

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

01/2015

Integrative Leib- und Bewegungstherapie in einer
Werkstatt für behinderte Menschen *

eingereicht von *Anke Garms*, Berlin

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr.med. Susanne Orth-Petzold, Dipl.-Sup., Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* 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@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	5
1	EINLEITUNG	5
2	DIE INTEGRATIVE THERAPIE	6
	2.1 GESCHICHTE UND GRUNDSTRUKTUREN	6
	2.2 GRUNDGEDANKEN	7
	2.2.1 Heraklitisches Prinzip	7
	2.2.2 Leib	8
	2.2.3 Ko-respondenzmodell	8
	2.2.4 Anthropologie des schöpferischen Menschen	9
	2.3 DIE REALEXPLIKATIVEN BZW. KLINISCHEN THEORIEN	11
	2.3.1 Persönlichkeitstheorie	11
	2.3.2 Gesundheits- und Krankheitslehre	14
	2.4 THERAPIETHEORIE UND PRAXIS: THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN UND KONZEPTE	18
	2.4.1 Prozesstheorien: die Spirale vom Erkennen, Lernen und Handeln	18
	2.4.2 Die vier Phasen des tetradischen Therapieprozesses	22
	2.4.3 Die 14 Wirk- bzw. Heilfaktoren	23
	2.4.4 Modalitäten	24
	2.4.5 Vier Wege der Heilung und Förderung	25
	2.4.6 Therapeutische Methoden, insbesondere die Integrative Leib- und Bewegungstherapie	26
3	GEISTIGE BEHINDERUNG: DEFINITION UND BESONDERE BEDINGUNGEN IN DER ENTWICKLUNG	28
	3.1 DEFINITION DES BEGRIFFS DER GEISTIGEN BEHINDERUNG	29
	3.1.1 Definition nach WHO	29
	3.1.2 Definition nach ICD 10	29
	3.2 BESONDERE BEDINGUNGEN IN DER ENTWICKLUNG BEI MENSCHEN MIT EINER GEISTIGEN BEHINDERUNG	30
4	PRAXIS	35
	4.1 EINFÜHRUNG IN DIE INSTITUTION UND PRAXISBEISPIELE	35
	4.1.1 Beschreibung der Klientengruppe	35
	4.1.2 Die Rahmenbedingungen in der Werkstatt	36
	4.1.3 Organisatorische Struktur der arbeitsbegleitenden Angebote	37
	4.1.4 Inhaltliche Struktur der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie	38
	4.2 PRAXISBEISPIELE	38
	4.2.1 Herr T.	38
	4.2.2 Frau K.	41
	4.2.3 Herr O.	44
5	RESÜMEE	46
	Zusammenfassung, Summary	48
	Literaturverzeichnis	50

Vorwort

Als Bewegungstherapeutin und Motopädin arbeite ich in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Als ich diese Tätigkeit vor sechs Jahren begann, benannte die Stellenbeschreibung unter anderem das Ziel der Förderung der Persönlichkeit. Bezüglich der Ausgestaltung dieses Zieles war mir freie Hand gelassen.

Meine damals nahezu vollständige Ausbildung in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie konnte ich in diesem für mich neuem und in der Integrativen Therapie nicht häufig angewandten Feld umsetzen. Mit der Praxis zeigte sich die Vielseitigkeit dieses Therapieverfahrens. Mir gab die Integrative Therapie Orientierung, um eine Vorgehensweise und Zielfindung zu erarbeiten und meine Arbeit im Spiegel der Theorie zu reflektieren und weiter zu entwickeln.

Mit diesem Text möchte ich Einblicke in die Lebens- und Lernwelten von Menschen mit einer geistigen Behinderung geben und dabei den Gewinn eines sehr differenziert angelegten Therapieverständnisses darlegen, wie die Integrative Therapie ihn bietet.

1 Einleitung

Das Ziel dieser Graduiierungsarbeit ist es, die Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der praktischen Anwendung in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu beschreiben. Einführend werde ich die Grundgedanken der Integrativen Therapie sowie einige für diese Arbeit wesentliche Konzepte vorstellen. Der darauf folgende dritte Teil befasst sich mit der Definition geistiger Behinderung und beleuchtet die besonderen Bedingungen in der Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Der vierte Teil thematisiert die institutionellen Bedingungen und die praktische Umsetzung der integrativen Therapie, die ich anhand dreier Beispiele darstellen werde.

Unter dem Begriff „Geistige Behinderung“ sind Behinderungen sehr unterschiedlicher Ausprägung zusammengefasst. Dieser Text bezieht sich auf den Personenkreis, der in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeitet. Das sind Menschen, die in der Lage sind, an Arbeitsprozessen teilzunehmen, und in der Regel eine leichte oder mittlere geistige Behinderung haben. In Punkt 4.1.2 werde ich näher auf diesen Personenkreis eingehen.

2 Die Integrative Therapie

2.1 Geschichte und Grundstrukturen

In den 1960er Jahren begründete Hilarion Petzold die Integrative Therapie, die er seither mit seinen Mitarbeitern¹ kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Integrative Therapie legt ein Menschenbild und ein Therapieverständnis zugrunde, in das verschiedene philosophische Konzepte und therapeutische Praktiken einfließen. Als wesentliche Philosophen sind dabei Marcel und Merleau-Ponty zu erwähnen. Die therapeutischen Einflüsse sind die elastische Analyse Ferenczis, das therapeutische Theater Iljines sowie die Gestalttherapie von Perls und das Psychodrama von Moreno. Diese philosophischen Konzepte und therapeutischen Methoden bildeten die Grundlagen zur Integrativen Therapie, die sich – gemäß der Grundannahme des immerwährenden Wandels – in beständiger Weiterentwicklung befindet.

Das Strukturmodell der Integrativen Therapie bildet der „Tree of Science“ (Petzold, 1990h). Dieser „Baum der Wissenschaften“ strukturiert das komplexe Verfahren in vier aufeinander aufbauenden Ebenen:

1. Die Metatheorien
2. Die realexplicativen Theorien
3. Die Praxeologie und
4. Die Praxis.

Ad 1)

In den Metatheorien werden die grundlegenden, weltanschaulichen Positionen des Verfahrens beschrieben. Sie werden auch Theorien von großer Reichweite genannt und umfassen die Bereiche Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Allgemeine Forschungstheorie, Anthropologie, Gesellschaftstheorie, Ethik und Ontologie.

Ad 2)

In den realexplicativen oder klinischen Theorien geht es darum, die Realität menschlichen Daseins in der Welt zu erfassen und zu erklären. Dazu gehören Theorien zur Persönlichkeit, zur Entwicklung, zur Gesundheits- und Krankheitslehre, zur Psychotherapie sowie der Psychotherapieforschung und zur Methodik.

¹ Zur besseren Lesbarkeit werden Personengruppen (Mitarbeiter, Klienten ...) in einer neutralen Form angesprochen, wobei immer sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sind.

Ad 3)

Die darauf folgende Ebene ist die Praxeologie. Diese Ebene thematisiert die konkrete therapeutische Umsetzung durch Methodenentwicklung für die therapeutische Praxis. Sie beinhaltet die Interventionslehre, Theorien zu Prozessen, Settings, spezifischen Klientensystemen, Institutionen und Feldern, sowie Theorien der zielgruppen- und genderspezifischen psychotherapeutischer Praxis.

Ad 4)

Den Abschluss bildet die Ebene der Praxis, die sich inhaltlich mit dem Setting, dem Verständnis vom Therapeuten-Klienten-Verhältnis und der therapeutischen Beziehung befasst.

Es ist ein Merkmal der Integrativen Therapie, in beständiger Entwicklung zu sein. Der Entwicklung zugrunde liegen jedoch ausgearbeitete Theorien und Strukturen, so dass eine Integration neuer Aspekte immer wieder mit den Grundlagen abstimmbare ist. So ist ein aus vielen Quellen schöpfendes und dennoch in sich konsistentes Therapieverfahren entstanden.

2.2 Grundgedanken

In einer detaillierten Form ist der „Tree of Science“ im Rahmen dieser Arbeit nicht darstellbar; anführen möchte hier einige wichtige, für diese Arbeit in konkretem Bezug stehende Konzepte.

2.2.1 Heraklitisches Prinzip

Das übergeordnete Prinzip des gesamten Verfahrens ist das heraklitische Prinzip des immerwährenden Wandels, das im „Tree of Science“ folgendermaßen beschrieben wird:

Die Integrative Therapie gründet in der Überzeugung, dass das Leben ein beständiger Prozess von Integration und Kreation ist. Ein Prozess, der in beständigen Fluss immer neue Formen und in beständigen Verwandlungen Welt- und Lebensvielfalt hervorbringt. [...] Das gilt sowohl für die Entwicklung einer privaten Welt-Anschauung, als auch für die Weltsicht einer therapeutischen Schule (Petzold 1990h, S. 3 - 4).

Heraklitisches Denken ist ein integratives, kreatives, korrespondierendes Denken, das sich in allen Konzepten des Verfahrens widerspiegelt. In Beziehung zu den Metatheorien, und dort der Anthropologie, der Erkenntnistheorie und der Ontologie zu-

geordnet, findet sich heraklitisches Denken in den drei folgenden wesentlichen Grundgedanken wieder.

2.2.2 Leib

Das Kernkonzept der Integrativen Therapie bildet das Konzept des Leibes. Der Begriff Leib geht auf philosophische Theorien zurück, insbesondere der phänomenologischen Leibtheorie Merleau-Pontys. Er beinhaltet das Verständnis des Menschen als ein Körper-Seele-Geist-Wesen, also eines körperlich-lebendigen, beseelten und geisterfüllten Subjektes, wie es leibt und lebt: es ist die Dreieinheit von Körper-Seele-Geist (vgl. Petzold 2009c, S. 4). Die Schreibweise mit dem Bindestrich unterstreicht die Untrennbarkeit dieser drei Ebenen. Ein Mensch nimmt sich nur in der Gesamtheit, im Zusammenwirken körperlicher, geistiger und seelischer Prozesse wahr. Bei allem, was ein Mensch über die Sinnesorgane aufnimmt, werden körperliche Empfindungen und seelische Gefühle geweckt. Sinneseindrücke werden verarbeitet, indem sie mit früheren Erlebnissen verknüpft und bewertet werden, und führen zu einer Reaktion, einen Ausdruck, der wieder in die Welt hinaus gesandt wird. So sind immer alle Ebenen des Seins beteiligt. Renate Neddermeyer und Bettina Hausmann beschreiben in ihrem Buch „Bewegt sein“:

Der Leib ist der Körper, der vom Bewusstsein seines Seins durchdrungen ist, der sich selbst erspürt, erfühlt und erdenkt, der sich selbst wahrnimmt und sich dieser Selbstwahrnehmung bewusst wird (Hausmann, Neddermeyer 2003, S. 32)

Zudem geht der Leibbegriff über die individuellen Grenzen des Einzelnen hinaus. Der Mensch ist auf den Menschen gerichtet und leiblich in die Welt eingebunden. Auch diesen Aspekt bezieht der Leibbegriff mit ein. In dem Artikel "Heilende Bewegung" von Ilse Orth und Hillarion Petzold wird dieser Zusammenhang folgendermaßen aufgegriffen:

Der Mensch ist eingewoben in die Lebenswelt, welche ihn nicht nur umgibt, sondern ihn durchdringt, in welche das Leibsobjekt sich nicht nur hineinbewegt, sondern die es auch gestaltet (Orth, Petzold 1998a, repr. 2009, S. 12).

2.2.3 Ko-respondenzmodell

Alles Sein ist Mit-Sein: Im Ko-respondenzmodell wird das In-Beziehung-sein und das Auf-den-anderen-gerichtet-sein betrachtet. Hier hebt die Schreibweise mit dem Bindestrich das Wechselseitige hervor. Ko-respondenzprozesse vollziehen sich sowohl

verbal als auch nonverbal in fortwährenden, sehr komplexen Prozessen des wechselseitigen Austausches von Einzelnen, Gruppen und Kulturen. In gelingenden Ko-respondenzprozessen finden sich gemeinsame Haltungen, Übereinstimmungen und Positionen, was zu Konsensen, Konsensgemeinschaften und somit zur Konstituierung von Sinn führt. Auch das Erkennen eines Dissenses – sofern es im gegenseitigen Respekt geschieht – stellt ein Gelingen dar. Gelingt der Ko-respondenzprozess nicht, weil im Kontakt keine Begegnung stattfindet, ein machtgeleiteter, entwürdigender Kontakt besteht oder Isolation stattfindet, führt der Prozess zu Entfremdung, was zu Frontenbildung und auch Krieg führen kann.

Das folgende Zitat Petzolds fasst die Bedeutung des Begriffs Ko-respondenzmodell kompakt zusammen.

Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls-, und Vernunftsebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes und Kontinuums. (Petzold, 2003a, S. 117)

Auch die Therapie vollzieht sich im Verständnis der Integrativen Therapie in Ko-respondenzprozessen zwischen Klient und Therapeut; das Ko-respondenzmodell stellt somit ein zentrales Konzept des therapeutischen Vorgehens dar.

2.2.4 Anthropologie des schöpferischen Menschen

Dieses Konzept wendet sich dem übergeordneten Sinn, dem Grund menschlichen Strebens zu. Dazu greift es die Konzepte Leib und Ko-respondenz auf und legt noch ein weiteres zugrunde: das Konzept der Hominität.

Hominität beschreibt die individuelle und die kollektive Menschennatur. Sie beinhaltet die bio-psycho-soziale Verfasstheit des Individuums sowie die ökologische und die soziale Eingebundenheit. Das Hominitätskonzept sieht den Menschen als ein in permanenter Entwicklung stehendes Natur- und Kulturwesen, das einerseits das Potenzial zur humanitären, dem Anderen zugewandten Entwicklung in sich trägt, andererseits aber auch das Potenzial zur Destruktivität hat. Dieses immer in Entwicklung befindliche, mit den Potenzialen zum Konstruktiven oder aber zum Destruktiven fordert – in einer gesellschaftlichen Ethik und sowie in einem Therapieverfahren – die Kultivierung und Durchsetzung von Humanität (vgl. Petzold 2009c, S.10).

Die Anthropologie des schöpferischen Menschen basiert auf dem Konzept des Leibes; im Mittelpunkt steht hier das Zusammenwirken der Dimensionen, der Funktionen und der Anlagen. Ein Mensch ist eingebettet in seine Umwelt und bringt die evolutionär-phylogenetischen Anlagen eines wahrnehmungs-, handlungs- und speicherfähigen Wesens mit. Das bildet die Grundlage für Prozesse auf vier Ebenen:

- die im Körper gründenden sensorischen und motorischen Prozesse,
- die in der Psyche verankerten emotionalen Prozesse,
- die im Geist liegenden volitiven und kognitiven Prozesse und
- die auf die Bezogenheit gründenden sozial-kommunikativen Prozesse.

Daraus geht ein komplexer, lebendiger, immer in Gestaltung befindlicher Zustand hervor. Er beruht auf das permanente Aufnehmen, Verarbeiten und Speichern von Informationen in bewusst und unbewusst erlebten Szenen und in Interaktion mit anderen Menschen. Mit der Fähigkeit zum Verarbeiten und Speichern, und damit zur „Verkörperung“ und zur „Einleibung“, entwickelt ein Mensch auf Grundlage dieser Prozesse individuelle Stile und Schemata, welche wiederum die Grundlage für ein personales Leib-Selbst bilden. Petzold fasst diese Sichtweise in der „anthropologischen Grundformel“ wie folgt zusammen:

Der Mensch ist zugleich exzentrisches Leibsubjekt und als Leib zentriert in der Lebenswelt. Er ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und biophysikalischen Umfeld, d.h., er steht in Kontext und Kontinuum in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit und ihrer Hominität (Petzold, 2004m, S.39).

Das Schöpferische entsteht im Zusammenspiel. Wie sich ein Mensch von der biologischen Grundlage zu einem einmaligen, unverwechselbaren Subjekt herausbildet und seine Persönlichkeit gestaltet, formulieren Orth und Petzold so:

„Generare und creare sind eben nicht dasselbe. Der Mensch nimmt die Welt durch die Sinne auf, weil sie von seinem Umfeld, von seinen sozialen Bezugspersonen an ihn herangetragen wird. Er verbindet die einzelnen Wahrnehmungen zu Ganzheiten, und dies schon ist ein kreativer Akt. Er legt sie im Gedächtnis nieder, verarbeitet sie, besetzt sie mit Bewertungen, stellt Verbindungen zu anderen Erfahrungen her – wiederum ein höchst kreatives Geschehen. Er vernetzt seine Wahrnehmungen mit denen anderer in der Kommunikation, seine Gedanken mit den Überlegungen anderer Menschen in Gesprächen. So wird aus dem sinnhaft Wahrgenommenen Sinn geboren, erhält das Gesehene Bedeutung, entsteht aus Wahrnehmung und Handlung,

aus Sinn und Bedeutung Zusammenhang. Das Leben des Menschen in der Welt ist, weil es nicht durch Programme gesteuert ist, eine kreative Auseinandersetzung mit der Welt (Orth, Petzold 1993c, S. 99f).

Zwei Positionen, die hier erwähnt sein sollen, schließen an die Anthropologie des schöpferischen Menschen an. Die eine Position bezieht sich auf das Lernen, das auf die Beteiligung aller Ebenen des Leibes an Lernprozessen näher eingeht und mit „komplexem Lernen“ beschrieben wird (siehe Abschnitt 2.4.1). Die andere Position ist die des „informierten Leibes“; sie basiert auf den in den Gedächtnisspeichern abgelegten Informationen, die auch mit „Leibgedächtnis“ oder dem „Niederschlag in den Leibarchiven“ bezeichnet werden. Die ursprünglich leibphilosophische Perspektive der Integrativen Therapie verbindet sich hier mit der neurobiologischen Hirnforschung, indem es die Erkenntnisse der sich im beständigen Fluss befindlichen Lernprozesse und dadurch verändernden Konnektivierungen aufnimmt. Lukesch und Petzold fassen das so zusammen:

Das Leibsubjekt wird durch das Zusammenwirken dieser informationalen, sich durch neue Konnektivierungen ständig im Wandel befindlichen Informationen und deren Niederschlag im Leibarchiv, zum „informierten Leib“ (Lukesch, Petzold 2011, S. 29).

Der informierte Leib beschreibt das Leitbild eines in die ökologische und soziale Welt eingebetteten (embedded) Menschen, der Mensch-Welt-Verhältnisse verkörpernd (embody), sich als „Leibsubjekt“ konstituiert (vgl. Petzold 2009c, S.12).

2.3 Die Realexplikativen bzw. Klinischen Theorien

Von den Metatheorien, die Grundhaltungen und Ideen abbilden, wenden sich die nun folgenden realexplikativen Theorien dem konkreten Leben zu.

2.3.1 Die Persönlichkeitstheorie

In jedem Therapieverfahren gibt es eine Vorstellung, welche Einflüsse die Entstehung einer Persönlichkeit bedingen, was eine Person mitbringt, wie sie strukturiert ist, was sie prägt und antreibt. Um die Persönlichkeitstheorie besser verstehen zu können, ist es hilfreich, zunächst kurz die mit dieser Theorie in enger Verbindung stehende Entwicklungstheorie zu betrachten. Zwei Merkmale der Entwicklungstheorie in der Integrativen Therapie sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Zum einen ist es die Auffassung, dass Entwicklung nicht im Kindes- oder Jugendalter endet, sondern über die ganze Lebensspanne stattfindet; der Begriff *Life-span-*

developmental-approach bezeichnet diese Sichtweise. Zum anderen kann Entwicklung nur im Zusammenhang mit dem Lebenslauf und dem Umfeld verstanden werden; die Begriffe *Kontext* und *Kontinuum* verweisen auf diese Grundauffassung.

Die Persönlichkeitstheorie widmet sich den Strukturen einer Persönlichkeit. Ein besonderes Gewicht liegt dabei auf dem Aspekt der lebenslangen Entwicklung und der Bezogenheit zu anderen Menschen, zum Umfeld und zur Umwelt. Der Ansatz der Persönlichkeitstheorie ist darum ein entwicklungsbezogen-relationaler.

Die Persönlichkeitstheorie der Integrativen Theorie geht von drei Dimensionen der Persönlichkeit aus. Aus der Dimension des *Selbst* heraus entstehen die Dimensionen des *Ich* und der *Identität*. Das *Selbst* ist die Basis der Persönlichkeit und umfasst die ganz grundlegenden physischen und psychischen Eigenheiten und Fähigkeiten, etwa dem Wahrnehmen und Ausdrücken, dem Temperament, der Antriebe, Bedürfnisse etc. Es sind quasi die Fähigkeiten, die schon vorgeburtlich zu entstehen beginnen und die ein Mensch mit auf die Welt bringt. Das *Selbst* entwickelt sich und besteht aus drei Quellen (Rahm et.al. 1993, S.93):

- *der Leibbasis mit ihren materiellen und transmateriellen Funktionen, insbesondere Wahrnehmung, Handlung und Gedächtnis,*
- *dem Prozess des Aufnehmens, Organisierens und Integrierens von Erfahrungen und*
- *dem Selbst-Gefühl, einem, wenn auch matten Bewusstsein von diesem Prozess.*

Die zweite Dimension, das *Ich*, entsteht aus dem *Selbst*. Das *Selbst* hat das Potenzial des Wahrnehmens, Fühlens, Memorierens, Handelns und Denkens. Wird es sich dieser Fähigkeiten bewusst, taucht das *Ich* auf. Das *Ich* ist also an das Bewusstsein gebunden und entsteht, wenn ein Mensch die grundlegenden Funktionen des Wahrnehmens, Fühlens, Memorierens, Handelns und Denkens reflektieren kann. Das *Ich* bezeichnet keine neue, andere Instanz, sondern eine erweiterte Funktion des *Selbst*: die Funktion des Sich-selbst-bewusst-seins.

Die dritte Dimension des *Selbst* ist die *Identität*. Von der Fähigkeit des Sich-selbst-bewussten, zu dem das *Ich* in der Lage ist, geht die *Identität* eine Ebene weiter: Sie beschreibt das Gesamt-Gefühl und das Gesamt-Bild, das sich eine Person von sich selbst macht und in das Einschätzungen und Bewertungen einfließen. Diese stammen aus zwei Quellen: einerseits der Selbsteinschätzung oder Identifikation (womit ich mich identifiziere, Selbstattribution) und andererseits der Wahrnehmung dessen,

wie ich von Außen wahrgenommen und beurteilt werde, der Identifizierung (wie die anderen mich identifizieren, Fremdattribution). Identität beinhaltet überdies die vielen, oft unterschiedlichen, bisweilen sogar widersprüchlichen Rollen, die man im Leben einnimmt und die andere einem zuschreiben: etwa erste Tochter, große Schwester, liebste Enkelin, ärgste Konkurrentin, etc. Identität setzt sich daher aus den Eindrücken unendlich vieler Lebenssituationen und Rollen zusammen, in der sich eine Person selbst bewertet und Bewertung erfährt. Diese findet kognitiv und emotional statt und wirkt sowohl bewusst als auch unbewusst. Das Wort *Selbstbild* ist im Grunde eine viel zu simple Beschreibung, denn durch die beständige Entwicklung und immer neuer Eindrücke und Facetten ist die Identität eine lebendige, sich in permanenter Entwicklung und Veränderung befindliche Dimension. Und dennoch bleibt bei aller Vielseitigkeit das Gefühl von ich-selber bestehen. In „Axiome, Prinzipien und Konzepte des Ko-respondenzmodells“ beschreibt Petzold das Identitätskonzept folgendermaßen:

Identität wird durch fremd- und selbstattribuierende, kognitiv und emotional wertende Interaktionen und volitive Akte gewonnen (Petzold 2003a, S. 116).

Für eine differenziertere Betrachtung dieser dritten Dimension wurde In der Integrativen Therapie das *Modell der fünf Säulen der Identität* entwickelt. Die Säulen sind keine weitere Dimension der Persönlichkeitstheorie, sondern sie bilden ein Modell, das fünf wesentliche Lebensbereiche eines Menschen untergliedert. Das Modell hilft, einen Menschen in der Komplexität seiner Persönlichkeit zu erfassen. Die fünf Säulen sind:

1. Die Säule der Leiblichkeit

Diese wird dem Gefühl im eigenen Körper zugeordnet. Folgende Fragen führen zum Inhalt der Säule: Wie fühle ich mich in meinem Körper? Wie gesund bin ich? Wie fühle ich mich als Mann oder Frau?

2. Die Säule des Netzwerkes

Zu dieser Säule zählen die sozialen Beziehungen, wie Freunde, Familie, Kollegen und die aus der Wohnumgebung: Welche Beziehungen bestehen in meinem Leben? Wie bin ich vernetzt? Welche Rollen erfülle ich in den Beziehungen?

3. Die Säule Arbeit / Leistung / Freizeit

Dieser Bereich wird oftmals lediglich mit Arbeit gleichgesetzt, steht aber auch für Tätigkeiten im Freizeitbereich, wie z. B. der Aktivität im Verein, und ist mit folgenden Fragen umrissen: Bin ich zufrieden mit dem, was ich arbeite/schaffe? Fühle ich mich ausgelastet? Kann ich mich einbringen?

4. Die Säule Materielle Sicherheiten

Diese Säule steht für materielle Grundlagen, die einem im Leben zur Verfügung stehen: Kann ich mich sicher fühlen und mich mit dem Notwendigen versorgen? Kann ich mein Leben so einrichten, wie es mir behagt, oder belastet die Sorge von Verzicht und Verlust mein Leben?

5. Die Säule Werte

Sie repräsentiert die Werte, mit denen ich mich identifiziere, wie zum Beispiel Glauben, Werte im Umgang mit den Mitmenschen und der Welt: Wie richte ich mein Leben aus?

Die einzelnen Säulen sind nicht als abgrenzbare Bereiche zu verstehen; sie fokussieren lediglich einzelne Bereiche eines Ganzen und sie stehen in Wechselwirkung zueinander. So hat beispielsweise der Verlust eines Arbeitsplatzes meist unmittelbar Auswirkungen auf das soziale Netzwerk ebenso wie auf die materielle Sicherheit.

2.3.2 Gesundheits- und Krankheitslehre, Therapie und Ziele in der Therapie

Von den Strukturen einer Persönlichkeit geht es nun zur Entwicklung von Krankheit und Gesundheit innerhalb der Persönlichkeit, um dann mit den Themen Therapie und Ziele in der Therapie das Eingehen auf Krankheit anzuschließen.

Gesundheit und Krankheit sind zwei Dimensionen menschlichen Daseins, die nicht als festgelegte Zustände zu verstehen sind. Sie sind subjektiv wahrgenommene und sich immer in Bewegung befindliche Zustände. Petzold beschreibt den Gesundheitsbegriff wie folgt:

Gesundheit wird als 'eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitali-

tät/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt [sowie] persönliche Souveränität und Lebenskunst‘ (Petzold 2003a, S. 448).

Krankheit bildet den gegenüberliegenden Pol zu Gesundheit und lässt sich unter verschiedenen Perspektiven betrachten.

Die eine Perspektive ist die der klinischen Krankheitslehre, welche einerseits Fehlfunktionen des Organismus beschreibt oder auch – und für diese Arbeit relevanter – unter soziologisch-psychologischer Perspektive Störungen bzw. Erkrankungen oder Auffälligkeiten der Persönlichkeit beschreibt. Dabei widmet sie sich den Symptomen, der Diagnostik und der Entstehungsgeschichte von Krankheiten. Ursachen sind schädigende Einflüsse in Form von Defiziten, Trauma, Konflikten oder Störungen. Diese sind etwa die Folge von frühen mangelhaften Beziehungserfahrungen, die eine Entwicklung des Ausdrucks- und Kommunikationsverhaltens beeinträchtigen. Darüber hinaus kann es die Erfahrung von Gewalt sein, die zu Abspaltungen vom Gefühlsleben führt. Schließlich sind auch widersprüchliche und unklare Anforderungen verursachend, die zu einer dauernden Überforderung werden.

Die andere Perspektive ist die der anthropologischen Krankheitslehre, welche Krankheit als eine Entfremdung oder eine Verdinglichung versteht. Diese Sichtweise knüpft an die Anthropologie des schöpferischen Menschen an und beschreibt einen Zustand, der eintritt, wenn die Möglichkeiten zur Entfaltung nicht mehr gegeben sind, etwa durch den Verlust vom Leibesbezug, von der Lebenswelt – also dem Kontakt zum Mitmenschen und zur Umwelt etc. Dieser Verlust führt dazu, in Ausdrucks- und Kooperationsmöglichkeiten blockiert zu sein.

Bei beiden Perspektiven entsteht Krankheit, wenn Mängel außerordentlich massiv oder lang anhaltend auftreten und keine Kompensationsmöglichkeit vorhanden ist. Im „Tree of Science“ heißt es:

Menschen entwickeln sich in gesunden sozialen Netzwerken und erkranken in mangelhaften oder schädigenden (Petzold 1990h, S.51f.).

Mit der Entstehung von Krankheit als auch Gesundheit befasst sich das „Salutogenese / Pathogenesemodell über die Lebensspanne“, das Petzold entwickelt hat. In diesem Modell, das in der Grafik dargestellt ist, sind die protektiven und belastenden Faktoren angeführt, die über die gesamte Lebensspanne wirken und die den Weg zu Gesundheit bzw. Krankheit beeinflussen.

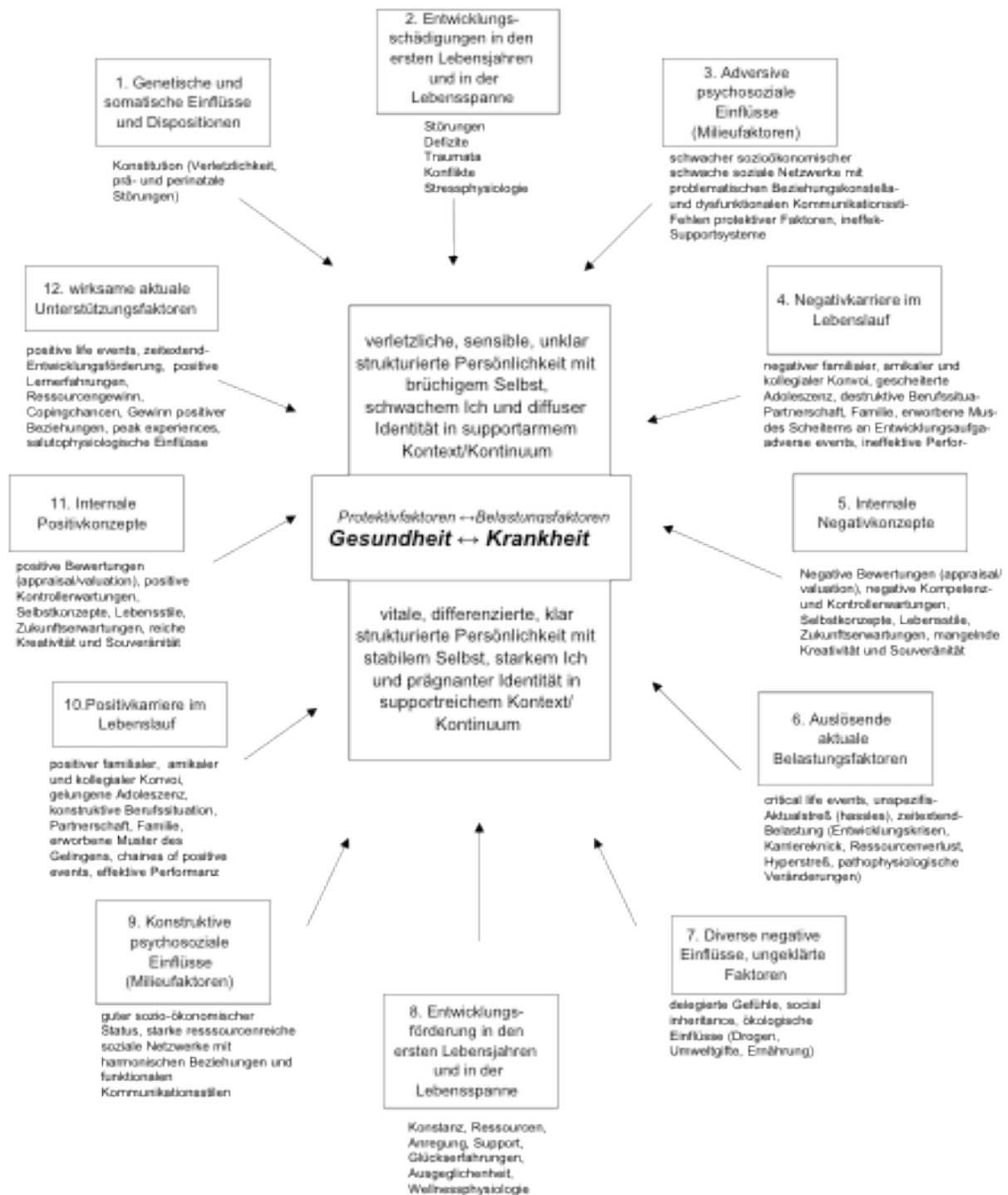


Abb. 2 Salutogenese

Abb. 1: Salutogenese/Pathogenese über die Lebensspanne

aus Petzold, 2002b / upd.2006, S.48

Es ist ein wichtiges Merkmal der Integrativen Therapie, in der therapeutischen Behandlung die Aufmerksamkeit nicht allein auf die Störungen zu richten, sondern im starken Maße die Ressourcen aufzugreifen, um das Gesunde und Heile zu fördern. Dazu ist ein Blick auf den Therapiebegriff hilfreich: Das Wort Therapie leitet sich vom griechischen Wort *therapeuo* ab, das soviel wie *ich fördere, heile, diene, pflege* bedeutet. In der Integrativen Therapie erfährt diese umfassende Bedeutung Berücksichtigung. Das Streben der Therapie dient dem Ziel, Gesundheit – also die Fähigkeit zur Entfaltung und Regulation – zu fördern. Der differenzierte Gesundheitsbegriff der Integrativen Therapie setzt sich in differenzierten Ansätzen und Zielen in der therapeutischen Arbeit fort.

Die Globalziele der Integrativen Therapie bestehen in der Unterstützung der Selbstverwirklichung und der Selbstregulation. Eine präzisere Differenzierung finden diese Begriffe im Konzept der persönlichen Souveränität, das Konzepte wie Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein einschließt und im Ansatz der Leibtheorie gründet (vgl. Petzold, Orth 2014, S. 2). Souveränität wird in der Integrativen Therapie als Verfügungsgewalt des Menschen über sich selbst, über von ihm selbst bestimmte Freiräume, Spielräume, Handlungsräume und als eine unabdingbare Qualität der Hominität des menschlichen Wesens gesehen (ebd. S. 3).

In den Richtzielen finden die Globalziele eine weitere Unterteilung und Differenzierung. So ist es möglich, die Ziele den Erfordernissen des Klienten und den Bedingungen des Settings und der Institution entsprechend anzupassen.

Die Richtziele bestehen aus (Petzold 2003a, S 504):

1. Der Prophylaxe um Erkrankungen zu vermeiden;
2. Der Erhaltung vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten durch stabilisierende Interventionen;
3. Der Restitution von durch Störungen beschädigter Kompetenz;
4. Der Entwicklung als Maßnahme zur Förderung der persönlichen Potenziale;
5. Der Förderung der Bewältigung/des Copings zur Stärkung der Gesundheit bei irreversiblen Störungen.

Zudem zählen zwei weitere Ziele dazu, die nicht unbedingt direkte Arbeit mit dem Klienten darstellen, sondern politische und infrastrukturelle Interventionen beinhalten:

6. Die Förderung gesellschaftlicher Repräsentation;
7. Die Amelioration zur Verbesserung soziökonomischer Bedingungen.

Eine erweiterte Charakteristik erfährt der Therapiebegriff in der Integrativen Therapie durch den Begriff der *Agogik*. Agogik beschreibt die heilende und fördernde Behandlung, die der Menschenbildung dient. Sie ist auf die Förderung und Entfaltung gelingender Lebensprozesse gerichtet und spielt insbesondere in dem Zusammenhang mit den Zielen Entwicklung, Erhaltung und Coping eine Rolle.

2.4 Therapietheorie und Praxis: Therapeutische Interventionen und Konzepte

Von den theoretischen Grundlagen führen die nun folgenden Abschnitte zu den praktischen Modellen und Konzepten des Verfahrens. Vorgestellt werden wiederum einige, für den Bereich dieser Arbeit wesentliche Konzepte. Zu Beginn werden Spiralen aus den Erkenntnis- und Prozesstheorien eingeführt. Es schließen sich einige Konzepte der Interventionslehre an, um danach auf die Methoden und dabei insbesondere auf die Methode der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie einzugehen.

2.4.1 Prozesstheorien: Die Spirale vom Erkennen, Lernen und Handeln

Spiralen sind die grafische Form, mit der sowohl die Prozesse der theoretischen Grundlagen als auch die der therapeutischen Praxis veranschaulicht werden. Zum einen wird so der Erkenntnisprozess dargestellt, der das Aufnehmen und Integrieren von Informationen beschreibt. Zum anderen werden die Prozesse der Therapie und der Agogik beschrieben, die auf den gleichen Prinzipien der Erkenntnis basieren, jedoch auf das Erkennen, Lernen, Verändern eigenen Handelns ausgerichtet sind. In allen Prozessen sind der Einfluss vorausgegangener Erfahrungen und die Korrespondenz unbedingt zu berücksichtigende Einflüsse.

In der Heraklitischen Spirale vom Erkennen, Lernen und Handeln sind drei Spiralen zusammengefasst:

1. Die hermeneutische Spirale des Erkenntnisgewinns
2. Die therapeutische Spirale und
3. Die agogische Spirale.

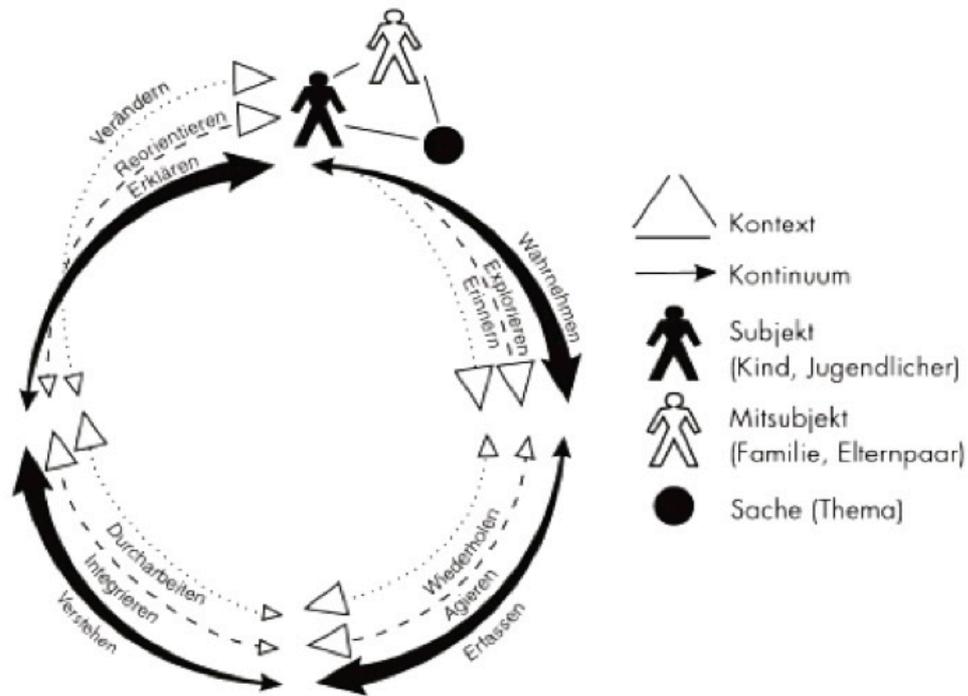


Abb. 2: Die „heraklitische Spirale“ des Erkenntnisgewinns, des Lernens und Handelns und des Veränderns im Ko-responzenprozess der Integrativen Therapie als „schöpferische Metamorphose“

aus Petzold, 2003a, S.498

Die erste Spirale, die hermeneutische **Spirale des Erkenntnisgewinns**, stammt aus der Erkenntnistheorie. Sie beschreibt den Prozess des Aufnehmens und Verarbeitens von Informationen, wie es in vielen täglichen Situationen geschieht. Diese Spirale schreitet in vier Stufen voran: vom Wahrnehmen zum Erfassen, Verstehen und Erklären.

Das Wahrnehmen beschreibt die Wahrnehmungstätigkeit des Leibes, der mit den Sinnen passiv oder aktiv Reize aufnimmt (etwa: *Was sehe ich? Was fühle ich? Was fällt mir auf?*), zum Beispiel die Wahrnehmung von Bewegungen eines Tiers im Gebüsch. Mit dem zweiten Schritt, dem Erfassen, tritt das Wahrgenommene ins Bewusstsein, es wird erkannt. Dabei verbindet sich aktuell Wahrgenommenes mit den in Erinnerung gespeicherten Informationen (*Bekanntes wiedererkennen, Unbekanntes als fremd einstufen, mit wertenden Gefühlen verbinden*). Es ist eine vertraute Beobachtung, dass sich etwas im Gebüsch bewegt, vielleicht wird die hüpfende Bewegung einer Amsel registriert, auch wenn der Gedanke „dort ist eine Amsel“ noch nicht so konkret gedacht ist. Dieser Gedanke zählt zum dritten Schritt, dem Verstehen, denn die Spirale setzt sich fort, indem das Erfasste sich im Bewusstsein strukturiert

und etwa einer verbalen Begrifflichkeiten zugänglich wird (*Die Dinge auf dem Hintergrund von Lebenserfahrungen und -wissen kognitiv einschätzen und emotional bewerten*). Zum Schluss ist mit dem Erklären das Verstandene und Erfasste vermittelbar: Es ist Frühling, die Amsel sucht sich Futter im Gebüsch (*Aus den Reflexionen der Ebene des Verstehens erklärbar*) (tlw. aus Waibel, Jacob-Krieger 2009, S. 16).

Mit dem Beispiel der Amsel lässt sich die Grundstruktur der Spirale leicht erklären. Das folgende Beispiel zeigt eine komplexere Situation auf, das zum einen die Bedeutung der Ko-respondenz verdeutlicht und zum anderen den Einfluss der bisherigen Erfahrungen im Erkenntnisprozess aufzeigt.

Für einige Jahre war ich Mieterin einer Wohnung mit einem kleinen Garten. An einem Sonntag Nachmittag begann ich, mit meinem kleinen Handrasenmäher den Rasen zu mähen. Ich war noch nicht weit gekommen, als sich ein Fenster im oberen Geschoss öffnete und meine kroatische Nachbarin mir laut schimpfend (Wahrnehmen) vorwarf, den Tag des Herren nicht zu achten. Ich wusste gar nicht, wie mir geschah. Ich wurde aus meiner ruhigen Sonntagsarbeit gerissen. Zur Nachbarin hatte ich bisher eigentlich einen freundlichen Kontakt, aber ihr Ton weckte jetzt Kindheitserinnerungen, denn ich fühlte mich ausgeschimpft wie ein kleines Kind (Erfassen). Nachdem ich mich von dem ersten Schreck erholt hatte und die Situation einigermaßen einordnen konnte, entgegnete ich, noch etwas unschlüssig – halb im Trotz, halb humorvoll: Rasen mähen sei für mich keine Arbeit sondern ein Vergnügen (Verstehen). Ich war zwar noch ordentlich erschrocken, aber kam nach kurzem Zweifeln zu dem Ergebnis, dass Berlin eine offene, moderne Stadt ist und ich mich hier katholischen Glaubensregeln nicht unbedingt derart verpflichtet fühle. Ich entschied mich weiter zu mähen (Erklären). Offenbar fühlte meine Nachbarin, die natürlich ihren eigenen Prozess der Erkenntnis hatte, sich auch nicht wohl mit dieserart der Konfrontation. Kurze Zeit später stand sie im Garten und erklärte ihr Verhalten. In ihrer Kultur sind religiöse Regeln sehr bedeutsam. Sie hatte zuvor fast reflexartig reagiert, und es war nicht ihre Absicht, mich zu verletzen. Es ist ihr aber auch eingefallen, dass ich aus einer anderen Kultur komme und in dieser nicht dieselben Regeln Bedeutung haben. Ich konnte ihr erklären, dass ich lediglich darüber nachgedacht hatte, ob ich wohl zu laut sein könnte. Dass ich religiöse Gefühle verletzen könnte, war mir gar nicht in den Sinn gekommen. Wir konnten nach diesem Zusammenprall und den Erklärungen in Ruhe unseren jeweiligen Sonntagsbeschäftigungen nachgehen.

Erkenntnis ist also kein isolierter Vorgang innerhalb einer einzelnen Person, sondern ist beeinflusst von Ko-respondenz: Zum einen trifft das aktuell Wahrgenommene auf vergangene Erfahrungen, die in Ko-respondenz entstanden sind und diesen zugeordnet werden. Zum anderen schreiten Erkenntnisprozesse beständig im Austausch über einen Gegenstand oder Thema als gemeinsame Schöpfung voran. Denn als ein auf den Mitmenschen gerichtetes und zu gemeinsamem Sinn strebendes Wesen vollzieht sich Erkenntnis in Abstimmung mit anderen. In der Sprache der Integrativen Therapie heißt es: „Es sind Prozesse zwischen Subjekt, Mitsubjekt in Kontext (der derzeitigen Situation) und im Kontinuum (auf dem Hintergrund der mitgebrachten Erfahrungen der Einzelnen). Aus diesen Erkenntnissen heraus entstehen im Austausch gemeinsame Konzepte und Konsense. Im Fall des angeführten Beispiels genügte ein kurzer Austausch über verschiedene religiöse Herkunft und Werte. Wir fanden uns schnell wieder auf dem Boden gewachsener gemeinsamer Werte zusammen, die von einem gegenseitig achtenden und toleranten Umgang geprägt sind.

Die **therapeutische und die agogische Spirale** beschreiben Prozesse des Erkennens und Handelns/Veränderns. Das Bestreben der Therapie ist es, zu erkennen, welche belastenden Einflüsse, Verhaltens- und Denkmuster es im eigenen Leben sind, die zum Leiden führen. Kommt man den Ursachen dieser Muster auf die Spur, ist es möglich, sie aufzulösen und alternative oder sinnvollere Muster zu entwickeln. Die Stufen der therapeutischen Spirale sind dementsprechend: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten und Verändern.

Die Agogik, die sich der Menschenbildung verschreibt, legt den Schwerpunkt eher auf die Selbsterfahrung; dabei geht es um Erweiterung. Diese Spirale vollzieht sich in den Stufen Explorieren, Agieren, Integrieren und Reorientieren. Die agogische Spirale und die therapeutische Spirale sind nicht unähnlich. Petzold schreibt dazu folgendes:

In agogischen Prozessen finden sich ganz ähnliche Abläufe wie in therapeutischen – in beiden geht es ja um Erkennen und Handeln/Veränderung. Es sei hier besonders auf die Dimensionen „wachstumsorientierter“ Therapie verwiesen. Die Strukturierung der „agogischen Spirale“ kommt deshalb vielfach in therapeutischen Prozessen zum Tragen, und die „therapeutische Spirale“ kann umgekehrt auch für agogische Prozesse ein Erklärungsraster bieten. so dass sie von mir in früheren Prozessen oft in eins gesetzt wurden und man kann sagen, es handelt sich um Akzentuierungen eines

Erkenntnis-, Lern- und Handlungs-/Veränderungsprozesses, eines Prozesses schöpferischer Metamorphose (Petzold 2003a, S. 498).

Ko-respondenz ist auch in der therapeutischen und der agogischen Spirale ein wichtiger Teil, denn Therapieprozesse finden in Beziehung zwischen Therapeut und Klient oder zur Gruppe statt. Im Erzählen, Teilen, Mitteilen, Mitfühlen, Miterleben vollziehen sich diese Therapieprozesse als geteilte Erkenntnisprozesse.

Eine komplementäre Sichtweise zu den Spiralen vom Erkennen, Lernen und Handeln bietet das *komplexe Lernen*, welches das Miteinander-Verbunden-Sein und das Aufeinander-Einwirken der Dimensionen des Leibes in Lernprozessen berücksichtigt. Wissen und Inhalte aufnehmen ist kognitives Lernen, Wertigkeiten und Wichtigkeiten zuordnen entspricht dem emotionalen Lernen, und volitives Lernen beinhaltet beispielsweise den Aufbau von Durchhaltevermögen. Diese verschiedenen Lernbereiche sind nicht voneinander getrennt sondern miteinander verbunden: Sie vereinen geistig/kognitives, seelisch/emotionales, körperlich/somatomotorisches, volitives und sozial/ökologisches Lernen (vgl. Lukesch, Petzold 2011, S. 32f.)

2.4.2 Die vier Phasen des tetradischen Therapieprozesses

Zu den Spiralen der Erkenntnisprozesse beschreibt ein weiteres Modell, das Modell der vier Phasen des tetradischen Therapieprozesses, die Umsetzung des Prozesses. Dieses stellt ein Rahmenmodell therapeutischer Prozesse dar und ist in die Phasen Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase und Neuorientierungsphase untergliedert. Bei diesem Modell handelt es sich um eine idealtypische Darstellung, die nicht immer vollständig und in der Reihenfolge vollzogen sein muss. Die Prozesse können auf einzelne Therapieeinheiten innerhalb einer Stunde bezogen sein, ebenso aber auch in größeren Zeiträumen umfassender Therapiephasen betrachtet werden.

In der Initialphase geht es um das Warm-up, beispielsweise dem Herstellen von Kontakt und eine Atmosphäre des Vertrauens im Gespräch oder dem Fokussieren, Explorieren oder Experimentieren, um mittels einer Übung ein stimulierendes Klima zu erzeugen.

Die Aktionsphase beinhaltet das Ziel, sich durch Explorieren für neue Erfahrungen, Erlebnismöglichkeiten zu öffnen (agogische Spirale) oder dem Wieder-durchleben und Erledigen konflikthafter, unerledigter Situationen (therapeutische Spirale).

In der Integrationsphase werden die Erfahrungen der vorherigen Phase integriert, das heißt, das zuvor im Vordergrund stehende emotionale Lernen wird nun durch ein kognitives Lernen abgelöst, indem eine Reflektion, eine Einordnung des Geschehens stattfindet.

Die Neuorientierungsphase beinhaltet die Übertragung ins Alltagsleben. Das kann bisweilen spontan geschehen; ebenso ist es möglich, dass ein neues Verhalten oder eine andere Sicht erprobt oder eingeübt wird.

Die angeführten Grundlagen der Therapietheorie sind die Basis des therapeutischen Handelns. In der Verschränkung mit methodischen Konzepten führt es in der Praxis zu vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten, von denen einige der methodischen Konzepte im Folgenden dargestellt werden.

2.4.3 Die 14 Wirk- bzw. Heilfaktoren

Um therapeutisch erfolgreich vorgehen zu können, ist es wichtig zu wissen, welche Faktoren es sind, die zum Erreichen der Therapieziele beitragen. Petzold hat 14 Faktoren herausgearbeitet, die wirksam sind und einen Therapieerfolg unterstützen (Petzold 2003a, S. 745 ff):

1. Einführendes Verstehen Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte
11. Förderung positiver persönlicher Wertbezüge, Konsolidierung der existenziellen Dimension
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferenzieller Gefühle und Kognitionen, d. h. von „persönlicher Souveränität“
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen

Diese Auflistung zeigt deutlich die breit angelegte Ausrichtung therapeutischer Unterstützung. Die Wahl der Ansätze hängt von der Situation und den Bedürfnissen der Klienten ab, sie kann aber ebenso in den Möglichkeiten der Institution begründet liegen. So wird sich beispielsweise ein Mensch mit einer Suchtproblematik in einer stationären Therapie zunächst den persönlichen Ursachen der Sucht widmen, und dort werden die Heilfaktoren 3 bis 7 einen Schwerpunkt finden. In einer langfristigen Bewältigung ist möglicherweise auch ein ganz praktisches Nachholen von Lerninhalten und Lernprozessen wichtig, wie es etwa in Alphabetisierungskursen angeboten wird. Von Bedeutung ist es, die Vielschichtigkeit der Einflüsse für eine Heilung im Blick zu haben.

2.4.4 Modalitäten

Die Integrative Therapie vertritt einen multimodalen Ansatz. Innerhalb der therapeutischen Arbeit werden drei Modalitäten angewandt. Diese Beschreiben verschiedene Arten der Annäherung, des Zugehens auf den Therapieprozess bzw. einen Klienten. Die Modalitäten können relativ konstante Arbeitsformen sein, die sich durch den gesamten Therapieprozess ziehen. Sie müssen jedoch nicht von vornherein festgelegt sein, sondern sie können auch innerhalb einer Stunde wechseln. Die Modalitäten ermöglichen eine den Anforderungen der Klienten und den Gegebenheiten der Institution angemessene Herangehensweise.

Die drei Modalitäten sind (Petzold 1988n/1996a, S. 52):

1. Übungszentriert-funktionale Modalität

Diese ist der Förderung des gesunden Funktionierens des Organismus, der Regulierung von Körperspannung und der Förderung der Selbstwahrnehmung gewidmet.

2. Erlebniszentriert-agogische Modalität

In diesem Arbeitsstil werden kreativitätsfördernde Methoden und kreative Medien eingesetzt, um das Potenzial alternativer und salutogener Qualitäten zu ermöglichen, z. B. durch Rollenspiel oder Imaginationsübungen.

3. Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität

Diese Modalität zielt ab auf die Bearbeitung von Konflikten und Störungen, die sich in aktuellen Lebenslagen auswirken.

Im Rahmen der in dieser Arbeit beschriebenen praktischen Tätigkeit sind die übungszentriert-funktionale und die erlebniszentriert-agogische Modalität von Bedeutung. Für eine konfliktzentriert-aufdeckende Arbeit sind die Bedingungen am Arbeitsplatz der Klienten nicht gegeben.

2.4.5 Die vier Wege der Heilung und Förderung

Die vier Wege bilden unterschiedliche Zugänge, um Heilung und Förderung anzustreben. Sie sind als Prototypen therapeutischen Handelns zu verstehen (vgl. Petzold 2011c, S.93f):

1. Weg – Bewusstseinsarbeit

Bei diesem Weg geht es um Heilung und Persönlichkeitsentwicklung durch den Gewinn „komplexen Bewusstseins“. Gemeint ist damit, die Einsicht in die eigene Biographie durch Aufdecken verdrängter Störungen und Konflikte zu erweitern, und – indem problematische, biographische Muster erkannt und verstanden wurden – diese aufzulösen und neue, sinnvollere Muster zu entwickeln. Das Ziel dieses Weges ist ein wachsendes Sinnerleben. Die Modalität, die häufig eingesetzt wird, ist die konfliktzentriert-aufdeckende.

2. Weg – Nach- und Neuzozialisation

Dieser Weg zielt auf die Nachsozialisation und der Restitution beeinträchtigten Grundvertrauens ab und ist bei Defiziten und Traumata angezeigt. Er ist darauf ausgerichtet, Persönlichkeitsstrukturen wieder herzustellen. Das geschieht zum einen durch die Modifikation dysfunktionaler Muster, die als Folge traumatischer Erfahrungen entstanden sind, und zum anderen durch das Nachholen positiver, emotionaler Erfahrungen. Bei diesem Weg ist die konfliktzentriert-aufdeckende und die erlebniszentriert-stimulierende Modalität von Bedeutung, wobei die Ausrichtung differentiell regressionsorientiert ist.

3. Weg – Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

Bei diesem Weg steht die Persönlichkeitsentfaltung im Vordergrund. Es geht um die Erschließung und Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale. Die Förderung kreativen Verhaltens, die Erweiterung des Erlebnis- und Ausdrucksspektrums, sowie der Möglichkeiten und Kompetenzen und die Anregung neuer Strukturbildung ist in diesem Weg von

Bedeutung. Angewendete Modalitäten sind die erlebniszentriert-stimulierende und die übungszentriert-funktionale.

4. Weg – Förderung exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen

Bei diesem Weg steht die Solidarität im Vordergrund, die einerseits seitens des Therapeuten und andererseits durch eine Gruppe verwirklicht werden kann. Sie beinhaltet ganz praktische Alltagshilfen, fördert eine Bewusstheit für die Situation und zeichnet sich unter anderem durch die Aktivierung sozialer Netzwerke aus, die mit dem Ziel arbeiten, die Selbstbestimmtheit und persönliche Souveränität zu stärken. Die Modalitäten dieses Weges sind die konfliktzentriert-aufdeckende und der erlebniszentriert-stimulierende.

Die einzelnen Wege sind nicht als festgelegte Gleise zu verstehen, sondern als Orientierungen für vielfältige, flexible und elastische Pfade, die sich im Therapieverlauf mit dem Klienten ergeben. Maßgeblich für die Wahl der Wege sind die Persönlichkeit des Klienten, die angestrebten Ziele und die Möglichkeiten, die durch die Institutionen oder das Setting gegeben sind. Für die in diesem Text dargestellte Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen kommen der dritte und der vierte Weg zum Tragen.

2.4.6 Therapeutische Methoden insbesondere Integrative Leib- und Bewegungstherapie

Den Grundlagen des Verfahrens folgend, gestaltet sich der Therapieprozess in der Integrativen Therapie nicht allein über das Gespräch, und ist somit nicht allein auf den Geist ausgerichtet. Die therapeutische Herangehensweise ist eine leibliche, alle Ebenen des Leibes sind angesprochen: der Körper, der Geist und die Seele. Und ebenso nutzt die Integrative Therapie die Zugänge über die Sinne, über Wahrnehmungs- und der Ausdrucksmöglichkeiten. Diese Auffassung von Lern- und Entwicklungsprozessen durchzieht die Integrative Therapie, sie gründet in der Erkenntnistheorie, setzt sich fort in der Therapietheorie, wo es in die Spiralen vom Erkennen, Lernen und Handeln einfließt, und findet in der Praxeologie in Form einer kreativen, den Klienten in allen leiblichen Ebenen ansprechenden Form ihre Umsetzung.

Die Spezialisierung mit bestimmten Medien führte zur Entwicklung verschiedener Methoden innerhalb des Verfahrens. Es entstanden z. B. die Tanztherapie, die Kunsttherapie, die Musiktherapie und die in dieser Arbeit dargestellte Integrative

Leib- und Bewegungstherapie. In komprimierter Form beschreibt Petzold letztere Methode in seinem Buch „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“.

Die integrative Bewegungstherapie versucht den Menschen in seiner Körperlichkeit, seinen emotionalen Regungen, seinen sozialen Interaktionen und in seinen geistigen Strebungen zu erreichen (Petzold 1988n/1996a, S. 61).

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie greift die Ganzheitlichkeit aktiv auf und bezieht den Leib in all seinen Dimensionen in der praktischen Umsetzung des Therapieprozesses ein. Diese Vorgehensweise vertieft Petzold in demselben Werk mit folgenden Worten:

Für Störungen im menschlichen Wohlbefinden, ganz gleich welcher Art und Genese sie seien und auf welcher Ebene sie sich manifestieren, sind immer desintegrative Tendenzen kennzeichnend. Auf körperlicher Ebene könnte man als Beispiel den Verlust von Sensitivität, Bewegungsfähigkeit, physischer Kraft und Geschmeidigkeit nennen, auf der psychischen Ebene Realitätsverlust, Abspaltung von Emotionen und Phantasien, auf der sozialen Ebene Beziehungsstörungen, Kontaktarmut, Bindungsunfähigkeit, auf der geistigen Ebene Fehlen des Lebenssinns, Verlust der geistigen Heimat, Fehlen von Idealen. Desintegration bleibt auf die Dauer niemals auf eine Ebene beschränkt. Eine Störung zeigt immer Auswirkungen auf das Ganze, deshalb muss ein therapeutischer Ansatz auch immer auf den ganzen Menschen gerichtet sein, wobei man hoffen darf, dass eine positive Veränderung auf einer Ebenen heilende und gesundende Auswirkung auf den gesamten Organismus, das Subjekt als Ganzes nach sich zieht (Petzold 1988n/1996a, S. 61f.).

Die Bewegungstherapie stellt die leiblichen Phänomene ins Zentrum, indem sie Räume eröffnet: sie bietet den konkreten Bewegungsraum, den „outer space“, zudem den Raum, der innere Freiheit zum Handlungs- und Spielraum gewährt und den Raum zu Kokreativität, dem „social space“. Es werden die auf körperlicher Ebene ausgedrückten Haltungen in Verbindung zu inneren Regungen und Gefühlen gesetzt, die sozialen und zwischenmenschlichen Begegnungen fließen in Bewegungsübungen ein und werden erfahrbar.

Die praktische Arbeit gestaltet sich vielfältig, ein paar Beispiele: Die Förderung eines positiven Leib-/Selbstbezuges geschieht durch das Anregen positiver leiblicher Erlebnisse, wie es etwa durch eine angenehme Tonusregulation in Entspannungsübungen geschieht. Dieses Vorgehen ist der vom Leib ausgehende Ansatz. In der

Therapie kann im weiteren Verlauf die gewonnene Wachheit und die neue Erfahrung aufgegriffen werden, um das Erlebnis zu vertiefen (vgl. Petzold 2003a, S. 1081).

Oder aber im Stundenverlauf wird eine bloße Bewegung aufgenommen und etwa eine Anregung gegeben, diese Bewegung zu vergrößern, um wahrzunehmen, wie sich das anfühlt. So ist es möglich, eigenen Mustern auf die Spur zu kommen, das eigene Verhalten zu erkennen, vielleicht zu erklären und – wenn angebracht – zu neuem Verhalten kommen. So wird wahrnehmen, erfahren, erleben möglich und kann zu neuem Gestalten führen

Eine weitere Möglichkeit sind Angebote in Gruppen, die eine Erweiterung des Handlungsspielraums anregen. Sie fordern auf, bislang vermiedene Rollen einzunehmen, etwa im Mittelpunkt zu stehen, mit anderen zu kooperieren oder anzugreifen. Ebenso können Übungen in Gruppen zu spontanen Handlungen verlocken und Motivation auslösen. Oder eine kleine Szene im Kontakt mit einer anderen Person, etwa die Nähe, der Blickkontakt, wird aufgegriffen und im Gespräch oder im Spielen mit Alternativen durch bewusstes Nachvollziehen des Geschehens reflektiert. Die Möglichkeit, an sich selbst bislang unbekannte Seiten zu erproben, kann ein erster Schritt zur Weiterentwicklung sein.

Durch eine Weiterführung, etwa in reflektierenden Gesprächen, entsteht die Möglichkeit eines Transfers dieser Erfahrungen in andere Lebenszusammenhänge. Hier besteht die Verknüpfung mit den Zielen der Integrativen Therapie, der Unterstützung der Selbstregulation und der Selbstverwirklichung.

Das Vorgehen in der Integrativen Therapie basiert auf den Grundannahmen eines in permanenter Entwicklung stehenden Wesens und sie strebt es an, die Souveränität jedes Einzelnen fördern, seine Gestaltungs- Handlungs- und Spielräume zu nutzen.

In dem Artikel „Das Selbst als Künstler und Kunstwerk“ stellt Petzold die zugrunde liegenden Leitmotive dieser Vorgehensweise heraus:

Kann ein Mensch sich wirklich selbst wahrnehmen, erleben, erfahren, so kann er eigentlich nicht umhin, sich selbst zu gestalten (Petzold 1999q, S. 21).

„Menschen gestalten wahrgenommene Welt durch Sprache und Handlung, durch Bearbeitung und Benennung [...] und sie verfügen damit auch über die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung, Selbstbetrachtung, der Selbsterkenntnis und Selbstgestaltung (Petzold 1999q S. 18).

Die vorgestellten Konzepte des Verfahrens lassen erkennen, in welcher unterschiedlichen Intensität therapeutisches Arbeiten umgesetzt werden kann. Wie das in der Praxis in einer Werkstatt für behinderte Menschen geschieht, behandelt Kapitel 4. Zuvor wendet sich der nächste Teil der Definition geistiger Behinderung und den Besonderheiten in der Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung zu.

3 Geistige Behinderung:

Definition und besondere Bedingungen in der Entwicklung

3.1 Definition des Begriffs der geistigen Behinderung

Geistige Behinderung ist eher ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich als ein klar definiertes Erscheinungsbild. Die Bereiche, in denen sich die Behinderung bemerkbar macht, sind ebenso vielfältig wie der Grad der Beeinträchtigung und die Auswirkungen auf das Leben. Die Definition einer geistigen Behinderung ist aus diesen Gründen nicht leicht. Schanze zitiert eine Definition der WHO; sie lautet: „Geistige Behinderung liegt dann vor, wenn die Abweichung der Intelligenzleistung mehr als zwei Standardabweichungen (Gaußsche Normalverteilungskurve) von einer statistisch als normalverteilt vorausgesetzten Intelligenz in der Allgemeinbevölkerung vorhanden ist“ (Schanze 2007, S. 21). Diese – kritisch betrachtete und wenig aussagekräftige – Definition erfährt in anderen Artikeln der WHO und dem ICD 10, dem *International Classification of Diseases*, treffendere Beschreibungen.

3.1.1 Definition des Begriffs „geistige Behinderung“ nach WHO

Die WHO definiert (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbund für Europa, www.euro.who.int):

Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung.

Behinderung ist nicht nur von der individuellen Gesundheit oder den Beeinträchtigungen eines Kindes abhängig, sondern hängt auch entscheidend davon ab, in

welchem Maße die vorhandenen Rahmenbedingungen seine vollständige Beteiligung am gesellschaftlichen Leben begünstigen.

Im Kontext der WHO-Initiative „Bessere Gesundheit, besseres Leben“ schließt der Begriff „geistige Behinderung“ auch Kinder mit autistischen Störungen ein, die geistige Beeinträchtigungen aufweisen. Er schließt zudem Kinder ein, die aufgrund vermeintlicher Behinderungen oder einer Ablehnung durch ihre Familie in Institutionen eingewiesen wurden und deshalb Entwicklungsstörungen und psychologische Probleme aufweisen.

3.1.2 Definition des Begriffs „Intelligenzminderung“ im ICD 10

Im ICD 10 findet sich die Diagnose „Intelligenzminderung“ unter den Punkten F70 bis F72 und die Diagnose „spezielle Beeinträchtigung des Lernverhaltens“ unter F81. Sie werden folgendermaßen zusammengefasst (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, www.dimdi.de):

1. F70 Leichte Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren). Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.

2. F71 Mittelgradige Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren). Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

3. F72 Schwere Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren). Andauernde Unterstützung ist notwendig.

4. F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Fertigkeitserwerbs von frühen Entwicklungsstadien an gestört sind. Dies ist nicht einfach Folge eines Mangels an Gelegenheit zu lernen; es ist auch nicht allein als Folge einer Intelligenzminderung oder irgendeiner erworbenen Hirnschädigung oder -krankheit aufzufassen.

Diese Beschreibungen geben einen besseren Eindruck, indem sie den globalen Begriff geistige Behinderung strukturieren; dennoch bleiben sie Verallgemeinerungen.

Nicht jeder Mensch mit einer geistigen Behinderung lässt sich einer Kategorie zuordnen. Denn Entwicklung kann in verschiedenen Entwicklungsbereichen eines Menschen sehr unterschiedlich ausfallen. So kann die sprachliche Entwicklung sehr ausgereift sein, die emotionale Entwicklung sich aber noch auf einer ganz anderen Ebene bewegen. Definitionen werden darum immer Annäherungen bleiben.

3.2 Besondere Bedingungen in der Entwicklung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Von den Definitionen, die sich mit den Beeinträchtigungen der Intelligenz und der Adaption befassen, führt der Schwerpunkt nun zu den Auswirkungen, den diese Beeinträchtigungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit haben.

Wie im ersten Teil beschrieben, bildet in der Persönlichkeitstheorie das *Selbst* die Basis, aus der heraus sich die Dimensionen des *Ich* und der *Identität* entwickeln. Für Menschen mit einer geistigen Behinderung ist das nicht grundsätzlich anders: Das *Ich* mit den primären Funktionen Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Memorieren und Handeln ist vorhanden, diese Fähigkeiten sind lediglich beeinträchtigt. Der Begriff geistige Behinderung bleibt oft durch die Vielfalt der Erscheinungsformen vage; greifbarer wird die Vorstellung, wenn man sich die differenzierteren Ich-Funktionen vergegenwärtigt, die aus den primären Funktionen hervorgehen. Rahm et.al. führen in ihrem Buch „Einführung in die Integrative Therapie“ folgende Ich-Funktionen an (Rahm et.al. 1993, S. 141):

ICH-FUNKTIONEN DES SELBST

- *örtliche und zeitliche Orientierung*
- *Bewusstsein der eigenen Identität*
- *Kontakt und Abgrenzungsfähigkeit*
- *Fähigkeit zur Exzentrizität und Zentrierung*
- *Fähigkeit zur Unterscheidung von Phantasie und Wirklichkeit*
- *bewusstes und differenziertes Wahrnehmen der Umwelt und der eigenen Befindlichkeit*
- *Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und in Beziehung zur Situation zu setzen*
- *bewusstes Phantasieren und Erinnern als fakultatives Handeln*
- *Fähigkeit zu logischem denken*
- *Fähigkeit zu assoziativ-kreativen Denken und Imaginationsfähigkeit*
- *Fähigkeit zur Entwicklung von Handlungsstrategien*
- *realistische Einschätzung der Durchsetzbarkeit von Wünschen*

- *Fähigkeit, sich nach Störungen zu stabilisieren*
- *Angst-Toleranz*
- *Ambiguitätstoleranz*
- *Wahrnehmen und Verstehen der Befindlichkeiten anderer*
- *ausreichendes Rollenrepertoire*
- *Fähigkeit zur Rollendistanz und -flexibilität*
- *Fähigkeit zur Normenübernahme und Normenflexibilität*
- *Fähigkeit, sich selbst in der Lebenswelt darzustellen und zu begreifen*
- *realistische Selbsteinschätzung*

Bei einer geistigen Behinderung sind immer einige dieser Fähigkeiten in unterschiedlicher Intensität beeinträchtigt. Das prägt die Ich-Entwicklung und wirkt sich in der Folge auf die Entwicklung der *Identität* aus. Bei einigen der genannten Funktionen ist der Bezug zur Identität offensichtlich: Das *Bewusstsein der eigenen Identität* ist bereits eine der Ich-Funktionen. Auch bei anderen Fähigkeiten, etwa der Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und in Bezug zur Situation zu setzen, oder dem bewussten, differenzierten Wahrnehmen der Umwelt und der eigenen Befindlichkeit, ist die Verknüpfung mit der Identität leicht nachvollziehbar.

Identität setzt sich jedoch aus den Eindrücken der selbstattributiven und der fremdattributiven Bewertungen und Einschätzungen zusammen. Für Menschen mit einer geistigen Behinderung hat die Bewertung der Umwelt (Familie, Gesellschaft und Kultur) ein besonderes Gewicht. Zwei Aspekte kommen dabei zum Tragen: Zum einen wirkt sich der Stellenwert, den eine Behinderung in der Gesellschaft erfährt, stark auf die Entwicklung der Identität aus, und zum anderen ist bei Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig die Fähigkeit, diese Bewertungen kritisch zu beleuchten, vermindert. Die Bewertungen von Außen wiegen also schwerer, weil die Fähigkeit, diese zu hinterfragen nicht immer gegeben ist. Auf diesen Aspekt der Entwicklung der Identität weise ich besonders hin, weil er in der praktischen Arbeit immer wieder eine wesentliche Bedeutung hat.

Ein Blick auf die jüngere Geschichte veranschaulicht, welche Entwicklung die Stellung von Behinderung in der Gesellschaft genommen hat. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Umgang mit Behinderung in Deutschland stark gewandelt. Meine ersten Erfahrungen in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen machte ich während eines Praktikums Anfang der 1980er Jahre. Ich habe damals noch Menschen kennen-

gelernt, die vor den Euthanasieprogrammen der Nazizeit gerettet wurden, sowie einige, die jahrelang versteckt in Wohnungen gehalten wurden, weil die Eltern aus Scham oder Angst die Kinder vor der Gesellschaft verbargen und selbst eine Anmeldung in einer Sonderschule umgingen.

In meinen aktuellen Arbeitszusammenhängen begegne ich der Möglichkeit der Integration, die in Kindergärten beginnt und in Schulen, Arbeit und Freizeit fortgesetzt wird. Es bestehen verschiedene Arbeits- und Wohnprojekte für Menschen mit geistiger Behinderung sowie Freizeitangebote. Es ist – wenn auch noch sehr lückenhaft – eine Infrastruktur entstanden, die Auswahlmöglichkeiten für verschiedene Lebensbereiche bereithält. Mittlerweile ist Inklusion ein wichtiges politisches Thema. In meiner täglichen Arbeit erlebe ich eine Bandbreite von Lebensformen und -bedingungen. Das schließt eine Entwicklung zu einem, den Möglichkeiten entsprechenden, selbstbestimmten Leben ebenso ein wie isolierte, zurückgezogene Lebensformen. Die Bewältigung der Behinderung ist so vielfältig und unterschiedlich wie es Menschen und Familien mit Behinderungen gibt. Der Einfluss der gesellschaftlichen Akzeptanz der Behinderung ist dabei jedoch immer ein wichtiger Faktor.

In der Entwicklung stehen für Menschen mit Behinderung spezielle Anforderungen an. Um einen Eindruck zu geben, möchte ich im Folgenden diese Anforderungen mit einigen Beispielen skizzieren. Dabei ist zu beachten, dass Persönlichkeitsentwicklung immer unter dem Einfluss von Beziehung stattfindet. Wie sich diese zu den ersten Bezugspersonen gestaltet, ist eine prägende Grundlage.

Behinderung ist mittlerweile häufig bereits vor der Geburt ein Thema. Die Nachricht einer möglichen Behinderung löst nicht nur bei den Eltern Verunsicherungen aus. Bei einer befreundeten Familie erlebte ich jüngst, dass die Ankündigung der möglichen Behinderung des Kindes zu einem aus Unsicherheit entstandenen Rückzug von Verwandten und Freunden führte. Für diese Familie stellte sich bereits vor der Geburt ein Gefühl des Alleingelassen-seins und der Isolation ein.

Häufig ist nach der Geburt die Nachricht, ein Kind mit Behinderung zu haben, für die Eltern ein Schock. Statt des erwarteten Gefühls der ungetrübten Freude über das Kind, bekommen Ängste, Sorgen, Enttäuschung, Überforderung, Scham etc. ein großes Gewicht. Bleiben diese Gefühle über Jahre hinweg dominant, so können sie zu einem belastenden Faktor für die Beziehung und die Entwicklung des Kindes

werden. Die noch bis vor wenigen Jahren so genannte „Aktion Sorgenkind“ trägt diesen Aspekt schon im Namen.

Behinderung ist aber nicht nur zu Beginn des Lebens Thema. Der Lebensalltag eines behinderten Kindes, und damit auch der Alltag der Eltern, ist nicht selten dicht bepackt mit Therapie-, Untersuchungs- und Beratungsterminen. Entscheidungen über geeignete Therapieformen stehen ebenso an wie Entscheidungen über Integrations- oder Sondereinrichtungen. Eltern stehen dabei immer wieder erneut vor den Fragen wie beispielsweise: Welche Therapiemethode? Welche Schule? Wie viel Therapie ist sinnvoll?

Für die Klientengruppe, auf die sich diese Arbeit bezieht, war häufig lediglich die Wahl von Sondereinrichtungen möglich. Diese können die Isolation bestärken. Sonderkindergärten und -schulen liegen oft wohnortfern. Die Folge ist, dass der Besuch dieser Einrichtung nur mit Fahrdiensten zu bewältigen ist. Das Entwickeln von Freundschaften mit Besuchen am Nachmittag ist bei einem großen Einzugsbereich erschwert. Wichtige Bereiche der Entwicklung der Selbständigkeit und der Umsetzung eigener Interessen sind aufgrund dieser Umstände oft eingeschränkt.

Menschen mit einer geistigen Behinderung bedürfen meist ihr ganzes Leben lang Betreuung. Das soziale Umfeld ist demzufolge auch enger verknüpft mit der Sichtweise von Familie und Betreuern und damit weniger von eigenen Peergroups, die sich neue, eigene Werte schaffen – dazu zwei Beispiele:

Für eine 22 jährige Klientin ist es normal, sich auch bei wärmstem Wetter eine Jacke überzuziehen, weil ihr Vater ihr erklärte, sie solle es tun, damit man ihre starke Skoliose nicht so deutlich sehe. Diese Klientin hat kein eigenes Freizeitleben, keine Freunde, es gibt also kaum jemanden, der das Fremdbild ergänzt oder korrigiert. Ganz anders stellte sich die Situation einer Anfang 20-jährigen Frau mit Down Syndrom dar, die ich im Kaufhaus beim Kauf eines Partykleides beobachten konnte. Sie ließ sich von der Mutter und der Verkäuferin beraten, um auf der nächsten Disco auszusehen wie Kate Winslet und dort „die allerschärfste Braut“ zu sein.

Diese Beispiele geben im Vergleich einen Eindruck, wie unterstützend oder wie beeinträchtigend der Umgang des Umfeldes mit Behinderung für die Entwicklung der Identität sein kann und so sehr unterschiedliche Ausgangslagen für Entwicklung bereitstellt. Die im Jugend und Erwachsenenalter anstehenden Herausforderungen, wie

der Aktivität mit Gleichgesinnten, der Ablösung von den Eltern und dem Verfolgen eigener Interessen, können sich nur entfalten, wenn Möglichkeiten bereitgestellt werden und es Unterstützung gibt. Die Art und Weise der Bewältigung, die sich im Erwachsenenleben fortsetzt, ist eng mit den bis dahin gelernten und verinnerlichten Strukturen verbunden.

Diese Ausschnitte vermitteln einen Eindruck, welche speziellen Einflüsse und Anforderungen bei Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen vorhanden sind. Das Leben mit einer geistigen Behinderung bedeutet, in der Umsetzung von Wünschen und Vorstellungen häufig auf konkrete Unterstützung angewiesen zu sein. Einerseits bleibt der Bedarf an Unterstützung in vielen Lebensbereichen bestehen, andererseits gilt es, Gestaltungsspielräume für die Bereiche zu entwickeln und zu fördern, in denen eigenständige Entscheidungen erfolgen können.

Vor der Selbstgestaltung aber steht die Anforderung, das Entwickeln, Bemerken und Äußern von Wünschen zu vollziehen. Leider läuft diese Entwicklung jedoch häufig Gefahr, in routinierten institutionellen Alltags, überholter Vorstellungen von Behinderung, widersprüchlichen Zielen in verschiedenen Betreuungsbereichen und mangelhafter Förderung von selbstgestalteten Lebensbereichen zu verkümmern.

Die Wahrscheinlichkeit für Menschen mit einer geistigen Behinderung Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Erkrankungen zu entwickeln, ist im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt deutlich erhöht. Einerseits stellt die Bewältigung alltäglicher komplexer Situationen eine hohe Anforderung dar, während Menschen mit einer geistigen Behinderung oft gleichzeitig hohen Anforderungen in ihren Lebensbedingungen standhalten müssen: angewiesen auf Betreuung im Wohn- und Arbeitsbereich, infolge dessen häufige Betreuerwechsel, institutionalisiertes Leben mit vielen Kompromissen und ein permanentes Leben in Gruppen stehen hier beispielhaft für zahlreiche Belastungsfaktoren. Für viele Menschen mit einer geistigen Behinderung steigt die Gefahr, dass sich diese Anforderungen und die geringere Möglichkeit, die Lebenssituation zu regulieren, zur Überlastung entwickelt und sich in Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Erkrankungen äußert.

4 Die Praxis

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die Themen Integrative Therapie und geistige Behinderung eingeführt wurden, führen jetzt diese beiden Themen zusammen und

zeigen die praktische Seite der Integrativen Therapie in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

4.1 Einführung in die Institution und Praxisbeispiele

Dazu wird zunächst die Einrichtung und das Setting vorgestellt und danach anhand dreier Beispiele die praktische Arbeit dargestellt.

4.1.1 Beschreibung der Klientengruppe

Die Klienten, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig sind, sind Menschen, die aufgrund ihrer geistigen, psychischen oder körperlichen Behinderung vorübergehend oder langfristig nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig sind. Der große Teil der Mitarbeiter mit Behinderung, im Folgenden „Mitarbeiter“ genannt, besteht aus Menschen mit einer angeborenen geistigen Behinderung oder einer Entwicklungsstörung. Eine kleinere Gruppe der Mitarbeiter sind von einer chronisch psychischen Erkrankung betroffen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung oder chronische Schizophrenie), und eine weitere, kleinere Gruppe umfasst Menschen, die durch die Folgen eines Schädelhirntraumas oder Alkoholmissbrauchs mit den Anforderungen eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überfordert sind.

Menschen mit schweren geistigen Behinderungen, denen eine Teilnahme am Arbeitsprozess nicht möglich ist, werden nicht in einer Werkstatt sondern in einer Fördergruppe betreut.

4.1.2 Die Rahmenbedingungen in der Werkstatt

Die Werkstatt ist eine von vier Zweigstellen eines großen Trägers in Berlin, in der rund 200 Menschen mit Behinderung tätig sind. Die Arbeitszeiten sind von Montag bis Freitag von 7:30 bis 14:45 Uhr. Die Altersstruktur reicht von 18 bis 65 Jahren. Die meisten Mitarbeiter sind nach der Schule in die Werkstatt eingetreten. Einige begannen ihre Arbeitstätigkeit in anderen Werkstätten oder haben nach versuchten Ausbildungen oder Späterkrankungen die Tätigkeit in der Werkstatt aufgenommen.

In zwölf unterschiedlich großen Gruppen werden die Mitarbeiter von handwerklich ausgebildeten Gruppenleitern mit sozialpädagogischen Zusatzqualifikationen, Erziehern oder Heilerziehungspflegerinnen betreut. Die Arbeitsaufträge in den Gruppen sind Industriemontagen, kunsthandwerkliche Arbeiten, EDV-Dienstleistungen, Versand

und auch Arbeitsplätze, die der Selbstorganisation der Werkstatt dienen, wie z. B. die Kantine und die Hausreinigung. Die Wahl der Gruppe richtet sich nach dem Wunsch des Mitarbeiters, den vorhandenen Plätzen und der passenden Gruppe bzw. Arbeitsanforderung.

Ein Sozialpädagogischer Dienst bearbeitet die Aufnahme, den Wechsel in andere Gruppen oder Einrichtungen und die Begleitung zu einem Außen- oder Integrationsarbeitsplatz. In Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, Gruppenleitern und Therapeuten aktualisiert er die Förderpläne und steht auch bei Konflikten und Beratungen zur Verfügung.

Der Auftrag einer Werkstatt für behinderte Menschen geht über eine reine Bereitstellung eines Arbeitsplatzes hinaus. Als Einrichtung der beruflichen Rehabilitation ist es ihre Aufgabe, die Teilhabe am Arbeitsleben mit entsprechenden Hilfen zu unterstützen. Um einen Arbeitsalltag zu bewältigen, bedarf es vielfältiger Kompetenzen. Neben den praktischen Fähigkeiten sind auch soziale und emotionale und Kompetenzen gefordert. Eine Form der Unterstützung bieten die arbeitsbegleitenden Angebote. Ziel dieser Angebote, die im Pädagogisch-Therapeutischen Dienst angesiedelt sind, ist die Persönlichkeitsentwicklung. Neben den Bewegungstherapien (auch Tanztherapie) werden Kunsttherapie, Chor und Kulturtechniken angeboten.

4.1.3 Organisatorische Strukturen der arbeitsbegleitenden Angebote

Die Mitarbeiter melden ihr Interesse selbst oder vermittelt durch Gruppenleiter, Betreuer oder dem Sozialpädagogischen Dienst an. Eine Teilnahme an bis zu zwei Angeboten ist erlaubt. Eine Anmeldung an der Bewegungstherapie beinhaltet für die Interessenten nicht unbedingt ein konkret benanntes Ziel. Einige begründen ihr Interesse mit dem Wunsch nach Entspannung oder Entlastung von sitzender Tätigkeit. Für den größeren Teil läuft das Angebot unter dem Begriff „Sport“, und der Wunsch ist durch eine offene Neugier oder dem Erzählen von Kollegen motiviert. Vor einer Probestunde frage ich zunächst das spezielle Interesse ab und schlage eine Gruppe vor. Nach der Probestunde findet eine gemeinsame Entscheidung von Interessenten, Therapeutin und Gruppe für oder gegen eine feste Teilnahme statt.

Die Gruppenzusammensetzung ist relativ stabil; im Durchschnitt finden ein bis zwei Veränderungen pro Jahr in der Zusammensetzung statt. Das Beenden des Angebotes ist manchmal durch eine lange Warteliste verursacht, die einen Wechsel fordert. Oft können aber die Klienten selbst über die Dauer des Angebotes entscheiden. Aus

zeitlichen Gründen, manchmal auch aufgrund von Konflikten, ist ein Wechsel in eine andere Gruppe nötig.

Die Angebote in der Bewegungstherapie finden für die Teilnehmer einmal wöchentlich statt. Die Dauer der Angebote liegt zwischen 30 und 50 Minuten. Die relativ kurzen Angebotszeiten liegen in der Notwendigkeit begründet, möglichst vielen Interessenten ein Angebot zu ermöglichen und z. B. älteren Personen angemessene Zeiten anbieten zu können. Die Gruppen bestehen aus drei bis acht Mitgliedern. Die Zusammensetzung und Größe der Gruppen plant die Therapeutin unter Berücksichtigung der Wünsche der Klienten. In der Zusammensetzung der Gruppe kann der Schwerpunkt z. B. bei Frauen- oder Seniorengruppen liegen. Da die Teilnehmer nach Interessenschwerpunkten und Fähigkeiten zur Gruppe stoßen, ergibt sich eine gewisse Homogenität.

4.1.4 Inhaltliche Struktur des Angebotes der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie

Üblicherweise beginnt eine Gruppenstunde mit einer gemeinsamen Runde, in der kurz die Befindlichkeiten und die Wünsche für die Stunde mitgeteilt werden. Danach gestalten wir gemeinsam den Stundenverlauf. Die meisten Gruppen haben eine recht regelmäßige Struktur. Das kann etwa zuerst Gymnastik und Massage und im zweiten Teil ein Spiel sein. Ebenso kann der Beginn mit Emotions-Fotokarten gestaltet sein, mit deren Hilfe die eigene Stimmung ausgedrückt wird und sich darauf aufbauend das Finden einer passenden Aktivität für den zweiten Teil der Stunde anschließt. Themen ergeben sich auch im Verlauf der Stunde, wie beispielsweise sich bei Partnerübungen für oder gegen eine Person auszusprechen oder sich im Rahmen gruppendynamischer Spiele einzubringen und auszudrücken. Manchmal entwickeln sich Schwerpunkte, die eine Weile fortgesetzt werden: So beschloss eine Gruppe nur noch „Redestunden“ zu machen, nachdem in dieser Gruppe Umgangsformen mit Konflikten angesprochen wurden und Übungen wie Improvisationen und Rollenspiele einfließen.

4.2 Praxisbeispiele

Die nun folgenden drei Beispiele legen die Umsetzung der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie in der Praxis dar.

4.2.1 Herr T.

Die Bewegungsgruppe besteht aus drei Frauen und drei Männern im Alter zwischen 23 und 54 Jahren, die sich einmal wöchentlich für 45 Minuten treffen. Der Stundenablauf beginnt, wie oben erwähnt, mit einer Anfangsrunde, in der die Befindlichkeiten und Wünsche ausgetauscht werden. Darauf folgt ein Teil mit Gymnastik-Übungen, in denen Koordination und Körperwahrnehmung im Vordergrund stehen. Als letztes folgt dann das in der Gruppe beschlossene Angebot. Manchmal schlage ich neue Spiele vor, was von der Gruppe meist interessiert angenommen wird.

Die Teilnehmer der Gruppe sind alle in der Lage, dem gesamten Stundenablauf zu folgen, sich abzustimmen, zuzuhören und aufeinander einzugehen. Die Arbeit mit angeleiteten Übungen und Regelspielen ist möglich. Ebenso können alle ein Feedback geben; das gilt für einzelne Übungen, Situationen und der gesamten Stunde.

Seit drei Jahren nimmt Herr T. (38 Jahre) an der Bewegungstherapie teil. Er ist ein Mann mit einer leichten geistigen Behinderung. Innerhalb der Werkstatt ist er in der Kantine tätig. Das ist eine Arbeit, die eine hohe Stressresistenz erfordert: Während der Essenszeiten ist die Kantine ein sehr lauter Arbeitsplatz mit vielfältigen Anforderungen, zugleich ist im kleinen Zubereitungsraum ein strukturiertes Arbeiten gefordert. Herr T. arbeitet sehr pflichtbewusst. In Stresszeiten äußert sich bisweilen seine Anspannung, indem er beginnt, seine Kollegen zu kommandieren.

Herr T. bewohnt innerhalb einer betreuten Wohngemeinschaft gemeinsam mit seiner Freundin zwei Zimmer. Lesen und schreiben kann er nicht; wohl aber ist er in der Lage, eingeübte Wege alleine zu bewältigen. In der Freizeit geht er mit seiner Freundin spazieren oder ins Café. Seinen Beschreibungen zufolge lebt er in einer aktiven Wohngemeinschaft in fürsorglicher Atmosphäre.

Zu Beginn des Angebotes fand die Bewegungstherapie zu einem für Herrn T. ungünstigen Zeitpunkt statt, da er seine begonnene Arbeit in der Kantine unterbrechen musste. Er kam oft nur widerstrebend zur Bewegungstherapie. Zusicherungen der Gruppenleiterin, ruhig gehen zu können, änderten an seinem Widerstreben nichts. Allerdings wandelte sich seine Stimmung prompt mit dem Betreten des Bewegungsraumes. Quasi wie umgeschaltet konnte er sich aktiv auf die Gruppe einlassen. Eine Veränderung der Therapiegruppenzeit ermöglichte später die Teilnahme ohne anfängliches Widerstreben.

Grundsätzlich ist Herr T. in der Lage, sich sprachlich auszudrücken. In der Anfangsrunde benennt er sein Befinden meist positiv; Begebenheiten der Woche fügt er in der Regel ebenso an, wie manchmal auch aktuelle Veränderungen in der Kantine. Sich mitzuteilen scheint ihm ein Bedürfnis zu sein. Dennoch gibt es Situationen, in denen er Sprache nicht anwenden kann. Wünsche für das Spiel, das er in der Stunde spielen möchte, deutet er mit Gesten auf das benötigte Material an (fast alle Materialien liegen in einem offenem Regal). In Situationen, in denen er sich unter Druck gesetzt fühlt, ist es ihm kaum möglich, seine Gefühle verbal mitzuteilen. Statt seine Ablehnung zu äußern, verstummt er, während gleichzeitig seine Anspannung spürbar steigt und er mit wütendem Blick und zusammen gepressten Lippen wie kurz vor der Explosion wirkt.

Die Bewegungstherapiegruppe arbeitet mit den Schwerpunkten Körperwahrnehmung und Soziomotorik. Über einen längeren Zeitraum begann die Stunde nach einer kurzen Befindlichkeitsrunde mit einer Wahrnehmungsübung, dem Abklopfen der Beine. Wichtiger Übungsanteil war es, hinterher die Veränderung des Körpergefühls mitzuteilen. Herr T. bestätigte regelmäßig eine entspannende Wirkung. Häufig folgen im zweiten Teil Koordinationsübungen. Dabei bekommt Herr T. Schwierigkeiten, wenn zu schnell angeleitet wird. Er selbst kann in dem Moment nicht darum bitten, langsamer zu werden. Ich stelle allerdings bei einer solchen Beobachtung meine Anleitung auf sein Tempo um und verbalisiere den Grund. Ebenso ermutige ich ihn, es selbst anzuzeigen, wenn ihm etwas zu schnell geht. Im Grunde steht Herr T. ungen im Mittelpunkt. In solchen Situationen kann er es jedoch gut annehmen. Es scheint ihn zu erleichtern, dass ich ausspreche, was er empfindet/erlebt.

Spiele, die wir in dieser Gruppe spielen, haben meist eine gruppenspezifische Ausrichtung. Ein Beispiel ist Schutzball, in dem die im Außenkreis stehenden Spieler versuchen, eine im Innenkreis stehende und von einem Beschützer verteidigte Person mit einem Softball zu treffen. Das Spiel erfordert in den verschiedenen Rollen unterschiedliche Fähigkeiten.

Herr T. mied es anfänglich, eine Position in der Mitte einzunehmen. Grundsätzlich ist in den Angeboten die Möglichkeit gegeben, bestimmte Spiele oder Teile davon abzulehnen. Ich verbalisierte meine Vermutung, dass er nicht gern in der Mitte steht und bildete so ein Sprachrohr zur Gruppe. Nach einem längeren Zeitraum des Übens war es möglich, Herrn T. zu überzeugen, auch einmal die zentralen Positionen einzu-

nehmen. Grundlage dafür war das Vertrauen zur Gruppe und zu mir, sowie die Sicherheit, aussteigen zu dürfen, wenn er sich überfordert fühlt. Er wurde in seiner neuen Position von der Gruppe umsichtig unterstützt. Der Stolz war ihm anzusehen und anzumerken, nachdem er das Spiel beendet hatte. Von der Gruppe erhielt er anerkennenden Zuspruch. Auch hier war es mein Part, seinem gestischen und mimischen Ausdruck Worte zu verleihen.

Die einzelnen Gruppenmitglieder erfahren über das Verbalisieren Gedanken, Gefühle und Ängste ihres Gruppenmitgliedes und sind so sensibler in der Begleitung. Das häufige Aussprechen seines Verhaltens und die Deutung der Ursachen führten dazu, dass in der Gruppe die Empfindlichkeiten von Herrn T. bekannt waren und berücksichtigt werden konnten. In der Arbeit mit behinderten Menschen stelle ich häufig fest, dass die Bewertung des Verhaltens leicht manipulierbar ist. Wird das langsame Arbeitsverhalten eines Kollegen von einem Betreuer oder angesehenen Kollegen als faul deklariert, ist das schnell als unumstößliche Wahrheit aufgenommen. Umso wichtiger ist es, Situationen und Verhalten erklärend und bewertungsneutral zu verbalisieren.

Das Angebot verschiedener Spielformen führte nach einer gewissen Gruppenzeit dazu, Herrn T. überraschend als enthusiastischen Wettkampfspieler zu erleben. Bei einem Frisbeespiel, das – wie häufig – zu einem spontan erfundenen Regelspiel führte, stellte sich heraus, dass er in dieser Art Spiel ganz andere Seiten von sich zeigen kann, nämlich die eines angeregt Wettkämpfenden.

Herrn T. bietet die Bewegungstherapie eine Erweiterung seiner Möglichkeiten. Innerhalb der Bewegungsangebote kann er sich einbringen. Mit der Unterstützung des Verbalisierens durch mich ist es ihm möglich, länger in Gruppenprozessen zu bleiben, unsichere Rollen auszuprobieren und Grenzen zu übersteigen. Damit verändert er seine Selbstwahrnehmung und sein Selbstbewusstsein. Die Gruppe beteiligte sich am Prozess, indem sie für Herrn T. Möglichkeiten des Mitwirkens fand und ihn sensibel begleitete.

Dieses Beispiel stellt die praktische Umsetzung des Ko-respondenzmodells dar: ein Auf-den-anderen-gerichtet-sein, das zu Begegnung, Konsens und Sinn führt. Herr T. erlebt eine Akzeptanz in der Gruppe, ebenso wie Unterstützung und sich selbst stolz und mutig. Von seinen Gruppenleitern erfahre ich, dass ihn die Bewegungstherapie entspannt.

4.2.2 Beispiel Frau K.

Frau K. ist eine 38 jährige, quirlige Frau, deren Behinderung durch die Folgen einer Alkoholembryopathie verursacht ist. Es fällt Personen mit diesem Behinderungsbild häufig schwer, komplexe Situationen zu erfassen und Informationen zu verallgemeinern.

Frau K. lebt im Betreuten Einzelwohnen, d.h. sie lebt allein und erhält Unterstützung durch Betreuer. In Notfällen gibt es eine erreichbare Zentrale. Beziehung zu anderen Menschen gestaltet sie sehr eng, ein stabiles Umfeld ist ihr wichtig. So ist sie z. B. seit längerer Zeit beunruhigt, da einer ihrer Gruppenleiter in zwei Jahren in Rente gehen wird. Ihr Arbeitsplatz bietet eine für sie sehr wichtige Struktur. Urlaub sieht sie eher mit Unbehagen entgegen. Konflikte in der Gruppe beschäftigen sie sehr, selbst wenn sie nicht involviert ist. In der Gestaltung ihrer Freizeit erfährt sie Unterstützung durch Betreuer, Einzelfallhelfer und der Pflegefamilie, in der sie aufgewachsen ist. Sie berichtet ausführlich von Ereignissen in ihrem Leben und nimmt Stellung zu Ereignissen in der Werkstatt.

Die Bewegungstherapiegruppe, an der sie teilnimmt, ist eine Frauengruppe, die eine lange Zeit den fast ausschließlichen Schwerpunkt der Entspannung hatte. Die Wirkung der Entspannungsarbeit kann sie gut beschreiben. Die Übungen aus unseren Stunden wendet sie auch Zuhause an.

Ein Konflikt ergab sich, als Frau K. ihre Teilnahme an einer Bewegungstherapie stunde absagen wollte, um an einer Geburtstagsfeier in der Arbeitsgruppe teilzunehmen. Die Absage erreichte mich – entgegen der Absprache – vermittelt durch einen Kollegen. Ich stimmte in diesem Fall nicht zu, ging zu ihr in die Arbeitsgruppe und begründete ihr meine Entscheidung mit der Form der indirekten und späten Anfrage, die zusätzlich 14 Tage nach einer bereits verpassten Stunde kam. Dem Gruppenleiter, der zuhörte, schien das nicht plausibel und er ließ dies deutlich vernehmen.

In der darauf folgenden Stunde erwähnte Frau K., dass sie sich wenig konzentrieren könne, da sie sehr mit dem Wortwechsel zwischen dem Gruppenleiter und mir beschäftigt war. Ich erklärte, dass ich mit dem Gruppenleiter noch einmal darüber reden und wir uns sicher verständigen würden. Sie müsse sich keine Sorgen machen, es sei nichts Schlimmes passiert.

Den ganz formalen Teil der Absageform konnte ich in den folgenden Tagen mit dem Gruppenleiter klären. Da es schon öfter Probleme mit Absagen gegeben hatte, habe

ich die Regeln schriftlich zusammengefasst und in der darauf folgenden Bewegungstherapie stunde in der Gruppe die nun klar formulierten Regeln noch einmal wiederholt. Eigentlich ohne ernsthafte Absicht fragte ich am Ende meiner Ausführungen, „So, haben das jetzt alle verstanden, oder müssen wir noch ein Rollenspiel dazu machen?“ Zu meiner Überraschung zeigte sich Frau K. ganz begeistert. Sie fand die Idee, ihre Befürchtungen durchzuspielen, ganz wunderbar. Auch die anderen Teilnehmerinnen zeigten sich sehr interessiert, wenn sie auch nicht aktiv mitmachen wollten.

Da Absagen meist telefonisch stattfinden, wählten wir den Telefondialog als Rollenspiel. Es folgten, nachdem die Utensilien penibel zusammengesucht waren, drei Durchgänge von Telefongesprächen mit verschiedenen Ausgängen und in verschiedenen Rollen, Frau K. übernahm einmal auch meine Rolle. Dieser Rollentausch machte deutlich, wo die Schwierigkeiten von Frau K. liegen: Komplexe Situationen erfasst sie nur langsam. Sie kann die vielfältigen Inhalte der vorangegangenen Auseinandersetzung wie den Regeln, den ungewohnten Ton, die Bezogenheit zu ihr nicht erfassen. Sicherheit gewinnt sie erst dann, wenn sie die Vorstellung konkretisieren kann.

Es gelang ihr mit diesen Rollenspielen das „Absage-System“ zu verstehen und somit für sich selbst Sicherheit zu gewinnen. So kann sie beim nächsten mal eigenständig absagen. Den Wortwechsel zwischen dem Gruppenleiter und mir kann sie, nachdem sie die Regeln verstanden hat, erkennbar als eine sie nicht betreffende Angelegenheit als erledigt betrachten.

Mehrere der 14 Heilfaktoren fließen in dieses Beispiel ein. In erster Linie ist es das einfühlsame Verstehen und verbunden damit, das Suchen des Weges, das es Frau K. ermöglicht, eine so komplexe Situation zu erfassen. Die Förderung der Lernmöglichkeiten und der kommunikativen Kompetenzen haben ebenso Bedeutung wie die Hilfe bei der praktischen Lebensbewältigung. Das Interesse der Gruppe, das im Beispiel zwar nicht beschrieben wurde aber deutlich vorhanden war, hat die Situation durchaus bestärkt. Alle Beteiligten stecken selbst immer wieder in Situationen, in denen Unsicherheit über die formal richtige Art der Absage besteht, und sie sind alle immer wieder in Situationen, in denen sie nicht direkt nachvollziehbare oder widersprüchliche Anweisungen erhalten. Das Erlebnis von Solidarität war also spürbar vorhanden.

Die Modalität führte uns in die erlebniszentriert-agogische Modalität. Im Übernehmen von Rollen erlebt Frau K. ihre Unsicherheiten und Fähigkeiten, mit den erklärten Regeln umzugehen. Die Übernahme meiner Rolle verstärkte ihre Sicherheit im Umgang mit dem Thema.

Mit dieser Konfliktlösung begann ein Prozess des Anerkennens der anderen Person, das Verstehen der unterschiedlichen Positionen und die Einigung auf eine gemeinsame Handlungsebene. Das ist ein Beispiel für das praktizierte Korrespondenzmodell: Es geht um das Finden eines Konsenses, das eine Grundlage für ein kooperatives Miteinander bietet. Wäre es bei der Auseinandersetzung mit dem Gruppenleiter geblieben, wären Frau K. nicht die Regeln vermittelt worden, hätte sie nicht am gemeinsam getragenen Konsens teilhaben können, und sie wäre nicht zur aktiv Kooperierenden geworden. Mit der Überforderung allein zu bleiben, bedeutet auch abhängig zu bleiben.

4.2.3 Beispiel Herr O.

Herr O. ist ein 40-jähriger Mann mit Migrationshintergrund. Er lebt bei seinen Eltern. Einen engen Kontakt pflegt er zu seiner Schwester, die ihn bei Freizeitaktivitäten unterstützt. Kulturell bedingt gibt es eine enge familiäre Bindung. Seine Behinderung besteht vorwiegend in einem psychischen Entwicklungsrückstand. Verbal ist er gut in der Lage, sich auszudrücken. Im Bereich der alltäglichen Erfordernisse ist er sehr selbständig, beispielsweise bewältigt er allein den Weg zur Werkstatt und besucht gelegentlich allein eine Disco. Er ist ein sehr höflicher Mann, der oft zu zurückhaltend ist, um seine Anliegen deutlich einzubringen. Diese Zurückhaltung bringt es mit sich, dass er kaum in der Lage ist, sich zu wehren, wenn er sich falsch behandelt fühlt. Seine Erwartungen anderen Menschen gegenüber sind hoch. Oft gebietet es ihm die Höflichkeit, seine Belange nicht einzufordern, während er gleichzeitig erwartet, dass andere nach denselben moralischen Werten wie er selbst leben. Zu Konflikten kommt es, wenn er das Verhalten anderer als Angriff gegen sich selbst einschätzt. Es bedarf oft vermittelnder Gespräche, wenn Konflikte im Alltag entstehen. Innerhalb der Bewegungstherapie ist es immer wieder gut gelungen, seine Probleme aufzugreifen und in Verbindung mit Bewegungsübungen zu lösen. Mittlerweile ist ein stabiles Vertrauensverhältnis entstanden. Dazu beigetragen hat die Fähigkeit von Herrn O. nachzufragen, wenn er etwas nicht verstanden hat.

Seit einem Jahr ist er Teilnehmer in der Bewegungstherapie. Die Gruppe besteht aus fünf Frauen und drei Männern, die zu Beginn der Stunde Qi Gong-Übungen machen und sich im zweiten Teil häufig für Spiele entscheiden. Im Gegensatz zu vielen anderen Gruppen beginnt diese nicht mit einer anfänglichen Gesprächsrunde. Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine Anfangsrunde so ausführlich wird, dass die Bewegung zu kurz kommt. Der Beginn mit Qi Gong-Übungen ermöglicht den Ausdruck auf einer Bewegungsebene. Dieser Anfang bewirkt ein Zentrieren und Beruhigen. Befindlichkeiten können immer wieder in kurzen Redesequenzen einfließen. Aktuelle Themen finden dabei durch die Auswahl bestimmter Qi Gong-Übungen ihren Weg in die Gruppenstunde. Die meisten Klienten sind gut in der Lage, sich verbal auszudrücken, so dass auch Gespräche über aktuelle Begebenheiten aus dem Arbeits- und Freizeitalltag einfließen können. Angebote für den zweiten Teil der Stunde werden oft mit Frage und Antwort-Spielen verbunden. Die Gelegenheit des Austausches ist dabei die wesentliche Motivation. Mit Fragen wie: „Wie ruhen Sie sich am besten aus?“ oder „Wie gestalten Sie ein gutes Wochenende?“ lässt sich Austausch und Anregung verwirklichen.

Zum Inhalt der Stunde gehört die Selbstwahrnehmung, die sich in Qi Gong-Vorbereitungen gut einbauen lassen. Die Übungen zum Aufwärmen fokussieren zunächst die körperliche Wahrnehmung. In darauf folgenden Anleitungen wird die Wahrnehmung auf die Stimmung, die Gedanken und den Atem gelenkt. Je nach Stunde und Redebedürfnis gleiten wir vom stillen Üben in einen kurzen Austausch. Auch in den Qi Gong-Übungen, welche die Teilnehmenden aus einer Reihe bekannter Übungen auswählen, entwickeln sich regelmäßig experimentelle Sequenzen, in denen das klassische Üben in den Hintergrund tritt. So bekommt die Selbstwahrnehmung mehr Raum.

In einer Stunde bemerkte ich, wie Herr O. immer wieder die Bewegungen unterbrach und teilnahmslos im Kreis stand. Angesprochen auf seine Passivität berichtete er von einem Konflikt in seiner Familie. Ein vermittelndes Gespräch mit dem Begleitenden Dienst der Werkstatt hatte stattgefunden, allerdings lähmte der Ärger ihn anhaltend. Er begann die Angelegenheit sehr detailliert zu erzählen. Bis zu einem gewissen Punkt konnte ich ihn erzählen lassen, dann bremste ich ihn jedoch und schlug vor die Übung des Fauststoßens zu wählen. Er war einverstanden. Nach dieser kleinen Redesequenz beteiligte er sich aktiver. Die Übung des Fauststoßens konnte er problemlos aktiv ausüben. Schon während des Übens war sichtbar, dass er sein „festhal-

ten“ aufgeben konnte. Auf der körperlichen Ebene und in dieser Form ausgeführt, bereitete es ihm keine Probleme, Aggression zu zeigen. Er konnte sich ausprobieren. In der Anleitung wechselte ich zwischen den Übungsanleitungen wie „ein Ziel anvisieren“, „den Arm geradeaus mittig ausdehnen“, „lang werden, dabei stabil mit beiden Füßen auf dem Boden stehen“. Danach verlagerte ich die Aufmerksamkeit auf andere Bereiche der Selbstwahrnehmung: Wie viel Kraft möchte ich einbringen? Kann ich meinen Blick zielgerichtet sein lassen? Kann ich mein Anzeigen der Grenze noch verdeutlichen? Anregend war es, dass andere Gruppenmitglieder aus vorherigen Erfahrungen mit dieser Übung ihre Ideen einbringen, z. B. indem sie zusätzlich „Stopp“ rufen, wenn sie ihre Faust ausstrecken.

Herr O. war nach der Übung erleichtert und entspannt. Er konnte seinen Ärger wahrnehmen und mit dem Ausdruck spielen. Die Erstarrung hat sich aufgelöst, Herr O. hat zu einem fließenden Umgang zurückgefunden.

Die Integrative Therapie spricht hier von dem „from muscle to mind“ Phänomen oder auch der „Bottom-up-Technik“. Diese baut auf der Tatsache auf, dass körperliche Haltung und Gehirnaktivitäten sich gegenseitig beeinflussen. „From muscle to mind“, also vom Muskel zum Gehirn, verweist auf die mittlerweile sehr gut nachweisbaren Aktivitäten im Gehirn, die mit einer Veränderung der Mimik oder Haltung in ausgelöst werden können.

In diesem Beispiel konnten wir auf eine aktuelle Situation eingehen. Beim regelmäßigen Üben können sich umfassendere Veränderungen im Umgang mit Konflikten einstellen. Bereits die entstandene Vertrauensbasis und die Offenheit Herrn Os.. lässt eine Veränderung erkennen.

Mit diesen Beispielen sei ein Eindruck gegeben, in welcher Weise sich die Integrative Leib- und Bewegungstherapie in einer Werkstatt für behinderte Menschen umsetzen lässt.

5 Resümee

In dem Vorwort dieser Arbeit benannte ich das Ziel, mit dieser Arbeit Einblicke in die Lebens- und Lernwelten von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu geben und dabei den Wert eines sehr differenziert angelegten Therapieverständnisses darzulegen, wie ihn die Integrative Therapie bietet.

Die in Grundlagen der Integrativen Therapie angelegten ausgearbeiteten Konzepte menschlichen Seins und Strebens setzen sich in den Theorie- und Praxiskonzepten fort. Eine Erweiterung der Selbstregulation und Selbstverwirklichung sowie die Förderung der Souveränität bei jedem Einzelnen zu unterstützen, ist das Ziel therapeutischen Handelns. Eine geistige Behinderung stellt dabei kein Hindernis dar – im Gegenteil: Das Verfahren kommt mit seinem kreativen und leiblichen Schwerpunkt einer Arbeit mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen entgegen, und die vielfältigen Zugänge therapeutischen Vorgehens erlauben ein therapeutisches Arbeiten in einer Werkstatt für Behinderte.

Für eine Arbeit in der Werkstatt bieten die methodischen Modelle mit ihren Wegen und Modalitäten Variationen, die ein therapeutisches Vorgehen am Arbeitsplatz möglich machen. Die Methode der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie bietet über den Zugang des Leibes und der Bewegung ein besonders passendes Medium. Sie ist unmittelbar erfahrbar und hat das Potenzial, die Selbstwahrnehmung, das Verstehen von Zusammenhängen im sozialen Miteinander und das Erweitern eigener Handlungsmöglichkeiten zu fördern. Sie bietet Unterstützung in Verständnisprozessen und überwindet Probleme der verbalen Kommunikation. Die kreativen, leiblichen Zugänge erleichtern es, Lebenssituationen aufzugreifen und Einsichten und Verständnisprozesse zu erweitern.

In einer passenden Zusammenfassung für die hier geschilderte Arbeit findet sich die Haltung der Integrativen Therapie dem Menschen und den therapeutischen Zielen gegenüber im folgenden Zitat Petzolds wieder:

Das eben ist der Mensch: ein sich in der Zeit und in zwischenmenschlichen Narrativen wahrnehmendes/selbstwahrnehmendes, ein gestaltendes/selbstgestaltendes und ein wertendes/selbstbewertendes Wesen. In all diesem ist er vielfältig und schafft Vielfalt und er braucht, um verstanden zu werden und in rechter Weise mit Fürsorge umgeben zu sein, den mehrperspektivischen Blick des Anderen – in den Alltagsbegegnungen, in der Erziehungsarbeit, in der Therapie [...] er braucht – und das erachte ich für wesentlich – einen mehrperspektivischen Blick für sich selbst, um seine Vielfalt zu erkennen und zu verwirklichen. Gelingt ihm dies, so überschreitet er in der Therapie eine bloß kurative Behandlung zu einer, in der die Persönlichkeitsentwicklung kräftig hinzukommt und tritt auf den Weg einer aktiv gelebten Lebenskunst (Petzold 1999q, S. 21).

Zusammenfassung:

Integrative Leib- und Bewegungstherapie in einer Werkstatt für behinderte Menschen

In der vorliegenden Arbeit werden die Themen Integrative Therapie und Menschen mit einer geistigen Behinderung behandelt und die Arbeit der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie in einer Werkstatt für behinderte Menschen dargestellt. Zunächst werden die Grundkonzepte, -theorien und Methoden der Integrativen Therapie eingeführt und anschließend in die Definition von geistiger Behinderung und die besondere Situation von Menschen mit einer geistigen Behinderung thematisiert. Abschließend wird das Arbeitsumfeld einer Werkstatt für behinderte Menschen vorgestellt und die Umsetzung der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie in diesem Rahmen anhand von Praxisbeispielen veranschaulicht.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Geistige Behinderung, Persönlichkeitstheorie, Therapeutische Interventionen und Konzepte.

Summary:

Integrativ body and movement therapie in a sheltered workshop for disabled people

The present work investigates the topics of integrative therapy and people with mental retardation and the practical work of integrative body and movement therapy in a sheltered workshop for disabled people. At first an introduction to basic concepts, theories and methods of integrative therapy is given, before defining the notion of mental retardation and highlighting the particular situation of people with mental retardation. Finally, the environment of a sheltered workshop for disabled people will be presented, and the implementation of integrative body and movement therapy within this context on the basis of practical examples.

Keywords: Integrative therapy, integrative body and movement therapy, mental retardation, personality theory, therapeutic interventions and concepts.

LITERATURVERZEICHNIS

BÜCHER:

- Hausmann, B. ; Neddermeyer, R.** (1996): *Bewegt sein, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung.* Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.** (1988n/1996a): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke* Bd. I, 1 und I, 2. Paderborn: Junfermann. 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G.** (1990h): *Der "Tree of Science" als Erklärungs- und Erkenntnismodell für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie*, bearbeitet von Bernd Heinermann, Düsseldorf: Fritz Perls Institut
- Petzold, H.G.** (2003a): *Integrative Therapie.* 3 Bde. Paderborn: Junfermann. überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Rahm, D.** et.al. (1993): *Einführung in die integrative Therapie. Grundlagen und Praxis.* 4. Aufl., Paderborn: Junfermann
- Schanze, C.** (Hrsg) (2007): *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen.* 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2013. Stuttgart: Schattauer
- Waibel, M. ; Jacob-Krieger, C.** (Hrsg) (2009): *Integrative Bewegungstherapie: störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis.* Stuttgart: Schattauer

INTERNETQUELLEN (alle Quellen zuletzt abgerufen am 20.11.2015)

Aus FPI-Publikationen, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, <http://www.fpi-publikation.de>

- Lukesch, B., Petzold, H. G.** (2011): *Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen*, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>.
- Orth, I., Petzold, H.G.** (1993c) *Zur Anthropologie des schöpferischen Menschen.* In *Petzold, H. G., Sieper, J.* (Hrsg): *Integration und Kreation*, Bd 1, 93 - 116, Paderborn: Junfermann-regpr in <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2015-ilse-orth-hilarion-g-petzold-1993c.html>
- Orth, I., Petzold, H.G.** (1998a): *Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie.* In: *Illi, U. Breithecker, D., Mundigler, S.* (1998) (Hrsg.): *Bewegte Schule. Gesunde Schule.* Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199; repr. in *Polyloge* 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2009-orth-i-petzold-h-g-heilende-bewegung.html>
- Petzold, H.G.** (1999q): *Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“.* Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/update-2006-1999q-07-2001-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>

Petzold, H.G. (2002b / upd 2006): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“ - Ein „biopsychosozialökologischer“ Ansatz.
<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2006-petzold-h-g-upd-v-2002b.html>

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Psychologische Medizin 1 (Graz)
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>

Petzold, H.G. (2011c): Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie – 2/2011.
<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>

Petzold, H. G., Orth, I. (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie.
<http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenlicher-souveraenitaet.html>

Aus weiteren Internetquellen

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information,
ICD-10-WHO Version 2011
www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/chapter-v.htm

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbund für Europa,
Definition des Begriffs „geistige Behinderung“
<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

ABBILDUNGEN

Abbildung 1

Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann. überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a

Abbildung 2

Petzold, H.G. (2002b / upd 2006): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“ - Ein „biopsychosozialökologischer“ Ansatz.
<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2006-petzold-h-g-upd-v-2002b.html>