

Integrative Bewegungstherapie

Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert, Apostolos Tsomplektis, Hilarion G. Petzold, Martin J. Waibel*

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),
Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; *Annette Höbmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;
Hermann Ludwig, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 02/1991

Gemeinsamkeiten statt Trennung - Integrative Ansätze von Gymnastik, Krankengymnastik und psychophysischer Bewegungstherapie in der Klinik

*Martin J. Waibel, Aulendorf **

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 2/1991, S. 15-24

* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höbmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 2/1991, Seite 15-24.

Zusammenfassung: Gemeinsamkeiten statt Trennung - Integrative Ansätze von Gymnastik, Krankengymnastik und psychophysischer Bewegungstherapie in der Klinik

Der Autor beschreibt die Möglichkeiten gemeinsamen Arbeitens unterschiedlicher Berufe in der klinischen Arbeit. Dabei soll die Dichotomie von rein körperlichen und seelischen Verfahren (Berufe) mittels eines integrativen Ansatzes überwunden werden. Die Besonderheit des Artikels liegt darin, dass der Autor dies über 30 Jahre erfolgreich praktiziert hat.

Schlüsselworte: Leib, Körper, Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Integrative Therapie, Gemeinsamkeiten, Aufhebung von Trennungen, Integration unterschiedlicher Berufsbilder

Summary: Similarities instead of separation - integrative approaches of gymnastics, physiotherapy and psychophysical exercise therapy in the clinic
The author describes the possibilities of working together in different occupations in clinical work. The aim is to overcome the dichotomy of purely physical and mental processes (occupations) by means of an integrative approach. The peculiarity of the article is that the author has successfully practiced this for over 30 years.

Keywords: body, body, integrative body and movement therapy, integrative therapy, similarities, cancellation of separations, integration of different job profiles

Bewegung um der Bewegung willen scheint mir wie l'art pour l'art ein Zeichen für einen möglichen Autismus zu sein, für eine gewisse Weigerung die Kommunikation aufzunehmen und dafür, sich in einen imaginären Narzissmus einzuschließen.

Laura Sheleen

Einführung

Die bekannten Formen von Gymnastik, Krankengymnastik (Physiotherapie) und die psychophysische Leib- und Bewegungstherapie (ich verstehe unter diesem Begriff vor allem die Integrative Bewegungstherapie, Konzentrative Bewegungstherapie und im weiteren Sinne auch funktional-übungszentrierte Verfahren wie Feldenkrais, Atemtherapie, Eutonie u.ä.) im klinischen Alltag sinnvoll zu verbinden, scheint zunächst äußerst schwierig. Da gibt es klassische Vorurteile und Unverständnisse der einzelnen Richtungen und Berufsgruppen untereinander wie von den Gymnastiklehrern "die Krankengymnasten verstehen nichts von guter Gymnastik die Spaß macht", oder den Krankengymnasten "Gymnastiklehrer machen funktional doch meistens vieles falsch" oder wiederum von den Bewegungstherapeuten "die sehen nur die Bewegung und die Mechanik aber nicht den Menschen". Diese Reihe an gegenseitigen Vorwürfen ließe sich unendlich fortsetzen und findet guten Nährboden in der unterschiedlichen Bezahlung und gegenseitiger Nichtanerkennung sowie Schwierigkeiten der jeweiligen Identität.

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie bietet hervorragende erkenntnistheoretische und anthropologische Konzepte (Petzold 1988), worauf sich integrative Ansätze auch in die Praxis von den zunächst sehr unterschiedlichen o.g. Verfahren übertragen lassen, ohne dabei in eine "zweckorientierte Anhäufung von Methoden" zu verfallen.

Das Synopse- und Synergieprinzip der Integrativen Therapie (Petzold 1988) habe ich dabei als Grundlage therapeutischer Leib- und Bewegungsarbeit im klinischen Alltag genutzt. Das Konzept, das ich vorstellen will, ist aus langjährigen z.T. recht mühseligen Erfahrungen entstanden. Die Zeiten der Rückschläge waren ebenso präsent wie die Zeiten wirklicher gelungener Zusammenarbeit. Nachdem in den letzten Jahren doch eine zunehmende Kontinuität und Stabilität und damit verbundene gegenseitige Anerkennung entstanden ist, will ich einiges davon berichten.

Die Struktur der Klinik

Die Klinik selber verfügt über 240 psychosomatische Betten und 120 Betten aus der Inneren Medizin. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird nach außen hin groß geschrieben und intern sehr unterschiedlich praktiziert. Die Patienten kommen in der Regel in die Klinik im Form eines Rehabilitationsverfahrens bzw. Kurverfahrens*.

Bemerkenswert ist dabei, daß doch einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten unklar ist, daß sie in eine psychosomatische Klinik und nicht in eine typische Kurklinik kommen, was das Therapiesetting u.U. zunächst sehr schwierig gestaltet. Die Aufenthaltsdauer beträgt 6 - 8 Wochen, bei besonderen Diagnosen (Anorexia nervosa, Bulimie, frühe Schädigungen...) zum Teil erheblich länger.

Die Abteilung Bewegungstherapie/Krankengymnastik besteht aus knapp 8 Stellen, die von Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Gymnastiklehrerinnen, Sportlehrern und Masseuren besetzt sind. Dabei ist zu beachten, daß wegen der Größe der Klinik eine eigene Bäderabteilung besteht.

Das Zitat von L. Sheleen zu Beginn dieses Artikels reflektiert kurzgefaßt das "Denken" der Abteilung, deren Mitglieder eine rein mechanistische Reparaturtherapie ablehnen. Wo reparative Therapie notwendig ist, muß sie optimal eingesetzt werden - der Blick auf den "ganzen Menschen" bleibt im Zentrum therapeutischen Arbeitens. Die einzelnen Therapeuten verfügen über unterschiedliche Weiterbildungen in Integrativer und Konzentrativer Bewegungstherapie, Feldenkrais sowie Eutonie nach Glaser. Methodenvielfalt ist vorhanden und gewünscht, individuelle therapeutische Stile ebenso, wobei jedoch Therapieziele in den Gruppen- und Einzeltherapien teamintern festgelegt werden.

Schwierigkeiten der integrativen Zusammenarbeit

1. Das "Team" verfügt über unterschiedliche Aus- und Weiterbildungen was z.T. nur spezifische Einsätze zuläßt. (so kann die Gymnastiklehrerin nicht den IBT-Therapeuten in der "Körperwahrnehmungsgruppe" vertreten.)
2. Der "Wert" bzw. "Gleichwertigkeit" der gegenseitigen Arbeit muß diskutiert werden, es besteht eine hohe Sensibilität zur Arbeit des anderen. Kränkungen können somit schnell eintreten.
3. Überforderung: Die gegenseitige Arbeit wird schließlich dann doch immer wieder unterschätzt und in Vertretungsfällen eines anderen Tätigkeitsfeldes mit der Einstellung "das probier ich doch auch mal, das kann ich auch" wächst schnell aus einer mißlungenen Gruppe Frustration.
4. Der Austausch der gegenseitigen Fachrichtungen erfordert viel Zeit. Die internen Fortbildungen sind zeitaufwendig.
5. Eingruppierungen. Die Eingruppierung wird wie häufig auch in anderen Institutionen nach dem Grundberuf vorgenommen. Es existiert nach außen hin zwar eine Bewegungstherapie - aber es gibt von der Bezahlung her gesehen keine Bewegungstherapeuten. Die Durchsetzung der Bezahlung nach Tätigkeitsmerkmalen war bisher nicht durchsetzbar.

Vorteile der integrativen Zusammenarbeit

1. Interessante Arbeitsgebiete überschneiden sich gegenseitig, man/frau kann viel vom anderen lernen und sich helfen lassen (Exchange Learning/Exchange Helping). So haben die Krankengymnasten häufig Probleme bei der Gruppenführung aufgrund der psychodynamischen Prozesse (Übertragung/ Gegenübertragung), die sie sehr unterschätzen und können hier viel von Bewegungstherapeuten lernen. Die Bewegungstherapeuten hingegen erweitern ihr Wissen in funktiona-

ler Therapie. Die Gymnastiklehrerinnen bringen ihr großes Repertoire an spielerischen, tänzerischen und kreativen Bewegungsideen ein.

2. Co-Therapien sind in den gegenseitigen Gruppen möglich - ebenso wechselseitige Gruppenbeobachtung.

3. Die Unterschiedlichkeit und Gegensätzlichkeit hemmt nicht das eigene Tun sondern vermittelt auch eine Menge neue Impulse.

4. Die bekannte gegenseitige Konkurrenz der Fachrichtungen zum Nachteil des Patienten wird verhindert.

Beispiele:

- Der Patient mit Rückenbeschwerden wird nach langjähriger funktionaler Therapie nicht weiter in der Klinik durch denselben Ansatz "symptomfixiert". Er ist dadurch zu einer Bewegungstherapie bereit. Bei Patienten, die ohne psychosomatische Krankheitseinsicht in die Klinik kommen, gehen noch mehr in Abwehr, wenn über Bewegungstherapie schlagartig ein anderer Ansatz versucht wird. Hier zeigt sich ein vorsichtiger Zugang über funktionale Arbeit als entscheidender Vorteil. Der Patient fühlt sich in seinem Leiden "für voll genommen".

- Eine Patientin mit der Diagnose "Anorexia nervosa" kommt in die krankengymnastische Therapie wegen Rückenbeschwerden. Psychotherapeutisch ist sie verbal sehr unzugänglich - lehnt sogar eine Therapie in dieser Form ab. Auf die Frage zunächst in der krankengymnastischen Therapie, was sie erreichen möchte, antwortet sie "ihr Gewebe und ihren Körper richtig straffen". Daraufhin beginnt der Therapeut mit einfachen Stabilisierungsübungen und kommt dem Wunsch der Patientin zunächst entgegen. Im Laufe der Therapie (3. Stunde) tritt dann die entscheidende Änderung ein. Die Patientin läßt sich in den Zwischenphasen dieses isometrischen Trainings auf lösende Übungen ein. Sie berichtet "nebenbei" von einer rein verbalen analytischen Therapie in einer anderen Klinik, wo sie sich nicht verstanden gefühlt hat. Der weitere Zugang zur Patientin über den Leib gelingt, alsbald kann die Therapie zu einer leibzentrierten Therapie erweitert werden - schließlich ist sie auch zu Gesprächen mit einem Psychologen bereit.

Ich denke, daß die "bedingungslose" Akzeptanz des Therapeuten, nämlich auf ihre Wünsche einzugehen ohne sie funktional zu fixieren, sowie das dadurch für sie entstehende "nicht bedrohliche Setting" der entscheidende Wendepunkt in der Therapie war. Eine reine Krankengymnastik hätte sie wohl auf körperliches Üben fixiert - eine psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie u.U. zu früh bedroht.

5. Das sogenannte "Einzelkämpfer-Syndrom" durch z.B. viele kleine Abteilungen wird aufgehoben. Es entsteht ein intensives Gruppengefühl der einzelnen Mitarbeiter was beispielsweise ein Auftreten nach außen hin in Forderung nach Räumen, Arbeitsmöglichkeiten und Flexibilität der Arbeitszeiten ermöglicht. Es geht uns nicht anders wie in vielen Kliniken, wo Therapien oft unzulänglich oder schlecht durchgeführt werden können, wegen ungünstiger Räume und Arbeitsverhältnisse wie z.B. Lärm, Nichtabgeschlossenheit der Räume. Hier konnte über die Jahre eine einigermaßen zufriedene Raumsituation geschaffen werden. Zur Zeit besteht die Abteilung aus einer mittleren Turnhalle, einem sehr schönen Wintergarten mit Einzelplätzen, zwei Einzelräume und einem Bewegungstherapieraum für kleine Gruppen und Einzeltherapie. Durch die Situation, daß wir auch stationär und im Freien arbeiten, ist die räumliche Situation erträglich.

6. Vielfältige differenzierte Therapieansätze: Mittlerweile bestehen bei uns 33 unterschiedliche Gruppenangebote (... von Meditativer Morgenbewegung bis zu Gehtraining für Patienten mit Arterieller Verschußkrankheit wo neben funktionalem Gang das Spüren für das Gehen aus ökonomischer Sicht gelehrt wird). Das läßt natürlich sofort den Eindruck des "polypragmatischen Methodenekletizismus" aufkommen, was in der Tat auch passiert, wenn nicht das "Stationsteam" differenziert nach synoptischen und synergistischen Prinzipien verordnet.

Daher möchte ich gleich auf die Bedingungen einer solchen integrativen Arbeit kommen.

Das therapeutische Team (Stationsteam)

Das sogenannte therapeutische Team, ich nenne es nachfolgend "Team" ist für die Verordnung und Therapie des Patienten verantwortlich. Das Team besteht in der Regel aus dem Stationsarzt, der Psychologin, den Stationsschwestern, einem Bewegungstherapeuten, einem Gestaltungstherapeuten, einer Masseurin und in der Regel ist häufig auch der Oberarzt oder die Chefärztin anwesend. Somit laufen die entscheidenden Informationen im Team zusammen. Die weiteren Vorteile wie die unterschiedliche Wahrnehmung des Patienten in den einzelnen Bereichen, will ich hier nicht weiter erläutern. Dazu muß ich anfügen, daß diese "ideale Form" klinikinterner Arbeit nicht auf allen Stationen der Klinik bisher voll verwirklicht ist, was z.T. einfach an verkrusteten Strukturen und veralteten hierarchischen Auffassungen liegt, die überall in Institutionen ähnlicher Form vorzufinden sind.

Das Team arbeitet z.T. auch in der Gruppenarbeit zusammen: So gibt es unterschiedliche Konstellationen wie z.B. Arzt/Bewegungstherapeut, Gestaltungstherapeut/Psychologe usw. Das Team trifft sich in der Regel täglich zum Austausch über schwierige Patienten, Therapieverordnungen neuer Patienten bzw. Therapieveränderungen. Ebenso gibt es gemeinsame Teamsupervision.

Die Integration verschiedener Verfahren in der Praxis

Wie verschiedene Verfahren ineinandergreifend schließlich zu einem Therapieerfolg führen können, möchte ich beispielhaft am Fall einer Patientin darstellen:

Die Patientin ist 39 Jahre und kommt wegen sehr schmerzhafter Schulter-Armbeschwerden sowie Angstsymptomen in die Klinik. Der aufnehmende Arzt beschreibt sie als sehr unzugänglich und zurückhaltend. Auf den Vorschlag verbaler Psychotherapie läßt sie sich nur sehr zögernd ein. Bisher wurden die Beschwerden ausführlich mit physikalischer Therapie behandelt (ca. 60 x Krankengymnastik, fast ebensoviel Massagen). Beide Therapien, so äußert sie, hätten sehr weh getan, sie würde aber gerne damit weiter machen. Bei der Sozialanamnese ergibt sich im wesentlichen, daß sie sehr zurückgezogen lebt, kaum noch aus dem Haus geht, ihr Mann wenig da ist. Sie hat ein Kind. Ein Freundeskreis ist nicht vorhanden. Die Verwandtschaftsbeziehungen sind dünn, sie erlebt sie auch eher belastend.

Wir beginnen dann auch mit Krankengymnastik und Massage, die sehr vorsichtig ausgeführt wird. Es tut ihr trotzdem weh, berichtet sie an "anderer Stelle" bei der Schwester. Die Krankengymnastik scheitert schließlich - was wir erwartet haben. Wir haben Verständnis und schlagen ihr Bewegungstherapie vor, was sie zu unserem Erstaunen ohne weitere Rückfragen annimmt. In den Bewegungstherapiestunden beginnen wir mit sanften lösenden Übungen im Liegen. In der weiteren Therapie wird versucht, die schmerzhaftige Haltung des Armes und der Schulter nachstellen zu lassen, was letztlich gelingt. Der Arm hat eine Haltung, als wolle er etwas Schweres über den ganzen Körper festhalten und beschützen, der Kopf ist geneigt. Die Patientin geht immer wieder aus diesem typischen Armmuster heraus. Eine Tiefung ist nicht möglich. Allmählich gelingt dieser Zugang, die Patientin zittert. Auf die typische Frage "woher kennen sie diese Gefühl" bricht sie in Tränen aus und berichtet von ihrem kleinen Kind, das in den ersten Lebensmonaten viel geschrien hat. Daraufhin hat die Nachbarin im oberen Stock immer furchtbar mit dem Besen geklopft und sich ständig über den "Lärm" beschwert. "Ich fühlte mich so hilflos, niemand hat mir geholfen und ich kann mich nicht wehren, nicht mal` mein Mann hat mir Unterstützung gege-

ben." Sie ist oft stundenlang mit dem Kind auf dem Arm herumgelaufen, daß es bloß ruhig ist.

Ich möchte an dieser Stelle, die weitere Arbeit der IBT sowie der Psychologin abkürzen, da ich ähnliche prozeßhafte Aufarbeitung als bekannt voraussetze, und vielmehr auf die integrative Konzeption zu sprechen komme. Eine weitere konfliktzentrierte Arbeit basierend auf dem Grundverhaltensmuster der Patientin wurde in unserer Abteilung nicht vorgenommen, da die Beschwerden in Folge erheblich zurückgehen. In den weiteren Wochen nimmt die Patientin dann auch an einer "Körperwahrnehmungsgruppe" teil, wo sie vorsichtig Kontakte wiedererleben darf. Gruppen die den "ludischen Kontext" betonen, wie Spielgruppe und Tanzgruppe bei der Gymnastiklehrerin ergänzen dieses Angebot. Sie findet wieder Kontakt, kann Beziehungen aufbauen.

In der Einzel-IBT beginnen wir vorsichtig mit direkten Bewegungen, allmählich kann sie richtig zuschlagen und am Schluß ist sogar ein richtiger Kampf mit Schaumstoffboffern in spielerischer Form möglich. Während ihres 8-wöchigen Aufenthaltes beschließt sie dann in eine andere Wohnung zu ziehen, die direkte Auseinandersetzung mit der Nachbarin scheint ihr doch noch ein zu großer Schritt zu sein.

Der Zugang zur Patientin über die Krankengymnastik und das Aufzeigen der Grenzen in dieser Therapie hat die Möglichkeit eröffnet, daß die Patientin sich auf eine "neue Therapie" einlassen konnte. Ich verstehe auch das Synergieprinzip als das Zusammenwirken von Therapiemitteln, wo der Patient erkennen kann, daß u.U. eine Therapie nicht wirken kann und ein anderer Weg gesucht werden muß (Krankheitseinsicht). Die IBT hatte somit die Aufgabe, die "Archive des Leibes" der Patientin zu öffnen um im weiteren Verlauf über ein spielerischer Behaviourtraining ihr Neuorientierungen zu vermitteln. Mit der Gymnastiklehrerin wurden dabei genau die Ziele vereinbart. Die Integration von Leib, Bewegung und Sprache in der stationären Teamzusammenarbeit habe ich ausgelassen - es sei erwähnt, daß auch die verbale Therapie konkrete Fortschritte verzeichnen konnte.

Bewegungsphilosophie als Grundlage der Integration

Die Verbindung übungszentrierter, erlebniszentrierter und konfliktzentrierter Modalitäten im Sinne einer mehrperspektivischen Gruppentherapie, wie sie H. Petzold immer wieder erwähnt, halte ich im klinischen Alltag aufgrund der begrenzten Gruppenzeiten von durchschnittlich 1/2 - 1,5 Stunden sehr schwierig. Es ist uns ja alle aus den Ausbildungsgruppen bekannt, wie lange die Aufarbeitung von Erlebtem in der Gruppe oft dauert. Ich merke dabei immer wieder, wie dann z.B. die übungszentrierte Arbeit einfach zu kurz kommt. Wir haben dies inzwischen in Form spezifischer Gruppenangebote wie z.B. einfaches Einüben von Kontakt im Spiel, Körpererleben in der Meditativen Frühbewegung und gemeinsames Tanzen versucht zu verwirklichen. Gerade beim psychosomatischen Patienten ist es zum einem wichtig, daß er für die traumatischen Eindrücke der Lebensgeschichte einen adäquaten Ausdruck finden kann; es ist jedoch ebenso bedeutsam, daß er seine leiblich-menschliche Bedürfnisse kennen lernt, die ihm bisher aufgrund seiner defizitären Erfahrungen vorenthalten blieben.

Ich möchte dies praktisch an einer klassischen Gymnastikstunde verdeutlichen. Die Patienten kommen und erwarten in der Regel eine "animatorische Aerobicstunde" am besten mit einer knackigen Gymnastiklehrerin und fetzigen Übungen. Wenn nun hier die Gymnastiklehrerin mit Übungen des Wahrnehmens in der Bewegung, des Erspürens, Paarkontakte, weg von der Animation zu eigenem Ausdruck geht muß sie sofort mit Widerstand einiger Patienten rechnen. Sätze wie "was ist denn das für ein Scheiß", "machen sie doch endlich mal eine richtige Gymnastik" ge-

hören bei uns zum Bewegungsalltag. Wir beobachten dabei, daß genau die gleichen Patienten häufig nach einigen Wochen fast übertrieben begeistert von den neuen Formen der Gymnastik sind, wenn sie allmählich ihre versteckten kreativen Bewegungsfähigkeiten entdecken.

Die "gesellschaftliche Anästhesierung des Leibes" wie H. Petzold sie immer wieder beschreibt, zeigt sich selbstverständlich in jeder Stunde wo es um Leib und Bewegung geht. Ohne eine eigene "Bewegungsphilosophie" und damit Verständnis und Auseinandersetzung des Begriffes von Bewegung wird die alltägliche Arbeit in der Klinik mit diesem Medium zu einer therapeutischen Fixierung von gesellschaftlichen Strömungen (Kontakt- und Beziehungslosigkeit, Erstarrung, monotone und autistische Bewegungsmuster).

Ich meine, daß wir Therapeuten, die auf unterschiedliche Weise mit Bewegung und Leib arbeiten, nicht nur auf unsere individuelle Arbeit konzentrieren können, sondern uns mit den praktizierten Formen der Gymnastik, Krankengymnastik und vor allem dem Sport auseinandersetzen müssen. Nur dann kann die Leib- und Bewegungstherapie in unserem Verständnis zu einer "Therapiebewegung" werden.

Ich erlebe häufig Patienten die z.B. Sport aus Gründen von Leistungswille, Durchhaltevermögen, Perfektionismus und Selbstbeherrschung betreiben, geradezu "innere erstarrte Lebenshaltungen" zeigen, die therapeutisch sehr schwierig angebar sind. Dies in der Klinik über Sportgruppen zu fördern, halte ich für äußerst bedenklich.

Natürlich verlassen wir damit den geraden und auch langweiligen Weg der "festen Übungsstunden", die Gymnastiklehrerin braucht die Unterstützung des gesamten Teams für ihr Tun und damit Rückhalt in Form von theoretischem, praktischem Austausch und Supervision.

Wird der Patient oder die Patientin nicht mehr in Bewegungsgruppen "bewegungsfixiert", entsteht Offenheit, ja sogar Neugierde auf das Neue und Andere. Eigentlich müßte ich sagen "das Bekannte im Bewegungselbst zu entdecken". Der Patient weicht nicht mehr aus - gerade der psychosomatische Patient spürt in den Gruppen immer wieder einen "ähnlichen sanften Wind" der ihn auf einem bewußten "Leib- und Bewegungsweg" begleitet.

Schlußfolgerungen

Integrative Ansätze in funktionaler, erlebniszentrierter und konfliktzentrierter Modalität bieten die Möglichkeit, besonders auch bei schwierigen Patienten, den Zugang zur Therapie zu finden sowie seine vielfältigen kreativen Anlagen zu fördern. Manchmal ist es ein Spiel, eine Gymnastikstunde, dann wieder bei der Massage oder bei der Bewegungstherapie wo der entscheidende Moment als Einstieg zur Therapie sich ergeben kann. Integrative Ansätze erfordern aber ein zweifaches Team - das auf der jeweiligen Station und das in der Fachabteilung. Nur die sensiblen Therapeuten und Schwestern/Pfleger in allen Bereichen, wo gegenseitige Akzeptanz selbstverständlich ist, zusammen mit der Fähigkeit zu einer lebendigen Kommunikation, vermögen die unterschiedlichen Phänomene des Patienten in wirksame therapeutische Prozesse umsetzen.

Dabei bieten die erkenntnistheoretischen und anthropologischen Grundlagen der Integrativen Therapie einen wertvollen Hintergrund um die vielfältigen Ansätze und Methoden im Sinne des Synopse- und Synergieprinzips zu verwirklichen und eine sinnlose Aneinanderreihung von Therapieformen zu verhindern.

Literatur:

Petzold H.: Integrative Leib- und Bewegungstherapie (2 Bände), Junfermann 1988

Petzold H.(Hrsg.): Die neuen Körpertherapien, daraus: Laura Sheleen - Bewegung in Raum und Zeit, Junfermann 1985

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