicht ausreichend beachtet empfand. Bei ihr führte dies zu heftigen Reaktionen bis hin zu zeitweiligem Kontaktabbruch. In Einzelarbeiten außerhalb der Gruppe wurde mit ihr das Thema Umgang mit Grenzüberschreitungen ohne Kontaktabbruch und persönliche Muster von Beziehungsgestaltung bearbeitet. Bewegungserlebnisse und –muster konnten von den TeilnehmerInnen größtenteils im Kontext zur eigenen Leibgeschichte gesetzt werden. Anfangs löste diese intensive

Auseinandersetzung bei einigen Ängste aus: „Wenn ich mich so intensiv wahrnehme, werde ich psychotisch.“ Erst durch die Erfahrung, eigene Empfindungen im Schutz der Gruppe und der Gruppentherapeutin wahrnehmen und ausdrücken zu können, bei gleichzeitiger Erfahrung von Grenzen, konnten diesbezüglich Ängste reduziert werden. Mit der Zeit konnten die meisten TeilnehmerInnen freier in der Gruppe reden, weil auch über den Körper Konkretes zu bereden war.

Die anfängliche Scham und Unsicherheit, sich in Bewegung vor anderen zu zeigen und mit der Resonanz der anderen konfrontiert zu werden, erforderte eine wohlwollende, von Akzeptanz geprägte Atmosphäre. Durch wiederholtes Erleben dieser Prozesse wurde das „Sich-Bewegen“ in der Gruppe und der Austausch darüber selbstverständlicher.

Die Übungen zum Erspüren von Verbindungen am und im eigenen Leib bewirkten vermehrte Kommunikation zwischen GruppenteilnehmerInnen. Indem das Eigene spürbar war, konnte es gegenüber anderen zum Ausdruck gebracht werden. Damit wurde eine Neubewertung und Umorientierung der eigenen Leiblichkeit möglich. Um das neue Bewegungsverhalten in den Alltag zu integrieren, wurde für alle GruppenteilnehmerInnen ein individueller „Trainingsplan“ entsprechend der Bewegungsstärken/-schwächen entwickelt, mit der Aufgabe, in der Zeit zwischen den Gruppenstunden damit zu arbeiten.

Darüber hinaus entwickelten die TeilnehmerInnen verstärkt außerhalb der Gruppe untereinander Kontakte. Z. B. trafen sie sich am Wochenende zum Wandern oder Radfahren. Einige der übergewichtigen TeilnehmerInnen haben sich zusätzlich einer Selbsthilfegruppe für Übergewichtige angeschlossen und konnten ihr Gewicht reduzieren und achten seitdem bewusster auf ihre Ernährung.

Die TeilnehmerInnen stellten selber fest, dass sie aktiver und bewegungsfreudiger wurden und über diese Aktivitäten mehr Kontakt zu anderen entwickeln konnten. Gleichzeitig waren sie von ihrer eigenen Einschätzung her besser in der Lage, eigene soziale Rückzugstendenzen früher wahrzunehmen. Im sozialen Kontakt konnten sie sich besser abgrenzen bzw. entdeckten mehr Möglichkeiten, sich von unangenehmen Kontakten zu lösen. Fr. H. berichtet, dass sie Begegnungen, die sie als unangenehm und ermüdend empfand, aus eigenem Antrieb abbrechen konnte, und nicht wie früher, diese Art des Kontaktes zu lange aushielt. Die Selbsteinschätzung bezüglich des eigenen Körperempfindens veränderte sich dahingehend, dass Körpermissempfindungen nicht sofort als Beginn einer Psychose oder Krise bewertet wurden. Angemessene Verhaltensweisen wurden im Umgang mit Schwankungen des Körpererlebens selbstverständlicher und relativiert. Indem auch andere über ihre Missstimmungen erzählten, konnte das eigene Leiden anders bewertet werden. („Immer habe ich

Pech!“; „So etwas passiert nur mir!“; „Andere können viel besser damit umgehen!“)

In der Gruppenarbeit war vor allem bei den psychotisch erkrankten TeilnehmerInnen das Phänomen zu beobachten, dass sie bei heftigen Gefühlsäußerungen anderer starr, unbeweglich, fast gefühllos und abgegrenzt nach außen wirkten. Sie erweckten oft den Eindruck, sie seien ganz bei sich und unbeteiligt an dem Leid anderer. Diese nach außen wirkende, fast „egozentrische Haltung“, reduzierte sich nach längerer Gruppenteilnahme und wurde durch eine höhere Bereitschaft von ausgedrückter Empathie verändert. So bemühten sich TeilnehmerInnen aus der Gruppe, Beschwerden von anderen zu hören und zu verstehen. Es war zu beobachten, dass TeilnehmerInnen aus der Gruppe eher auf geäußerte Beschwerden anderer reagierten und Verständnis bzw. Mitgefühl für den anderen entwickeln konnten. Dies zeigte sich am interessierten Nachfragen, an der Mimik und in der konkreten Ansprache des anderen. Es entwickelte sich darüber hinaus auch ein Verständnis über Kontaktschwierigkeiten untereinander, sowie ein besseres Verstehen anderer psychischer Erkrankungen. Insgesamt war zu beobachten, dass Empfindungen, Gefühle, Gedanken sowohl auf der leiblichen als auch auf der verbalen Ebene differenzierter ausgerückt wurden und die Wahrnehmung der äußeren Welt sich erweiterte. So entwickelte sich ein lebendiger Transfer von Innen-/ Außenwelt und

eine Durchdringung von Verbalität und Non-Verbalität. Dieser Prozess trug dazu bei, dass die Selbstregulation gestärkt wurde. Z.B.: Indem ich meine Angst auf unterschiedlichen Ebenen differenzierter ausdrücke, kann ich sie aus unterschiedlichen Perspektiven wahrnehmen und diese neuen Aspekte meiner Angst verinnerlichen, die dem Umgang mit meiner Angst eine andere Qualität geben. Überraschend war das große Interesse an Anatomiewissen, wo ansonsten im Rahmen von Arbeitstherapie oder Gedächtnis- und Konzentrationstraining die kognitiven Aufnahmefähigkeiten begrenzt sind. Die Wahrnehmung für die eigene leibliche Befindlichkeit konnte insgesamt weiter entwickelt werden ebenso, wie die Lokalisierung und verbale Benennung von Körperbereichen, Schmerzpunkten u.s.w. ein Stück weit selbstverständlicher wurde. Sich selber „begreifen“ im wahrsten Sinne des Wortes, Kontakt zum eigenen Körper und körperliche Verbindungen ertasten, war für die meisten TeilnehmerInnen eine neue Erfahrung, die es ihnen ermöglichte, auf unterschiedlichen Sinnesebenen eine Verbindung zum eigenen Leibselbst herzustellen.

10. Ausblick und Position von Tanztherapie in sozialpsychiatrischen Einrichtungen

Tanz- und Bewegungstherapie zählt mittlerweile zum Standard in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung. Im Umkreis beobachten wir, dass ambulante sozialpsychiatrische Einrichtungen vereinzelt und oft losgelöst von der Gesamtkonzeption, bewegungs- und tanztherapeutische Angebote durchführen.

Unsere Erfahrung zeigt, dass es von Vorteil ist, auf unterschiedlichen Ebenen leibtherapeutisch mit psychisch kranken Menschen zu arbeiten, wobei Tanztherapie ein Baustein sein kann.

Im Rahmen von ambulanter Therapie und Betreuung besteht im Gegensatz zur stationären Behandlung die Möglichkeit, langfristig und karrierebegleitend zu arbeiten. Dadurch ist die Chance gegeben, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen „alltagsbegleitend“ eine differenzierte Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit auf leiblicher und verbaler Ebene über Bewegung und Tanz entwickeln können.

Auf eine Befragung unserer KlientInnen vor Gruppenbeginn, welche Vorstellungen sie mit Tanztherapie verbinden, gaben einige zur Antwort, dies sei exotisch, dafür müsse man eine gute Figur haben und tanzen können; deshalb: „Nichts für mich!“

Durch die Integration tanz- und bewegungstherapeutischer Angebote in den Betreuungsalltag im Rahmen einer leibtherapeutischen Gesamtkonzeption machten wir die Erfahrung, dass Tanz für die KlientInnen selbstverständlicher wurde und die Meinung, dass Tanz

nur einen ästhetisch künstlerischen Stellenwert habe und einer „privilegierten“ Gruppe von Menschen vorbehalten sei, mit der Zeit revidiert wurde. Diese Erfahrungen ermöglichen, dass Bewegung und Tanz als salutogener Faktor erlebt und in den Lebensalltag integriert wird. Um den KlientInnen diese Erfahrung zu ermöglichen, bedarf es einer kontinuierlichen flexiblen Beziehungsarbeit und kreativen Beziehungsgestaltung (wie oben beschrieben) sowie der Betreuung auf unterschiedlichen Leibebenen. Nach unseren Erfahrungen in der jahrelangen Arbeit mit psychisch kranken Menschen reicht es nicht aus, tanztherapeutische Stunden als herausgehobene Angebote durchzuführen, wenn Tanz und Bewegung als integrativer Bestandteil des Lebenskonzeptes erfahrbar werden soll. Wichtig ist hierbei, dass MitarbeiterInnen als ständige Betreuungsperson, die neben Beratung und anderen Zuständigkeiten Tanz und Bewegung mit in das Gesamtkonzept der Betreuung integriert und somit als Modell erlebt wird. Es besteht eher die Möglichkeit, dass KlientInnen Bewegungshemmschwellen überwinden können und Tanz/ Bewegung in den Lebensalltag integrieren.

Literatur

- Barcsay, J., Anatomie für Künstler, Rheingauer Verlagsgesellschaft, Eltville 1987.
- Brähler, E., Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele, Psychosozial Verlag, Gießen 1995.
- Calais-Germain, B., Anatomie der Bewegung, Fourier Verlag, Wiesbaden 1994.
- Damasio, A. R., Ich fühle also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewußtseins, List Verlag, München 2000.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. (HRSG), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Verlag Hans Huber, Bern Göttingen 2000.
- Eikelmann, B., Sozialpsychiatrisches Basiswissen, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1997.
- Fiedler, P., Persönlichkeitsstörungen, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1997.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R., Bewegt sein Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis, Junfermann Verlag, Paderborn 1996
- Hoffmann, S., Hochapfel, G., Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Schattauer Verlag, Stuttgart 1995.
- Keleman, S., Verkörperte Gefühle, Kösel Verlag, München 1992.

- Krause, R., Psychodynamik der Emotionsstörung – Eine psychoanalytische Studie, in: Petzold, H. (Hg.): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung, Junfermann Verlag, Paderborn 1995.
- Lauen, J., Der grosse Atlas der Anatomie, Bassermann Verlag, Niedernhausen 1994.
- Olsen, A., Körpergeschichten, VAK Verlag für Angewandte Kinesiologie GmbH, Freiburg 1997.
- Petzold, H.(HRSG.) Leiblichkeit Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann Verlag, Paderborn 1986.
- Petzold, H., Integrative Bewegungs- und Leibtheorie Bd. I/1, Junfermann Verlag, Paderborn 1990.
- Petzold, H., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. I/2, Junfermann Verlag, Paderborn 1990.
- Petzold, H., Orth, I. (HRSG), Die neuen Kreativitätstherapien Band I, Junfermann Verlag, Paderborn 1990.
- Petzold, H., Orth, I. (HRSG), Die neuen Kreativitätstherapien Band II, Junfermann Verlag, Paderborn 1990.
- Petzold, H., Integrative Therapie Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie 1. Klinische Philosophie, Band II/1, Junfermann Verlag, Paderborn 1993.
- Petzold, H., Integrative Therapie Modelle, Theorien und Methoden für schulenübergreifende Psychotherapie 2.Klinische Theorie, Band II/2, Junfermann Verlag, Paderborn 1993
- Petzold, H., Integrative Therapie Modelle, Theorien und Methoden für schulenübergreifende Psychotherapie, 3.Klinische Praxeologie, BandIII/3, Junfermann Verlag, Paderborn 1993.
- Petzold, H., Sieper, J. (HRSG), Integration und Kreation Band I, Junfermann Verlag Paderborn, 1996.
- Petzold, H., Sieper, J. (HRSG), Intergration und Kreation Band II, Junfermann Verlag, Paderborn 1996.
- Petzold, H., Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie, in: Bühler, C., Petzold, H., Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, Junfermann Verlag, Paderborn 1999 .
- Pritz, A., Petzold H. (HRSG), Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Junfermann Verlag, Paderborn 1992.
- Richter, K., Erzählweisen des Körpers, Kallmeyerische Verlagsbuchhandlung GmbH, Seelze-Velbert 1997.
- Röhr,H., Weg aus dem Chaos Das Hans-mein-Igel-Syndrom oder die

Borderline-Störung verstehen,
Walter Verlag, Düsseldorf 1999.

Body Works, Tewi Verlag GmbH,
München.

Röhrich, F., Priebe S., Körpererleben
in der Schizophrenie, Hogrefe Verlag,
Göttingen 1998.

Scharfetter, C., Schizophrene
Menschen, Psychologie Verlags
Union Urban & Schwarzenberg,
München-Weinheim 1986.

Scharfetter, C., Allgemeine
Psychopathologie, Thieme Verlag,
Stuttgart 1991

Schoop, T.,komm und tanz mit
mir!, Verlag Musikhaus Pan AG,
Zürich 1981.

Todd, M., Der Körper denkt mit,
Verlag Hans Huber, Bern Göttingen
2001.

Tölle, R., Psychiatrie, Springer
Verlag, Berlin Heidelberg 1994.

Uexküll, T., Fuchs, M., Müller-
Braunschweig, H., Johnen, R.,
Subjektive Anatomie, Schattauer
Verlag, Stuttgart 1997.

Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.
(HRSG), Tanztherapie Theorie und
Praxis, Junfermann Verlag ,
Paderborn 1991.

CD – Rom`s

Der Mensch, Mega Systems, Ulm
1996.

