

# 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 02/2020

## Herausforderungen, Chancen und Probleme der Körper- und Bewegungspsychotherapie in der aktuellen Gruppentherapie

*Martin J. Waibel*, Aulendorf und *Ingrid Braunbarth*, Kassel \*

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 2-2020

---

\* 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](mailto: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](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com> ).

Leicht erweiterte und veränderte Erstpublikation aus *körper-tanz-bewegung*, Nr. 3-2019, S.106-116, Ernst Reinhardt Verlag München.

Die Gruppenarbeit in der stationären Therapie wird immer schwieriger. Und das nicht nur in der Körper- und Bewegungspsychotherapie. TherapeutInnen unterschiedlicher Provenienzen klagen über verkürzte Aufenthaltszeiten, Zeitdruck, erhöhten Dokumentationsaufwand, hohe Heterogenität, schwere Krankheitsbilder, problematische Motivationslagen bei den PatientInnen usw. Diese Liste ließe sich problemlos fortsetzen. Wie gelingt Gruppenarbeit in solchen Zeiten? Muss sich Gruppenarbeit neu erfinden? Brennen TherapeutInnen langsam aus, und werden PatientInnen immer unzufriedener? Oder gibt es Lösungen? Gibt es Grenzen, was noch zu leisten ist? Müssen maßgebliche harte Faktoren verändert werden?

Das ist eine ganze Reihe von Fragen, die natürlich den Rahmen dieses Artikels sprengen. Wir wollen uns dennoch zentralen Problemen der modernen Gruppenarbeit und hier spezifisch der Arbeit von Körper- und BewegungspsychotherapeutInnen im Rahmen spezialtherapeutischer Versorgung in der stationären Arbeit, vorwiegend sowohl in Akut- und Rehakliniken als auch psychiatrischen Kliniken, nähern. Zunächst bedienen wir uns der aktuellen Erkenntnisse aus der psychotherapeutischen Wissenschaft, vergleichen dieses Wissen mit einer kleinen Untersuchung betroffener TherapeutInnen und schließen mit einigen Hypothesen, wie moderne Gruppenarbeit besser gelingen könnte.

### **Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gruppentherapie?**

Mattke und Strauß (2012) beschreiben sogenannte relative Aufnahmekriterien für Gruppentherapien. Wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind, könne man von guten Ergebnissen in der Gruppentherapie ausgehen. Wir gehen davon aus, dass dies auch auf die Körper- und Bewegungspsychotherapie übertragbar ist. Diese sind (Mattke/Strauß 2012, 62):

- Probleme in Beziehungen zu Eltern, Freunden und/oder Partner/in
- Fähigkeit, in gewissem Umfang Gefühle anzusprechen
- Positive Vorerfahrungen in früheren Behandlungen mit Einsichtsbildung
- Positive Vorerfahrungen in früheren Gruppen
- Eine gesunde vorhandene Beziehung

Basale Kommunikationsfähigkeit ohne interferierende psychotische Symptome  
Fähigkeit, mit anderen in Kontakt zu treten und ihre Gefühle zu besprechen  
Bereitschaft, mit der Gruppe und deren LeiterInnen einen Vertrag zu schließen (auch bei schweren Krisen und/oder Suizidalität)  
Akzeptanz der Rahmenbedingungen (z.B. Zeiten und Dauer der Gruppe)  
Übermäßige Abhängigkeit von einem Einzeltherapeuten mit der Fähigkeit, von den multiplen Erfahrungen in der Gruppe zu profitieren  
Kein gesundheitliches Risiko durch die Gruppenteilnahme  
Eigenmotivation

Aus unserer eigenen langjährigen Erfahrung sind jedoch viele der oben genannten Voraussetzungen im stationären Bereich nicht gegeben, weil in der stationären Therapie vermehrt PatientInnen mit ich-strukturellen Störungen anzutreffen sind. Früher wurden im stationären Bereich auch häufig PatientInnen mit ich-funktionellen Störungen behandelt, diese Patientengruppen sind jedoch heutzutage vorwiegend in ambulanter Therapie. Daraus, so meinen wir, ergibt sich, dass die sogenannten relativen Ausschlusskriterien für die Gruppentherapie, die von gleichnamigen Autoren beschrieben werden, überdacht werden müssen. Diese zählen die Autoren wie folgt auf (Mattke/Strauß 2012, 62 f):

Sehr viele interpersonelle Konflikte im Leben  
Aggressiv, abwehrend, agitiert oder feindselig in ihren Beziehungen  
Ausgeprägt schüchtern oder vermeidend  
Keine Freunde bzw. kein System sozialer Unterstützung  
Sehr häufige selbstschädigende Verhaltensweisen wie Drogen-/Alkoholmissbrauch, suizidale Handlungen, riskantes Sexualverhalten  
Ausgeprägte somatische Symptome, die nicht mit psychologischen Ursachen im Zusammenhang gesehen werden können  
Tendenz zur Problemverleugnung, diffuser oder vager Problemdarstellung bzw. fehlender Akzeptanz eigener Probleme  
Paranoide Erlebnisverarbeitung mit negativen Gruppenkonsequenzen  
Abweichung von den Zielen einer Gruppe mit Beeinträchtigung anderer GruppenteilnehmerInnen  
Schwerwiegende Inkompatibilität mit einem oder mehreren Gruppenmitgliedern  
Gefährdung der Sicherheit einer Gruppe

Diese Beschreibungen sind heutzutage nicht mehr unbedingt Ausschlusskriterien, sondern vielmehr Realität, d.h. Körper- und BewegungspsychotherapeutInnen arbeiten gruppentherapeutisch mit klinischen PatientInnen, die diese Ausschlusskriterien erfüllen. Nun wird Körper- und Bewegungspsychotherapien ja nachgesagt, sie können gerade mit Patientengruppen arbeiten, die einer verbalen Psychotherapie kaum oder wenig zugänglich sind, eben durch die Averbalität der Behandlung. Tatsächlich helfen bei ausgeprägten somatischen Symptomen sowie einer zunächst scheinbaren Vermeidung der aktuellen Probleme in der Gruppe nach unseren Erfahrungen gerade zum Beispiel die Arbeit mit dem sicheren Raum, soziale Netzwerkerfahrungen über Seile, selbstverständliche Integration bei spielerischen Vorgehen in der Anfangsphase, Entspannungs- und Wahrnehmungsangebote, oben genannte PatientInnen in einen Gruppenprozess zu integrieren, bis eine adäquate Beziehungsbildung entstehen und ein "Behandlungspakt" geschlossen werden kann. Erfahrene Körper- und BewegungspsychotherapeutInnen haben hier eine Fülle methodischer, hilfreicher Übungen, Rituale und Angebote entwickelt, die es dieser Patientengruppe möglich macht, an den regelmäßigen Gruppenangeboten teilzunehmen, obgleich sie laut obiger Liste für eine Psychotherapiegruppe nicht geeignet seien. Das ist sicherlich das Ergebnis systematischer Erfahrung und systematischen Praxishandelns, was heißt, "man hat sich auf schwierige Bedingungen in jahrelanger Praxis eingestellt".

Natürlich wissen wir heute, dass der Therapeut bzw. die therapeutische Haltung und Vorgehensweise die entscheidende Rolle spielen. Nicht unwesentlich ist auch die therapeutische Methode, und hier sind Bewegung und Sport zunächst wesentlich "ungefährlicher" für den Patienten. Letztendlich weiß der Patient trotz Erläuterung oft nicht, was eine bewegungspsychotherapeutische Methode konkret beinhaltet. Man könnte daher dem Körperpsychotherapeuten gerade bei diesen Patientengruppen empfehlen, von Bewegungs- oder Entspannungstherapie zu sprechen und weniger von Psychotherapie.

Asay und Lambert (2001) kommen bei einer Auswertung empirischer Ergebnisse zu der Schlussfolgerung, dass die Varianz in der therapeutischen Veränderung des Klienten zu 40 % durch Klientenvariablen und extratherapeutische Faktoren erklärt wird. Diese können wir überhaupt nicht beeinflussen -- jedoch 30% durch die therapeutische Beziehung, 15% durch die Therapieform und schließlich 15% durch die Erwartung des Patienten und Placebo-Effekte.

Ist daher zu überlegen, ob es nicht sinnvoller ist, weniger in therapeutischen

Methoden zu verharren, dafür mehr spezifisch modifizierte Konzepte anzuwenden, vor allem aber auch mehr in Supervision und Weiterbildung des Therapeuten zu investieren?

Gefährlich seien folgende Therapeutenmerkmale, weil sie nach Freyberger und Spitzer (2014) zu häufigen Therapieabbrüchen beitragen:

Konfrontativer, nichtausreichender Schutz und strukturgewährender Leitungsstil

Negative Affekte

Ambivalenz bezüglich der Gruppenziele

(Unbewusste) Verstärkung interpersoneller Verzerrungen und sozialer Ängste; Tendenz, Spaltungen in der Gruppe zu fördern

Fehlendes Charisma

Förderung von interpersoneller Abhängigkeit und Zulassung spezifischer Rollen für einzelne Gruppenmitglieder

Die Rolle des Therapeuten in der Gruppe, so unsere Arbeitshypothese, scheint daher möglicherweise entscheidend für Erfolg und Misserfolg in der Gruppentherapie zu sein.

Uns hat daher interessiert, wie dies stationär arbeitende BewegungstherapeutInnen sehen, welche Probleme beschrieben werden und welche Ressourcen vorhanden sind.

### **Was sagen betroffene TherapeutInnen zu dieser Problematik und ihrer Rolle?**

Zu den Problemen und Herausforderungen, aber auch Ressourcen betroffener GruppentherapeutInnen wurde eine kleine Umfrage unter DGIB-Mitgliedern (Integrative Leib- und BewegungstherapeutInnen, die in der Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie organisiert sind) durchgeführt, die stationäre Gruppen leiten. Als belastend erlebt werden:

Arbeitsbedingungen wie Zeitdruck

zu wenig Austausch mit den Kollegen

schlechtes Teamklima und Versagen der Leitung

Gruppenbedingungen wie zunehmende Gruppengröße

kürzere Aufenthaltsdauer

hohe Heterogenität mit Extrempositionen

schwerere Krankheitsbilder

negative Gruppendynamiken wegen Motivationsproblemen (z.B. Rentenwunsch, Krankheitsgewinn)

## Defizite in der sozialen Kompetenz der Gruppenmitglieder

Diese Bedingungen erschweren es, eine vertrauensvolle Beziehung zu den einzelnen PatientInnen aufzubauen, sie dabei zu unterstützen, eigene realistische Ziele zu finden und diese in machbaren Schritten umzusetzen. Dadurch wird es auch schwieriger, Gruppenprozesse gut zu lenken und die Wirkfaktoren der Gruppentherapie zu nutzen. Wie können nun GruppentherapeutInnen unter diesen Bedingungen die unmögliche Aufgabe erfüllen, die widersprüchlichen Erwartungen der PatientInnen, der Klinik, der Kostenträger (Rentenversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung MDK) und von sich selbst auszubalancieren?

Hier waren die Antworten erfreulich: Es wurden viele Ressourcen genannt, die dabei helfen können, ins Lot zu kommen.

Bei den Arbeitsbedingungen hilft:

ein hoher Stellenwert der Kreativtherapie im Therapiekonzept

Wertschätzung und Unterstützung von Seiten des Teams und der Leitung

Intervision und Supervision

der große eigene Gestaltungsspielraum

Als persönliche Ressourcen sind nutzbar:

die eigene Begeisterung für die Methode, eine fundierte Fachlichkeit

die Berufserfahrung

die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und zur Vernetzung

Diese Ressourcen in uns und um uns herum helfen, auch schwierige Phasen im Gruppenprozess auszuhalten und manchmal produktiv zu wenden.

## **Wie kann Gruppentherapie heute unter schwierigen Bedingungen gelingen?**

Aus den oben genannten Erkenntnissen versuchen wir hier, acht verschiedene Lösungswege zu beschreiben, die moderne Gruppenarbeit auch unter schwierigen Bedingungen möglich machen können.

### **Lösungsweg 1 “Methodische Vielfalt”**

Unter dem ersten Lösungsweg der methodischen Vielfalt verstehen wir, dass dem Bewegungstherapeut im Rahmen seines Verfahrens unterschiedliche, in sich konsistente, theoriegeleitete Strategien des Handelns zur Verfügung stehen (Waibel/Jakob-Krieger 2009, 4). Wir wollen hier kurz verschiedene Orientierungen beschreiben:

#### Prozessorientierung

Sehr häufig sind stationäre Gruppen halb-offen, d.h. oft kommen wöchentlich neue PatientInnen in die Gruppe, und ebenso verlassen wöchentlich Gruppenmitglieder die Gruppe. Dies wird nicht selten dadurch verschärft, dass PatientInnen vorzeitig abreisen. Selbstverständlich wird hiermit die Kontinuität und Stabilität für eine Gruppe erschwert. Rituale des Neuankommens und des Verabschiedens erleichtern den Gruppenmitgliedern, diese stetigen Veränderungen besser zu bewältigen. Wenn Gruppenmitglieder Bilanz ziehen, Hilfreiches aus der Gruppe berichten, ihre Fortschritte und Erfolge erzählen, kann das für die “Neuen” sehr hilfreich und motivierend sein (Wöller/Kress 2018a, 172). GruppentherapeutInnen arbeiten daher sehr gerne am Prozess, d.h. an den aufkommenden aktuellen Themen, an den Phänomenen der Gruppe oder spezifisch an der Gruppendynamik. Dies ist zum einen gut für die neuen Gruppenmitglieder, da sie nicht das Gefühl bekommen, etwas verpasst zu haben, und auf diese Weise “eingebettet” werden, andererseits erfordert das ein gutes strukturelles Niveau der einzelnen Gruppenmitglieder. In der Prozessorientierung ist der Bewegungstherapeut somit offen für das, was kommt. Das Problem der Prozessorientierung ist, dass der Therapeut möglicherweise die Kompetenzen einer Gruppe überschätzt. Dann kann dies zu sehr dysfunktionalen Prozessen führen.

#### Ressourcenorientierung

In der Ressourcenorientierung arbeiten wir weniger prozessorientiert, sondern vielmehr mit den Kompetenzen und Performanzen der PatientInnen. Das vermittelt Orientierung,

Selbstwertsteigerung und Struktur. Spätestens seit Grawe/Grawe-Gerber (1999) hat sich die Ressourcenorientierung in Gruppen sehr stark durchgesetzt. Hier wird nun weniger an den aktuellen Konflikten gearbeitet, sondern vielmehr werden die Fähigkeiten und Potentiale der einzelnen Gruppenmitglieder bewusst gemacht (Ressourcing), entwickelt und in alltagspraktisches Handeln im Hier und Jetzt der Gruppe oder außerhalb der Gruppe im sozialen Milieu der Klinik umgesetzt. Gruppenmitglieder erleben diese Arbeit als sehr unterstützend, hilfreich, und es entstehen oft gesunde und lebendige Arbeitsatmosphären. Auch kann eine ressourcenorientierte Arbeit in einer Stunde abgeschlossen werden und erfordert kein prozesshaftes Vorgehen. Gruppendynamische Prozesse können gut gelenkt werden. Gerade bei schwereren strukturellen Störungen ist die Ressourcenorientierung eine gute Wahl, weil diese Sicherheit vermittelt. Ähnlich ist es beim humanistisch geprägten wachstumsorientierten Ansatz (Bosch/Kohaus 1980). Hier wird besonders in der Bewegungstherapie die Technik der Skulpturierung angewandt. Auch populäre Techniken wie Achtsamkeit (Kabat-Zinn 1998) und Embodiment (Storch 2007) können wir hierzu subsumieren. Fürstenau (1994) hat für die moderne Gruppentherapie in Kliniken bereits früh einen vergleichbaren Ansatz in Form der "Entwicklungsförderung" aus psychoanalytisch-systemischer Sicht beschrieben.

#### Orientierung in Form "multipler Angebote"

Petzold (1988, 250 ff) hat in der Arbeit mit verschiedenen Krankheitsbildern den Ansatz der "multiplen Stimulierung" im 3. Weg der Heilung postuliert. Darunter versteht er die Aktivierung des Erlebens in der Welt, der Dinge und des umgebenden Raumes, die dazu beitragen, dass sich Menschen wieder als schöpferische Persönlichkeiten erfahren. In der bewegungstherapeutischen Arbeit haben wir hier ein großes therapeutisches Repertoire zur Verfügung, das von der Arbeit am eigenleiblichen Spüren (Wahrnehmungsangebote), an der Atmung, der Arbeit an der Körperhaltung (Embodiment), der Arbeit am eigenen Raum und Grenzen über Skulpturierungen bis hin zu körperlicher Aktivität und körperlichem Erleben in der Natur (Ausdauertherapie) reicht. Die ist besonders für PatientInnen geeignet. für die eine prozessorientierte Arbeit zu überfordernd ist. Die Ansätze sind hierbei in der Regel übungszentriert und erlebniszentriert ohne reflexive oder gruppendynamische Aufarbeitung und daher bei schwereren ich-strukturellen Störungen sehr geeignet.



## **Lösungsweg 2 “Flexibler Therapeut”**

Für diesen Lösungsweg spielt eine hohe persönliche, methodische und technische Kompetenz und Performanz des Therapeuten eine wichtige Rolle.

### Der spielerische Therapeut

Bewegungstherapeutische Angebote können besonders in der Initialphase einer Gruppe über das Spiel, Freude und Spaß auch bei „schwierigen PatientInnen“ ein gutes Gruppenklima ermöglichen. Wohltuende “zwischenleibliche” Begegnungen werden ermöglicht, die zu gegenseitigem Vertrauen, Beistand, Unterstützung, Zusammenhalt und zum Spüren der eigenen Kraft einladen. Dabei kann praktisch ausprobiert werden, wie man sich im Tun aufeinander abstimmt und verständigt. Wechselseitigkeit und Geborgenheit, Sicherheit wird “leibhaftig” und greifbar. Somit kann ganz beiläufig Gruppenkohäsion aufgebaut werden.

### Der anspruchsvolle Therapeut

Wie können wir unsere eigene hohe Arbeitsmotivation mit unseren persönlichen Grenzen und den Grenzen des Machbaren ausbalancieren? Den Anspruch immer wieder anpassen an die Realität des Möglichen! Nichtstun, wenn sich nichts tut, ist nicht für jeden Therapeuten ein gangbarer Weg. Doch es ist wichtig, dass man mit sich selbst rücksichtsvoll umgeht -- eine Weisheit, die man den PatientInnen doch so oft empfiehlt und man selbst kaum fähig ist zu leben. Man kann unermüdlich dem Patienten Anregung für Veränderung geben und dabei auch die eigene Erschöpfung spüren. Denn sie ist ein Warnzeichen, wenn man zu viel Verantwortung für Veränderung übernimmt. Nicht immer gibt es Bewegung. Man muss es auch aushalten können, wenn sich nicht viel im Gruppenprozess tut.

### Der strukturierte Therapeut

Mitglieder einer stationären Therapiegruppe sind oft in Krisen, problemverstrickt und resigniert. Sie brauchen Sicherheit durch Klarheit: Was wird von ihnen erwartet? Sie brauchen Struktur, d.h. klare zeitliche und räumliche Grenzen, einen klaren zuversichtlichen Stil, konsequentes Einhalten von Regeln. Sie müssen aktiv eingeladen werden, sich zu beteiligen. Jeder muss Zeit in der Gruppe bekommen, manche müssen

begrenzt werden in ihrem störendem Verhalten (Yalom 2005, 2007). Die intrinsische Motivation für die Gruppentherapie ist gerade am Anfang zumeist niedrig oder gar nicht vorhanden. Wöller und Kress (2018a, 171) formulieren es treffend mit ihrem Titel zur stationären Gruppentherapie: „Muss ich wirklich in die Gruppe?“ Der strukturbildende Therapeut arbeitet leichter, indem er einen klaren Sitzungsablauf (Pünktlichkeit, Anwesenheitspflicht, Dauer, Form, Ablauf, Beginn und Ende) aufzeigt und selbst einhält. Je nach Strukturniveau der Gruppenmitglieder braucht es mehr oder weniger Strukturierung. Struktur sollte immer die Selbständigkeit fördern statt einzuschränken. Dies erfordert sehr viel Flexibilität der Gruppenleitung.

### **Lösungsweg 3 “Realistische Ziele”**

Realistische Ziele für eine kurze stationäre Therapiegruppe sind allgemein die Linderung der Isolation, der Abbau von Scham und Angst wegen der Erkrankung, die Erfahrung gemeinsamen Leids und die gegenseitige Unterstützung. Wenn es gut läuft, dann erleben die Gruppenmitglieder, dass es ungefährlich und nützlich ist, sich zu zeigen und mitzuteilen, anderen zuzuhören und Feedback zu geben. Sie machen vielleicht erstmals (wieder) positive Erfahrungen mit Gruppen, im besten Fall korrigierende emotionale Erfahrungen. Ihre Ressourcen können ihnen bewusst werden durch Rückmeldungen aus der Gruppe. Wenn sie sich sicher fühlen, können sie ihr dysfunktionales Interaktionsverhalten in der Gruppe erkennen und Neues ausprobieren. Nützlich sind hier Informationen über “blinde Flecken”, konstruktives Feedback der Gruppenmitglieder, Umgang mit Feedback und gute Kommunikation (Yalom 2005, 2007). Z.B. lernen die Mitglieder in einer störungsspezifischen Gruppe (z.B. Angstbewältigungsgruppe) leicht voneinander und beginnen oft auch, ihre Beziehungsmuster miteinander zu klären, statt nur die Angstsymptome zu bekämpfen. Dann wird es manchmal möglich, den Sinn und die Funktion der Symptome (als Notbremse, Warnsignal, unwillkürlicher Hilferuf) zu verstehen. Wegen der Kürze der Behandlungsdauer und der Schwere der Störungen ist eine Symptomlinderung oft nur begrenzt erreichbar. PatientInnen sind oft enttäuscht, wenn sie mehr erhofft haben („ich hoffte, wieder so zu werden wie früher...“). Das sollte ihnen klar gesagt werden. Der Sinn der Gruppentherapie sollte vermittelt werden: herausfinden, wie man Beziehungen zu anderen für alle Beteiligten gut gestalten und nutzen kann. Und dass dies im Hier und Jetzt der Gruppe geschehen und später auf Alltagsbeziehungen übertragen werden kann.

Spezifische bewegungstherapeutische Ziele wie Wahrnehmen, Verstehen und Akzeptieren der eigenen Leiblichkeit erfordern viel Zeit und können als "fremdes Terrain" erkundet werden. Es gibt auch Ansätze, diese spezifischen Wirkfaktoren in der Gruppentherapie zu erfassen und zu erforschen (Schreiber-Willnow 2000).

#### **Lösungsweg 4 "Striktes Begrenzen des banalen Bösen in der Gruppe"**

Menschen, die z.B. "geschickt" wurden und erst einmal selbst nichts wollen und alles entwerten und dadurch wiederum das Arbeitsklima in der Gruppe hochgradig belasten, müssen begrenzt werden. Können wir ihren Frust anerkennen und sie anregen, für sich etwas rauszuholen, was gut tut? Müssen sie ignoriert werden, aus der Gruppe herausgenommen, eventuell vorzeitig entlassen werden? Das hängt davon ab, wie dies auf der Station oder in der Klinik (vgl. Lösungsweg "Schutz des Therapeuten durch die Institution" weiter unten) gesehen wird. Auf jeden Fall ist wichtig, dass das Arbeitsklima der Gruppe geschützt wird. Antons (2018) merkt an, dass bei allem, was Gruppen leisten können, auch ihr Gegenteil enthalten ist: In ihnen steckt ein hohes destruktives Potenzial. In unseren Beobachtungen in Gruppen und supervisorischen Prozessen von Teams fällt uns auf, dass wir gerade gegenüber destruktiven Prozessen und Entwicklungen in Gruppen manchmal ein wenig blind sind und an "das Gute glauben". Antons (2018) beschreibt solche Prozesse in Gruppen mit den Dimensionen Zugehörigkeit, Intimität, Macht und Einfluss. Diese Dimensionen können sich in Extrempositionen ausdrücken. Z.B. nutzt ein Gruppenmitglied seinen Einfluss auf die gesamte Gruppe und sagt: "Bei der Therapeutin sagen wir nichts, die blockieren wir total". Wer kennt solche Entwicklungen in Gruppen nicht? Oder in der Dimension Intimität: "Nur wenn wir uns alles erzählen und ganz offen sind, sind wir eine gute Gruppe, wir machen alles zusammen". Antons nennt dies den "Wärmetod" einer Gruppe. Ohne differenzierter auf diese gruppenspezifischen Überlegungen eingehen zu können, stellen wir uns z.B. die Frage: Wie können wir aggressive Tendenzen begrenzen und bewegungstherapeutisch nutzen, so dass die geballte Wut mancher PatientInnen, die sich enttäuscht, gekränkt und gedemütigt fühlen, ein Stück zugelassen und dadurch bewusster, steuerbarer und adressierbar gemacht wird? Als kleines Beispiel dürfen wir das "VW-Modell" (Prior 2006) anführen: vom Vorwurf zum Wunsch. Dabei darf ein Kissen oder Körnersäckchen kraftvoll geworfen werden, um einen imaginierten Adressaten zu treffen. Damit kann die Kraft der Wut gespürt werden, bevor das Fühlen und Nachdenken aus dem Vorwurf einen Wunsch machen kann, in dem

das verletzte Bedürfnis klar wird.

### **Lösungsweg 5 “Psychoedukation: Wissens- und Motivationsaufbau”**

Motivierung erfolgt oft erst im Gruppenprozess, z.B. durch Information über Therapie und Gruppentherapie sowie durch das Lernen von anderen Gruppenmitgliedern. Wir unterstützen diese Motivationsprozesse, indem wir das Leiden anerkennen, an der Problemsicht der PatientInnen anknüpfen und dann gemeinsam konkrete, positiv formulierte Therapieziele entwickeln. Diese müssen mit Werten und Lebenszielen der PatientInnen harmonieren (Klauer/Schneider 2016). Durch das Lernen voneinander kann Hoffnung aufgebaut werden: Wenn andere sich etwas trauen und Erfolge haben, kann ich das auch schaffen! Ebenso hilfreich sind aber auch die “mini lectures” (Petzold 2004), wo wir dem Patienten kontext- und prozessbezogen hilfreiche Informationen zur Erkrankung, zum Verhalten und Erleben, zum Hintergrund einer Vorgehensweise etc. geben. Neurobiologische Erklärungsmodelle, z.B. zur Aggressionsentwicklung oder Suchtentwicklung, sind gerade bei sehr kritischen PatientInnen hilfreich.

### **Lösungsweg 6 “Stabiles Team”**

Wöller/Kress (2018a, 161) bringen es im neuen Buch zur Stationären Psychotherapie auf den Punkt: "Ein zentraler Bestandteil der stationären und teilstationären Psychotherapie ist die Arbeit eines berufsgruppenübergreifenden und multiprofessionellen Behandlungsteams." Keith Richards von den Rolling Stones sagte in einem Interview (Scorsese 2008) auf die Frage, wie gut denn die beiden Gitarristen in der Band seien, kurz und knapp: "Wir beide sind sehr mittelmäßig, aber als Team unschlagbar ..."

Die Teamarbeit ist entscheidend für einen gut verlaufenden Behandlungsprozess. Wenn es ein Konzept der Kooperation aller Berufsgruppen (TherapeutInnen, Pflege, Sozialberatung u.a.) und eine Praxis des intensiven Austauschs untereinander gibt, entsteht Mehrperspektivität in polylogischen Prozessen (Petzold 2004). Die PatientInnen sind dann “gut eingebettet”. Aus Zeitmangel kommt dies oft zu kurz. Oder es funktioniert wegen Konflikten im Team nicht. Dafür müssen Lösungen gefunden werden, entweder durch die Leitung oder durch Supervision und Intervision, damit Defizite oder negative Dynamiken im Team nicht auf die Dynamik der Therapiegruppen durchschlagen, natürlich auch in umgekehrter Richtung.

### **Lösungsweg 7 “Hilfen von Außen durch Supervision”**

Regelmäßige Supervision sollte Pflicht und ein zentraler Bestandteil für MitarbeiterInnen in Kliniken sein, die mit Gruppen arbeiten. Einfach mal Zeit zu haben, sich Gruppenprozesse anzuschauen, ohne dem ständig verdichteten und optimierten Zeitdruck in der alltäglichen klinischen Arbeit ausgesetzt zu sein, ist hilfreich. Dass sich das Team seinen Supervisor aussuchen kann und nicht, wie es leider in letzter Zeit mehrfach zu hören ist, von der Klinikleitung gestellt wird, ist eine Grundvoraussetzung einer effektiven Supervision. Hat ein Team eine gute Kultur von Vertrauen, gegenseitiger Unterstützung und diskursiver Ethik entwickelt, wo fundierte Kollegialität und persönliche Souveränität (Petzold 1998) gelebt werden, dann ist auch eine intervisorische Arbeit im Team möglich. Wöller und Kress (2018b, 507) bemängeln zurecht, dass für SpezialtherapeutInnen fachspezifische Supervisionen innerhalb der Institution nicht angeboten werden können. Hier empfehlen wir, dass sich Körper- und BewegungstherapeutInnen selbständig eine gute Supervision suchen, da die komplexen phänomenologischen Prozesse auf Leibebene in den Gruppen oft von den psychotherapeutischen Kollegen nur wenig verstanden werden.

### **Lösungsweg 8 “Schutz des Therapeuten durch die Institution”**

Wie wir gesehen haben, sind wir im Klinikalltag in unserer Arbeit mit immer kürzeren Aufenthaltszeiten der PatientInnen, mit zunehmenden administrativen Aufgaben (z.B. umfangreiche Dokumentation), immer schwierigeren Störungsbildern, knapper werdender Zeit, problematische Motivation und Volition von Seiten der PatientInnen und oft einer hohen unrealistischen Anspruchshaltung (“ich will wieder so werden wie früher”) konfrontiert. Diese Auflistung ist längst nicht vollständig.

Freyberger (2016) beschreibt, dass Gruppenpsychotherapie kontextabhängig ist. Für ihn lassen sich PatientInnen nur mit höher strukturierten Rahmenbedingungen behandeln, die im ambulanten Setting nicht möglich wären. Hohe Abbruchraten ließen sich nur dadurch senken, wenn PatientInnen systematisch vorbereitet werden, eine positive Behandlungsindikation gestellt wird und die Gruppen unter dem Gesichtspunkt einer breit verankerten Homogenität vor allem hinsichtlich persönlichkeitsstruktureller Merkmale zusammengestellt werden.

Hölzer und Fricke-Neef (2018, 366) äußern sich eindeutig zum institutionellen Rahmen, der nicht nur unabdingbar für ein stabiles Arbeitsbündnis, sondern für jede Form therapeutischen Arbeitens sei. Die Grenzen und damit die “Auslinien” des gemeinsam

bespielten Feldes müssen eindeutig bestimmt werden. Diese werden vor allem dann erreicht, wenn PatientInnen sich willentlich oder krankheitsbedingt in selbst- oder fremdgefährdender Weise nicht an vereinbarte Regelungen halten oder in pathologische Zustände geraten, die innerhalb des Settings nicht mehr therapierbar sind.

Ein weiteres Kapitel in dieser Hinsicht wäre auch das Beschwerdemanagement in Kliniken, das nicht selten dysfunktional verarbeitet wird und TherapeutInnen "verbrennt", wie uns ein psychoanalytischer Kollege und Supervisor aus seiner breiten klinischen Erfahrung berichtete.

Um den Kontext zu klären, in dem wir arbeiten, sollten wir z.B. die gesellschaftliche Funktion der Institution, die Klinikstrategie, die klinikinterne Machtstruktur, die Dynamiken zwischen den Berufsgruppen und den Stellenwert der eigenen Gruppe im Gesamtkonzept betrachten. So können wir unsere Grenzen, Spielräume und Rechte herausfinden und versuchen zu erweitern. Wir können die richtigen Ansprechpartner für unsere Interessen herausfinden und Unterstützung suchen. So können Frustrationen vermieden werden. Wenn eine Institution z.B. der Auffassung ist, dass ein Handyverbot trotz schwerwiegender Störungen in der Gruppe nicht notwendig sei, dann muss man diese Haltung verändern. Dort, wo der institutionelle Schutz fehlt, ist keine gute Arbeit machbar, Frustration von vorneherein gesät und ein mögliches Ausbrennen wahrscheinlich. Hier müssen wir in allen erdenklichen Gremien (Leitungsebene, Hausordnung, Betriebsrat usw.) institutionell arbeiten und nicht versuchen, durch besonders intelligente "bewegungstherapeutische Übungen" irgendetwas zu bewirken.

## **Fazit**

Die Arbeit in Gruppen stellt Bewegungs- und KörperpsychotherapeutInnen vor neue Herausforderungen. Fürstenau sprach bereits 1994 (51) von einem Paradigmenwechsel in der klinischen Behandlung. Dieser hat sich heutzutage weitgehend vollzogen, und wir behandeln zunehmend Patienten mit sogenannten ich-strukturellen Störungen. Die klassischen Voraussetzungen für Gruppentherapie, wie sie von maßgeblichen AutorInnen formuliert werden, gelten heute in dieser Form kaum mehr. Leidensdruck, Krankheitseinsicht und Gesundheitswillen sind bei einer zunehmenden Patientenzahl zunächst nicht vorhanden. Aus unserem praxeologischen Wissen haben wir hier erste Lösungsansätze formuliert, wie stationäre bewegungs- und körpertherapeutische Gruppentherapie auch in Zukunft erfolgreich gelingen kann.

## **Zusammenfassung: Herausforderungen, Chancen und Probleme der Körper- und Bewegungspsychotherapie in der aktuellen Gruppentherapie**

Der Artikel beschäftigt sich mit der aktuellen stationären Problematik von körper- und bewegungspsychotherapeutischer Gruppentherapie. Hier werden ausgehend von aktuellen gruppentherapeutischen Erkenntnissen zunächst die Herausforderungen, Chancen und Probleme beschrieben. Im Weiteren werden mögliche Lösungsansätze für klinische Gruppentherapeuten entwickelt.

**Schlüsselwörter:** Körper- und Bewegungspsychotherapie, Gruppentherapie, schwierige Patienten, Rolle der Gruppenleitung

## **Summary: Challenges, Opportunities and Problems of Body and Movement Psychotherapy in Modern Group Therapy**

The article deals with the current problems of in-patient body and movement psychotherapeutic group therapy. Based on current group therapeutic findings, the challenges, opportunities and problems are described first. Furthermore, possible solutions for clinical group therapists will be developed.

**Keywords:** body and movement psychotherapy, group therapy, difficult patients, role of the group therapist

## **Literatur**

- Antons, K. (2018): Das kollektive Böse -- Destruktive Kräfte in Gruppen. PiD -- Psychotherapie im Dialog 19, 42--46, <https://doi.org/10.1055/a-0556-1294>
- Asay, T. P., Lambert, M. J. (2001): Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (Hrsg.): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse mit praktischen Folgerungen. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 41--81
- Bosch, M., Kohaus, M. (1980): Die therapeutische Beziehung -- Funktion und Rolle des Therapeuten in der Familientherapie. In: Petzold, H. P. (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn, 133--144
- Freyberger, H. J. (2016): Indikation zur Gruppenpsychotherapie. Psychotherapeut 61 (4), 314--317, <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0114-3>
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. (2014): Risiken, Nebenwirkungen und das Abbruchproblem in der Gruppentherapie. In: Staats, H., Dally, A., Bolm, T. (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehrbuch für Klinik und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 85--89, <https://doi.org/10.13109/9783666402302.85>
- Fürstenau, P. (1994): Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. Psychotherapeut 44 (2), 63--73, <https://doi.org/10.1007/s002780050149>

- Hölzer, M., Fricke-Neef, C. (2018): Mehr als nur Spielregeln -- Der Rahmen in der stationären Psychotherapie. In: Hölzer, M., Wöller, W., Berberich, G. (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie. Von der Anmeldung bis zur Entlassung. Schattauer, Stuttgart, 366--383
- Kabat-Zinn, J. (1998): Gesund durch Meditation. Barth, Bern
- Klauer, T., Schneider, W. (2016): Behandlungsmotivation und Indikation von Psychotherapie. Psychotherapeut 61 (4), 318--326
- Mattke, D., Strauß, B. M. (2012): Indikation, Prognose und Zusammensetzung von Therapiegruppen. In: Strauß, B. M., Mattke, D. (Hrsg): Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Springer, Berlin u.a., 59--67
- Petzold, H. G. (2004): Integrative Therapie. 3 Bände. Junfermann, Paderborn
- Petzold, H. G. (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Junfermann, Paderborn
- Petzold, H. G. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Junfermann, Paderborn
- Prior, M. (2006): MiniMax-Interventionen. Carl Auer-Systeme, Heidelberg
- Schreiber-Willnow, K. (2000): Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Scorsese, M. (2008): Shine a light (DVD). Kinowelt Home Entertainment/Arthaus, Leipzig
- Storch, M. (2007): Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Huber, Bern
- Strauß, B., Barkowski, S., Schwartze, D., Rosendahl, J. (2016). Aktueller Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. Psychotherapeut 61(5), 364--375, <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0120-5>
- Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Schattauer, Stuttgart
- Wöller, W., Kress, D. (2018a): Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile -- Das therapeutische Team. In: Hölzer, M., Wöller, W., Berberich, G. (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie. Von der Anmeldung bis zur Entlassung. Schattauer, Stuttgart, 161--170
- Wöller, W., Kress, D. (2018b):Gegen blinde Flecken -- Supervision. In: Hölzer, M., Wöller, W., Berberich, G. (Hrsg.): Stationäre Psychotherapie. Von der Anmeldung bis zur Entlassung. Schattauer, Stuttgart, 502--509
- Yalom, I. D.(2007): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Pfeiffer, München
- Yalom, I. D. (2005): Im Hier und Jetzt. btb, München

## **Die Autoren**

Martin J. Waibel

Leitete u.a. eine Abteilung an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Akut- und Rehaklinik mit den verschiedensten spezialtherapeutischen Berufsgruppen nach einem



integrativen Modell. Er betreut mit einem Team aktuell PatientInnen mit chronifizierten Schmerzkrankungen.

Ingrid Braunbarth

Arbeitet seit über 20 Jahren mit bewegungstherapeutischen Gruppen an einer psychosomatischen Reha-Klinik. Ein Schwerpunkt ist die Begleitung von AngstpatientInnen auf einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Station, seit kurzem auch an einer psychosomatischen Akutklinik.

Kontakt-Adresse  
Martin J. Waibel  
Im Obstgarten 6  
D-88326 Aulendorf  
info@mjwaibel.de