

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 Höhmann-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, Hückes-
wagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

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

Ausgabe 01/1977

Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten

*Hilarion G. Petzold, Angelika Berger (1977) **

* 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 Höhmann-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>

Diese Arbeit ist erschienen in *Petzold H.G.: Die neuen Körpertherapien*, Paderborn: Junfermann (1977n), 457-477.

Zusammenfassung: Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten (Petzold, Berger 1977)

Der Beitrag beschreibt die therapeutische und agogische Arbeit mit psychiatrischen PatientInnen in der „*Integrativen Leib- und Bewegungstherapie*“ und ihrer Methodik der „Thymopraktik“, wie sie von *Petzold, Berger, Sieper* seit Ende der 1960er Jahre, dann mit Beiträgen von *Heinl* und *Orth* entwickelt worden ist – in methodenintegrativer Weise auf dem Boden von Referenztheoretikern wie *Marcel, Merleau-Ponty, Plessner, Buytendijk*. Die Arbeit in unterschiedlichen Modalitäten (*übungscentriert-funktional, erlebniscentriert-agogisch, konfliktcentriert-aufdeckend*) wird dargestellt, weiterhin Arbeit mit unterschiedlichen Trainingsbereichen. Sensibilisierungstraining, Expressivitätstraining sollen *Embodiments* fördern, Orientierungstraining soll *Embeddedness* optimieren. Alles steht auf dem Boden der zugewandten therapeutischen Beziehung und der Klärung der dort aufkommenden Psychodynamik. Sie stellt Beziehungsmodelle bereit, die **interiorisiert** werden können. Techniken der Atemschulung, Bewegungsschulung, des Awareness-Training durch „eigenleibliches Spüren“ werden vorgestellt und der Einbezug verhaltenstherapeutischer Methodik. Der Text zeigt die theoriegeleitete Arbeit mit „Bündeln von Maßnahmen“, wie sie schon damals für die Integrative Therapie mit ihrer leib- und bewegungstherapeutischen Methode charakteristisch war und ist.

Schlüsselwörter: *Integrative Leib- und Bewegungstherapie*, Therapie psychiatrischer Patienten, Behandlungsmodalitäten, Thymopraktik, *Integrative Therapie*.

Summary: Integrative movement therapy in work with psychiatric patients (Petzold, Berger 1977)

The article describes the therapeutic and agogic work with psychiatric patients in "integrative body and movement therapy" and its "thymopractic" method, as developed by *Petzold, Berger, Sieper* since the late 1960s, then with contributions from *Heinl* and *Orth* - in a method-integrating manner on the basis of reference theorists such as *Marcel, Merleau-Ponty, Plessner, Buytendijk*. The work in different modalities (*exercise-centered-functional, experience-centered-agogic, conflict-centered-revealing*) is shown, further work with different training areas. Sensitization training, expressivity training should promote embodiment, orientation training should optimize embeddedness. Everything is based on the benevolent therapeutic relationship and the clarification of the psychodynamics that arise there. It provides relationship models that can be **interiorized**. Techniques of breathing training, movement training, awareness training through "bodily sentience" (eigenleibliches Spüren) are presented and the inclusion of behavioral therapy methodology. The text shows the theory-led work with "bundles of measures", as it was and is characteristic of integrative therapy with its body and movement therapy method even back then.

Keywords: *Integrative body and movement therapy*, therapy for psychiatric patients, treatment modalities, thymopractic, *integrative therapy*.

Die Integrative Bewegungstherapie wurde seit 1966 auf der Grundlage der Gestalttheorie und Phänomenologie (*Merleau-Ponty*) aus dem Improvisationstraining des „Therapeutischen Theaters“ (*Iljine* 1942; 1972; *Petzold* 1973; 1975) und verschiedenen atemtherapeutischen und bewegungsagogischen Ansätzen (*Berger* 1971; *Sheleen* 1974; *Brooks* 1974) entwickelt (*Petzold* 1970; 1974; 1977; *Berger* 1973). Es handelt sich um ein Verfahren, das einen komplexen therapeutischen Ansatz vertritt und den Menschen in seiner Körperlichkeit, seiner Emotionalität, seinen geistigen Strebungen und seinen sozialen Bezügen zu erreichen sucht. Der anthropologische Ansatz der integrativen Bewegungstherapie betont die Ganzheit des Menschen, seine Körperlichkeit und seinen Umweltbezug. Sie sieht den Menschen als ein Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Umfeld. Therapie wird nur dann in vollem Maße wirksam, wenn keine dieser Dimensionen vernachlässigt wird. Wie die Mehrzahl der körperorientierten Verfahren der Psychotherapie geht auch die integrative Bewegungstherapie von dem Konzept aus, daß der Mensch seinen Körper nicht als Objekt hat, sondern daß er der jeweilige Leib ist (vgl. *Dürkheim* 1974; *Lowen* 1976). Diese auf die philosophische Unterscheidung zwischen „Sein und Haben“ von *Gabriel Marcel* zurückgehende Annahme wird von *Buytendijk* (1956) in seiner „Allgemeinen Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung“ sowie von *Merleau-Ponty* (1949; 1945); *Plessner* (1965) in der phänomenologischen Betrachtung des menschlichen Körpers und seines Verhaltens, aufgegriffen. Für den theoretischen Ansatz der integrativen Bewegungstherapie ist die Betonung der existentiellen Einheit von Leib und Person von entscheidender Bedeutung. Der Leib als Grundlage aller Lebensprozesse – auch der kognitiven und emotionalen – wird zum Ausgangspunkt therapeutischen Handelns. Die theoretische Begründung für diese Position wird aber nicht allein im existentialistisch-phänomenologischen Ansatz der genannten Autoren gesucht, sondern es wird ein entwicklungspsychologisches und sozialisationstheoretisches Erklärungsmodell zugrunde gelegt. Bei diesem wird da-

von ausgegangen, daß sich die menschliche Persönlichkeit in einem komplexen Prozeß sensumotorischer, emotionaler und kognitiver Sozialisation entwickelt. Grundlage dieses Prozesses ist der wahrnehmungs- und reaktionsfähige Organismus des Kindes, der nach der Geburt, in der Mutter-Kind-Dyade zunächst seine Körperlichkeit erlebt und im Verlauf der Entwicklung zu immer differenzierteren Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten gelangt. Das Ich bildet sich zunächst als „Körper-Ich“ (Freud 1923; Schilder 1924; 1935; Federn 1966) dadurch, daß sich der Körper des Kindes in Abgrenzung zum Körper der Mutter erlebt (vgl. Jacobson 1958). Alle Lernerfahrungen, die durch Sozialisationsakte gemacht werden, werden über den Körper aufgenommen und von ihm *cerebral* verarbeitet und gespeichert. So kann man mit *Gabriel Marcel* annehmen, „daß ein Körper eine Geschichte ist, genauer gesagt der Abschluß, die Fixierung einer Geschichte. Das Lebensschicksal der Patienten ist die Geschichte ihres Leibes. Jeder von ihnen *ist* sein Körper, über den er nicht hinauskommt . . . Je mehr ich mein Körper *bin*, desto mehr an Wirklichkeit wird mir verfügbar, existieren die Dinge doch nur, sofern sie mit meinem Körper in Kontakt stehen, von ihm wahrgenommen werden. Hier aber, so scheint mir, liegt das Wesen der seelischen Erkrankung, daß die existentielle Einheit von Selbst und Körper gestört oder verloren gegangen ist. Für den Patienten wird die Welt, die Wirklichkeit unverfügbar, er verliert das Bewußtsein seiner selbst als Existierender, er vermag keinen Kontakt – oder nur einen gestörten – nach außen, zu anderen zu finden“ (Marcel 1968).

Den Körper wieder wahrnehmungs-, kontakt- und handlungsfähig zu machen, stellt sich als eines der ersten Ziele der Integrativen Bewegungstherapie dar. Nur wenn dies gegeben ist, wird spezifisch psychotherapeutische Arbeit überhaupt erst möglich. Gerade in der Behandlung psychiatrischer Patienten wird immer wieder deutlich, daß eine gestörte Beziehung zur Körperlichkeit mit der seelischen Erkrankung einhergeht, ja man kann sagen, daß für die Mehrzahl seelischer Erkrankungen, seien sie nun neurotischer oder psychotischer Natur, Störungen im Körpererleben, Einschränkungen der Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit sowie Störungen in den Körperfunktionen kennzeichnend sind.

In der therapeutischen Arbeit verbindet das integrative Vorgehen den spezifisch psychotherapeutischen Ansatz mit dem pädagogisch-psychagogischen und dem soziotherapeutischen. Die Praxis hat gezeigt, daß eine Trennung dieser Ansätze nicht möglich ist, sondern daß in jeder therapeutischen Arbeit auch pädagogische und soziotherapeutische Elemente zum

Tragen kommen, ja zum Tragen kommen müssen, wenn nicht die Wirklichkeit des Patienten verkürzt und damit die Effektivität der Behandlung eingeschränkt werden soll. Es ist überdies auch aus theoretischer Sicht keine prinzipielle, sondern allenfalls eine graduelle Unterscheidung zwischen psychotherapeutischem, soziotherapeutischem und pädagogischem Vorgehen möglich. Bei allen drei Ansätzen handelt es sich um einen komplexen Lernvorgang, in dem die verschiedenen Paradigmen des Lernens (Gagné 1969) zur Wirkung kommen. Weiterhin ist die Matrix, in der sich diese Lernprozesse vollziehen, bei den drei Ansätzen dieselbe: die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Therapeut und Klient/Patient bzw. Lehrer und Schüler. Das Attribut „integrativ“ eignet sich deshalb für unser Verfahren nicht nur, weil es verbales und nonverbales, direktives und nondirektives, verhaltensorientiertes und biographisch-aufdeckendes Vorgehen verbindet, sondern auch, weil es eine Integration von Psychotherapie, Soziotherapie und Pädagogik darstellt. Die Unterscheidung in Integrative Bewegungstherapie und Integrative Bewegungserziehung (Petzold, Berger 1974; Petzold 1977) ist daher keine grundsätzliche, sondern eine pragmatische, die sich an der Zielgruppe einerseits (Patienten – Schüler) und an dem Grad der Tiefung (vgl. Petzold 1974, 333 und dieses Buch S. 256f.) im therapeutisch-pädagogischen Prozeß orientiert. Gerade in der körperbezogenen Arbeit der Bewegungsverfahren kommen oft auch in ursprünglich „pädagogisch“ intendierten Situationen Konstellationen auf, die von ihrem biographischen Kontext her, von der emotionalen Besetzung und Tiefung als psychotherapeutisch angesprochen werden müssen. Es ist daher unbedingt erforderlich, daß derjenige, der mit Integrativer Bewegungstherapie und Integrativer Bewegungspädagogik arbeitet, eine solide psychotherapeutische Ausbildung hat, die neben den theoretischen Kenntnissen eine ausreichende Selbsterfahrung im Verfahren selbst bietet (Briner 1977) und möglichst eine eigene Gestaltanalyse (Vööbus 1975), Bioenergetische Analyse (Lowen 1976) – beide sind besonders geeignet, weil sie körperorientiert sind – oder Psychoanalyse umfaßt.

Wir können für die Integrative Bewegungstherapie, Soziotherapie und Bewegungspädagogik als Teilverfahren der *Integrativen Therapie* wie bei dieser folgende Aspekte, Zielsetzungen, Ansätze und Modalitäten unterscheiden:

Modalität

Ansatz

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Übungszentriertes Verfahren (ü) | – psychagogisch-pädagogisch (P) |
| 2. erlebniszentriertes Verfahren (e) | – pädagogisch, agogisches (P) |
| 3. konfliktzentriertes Verfahren (k) | – psychotherapeutisch (T), |
| soziotherapeutisch (S) | therapeutisch (S) |

Aspekt

I. Reparativer Aspekt

Zielsetzung

a) Behebung und/oder Minderung von Defiziten ü/P, S, T

b) Behebung und/oder Minderung von chronifizierten Störungen k + ü/T

c) Behebung und/oder Minderung von akuten Störungen (Krisen, Konflikten) k/P, S

II. Konservierender Aspekt

Erhaltung und Stabilisierung von vorhandenen, intakten Fähigkeiten und Fertigkeiten ü/P, S, T

III. Evolutorischer Aspekt

a) Entwicklung spezifischer Potentiale ü, e/P, S T

b) Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit e/P, T

Die drei Aspekte werden methodisch durch die drei Modalitäten und Ansätze des Vorgehens erreicht, die in der Behandlung parallel zum Einsatz kommen und zwar je nach Indikation mit unterschiedlicher Gewichtung. Wir haben die einzelnen Modalitäten und Ansätze den Aspekten und Zielsetzungen zugeordnet und müssen dabei betonen, daß es sich um eine heuristische Unterscheidung handelt, die keine starre Festlegung bedeuten soll, da die Grenzen der jeweiligen Aspekte, Zielsetzungen, Ansätze und Modalitäten fließend sind und auch sein müssen.

1. Die übungszentrierte Modalität

Sie ist im Sinne einer funktionalen Therapie zu verstehen. Durch strukturierte Übungsangebote sollen vorhandene Defizite im Verhalten des Patienten kompensiert, nachsozialisiert oder neu entwickelt werden. Es handelt sich um ein komplexes Verhaltenstraining, das sich die Erkenntnisse der Lerntheorie und Verhaltenstherapie zu Nutze macht, ohne sich von den eingegrenzten Möglichkeiten der Reiz-Reaktionstheorie beschränken zu lassen. Die Integrative Bewegungstherapie hat hier ein reiches Repertoire von Trainingsverfahren entwickelt: Entspannungs-, Sensibilitäts-, Expressivitäts-, Orientierungs-, Flexibilitätstraining usw. (Petzold, Berger 1973; 1974).

Durch das übungszentrierte Vorgehen werden neue Verhaltensmöglichkeiten systematisch erschlossen. Das Wahrnehmungs-, Erlebnis- und Verhaltensspektrum der Patienten wird erweitert. Dabei wird nach dem Prinzip: „vom Einfachen zum Komplexen“ verfahren. Insbesondere, wenn die Fähigkeiten der Patienten im Hinblick auf Rollenflexibilität, Kontakt, Emotionalität, Verbalisation sehr eingeschränkt sind, hat übungszentriertes Vorgehen einen hohen therapeutischen Wert und bildet oftmals erst die Grundlage für konfliktzentriert-psychotherapeutisches Vorgehen. Übungszentrierte Arbeit verläuft relativ strukturiert, wenn auch spielerische Elemente und freie Improvisation nicht ausgeschlossen sind. Hier werden die Grenzen zum erlebniszentrierten Arbeiten fließend. Weiterhin ist es möglich, daß durch die Mobilisierung im übungszentrierten Vorgehen konfliktbesetztes Material aufkommt, das unmittelbar Anknüpfungspunkte und Einstiegsmöglichkeiten für konfliktzentriertes Vorgehen bietet. Derartige Möglichkeiten sollten indes nur wahrgenommen und aufgegriffen werden, wenn die Belastungsfähigkeit des Patienten und der Gruppe es erlauben. Erstes Ziel der übungszentrierten Arbeit bleibt der Aufbau von Verhalten durch Training.

2. Die erlebniszentrierte Modalität

Das erlebniszentrierte Arbeiten in der integrativen Bewegungstherapie zielt darauf ab, dem Patienten/Klienten neue bzw. alternative Erlebnismöglichkeiten zu erschließen. Hierzu werden die vielfältigen Möglichkeiten der Bewegungsimprovisation, des freien Bewegungsgestaltens als Einzelarbeit oder Gruppenaktivität eingesetzt. Je nach Zielsetzung wird dabei Musik verwandt. Der stimulierende Effekt ausgewählter Musikstücke hat für die erlebniszentrierte Arbeit große Bedeutung. Mit Musik ist es möglich, bestimmte Stimmungen zu evozieren oder zumindest zu fördern. Auch die Improvisation auf einfachen Instrumenten, zu der sich ein Teil der Gruppe bewegt, um nach einiger Zeit die Rolle der Spieler zu übernehmen und diese dann ihrerseits in die Bewegung gehen, hat sich als ausgesprochen aktivierend erwiesen. Bewegungsgestalten und rhythmische Tanzimprovisation fördern die kreativen Fähigkeiten und die Spontaneität der Patienten. Sie schaffen eine gelockerte, freudige Atmosphäre, wie man sie sonst in „totalen Institutionen“ selten findet oder herstellen kann. Die gemeinsame Bewegungsarbeit, insbesondere der Improvisationstanz bewirkt oftmals ein intensives Kohärenzerleben in der Gruppe und spontanen emotionalen Kontakt zwischen einzelnen Patienten. Es können durch das erlebniszentrierte Vorgehen auf diese Weise *peak experiences* (Maslow

1964) vermittelt werden und es werden Dimensionen von *Intersubjektivität* in der Bewegung möglich (Marcel 1965; Besems 1977; Troisfontaines 1968), die für Gesundheit und Entfaltung der Persönlichkeit zentrale Bedeutung haben. Insbesondere die Beziehung zu den Therapeuten klärt sich, wird ungezwungener und freier von Übertragungsanteilen, die die Kommunikation beeinträchtigen. Das erlebniszentrierte Vorgehen übersteigt den spezifisch therapeutischen Ansatz und muß als pädagogisches Verfahren zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, des „*personal growth*“ gesehen werden.

3. Die konfliktorientierte Modalität

Konfliktorientierte Therapie ist nur möglich, wenn ein gewisses Potential an Wahrnehmungsfähigkeit, Sensibilität, Beziehungsfähigkeit und Reflexionsvermögen vorhanden ist. Gerade bei Langzeitpatienten aber sind diese Fähigkeiten oftmals sehr eingeschränkt oder verloren gegangen. Ein allmählicher Wiederaufbau durch übungszentriertes Vorgehen muß als Vorbereitung auf konfliktorientierte Arbeit eingesetzt werden. Die Integrative Bewegungstherapie nimmt an, daß der Mensch auf der Grundlage einer bestimmten, genetisch vorgegebenen Ausstattung durch Prozesse sozialen Lernens zu dem geworden ist, was er ist. Er hat Geschichte. Diese biographische Dimension, die sich als Gesamtheit aller negativen und positiven Erfahrungen darstellt, die ein Mensch im Verlaufe seines Lebens gemacht hat, manifestiert sich nicht nur auf der Ebene von Erinnerungen, Gedanken, Phantasien, sondern findet konkreten Ausdruck im Verhalten eines Menschen. Die Körperhaltung, die Tonusregulation, der Bewegungsablauf psychisch schwer erkrankter Menschen sind deutlich erkennbar verändert. Wenn man das Axiom der psychosomatischen Einheit ernst nimmt, ist eine andere Sichtweise gar nicht möglich. Körperliche Erkrankungen haben immer Rückwirkungen auf den seelischen Bereich und seelische Erkrankung immer Rückwirkungen auf den körperlichen Bereich. Es handelt sich jeweils um Erkrankungen des ganzen Menschen. In der konfliktorientierten Modalität der Integrativen Bewegungstherapie versuchen wir, ausgehend vom offen beobachteten Verhalten, wie es sich in bestimmten Haltungen des Körpers, in Bewegungsabläufen, Spannungs-, Verspannungs- und Erschlaffungszuständen des Körpers zeigt, therapeutische Ansatzpunkte zu finden. Von gleicher Bedeutung sind die Verhaltensweisen in der sozialen Interaktion, wie sie in der Beziehung zum Therapeuten oder zu den Mitgliedern der Therapiegruppe zum Ausdruck kommen. In jeder der genannten Verhaltensdimensionen zeigt sich

ein Stück Lerngeschichte, ein Stück Lebensschicksal des Patienten. Für den therapeutischen Prozeß ist es von großer Wichtigkeit, daß der Patient sein gegenwärtiges Verhalten auf den verschiedenen Ebenen erlebt, daß er es in seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang verstehen lernt und dadurch integrieren kann. Erst durch diesen Prozeß erfolgt eine nachhaltige Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit und können die im übungszentrierten Vorgehen erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten voll zum Tragen kommen.

Beim übungszentrierten Vorgehen besteht leicht die Gefahr, daß Verhaltensweisen „ankonditioniert“ werden, ohne daß sie vom Patienten organisch in seine Persönlichkeit integriert werden. Aus diesem Grunde ist eine Kombination von konfliktzentriertem, übungszentriertem und erlebniszentriertem Vorgehen unbedingt erforderlich.

4. Ziele der therapeutischen und pädagogischen Arbeit

Als Ziele der therapeutischen und pädagogischen Arbeit haben wir global die Behebung oder Minderung von Störungen und Defiziten, die Stabilisierung der Persönlichkeit und die Entfaltung der persönlichen Potentiale genannt. In der Integrativen Bewegungstherapie und -pädagogik geht es also nicht nur um die *Behandlung* pathologischer Zustände, sondern in gleicher Weise um die *Bewahrung* und *Stabilisierung* gesunden Verhaltens und die *Entwicklung* neuer Verhaltensmöglichkeiten. Das Konzept der Therapie wird durch das pädagogische Konzept der Förderung von Potentialen bzw. des Wachstums (growth), wie es die humanistische Psychologie vertritt (Bühler 1974; Maslow 1974; Perls 1976) ergänzt. Für die therapeutische Praxis ist ein solcher Ansatz, der nicht nur die Defizite und Störungen, sondern auch die noch vorhandenen, gesunden Bereiche sieht, ja darüber hinaus auch noch die Entwicklungsmöglichkeiten im Auge behält, von entscheidender Bedeutung. Er geht davon aus, daß der Mensch nicht nur von seinen traumatischen Erfahrungen, sondern auch von seinen positiven Erlebnissen geprägt ist, daß Therapie nicht nur Behandlung des kranken, sondern Stärkung und Entwicklung des gesunden Verhaltens bedeutet. Die drei genannten Leitlinien des therapeutischen und pädagogischen Vorgehens: *Restitution*, *Stabilisierung* und *Entwicklung* sind auf die Realisierung von drei Global- oder Richtzielen ausgerichtet: 1. *Förderung der personalen Kompetenz*, 2. *Förderung der sozialen Kompetenz*, 3. *Förderung fachlicher Kompetenz*. Unter Kompetenz wird „die Gesamtheit der Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die zur Erreichung eines bestimmten Zieles notwendig sind“. Personale Kompetenz umfaßt alle Fä-

higkeiten, die der Mensch zur persönlichen Lebensbewältigung benötigt: Selbstwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstverwirklichung, d.h. er muß in der Lage sein, seine Bedürfnisse wahrzunehmen, zu steuern und in angemessener Weise zu befriedigen. Unter sozialer Kompetenz werden alle Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die ein Mensch im sozialen Zusammenleben braucht: Fremdwahrnehmung, soziales Differenzierungs- und Orientierungsvermögen, Kooperationsfähigkeit usw. Unter fachlicher Kompetenz werden alle praktischen und theoretischen Kenntnisse und Fertigkeiten zusammengefaßt, die zur Bewältigung von sachbezogenen Aufgaben im beruflichen und familiären Leben erforderlich sind. Es wird deshalb auch von „professioneller Kompetenz“ gesprochen.

Derartige Globalziele und Leitprinzipien können natürlich durch Grobzielkataloge ergänzt werden. So will Integrative Bewegungstherapie und -pädagogik kreatives und spontanes Handeln fördern. Sensibilität, Expressivität, Flexibilität, räumliches, zeitliches und soziales Orientierungsvermögen werden genauso angestrebt wie Förderung der Verbalisationsfähigkeit, der Introspektion, des Konflikt- und Problemlösungsverhaltens, der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit; denn für die therapeutische und pädagogische Arbeit gewinnen derartige Lernzielkataloge erst im konkreten Praxisbezug Relevanz. Therapie- bzw. Lernziele müssen immer anhand der konkreten Situation eines Patienten erarbeitet werden. Dabei kann man folgendes Schema verwenden:

1. Welche Defizite sind vorhanden?
2. Welche heilen Bereiche sind vorhanden?
 - a) auf Grund der Selbsteinschätzung des Patienten,
 - b) auf Grund der Einschätzung durch den Therapeuten,
 - c) auf Grund der Einschätzung durch die Gruppe,
(sofern man diese in den Prozeß der Verhaltensbeobachtung und -kontrolle einbezieht).

5. Das Verhaltensrepertoire psychiatrischer Patienten

Im Folgenden seien Erfahrungen mit Langzeitpatienten mitgeteilt, die wir im Verlauf der vergangenen fünf Jahre in der psychiatrischen Klinik und in einem Übergangsheim / Rehabilitationsprogramm für psychiatrische Patienten sammeln konnten. Wir konnten weiterhin Erfahrungen von Kollegen auswerten, die mit psychiatrischen Langzeitpatienten bewegungstherapeutisch arbeiten und von uns ausgebildet und supervidiert wurden.

In der bewegungstherapeutischen Arbeit mit Langzeitpatienten ist es ei-

nes der ersten Anliegen, einen Eindruck vom aktuellen Verhaltensrepertoire zu gewinnen, wie es sich im Verhalten auf der Station, in den Freizeitaktivitäten und der Gruppenarbeit beobachten läßt. Besonders in der Anfangsphase der Arbeit nimmt die Verhaltensbeobachtung einen breiten Raum ein. Sie bietet die Grundlage für die therapeutischen Strategien, die einzuschlagen sind. Dabei ist die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Defizite zu richten, sondern es gilt, Verhaltensweisen herauszufinden, die „intakt“ sind, die eine gewisse Konstanz und Prägnanz besitzen und sich bei Patienten in einer gewissen Häufigkeit zeigen. Wir konnten die Beobachtung machen, daß bei Patienten auf chronischen Stationen durchweg die Beziehung zum Körper schwerwiegend gestört ist. Dies zeigt sich vor allem in einer starken Vernachlässigung der Körperpflege, einem sehr geringen Bewegungsdrang, der durch sedierende Medikation noch weiter herabgesetzt wird, einer eingeschränkten Motilität bis hin zur Steifheit, einer Reduzierung der Sensibilität im taktilen, akustischen, optischen usw. Bereich. Weiterhin sind erhebliche Defizite im verbalen und non-verbalen Kommunikationsverhalten zu beobachten. So ist es den meisten Patienten nicht möglich, den Therapeuten oder andere Gruppenmitglieder anzusehen, auf andere Menschen direkt zuzugehen, sprachlich prägnant zu artikulieren. Die Bewegungsverläufe beim einfachen Gehen und leichten Lauf sind eckig, vielfach unkoordiniert und arhythmisch. Die Körperhaltung ist bei vielen Patienten schlaff, bei einigen sehr verspannt. Charakteristisch ist auch die geringe körperliche Belastungsfähigkeit und ein allgemeiner Mangel an Vitalität und Spannkraft. Ein großer Teil der hier beschriebenen Defizite ist eindeutig auf die stimulierungsarme Umgebung der Klinik, die mangelnden Möglichkeiten der Bewegung und die Monotonie des Klinikalltags zurückzuführen. Es finden sich charakteristische Hospitalismuseffekte als Folge von sensorischer und perzeptueller Deprivation und homogener Stimulierung (vgl. hierzu die von *Weinstein* 1968 zusammengestellte Literatur). Die Deprivations- und Stimulierungsforschung hat gezeigt, daß bei Reizentzug und/oder homogener Stimulierung schwerwiegende physische und psychische Veränderungen auftreten. Dabei kann man davon ausgehen, daß Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern. Die aus der Altersforschung bekannte „Disuse-Hypothese“ (vgl. *Petzold, Bubolz* 1976 S. 110 ff) ist auch in vollem Umfang auf langfristig hospitalisierte psychiatrische Patienten anwendbar. Ein wesentliches Ziel der bewegungstherapeutischen Arbeit muß deshalb sein, der Deprivation entgegenzuwirken und vielfältige Stimulierung anzubieten. Neben den geschilderten Defiziten kann man nur wenige Ver-

haltensweisen entdecken, die als „intakt“ anzusehen sind. Oft finden sich nur Reste kommunikativen Verhaltens zu anderen Patienten und zum Pflegepersonal, gezielte Verhaltensstrategien bei der Beschaffung von Zigaretten, Getränken und Nahrungsmitteln, weiterhin beim Ansteuern kleiner Privilegien, was Ausgang, Zuwendung von den Pflegern, den Ärzten und Psychologen anbetrifft. Im großen und ganzen ist das Gesamtverhalten gedämpft, auf Minimalfunktionen reduziert und von einer generalisierten Apathie gekennzeichnet.

Diese nicht gerade ermutigende Bestandsaufnahme bietet die Grundlage für das therapeutische Procedere.

e. Therapeutisches Vorgehen

Aufgrund der starken Behinderungen der Patienten, die wir im Voranstehenden kurz geschildert haben und zu denen noch die spezifische Symptomatik wie z.B. autistische Zurückgezogenheit, Unruhezustände, Haluzinationen, Konzentrationsmangel erschwerend hinzukommen, müssen die Gruppen so zusammengestellt werden, daß die unruhigen Patienten nicht überwiegen, aber auch die zurückgezogenen Patienten für das Klima der Gruppe nicht zu bestimmend werden. In jeder Gruppe müssen einige Patienten vorhanden sein, die in einem etwas besseren Zustand sind und der bewegungstherapeutischen Arbeit ohne allzu große Schwierigkeiten folgen können. Sie sollen für die anderen Gruppenmitglieder als Imitationsmodelle dienen. Die optimale Gruppengröße beträgt zwischen sechs und acht Patienten.

In unserer Arbeit war aufgrund der Situation der einzelnen Stationen die Altersstreuung relativ breit angesetzt. Wir hatten z.T. in den Gruppen Patienten zwischen 22 und 65 Jahren. Diese großen Altersunterschiede erwiesen sich allerdings nicht als Nachteil. Eine altershomogene Population würde zusätzlich einen „sozialen Monotonieeffekt“ bewirken. Unter diesen Gesichtspunkten haben wir es auch als einen ausgesprochenen Mangel betrachtet, wenn wir keine weiblichen Gruppenteilnehmer hatten.

Die Dauer der Gruppensitzungen war von der geringen Belastungsfähigkeit der Patienten bestimmt. In der Regel wurde eine Stunde gearbeitet; zuweilen erwies sich schon diese Zeitspanne als zu lang, und wir mußten je nach Verlauf der Sitzung früher abschließen. Besonders gegen Ende der Stunde konnten die konzentrationsschwachen Patienten oftmals nicht mehr folgen und störten die anderen Gruppenmitglieder. Es ist daher notwendig, sich an dem oft wechselhaften Zustand der Patienten, wie er sich in der Dynamik der Gruppe zeigt, zu orientieren. Von den Möglichkeiten

der Patienten war auch die Wahl der Übungen und der therapeutischen Interventionen bestimmt. In manchen Gruppen, in denen der Anteil an zurückgezogenen oder konzentrationsschwachen Patienten überwog, mußte mit einfachsten Bewegungs- und Koordinationsübungen begonnen werden. Die Erfahrungen aus der bewegungstherapeutischen Arbeit mit Langzeitpatienten haben gezeigt, daß man sehr kleine therapeutische Ziele stecken muß (*Krietsch-Mederer 1976; Fine et al. 1974*). Defekte, die aus dem Zusammenwirken von Krankheitsfolgen, Dauermedikation und Reizentzug als Hospitalisierungseffekte im Verlauf vieler Jahre entstanden sind, können auch nur in langwieriger Kleinarbeit abgeschwächt oder teilweise kompensiert werden. Diese Erfahrung ist für den Bewegungstherapeuten, der vorwiegend mit neurotisch erkrankten Patienten gearbeitet hat, oder für den bewegungspädagogisch ausgerichteten Gruppenleiter, der gewohnt ist, mit gesunden Menschen zu arbeiten, schwer zu ertragen. Er muß lernen, kleinste Fortschritte als Erfolge anzusehen. Diese Tatsache stellte am Anfang für uns das größte Problem im Umgang mit diesen Klienten dar.

7. Therapeutische Beziehung

Ein Grundprinzip der Integrativen Bewegungstherapie lautet: „Der Therapeut ist das wichtigste Instrument der Therapie.“ Die persönliche Beziehung, die zu den Patienten aufgebaut wird, stellt die Grundlage der therapeutischen Arbeit dar. Sie wird gleichzeitig zum Modell für die Qualität der Beziehung in der Gruppe. Das wichtigste Ziel in der Anfangsphase der Gruppenarbeit ist, eine Atmosphäre des Vertrauens, der Wärme und des Akzeptierens zu schaffen. Eine freundliche und geduldige Grundhaltung, Klarheit in den verbalen und non-verbalen Interventionen, Eindeutigkeit der „Spielregeln“ sind hierfür unbedingte Voraussetzung. Vor allen Dingen darf auf den Patienten kein Zwang ausgeübt werden. Die Teilnahme an den Gruppen ist freiwillig. Die Patienten wurden vom Stationspersonal motiviert und an die Gruppenzeiten erinnert. Auf einigen Stationen wurde die Teilnahme durch Gespräche des Pflegepersonals mit den Patienten gefördert. Aber es gab auch Stationen, wo wenig Verständnis für die Gruppenarbeit vorhanden war. Die Patienten, die in einer besonders schlechten Verfassung waren, wurden auf der Station abgeholt und später vom Gymnastikraum wieder auf die Station gebracht. Die therapeutische Beziehung war damit nicht nur auf die eigentliche Gruppenarbeit begrenzt, sondern wurde durch Besuche und Kontaktgespräche auf den einzelnen Stationen vertieft. Die Zuwendung des Therapeuten muß als einer der

wichtigsten motivationalen Faktoren angesehen werden, durch die die Apathie des Langzeitpatienten durchbrochen werden kann. Ist erst einmal ein Einstieg in die praktische Bewegungsarbeit gefunden, so wird diese schon aufgrund der Tatsache, daß sie eine Abwechslung in der Eintönigkeit des Klinikalltags darstellt, von den Klienten positiv eingestuft.

Die Regulierung von Nähe und Distanz in der therapeutischen Beziehung stellt sich als das schwierigste Problem dar. Da die oftmals infantilen, durch die Struktur der Klinik und durch ihre Krankheit regredierten Patienten kaum eine Bezugsperson haben, erhält die Beziehung zum Therapeuten einen hohen Stellenwert. In die Übertragung gingen vielfach auch sexuelle Wünsche an die Therapeuten ein, die zum Teil in naiver, zum Teil aggressiv-obszöner Weise geäußert wurden.

Eine klare emotionale Beziehung herzustellen, ist besonders bei den sehr zurückgezogenen psychotischen Patienten schwierig und stellt sich als ein langwieriger Prozeß dar, in dem geringfügige Signale wie z.B. ein Blick, eine Geste, eine Berührung schon als wichtige Botschaften aufgefaßt werden müssen. Das Zustandekommen und der Aufbau eindeutiger Übertragungen können schon als ein erheblicher Therapieerfolg gewertet werden. Das Übertragungsgeschehen wurde besonders intensiviert, wenn ein Cotherapeut in der Gruppe mitarbeitete und auf diese Weise die Elternfiguren symbolisch repräsentiert waren.

8. Behandlungsmethodik und Technik

Die Behandlungsmethodik bei Langzeitpatienten ist vorwiegend übungszentriert, wenngleich die erlebniszentrierte und die konfliktorientierte Dimension im Auge behalten werden muß und, wo möglich, vorsichtig zum Einsatz kommen sollte. Im Hinblick auf die festgestellten Defizite haben wir versucht, durch ein systematisch aufgebautes Trainingsprogramm das Erlebnis- und Verhaltensrepertoire des Patienten zu erweitern. Ausgangspunkt ist dabei ein einfaches Bewegungstraining, das zum Ziel hat, die Patienten an den Gymnastikraum, die veränderte Umgebung und an das „Medium Bewegung“ zu gewöhnen. Gehen und Laufen im Raum, Berühren der Wände und Gegenstände, Übungen auf dem Boden stehen am Anfang. Oftmals kann zur Unterstützung eine anregende, allerdings nicht aufdringliche, rhythmische Musik verwendet werden. Mit der Bewegung im Raum verbunden ist ein Training der Orientierungsfähigkeit. Der Raum wird von den Patienten in seinen Dimensionen erfahren. Der Kontakt mit dem physikalischen Umfeld, dem jeweiligen Raum, stellt eine Grundform von Wahrnehmung dar, die für die psychiatrischen Patienten

durchaus nicht selbstverständlich ist. Wahrnehmung von Gegenständen gestaltet sich jedoch für ihn einfacher als die Wahrnehmung von Personen, in der immer „die Gefahr“ tatsächlicher Kontaktaufnahme liegt. Das Problem des Kontaktes der Gruppenmitglieder untereinander ist in den meisten Gruppen mit chronischen Patienten eine der größten Schwierigkeiten. Kontakt- und Partnerübungen wurden vielfach abgewehrt, indem ihre Durchführung gänzlich verweigert oder durch Clownerien und Mangel an Ernstwertung „entschärft“ wurden. Hier ist es oft erforderlich, durch Bestimmtheit in der Intervention klare Grenzen zu setzen.

Das allgemeine Bewegungstraining zielt auf eine Lockerung der Patienten und den Aufbau von Elastizität und Spannkraft ab. Es werden zu diesem Zweck isometrische und isotonische Übungen eingebaut und Bewegungsfolgen konzipiert, die einen flüssigen Bewegungsablauf fördern (Smith, Figetakis 1970). Im Sinne dieser Zielsetzungen sind die Ballspiele geeignet, die wir zuweilen an den Schluß der Stunde stellen.

8. 1 Bewegungsspiele

Spiele, insbesondere Fußball, Handball, Volleyball und Völkerballspiel können in ihrem Wert für bewegungstherapeutische Arbeit gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Sie mobilisieren nicht nur die Körperlichkeit, indem sie gezielte und koordinierte Bewegungen fördern, Atmung und Herz-Kreislauffähigkeit anregen, die Muskulatur beanspruchen, sondern sie mobilisieren auch den affektiven und sozialen Bereich. Im Wurf des Balles können aggressive Komponenten Ausdruck finden. Ein gelungenes Tor löst Freude auf der einen und Enttäuschung auf der anderen Seite aus, eine verpatzte Situation Ärger und eine erfolgreiche Genugtuung. Für den apathischen, chronisch erkrankten Patienten sind derartige Gefühlsäußerungen von großer Bedeutung. Die *Freude am Spiel* bringt eine Dimension in den freudlosen Klinikalltag, deren heilende Wirkung gar nicht genug betont werden kann: Lachen und Spaß. Der Begründer des Psychodramas und der modernen Gruppenpsychotherapie J.L. Moreno hat verfügt, daß auf seinem Grabstein folgende Inschrift stehen soll: „Hier ruht der Mann, der das Lachen wieder in die Psychiatrie eingeführt hat“ (Leutz 1974). In den psychiatrischen Einrichtungen wird zu wenig gelacht. Oft findet man ein bedrückendes Klima, das der Entwicklung gesunder Verhaltensweisen wenig Raum gibt. Spiele bieten Möglichkeiten, derartige Verhaltensalternativen freizusetzen; sie fördern darüber hinaus Kommunikation und soziale Interaktion. Der Ball muß abgegeben werden; das erfordert, die Aufmerksamkeit auf den anderen zu richten und mit ihm

Kontakt aufzunehmen. Anfänglich ist wenig von „Zusammenspiel“ zu beobachten. Das Spiel ist oft unkoordiniert und chaotisch. Einige sehr zurückgezogene Patienten bleiben am Rand oder auf der Spielfläche stehen, bzw. nehmen nur sporadisch teil. Es kommt allerdings auch zu spontanen Reaktionen bei katatonen Patienten, wenn sie „angespielt“ werden, indem man ihnen den Ball zuwirft. Hier kann der Bewegungstherapeut auf Verhaltensrudimente zurückgreifen: Jeder Junge hat Ballspiele betrieben, und die Bewegungs- und Handlungsabläufe sind ihm irgendwie vertraut, d.h. sie sind im Verhaltensinventar gespeichert und können in der Spielsituation aktiviert werden. Gruppen, mit denen wir regelmäßig Ballspiele durchgeführt haben, gewannen an Kohäsion und zeigten ein besseres soziales Klima. Außerdem nahm die physische Kondition der Patienten zu.

8. 2 *Atemschulung*

Im Bewegungstraining und in den Ballspielen wird die Atmung angeregt. Darüber hinaus ist aber eine gezielte atemtherapeutische Arbeit notwendig. Fast alle Patienten haben ein gestörtes Atemmuster. Die Atmung ist flach und beschränkt sich vorwiegend auf den Brustraum. Eine gesunde Zwerchfellatmung findet man bei psychisch Kranken selten. Nach dem theoretischen Ansatz der Integrativen Bewegungstherapie, der sich in dieser Hinsicht auf Überlegungen von *Wilhelm Reich* (1972) und *Alexander Lowen* (1976) gründet, ist eine eingeschränkte Atmung mit einer Reduzierung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksmöglichkeit verbunden. Bei allen Emotionen ist die Atmung ganz wesentlich beteiligt: Man hält vor Furcht den Atem an, schnaubt vor Wut, prustet vor Lachen, stöhnt vor Lust, seufzt vor Traurigkeit. Die Mobilisierung der Atmung führt oftmals dazu, daß spontan tiefe Gefühle aufkommen. Die Patienten beginnen zu weinen, zu lachen, Zorn zu zeigen. Die Atemarbeit ist nicht forcierend und intendiert keine bewußte Atemkontrolle. Vielmehr werden Körperhaltungen und Bewegungsabläufe vorgegeben, die eine natürliche Tiefatmung möglich machen, ohne daß der Patient steuernd in den Atemrhythmus eingreift. Aus diesem Grunde verwenden wir in der ersten Zeit die Begriffe Atem oder Atemschulung überhaupt nicht.

8. 3 *Sensibilisierungstraining*

Die Störung der Sensibilität hat ihre Ursache in erster Linie in der Abspaltung der Körperwahrnehmung. Die Identität zwischen Körper und Person ist tiefgreifend gestört. Der Patient *hat* seinen Körper, und aufgrund dieser Haltung tendiert er dazu, seinen Körper „abzulegen“, seine Körperwahr-

nehmungen und Körperreaktionen zu verleugnen. Für diese Patienten kann das Wort von *Iljine* (1965) gelten: „Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich. Nur in dieser Bewegung erfahre ich mich als mein Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich. Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt. Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz“.

Die Störung der Selbstwahrnehmung zieht immer auch eine Störung der Fremdwahrnehmung nach sich. Aus diesem Grunde ist ein Schwerpunkt unserer Arbeit in der Förderung der „Awareness“, der Bewußtwerdung der Selbstwahrnehmung zu sehen. Wenn Identität im Verlaufe der Entwicklung auf der Grundlage des „Körper-Ich-Erlebens“ gewonnen wird, so kann man davon ausgehen, daß bei einem Verlust an Identität, wie er für psychiatrische Patienten kennzeichnend ist, auch mit dem Aufbau des Körper-Ich begonnen werden muß (*Ammon* 1975). Wir beginnen meistens mit sehr einfachen Übungen. Die Patienten werden z.B. aufgefordert, sich auf dem Boden zu rollen. Auf diese Weise nehmen sie, ohne daß besonders darauf hingewiesen wird, ihren Körper wahr. Der harte Boden bringt sie mit ihrem Körper in Kontakt. Weiterhin lassen wir den Körper mit den Händen abklopfen und einzelne Körperteile, besonders die Hände, die Füße und das Gesicht abtasten. So kann der Klient ein neues Gefühl für seinen Körper entwickeln. Die empirischen Untersuchungen von *Maurer-Groeli* (1975; 1976) bei akuten und von *Goertze et al.* (1965) und *May et al.* (1963) bei chronisch schizophrenen Patienten mit einer körperzentrierten Therapie haben gezeigt, daß die mit diesem Verfahren behandelten Patientengruppen gegenüber Vergleichsgruppen deutliche Besserungen aufweisen (vgl. auch *Auriol* 1972). Auch wir konnten die Feststellung machen, daß durch Sensibilisierungsübungen Patienten aktiver und aufnahmebereiter wurden und sich ihre Beziehung zum Körper verbesserte. Dies kam zum Beispiel dadurch zum Ausdruck, daß sie ohne vermehrte pädagogische Maßnahmen die Körperpflege intensivierten, häufiger zum Duschen gingen, sogar von sich aus die Wäsche wechselten. Es ist ja in der Psychiatrie ein altbekanntes Phänomen, daß sich im Zustand des Patienten eine Besserung abzeichnet, wenn er sich der Körperpflege wieder stärker zuwendet. Ein intensives Sportprogramm, in dem besonders das Schwimmen eine wichtige Rolle spielt, und eine gute physikalische Therapie können derartige Entwicklungen fördern, (*Sivadon, Gantheret* 1973). Das Sensibilisierungstraining bleibt aber nicht auf die Wahrnehmung des

Körpers beschränkt, sondern wird auf die Wahrnehmung des Umfeldes ausgedehnt. Die Patienten werden dazu ermuntert, Erfahrungen mit Materialien zu machen, den Boden, die Wände, Gegenstände zu betasten und bewußt wahrzunehmen. Es ist wichtig, daß Übungen einen spielerischen Charakter haben und von den Patienten gerne ausgeführt werden. Übungen zur Wahrnehmung anderer Patienten durch Partnerkonstellationen und Körperkontakt sind anfänglich kaum möglich, am ehesten noch, wenn sie in Spiele eingebaut werden. In praktisch jeder Therapiestunde werden eine Reihe von Übungen des Sensibilisierungstrainings eingesetzt, weil durch sie die Grundlage zu weiteren Verhaltensmöglichkeiten, insbesondere der Expressivität gelegt werden.

8. 4 *Expressivitätstraining*

Wahrgenommenes muß Ausdruck finden. Die Ausdrucksfähigkeit der Patienten ist weitgehend eingeschränkt. Ihre Mimik und Gestik ist monoton und ohne Aussage, sofern sie nicht von Nervosität, unkontrollierten Reaktionen (z.B. Grimassieren) bestimmt wird, wie es für manche Krankheitsbilder charakteristisch ist. In jedem Falle ist das Einüben von Ausdrucksverhalten eine wichtige therapeutische Maßnahme. Wir beginnen damit, daß wir die Patienten auf vorhandenes Ausdrucksverhalten aufmerksam machen, wie es sich auf der Station oder in der Gruppenarbeit besonders beim Spiel zeigt: z.B. „Du kannst ja ganz schön zornig sein!“ – „Mensch, kannst du lachen!“ usw. Durch derartige Zuwendungen wird, im Sinne eines positiven Reinforcements, Verhalten verstärkt, so daß es gehäuft auftreten kann. Eine weitere Möglichkeit ist das Spielen von Emotionen. Wir spielen „lustig sein, zornig sein, gelangweilt sein, müde sein“. Nach Scott (1959) muß sich ein Verhalten erst zeigen, ehe es verstärkt werden kann. Wenn ich also durch Übungen des Ausdruckstrainings expressives Verhalten hervorrufen kann, habe ich auch die Möglichkeit, es positiv zu verstärken.

8. 5 *Orientierungstraining*

Die meisten Patienten haben die Schwierigkeit, sich zeitlich und räumlich zu orientieren. Dies ist nicht nur Kennzeichen für psychotische Erkrankungen, sondern auch eine Folge des Monotonieeffektes der Klinik. Zeitliche und räumliche Orientierung bilden eine Voraussetzung für soziale Orientierung. Durch ein komplexes Training soll die Orientierungsfähigkeit des Patienten wieder entwickelt werden. Wir gehen gemeinsam durch das Klinikgebäude und das Klinikgelände und nehmen die Räumlichkeit

ten bewußt wahr. Wir zählen die Schritte und erfahren auf diese Weise die Länge der Gänge. Wir durchqueren die Gymnastikhalle in allen Richtungen und bekommen so ein Gefühl für ihre Dimensionen. Durch rhythmische Übungen wird die Zeitstruktur erlebbar. Eine kleine Zeiteinheit durch rhythmische Bewegungen zu strukturieren, bildet die Grundlage für Zeiterleben und die Fähigkeit, Zeit im größeren Rahmen einzuteilen. Im Verlauf dieser Übungen wird versucht, auch das soziale Umfeld bewußter wahrzunehmen. Hier ergeben sich in der Praxis die meisten Schwierigkeiten und man muß wiederum mit kleinen Schritten anfangen. Durch Suchspiele soll das räumliche und zeitliche Orientierungstraining eine heitere Note bekommen und wird die Motivation der Patienten für derartige Übungen erhöht.

Die hier kurz beschriebenen Trainingsmöglichkeiten stellen eine Auswahl dar. In der Praxis muß der Bewegungstherapeut über ein sehr großes Repertoire an Übungen und Spielen verfügen, um immer wieder neue Angebote machen zu können, weil die Konzentrationsfähigkeit und das Interesse der Klienten sehr schnell abnimmt und ständig neue Anregungen und Angebote verlangt.

9. Verhaltenstherapeutischer Ansatz

In den beschriebenen Übungen geht es darum, daß neue Fähigkeiten und Fertigkeiten gelernt oder alte reaktiviert werden. Hier wird die Verwendung verhaltenstherapeutischer Prinzipien sinnvoll. Gewünschtes Verhalten, das vom Patienten in der Gruppe gezeigt wird, wird vom Therapeuten positiv durch verbalen Zuspruch oder sogar durch Lob vor der Gruppe verstärkt. Derartige soziale Verstärker haben sich als besonders wirksam erwiesen, wenn eine gute emotionale Beziehung der Gruppenmitglieder zum Therapeuten vorhanden war. Es wird aber nicht nur mit der Verstärkung operanten, d.h. vom Körper selbst geäußerten Verhaltens gearbeitet, sondern auch mit der Verstärkung respondenten Verhaltensweisen, die durch die Übungen ausgelöst werden. Auf diese Weise ist es möglich, bestimmte Verhaltensbereiche systematisch im Sinn des „shaping“ aufzubauen (Kanfer, Phillips 1975). Es ist weiterhin notwendig, mit dem Extinktionsmodell zu arbeiten. Unerwünschte störende Verhaltensweisen werden, solange sie die Gruppenarbeit nicht schwerwiegend stören, nicht beachtet. Der Therapeut hält auch die Gruppenmitglieder an, auf derartige Verhaltensweisen nicht einzugehen. Patienten, die versuchen, die Aufmerksamkeit immer durch Clownerien oder Störversuche auf sich zu ziehen, werden auf diese Weise für ihr Verhalten nicht mehr positiv verstärkt.

Die Folge ist, daß Patienten vorübergehend derartige Manöver vermehrt zeigen, um den gewohnten Effekt doch noch zu erreichen. Hier ist es notwendig, eine konsequente Haltung einzunehmen. Überschreitet das Störverhalten eine tolerierbare Grenze, so kann durch zeitweiligen Ausschluß von der Gruppenaktivität reagiert werden. Dem Patienten wird klar und bestimmt mitgeteilt, daß er jetzt den Raum zu verlassen habe und erst in der nächsten oder übernächsten Stunde wieder teilnehmen dürfe. Lange Debatten werden gar nicht zugelassen, um einen Verstärkungseffekt zu vermeiden. Tritt dann in der folgenden Sitzung das Störverhalten nicht oder nur geringfügig auf, so wird der Patient für sein positives Verhalten verbal vor der Gruppe gelobt. Ein weiteres verhaltenstherapeutisches Modell ist für unsere Arbeit von entscheidender Bedeutung: das Imitationslernen (Bandura 1969). Dadurch, daß der Therapeut Bewegungsabläufe und Ausdrucksverhalten vormacht und zeigt, so daß es von den Patienten beobachtet werden kann, ist die Möglichkeit zum imitativen Lernen gegeben. Da der Therapeut einen hohen sozioemotionalen Stellenwert für die Patienten hat, ist er ein besonders geeignetes Imitationsmodell. Der Nachahmungseffekt läßt sich, ohne daß besonders auf ihn hingearbeitet wird, nach einiger Zeit an Kleinigkeiten beobachten. Es empfiehlt sich aber, die Möglichkeiten des Imitationslernens bewußt einzusetzen, indem man der Gruppe Übungen vormacht und die Aufmerksamkeit der Klienten anspricht: „Schaut einmal her, das muß so gemacht werden!“ (es folgt dann die Übung). Auch Patienten können als Imitationsmodelle fungieren. Wenn eine Übung besonders gut ausgeführt wird, so wird der Patient aufgefordert, sie noch einmal vor der Gruppe durchzuführen. Er wird damit für sein Verhalten nicht nur positiv verstärkt, sondern ist für die Gruppe ein Imitationsmodell und dient den übrigen Mitgliedern als Anreiz, ihn nachzuahmen. Es werden auf diese Weise auch vikarielle Lernprozesse fruchtbar gemacht.

Die Möglichkeiten, die ein verhaltenstherapeutischer Ansatz in der Bewegungstherapie bietet, sind beträchtlich. Das übungszentrierte Vorgehen kann in einer Effektivität durch sie wesentlich gesteigert werden. Eine ausschließliche Zentrierung auf diesen Ansatz aber greift zu kurz.

10. Gruppengespräch

Um die Gruppe zu einem „Feld sozialen Lernens“ zu machen, ist es erforderlich, daß die Dichte der Interaktionen und der verbale Austausch gefördert werden. Die Möglichkeiten hierzu sind bei sehr zurückgezogenen Patienten eingeschränkt. Man fängt deshalb vorwiegend auf der non-ver-

balen Ebene an, um dann zu einfachen Kommunikationen über die Übungen zu kommen: „Wie waren denn die Übungen heute?“, „Hat Dir die Übung Spaß gemacht?“, „War das schwierig?“ usw. Auf diese Weise werden persönliche Stellungnahmen in der Bewegungsarbeit angeregt. Es kommt zu kurzen Äußerungen der einzelnen Klienten und zum Austausch der Gruppenmitglieder untereinander. Dies tritt zunächst sporadisch auf und bleibt auf kurze Äußerungen beschränkt. Es fällt vielen Patienten sehr schwer, über sich selbst und insbesondere über ihre Gefühle zu sprechen. Im Verlauf der bewegungstherapeutischen Gruppenarbeit aber nehmen die verbalen Phasen stetig zu. Auf diese Weise wird die sprachliche Ausdrucksfähigkeit gefördert, die Kommunikation aufgebaut und die Grundlage für vorsichtiges, konfliktorientiertes Arbeiten gelegt: Wenn ein Patient z. B. etwas über sich erzählt, so wird solchen Äußerungen große Beachtung geschenkt. Insbesondere Hinweise auf Zusammenhänge vor der Hospitalisierung oder Verbindungen zum Außenfeld (Angehörige) werden aufgegriffen. Auf diese Weise können Bezüge zwischen Verhalten in Bewegungsspielen und biographischen Zusammenhängen hergestellt werden. Ist die Vertrauensbasis in der Therapeut/Patientbeziehung gut, so kann auch von seiten des Therapeuten ein behutsamer Vorstoß unternommen werden, die Lebensgeschichte des Patienten anzusprechen. Die Anamnese, aber mehr noch das Verhalten in der Bewegungstherapie, geben dem Therapeuten ohnehin zahlreiche wichtige Aufschlüsse über das Zusammenwirken von lebensgeschichtlichen Ereignissen für die Genese des Krankheitsbildes. Wird ein biographisches Thema deutlich und vom Patienten in die Gruppe getragen, so kann es durch Bewegungs-Improvisationen gestaltet werden. Pantomimisch oder in einer Form von Bewegungs-Psychodrama (*Fine, Dally, Fine* 1974) werden Geschwister-konstellationen oder Situationen mit den Eltern durchgespielt. Wenn in einer solchen Form gearbeitet werden kann, beginnen sich intensivere therapeutische Prozesse zu entwickeln. Hier ist es wichtig, den Patienten in seiner Belastbarkeit nicht zu überfordern und auch die Belastungsfähigkeit der Gruppe und einzelner Gruppenmitglieder richtig einzuschätzen. Andernfalls kommt es zu Rückschlägen, die nur in mühsamer Kleinarbeit wieder aufgefangen werden können.

11. Beispiel

Um einen plastischeren Eindruck von unserer Arbeit zu vermitteln, sei ein kurzes Fallbeispiel angeführt. Hans B., 42 Jahre, ist seit sieben Jahren auf einer Langzeitstation für chronisch schizophrene Patienten. Vor seiner

Hospitalisierung war er als Heizungsmonteur tätig gewesen. Unverheiratet lebte er im Hause seiner Eltern, in dem auch noch sein älterer Bruder mit seiner Frau wohnte. Die übrigen Geschwister lebten verheiratet in der Nachbarschaft. Sie waren zum größten Teil als erfolgreiche selbständige Handwerker tätig. Der Patient hatte bei fünf Geschwistern die dritte Geschwisterposition inne. In seiner Jugend und Kindheit war er häufig krank und hatte erhebliche Schulschwierigkeiten. Bis zu seinem neunten Lebensjahr war er Bettnässer. In seinem beruflichen Leben hatte er wenig Erfolg. Er brach seine Lehre ab und wurde dann in einer Heizungsfirma als Monteur angelernt. Zahlreiche Stellenwechsel kennzeichneten seine berufliche Laufbahn. Von den Geschwistern und den Eltern wurde er abfällig behandelt. Schließlich arbeitete er im Schlosserbetrieb seines älteren Bruders. Durch ständiges Fehlen und Unzuverlässigkeit in der Arbeit erhielt er durch seinen eigenen Bruder die Kündigung. Nach einem halben Jahr der Arbeitslosigkeit setzte die psychotische Erkrankung mit massiven Halluzinationen paranoider Prägung ein.

Im Verlauf der stationären Behandlung stellte sich keine Besserung ein. Der Patient regredierte zunehmend und wurde immer zurückgezogener. Nach und nach bildeten sich Defekte aus. Als Hans B. in die Bewegungsgruppe kam, war er in einem schlechten physischen Allgemeinzustand, sehr verwahrlost und kaum ansprechbar. Anderen Gruppenmitgliedern gegenüber zeigte er sich verschlossen, zuweilen aggressiv. In den ersten Sitzungen beteiligte er sich am Gruppengeschehen überhaupt nicht. Er stand am Rande und schien in sich versunken. Nach einiger Zeit begann er bei den Ballspielen am Schluß der Stunde zuweilen mitzuspielen. Hier fiel auf, daß er den Ball manchmal mit großer Wucht gegen die Wand schleuderte. Diese Verhaltensweise wurde verstärkt. „Das war ein guter Wurf! Versuchen Sie das noch mal! Feste gegen die Wand!“ Die Intervention wurde vom Patienten nicht aufgegriffen, sondern er ging abweisend an den Rand des Spielfeldes zurück. In den folgenden Stunden aber wiederholte er häufiger seinen „Schmetterwurf“ gegen die Wand. Die Therapeutin bot ihm nach einer solchen Stunde an, doch noch etwas mit dem Ball an der Wand zu üben. Dieses Angebot wurde aufgenommen und B. entwickelte eine große Heftigkeit. Dieses „Nachspiel“ fand etwa sechs mal statt. Die Therapeutin fragte jedesmal, ob es „Spaß gemacht habe“ und bekam ein einsilbiges „Ja“ zur Antwort. In der sechsten Stunde sagt B. auf die Frage: „Isch möchte dene alle paar vor de Köpp' ballern“. Die Therapeutin antwortete darauf: „Ja, dann machen Sie das nur!“ und versuchte nicht weiter zu explorieren, um eine Abwehrreaktion und ein

erneutes Verschließen zu verhindern. In den folgenden Stunden wurde B. in der Gruppenarbeit aktiver. Er begann mit anderen Gruppenmitgliedern zu sprechen und lachte zuweilen. Eines Tages kam von ihm der Vorschlag, doch einmal ein Fußballspiel mit einer anderen Stationsgruppe zu veranstalten. Diese Äußerung war völlig überraschend und entsprach in keiner Weise seinen üblichen Verhaltensmustern und Vorstellungen. Die Anregung wurde von den übrigen Gruppenmitgliedern nicht aufgegriffen. B. wurde ärgerlich: „Mein Gott, seid ihr lahmarschig!“. In den folgenden Sitzungen war B. wieder stärker zurückgezogen, wenn auch weniger verschlossen. Er blieb ansprechbar. In den Gesprächsphasen der Arbeit begann er, vermehrt von sich zu berichten. Er erzählte, daß seine Schwester ihn jetzt oft besuchen komme. Sie sei die Einzige, die er von seiner Familie leiden könne.

Die positive Entwicklung in der Bewegungstherapie wurde durch eine Einzeltherapie aufgegriffen, die dem Patienten angeboten und auch von ihm angenommen wurde. Im Verlauf dieser Therapie konnten nach und nach die Familienbeziehungen angesprochen werden. Es ergab sich eine positive Wechselwirkung zwischen Einzel- und Gruppenarbeit. In den Einzelsitzungen verbalisierte der Patient des öfteren Atembeklemmung, wenn er von seiner Familie sprach. Es wurden aus diesem Grunde entlastende Atemübungen eingeschaltet, die eines Tages zu einem intensiven Gefühlsausbruch führten. B. begann über seine Situation verzweifelt zu weinen. In der Gruppe suchte er in dieser Phase starken Anschluß an die Therapeutin und an einen relativ gut organisierten Mitpatienten. Er wurde von der chronischen Station auf eine mit weniger abgebauten Patienten und einem besseren sozialen Klima verlegt. Seine Teilnahme an einem anspruchsvolleren Programm der Arbeitstherapie konnte ermöglicht werden.

12. Erfolge, Schwierigkeiten und Grenzen

Die übungszentrierte und konfliktorientierte Bewegungstherapie in der Arbeit mit langfristig hospitalisierten psychiatrischen Patienten bietet zahlreiche Möglichkeiten, vorhandene Defizite zu kompensieren oder abzuschwächen und neues Verhalten aufzubauen. Die Erfolge lassen sich besonders im Hinblick auf die Beziehung des Patienten zum eigenen Körper und sein soziales Verhalten in der Gruppe und auf der Station erkennen. Dabei ist wesentlich, daß diese Erfolge auch selbst vom Patienten erlebt und wahrgenommen werden und damit einen selbstverstärkenden Charakter gewinnen. Der Patient aus dem geschilderten Fallbeispiel konnte

den aggressiven Ballwurf als lustvoll erleben. In der spielerischen und permissiven Atmosphäre der Therapiegruppe konnte er es sich leisten, einen aggressiven Impuls zu zeigen, der als verschlüsselter Tötungsimpuls gegen seine Eltern und Geschwister gedeutet werden kann. Er möchte ihnen vor die Köpfe *ballern* (= schießen). Auch Übungen, die entspannend wirken oder die die Spannkraft erhöhen, werden von den Patienten in ihrer Wirksamkeit erfahren und bestärken das Vertrauen in die Effektivität der Therapie. In der Regel sind die Erfolge nicht spektakulär, wenn man sie mit Ergebnissen aus der Therapie von Neurotikern etwa in der freien Praxis vergleicht. Im Hinblick auf die erheblichen Defizite aber müssen kleine Verhaltensänderungen schon hoch bewertet werden. Die Reaktion der Patienten auf den bewegungstherapeutischen Ansatz ist unterschiedlich. In der Regel wird das non-verbale Verfahren, das keine Anforderungen an die Verbalisationsfähigkeit stellt, gut aufgenommen. Insbesondere die Stimulierung durch Musik bewirkt regelhaft eine gewisse Mobilisierung. Es gibt aber auch Patienten, die auf die Bewegungsarbeit und insbesondere auf die Körperübungen des Sensibilisierungstrainings angstvoll und mit Abwehr reagieren, zum Teil so stark, daß sie sich weigern, weiterhin an der Gruppe teilzunehmen. Derartige Fälle sind die Ausnahme. Im Verlauf der Arbeit kommt es allerdings immer wieder einmal vor, daß Rückschläge dadurch eintreten, daß Erfahrungen als zu intensiv erlebt werden. Meistens handelt es sich dabei um das Miterleben von Verhaltensweisen anderer Klienten. So sind spontane, heftige Aggressionsäußerungen zwar für den Patienten, der sie durchlebt, förderlich, sie können aber in der Gruppe Angst auslösen und verschreckend wirken. Solche Ereignisse müssen durchgearbeitet werden, indem sie angesprochen werden. In der Regel sind Patienten nach einem Emotionsausbruch gelöst und entspannt, und die Gruppe wird auf diesen Entspannungszustand hingewiesen, so daß sie an ihm vikariell teilnehmen kann. Die Grenzen der bewegungstherapeutischen Arbeit in der Gruppe werden dann deutlich, wenn intensive konfliktorientierte Prozesse in Gang kommen, die der Belastungsmöglichkeit der übrigen Patienten nicht entsprechen. Hier ist eine flankierende Einzeltherapie angezeigt. In der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie können derartige Prozesse für die Behandlung des Patienten fruchtbar gemacht werden. Die größten Schwierigkeiten für bewegungstherapeutisches Arbeiten ergeben sich aus der Struktur der Institution. Das, was in der Gruppe mobilisiert und angeregt wird, kann in der Regel auf den überfüllten oder personell unterbesetzten Stationen nicht aufgegriffen werden. Die Stimulierung, die die Gruppe bietet, wird durch

die Monotonie des Tagesablaufes, die stimulierungsarme Umgebung, die tristen Räumlichkeiten und die eingeschränkten sozialen Kontakte wieder reduziert. Die Förderung offenen, selbstbehauptenden Verhaltens wird durch den repressiven Stil überforderter Pfleger häufig zunichte gemacht. Die hohe medikamentöse Sedierung schränkt die Entwicklung der Sensibilität und Expressivität erheblich ein, und bremst die Antriebskraft, die in der Bewegungsarbeit kurzfristig mobilisiert wird und die zur Veränderung von Verhaltensweisen unbedingt erforderlich ist.

Die Integrative Bewegungstherapie steht hier in dem Dilemma, in dem sich alle psychotherapeutischen Ansätze in den „totalen Institutionen“ befinden. Wenn man sieht, was in den Gruppenstunden möglich ist, und dann beobachtet, wie wenig von diesen Möglichkeiten im Stationsalltag umgesetzt werden kann, so wird man überdeutlich mit der Erkenntnis konfrontiert, daß effektive Therapie mit psychiatrischen Patienten nicht nur in therapeutischen Sitzungen geschieht, sondern durch das gesamte Setting geschehen muß.

Literatur:

- AMMON, G.: Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse, *Integrative Therapie* 2/3 (1975) 58-76.
- AURIEL, B.: La yogathérapie de groupe, *Psychothérapie et Psychosomat.* 20 (1972) 162-168.
- BANDURA, A.: Lernen am Modell, Klett, Stuttgart 1976.
- BANDURA, A.: Principles of Behavior Modification, Holt Rinehart, New York 1969.
- BERGER, A.: Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer totalen Gymnastik“, *Atem und Mensch* 3 (1971) 8-13; 4 (1971) 13-19.
- BESEMS, TH.: Überlegungen zu intersubjektivem Unterricht, in: Petzold/Brown (1977) S. 45-75.
- BRINER, F.: Integrative Tanztherapie, *Integrative Therapie* 12 (1977).
- BROWN, G.I.: PETZOLD, H.G., Gefühl und Aktion. Gestaltmethoden im integrativen Unterricht, Flach, Frankfurt 1977.
- BROOKS, CH.: Sensory Awareness, Vicking Press, New York 1974; dtsh. bei Junfermann 1978.
- BÜHLER, CH., ALLEN, M.: Einführung in die humanistische Psychologie, Klett, Stuttgart 1974.
- BUYTENDIJK, J.F.F.: Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung, Springer, Berlin/Heidelberg 1956.
- DÜRCKHEIM, K.: Vom Leib, der man ist, in pragmatischer und initiatischer Sicht, in: Petzold (1974) 11-27.
- FEDERN, P.: Ichpsychologie und die Psychosen, Huber, Bern 1966.

- FINE, R., DALLY, D., FINE, L.: Psychotanz als Übungsverfahren und Methode der Psychotherapie, in: Petzold (1976) 79-104.
- GAGNÉ, R.M.: Die Bedingungen des menschlichen Lernens, Schroedel, Hannover 1969.
- GOERTZEL, V., MAY, P.R., SALKIN, J., SHOOP, T.: Body-Egotechnique: An approach to the schizophrenic patient, *J. Neurol. Mental Disease* 1 (1965) 53-60.
- FREUD, S.: Das Ich und das Es (1923), Ges. Werke Bd. X, Imago, London.
- ILJINE, V.N.: Das therapeutische Theater, Sobor, Paris 1942 (russ.)
- ILJINE, V.N.: Prolegomena, aus Petzold, (1974) 5.
- ILJINE, V.N.: Therapeutisches Theater, in: Petzold (1972).
- JAKOBSEN, E.: The Self and the Object World, in: *Psychoanal. Study in the Child* IX, 1954, International University Press, New York.
- JACOBSEN, E.: Progressive Relaxation, Chicago University Press, Chicago 1938.
- KANFER, F., PHILLIPS, J.: Die lerntheroretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie, Kindler, München 1975.
- KRIETSCH-MEDERER, S.: Bewegungstherapie mit einer Gruppe von Langzeitpatienten in einem psychiatrischen Krankenhaus *Integrative Therapie* 4 (1975) 208-219.
- LEUTZ, G.A.: Psychodrama, Theorie und Praxis, Springer, Berlin/Heidelberg 1974.
- LOWEN, A.: Bioenergetik, Scherz, Bern/München 1976.
- MARCEL, G.: Sein und Haben, Schöningh, Paderborn 1968.
- MARCEL, G.: Prolegomena, (1968) in: Petzold (1974) S. 5.
- MARCEL, G.: Leibliche Begegnung, in: A. Kraus (Hrsg.), Leib, Geist, Geschichte, Hüthig, Heidelberg 1978, S. 47-73.
- MASLOW, A.: Psychologie des Seins, Kindler, München 1973.
- MASLOW, A.: Religion, Values and Peak-Experiences, Ohio State University Press, Ohio 1964.
- MAURER-GROELI, Y.A.: Libido-ökonomische und Ich-psychologische Aspekte der Psychosen, *Dynamische Psychiatrie* 2 (1976) 123-130.
- MAURER-GROELI, Y.A.: Die Haut als Medium in der Therapie depressiv schizophrenen Kranker, *Psychosomat. Medizin* 6 (1975) 67-78.
- MAURER-GROELI, Y.A.: Gruppentherapie mit Schizophrenen (Zur Einführung und Begründung der körperzentrierten Gruppentherapie mit schizophrenen Kranken) *Schweizer Archiv f. Neurochirurgie und Psychiatrie* 117/2 (1975) 309-324.
- MAURER-GROELI, Y.A.: Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten, *Archiv Nervenkr.* 221 (1976) 259-271.
- MERLAU-PONTY, M.: La structure du comportement, Paris 1942; dtsh. Die Struktur des Verhaltens, de Gruyter, Berlin 1976.
- MERLAU-PONTY, M.: Phénoménologie de la perception, Paris 1945; dtsh. Die Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin 1966.
- MORENO, J.L.: Psychodrama, vol. 1-3, Beacon House, Beacon 1969.
- MAY, P.R., WEXLER, M., SALKIN, J., SHOOP, T.: Non-verbal techniques in re-establishment of body image and self identity, *Psychiatry Research Report* 16 (1963) 68-82.

- PERLS, F.S.: Grundlagen der Gestalttherapie, Pfeiffer, München 1976.
- PETZOLD, H.G.: *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*, EPH, Paris 1970.
- PETZOLD, H.G.: *Angewandtes Psychodrama*, Junfermann, Paderborn 1972, 2. Aufl. 1977.
- PETZOLD, H.G.: *Gestalttherapie und Psychodrama*, Nicol, Kassel 1973.
- PETZOLD, H.G.: *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974, 2. Aufl. 1977.
- PETZOLD, H.G.: *Integrative Bewegungstherapie*, in: *Petzold* (1974, 2. Aufl. 1977) S. 289-406.
- PETZOLD, H.G.: *Das therapeutische Theater als Methode „dramatischer Therapie“* in: *Petzold* (1973) 97-133.
- PETZOLD, H.G.: *Das therapeutische Theater Vladimir Iljines*, *Gruppendynamik* 6 (1975) 117-126.
- PETZOLD, H.G.: *Psychophysische Körper- und Bewegungstherapie – eine Literaturübersicht*, *Integrative Therapie* 2/3 (1975) 156-175.
- PETZOLD, H.G.: *Thymopraktik als körperbezogenes Verfahren in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 2/3 (1975) 115-145; erweiterte und überarbeitete Fassung in *diesem Buch*, S. 252-312.
- PETZOLD, H.G.: *Integrative Körper- und Bewegungserziehung*, in: *Brown, G.I., Petzold, H.G., Gefühl und Aktion. Gestaltmethoden im integrativen Unterricht*, Flach, Frankfurt 1977, S. 100-114.
- PETZOLD, H.G.: *Die Medien in der integrativen Pädagogik*, in: *Petzold, H.G., Brown, G.I., Gestaltpädagogik. Konzepte der Integrativen Erziehung*, Pfeiffer, München 1977, S. 101-123.
- PETZOLD, H.G., BERGER, A.: *Integrative Bewegungserziehung*, in: *Petzold* (1974, 2. Aufl. 1977) S. 407-433.
- PETZOLD, H.G., BERGER, A.: *Integrative Bewegungstherapie*, *Atem und Mensch* 2(1973)
- PETZOLD, H.G., BERGER, A.: *Integrative Movement Therapy*, in: *Kogan, G., Your Body Works*, Transformation Press, Berkeley 1978.
- PETZOLD, H.G., BERGER, A.: *Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie*, mimeogr. FPI Publikationen, Düsseldorf 1978.
- PETZOLD, H.G., MAURER-GROELI, Y.A.: *Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie*, in: *Battegay, R., Trenkel, A., Die therapeutische Beziehung*, Huber, Bern 1978.
- PETZOLD, H.G., BUBOLZ, E.: *Bildungsarbeit mit alten Menschen*, Klett, Stuttgart 1976.
- PETZOLD, H.G., BUBOLZ, E.: *Psychotherapie mit alten Menschen (in Vorbereitung)*; darin: *Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik mit alten Menschen*.
- PLESSNER, H.: *Philosophische Anthropologie*, Fischer, Frankfurt 1970.

- PLESSNER, H.: Die Stufen des Organischen und der Mensch, Berlin, Leipzig, 1928, 1965².
- REICH, W.: Die Funktion des Orgasmus, Kiepenheuer & Witsch, Köln 1972.
- ROSENKRANZ, M.: Hände – eine Arbeit zur integrativen Körpererziehung, in: *Brown, G.I., Petzold, H.G., Gefühl und Aktion*, Flach, Frankfurt 1977.
- SCHILDER, P.: Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des Körpers, Springer, Berlin 1924.
- SCHILDER, P.: *The Image and Appearance of the Human Body*, Paul, French & Trubner, London 1935.
- SCOTT, W. A.: Attitude change by response reinforcement: Replication and extension, *Sociometry* 22 (1959) 328–335.
- SHELEEN, L., DROPSY, J.: Maitrise Corperelle und menschliche Beziehungen, in: *Petzold* (1974).
- SIVADON, P., GANTHERET, F.: *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, les Editions ESF, Paris 1973.
- SMITH, W.C., FIGETAKIS, N.: Some effects of isometric exercises on muscular strength, body-image, perception and psychiatric symptomatology in chronic schizophrenics, *Amer. Corr. Ther.* 4 (1970) 100-104.
- TROISFONTAINES, R.: *De l'existence à l'être. – La philosophie de Gabriel Marcel*, Nauwe laerts, Löwen 1968.
- WEINSTEIN, N., et al.: Bibliography of sensory and perceptual deprivation, isolation and related areas, *Percept. Motor Skills* 26 (1968) 883-903.