

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 06/2014

**Qualitative Studie zu einer Therapiegruppe für Frauen,
die 2 Fachrichtungen der Kunsttherapie verbindet
- „Integrative Tanztherapie“ und „Kunsttherapie mit
Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie“ - ***

Larissa Losinger, Bern

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Integrative Therapie	2
2.1 Grundlagen und Ziele der Integrativen Therapie.....	2
2.2 Die 4 Wege der Heilung und Förderung	7
2.3 Das Leibkonzept	10
2.4 Die therapeutische Beziehung.....	13
2.5 Gendergerechte Psychotherapie	14
3 Integrative Tanztherapie und intermediale Transformation	17
4 Kunsttherapie (Gestaltungs- und Maltherapie)	25
5 Qualitative Studie zum Therapieprogramm „AURORA“	27
5.1 Entstehung, Ziele und Inhalte von AURORA für Frauen ...	27
5.2 Methodik.....	30
5.3 Hypothesen.....	33
5.4 Stichprobe	34
6 Ergebnisse	36
7 Diskussion	53
8 Zusammenfassung/Summary	60
9 Literaturverzeichnis	61
Anhang	lxiv

1 Einleitung

Der Forschungsbericht stellt eine qualitative Studie zur Erfahrung von Frauen vor, die an dem gruppentherapeutischen Pilotprojekt AURORA teilgenommen haben. Dabei handelt es sich um ein Angebot am stationären Behandlungszentrum des Freiburger Netzwerks für psychische Gesundheit, das integrative Tanztherapie und Kunsttherapie (Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie) verbindet. Die Studie fokussiert die Erfahrung der Teilnehmerinnen des Projektes.

Der Aufbau des Forschungsberichts gliedert sich in einen theoretischen Teil, der zunächst die Grundlagen und Ziele der Integrativen Therapie nach Petzold darlegt, da diese als Rahmenkonzept des AURORA-Programms zu verstehen ist. Ein besonderes Interesse richtet sich dabei auf das Leibverständnis und einen gendergerechten Therapieansatz.

Darauf folgt eine Darstellung der Integrativen Tanztherapie. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Tanztherapie, da die Verfasserin die Tanztherapeutin des Projektes war. Anschliessend wird die Entstehung des AURORA-Projekts beschrieben. Nach der Vorstellung des Behandlungszentrums in Marsens und der Arbeit der beiden Therapeutinnen werden die Inhalte und Ziele von AURORA geschildert. Das Projekt bedient sich der Methode der intermedialen Transformation (*Willke 2007*).

Zehn Patientinnen in psychiatrischer Behandlung nahmen an mindestens zwei Sitzungen des AURORA-Programms teil. Danach wurden sie in halbstrukturierten Leitfadeninterviews zu verschiedenen Aspekten der Selbst-, Gruppen- und Therapieerfahrung befragt. Besonders interessierte dabei, wie das kombinierte und von zwei Therapeutinnen betreute Angebot wahrgenommen wurde. Darüber hinaus wurden Gruppenprozessverläufe in exemplarischen AURORA-Sitzungen aufgezeichnet und analysiert.

Es werden die qualitativ ausgewerteten Ergebnisse dieser explorativen Studie präsentiert und Verbesserungsvorschläge zum Programm vorgestellt, die einerseits von den Teilnehmerinnen und andererseits von den Therapeutinnen stammen.

2 Integrative Therapie

2.1 Grundlagen und Ziele der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie ist eine moderne Psychotherapie, die kombiniert mit „multitheoretischen Konzepten, multipraxeologischen Modellen und methodenpluralen Vorgehensweisen“ (Petzold et al. 2005, 54) arbeitet. Diese kommen insbesondere in verschiedenen Kreativitätstherapien zum Einsatz.

Die Integrative Therapie vertritt ein „biopsychosozialökologische[s] Modell“ (ebd., 2); sie ist beziehungsorientiert und hat im Gegensatz zu anderen Therapieformen ein explizites Menschenbild entwickelt. Der Mensch wird als ganzheitliches Körper-Seele-Geist-Wesen gesehen. Dieses Leib-Subjekt ist in eine soziale und ökologische Lebenswelt eingebettet, bewegt sich im Fluss der Zeit und wird zum Menschen durch Mitmenschen. Der Körper (Organismus) bietet die materielle Grundlage für alles Transmaterielle wie z. B. Gefühle und Gedanken (vgl. Petzold 1996, 185 ff.). Bei einer depressiven Störung z. B. findet sich immer auch ein „depressiver Leib“ mit dementsprechendem Tonus, beeinträchtigter Atmung, eingeschränktem Bewegungsrepertoire usw. (vgl. Waibel et al. 2009, 13).

Die Integrative Therapie verwendet einen erweiterten Gesundheitsbegriff, nach dem Gesundheit nicht allein als körperliche Dimension oder als Abwesenheit von Krankheit verstanden wird:

***Gesundheit und Krankheit** werden als ein Spektrum möglicher Verfassungen des Menschen als ‚Körper-Seele-Geist-Subjekt‘ betrachtet, als ein Möglichkeitsraum der Person in ihren Lebensprozessen, in ihren Lebenslagen, d. h. ihrem sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Kontext/Kontinuum. In diesem ‚potential space‘ muss sie sich regulieren und die Dynamik von Gesundheits-Krankheits-Prozessen gestalten, eine lebenslange Aufgabe, an der ein Mensch scheitern oder sich in kreativer Weise entfalten kann (Petzold 2010, 3).*

Gesundheit bedeutet in diesem Verständnis eine lebenslange Entwicklungsaufgabe. Die Integrative Therapie versteht sich deshalb auch als ein „Modell klinischer Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne“ (Petzold et al. 2005, 54). Die Entwicklung ist dabei nicht auf die Bewahrung eines Status quo ausgerichtet, sondern vielmehr auf eine kontinuierliche Überschreitung der eigenen Grenzen im Dienste einer gesundheitsförderlichen Persönlichkeitsentwicklung.

Die Dynamik dieser fortlaufenden „*Selbstüberschreitung*“ (ebd., 6) wird in der Integrativen Therapie als elementar erachtet. Die Integrative Therapie spricht in diesem Zusammenhang auch von *transversaler* Integration, d. h.

Entwicklungsprozesse longitudinal in den Blick zu nehmen und in ihrer Funktion als permanente transversale Integrationsleistungen zu betrachten; transversal, weil sie im Durchqueren vielfältiger komplexer Erfahrungsfelder stets das Erreichte überschreiten (Sieper 2010, 108).

Zum erweiterten Gesundheitsverständnis der Integrativen Therapie zählen darüber hinaus konkret fünf Dimensionen (vgl. ebd., 13 f.):

Im ***körperlich-somatischen Bereich*** kommt es auf eine Optimierung aller Regulationsvorgänge an, dazu gehören auch der Aufbau einer guten Kondition und die Fähigkeit zur Entspannung.

Im ***seelischen Bereich*** geht es um die Regulierung emotionaler Bedürfnisse sowie eine angemessene Steuerung des Willens und der individuellen Motivationen.

Gesundheit im ***geistigen Bereich*** bedeutet eine breite Entwicklung kognitiver Fähigkeiten, zu denen Problemlösen, Reflexion, die Verarbeitung von Vergangenem sowie die Fähigkeit zu Visions- und Innovationsentwicklung zählen.

Der ***soziale Bereich*** wird ebenfalls als Gesundheitsaspekt begriffen, weil der Mensch in seinem Leben auf andere Menschen ausgerichtet ist. Soziale Netzwerke der Familie, Freundschaften und Kollegen müssen deshalb gepflegt werden.

Im ***ökologischen Bereich*** geht es um unbelastete Wohn- und Arbeitsräume ohne Gesundheitsrisiko, die darüber hinaus heilsames Naturerleben ermöglichen.

Die Integrative Therapie gilt als der „erste Ansatz einer **systematischen Methodenintegration** und – darüber hinausgehend – **schulenübergreifenden Konzeptentwicklung** in der Psychotherapie“ (Petzold et al. 2005, 2). Ein wichtiger Baustein der Integrativen Therapie ist ihr Mehrperspektivenansatz, der vor allem diese wichtigen Perspektiven berücksichtigt (vgl. ebd., 7):

- Leibperspektive,
- Beziehungsperspektive,
- Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne,
- Kontextperspektive,
- Störungs-/Problemperspektive,
- Ressourcenperspektive,
- Sinnperspektive.

Da sie an erster Stelle steht und es in der vorliegenden Arbeit vor allem um körperbetonte Therapiemassnahmen geht, wird die Leibperspektive in Kapitel 2.3 näher behandelt. Sie spiegelt sich auch in der phänomenologisch-strukturellen Ausrichtung der Integrativen Therapie wider. Danach wird das menschliche Erleben und Verhalten durch Erinnerungen und mentale Strukturen, auch Schemata oder Narrative genannt, gesteuert. „*Strukturen sind als im Zeitkontinuum wiederkehrende, gleichförmige (homologe) oder ähnliche (similäre) informationale Konfigurationen, die im Verhalten (Denken, Fühlen, Handeln, Wollen) zu erkennen sind*“ (Petzold et al. 1998, 11). Sie lassen sich phänomenologisch erschliessen, weil sie sich in der aktuellen leiblichen Mimik, Gestik, Haltung sowie im Interaktionsverhalten manifestieren.

Das integrative Paradigma der Integrativen Therapie stützt sich auf drei Leitperspektiven (vgl. Petzold et al. 2005, 2): In der *Theorie* orientiert sie sich an der wissenschaftlichen Psychologie und den Sozial-, Bio- und Neurowissenschaften in klinisch relevanten Bereichen. In der *Praxis* basiert sie auf vielfältiger klinischer Erfahrung und sehr unterschiedlichen Settings. Drittens spielt komplexe und differentielle Selbsterfahrung eine wesentliche Rolle, die ein Kernkonzept und einen „Metafaktor“ (vgl. ebd., 21) der Integrativen Therapie bildet. Zum besseren Verständnis wird diese besondere Auffassung der Selbsterfahrung hier näher ausgeführt, denn ihr spezifisches Konzept wird in der Integrativen Therapie als wichtig für Veränderungsprozesse der Patienten (und der Therapeuten) erachtet (vgl. Petzold et al. 2005, 54).

Selbsterfahrung ist immer Selbsterfahrung in Bezogenheit, d. h. an die Erfahrungen mit anderen Menschen gebunden. Die Integrative Therapie geht davon aus, dass jeder als Einflussfaktor für jeden anderen wirkt und sich derartige Veränderungen bis in die neurobiologischen Strukturen des Gehirns niederschlagen, d. h. Muster des Fühlens und Denkens beeinflussen (vgl. *Petzold et al. 2005, 11*). Selbsterfahrung kann damit als „das zentrale Moment veränderungswirksamer Prozesse“ (ebd., 8) gelten. Dabei ist dieses Selbst der Selbsterfahrung einerseits schöpferisch, andererseits das Resultat seiner Schöpfungen und damit gleichzeitig „Künstler und Kunstwerk“ (*Petzold 1999*). Diese Prozesse basieren auf komplexen neurobiologischen Lernmechanismen, die Erfahrungen fortlaufend abgleichen, differenzieren und integrieren. Dieses Lernen findet auf allen Ebenen statt und umfasst einfaches Reiz-Reaktions-Lernen bis hin zu komplexen Problemlösen.

Persönliche, professionelle und methodische ‚**komplexe Selbsterfahrung**‘ wird verstanden als Gesamtheit der Entwicklungs- und Sozialisierungsprozesse ‚produktiver Realitätsverarbeitung‘ [im Sinne Hurrelmanns] (*Petzold et al. 2005, 21*).

Folglich geht das Selbsterfahrungskonzept der Integrativen Therapie weit über die einfache Selbsterfahrungsideologie im Kontext humanistischer Ansätze der 1960er- und 1970er-Jahre hinaus. Komplexe, differentielle Selbsterfahrung geschieht in allen Lebensbereichen und umfasst neben körperlichem Erleben und emotionaler Erfahrung in einem sozialen Kontext auch das kognitive Verstehen. Die Kombination leibbasierter affektiver Selbsterfahrung durch Wahrnehmen und Spüren und kognitiver Selbsterfahrung durch Reflektieren und Interpretieren nennt die Integrative Therapie auch „**sinnliche Reflexivität**“ (ebd., 35). Auf neurobiologischer Ebene handelt es sich bei diesem ganzheitlichen Konzept um die Kombination aus limbischem System und Neokortex, d. h. aus „amygdalärem Lernen“ und „präfrontalem Lernen“ (*Petzold 2009, 16*).

Die Integrative Therapie beruht darüber hinaus auf der „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (*Orth, Petzold 1993, 99*). Diese lehnt sich an die aristotelische Vorstellung vom Menschen als Gesellschaftswesen an, das sich „in kollektiven schöpferischen Prozessen, in Formen der Vergesellschaftung als einzelner verwirklicht und kollektiv an der Realisierung gemeinschaftlicher Ziele

arbeitet“ (ebd.). Demnach sind Zivilisation, Gesellschaft und kulturelle Errungenschaften das Ergebnis einer zielgerichteten Kreativität. Im Sinne der griechischen Kultur bestand dieses Ziel der Zivilisation im guten Leben für alle (griech. *eubios*). Die schöpferischen Möglichkeiten der Menschen sind dabei an seinen Leib und dessen soziales Umfeld gebunden (vgl. Kapitel 2.3). Aus diesem Grund richtet sich die Integrative Therapie mit ihren kreativitätstherapeutischen Verfahren auf die Erweiterung des menschlichen Ausdrucks- und Erfahrungsvermögens.

Die Vorstellung vom schöpferischen Menschen ist in der Integrativen Therapie zudem eng mit dem Konzept der Metamorphosen bzw. der Transformation verbunden (*Orth, Petzold, 1991, 721 ff.*). Es gehört zu den Grundannahmen der Integrativen Therapie, dass sich der Mensch und das Leben fortlaufend verändern. Innerhalb des Integrativen Ansatzes bezieht sich dieses erstens auf die Wandlung als Erfahrung des Leibes im Wahrnehmen/Ausdrücken, zweitens als Beziehungserfahrung in zwischenmenschlichen Begegnungen und drittens als „Wandlung des Prozesses durch den Wechsel der Methoden und Medien“ (ebd., 724) in der Therapie. Dieser intermediale methodische Ansatz der Integrativen Therapie wird im Kapitel 3 dieser Arbeit vertieft.

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass der integrative Aspekt der Integrativen Therapie durch seine Einbindung der unterschiedlichen Perspektiven, Methoden und Modalitäten gekennzeichnet ist. Das Ausmass der dadurch erzielten Integration variiert jedoch, sodass die Integrative Therapie zwischen schwacher und starker Integration unterscheidet. Schwache Integration besteht darin, „Verschiedenes, Getrenntes, Unverbundenes in Kontakt zu bringen, zu *konnektivieren*, zu vernetzen. Gehört man zu einem Netz, ist man verbunden und in einer ‚leichten‘ Weise integriert“ (*Sieper 2010, 130*). Schwache Integration wird daher mit Konnektivierung gleichgesetzt. Wenn Elemente dagegen nicht nur zu einem „Netz von Bezügen“, sondern zu einem „übergeordneten Ganzen“ (*Petzold 2001, 36*) verbunden werden, handelt es sich um eine starke Integration. Hierbei lassen sich noch einmal zwei Formen unterscheiden. Starke Integration (I) bzw. „intentionale Integrationen“ entsteht durch „dialektisierende und metahermeneutische Prozesse der Systematisierung und Elaboration, die Verschiedenes, Informationen, ja ganze Wissenssysteme in

einer *übergeordneten Synthese zusammenführen*“ (Sieper 2010, 130). Darüber hinaus kann es bei der starken Integration vom Typ II („emergente Integrationen“, ebd.) zu Synergieeffekten kommen, indem durch hochgradige Vernetzung, z. B. in selbstorganisierenden Systemen, etwas ganz Neues entsteht.

Die Integrative Therapie orientiert sich generell an vier Richtzielen (vgl. *Petzold et al.* 1998, 15):

- Restitution der störungsbedingt beeinträchtigten Kompetenz und Performance,
- Bewältigung (Coping) bei bleibenden Einschränkungen bzw. Störungen,
- Prophylaxe als vorbeugende Massnahme zur Vermeidung von Störungen und
- Entwicklung zur Förderung persönlicher Potenziale.

Für den individuellen Patienten werden daraus inhaltlich definierte Grob- und Feinziele, d. h. Fern- und Nahziele bestimmt und in der Therapie angestrebt.

2.2 Die 4 Wege der Heilung und Förderung

Die folgenden 14 Heilfaktoren haben sich als Wirkfaktoren der Integrativen Therapie erwiesen (*Petzold et al.* 2005, 39 f.):

- einführendes Verstehen/Empathie,
- emotionale Annahme und Stütze,
- Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung,
- Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft,
- Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung,
- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit,
- Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung,
- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen,
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte,
- Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte,

- Förderung positiver persönlicher Wertbezüge, Konsolidierung der existenziellen Dimension,
- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle von Kognitionen, d. h. von persönlicher Souveränität,
- Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke,
- Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen.

Diese Heilfaktoren sind als therapeutische Verhaltensweisen zu verstehen, die sich individuell und störungsspezifisch kombinieren lassen. Die genannten Wirkfaktoren gehen in komprimierter Form in die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (Petzold 1996) ein, die als „heuristische klinische Strategien in der Praxeologie der Integrativen Therapie“ (Petzold et al. 2005, 53) anzusehen sind. Als Leitlinien einer flexiblen, beziehungs- und prozessorientierten psychotherapeutischen Begleitung kommen sie in der Therapie nicht unbedingt nacheinander vor, sondern gehen eher auseinander hervor, laufen parallel und überschneiden sich. Darüber hinaus dürfen die vier Wege aber auch als allgemeine Maximen und Entwicklungsstrategien für eine sinnvolle Lebensgestaltung gelten, sodass Patienten ermutigt werden, sie auch nach der Therapie in Eigenregie zu nutzen.

Erster Weg: Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung

Bei diesem Weg geht es darum, sich selbst, die eigene Lebensgeschichte, die Mitmenschen und die Welt zu verstehen. Durch Erfahrungen „vitaler Evidenz“ (Petzold 1996, 219), d. h., wenn sich körperliches Erleben, emotionale Erfahrungen und kognitive Einsicht in zwischenmenschlicher Bezogenheit verschränken, können neue Perspektiven entstehen. Die eigenen Verhaltensmuster werden im Austausch mit anderen und/oder der Therapeutin/dem Therapeuten bewusst gemacht, was Lernen, im Sinne von Veränderung, ermöglicht. Für diesen Weg der Heilung braucht es eine gewisse Distanz zum momentanen Erleben (Fähigkeit zur Exzentrität). Aus dieser Position können gemachte Erfahrungen gemeinsam verstanden werden. Die Integrative Therapie arbeitet, um den Erkenntnisprozess genauer zu beschreiben, mit dem Modell der vierstufigen hermeneutischen Spirale: Wahrnehmen in der Initialphase, Erfassen (und Wiederholen) in der Aktionsphase, Verstehen in der Integrationsphase und Erklären in

der Neuorientierungsphase (vgl. *ebd.*, 220). Das Beschreiten des zweiten und dritten Weges kann eine gute Grundlage für den ersten Weg der Selbsterkenntnis bilden.

Zweiter Weg: Nachsozialisation und Bildung von Grundvertrauen

Dieser Weg der Heilung ermöglicht dem Menschen, das Vertrauen in die Mitwelt wieder zu eröffnen. Das Erleben von Unterstützung, Fürsorglichkeit, Respekt, Empathie, Achtsamkeit und Akzeptanz hat die Wirkung der „**Nachnäh- rung**“ (*Petzold* 1996, 241) und erlaubt korrigierende emotionale Erfahrungen. Eine wertschätzende Atmosphäre ermöglicht die Entwicklung von Selbstvertrauen, Vertrauen in andere, was wiederum die Basis dafür bildet, sich selber zum Freund zu werden. Traumatische oder defizitäre Erfahrungen können und sollen so zwar nicht gelöscht werden, doch durch die Nachsozialisation entsteht die Kraft zu einem vertrauensvollen Neuanfang.

Dritter Weg: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung

Der dritte Weg der Heilung fördert Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten. Der Mensch kann sich in seiner Leiblichkeit spüren und sich in Begegnungen und Beziehungen entfalten. Durch die Bereitstellung einer förderlichen Therapieumgebung können sowohl persönlich als auch gemeinschaftlich Potenziale und Ressourcen erschlossen werden (vgl. *Petzold* 1996, 250).

Die Tanztherapie, insbesondere in der Gruppe, bietet hier eine Vielzahl Erlebens- und Erfahrungsräume. Gemeinsames Tanzen hebt die Stimmung, aktiviert den Muskeltonus, fördert die Aufrichtung, was Begegnungen erleichtert. Durch Erfolgserlebnisse und positive Erfahrungen werden Bereiche in der linken Gehirnhälfte, welche für angenehme emotionale Zustände zuständig sind, aufgebaut. Gehirnregionen, welche Bewegung, Mimik, Tonus etc. steuern, sind mit der linken Gehirnhälfte verbunden, und es kann ein positiver Verstärkungsprozess entstehen (vgl. *Waibel, Jakob-Krieger* 2009, 73).

Vierter Weg: Solidaritätserfahrung und Engagement

Hier geht es um die Erfahrung von Mitmenschlichkeit und Mitgefühl. Oft haben Menschen, die leiden, wenig Solidaritätserfahrung im Alltagsleben, was zu Isolation führen kann. Es ist wichtig, dass die positive Erfahrung von Zwischenmenschlichkeit im therapeutischen Setting zum Thema gemacht wird und als

Übungsfeld zur Verfügung steht, damit auch ausserhalb des Therapieraumes tragfähige Netzwerke aufgebaut werden können.

2.3 Das Leibkonzept

Der Begriff des Leibes ist zentral in der Integrativen Therapie. Er ist, wie oben bereits erwähnt, mehr als der materielle Körper. Die Begrifflichkeit des Leibes versucht, den Menschen mit seinen Regungen, Empfindungen, Gefühlen, Gedanken, seinem Glauben, seinem Willen und seinen Handlungen als Ganzes zu erfassen. Dieses Leib-Subjekt ist in seine Lebenswelt eingebettet und im Austausch mit ihr. Diesem Menschenbild liegt die philosophische Richtung der Phänomenologie zugrunde (Merleau-Ponty, Buytendijk, Schmitz, Strauss) (vgl. *Petzold 1993*, 1051 ff.).

In der Integrativen Therapie wird der Leib als „totales Sinnes- und Handlungsorgan“ (*Petzold 1991*, 593) mit den Möglichkeiten der Wahrnehmung, der Erinnerung, des Ausdruckes und des Bewusstseins verstanden. Der Leib ist auch Träger der persönlichen Geschichte, die durch Sinneseindrücke in das Leibgedächtnis eingeschrieben sind. Das Leibgedächtnis bezeichnet die neurozerebrale Informationsspeicherung, denn Erfahrungen werden über die Nervenzellenaktivität im Gehirn und nicht etwa in Muskeln gespeichert, wobei neuronale Plastizität, d. h. die Möglichkeit zur lebenslangen Veränderbarkeit von Nervenzellen(verbänden), die Grundlage des informierten Leibes bildet (vgl. *Petzold, Sieper 2012a*, 252 ff.). Der informierte Leib ist somit der Ort aller gespeicherten Szenen des Lebens.

LEIB, eingebettet (embedded) in Kontext/Kontinuum, wird definiert als: die Gesamtheit aller materiellen und organismisch-transmateriellen und zugleich mental-transmateriell gegründeten sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozialkommunikativen Schemata/Stile/Narrative. In ihren aktualen, intentionalen, d. h. bewussten und subliminal-unbewussten Beziehungen und Interaktionen mit dem Umfeld nebst dem verleiblichten (embodied) Niederschlag dieser Inszenierungen als mnestisch archivierte, differentielle Informationen wird der ‚informierte Leib‘ als personales ‚Leibsubjekt‘ konstituiert. Der materiell-transmaterielle Leib ist in seinen interaktionalen Lebensvollzügen mit der Welt ein ‚Synergem‘ dieser Schemata/Stile/Narrative in actu“ (*Petzold 2009*, 11).

Das Konzept des informierten Leibes bildet damit eine Brücke zwischen der naturwissenschaftlichen Perspektive der Neurobiologie und der geisteswissenschaftlichen Perspektive der phänomenologisch-hermeneutischen Leibphilosophie (vgl. *Petzold* 2009, 17).

Der Mensch bewegt (insbesondere beim Tanzen) also nie nur seinen aktiven und passiven Bewegungsapparat, sondern sich als Ganzes, im Dialog mit sich und der Welt. Die Fähigkeiten zur Perzeption, Reflexion, Memoriation und Expression bilden die Basis für diesen Dialog. Sie können vier Leibebenen zugeordnet werden (vgl. *Petzold* 1993, 1050 ff):

Der perzeptive Leib (*spüren, fühlen, empfinden*): Zu diesem **Wahrnehmungsleib** gehören alle Sinnesmodalitäten (Hören, Sehen, Tasten, Schmecken, Riechen, Empfinden, Berühren, Bewegen). Die Informationen über die Umwelt werden vom Rezeptorensystem aufgenommen und vermittelt. Darüber hinaus gibt es auch die synästhetischen Qualitäten, die das Bewusstwerden und die Wahrnehmung transmaterieller Phänomene ermöglichen, z. B. Atmosphären, Stimmungen, Gedanken. Über die Sinne nehmen Menschen die Umwelt wahr. Diese Wurzeln der menschlichen Beziehungsfähigkeit werden in der Integrativen Tanztherapie durch eine Vielfalt von Techniken aufgesucht und gefördert, denn die Wahrnehmungsfähigkeit ist bei Menschen mit einer psychischen Störung oft verzerrt, wenig differenziert oder gestört. Bei frühen Schädigungen kann es z. B. zu Anästhesierungen, zur Abspaltung des ganzen Körpers oder einzelner Körperteile kommen.

Der expressive Leib (*sich in die Welt hinein ausdrücken, etwas bewirken und Wirkung erfahren*): Der **Ausdrucksleib** bringt die verarbeiteten Eindrücke des perzeptiven Leibes in Handlung. Die Ausdrucksfähigkeit zu fördern, Zustände und Emotionen so bewusst wie möglich zeigen zu lernen, sind wichtige Ziele der Integrativen Tanztherapie. Je eindeutiger die Ausdrucksabsicht und die Ausdrucksbewegungen sind, umso klarer werden die eigene Stellungnahme und der Kontakt zur Welt und zum Mitmenschen, und umso eindeutiger erfolgen Rückmeldungen, die die eigene Identität bekräftigen (*Willke* 2007, 119). In der Integrativen Tanztherapie wird deshalb mit den vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten und Fähigkeiten des Menschen gearbeitet, z. B. über Bewegung, Haltung, Mimik, Gestik, Tonus, Atmung, Stimme, Erweiterung des Bewegungsre-

pertoires, Improvisation usw. Bei Menschen mit psychischen Störungen ist die Ausdrucksfähigkeit oft eingeschränkt. Dies kann sich in einem eingeschränkten Bewegungsrepertoire zeigen, in monotoner Mimik und Gestik, in einem erhöhten oder niedrigen Tonus, Verlangsamung, Hektik, in gleich bleibender Stimm- lage, in verfestigten Haltungen oder Tics usw. Insgesamt kann die Möglichkeit, flexibel auf unterschiedliche Situationen reagieren zu können, eingeschränkt sein.

Der memorative Leib (*aufrufen, erinnern, speichern*): Im **Erinnerungsleib** wird der eigene Leib zur Geschichte. Er verbindet die Gegenwart mit Vergangenem und der Zukunft. Hier werden die Wahrnehmungen und die Handlungen der vorangegangenen Leibebenen kontextuell gespeichert, d. h. die Lebenserfahrungen werden immer in ihrem erlebten Kontext von Atmosphären, Szenen, Bildern mit ihren zugehörigen leiblichen Phänomenen und den emotionalen Bewertungen und kognitiven Einschätzungen festgehalten. Der auf diese Weise informierte Leib entwickelt sich in einem fortlaufenden, schöpferischen Prozess von Wahrnehmung, Differenzierung, Integration und Kreation. In der Integrativen Tanztherapie können sich mit Hilfe vielfältiger Anregungen die Leibarchive öffnen. Erinnerungen tauchen ins Bewusstsein auf und können im Dialog mit der Therapeutin oder im Polylog mit der Gruppe wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt werden (hermeneutische Spirale).

Der reflexive Leib (*Bewusstsein über das Tun*): Diese Leibebene erlaubt es Menschen, über sich selbst nachzudenken. Mit dem Blick von aussen wird es erst möglich, alternative Sicht- und Verhaltensweisen zu entwickeln. Oft sind Menschen mit psychischen Störungen erst einmal nicht in der Lage, sich selbst und ihre Situation aus einer gewissen Distanz zu betrachten. Exzentrizität kann nur eingenommen werden, wenn ein reifes Selbst mit reifem Ich und reifer Identität vorhanden ist (vgl. *Petzold* 1993, 430 ff.) In der Integrativen Tanztherapie wird vor allem über die Methode der Gestaltung auf der reflexiven Leibebene gearbeitet (vgl. *Willke* 2007, 214 ff.)

2.4 Die therapeutische Beziehung

Nach der Integrativen Therapie müssen zwar auch in der therapeutischen Beziehung (wie in jeder näheren zwischenmenschlichen Beziehung) Grenzen und Positionen ausgehandelt werden, jedoch ohne dass sich die Therapeutin/der Therapeut dabei vom Patienten abgrenzt (vgl. *Petzold 2012b*). Mit dieser Auffassung wendet sich die Integrative Therapie ausdrücklich gegen das psychoanalytische Verständnis Freuds und das gestalttherapeutische Verständnis nach Perls. Diese verstehen die therapeutische Beziehung als Arbeitsbeziehung, in der es vor allem um sachliche Bezüge geht. Die Metapher des sezierenden Chirurgen steht für die Gefühlskälte dieser Therapieschulen.

Im Gegensatz dazu setzt die Integrative Therapie die Empathie des Therapeuten bzw. der Therapeutin in den Mittelpunkt. Die Psychotherapieforschung hat längst die Beziehungsvariable in der Therapie als einen der wichtigsten Wirkfaktoren erkannt.

Neben der empathischen Haltung sollte die therapeutische Beziehung durch „Konvivialität“ (*Petzold 2012b*) gekennzeichnet sein, die sich durch Verbundenheit, Akzeptanz und Leichtigkeit im Miteinander (Sein ist Mit-Sein), d. h. eine generelle Gastlichkeit, auszeichnet. Nicht umsonst leiten sich klinische Qualitäten „von griech. *klinein*, sich liebevoll zuwenden“ (*Petzold, Müller 2005/2007, 31*) ab. Aus diesem Grund steht die Integrative Therapie dafür ein, Menschen nicht als Fälle zu behandeln, deren Objektbeziehungen es zu analysieren gilt. Vielmehr ist das Erzeugen eines liebevollen zwischenmenschlichen Klimas wichtigste Heilungsvoraussetzung. Zugewandtheit, Vertrauen, Sich-Einlassen und Empathie sind grundlegend wichtig, weil die therapeutische Beziehung ein Affiliationsverhältnis darstellt.

Affiliation ist die Tendenz von Menschen, die Nähe anderer Menschen zu suchen, auch wenn keine gewachsenen emotionalen Beziehungen da sind, gleichzeitig auch die Tendenz, solche emotionalen Bezüge, ja Bindungen herzustellen, wenn das möglich ist. Durch die Fähigkeiten, sich motorisch, emotional und kognitiv zu synchronisieren (aufgrund der Ausstattung mit Spiegelneuronen und transkulturell gleicher Ausstattung mit Grundemotionen und Mustern der nonverbalen Kommunikation) werden Affiliationsprozesse ermöglicht, die auch kulturelle Fremdheiten im Fühlen, Denken und in kommunikativer Performanz weitgehend zu überbrücken vermögen (*Petzold, Müller 2005/2007, 15*).

Affiliation ist eine „Grundqualität im menschlichen Verhalten“ (ebd., 14) mit der evolutionären Funktion, sein Überleben durch die Unterstützung anderer zu sichern. Wenn dieses Bedürfnis nicht erfüllt wird, z. B. durch Ausgrenzung aus einer relevanten Gruppen (Familie, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen etc.), stellt sich beim Individuum affilierter Stress ein, der stark belastend wirkt. Das Affiliationskonzept ist deshalb für alle Arten zwischenmenschlicher Beziehungen wichtig und sollte besonders in der therapeutischen Beziehung beachtet werden.

2.5 Gendergerechte Psychotherapie

Im Kontext des Affiliationsbedürfnisses kann die Genderperspektive besondere Bedeutung gewinnen. Genderaspekte werden in Psychotherapien immer noch vernachlässigt, dabei sind sie ein grundlegendes Merkmal der therapeutischen Beziehung.

Da immer mindestens zwei Personen am Therapiegeschehen beteiligt sind, spielen die Genderverhältnisse in der Therapie eine zentrale Rolle. Mit Genderdiskursen sind immer auch Macht/Herrschaftsdiskurse verbunden, Fragen nach Gleichheit und Differenz [...]. Sie sind zugleich Herausforderungen für *gendersensible*, *gendergerechte* und *konviviale* Beziehungsgestaltung (Petzold, Sieper 2012b, 13).

Petzold und Orth (2011) treten aus diesem Grund für das Konzept der Genderintegrität ein, das die genannten Bedingungen erfüllen soll. „Genderintegrität betrifft die Würde von Menschen in ihrer Genderidentität und den Respekt vor ihnen, eine Zusicherung für Unverletzbarkeit und Schutz einzutreten“ (ebd., 293). Dieser Respekt bezieht sich auf jedes Gender und auf ihre Beziehung zueinander. Petzold und Orth empfehlen Genderintegrität daher auch als „Leitparadigma für Supervision und Coaching“ (ebd., 231).

Obwohl es im Rahmen der Genderdiskussion vorrangig darum geht, Gleichheit herzustellen, sollte die Genderthematik nicht allein aus defizitärer Perspektive betrachtet werden. Anstatt Geschlechterkampf, Unrecht und Gewalt zwischen den Geschlechtern zu betonen, empfiehlt es sich, auch auf die Möglichkeiten

und Ressourcen zu fokussieren sowie „die Integritäts- und Versöhnungspotentiale, die gute Genderbeziehungen und eine praktizierte Gendersolidarität bereitstellen“ (ebd., 294), zu achten. Denn diese können für die Therapie durchaus günstig wirken: „Integre, solidarische Genderbeziehungen generieren protektive Faktoren und salutogene Kräfte“ (ebd.). Nichtsdestotrotz besteht bezüglich der Genderthematik im Rahmen der Psychotherapie noch viel Forschungsbedarf. Fest steht aber schon jetzt, dass der gendersensitive Umgang in der Integrativen Therapie, und hier besonders in der Frauenarbeit, eine Notwendigkeit darstellt.

Gender wird in der Integrativen Therapie als „in soziokulturellen Mentalisierungsprozessen entstandene/konstruierte, kollektive *mentale Repräsentationen* über erlebte ‚biologische‘ Geschlechtlichkeit“ (Petzold 2011, 30) verstanden. Dabei ist aber auch schon die biologische Komponente sozial vermittelt, und die mentalen Repräsentationen bewirken weitere Sozialisierung. In der Therapie mit Frauen bedeutet die Berücksichtigung des Genderaspekts daher auch die Auseinandersetzung mit der weiblichen Identität. Dies gilt umso mehr, da gemäss der Integrativen Identitätstheorie nach Petzold die Identität des einzelnen Menschen immer auch sozial verortet ist:

Identität wird durch das Ich konstituiert (G. H. Mead) zusammen mit Identifizierungen (Fremdattributionen) aus dem Kontext, was *social identity* begründet, und von Identifikationen (Selbstattributionen), was *ego identity* begründet, weiterhin durch die Wertung von beidem, d. h. ihrer emotional [valuation] und kognitiv [appraisal] bewertenden Einordnung in biographisch bestimmte Sinnzusammenhänge, die zu Internalisierungen führen (d. h. Verinnerlichung als Archivierung im Leibgedächtnis) (Orth 2001, 2).

Die Identitätsbildung erfolgt dementsprechend in den vier Schritten *Fremdzuschreibung*, *Bewertung*, *Selbstzuschreibung* und *Internalisierung* (vgl. ebd., 16 ff.). Dieser Prozess läuft in allen fünf Identitätsbereichen ab, die auch die „Fünf Säulen der Identität“ (ebd., 18) genannt werden:

- Leiblichkeit,
- soziale Beziehungen,
- Arbeit und Leistung, Freizeit,

- materielle Sicherheiten,
- Werte.

In der Therapie mit Frauen gilt es daher, jeden dieser identitätsbestimmenden Bereiche auf seine Potenziale (und Herausforderungen) abzuklopfen, um Chancen zu finden, wo die Identität weiterentwickelt und damit reicher werden kann, da gerade Frauen in einem oder mehreren der genannten Bereiche Einschränkungen erfahren (haben).

3 Integrative Tanztherapie und intermediale Transformation

Da die in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Studie im Wesentlichen auf dem Ansatz der Integrativen Tanztherapie nach *Willke* (2007) beruht, wird dieser hier näher erläutert. Die Integrative Tanztherapie basiert zum einen auf klassischen tanztherapeutischen Ansätzen, wie sie z. B. von *Schoop*, *Chace*, *Espenak* und *Whitehouse* vertreten werden, und zum anderen auf leibphilosophischen und -therapeutischen Ansätzen nach *Petzold*, *Perls*, *Merleau-Ponty* und *Schmitz* (vgl. *Willke* 1991, 840). Auf der Grundlage des spezifischen Leibverständnisses der Integrativen Therapie (vgl. Kapitel 2.3) zielt die Integrative Tanztherapie auf die (Wieder-)Eröffnung und Erweiterung der menschlichen Wahrnehmungsfähigkeit, um das Ausdrucksvermögen anzuregen, kreatives Potenzial „zur ästhetischen Symbolisierung zu entfalten und ein auf menschliches Dasein in der Welt bezogenes Sinnverständnis zu schaffen“ (ebd., 842).

Körperpsychotherapeutische Verfahren werden gewöhnlich der affekt-/energieorientierten, der wahrnehmungs-, beziehungs- oder übungsorientierten Richtung zugeordnet (vgl. *Willke* 2007, 49 f.). Es ist charakteristisch für die Integrative Tanztherapie, dass ihre Position keiner dieser isolierten Richtungen entspricht, sondern vielmehr Aspekte aller vier Traditionen in sich vereint: Die Wahrnehmung der körperlichen Bewegungen und des Gefühls bildet einen Schwerpunkt der Integrativen Tanztherapie, um Prozesse bewusst zu erkennen, zu klären und zu verstehen. Die Affektorientierung betont neben der Wahrnehmung auch den Ausdruck, die Regulation und das Verstehen der Affekte, wobei jedoch triebtheoretische Konzepte der Tiefenpsychologie abgelehnt werden. Dagegen spielt das Beziehungskonzept (wie in Kapitel 2.4 ausgeführt) eine fundamentale Rolle, das sich innerhalb der Integrativen Tanztherapie in verschiedenen Formen und Funktionen manifestiert. Dazu gehören Arbeits-, Alter-Ego-, Übertragungs- und Dialogbeziehung (vgl. dazu ausführlich ebd., 50 ff.). Schliesslich ermöglicht die Übungszentrierung der Integrativen Tanztherapie, neues Ausdrucksverhalten zu erlernen und damit alternative Erfahrungen zu sammeln: „Die Lern- und Übungszentrierung bietet eine wichtige Grundlage, Neuerfahrungen, Bewegungs-, Verhaltens- und Ausdrucksweisen in den Alltag zu transferieren“ (ebd., 69). Das Ziel der Integrativen Tanztherapie lässt sich damit folgendermassen fassen:

Wenn es gelingt, in der Therapie, in der Kunst, die Einengung, die leiblichen Zwänge, die Selbst- und gesellschaftlichen Zwänge wieder sichtbar zu machen, die Beengung, Reduziertheit und Entfremdung darzustellen, wird Tanz zum Medium der Befreiung und Heilung und zur Chance, die eigene Geschichte selbstgestaltend zu verwirklichen (*Willke* 1991, 385).

Die Integrative Tanztherapie geht häufig intermedial vor, indem sie körpertherapeutische Verfahren durch den kreativitätstherapeutischen Einsatz von Bildern, Literatur und Musik ergänzt. Durch diese intermedialen Quergänge werden der perzeptive, memorative und expressive Leib wieder miteinander verbunden (vgl. *Orth, Petzold* 1991, 728). Im Sinne des Schwerpunkts der vorliegenden Arbeit konzentrieren sich die weiteren Ausführungen auf die Verbindung aus Tanz- und Maltherapie.

Willke (2007, 333 ff.) nennt fünf Einsatzmöglichkeiten, wie und mit welcher Funktion Bild und Bewegung in der Integrativen Tanztherapie kombiniert werden können.

a) Diagnose

Im Sinne der diagnostischen Funktion analysiert die Therapeutin/der Therapeut die Bewegungssprache des Patienten bzw. seine Bilder. Die Annahme, dass bildliche Darstellungen psychodynamische Prozesse abbilden, hat eine lange diagnostische Tradition. Verfahren wie der TAT (Thematischer Apperzeptionstest) oder der Rorschach-Test nutzen ebenfalls die Projektion unbewusster Dynamiken. Ähnliches gilt für Bewegungsdiagnostetests (vgl. zur Bewegungsanalyse *Hörmann* 1993, 123 ff.). Auch die Integrative Therapie verwendet verschiedene projektive Verfahren, die im Gegensatz zu standardisierten Verfahren mehr Gestaltungsräume geben, weil meist nur die Aufgabenstellung und das Medium/Material vorgegeben sind (vgl. *Müller, Petzold* 2012). Dadurch kann mehr unbewusstes Material produziert, bzw. projiziert werden. Ein Beispiel ist das Anfertigen von Körperbildern (*Body Charts*). Über ihre diagnostischen Einsatzmöglichkeiten hinaus wirkt Kunsttherapie aber auch entwicklungs- und wachstumsfördernd.

b) Beschäftigungstherapie

Als die Kunsttherapie im Laufe der 1940er- und 1950er-Jahre in die Psychiatrien einzog, bestand der Grundgedanke dahinter in der Annahme, dass sich Patienten mit Hilfe künstlerischer Tätigkeiten oder Bewegung sowohl ablenken als auch beruhigen können. Für Patienten, die über eine stark ausgeprägte oder gestörte innere Bildwelt verfügen, muss dies allerdings nicht immer geeignet sein. In Grenzfällen lohnt sich eine Auseinandersetzung mit dem symbolischen Gehalt der inneren Bildwelt durch Tanzen oder Malen. In jedem Fall kann Kunsttherapie mehr als Ablenkung und Beruhigung bewirken.

c) Veränderungsinduzierung

Dieser Ansatz funktioniert so, dass Veränderungen im Medium, d. h. gezielte Änderungen der Bewegungen oder des Bildes, auch Veränderungen beim Patienten hervorrufen sollen. Voraussetzung dafür ist allerdings ein Veränderungswille beim Patienten als Motivationsfaktor. Gemeinsam mit dem Therapeuten/der Therapeutin sollte die gewünschte Veränderungsrichtung erarbeitet werden. Danach lässt sich beispielsweise im Tanz eine Haltungsänderung im buchstäblichen wie im übertragenen Sinne ausprobieren. Ohne weitere Massnahmen verbleiben solche Veränderungen jedoch häufig an der Oberfläche.

d) Heilung durch das Medium

Nach dieser Auffassung wirken Tanzen und das Malen eines Bildes schon durch die Tätigkeit als solche heilend. Gemeint ist ein grundlegender Heilungsprozess, der ohne (bewusstes) Verstehen oder Interpretieren auskommt und auch unabhängig von der Therapeut-Patienten-Beziehung funktioniert. Es kann sich dabei um intuitives Malen bzw. das Austanzen von Gefühlen handeln. In beiden Fällen versenkt sich der Patient in sein Inneres und kann durch die therapeutische Tätigkeit die Heilung anstossen. Allein für sich genommen wird dieses Heilen jedoch nicht umfassend genügen können, da es zumindest zu einem späteren Zeitpunkt mit der bewussten, denkenden Verarbeitung zurückgekoppelt werden muss, um das Erlebte ganzheitlich zu verstehen.

e) Phänomenologische Repräsentation von Inhalten

In der Integrativen Tanztherapie gelten Bild und Tanz „als die bestmögliche Repräsentation von unbewusstem und bewusstem Material“ (Willke 2007, 338),

die dem Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt möglich und als solche uneingeschränkt zu akzeptieren ist. Darüber hinaus wird der Ausdruck in Bild und Bewegung als Kommunikationsmöglichkeit verstanden.

In der Praxis erfolgt die Integrative Tanztherapie selten nur als Funktion eines einzelnen Ansatzes. Vielmehr spielen alle Einsatzmöglichkeiten zusammen und werden kombiniert. So steht am Anfang der Integrativen Therapie das Malen und Tanzen als diagnostisches Mittel im Vordergrund, während später in der Regel Veränderungsinduktion oder Heilungsfunktion überwiegen; allerdings gewinnt der Therapeut auch dann fortlaufend diagnostische Informationen aus Tanz und Bildern (vgl. ebd.).

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Schwerpunktsetzung nicht allein vom Zeitpunkt im Therapieverlauf abhängt, sondern vor allem von der Persönlichkeit des Patienten. Während in einem Fall der Ausdruck der Emotionen im Vordergrund steht, geht es in einem anderen Fall vielleicht primär um die Beziehungserfahrung oder um das Verstehen der Lebensgeschichte und Sinnfindung (vgl. ebd., 338). Es gehört daher zu den Stärken der Integrativen Tanztherapie, ihre spezifischen Medien für ganz unterschiedliche Ziele einsetzen zu können.

Um die Arbeit in der Praxis zu verdeutlichen, sollen im Weiteren die Unterschiede zwischen den Medien Bild und Tanz näher dargestellt werden (vgl. ebd., 341 ff.).

Die **Körperdimension** ist beim Tanz dreidimensional und durch den kinästhetischen Sinn bestimmt, der eine Verleiblichung bewirkt. Der Bewegungssinn ist dabei multisensoriell, weil er Informationen der Gleichgewichtsorgane, Muskulatur, Augen, Haut und Gelenke verarbeitet. Zusammen bewirken sie immer wieder neu den Aufbau des leiblichen Selbsterlebens und Körperschemas. Im Unterschied dazu steht beim zweidimensionalen Bild der visuelle Sinn im Zentrum, der eher eine Distanzierung auslöst.

Bezüglich der **Zeitdimension** prägt den Tanz seine Vergänglichkeit, während das Bild von Dauer bestimmt ist. Bildliche Eindrücke lassen sich deshalb jederzeit aktualisieren, während sie beim Tanz nur in der Bewegung erinnert werden. Zudem kann ein Bild gleichzeitig mehrere Eindrücke bzw. Aussagen in sich vereinen, wohingegen der Tanz an eine zeitliche Abfolge gebunden ist. Seine

sukzessiven Bilder im Raum sind dabei allerdings anders als das Bild für Veränderungen offen.

Hinsichtlich der **Raumdimension** ist der Tanz eines Körpers in einem Raum dreidimensional. Während des Tanzes entstehen ausserdem fortlaufend neue Perspektiven auf den Raum und auf den Tanzenden selbst (Mehrperspektivität). Im Gegensatz dazu ist die Bildperspektive durch den Maler festgelegt; ein späterer Betrachter muss der Malerperspektive folgen. Das Bild selbst bleibt zwar zweidimensional, kann durch visuelle Gestaltung aber den Eindruck der Dreidimensionalität erwecken.

Die **Spezifität des Mediums** drückt sich beim Malen vor allem durch die Qualität der Farben aus. Für den Tanz, der mit der Schwerkraft arbeitet, gibt es dafür keine direkte Entsprechung, obwohl natürlich auch unterschiedliche Bewegungsdynamiken und -qualitäten existieren.

In Bezug auf die **therapeutische Beziehung** bewirkt der Tanz eine Intensivierung der dyadischen Struktur, sodass Übertragungsphänomene, aber auch differenzielle Beziehungsphänomene (Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung und Abhängigkeit) deutlicher hervortreten können (vgl. Müller, Petzold 2003). Bei der Maltherapie wird die therapeutische Beziehung dagegen eher entlastet, da das Bild sozusagen ein drittes Element einführt; wenn es symbolisch für andere Personen steht, wird die therapeutische Struktur damit sozusagen triadisch (vgl. Willke 2007, 349).

Willke beschreibt die *Intermediale Transformation* als ein wichtiges Verfahren der Integrativen Tanztherapie, auf dem auch die qualitative Studie der vorliegenden Arbeit basiert.

Diese Methode, Material von einem Medium in ein anderes zu übertragen, wird in der Kunsttherapie als intermodale Übergänge [...] und in der Integrativen Therapie als ‚intermediale Quergänge‘ (Petzold & Orth 1990) bezeichnet. Die Integrative Tanztherapie nutzt den Terminus der *intermedialen Transformation*, um den Aspekt der Veränderung zu betonen. Diese methodische Vorgehensweise nutzt die spezifischen Potenzen und Unterschiede der Medien für die therapeutische Arbeit (Willke 2007, 332 f.).

Intermediale Transformation ist eng an die oben genannte *transversale Integration* der Integrativen Therapie gebunden, die grenzüberschreitende Entwicklungsschritte beschreibt. Medienüberschreitende Therapiearbeit (z. B. in der Kombination aus Tanz und Bild) kann solche Prozesse anregen.

Den verwendeten Methoden und Techniken der Integrativen Tanztherapie liegen immer Ziele zugrunde, die aus der Theorie der Integrativen Therapie abgeleitet werden (vgl. *Petzold* 1993). Da die Vorgehensweise beziehungs- und prozessorientiert ist und die gemeinsame Sinnfindung zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientinnen/Patienten sich individuell gestaltet, gibt es keine linearen Handlungsweisen, und auch ein Vorgehen, das allein nach Diagnosen ausgerichtet ist, lehnt die Integrative Tanztherapie ab. Dennoch ermöglichen der theoretische Hintergrund der Integrativen Tanztherapie (vgl. *Willke* 2007, 139–284) und die Erfahrung der Therapeutin/des Therapeuten aus der Praxis und der Weiterbildung eine geteilte Sicht auf den therapeutischen Prozess. Im Folgenden werden Handlungsmöglichkeiten, nicht aber Handlungsregeln vorgestellt, die eine Therapeutin/ein Therapeut zur Verfügung hat und in den therapeutischen Prozess eingibt. *Willke* orientiert sich dabei an der Medientheorie der Integrativen Therapie (vgl. *Petzold* 1977).

Methoden sind übergeordnete Strategien von Handlungen, die auf bestimmte Ziele ausgerichtet und über ein theoretisches Konzept legitimiert sind. Sie sind keine konkreten Handlungsanweisungen oder Übungsfolgen (*Willke* 2007, 167). Man unterscheidet Methoden der Gesprächsführung; Zuhören, Empathie ausdrücken, partielles Engagement, selektive Offenheit, Intermodale Transformation, Deuten/Interpretieren, Informieren/Erklären und Methoden der Bewegungsführung wie Improvisation, Exploration, Imitation, Rituale und Gestaltung.

Die benannten Methoden fördern die Wahrnehmungsfähigkeit, stimulieren die Erinnerungen, erwecken die Ausdrucksfähigkeit und die kreativen Potenziale. Sie wirken der „multiplen Entfremdung“, d. h. der Entfremdung vom eigenen Leib, den Mitmenschen und der Umwelt, entgegen (vgl. *Petzold* 1993, 452 ff.).

Techniken sind ebenfalls Strategien, die konkret innerhalb der Methode das Handeln strukturieren und für therapeutische Situationen Handlungsmuster zur Verfügung stellen (*Willke* 2007, 167). Es gibt Techniken der verbalen Prozessführung (Fragen, Mitgehen, Stützen, Frustrieren, Konfrontieren/Provozieren,

Phänomenbeschreibung, für den Patienten verbalisieren, Feedback und Sharing) sowie Techniken zur Bewegungsführung (Wiederholen, Übertreiben, Anhalten/Innehalten, Fokussierung, Ausbreiten, Kontrastieren/Polarisieren, Vollenden, Shifting, Spiegeln, Entwickeln von Bewegungsimpulsen, Splitting, Identifizierung, Verankern neuer Erfahrungen, Imagination, Berührung, Stimme, Atem, Spannungsausbreitung/Modulation), darüber hinaus Techniken zur Arbeit mit der Körperachse, Raum- und Zeitparametern und den Efforts nach Laban (vgl. ebd.).

Darüber hinaus kennzeichnen drei **Arbeitsmodalitäten** die Integrative Tanztherapie, die wiederum auf allgemeinen Prinzipien der Integrativen Therapie beruhen (vgl. *Petzold* 1996, 27 ff):

a) übungszentriert – funktional

Diese Modalität steuert einerseits das gesunde Funktionieren des Körpers an. Dies wird u. a. mit Körperwahrnehmungsübungen (Körpergrenzen spüren durch Abklopfen, Übungen zum *Grounding*, d. h. „der gute Kontakt zum Boden [...]“, die Balancefähigkeit auf der Erde zu stehen und nicht bei jeder Kleinigkeit umzufallen“, *Trautmann-Voigt, Voigt* 2009, 12), Dehnen, Strecken, Stärken und bewusstes Atmen erreicht (*warm up*). Mit der Methode der Imitation können neue Bewegungen geübt werden, die zur Erweiterung des Bewegungsrepertoires beitragen. Andererseits geht es darum, kontextbezogen neue oder andere Verhaltensmuster zu üben, z. B. „Stopp“ oder „Nein“ sagen, denn die Um- und Neuorganisation neuronaler Bahnungen kann nur durch Üben geschehen. Bei psychotischen Störungen und Menschen in akuten Krisenzuständen wirkt die übungszentrierte Modalität oft stabilisierend und strukturierend.

b) erlebniszentriert – stimulierend

Hier wird über die Arbeit mit kreativen Medien der Leib mit all seinen Sinnen angesprochen. In der Tanztherapie kann über verschiedene Methoden der Improvisation Eindrücken Ausdruck verliehen werden. Ressourcen und Potenziale werden entdeckt oder wiederentdeckt. Auf diesem Weg können alternative Erfahrungen gemacht werden, ohne zwangsläufig konfliktorientiertes Durcharbeiten. Die spielerische und anregende Arbeit eignet sich besonders für Menschen mit depressiven Störungen, die in ihrer Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit einge-

schränkt sind, und für Essgestörte, die unter einem gestörten Körperbezug leiden. Darüber hinaus ist dieser Ansatz auch für Menschen mit psychosomatischen Symptomen geeignet, die ihren Körper ablehnen und sich ihm ausgeliefert fühlen, sowie für sehr kognitiv orientierte Personen.

c) konfliktzentriert – aufdeckend

In der konfliktzentrierten Arbeit kommen Szenen aus der Lebensgeschichte ins Bewusstsein. Die Leibarchive, in denen alle Lebenserfahrungen gespeichert sind, werden geöffnet. Durch die stützende Präsenz der Therapeutin/des Therapeuten können Erfahrungen gemacht werden, die frühere Erlebnisse korrigieren. Für diesen Arbeitsstil braucht es eine tragfähige therapeutische Beziehung, einen guten Gruppenboden und relativ stabile Ich-Funktionen. Bei der Inkonstanz der Gruppen in der Psychiatrie ist diese Modalität eher im individuellen Setting angesagt.

4 Kunsttherapie (Gestaltungs- und Malthherapie)

Bei der Gestaltungs- und Malthherapie, wie sie für diese Arbeit zum Einsatz kam, handelt es sich um eine Kunsttherapie im Sinne der Konferenz der Schweizer Kunsttherapieverbände (KSKV/CASAT). Diese versteht sich als Dachverband für künstlerische Therapien und sorgt neben der Etablierung des Berufsbildes auch für eine einheitliche Ausbildung und die Abnahme der Höheren Fachprüfung Kunsttherapie (vgl. KSKV/CASAT o. J., 1).

Kunsttherapie wird in diesem Kontext als Oberbegriff für verschiedene Therapieformen verwendet. Nach der KSKV/CASAT zählen in der Schweiz dazu im Einzelnen diese Fachrichtungen (vgl. ebd., 2):

- Bewegungs- und Tanztherapie,
- Drama- und Sprachtherapie,
- Gestaltungs- und Malthherapie,
- Intermediale Therapie und
- Musiktherapie.

Die Kunsttherapie zielt generell auf eine „breite Ressourcenaktivierung und Förderung der Selbstregulation des Menschen auf geistiger, seelischer, körperlicher und sozialer Ebene“ (ebd.). Um dies zu erreichen, sensibilisiert die Kunsttherapie die Sinneswahrnehmung, fördert Kreativität und die Wahrnehmung innerer wie äusserer Prozesse. Langfristig unterstützt sie damit die Aktivierung der Selbstheilungskräfte, persönliche Autonomie und Entwicklungsprozesse.

Das Vorgehen eines Kunsttherapeuten/einer Kunsttherapeutin beabsichtigt, kunsttherapeutische und Alltagserfahrungen der Patienten zu verbinden. Bei Entwicklung eines Therapiekonzeptes berücksichtigt und ergänzt die Kunsttherapie medizinische Diagnosen mit den Erkenntnissen aus der eigenen Arbeit und geht situationsgerecht vor.

Die Fachrichtung der Gestaltungs- und Malthherapie fördert persönliche Veränderungen durch künstlerisches Handeln und ein bildnerisches Werk, dessen Erarbeitung das Zentrum der Therapie bildet. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit dem Material, die einen sinnlichen Zugang zu Ressourcen und Störungen eröffnet und dadurch hilft, kreative Lösungsstrategien zu entwickeln.

Denn in der Therapie erlebt der Patient/die Patienten seine bzw. ihre eigene Gestaltungskraft, die ihrerseits die Fähigkeit fördert, die eigenen Lebensumstände innerlich oder äusserlich zu beeinflussen. Die Konsequenzen eigener Handlungen (und Haltungen) wird durch die künstlerische Auseinandersetzung wieder für den Patienten/die Patientin erlebbar. Das künstlerische Werk stellt eine Verbindung zum Körper und zur Seele her. Es regt biografische Bezüge sowie die innere Exploration und Reflexion an. Bildprozesse erlauben darüber hinaus auf spielerische Weise „die experimentierende Veränderung innerseelischer wie handlungsbezogener Phänomene“ (ebd.). Neben der Sinnfindung stellen dabei auch die Freude durch spielerische Gestaltungen und die Lust am eigenen Tun einen wichtigen Aspekt dar. Die Gestaltungs- und Maltherapie geht ausserdem davon aus, dass ein verbessertes Farb- und Formempfinden die Beziehungs- und Begegnungsfähigkeit erhöht (vgl. ebd., 3).

Obwohl die Mal- und Gestaltungstherapie, die für diese Studie untersucht wurde, nicht offiziell zu den integrativen Therapieformen zählt, teilt sie doch wesentliche Ziele und Vorgehensweisen mit diesen (Ressourcenaktivierung, Stärkung der Beziehungsfähigkeit, sinnlich-leibliche Wahrnehmung als Mittel der Bewusstwerdung und zur Entwicklung kreativer Lösungswege). Aus diesen Gründen ergänzen sich beide Therapieformen gut und wurden für die vorliegende Arbeit miteinander verbunden.

5 Qualitative Studie zum Therapieprogramm „AURORA“

5.1 Entstehung, Ziele und Inhalte von AURORA für Frauen

Das Pilotprojekt AURORA wurde über drei Jahre hinweg am stationären Behandlungszentrum Marsens durchgeführt, das Teil des Freiburger Netzwerkes für psychische Gesundheit ist. Bei AURORA handelt es sich um ein Frauen vorbehaltenes, gruppentherapeutisches Angebot, das Integrative Tanztherapie und die kunsttherapeutische Fachrichtung Mal- und Gestaltungstherapie verbindet (konnektiviert) und von zwei Therapeutinnen geleitet wurde.

Die Behandlungskonzepte des stationären Behandlungszentrums in Marsens basieren auf einem bio-psycho-sozialen Therapieansatz und schliessen medikamentöse, psychotherapeutische und soziale Interventionen ein. Die psychotherapeutische Einzelbetreuung wird durch mehrere, auf die spezifischen Krankheiten zugeschnittene Gruppenangebote ergänzt. Diese Gruppen werden teilweise auch ambulanten Patientinnen und Patienten angeboten. Die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung wird durch „Spezialtherapien“ wie Kunst-, Tanz-, Bewegungs-, Musik-, Ergo- und Beschäftigungstherapie ergänzt und unterstützt.

Der Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie ist für die psychiatrische Versorgung der im Kanton lebenden Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren zuständig und in sechs Behandlungsketten organisiert. Das Versorgungsangebot umfasst acht ambulante Standorte, eine Tagesklinik in Freiburg und sechs Stationen (psychotische Störungen, affektive und Persönlichkeitsstörungen, Sucht-Störungen, Krisenintervention, allgemeine Psychiatrie) mit insgesamt 136 Betten im stationären Behandlungszentrum in Marsens.

Das Team der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten für die Erwachsenenpsychiatrie setzt sich aus folgenden Professionen zusammen: 1 Bewegungstherapeut, 2 Kunsttherapeutinnen, 1 Musiktherapeut, 1 Ergotherapeutin, 1 Tanztherapeutin, 1 Sporttherapeut und 2 Beschäftigungstherapeuten. Die Therapeutinnen und Therapeuten sind auf allen sechs Stationen tätig. Mein tanztherapeutisches Angebot umfasst in diesem Rahmen je nach Indikation Gruppen- und Einzeltherapie. Die Gruppen sind, was die Störungen betrifft, heterogen (nicht störungsspezifisch) zusammengesetzt. Meine Kollegin ist in dersel-

ben Einrichtung als Kunsttherapeutin für die Mal- und Gestaltungstherapie zuständig. Im Austausch mit ihr habe ich das Programm AURORA entwickelt.

Die Entstehungsgeschichte von AURORA begann mit der Beobachtung, dass Patientinnen während der Gruppentherapie häufiger ihre Erleichterung darüber aussprachen, dass kein Mann anwesend war. Dadurch kamen andere Themen auf, und direkter Körperkontakt in der Bewegung, im Tanz und in der Berührung wurde oftmals überhaupt erst möglich. Das Bedürfnis nach einem Miteinander in einem sicheren Raum hat in mir die Idee zu einer Frauen vorbehaltenen therapeutischen Gruppe reifen lassen. Auch für meine Kollegin, welche als Mal- und Gestaltungstherapeutin tätig ist, ergaben meine Gedanken Sinn. Da wir von Anbeginn meiner Tätigkeit in der Klinik eine enge und fruchtbare Zusammenarbeit gepflegt und viele Patientinnen gemeinsam begleitet haben, ist im Austausch mit ihr das Konzept zu AURORA entstanden.

Das Angebot sollte einerseits dem Wunsch der Frauen nachkommen, unter sich zu sein, und andererseits das Potenzial einer intermedialen Transformation ausschöpfen. Sowohl im Tanz und der Bewegung als auch in der Arbeit mit Bildern, Ton etc. geht es um das heilende Moment des Sich-Ausdrückens. Jedoch regt jedes Ausdrucksmittel oder jede Ausdrucksform in anderer Weise an und ermöglicht andere und/oder neue Perspektiven und Einsichten. Zudem bietet die Co-Animation ein erweitertes Beziehungsangebot. Insgesamt lässt sich die Verbindung der Methoden Tanz- und Maltherapie als Konnektivierung, d. h. als schwache Integration, verstehen (vgl. Kapitel 2.1).

Die Gruppe spricht ausschliesslich erwachsene Frauen zwischen 18 und 65 Jahren an, die entweder bei meiner Kollegin in der Mal- und Gestaltungstherapiegruppe oder bei mir in der Tanztherapiegruppe sind. AURORA wurde als offenes Gruppentherapieangebot konzipiert, das auf maximal 6 Teilnehmerinnen beschränkt ist, 90 Minuten dauert und einmal pro Woche im Bewegungsraum stattfindet. Die Frauen können während ihres Klinikaufenthalts einsteigen und bei Bedarf ambulant fortfahren.

Der inhaltliche Ablauf der Gruppensitzungen ist so aufgebaut, dass am Anfang eine Vorstellungs- und Befindlichkeitsrunde steht, die manchmal mit Gegenständen arbeitet. Es folgt eine Methodenkombination im Sinne intermedialer Transformation zu einem bestimmten Sitzungsthema. Wenn es beispielsweise

um Erdung geht, kann dies zunächst anhand einer Phantasiereise (z. B. *mein Baum*) erforscht werden. Die Vorstellungsbilder werden möglichst sinnlich vermittelt, um die Intensität ihrer Wirkung zu steigern, die in der Simulation ganzheitlichen Erlebens besteht (vgl. Willke 2007, 255). Im Sinne der intermedialen Transformation nähern sich die Patientinnen ihrer inneren Baum-Vorstellung anschliessend z. B. durch Aufmalen oder Gestalten des Baumes. In einem weiteren Schritt erfolgt ein erneuter Wechsel des Mediums, sodass die Patientinnen ihren Baum beispielsweise körperlich darstellen (Improvisationsübung: *sich zu Musik wie ein Baum im Wind bewegen*). Die Ziele einer solchen Improvisation liegen in der Steigerung der eigenen Aktivität und Initiative sowie in der Erfahrung, Handlungen selbst zu gestalten, sodass Patientinnen die Verantwortlichkeit für eigenes Handeln erleben (vgl. ebd., 198). Darüber hinaus zielt Tanzimprovisation darauf, Kreativität, Flexibilität, Kommunikations- und Reaktionsfähigkeit zu entwickeln. Gewohnte Bewegungsmuster können so erkannt und tänzerisch verändert werden. Dies führt im Allgemeinen zu einer Erweiterung des Ausdrucks und des Erlebens. Darüber hinaus schliesst AURORA auch wiederholt die Methode der Berührung ein, um den Patientinnen „die bewegte Welt nahe zu bringen“ (ebd., 256) und sie buchstäblich wieder in Kontakt mit ihren Mitmenschen zu bringen. Mit Hilfe der verschiedenen Zugänge setzen sich die Patientinnen mit allen Sinnen mit einem Thema auseinander. Von der Modalität her ist AURORA dabei vor allem erlebnis- bzw. übungszentriert und weniger konfliktzentriert konzipiert. Am Ende einer Gruppensitzung erfolgt immer ein Austausch über das Erlebte im Rahmen einer Abschlussrunde. Diese Technik hat sich aus der psychodramatischen Gruppenarbeit Morenos entwickelt und wird „Sharing“ genannt (ebd., 245). Es handelt sich um eine Form der emotionalen Gruppenkommunikation, bei der Gefühle, Erinnerungen und Erlebnisse geteilt werden, wobei der jeweils Sprechende von der Gruppe emotional gestützt und in die Gruppe eingebunden wird.

Generell zielt das Programm AURORA auf die geschützte Einleitung und Begleitung einer Veränderung bei Patientinnen. Die namensgebende römische Göttin der Morgenröte symbolisiert den Moment der Transformation von der Nacht zum Tag, den Übergang von der Dunkelheit zum Licht, das Erwachen und eine neue Sicht auf die Welt. In diesem Sinne sollte die Frauengruppe einen schöp-

ferischen Raum schaffen, in welchem sich die Patientinnen ausdrücken, entfalten, austauschen und berühren können. Eine unterstützende, wohlwollende Atmosphäre fördert das Erleben von Solidarität, und im Polylog gewonnene Einsichten können zu neuen Aussichten führen. AURORA bildet einen Ort der Zwischenleiblichkeit unter Frauen, in dem die Ressource der Lebendigkeit wiederentdeckt werden kann. Als integratives Therapieangebot zielt AURORA also auf Folgendes (vgl. *Petzold* 1993, 1036–1045):

- Solidarität, Unterstützung und Verständnis erleben,
- Förderung von emotionalem Ausdruck (zeigen und aussprechen von Gefühlen),
- Stärken des weiblichen Identitätserlebens,
- Bewusstseinsarbeit (sich selbst, das eigene Leben und dessen Strukturen verstehen lernen),
- Förderung von leiblicher Bewusstheit und Wahrnehmung,
- Stärken kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit,
- Entdecken, stärken und anregen der eigenen Ressourcen,
- Förderung des kreativen Ausdrucks,
- Sammeln von positiven Erfahrungen auf der perzeptiven Leibebene (*berühren und berührt werden*) und
- Erweiterung des Bewegungsrepertoires.

5.2 Methodik

Um die Relevanz des AURORA-Programms zu prüfen und nachvollziehbar zu machen, wurde eine erste qualitative Forschungsstudie mit den Patientinnen, die zwischen März und Juni 2012 teilgenommen haben, erstellt. Es wurden Interviews mit Teilnehmerinnen geführt, die mindestens an zwei Gruppensitzungen teilgenommen hatten, um deren Erfahrungen zu erforschen. Diese Gespräche wurden unverzüglich nach dem Ende der Sitzungen geführt und gaben jeder Teilnehmerin die Gelegenheit, ausführlich über ihre körperlichen Erlebnisse und ihre emotionalen Erfahrungen mit sich und der Gruppe zu erzählen.

Alle Teilnehmerinnen wurden nach der ersten Teilnahme sowohl mündlich als auch schriftlich von den Therapeutinnen der Gruppe über die Studie informiert. Zu Beginn des Gespräches in der darauffolgenden Woche wurden sie noch einmal genauer mündlich aufgeklärt und haben die Einverständniserklärung unterzeichnet. Diese Studie hat die Zustimmung der Ethikkommission für Forschung des Kantons Fribourg erhalten (n°interne 009/12-CER-FR).

Die Befragung erfolgte als halbstandardisiertes Leitfadeninterview. Das Leitfadeninterview gilt „als eine der methodischen Säulen qualitativer Forschung“ (Flick 1996, 112). Typisch sind relativ offene Fragen, die den Befragten zu freien Antworten anregen sollen. Solche Fragen fungieren als Leitfaden, der der Orientierung dient, das Gespräch aber nicht so stark lenkt wie bei standardisierten Fragebogeninterviews.

Die Interviews wurden von einer Psychologin und einer Psychologie-Praktikantin (d. h. ausserhalb des Gruppenraumes) durchgeführt, um zu gewährleisten, dass sich die Teilnehmerinnen frei über sich, die Gruppe und auch über ihre Beziehung zu den Therapeutinnen äussern können.

Der Fragebogen (siehe Anhang 1) bestand aus drei Teilen. Der erste Teil erfasste persönliche Daten. Der zweite Teil beinhaltete Leitfragen zu gruppentherapeutischen Erfahrungen, allgemeiner Zufriedenheit und Zufriedenheit in Bezug auf spezifische Ziele sowie Mechanismen, d. h. subjektiven Nutzen der Gruppentherapie. Der dritte Teil war als ergänzende quantitative Evaluation konzipiert und umfasste Ratingskalen, auf denen die Patientinnen z. B. ihre Beziehung zu den Therapeutinnen, die Freude und Schwierigkeiten sowie den Gesamteindruck der Therapie bewerteten. Die Einschätzungen des physischen Wohlbefindens und des psychischen Wohlbefindens wurden als einzige Skalen vor und nach den AURORA-Sitzungen erhoben, um einen Vergleichswert zu erhalten.

Durchschnittlich dauerten die Leitfadeninterviews 45 Minuten. Sie wurden zwar nicht mitgeschnitten, dafür aber direkt anschliessend mithilfe ausführlicher Notizen niedergeschrieben. Das Material wurde in Hinblick auf wichtige Kernaussagen, Begriffe und übereinstimmende Äusserungen zwischen verschiedenen Patientinnen gesichtet. Diese werden in Kapitel 6 zusammengefasst und durch Originalzitate der Patientinnen belegt. Bei den quantitativen Daten wurden le-

diglich Häufigkeiten und Mittelwerte ermittelt. Diese werden in Kapitel 6 jedoch nur in Hinblick auf besondere Auffälligkeiten vorgestellt, weil für diese Forschungsarbeit das qualitative, exploratorische Vorgehen im Vordergrund stand.

Ergänzend wurde von den Therapeutinnen zu ausgewählten Sitzungen eine Gruppenprozessanalyse vorgenommen. Das Phänomen der Gruppe und ihre Prozesse besitzen in der Integrativen Therapie grosse Bedeutung (Orth, Petzold 1995, 197). Die zugrundeliegende Definition fasst Gruppe wie folgt:

Eine Gruppe von Menschen ist ein relativ zeitkonstantes (1) Interaktionssystem (2), mit einem spezifischen Status- und Rollengefüge (3), einem verbindenden Wertesystem (4) und Zielhorizont (5) sowie gemeinsamen Ressourcen (6), wodurch ein eigenes Gruppengefühl und Gruppenbewusstsein (7) möglich wird, aufgrund dessen im Verein mit Identitätsattributionen aus dem sozialen Umfeld (8) eine Gruppenidentität (9) aufgebaut werden kann [...], sofern nicht diese Prozesse durch Gruppenkonflikte (10), die Reinszenierung individueller Pathologien (11) und durch Akkumulation solcher Einflüsse zu Phänomenen gruppaler Pathologie (12) gestört wird (ebd., 200).

In einer Patientengruppe muss mit den zuletzt genannten Aspekten verstärkt gerechnet werden. Insgesamt wird Gruppentherapie im Rahmen Integrativer Therapie aber wegen ihrer positiven Einflüsse sehr gern eingesetzt. Die Gruppentherapie vermittelt einem Patienten/einer Patientin erstens das Gefühl, mit den eigenen Problemen nicht allein zu sein, und regt zweitens die Bewältigung dieser Probleme an:

Ziel innerhalb des Kontextes der Gruppentherapie ist es, der Patientin Mitgefühl, Verständnis und Solidarität zu vermitteln und ihr Anregungen und Modelle zum Verständnis und zur Verarbeitung ihrer Symptomatik bereitzustellen (Willke 2007, 170).

Die Analyse gruppenspezifischer Verläufe gehört nach Orth und Petzold (1995, 199) zu jeder Gruppenarbeit dazu. Eine solche Gruppenprozessanalyse muss nicht immer den Gesamtverlauf einer Gruppentherapie untersuchen; oft genügt auch die Betrachtung einer einzelnen Sitzung oder Sitzungssequenz. Die Gruppenprozessanalyse ist dabei als „heuristisches Raster“ (ebd., 201) zu verstehen, das im Wesentlichen 14 Fragenkomplexe im Sinne von Perspektiven umfasst, die jeder Gruppentherapeut während der Arbeit im Hinterkopf behalten

sollte. Der Kürze halber wird das Raster der 14 Perspektiven hier nur anhand seiner Oberbegriffe vorgestellt (vgl. ebd., 205–209):

- Gruppenstabilität/-identität,
- Kontinuität,
- kommunikative Kompetenz/Performanz,
- Themen(entwicklung),
- Gruppenklima,
- Werte/Normen,
- Positionen/Rollen(konflikt),
- Kontext,
- Übertragungsdynamik/empathische Resonanz,
- psychopathologische Phänomene,
- Ressourcen/Problem(löseverhalten)/Potenziale/Ziele,
- Rahmenbedingungen,
- Methoden/Medien/Modalitäten/Techniken und
- Metaebene: Prinzipien/Grundannahmen.

5.3 Hypothesen

In Anbindung an die theoretischen Ausführungen zur Integrativen Therapie bzw. Tanztherapie werden für das AURORA-Programm folgende Hypothesen aufgestellt:

Hypothese 1: Intermediale Transformation, d. h. das integrierte (konnektivierte) Angebot von Tanz- und Mal-/Gestaltungstherapie, sorgt

a) für eine erweiterte, positive Körperwahrnehmung der Patientinnen (perzeptiver Leib) und

b) für ein erweitertes Ausdrucksvermögen der Patientinnen (expressiver Leib).

Beides entspricht einer Erlebnisaktivierung als 3. Weg der Heilung. Wie in Kapitel 3 dargestellt, spricht die Integrative Tanztherapie im Allgemeinen auch die memorative und reflexive Leibebene an, jedoch ist der Kontext des AURORA-Programms so angelegt, dass diesbezüglich eher mit spontanen Erinnerungen oder Einsichten zu rechnen ist. Als fortlaufendes Gruppenangebot mit wechselnden Teilnehmerinnen kann AURORA keine intensive und individuelle Begleitung über einen längeren Zeitraum ermöglichen. Das Programm ist im Gegenteil dazu angelegt, die Teilnehmerinnen im Hier und Jetzt zu verankern und dort als Gruppe positive Erfahrungen zu machen, die ihnen neue Kraft geben. Dieser Gegenwartsbezug würde durch die verstärkte Anregung zum Nachdenken und Reflektieren verlorengehen. Für eine biografische Aufarbeitung, wie sie für die Bewusstwerdung auf reflexiver Ebene typisch ist, sind darüber hinaus andere tanztherapeutische Angebote angezeigt als bei AURORA, z. B. eher Gestaltung als Improvisation (vgl. Kapitel 3). Das erlebnis- und übungszentrierte Programm setzt dafür verstärkt auf den basalen Leibebenen an, um ein gutes Körpergefühl, Erdung, Urvertrauen, Kontaktfähigkeit etc. zu vermitteln, weil diese Grundlagenarbeit erst die Voraussetzungen für (spätere) Selbsterkenntnis schafft. Aus diesen Gründen werden in dieser Studie keine Hypothesen über die Wirkung von AURORA auf den memorativen und reflexiven Leib bzw. zum 1. Weg der Heilung (Bewusstwerdung) aufgestellt, obwohl natürlich spontane Momente der Erkenntnis möglich sind, begrüßt und für diese Studie dokumentiert werden.

Hypothese 2: Das erweiterte Beziehungsangebot durch Gruppensitzungen mit zwei Therapeutinnen fördert die positive Beziehungserfahrung und unterstützt die Nachsozialisation (*als 2. Weg der Heilung*).

Hypothese 3: Die reine Frauengruppe schafft als gendergerechte Therapie einen schützenden und stützenden Kontext, der von den Teilnehmerinnen ausdrücklich positiv erlebt wird (*Solidaritätserfahrung als 4. Weg der Heilung*).

5.4 Stichprobe

An der Studie nahmen 10 Frauen teil, die sich an wenigstens zwei AURORA-Gruppensitzungen beteiligt hatten und sich für eine Befragung zur Verfügung

stellten. Sechs der zehn Patientinnen waren zum Zeitpunkt des Gespräches zur Behandlung in einem Krankenhaus, vier kamen nach ihrem Aufenthalt in einem Krankenhaus zur ambulanten Behandlung und wurden zu diesem Zeitpunkt befragt. Die zur Behandlung führenden Problematiken sind von den Patientinnen selbst definiert und beinhalten:

- Beziehungsprobleme (als Paar oder in der Familie, Trennungen),
- Depression,
- Traumata in der Kindheit/Jugend,
- finanzielle Schwierigkeiten häufig in Verbindung mit einer Invalidenversicherung,
- allgemeine Überlastung,
- Essstörung und
- selbstzerstörerisches Verhalten/Suizidversuch.

Die Frauen waren zwischen 21 und 55 Jahren alt (Altersdurchschnitt: 37 Jahre). Sieben der zehn Frauen hatten Kinder zu versorgen. Zwei lebten allein, die anderen acht lebten zusammen mit ihrer Familie (Kinder und/oder Partner). Sechs befanden sich derzeit in einer Liebesbeziehung. Drei Frauen waren deutsche Muttersprachlerinnen.

6 Ergebnisse

Die gesammelten Interviewantworten der befragten Patientinnen lassen sich nach der inhaltlichen Auswertung in vier Themenblöcke zusammenfassen: Erwartungen, Gruppenerfahrungen, therapeutische Erfahrungen sowie Nutzen/Schwierigkeiten. Die Ergebnisse zu diesen vier Bereichen werden im Folgenden vorgestellt.

1. Thema: Die Erwartungen der Patientinnen bezüglich AURORA als einer Frauen vorbehaltenen Gruppe, die sowohl die Integrative Tanztherapie als auch die kunsttherapeutische Fachrichtung der Mal- und Gestaltungstherapie einschliesst:

Auf die Frage nach ihren Erwartungen und Hoffnungen bezüglich der Teilnahme an der Gruppe vor deren Beginn sprachen vier Frauen von „**Entdeckung**“: Entdeckung des eigenen Körpers, des Geistes, der Empfindungen und des Selbst. Daneben schien „sich überraschen zu lassen“ etwas Wichtiges für die Frauen zu sein.

Vier Frauen hoben ebenfalls die Erwartung hervor, sich mit ihrem „Körper“ intensiv zu befassen, um „einen Bezug zu ihrem Körper herzustellen“ und besonders an der „**Akzeptanz ihres weiblichen Körpers**“ zu arbeiten. Vier Frauen erwähnten außerdem Erwartungen in Bezug auf **Wohlfühlen**, Entspannung und die Möglichkeit, sich Zeit für sich selbst zu nehmen. Zwei Frauen unterstrichen bei ihren Erwartungen vor allem die **Bedeutung des Austausches und Kontaktes** mit den anderen Patientinnen, sei es „über Blicke, Gesten oder das Wort.“

Darüber hinaus erwähnten zwei Frauen die Wichtigkeit, dass die Gruppe **ausschliesslich für Frauen** bestimmt sei, was ein „tieferes Vertrauen und besseres Verständnis“ ermögliche. Drei Frauen sprachen von dem „Bedürfnis“, sich selbst zu helfen und auf andere Gedanken zu kommen. Eine Frau nannte spezifischere Bedürfnisse: „Aus sich herauskommen, eine Art Schutzschild finden, Abstand von Beziehungen zu anderen zu nehmen.“ Drei der Frauen berichteten ausserdem, dass ihnen eine **vorherige Bekanntschaft mit einer der Therapeutinnen** die Zuversicht gab, sich in die Gruppe einzubringen.

Eine einzige Person erwähnte ängstliche Vorahnungen, vielleicht auf Grund der wenigen, zum Zeitpunkt der Einschreibung gegebenen inhaltlichen Details bezüglich der Gruppentherapie. Diese Frau war sich nicht sicher, die Gruppenstunde zu schaffen, wurde jedoch bald von einer Therapeutin beruhigt.

2. Thema: Gruppenerfahrung (körperlicher Kontakt zwischen den Teilnehmerinnen, Ausdruck durch Tanz, Bewegung, Gestaltung und Gespräch):

Alle Frauen berichteten von äusserst positiven Erfahrungen innerhalb der Gruppe. Das **Vertrauensverhältnis** zwischen den Teilnehmerinnen wurde von vier Frauen erwähnt, als sie zu ihrem ersten spontanen Eindruck befragt wurden:

- „In der Gruppe sprechen wir so miteinander, als würden wir uns bereits kennen. Es ist wichtig über das zu sprechen, was man erlebt.“
- „Es hat mir sehr gefallen, ausschliesslich unter Frauen zu sein. Ich habe bemerkt, dass alle ihre eigenen, mehr oder weniger schlimmen Probleme haben.“
- „Ich fühle mich sicher innerhalb der Gruppe. So als wäre ich in einem Kokon. Ich kann einfach nur ich selbst sein und dadurch spontan.“
- „Vertrauen wie auch Verständnis ermöglichen mir, mich zu entspannen, mich selbst besser kennenzulernen und vor allem mich auszudrücken.“

Die Gruppe wurde ebenfalls als Gelegenheit wahrgenommen, „**einen guten Moment**“ zu verbringen, etwas, das für viele Patientinnen nichts Selbstverständliches war. AURORA sei nach ihren Angaben „ein Moment, der im Nu vergeht“, in dem es „viel Entspannung und Austausch zwischen Therapeutinnen und Patientinnen [...], viele Emotionen und Freude“ gab. „Es ist ein Moment der Erholung“, der „helfend, abreagierend, beruhigend, aufwertend“ wirkte.

Die Dimension des **Teilens** wurde ebenfalls angesprochen: „Es gibt viel Austausch, zwischenmenschlichen Kontakt, und die Tatsache, nur unter Frauen zu sein, lässt mich einen starken Zusammenhalt empfinden. Es gibt keinerlei Konkurrenz, dafür aber viel Respekt: Wir wollen alle etwas erreichen, aber nur mit Respekt.“

Den aussergewöhnlichen Umstand, dass die Gruppe ausschliesslich aus Frauen bestand, empfanden alle Befragten als sehr positiv, und zwar aus diesen Gründen:

- Vier Frauen sprachen über Probleme mit Männern und die Sicherheit, die sie empfanden, wenn sie nur von Frauen umgeben waren: „Ich freue mich darüber, weil ich schlechte Begegnungen mit Männern hatte. Frauen gegenüber kann ich offener sein und dafür ist das perfekt.“
- Eine Person beschrieb die Abwesenheit des „Druckes durch anwesende Männlichkeit“ als „Geborgenheit und Beruhigung“, da sie in der Vergangenheit viele Konflikte mit Männern gehabt habe.
- Für einige stellt die reine Frauengruppe zwar einen gewissen Vorteil, allerdings nicht das Wesentliche dar. Nach ihren Angaben würde es sie grundsätzlich nicht stören, Männer dabei zu haben, dies sei vielmehr eine Frage des Einzelfalls, um welchen Mann es sich handele. Dies sei eine Vertrauensfrage. Eine Patientin hätte es gut gefunden, ein solches Angebot ebenfalls für Männer einzurichten.
- Erwähnt wurden außerdem **Vertrauen** und **Respekt** für das Leid der Anderen. Solidarität entstand, da „alles leidende Frauen“ waren.
- Darüber hinaus gab es „ein Gefühl der Zugehörigkeit, welches es mir ermöglicht, mich als Frau zu identifizieren“.

Auf die Frage nach den Erfahrungen mit körperlicher Berührung während der Gruppentherapie antworteten sieben Frauen, dass es eine positive Erfahrung gewesen sei (unabhängig von der Überwindungsangst), vier sprachen von gewissen Vorbehalten. Die durch Berührung entstandenen Schwierigkeiten rührten vor allem von der Notwendigkeit her, sich kennen zu wollen, bevor man sich körperlich näherte. Diese Erfahrung zu machen, war tatsächlich für einige nur dank der anderen anwesenden Personen möglich: („Die Therapeutinnen sind feinfühlig Personen, welche uns nicht „überwachen“/„Jede gibt, was sie geben kann“). Die Erfahrungen wurden auch unterschiedlich aufgenommen, je nachdem, welche Körperteile einbezogen wurden: Hände und Füsse waren einfa-

cher, wenn es sich jedoch um ein weniger peripheres Körperteil – wie etwa den Rücken – handelte, so wurde von der Angst gesprochen, dem anderen unangenehm zu sein oder ihm wehzutun.

Drei Frauen empfanden diese Körperkontakte jedoch insgesamt als angenehm und wohltuend. Andere sahen darin einen persönlichen Nutzen: „Es verleiht uns Wichtigkeit, da wir unsere Energie dafür geben“. Dies war zumindest für manche nur im Rahmen einer Frauengruppe erreichbar: „Zurzeit könnte ich mich einem Mann nicht auf diese Weise nähern. Es gleicht den Mangel an Körperkontakt aus, den ich im Augenblick fühle. Das tut gut, da es von jemand anderem kommt als den Kindern, bei welchen es einfach nicht das Gleiche ist [...] Es ist ein Bedürfnis und keine Anstrengung“. Die Anwesenheit der Mitpatientinnen wurde außerdem als hilfreich für den eigenen Umgang mit dem Körper erlebt: „Es ist sehr hilfreich, so etwas zu tun [...], da es mich dabei unterstützt, mehr Vertrauen in meinen Körper zu haben, und vor allem ist es gut, auch andere Frauen zu sehen, welche sehr weiblich gebaut sind“.

Diese Aussagen bestätigen insgesamt Hypothese 3, d. h., die reine Frauengruppe erzeugt einen vertrauensvollen, schützenden und stützenden Kontext, der vielfach erst (körperlichen) Kontakt, Begegnung und Berührung möglich macht, sodass der 4. Weg der Heilung (Solidaritätserfahrung) beschritten werden kann. Die Auffassungen der Patientinnen bestätigen damit, dass eine gendergerechte Therapie einen wertvollen Beitrag zur individuellen Genesung darstellt.

3. Thema: *Therapeutische Erfahrung* (zwei Therapeutinnen, Kombination zweier Methoden, Beziehung zu den anderen Teilnehmerinnen):

Die Tatsache, dass zwei Therapeutinnen die Gruppenstunden leiteten, wurde als grosse Bereicherung empfunden. „Sie spiegeln die Mischung von zwei verschiedenen Sichtweisen wider“. Ihre gegenseitige Ergänzung, unter anderem in den von ihnen ausgewählten Aktivitäten, wurde hervorgehoben. Die unterschiedlichen Einstellungen „helfen dabei, sich zu entwickeln“. Sie „ermöglichen es, die Dinge auf eine spontane und natürliche Weise, ohne Zwang, miteinander zu verbinden. Sie stärken unser Vertrauen, und somit können wir damit umgehen, jedwedes Thema zu behandeln. Es ist angenehm, die Harmonie zwischen den Therapeutinnen zu spüren. Es ist deren Heiterkeit, die das Klima des

Vertrauens ermöglicht.“ Zwei Therapeutinnen zu haben, gab den Teilnehmerinnen das „Gefühl des Geborgenseins“ und erweiterte durch die verschiedenen Zugänge den Horizont. „Es ist bereichernd zu sehen, wie das Thema von den zwei Leiterinnen angegangen wird, und immer die Sichtweisen der anderen dazu zu haben.“

Die Therapeutinnen und das Verhältnis zu ihnen wurden spontan mit folgenden Stichwörtern beschrieben: An erster Stelle stand mit 6 Nennungen das Stichwort „Vertrauen“. Es folgten mit je zwei Erwähnungen die Begriffe „offen“ und „Spontanität“. Darüber hinaus wurden genannt: „freundschaftlich“, „Sanftmut“, „Heiterkeit“, „grosszügig“, „aufmerksam“, „warmherzig“, „zuhören“, „Zurückhaltung und menschliche Wärme in Kombination“, „Humor“, „Einfühlsamkeit“, „Verständnis ohne viele Worte“, „Selbstverständlichkeit“, „sehr motivierend“, „Einverständnis“, „sehr konstruktiv“, „Feeling“ und „nett“.

Diese Angaben bestätigen Hypothese 2, nach der das erweiterte Beziehungsangebot von zwei Therapeutinnen positiv erlebt wird, Beziehungserfahrungen fördert und durch Nachsozialisation den 2. Weg der Heilung beschreitet. Dies gilt umso mehr, da das vertrauensvolle Gruppenklima, das im Zusammenhang mit der Auswertung zur 3. Hypothese beschrieben wurde, nicht allein auf die reine Frauengruppe zurückzuführen ist, sondern auch auf die therapeutische Leitung der Gruppe. Beide Aspekte lassen sich nicht völlig trennen und tragen offenbar gemeinsam zum positiven Gruppenerleben der Teilnehmerinnen bei.

Als die Patientinnen nach ihrer Einschätzung zu der Kombination zweier Methoden befragt wurden, war die Rückmeldung fast einstimmig positiv. Lediglich eine Teilnehmerin erwähnte zunächst nur den Zeitgewinn für die Personen, die lediglich ambulant an der Gruppe teilnehmen (1,5 Stunden statt zweimal 1 Stunde zu verschiedenen Zeitpunkten). Die Gründe, warum die Kombination der Methoden geschätzt wurde, waren folgende:

- **Vielfalt.** „Die Gruppe enthält alles: Malen, Bewegung, Kreativität, Kunst, Berührung, man bewegt sich, man tanzt“/„Gerüche, Berührung, Massagen, Arbeit mit den Händen“/„Es ist abwechslungsreich, und deswegen ist es für jeden etwas, und alle sind zufrieden“.

- **Förderung der Kontakte:** „Es gibt mehr Kontakte und Austausch in dieser kombinierten Gruppe als in der Kunsttherapie-Gruppe“/„Zu Beginn kennt man die anderen nicht, und dies ist ein wenig erschreckend, aber neue Aspekte des Selbst werden in einer guten Atmosphäre und mit Spass entdeckt, was einen vorantreibt. Hier spricht man wenigstens nicht nur, sondern es gibt andere Mittel, um sich auszudrücken“.
- **Ergänzung der zwei Methoden:** „Es ist für mich komplementär, weil ich sehr kreativ und berührungsfreudig bin, es ist also eine Einheit: Bewegung, loslassen und erschaffen“/„Es bringt eine ganzheitliche Sicht, eine Aufgeschlossenheit. Kunst und Bewegung sind natürlich miteinander verknüpft, Kunst wird Bewegung und Bewegung wird Kunst“/„Die Tatsache, dass es zwei Teile gibt, ist äusserst wichtig; es gibt eine sensorische Seite, mit dem Körper im Mittelpunkt, sowie eine andere, ausdrucksorientierte Seite, welche durch das Malen empfunden wird. Das ist der Kernpunkt der Gruppe“/„Ich habe das Bedürfnis nach diesem Wechsel, denn er aktiviert das Rationale sowie das Kreative“/„Es ist eine gute Mischung, es hilft dabei, die Kreativität zu entwickeln. Es ist eine Therapie, welche alles mit einbezieht“/„Mit AURORA berührst du wirklich das Thema, du erlebst es konkret. Es gibt Momente von Wohlgefühl und andere angenehme Empfindungen. Als ich meinen Fuss in den Ton eingetreten habe, um einen Abdruck zu machen, musste ich ihn völlig eintauchen, und ich habe ein Gefühl von Schutz gehabt. Mit dem Sprechen über Gefühle und dem Bewusstwerden der Empfindungen entstehen Verbindungen zwischen den verschiedenen Sitzungen“.
- **Effekte (Konzentration auf den aktuellen Moment vs. Reflexion):** „Ich würde sagen, dass individuelle Kunsttherapie mich zum Nachdenken bringt, während ich durch AURORA den Kopf frei bekomme, da ich mich mehr auf den Moment konzentrieren muss“.

Die Methodenkombination, d. h. die intermediale Transformation, wurde also positiv wahrgenommen. Die Aussagen der Patientinnen (inklusive der bereits im Zusammenhang mit den Hypothese 2 und 3 genannten Patientinnenantworten)

bestätigten die Hypothesen 1a und 1b. Die Teilnehmerinnen berichten erstens von angenehmen und neuen Körpererfahrungen und generellem Wohlbefinden (perzeptiver Leib) sowie zweitens von neuen Ausdrucksmöglichkeiten (expressiver Leib). Demnach aktiviert AURORA erwartungsgemäß den 3. Weg der Heilung (Erlebnisaktivierung).

Thema 4 Nutzen und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit AURORA:

Die Teilnehmerinnen wurden zunächst nach eventuellen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den gruppentherapeutischen AURORA-Sitzungen befragt. In den Antworten wurden folgende Aspekte genannt:

- ***sich selbst innerhalb einer Gruppe zu finden*** (eine Patientin): „Es ist schwierig, ich zu sein, in dem Moment, wo sich jemand vor mir bewegt, mache ich die Bewegung nach und frage mich, weshalb.“
- ***Angst, den Erwartungen nicht zu genügen*** (eine Patientin): „Manchmal hatte ich Furcht, weil ich eine Idee hatte und diese nicht umsetzen konnte ... Aber mit Brigitte gibt es immer eine Lösung, z. B. einfach eine eckige anstatt eine runde Form zu machen.“
- ***in die Gruppe kommen, wenn man sich schlecht fühlt***. „Wenn ich mich nicht gut fühle, ist es schwierig, in die Gruppe zu gehen, aber wenn ich dort bin, wird mir dadurch, dass wir zu Anfang unser Befinden beschreiben, von dem die anderen dann wissen, einiges an Last abgenommen, und mir geht es besser danach“ und „Selbst wenn es vielleicht schwierig ist hinzugehen, so weiss ich doch, dass es mir dort gutgehen wird, da ich an etwas teilnehme, ohne dass man etwas von mir erwartet.“
- ***Mit der Gesamtsituation verbundene Schwierigkeiten, die ausserhalb der Gruppe begründet waren***: „Meine Schwierigkeiten kommen vielmehr von der Situation als durch die Gruppe. Im Moment empfinde ich viel Wut, das treibt mich voran. AURORA beruhigt mich, sodass die Traurigkeit hervorbricht. Ich bin wie in Trauer, was Teil des Prozesses ist, und so hilft mir AURORA, die Traurigkeit zu akzeptieren, aber das ist schwierig.“

- **Konfrontation mit dem Leiden der anderen Patientinnen:** „Ich kann das Leiden der anderen Frauen spüren, aber dies ist im Alltag viel schwieriger; hier in der Gruppe ist es geleitet. Ich schätze also den Austausch durch die Berührung und die Beziehung, allerdings nicht in Bezug auf das Erlebte und Probleme, weil wir für unser Wohlergehen hier sind.“

Die Teilnehmerinnen berichteten also insgesamt zwar von Schwierigkeiten mit der Gruppe, die aber eher mit ihrer eigenen Störungsproblematik als mit der Gruppe zu tun hatten. Die genannten Risiken der Exposition oder Konfrontation mit dem Leiden anderer sind nicht spezifisch für AURORA, sondern bei jedem gruppentherapeutischen Angebot gegeben.

In der AURORA-Gruppe wurde der Ausdruck nicht allein durch Kunst und Bewegung gefördert, sondern auch durch das Gespräch, da die Teilnehmerinnen ermuntert wurden, ihre Empfindungen während der Sitzung in Worte zu fassen. Obwohl die Teilnehmerinnen diesen verbalen Ausdruck als wichtig ansahen, war auch er für die meisten Teilnehmerinnen mit Schwierigkeiten verbunden. Tatsächlich sprachen nur zwei der Teilnehmerinnen davon, dass es für sie einfach oder grundlegend notwendig sei, sich verbal auszutauschen („Ich brauche dieses Teilen, ich empfinde eine Notwendigkeit des Austausches. Ich brauche es, sowohl zu sprechen, als auch den anderen sprechen zu hören.“/„Es ist nicht schwierig, man muss die Dinge in einigen Worten so aussprechen, wie sie sind. Es hilft dabei, einen Schritt nach vorne zu wagen, wenn wir es schaffen, unsere Gefühle in einige Schlüsselworte zu fassen.“).

Drei Patientinnen betonten ihre Schwierigkeiten beim verbalen Ausdruck von Gefühlen, aber auch, dass sie diesen erlernten („Der Rahmen hilft, da wir unter Frauen sind“). Zwei Personen sprachen davon, dass es bei der zweiten Sitzung schon leichter sei. Die mit der Versprachlichung in Verbindung stehenden Probleme waren:

- Sprachlicher Ausdruck als etwas Neues, das man erst lernen musste. Im vertrauten Rahmen der Gruppe tat er aber gut.

- Über Geschehenes zu sprechen, war etwas ganz anderes als über Gefühle, denn Emotionen hervorzurufen, konnte negative Emotionen auslösen.
- Gefühle auszusprechen, wurde insbesondere bei Schüchternheit als bedrohlich erlebt („Ich hatte Angst davor, falsch interpretiert oder beurteilt zu werden“).
- Etwas in Worte zu fassen, bedeutete, „die Wahrheit in mir selbst zu suchen“ und sich über das Gesagte bewusst zu werden.
- Sprechen im Zustand der körperlich-geistigen Müdigkeit wurde teilweise als Anstrengung erlebt („Sprechen ermüdet mich immer noch, für mich ist es schwierig“).

Dennoch erklären alle (ausser einer Teilnehmerin), dass es ungeachtet der Schwierigkeiten wichtig sei, sich verbal auszudrücken, da die Dinge raus müssten und es „letztendlich einfach gut tut“. Die genannten Aspekte zeigen neben der Schwierigkeit aber auch ihr Potenzial, durch Ansprache des memorativen bzw. reflexiven Leibes den 1. Weg der Heilung zu beschreiten und zu persönlicher Selbsterkenntnis zu gelangen. Das Verbalisieren regt das Nachdenken, d. h. die Reflexion, an, sodass sich durch die eingebauten Gesprächsrunden in AURORA eine gute Ergänzung zu den körper- und kunsttherapeutischen Übungen ergibt. Die Antworten zum wahrgenommenen Nutzen von AURORA bestätigten dies zusätzlich. Die Teilnehmerinnen nannten die nachfolgenden hilfreichen Punkte und Effekte des Programms:

- ***Befriedigung, sich erfolgreich in eine Gruppe zu integrieren.***
- ***Erleichterung im Austausch:*** „Das Beste ist der Austausch, sei es durch die Berührung, das Gespräch oder die Bewegung. Bewegung erleichtert den Austausch und bringt eine gewisse Leichtigkeit, welche durch ein Gespräch nicht ermöglicht wird“/„Das Beste ist das Einverständnis zwischen allen Teilnehmerinnen. Die Diskretion untereinander und vor allem, sich selbst zu entdecken sowie sich mittels ganz einfacher Übungen auszudrücken“/„Das Zugehörigkeitsgefühl aufgrund der Gruppenaktivität. Mich behaupten, austauschen, Leute kennenzulernen und denen, welche ich davor nicht kannte, auch vertrauen zu können.“

- **Solidarität:** „Ich bemerkte, dass viele andere Probleme haben. Es gibt eine grosse Solidarität zwischen uns. Ich habe den Eindruck, dass sich jede um jede kümmert“/„Ich hatte zwei oder drei Mal den Eindruck, mein Gegenüber habe die gleichen Gefühle wie ich ... das ist merkwürdig“.
- **Effekte des Wohlbefindens und der körperlichen Empfindungen:** „Heute spüre ich das Nachlassen einer schmerzhaften Verkrampfung hinter meiner linken Schulter. Ich fühle mich entspannt und ausgeglichener. Ich tue mir etwas Gutes, ich bin froh, dort hinzugehen, das ist Zeit für mich.“/„Das bringt mir sehr viel. Die gegenseitige Massage, die Momente, in denen wir uns gehen lassen, gefallen mir sehr, das sind Methoden, die gut dabei helfen loszulassen. Das erinnert mich an Momente, wenn ich zuhause singe“/„Das Teilen, das Berühren und die physischen Empfindungen tun gut; ich fühle, dass man sich um mich kümmert, und ich kümmere mich um die anderen, es tut gut zu geben und zu bekommen. Es gibt auch sehr gut ausgewählte Übungen“/„Ich fühle mich beweglicher, offener, ich fühle eine Befreiung ... ich spüre das Leben und Wellen der Liebe ... ich habe das noch nie gespürt, ich bin mitten in einem Lernprozess.“ Die quantitative Auswertung (siehe unten) ergänzte diesen Eindruck.
- **Aus schmerzlichen Emotionen eine positive Erfahrung machen:** „Ich empfinde eine Beruhigung, da die Wut zurückgeht. Ich fühle mich traurig, aber ausgeglichen“.
- **Entwicklung des Selbst in einem sicheren Kontext:** „Es hilft mir, präsent zu sein, mich selbst zu bestätigen. Es ist so eine Art Schutzglocke, das hilft mir, Grenzen zu setzen und meinen Abstand zu wahren“/„Zwei zentrale Dinge sind, etwas mehr Selbstvertrauen zu haben und die Bestätigung.“/„Es ermöglicht, das Schutzbedürfnis auszudrücken, die Schwächen, die wir haben, die Energie und die Fähigkeit, sich selbst auszudrücken. Verstanden und gehört zu werden, die Unterstützung zu spüren.“/„Wir können uns unseren Ideen überlassen, unsere Idee, nicht immer das, was man von uns erwartet wird. Es ist das Bild, das hier und jetzt auftaucht, das zählt, das präsent ist“/„Ich werde mir die Sitzung merken, in der es um Schutz ging, wie ich durch einen Blick meinen per-

sönlichen Raum wahre, aber vor allem durch die „Stopp“-Geste mit der Hand. Dadurch kann ich das Eindringen in meinen Raum limitieren“.

- **Bewusstwerden über sich selbst:** „Es ist eine Selbstentdeckung, es ist umfassend“/„Heute haben wir einen Baum gezeichnet, und ich habe die Wurzeln weggelassen“/„Ich bin mir über meine Füße bewusst geworden, und ich möchte in den folgenden Sitzungen zu diesem Thema weiterhin darauf achten; ich habe das Wohlbefinden meines Fusses in der Erde gespürt“/„Ich bin mir über meinen Körper und einige meiner Gefühle, vor allem meinem Freund gegenüber, klar geworden. In Bezug auf meinen Körper war es der sensorische Aspekt, der mir klar machte, dass ich auf mich achten möchte. Mir wurde es ermöglicht, mehr ich selbst zu sein und einen Willen zu haben, meinen Körper zu bewohnen, auch wenn ich ihn zu dünn finde, mich im Körper zu spüren“.
- **Bewusstsein im Moment:** „Die Therapeutinnen verstehen sich darauf, uns die Möglichkeit zu vermitteln, im Hier und Jetzt und insgesamt spontaner zu sein. Ich habe nicht bemerkt, wie die Zeit vergeht; der Rhythmus scheint langsam zu sein, aber er ist von der Gruppe vorgegeben, wir sind die Akteure dessen, was sich entwickelt, in Harmonie“.
- **Zweisprachigkeit der Therapeutinnen:** Es ist hervorzuheben, dass die Zweisprachigkeit der Therapeutinnen für die deutschsprachigen Teilnehmerinnen wichtig war, die sich auf Schweizerdeutsch und nicht auf Deutsch ausdrücken wollten.

Die Teilnehmerinnen ergänzten in den Interviews ausserdem Vorschläge zur weiteren Verbesserung von AURORA. Im Folgenden werden die Vorschläge genau so übernommen, wie sie vorgebracht wurden:

- „Mehr Bewegung und Tanz anbieten, welcher gut ist, um etwas lockerer zu werden“,
- „Mehr informieren, besser erklären, auf was die Gruppe beruht, ich wusste nicht wirklich, was mich erwartet.“ Diese Bemerkung geht Hand in Hand mit einer weiteren Überlegung, welche die Anwesenheit der zwei Therapeutinnen betraf, von denen sie nur eine kannte: „Anfangs hatte ich ein wenig Furcht, da ich nicht genau wusste, was sie [die andere Thera-

peutin] dort zu suchen hatte, ob es z. B. eine Psychologin ist, welche analysiert oder beobachtet, ob es Probleme gibt, welche es zu ergründen gilt, aber wenn man dann alles einmal verstanden hat, ist es besser“,

- „Verbessern der Kommunikation, z. B. wenn es Terminänderungen gibt“,
- „Die einzelnen Sitzungen verlängern“ (2 x),
- „Beitritt zur Gruppe ermöglichen, auch wenn man in der Tagesklinik ist“,
- „Eine Gruppe am Abend anbieten, da das sehr entspannt, was ideal für den Rest des Abends wäre“,
- „Es gibt nichts zu verbessern. Es ist ausschliesslich positiv, und es ist wichtig, die Möglichkeit für das Unerwartete zu erhalten, wie z. B. Musik abzuspielen, weil es die letzte Sitzung von zwei Teilnehmerinnen ist ... Es ist eine gesunde Improvisation, und es ist angenehm, dass nicht alles so festgelegt ist. Das hat geholfen, zu einem guten Ende zu kommen. Sie machen schon sehr viel, deshalb wünschen wir, dass es weitergeht!“

Um den Eindruck des Gruppenfeedbacks in den Interviews zu vervollständigen, werden folgende abschliessende Bemerkungen der Patientinnen hier 1:1 übernommen:

- „Es ist fabelhaft.“
- „Es ist wirklich eine wertvolle, reiche Gruppe, die mir viel gibt. Die Therapeutinnen sind sehr natürlich, das spürt man sehr deutlich, und das beruhigt mich.“
- „Ich hoffe, dass die Gruppe weiterhin bestehen bleibt. Diese Gruppe hat eine therapeutische Daseinsberechtigung. Das Erfahren von Vertrauen hilft dabei loszulassen, eine gute Stimmung voller Leichtigkeit zu empfinden. Es ist ein vertrauter Raum zwischen uns, obwohl wir uns nicht kennen! Das erlaubt, dass man nicht sprechen muss, wenn man gerade keine Lust darauf hat.“

- „Ich hoffe wirklich, in dieser Gruppe weitermachen zu können, sie ist einfach nur wohltuend. Die Therapeutinnen sind ein super Team, welches dabei hilft voranzuschreiten, was sehr motivierend ist.“
- „Vielen Dank an die Therapeutinnen. Ich habe mich wohl und integriert gefühlt.“
- „Möge es eine Gruppe ausschliesslich für Frauen bleiben! Behaltet die gleichen Therapeutinnen, denn sie ergänzen sich hervorragend.“

Im quantitativen Bereich des Interviews wurden die Patientinnen u. a. nach einer Note der allgemeinen Zufriedenheit mit AURORA (zwischen 0 und 10) gefragt. Dabei erreichte AURORA eine bewertete Zufriedenheit von 9,6 (1,1) Punkten. Besonders hervorzuheben ist darüber hinaus eine signifikante Verbesserung des physischen und psychischen Wohlbefindens nach einer AURORA-Sequenz. Vor der Sitzung betrug der Mittelwert über alle Teilnehmerinnen hinweg 5,1 (2,6) und stieg danach auf 8,3 (2,8). Das psychische Wohlbefinden nahm in ähnlicher Weise zu: Vorher betrug der Mittelwert 6,3 (2,1) und nach der AURORA-Sitzung 8,3 (1,1). Die Stichprobengröße ist zwar klein, und die Ergebnisse sind daher allein wenig aussagekräftig, doch in Verbindung mit der qualitativen Auswertung bekräftigen auch diese Daten die positiven Effekte von AURORA.

Ergänzend zu den Interviews wurde von den Therapeutinnen eine rudimentäre Gruppenprozessanalyse für einzelne Sitzungen durchgeführt. Eine offene psychiatrischen Gruppentherapie, wie sie AUROA umsetzt, wird allerdings durch den Umstand beeinträchtigt, dass im Laufe der Zeit immer wieder andere Patientinnen teilnehmen und die Arbeit grundsätzlich wenig kontinuierlich fortschreiten kann. In Hinblick auf eine Gruppenprozessanalyse bedeutet dies, dass manche der empfohlenen Perspektiven des heuristischen Rasters nicht angemessen sind (z. B. die Entwicklung einer Gruppenidentität mit eigenen Werten, Gruppenstabilität, feste Rollen, Metaebene etc.). Aufgrund dessen werden im Folgenden anhand dreier Sequenzen vor allem die inhaltlichen Abläufe in Verbindung mit Gruppenreaktionen dargelegt. Die folgenden 3 Sequenzen wurden als aufeinanderfolgende Sitzungen mit denselben 4 Patientinnen durchgeführt.

Sequenz 1:

Das Thema, das sich aus vorangegangenen tanz- und kunsttherapeutischen Gruppentherapien für die Teilnehmerinnen herauskristallisiert hatte, war *Stand und Beweglichkeit*. Konkret zielte die Sitzung auf eine Förderung der Körperwahrnehmung durch Fokussierung auf die Füße (Bodenkontakt/Wurzeln schlagen), auf Stabilität, (non-)verbalen Ausdruck und Kreativität. Inhaltlich ging es um den Baum. Folgende Methoden und Techniken kamen zum Einsatz:

a) *Vorstellungs- und Befindlichkeitsrunde:* In der Mitte des Kreises lagen Objekte aus der Natur. Jede Teilnehmerin wählte zu Beginn des verbalen Austausches ein Objekt aus, das sie ansprach. Die Teilnehmerinnen wurden dazu ermuntert, ihre Objekte zu ertasten, deren Phänomene wahrzunehmen (Farbe, Form, Gewicht, Oberfläche, Geruch etc.) und Erinnerungen, Bilder, Gedanken etc. kommen zu lassen. Der Reihe nach stellten sich die Frauen kurz vor und erzählen dann, warum sie ihr Objekt gewählt hatten, welchen Symbolcharakter es für sie besass und mit welchen Erinnerungen es verbunden war. Die Aussagen über das Objekt wurden meist mit Beschreibungen der eigenen Befindlichkeit verknüpft, oder es wurden Ressourcen angesprochen, z. B. Muschel, Meer, der letzte Urlaub, die Heimat, spazieren im Wald etc. Dieses erste Kennenlernen in der Vorstellungsrunde förderte die Vertrautheit und schuf einen Gruppenboden.

b) *Phantasiereise „Baum“:* Es folgte eine geleitete Phantasiereise zu einem Baum, die alle Sinne ansprach, um die Vorstellung zu intensivieren.

c) *Bildliche Darstellung des Baumes* mit Pastellkreide auf A-3-Papier als intermediale Transformation.

d) *Gesprächsrunde:* Die Teilnehmerinnen tauschten sich über die Erlebnisse während der Phantasiereise und des Zeichnens aus. Gemeinsam wurden die entstandenen Bäume betrachtet, um Eindrücke mitzuteilen. Die Teilnehmerinnen nahmen so an den Erfahrungen der anderen Anteil und verbalisierten die eigenen Erfahrungen.

e) *Identifikation mit dem Baum und dessen Verkörperung.* Die Aufgabe bestand darin, sich mit dem Baum zu identifizieren und ihn buchstäblich zu verkörpern. Nach der Zeichenübung bildete dies eine weitere intermediale Trans-

formation. Die Instruktion lautete: „Ich bin mein Baum (z. B. eine Trauerweide)“. Die weitere Anleitung besagte: „Nehmen sie Ihre Wurzeln, Ihre Rinde, Ihren Stamm, Ihre Krone, Ihre Äste und Blätter wahr. Lassen Sie sich von einem sanften Wind bewegen. Der Wind kann auch mal stärker werden und wieder abflauen.“ Mit tänzerischer Improvisation nahmen die Patientinnen auf diese Weise Kontakt zu ihren Bäumen auf.

f) Abschlussrunde: Beim Sharing wurden die Teilnehmerinnen befragt, wie es ihnen gerade ginge und was sie während der Improvisation erlebt hatten. Sie berichteten von einer Stabilisierung und erfuhren Halt, wenn sie die Position des Baumes eingenommen hatten. Die Erfahrungen von Bodenkontakt und Aufrichtung halfen ihnen, den eigenen Standpunkt einzunehmen.

2. Sequenz:

Die Themen der 2. Sequenz führten Stand und Beweglichkeit von der letzten Sequenz fort und ergänzten thematisch mit Wachstum, sich zeigen und gesehen werden. Die Ziele der Gruppensitzung bestanden in einer Förderung der Körperwahrnehmung über die Füße (Bodenkontakt/„Wurzeln schlagen“), des Ausdrucks (verbal und non-verbal) und der Kreativität. Inhaltlich ging es dieses Mal um den Baum und dessen Umgebung.

- **Befindlichkeitsrunde:** Die Reste vom letzten Mal wurden anhand der Baumbilder besprochen, die jede Teilnehmerin vor sich hatte.
- **Warm-up im Kreis:** Die Teilnehmerinnen reckten und streckten sich von den Füßen bis in die Fingerspitzen, um die Übertragung von den Wurzeln bis in die Äste und Blätter zu spüren. Sie sollten sich dabei fragen, was sie gerade brauchten und ihnen im Augenblick guttun würde. Dementsprechend folgten sie ihren körperlichen Impulsen und führten Bewegungen nach eigenem Ermessen aus.
- **Phantasiereise zum Baum und seiner Umgebung.** Die Teilnehmerinnen besuchten „ihren“ Baum und erlebten ihn und sein Umfeld als einen sicheren Platz und Kraftort.

- **Gesprächsrunde:** Jede Frau beschrieb den anderen Teilnehmerinnen den Ort, den sie sich für ihren Baum vorgestellt hatte. Es fand ein reger Austausch über die verschiedenen Bäume und ihre Plätze statt.
- **Tanzübung Identifikation:** Als intermediale Transformation folgte eine Körperübung, bei der sich die Teilnehmerinnen erneut mit ihrem Baum identifizieren und ihn zur Musik verkörpern sollten (Instruktionen siehe oben). Im Unterschied zum letzten Mal bewegten sich abwechselnd jeweils zwei Frauen, und die anderen beiden schauten zu.
- **Abschlussrunde:** Beim Sharing lag der Fokus auf der Fortführung der letzten Übung auf den Themen „sehen, gesehen werden und sich zeigen“. Die Teilnehmerinnen betonten, dass sie sich in der Gruppe wohl, akzeptiert und nicht bewertet fühlten („Ich kann mich hier so zeigen, wie ich bin, weil ich mich nicht bewertet fühle. Das ist angenehm. Ich fühle mich in der Gruppe wohl.“). Darüber hinaus sprachen sie eine Erweiterung ihrer Erlebniswelt an („Ich mache hier Erfahrungen, die ich noch nie gemacht habe“) und gaben einer Steigerung ihres Selbstvertrauens Ausdruck („Ich bin stolz auf mein Bild, weil ich ja eigentlich nicht zeichnen kann.“).

Sequenz 3:

Die dritte Sequenz drehte sich thematisch um Berühren und Berührt-Werden. Das Ziel für diese Sitzung bestand in der Körperwahrnehmung im Kontakt (perzeptiver Leib) sowie einer vertieften Wahrnehmung des eigenen Körperzentrums. Inhaltlich wurde weiter mit dem Baum gearbeitet.

a) Befindlichkeitsrunde. Die „Reste“ vom letzten Mal demonstrierten u. a., dass AURORA auch über die jeweilige Sitzung hinaus Wirkung zeigte: „Ich bin in der Nacht, als ich nicht schlafen konnte, in meinen Gedanken zu meinem Baum gegangen. Das hat mich beruhigt und mir Vertrauen gegeben.“

b) kombinierte Körper- und Imaginationsübung: Bei der Körperübung zu zweit lag eine Frau auf dem Rücken, die Beine und Arme ausgestreckt. Die andere Frau gab ihr an allen Extremitäten abwechselnd, auch am Kopf, leichten Zug und Druck, zum und vom Zentrum weg. Mit der anschließenden Vorstellungsübung wurde das Bild des Baumes noch einmal aufgenommen. Es wur-

den Baumparallelen für die Peripherie (Beine/Füße bzw. Arme/Hände analog zu Wurzeln bzw. Ästen/Blättern) und das Zentrum (Bauchnabel, entsprechend dem Übergang von der Baumkrone zum Stamm) hergestellt.

c) gegenseitiges *Fussbad und Partner-Fussmassage*

d) *Abschlussrunde:* Auch der Fokus des Sharings wurde explizit auf das Thema Berühren und Berührt-Werden konzentriert. Die Teilnehmerinnen gaben an, dass es „schön“ und „beruhigend“ sei, berührt zu werden. Sie hätten „eine Stunde des Wohlfühlens“ erlebt und ausserdem „etwas ganz Neues“ für sich entdeckt, das ihnen gefallen habe („Ich habe meine Partnerin sehr gerne massiert und berührt.“).

7 Diskussion

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, wie sehr die AURORA-Gruppe von ausnahmslos allen zehn der interviewten Frauen geschätzt wurde.

Dieses Gruppenangebot löste bestimmte Erwartungen aus: Selbstfindung, Entdecken des eigenen Körpers, Wohlbefinden, Austausch und Kontakt mit anderen Frauen. Eine gewisse Unklarheit wurde von den Therapeutinnen absichtlich aufrechterhalten, als sie den Frauen ihre Gruppe vorstellten, weshalb die Erwartungen nicht sehr konkret waren. Eine Person erzählte, dass diese Unklarheit sie ein wenig geängstigt habe, weil sie nicht sicher war, ob sie sich die Teilnahme zutraute. Eine andere Patientin sagte uns (ausserhalb des Interviews), wenn sie davor gewusst hätte, dass sie dort singen, tanzen und sich massieren lassen würde, wäre sie nicht hingegangen. Im Nachhinein schätzte sie aber gerade das immer aufs Neue Überrascht-Werden ausserordentlich. Dies wirft eventuell die Frage auf, welche Informationen im Vorhinein gegeben werden sollten. Sollte man für die zukünftige Patientin also nicht ebenso einen ersten Kontakt mit der zweiten, noch unbekanntem Therapeutin anbieten? Dies könnte die empfundene Ängstlichkeit einiger Frauen verringern. Allerdings scheint dies nicht der Fall für alle Patientinnen zu sein. Sollte man neben den zu erwartenden Vorteilen nicht auch die eventuellen Schwierigkeiten erwähnen, wie z. B. die Tatsache, dass man mit dem Leid der anderen konfrontiert wird? Das Ausmass der Informationen, die im Vorfeld gegeben werden müssen, sollte von der Therapeutin abgeschätzt werden, abhängig davon, ob die Patientin eher überrascht oder vergewissert werden möchte.

Alle Frauen, die bei unseren Interviews teilnahmen, sprachen von sehr positiven Erfahrungen während dieser Gruppentherapie. Die ersten spontan erzählten Erfahrungen waren die des Wohlbefindens. Sie sprachen von Entspannung, von Geborgensein („Kokon“), von Zwischenmenschlichkeit, von Wohlbefinden, von Respekt, von Vertrauen, von Wärme, von Schutz und von Entdeckung. Alle zeigten sich sehr zufrieden und machten den Eindruck, ein therapeutisches Angebot gefunden zu haben, das ihnen entsprach und etwas gab. Eine Teilnehmerin berichtete sogar von einem Gewinn an Selbstrespekt, was in der Kürze der Zeit bemerkenswert ist.

Der körperliche Kontakt wurde allen, trotz der Skepsis einiger Teilnehmerinnen, durch die Beschaffenheit der Gruppe (Setting) und das vorherrschende Vertrauensklima ermöglicht. Körperkontakt und zwischenmenschliche Wärme gehören zu den Grundbedürfnissen. Der beschützende Rahmen der Gruppe erlaubte ihnen eine positive Erfahrung damit. Einige Frauen sprachen von der Wiederentdeckung einiger Empfindungen und dem Wiederspüren von Teilen ihres Körpers. Andere sagten, sie hätten sich ihren Körper dadurch erst wieder angeeignet. Es wäre interessant zu sehen, in welchem Ausmass sich die Erlungenschaften der Gruppe auf andere Situationen ausserhalb übertragen lassen.

Für den Grossteil der Frauen war das Ausdrücken und In-Worte-Fassen des durch die leiblichen und künstlerischen Erfahrungen Empfundene etwas Wichtiges. Paradoxerweise war die Gruppe beliebt, weil sie im Gegensatz zu anderen Gruppen und psychotherapeutischen Behandlungen nicht auf der Verbalisierung beruhte; gleichzeitig wurden gerade die Verbalisierung und der Austausch von den Teilnehmerinnen als wertvoll empfunden. Dies wurde sicherlich auch durch den Umstand erleichtert, dass es in der AURORA-Gruppe darum ging, die eigenen körperlichen Empfindungen, Gefühle und Gedanken im Hier und Jetzt auszudrücken, wenngleich auf der Grundlage dessen, was individuell, aber auch in der Gruppe durchlebt worden war.

Die Teilnehmerinnen schätzten die Kombination und gegenseitige Ergänzung der beiden Methoden Gestaltung und Tanz/Bewegung sehr. Sie nahmen die intermediale Transformation als Bereicherung wahr. Die Teilnehmerinnen wiesen darüber hinaus auf die gute Ergänzung durch die beiden Therapeutinnen hin, sei es in Bezug auf ihre Sensibilität oder in Bezug auf die Techniken, die diese jeweils einbrachten.

Schlussendlich wurden auf der Beziehungsebene die Vertrauensbasis und der Austausch unter Frauen unterstrichen. Es war schwierig, diese zwei Aspekte voneinander zu trennen. Zum einen wurden die zwei Therapeutinnen sehr geschätzt, weil sie sich darauf verstanden, ein günstiges Klima für die Offenheit sowie einen therapeutischen Prozess zu schaffen. Zum anderen wurde dieser Prozess durch die Tatsache beeinflusst, dass die Gruppe ausschliesslich aus

Frauen bestand. Dies stellte für die einen eine Erleichterung und für die anderen sogar eine notwendige Voraussetzung dar, um sich zu öffnen. Das bedeutet, dass das Angebot einer rein weiblichen Gruppe gewürdigt wurde und deshalb aufrechterhalten werden sollte. Acht von zehn Frauen sagten, wie wichtig dies für sie war. Dieser Punkt kann gar nicht genug betont werden, weil der vertrauensvolle Zusammenhalt eines der zentralen Kriterien der Beschaffenheit einer Gruppe ist. Die von der Arbeit in einer Gruppe erwünschten Gefühle der Zugehörigkeit, Wärme und Unterstützung wurden bei den Teilnehmerinnen durch die Tatsache, unter Frauen zu sein, verstärkt. Das Gefühl der Zufriedenheit durch die Gruppe liess sich zusätzlich zum Zusammenhalt darauf zurückführen, dass sich die Mitglieder als solche identifizieren konnten und spürten, dass sie etwas einbringen konnten, um wieder etwas zu entnehmen (vgl. *Yalom, Leszcz 2005*). In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal auf die quantitativ ermittelte Note der allgemeinen Zufriedenheit ($\mu = 9,6/10$) verwiesen. Sie belegt, dass AURORA ein Erfolg ist und den Bedürfnissen der ausgewählten und befragten Teilnehmerinnen entspricht. Die Gruppe wurde als (1) die Bedürfnisse befriedigend und ihnen gerecht werdend, (2) wertvoll in Bezug auf die Beziehungen zu den anderen Teilnehmerinnen, (3) gewinnbringend in Bezug auf den Inhalt und die Aktivitäten, unabhängig vom verwendeten Medium, und (4) bereichernd in Bezug auf das Zugehörigkeitsgefühl speziell zu dieser Gruppe beschrieben.

All dies spricht dafür, dass diese Gruppe das Recht verdient, weiter zu existieren. Ein grosser Teil der von den Teilnehmerinnen als positiv wahrgenommenen Effekte ist nur durch die Erfahrung als Gruppe zu erzielen: Solidarität, Einfügen in eine Gruppe und Austausch. Die weiteren positiven Auswirkungen wie das steigende Selbstbewusstsein, das Bewusstwerden über den Moment und sich selbst, die eigenleiblichen Empfindungen wahrnehmen und ausdrücken, die emotionale Erfahrung und das Gefühl des Wohlbefindens wurden durch das Klima und den spezifischen Rahmen der Gruppe erleichtert.

Zusammengefasst zeigen diese Ausführungen, dass alle Hypothesen, die im Zusammenhang mit AURORA aufgestellt wurden, bestätigt wurden. Intermediale Transformation, d. h. das konnektivierte Angebot von Tanz- und Mal-/Gestaltungstherapie, sorgte erstens für eine erweiterte, positive Körperwahr-

nehmung der Patientinnen (perzeptiver Leib). Vor allem das mehrfach bekundete Wohlbefinden und das Wiederentdecken (bestimmter) körperlicher Empfindungen untermauern dies. Zweitens erweiterte die intermediale Transformation das Ausdrucksvermögen der Patientinnen (expressiver Leib). Hypothese 1 wurde damit voll bestätigt, sodass das erlebnis- und übungszentrierte Gruppenangebot AURORA über den 3. Weg der Heilung (Erlebnisaktivierung) hilfreich ist. Darüber hinaus gab es, wie erwähnt, zahlreiche Hinweise darauf, dass die Gesprächsrunden durch Verbalisierung und Sharing durchaus auch Bewusstwerdungs- und damit Selbsterkenntnisprozesse in Gang setzte, d. h. auch die memorative/reflexive Leibebebene anspricht und den 1. Weg der Heilung einleitet. In Kombination mit individualtherapeutischen Angeboten könnte diese Wirkung vermutlich verstärkt werden.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Beziehungserfahrung die zentrale Wirkvariable des AURORA-Programms darstellt. Dies gilt in zweierlei Hinsicht: Zum einen förderte das erweiterte Beziehungsangebot durch Gruppensitzungen mit zwei Therapeutinnen die positive Beziehungserfahrung durch Nachnahrung und Nachsozialisation (2. Weg der Heilung). Die verschiedenen persönlichen und methodischen Zugänge zweier Therapeutinnen wurden von den Teilnehmerinnen ausdrücklich positiv erlebt, sodass die 2. Hypothese ebenfalls bestätigt ist. Die positive Beziehungserfahrung wurde zum anderen aber nicht nur durch die therapeutische Beziehung, sondern auch durch die Beziehung der Teilnehmerinnen untereinander ermöglicht. Gemäss der 3. Hypothese schaffte die reine Frauengruppe im Sinne einer gendergerechten Therapie einen schützenden und stützenden Kontext, der von den Teilnehmerinnen ausdrücklich positiv erlebt wurde (Solidaritätserfahrung als 4. Weg der Heilung). Somit beschreitet AURORA alle Wege der Heilung im Sinne der Integrativen Therapie. In diesem Zusammenhang sollen abschließend einige Vorschläge der Therapeutinnen ergänzt werden, die die Wirkung von AURORA vertiefen könnten.

Identitätssicherheit entsteht, wenn man nicht alleine ist. Eine Frauengruppe hat also die Funktion, die eigene Identität durch eine Gemeinschaft zu stützen (vgl. *Orth* 2002, 12), sodass die Geschlechtshomogenität der Gruppe gerechtfertigt ist. Diesbezüglich scheint es so, als nähme jede Frau während der AURORA-Sitzungen „das, was kommt“, ohne sich zwangsläufig über die genauen Ziele

der Gruppe bewusst zu sein. Alle zogen ihren Nutzen daraus, aber es bleibt offen, inwieweit die Befragung die bewusste Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Prozess erst anregte. Es ist möglich, dass diese ein Bewusstwerden erst in Gang setzte und dadurch die Wahrnehmung der Erfahrungen mit der AURORA-Gruppe nachträglich modifizierte. Im Laufe der Gespräche liess sich ein grosses therapeutisches Potenzial in dieser Art von Gruppenarbeit ausmachen. Diese therapeutische Dimension könnte man eventuell verstärken, wenn man sie während der Gruppenarbeit regelmässig ins Bewusstsein rief. In einem ersten Schritt würdigten alle Frauen den Umstand, dass AURORA ermöglichte, den Moment und angenehme Empfindungen zu erleben. Es war zu beobachten, dass einige Frauen durch die Stimulation unserer Fragen in einen Prozess des Über-sich-selbst-Nachdenkens und Bewusstwerdens versetzt wurden, welcher von AURORA (und sicherlich auch durch weitere Komponenten der stationären bzw. ambulanten Behandlung im Krankenhaus) angestossen wurde. Dies legt nahe, dass AURORA nicht nur die perzeptive und expressive Leibebene anspricht, sondern durch die verbale Ebene auch die memorative und reflexive, sodass über das Therapieangebot bewusste Selbsterkenntnis (1. Weg der Heilung) möglich wird. Im Sinne der in dieser qualitativen Studie geführten Gespräche könnte es daher durchaus von Vorteil sein, z. B. nach der zweiten Sitzung eine individuelle Besprechung mit jeder Teilnehmerin zu vereinbaren, um die generellen Ziele der Gruppe zu diskutieren und sie dazu aufzufordern, sich ein persönliches Ziel zu stecken. Denn das Verbalisieren von positiven Empfindungen und Erfahrungen stellte nach den Erfahrungen dieser Studie einen weiteren Schritt auf dem Weg der Bewusstseinsarbeit dar.

Für weitere Forschungen würde sich dabei empfehlen, das Selbsterleben und das leibliche (körperliche, seelische, geistige) Wohlbefinden der Teilnehmerinnen systematisch vor und nach der Therapie zu quantifizieren. Da man schon in dieser Pilotstudie nach der Gruppe generell ein verbessertes Wohlbefinden feststellen konnte, wäre es interessant, dies den Teilnehmerinnen aufzeigen zu können, indem man sie dazu auffordert, ihren leiblichen Zustand symbolisch zu beschreiben (um im Sinne der Gruppe zu bleiben). Dies liesse sich umsetzen, indem die Teilnehmerinnen beispielsweise zu Beginn und zum Abschluss der Gruppe je ein Objekt auswählen, welches ihre Verfassung zu dem jeweiligen

Zeitpunkt widerspiegelt, um dann über die Veränderung, das Geschehene und das, was die Veränderung ermöglichte, zu sprechen.

Nach Auswertung der Interviews wurde den Therapeutinnen der Wert dieses Projektes für die Patientinnen und somit für die Institution erst richtig bewusst. Daraufhin wurden von therapeutischer Seite einige Ideen zusammengetragen, um die Wirksamkeit von AURORA zu intensivieren und auszuweiten:

- bessere Integration der Gruppe in das Pflegeangebot durch gezielte Information der Stationen (Vorstellen der Gruppe bei den Teamsitzungen, Auslegen von Flyern etc.),
- Präsentation der Studie im Rahmen der internen Fortbildung,
- Entwicklung eines praktischen Fortbildungsangebotes für Mitarbeiterinnen im Stil von AURORA,
- Integration der Gruppe in die „Santé au travail“ (Gesundheit am Arbeitsplatz). Da die befragten Frauen das Gefühl von Freude und Wohlbefinden erwähnten, könnte das Pflegepersonal eventuell in eine Gruppe mit dem Ziel der Burnout-Prävention integriert werden (z. B., indem man einmal monatlich „AURORA-Mittagspausen“ für das Personal anbietet).

Da wir zu Beginn des Projektes den impliziten Auftrag von unserem Vorgesetzten erhalten hatten, diese Gruppe in irgendeiner Form zu dokumentieren, um sie rechtfertigen zu können, waren wir glücklich und enthusiastisch über die Resultate.

Die Studie wurde von der neuen Direktion zur Kenntnis genommen. In einer Sitzung mit unserem direkten Vorgesetzten und der Klinikleitung wurden neue Rahmenbedingungen ausgearbeitet, damit AURORA weiterhin in der Institution existieren durfte:

- Die Zeit von 1,5 auf 1 Stunde reduzieren.
- Die Gruppe zweimal pro Woche anbieten.
- Mehr Patientinnen aufnehmen (8 anstatt maximal 6).
- Die Gruppe auch anbieten, wenn eine der Therapeutinnen abwesend ist.

Für uns Therapeutinnen war klar, dass wir unter diesen Bedingungen AURORA nicht weiterführen wollten. Diese rein wirtschaftliche Argumentation entsprach zwar der politischen Stossrichtung im Gesundheitswesen, war aber mit unseren Prinzipien einer kreativen, prozessorientierten therapeutischen Gruppenarbeit nicht vereinbar. Für die Arbeit mit kreativen Medien ist viel Zeit nötig. Wir haben in den letzten drei Jahren festgestellt, dass die Zeit immer zu knapp war und wir idealerweise sogar zwei Stunden bräuchten, um den Gruppenprozess stimmig abzurunden. Die Forderung, die Gruppe im Gegenteil zweimal pro Woche, dafür aber nur jeweils eine Stunde anzubieten, ergab für uns keinen Sinn. Wenn uns mehr Zeit pro Einheit gewährt worden wäre, hätten wir über die Erhöhung der Teilnehmerinnenanzahl verhandeln können. Was die Abwesenheitsregelung einer Therapeutin betraf, haben wir jeweils aufgrund des Gruppenprozesses entschieden, ob es stimmig war, dass eine Therapeutin allein mit der Gruppe weiterarbeitet – und dies auch nur unter der Bedingung, dass keine neue Frau dazukam.

Wir haben unsere Argumente und den daraus entstandenen Entscheid auf schriftlichem Weg unserem direkten Vorgesetzten und der Klinikleitung zukommen lassen. In einer abschliessenden Sitzung wurde klar, dass kein Konsens gefunden werden konnte, der es ermöglichte, die AURORA-Gruppe in ihrer ursprünglichen Form weiterzuführen.

Der Entstehungsprozess dieser Gruppe, die therapeutische Begleitung der Frauen, die Zusammenarbeit mit meiner Kollegin und schliesslich die Auseinandersetzung mit der Studie waren für mich die sinnstiftendsten, erfüllendsten und erkenntnisreichsten Momente in den sechs Jahren, die ich in der Klinik gearbeitet habe. Dafür bin ich sehr dankbar, obwohl die Auflösung der Gruppe für mich bis heute einen bitteren Nachgeschmack hinterlässt.

8 Zusammenfassung/Summary

Zusammenfassung: Qualitative Studie zu einer Therapiegruppe für Frauen, die 2 Fachrichtungen der Kunsttherapie verbindet – „Integrative Tanztherapie“ und „Kunsttherapie mit Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie“

Diese qualitative Studie befragte 10 psychiatrische Patientinnen, die an mindestens zwei Sitzungen einer Gruppentherapie für Frauen (AURORA) teilnahmen. AURORA verbindet die Integrative Tanztherapie und Kunsttherapie mit Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie und basiert auf Methoden der intermediären Transformation (*Willke 2007*), die neue Perspektiven durch den wiederholten Wechsel der Medien eröffnet. Die Ergebnisse zeigen, dass AURORA von allen Frauen positiv erlebt wurde. Die Hypothesen, dass eine reine Frauengruppe und die Begleitung durch zwei Therapeutinnen Voraussetzungen für das Öffnen, die Kontaktaufnahme und das Berührt-Werden der Patientinnen darstellen, wurden bestätigt. Darüber hinaus erweiterte die intermediäre Transformation erwartungsgemäß das Wahrnehmungs- und Ausdrucksvermögen auf der perzeptiven und expressiven Leibebene. Insgesamt deckt AURORA die vier Wege der Heilung nach *Petzold (1993)* ab: Bewusstseinsarbeit, Nachsozialisierung, Erlebnisaktivierung und Solidaritätserfahrung.

Schlüsselwörter: Integrative Tanztherapie, Integrative Therapie, Kunsttherapie, gendergerechte Therapie

Summary: Qualitative Research on group therapy for women, combining two fields of art therapy: dance therapy – („Integrative Tanztherapie“) and art therapy („Kunsttherapie mit der Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie“)

This qualitative study interviewed 10 psychiatric patients, who participated in at least two sessions of group therapy for women only (AURORA). This program combines dance therapy and art therapy, based on a method called „intermediale transformation“ (*Willke 2007*), meaning multiple changes between different mediums in order to find new perspectives. Results show that all women experienced AURORA positively. The hypotheses were confirmed that group therapy only for women and the presence of two female therapists are requirements for opening up, getting into contact and touch. Moreover, the intermediale transformation expanded the perceptions and expressions of the patients' bodies („perceptive bzw. expressive Leibebene“). Thus, AURORA covers “the four ways of healing” (*Petzold 1993*): self-awareness, additional socialization, activating experiences and solidarity.

Keywords: Integrative dance therapy, Integrative therapy, art therapy, gender sensitive therapy

9 Literaturverzeichnis

- Braunbarth, I.* (2009): Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bei Depression. In: Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (Hg.): *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer. 65–80.
- Flick, U.* (1996): *Qualitative Forschung*. Reinbek: Rowohlt.
- Hörmann, K.* (1993): *Tanztherapie. Beiträge zur Angewandten Tanzpsychologie*. Göttingen und Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- KSKV/CASAT* (o. J.): *Kunsttherapie. Ein alter Beruf – ein neues Profil*. Nieder-teuffen.
- Müller, L., Petzold, H. G.* (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie*, 3-4, 396–438.
- Müller, M., Petzold, H. G.* (2003): Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung – Modalitäten der Relationalität in der Supervision. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 08/2003 - <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-03-2007-josef-moser-hilarion-g-petzold.html> - Erweitert als Petzold, Müller 2005/2007.
- Orth, I.* (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit-Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung. Überlegungen für die Praxis. *Polyloge* 15, 1–25.
- Orth, I., Petzold, H. G.* (1991): Metamorphosen – Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie. In: Petzold, H. G., Orth, I. (Hg.): *Die neuen Kreativitätstherapien*. Band II. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag. 721–773.
- Orth, I., Petzold, H. G.* (1993): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In: Petzold, H. G., Sieper, J. (Hg.): *Integration und Kreation*. Bd. 1. Paderborn: Junfermann. 93–116.
- Orth, I., Petzold, H. G.* (1995): Gruppenprozessanalyse – ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197–212.
- Petzold, H. G.* (1977): Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik. In: Petzold, H. G., Brown, G., (Hg.): *Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung*. München: Pfeiffer. 101-123.
- Petzold, H. G.* (1991): Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie. In: Petzold, H. G., Orth, I. (Hg.): *Die neuen Kreativitätstherapien*. Band II. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag. 585–637.
- Petzold, H. G.* (1993): *Integrative Therapie*. Bd. I–III. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H. G. (1996):* Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 3., überarb. Aufl. Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1999):* Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG.
- Petzold, H. G. (2001):* „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. *Polyloge* 10/2001, 1–57.
- Petzold, H. G. (2009):* Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin 1 (Graz)*, 20–33.
- Petzold, H. G. (2010):* Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. In: Ostermann, D. (Hg.): *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 9–26.
- Petzold, H. G. (2012):* Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affiliaer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie 1*.
- Petzold, H. G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998):* Ziele in der Integrativen Therapie. In: Petzold, H. G. (Hg.): *Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung*. Bd. I + II. Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. 142–188.
- Petzold, H. G., Müller, M. (2005/2007):* Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie. 2–61.
- Petzold, H., Orth, I. (1991):* Körperbilder in der Integrativen Therapie, Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch 'Body Charts' als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. *Integrative Therapie* 1-2, 117-146.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2011):* „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (Hg.): *Genderkompetente Supervision*. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: VS Verlag. 195–299.
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2012a):* „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrati-

ven Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold, H. G. (2012): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer. 243–321.

Petzold, H. G., Sieper, J. (2012b): Gendergerechte Therapie. In: Schigl, B. (Hg.): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? Wiesbaden: VS Verlag. 11–17.

Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. *Polyloge* 02/2005, 2–71.

Sieper, J. (2010): „Transversale Integration“. Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie – Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *POLYLOGE* 14/2010, 64–151.

Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (2012): Grammatik der Körpersprache. Ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum Embodiment. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Waibel, M. J., Petzold, H. G., Orth, I., Jakob-Krieger, C. (2009): Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (Hg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. 1–20.

Willke, E., (1991): *Der verlorene Ausdruck – zur Tanztherapie mit neurotischen Klienten.* In: Hölter, G., Petzold, H. (Hg.): Tanztherapie Theorie und Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann Verlag. 375–412.

Willke, E. (2007): Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Hans Huber.

Yalom, I. D., Leszcz, D. (2005): Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5. Aufl. New York: Basic Books.

Anhang

A1 Leitfrageninterview

I. Persönliche Angaben:

- Alter
- Anzahl Kinder
- Beziehungssituation:
 - Single/ohne Beziehung
 - in einer Beziehung
 - Konkubinat
 - verheiratet oder geschieden
- Kultur
- Muttersprache
- Wie beschreiben Sie Ihr aktuelles Problem? Was bereitet Ihnen im Moment Schwierigkeiten in Ihrem Leben?
-

II. Stellungnahme zu den AURORA-Sitzungen:

Thema 1: Erfahrungen während der beiden Gruppentherapiesequenzen

1. Wie haben Sie die beiden Sequenzen erlebt?
2. Wie haben Sie es erlebt, in einer Frauengruppe zu sein? Können Sie Ihre Beziehung zu den anderen Frauen beschreiben?
3. Wie haben Sie die Anwesenheit von 2 Therapeutinnen erlebt? Können Sie die Beziehung beschreiben, welche Sie zu jeder der Therapeutinnen hatten? Welche kannten Sie besser vor den beiden Sequenzen?
 - Die Therapeutin, welche sie vorher besser gekannt haben,
 - Die Therapeutin, welche sie vorher nicht oder weniger gekannt haben.
4. Wie haben Sie die Kombination/Integration der beiden Methoden erlebt?

Thema 2: Allgemeine Zufriedenheit

5. Was hat Sie am meisten interessiert?
6. Was hat Sie am wenigsten interessiert?
7. Was waren für Sie in Bezug auf die körperlichen Empfindungen die angenehmsten Erfahrungen?

8. Was war für Sie schwierig oder unangenehm?

Thema 3: Zufriedenheit in Bezug auf spezifische Ziele

9. Wie haben Sie die Berührung der anderen empfunden?

10. Was hat es Ihnen gebracht, Ihren Gefühlen und Ihrem Erleben in der Gruppe einen sprachlichen Ausdruck zu verleihen?

Thema 4: Mechanismen (subjektiver Nutzen)

11. Warum hilft Ihnen die Gruppe (nicht)?

III. Quantitative Evaluation

Instruktion: *Antworten Sie spontan von 1 bis 10!*

Im « Hier und Jetzt » bleiben während der Sequenz war für mich:

Sehr schwierig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr einfach
-----------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---------------------

Die Beziehung zu den beiden Therapeutinnen ist für mich:

Unwichtig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr wichtig
------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---------------------

Sehr schwierig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr einfach
-----------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---------------------

Die Beziehung zu den anderen Frauen in der Gruppe ist für mich:

Unwichtig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr wichtig
------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---------------------

Sehr schwierig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr einfach
-----------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---------------------

In körperlichen Kontakt mit einer anderen Person zu gehen, ist für mich:

Sehr schwierig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr einfach
-----------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	---------------------

Ihre Freude und Ihr Interesse, an diesem Angebot teilzunehmen, ist:

Keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine
--------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	--------------

Ihre Schwierigkeiten, an der Gruppe teilzunehmen:

Sehr schwierig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Keine Schwierigkeiten
---------------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	------------------------------

Wenn Sie der Gruppe eine Note von 1 bis 10 geben müssten:

Niedrigste Note	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Höchste Note
----------------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	-------------------------

MERCI, votre aide nous est très précieuse.