

Integrative Bewegungstherapie

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

(peer reviewed)

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

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

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 01/2001

Die Rolle der Gruppe in der *Integrativen Bewegungstherapie*

Hilarion G. Petzold, Angelika Berger (1996a/Neueinst.2001)*

* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höbmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Der Text hat die Sigle 1996a und ist erschienen in: *Integrative Therapie* 2, 79-100; holl. Tijdschrift *Psychomotorische Therapie* 3, 108-114; 149-159; 5, 201-207; gekürzt in: *Petzold, Frühmann* (1986) II, 95-126; revid. in ‚*Integrative Leib, und Bewegungstherapie*‘: Paderborn: Junfermann, Bd. I, 2 (1996a [419-453]) und in: *Orth, I., Petzold, H.G.* (1995b): Gruppenprozessanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197-212, auch in Textarchiv *Petzold* 1995, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/orth-i-petzold-h-g-1995b-gruppenprozessanalyse-ein-heuristisches-modell.html>.

Zusammenfassung: Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie

Die Rolle der Gruppe in der *Integrativen Bewegungstherapie* (IBT), die als einzel- und gruppen-therapeutisches Verfahren verwandt werden kann, wird dargestellt. Es wird ein konfliktzentrierter, erlebniszentrierter und übungszentrierter Arbeitsmodus unterschieden, der je nach Indikation eingesetzt wird. Die Gruppe wird als Ganzes betrachtet, das mehr und etwas anderes ist, als die Summe der Teilnehmer. Die *Synergie* der Teilnehmer konstituiert diese Ganzheit. Die Themen Einzelner sind deshalb oftmals das Thema der Gesamtgruppe und umgekehrt. Im Wechsel von verbalen und nonverbalen Sequenzen in der Gruppenarbeit werden Bezüge zwischen den Gruppenteilnehmern deutlich und das Potential der Gruppe als Feld sozialen Lernens genutzt.

Schlüsselwörter: Rolle der Gruppe, *Integrative Bewegungstherapie*, Synergie, verbale und nonverbale Sequenzen, Feld sozialen Lernens.

Summary: The role of the group in Integrative Exercise Therapy

The role of the group in *Integrative Movement Therapy* (IMT), which can be applied as individual and group therapy, is represented. Three modes of work are differentiated: conflict centered, experience centered and exercise centered; used as indicated. The group is understood as a whole which is more than the sum of the individual participants, the *synergy* of which is constituting the group as a totality. The themes of the individual participant are therefore the topic of the group and vice versa. The alternation of verbal and nonverbal sequences in the group work are putting the relations of the participants into the open and are using the groups potential as a field for social learning.

Keywords: Role of the group, *integrative movement therapy*, synergy, verbal and nonverbal sequences, field of social learning.

Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie *

Der vorliegende Beitrag will sich mit der spezifischen Frage beschäftigen, welche Bedeutung die Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie hat und wie in diesem Verfahren therapeutische Gruppenarbeit gehandhabt wird. Dabei wird es unerlässlich, die Gruppentheorie der Integrativen Therapie zu rezipieren, wie wir sie an anderer Stelle entwickelt haben (Petzold, Schneewind 1986a, b; Petzold, Frühmann 1986), um den theoretischen und methodischen Hintergrund voll zu erfassen.

1. Einzel- und Gruppenarbeit als Formen der Bewegungsarbeit

Die Integrative Bewegungstherapie kann sowohl als einzeltherapeutisches, d. h. „dyadisches“ als auch als gruppentherapeutisches Verfahren eingesetzt werden. Die einzeltherapeutische Arbeit empfiehlt sich für Patienten, bei denen eine Gruppentherapie wegen ihrer Problematik nicht indiziert ist, sei es, weil sie gar nicht in der Lage sind, die Komplexität des Beziehungsgefüges einer Gruppe zu ertragen oder sei es, weil ihre Erkrankung aufgrund eines akuten Zustandsbildes und spezifischer Problemstellung eine Einzeltherapie erforderlich macht. Eine Einzelbehandlung kann weiterhin angezeigt sein, wenn die Probleme des Patienten für eine Gruppe zu belastend wären, z. B. bei sexuellen Perversionen, schweren Zwangsvorstellungen und akuten psychotischen Zuständen.

Methoden der Integrativen Bewegungstherapie werden als Einzeltherapie auch zur funktionalen Behandlung eingesetzt. Interventionen, die auf die Regulierung der Atmung und des Tonus abzielen,

* Unter Mitarbeit von Angelika Berger (Petzold, Berger 1978b)

die unmittelbar auf das Angehen muskulärer Verpanzerung gerichtet sind, und die deshalb direkte Arbeit am Körper erforderlich machen, sind nur in Einzelarbeit möglich, weil sie die volle Aufmerksamkeit des Therapeuten verlangen, wie in der funktionalen Massage, Atemtherapie oder Psychomotorik.

Neben diesen Möglichkeiten des Vorgehens ist die Integrative Bewegungstherapie eine Methode therapeutischer Gruppenarbeit, die konfliktzentriert-aufdeckend, übungszentriert-funktional und erlebniszentriert-agogisch arbeitet. Einzel- und Gruppentherapie sind demnach keine Alternativen, sondern zwei Möglichkeiten des Verfahrens, die je nach Indikation separat oder miteinander verbunden eingesetzt werden können. So ist es durchaus möglich, daß ein Patient an Einzelsitzungen etwa mit funktionaler Atemarbeit oder mit konfliktzentrierter Körperarbeit teilnimmt und zugleich Mitglied einer fortlaufenden Therapiegruppe ist.

In der Gruppe werden Möglichkeiten des sozialen Lernens bereitgestellt, die die Einzelarbeit nicht zu bieten vermag. Die Einzelarbeit hingegen läßt eine Differenziertheit und Kontinuität zu, die in der Gruppe nicht immer erreicht werden kann. Der therapeutische Prozeß im Einzel- oder Gruppensetting weist zum Teil unterschiedliche Qualitäten auf, die sich eine differenzierte Indikationsstellung zunutze machen kann. Im folgenden soll die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie näher dargestellt werden: die Möglichkeiten, die gruppentherapeutische Bewegungsarbeit bietet und die Faktoren, die eine solche Arbeit bestimmen.

2. Zur Begründung bewegungstherapeutischer Gruppenarbeit

Es ist zunächst die Frage zu stellen, warum in einem bewegungstherapeutischen Ansatz der Gruppe eine Bedeutung zugemessen wird, die über die einer Übungsgemeinschaft hinausgeht.

Es ist ein Mangel der herkömmlichen Bewegungstherapie und der Gymnastikgruppen in der Psychiatrie, daß den gruppalen Aspekten keine oder nur wenig Beachtung geschenkt wird. Nicht nur, daß damit therapeutische Möglichkeiten vergeben werden, es werden

auch Faktoren nicht beachtet, die für Störungen im Arbeitsprozeß verantwortlich sein können. Wir konnten immer wieder feststellen, daß Lustlosigkeit, Fehlquoten, mangelnde ‚Ernstwertung‘ in der Regel Ausdruck ungeklärter Gruppensituationen waren. Gerade in den übungszentrierten Arbeit besteht die Gefahr, daß latente Spannungen zwischen Gruppenmitgliedern oder Untergruppen nicht beachtet und bearbeitet werden. Dem kann zwar dadurch abgeholfen werden, daß regelhaft Übungsfolgen oder Spiele eingestreut werden, um die Gruppensituation zu entschärfen und zu konsolidieren, wie z. B. Ball- und Mannschaftsspiele. Aber gerade derartige Spiele sind auch dazu geeignet, die Gruppensituation offenzulegen und bewußt zu machen. In ihnen nämlich werden Wahlen, Präferenzen und Konkurrenzsituationen deutlich erkennbar. Sie können in einem ‚judischen Kontext‘ angesprochen werden, ohne daß sofort Widerstand und Abwehr einsetzen. Konkurrenz wird im Spiel selbstverständlicher mitgeteilt als die tatsächlichen Spannungen im Alltagsleben. Die Spielsituation ist unverfänglicher und weniger risikoreich. Zuweilen müssen Auseinandersetzungen allein auf der spielerischen Ebene belassen werden, so daß schwelende Konflikte nur indirekt angegangen werden können, weil die direkte Auseinandersetzung zu angstauslösend wäre. Es kann auch durch derartige Maßnahmen eine ausgeglichene Gruppenatmosphäre hergestellt werden, in der ein gutes Arbeitsklima möglich ist. Besser aber ist es, wenn die anstehenden Situationen konkretisiert und ausgetragen werden. Eine Gruppenarbeit, in der keine offene Interaktion möglich ist, in der Hostilitäten überspielt werden und in der keine Bewußtheit für ablaufende Prozesse herrscht, ist in ihrer Effektivität eingeschränkt. Dies gilt für die meisten herkömmlichen Ansätze der Bewegungstherapie.

In der Integrativen Bewegungstherapie geht es hingegen nicht nur um das körperliche Ausdrücken und Ausagieren von Konfliktsituationen, sondern wesentlich auch um die Schulung der Awareness für den eigenen Leib, für den Leib anderer, für soziale Konstellationen. Aus diesem Grunde können die Beziehungen in der Gruppe nicht ausgeblendet werden. Sie stellen im Gegenteil ein wertvolles Übungsfeld für den Umgang mit Konflikten, für die Problemlösungsfähigkeit und die Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung dar. Die soziale Kompetenz der meisten Patienten ist defizitär. Ihnen fehlt oftmals das Gefühl für die Gruppe. Ein wesentlicher

Teil ihrer Probleme ist in der persönlichen Isolation, in zerstörten *sozialen Netzwerken* zu sehen, in ihrer Unfähigkeit, Kontakt zu schließen, besonders aber, verbal in Gruppen zu kommunizieren. So stellt die Kombination von verbalem und nonverbalem Ansatz der Gruppenarbeit in der Integrativen Bewegungstherapie ein ideales Medium dar, derartige Defizite anzugehen.

3. Zur Zusammenstellung von Gruppen

Die Zusammenstellung einer Gruppe ist für den Charakter der nachfolgenden Gruppenarbeit von entscheidender Bedeutung. Die Fragen, die mit der Zusammenstellung von Gruppen verbunden sind, sind jedoch außerordentlich komplex (Yalom 1974), so daß hier nicht mehr als ein Abriß gegeben werden kann, der die spezifische Position der Integrativen Bewegungstherapie wiedergibt.

Die Zusammenstellung von Gruppen ist in der Regel von äußeren Realitäten bestimmt, z. B. der Art der Einrichtung, in der die Gruppe stattfindet.

Therapeutische Patientengruppen sollten nicht mehr als acht Teilnehmer haben, pädagogisch ausgerichtete Gruppen können größer sein (vgl. Petzold 1979k). Bei schwer erkrankten psychiatrischen Patienten empfiehlt es sich oft, nur mit fünf oder sechs Teilnehmern zu arbeiten.

Grundsätzlich ist für die Zusammenstellung von Gruppen eine „*Heterogenität ohne Extrempositionen*“ anzustreben, z. B. kann durchaus eine Altersstreuung vorhanden sein, ohne daß in der Gruppe einzelne Teilnehmer besonders jung oder besonders alt sind. Jugendliche und alte Menschen müssen für kontinuierliche Arbeiten in homogenen Gruppen zusammengefaßt werden, da ihr Erfahrungshintergrund und ihre Erlebnis- und Verhaltenscharakteristik sich so sehr unterscheiden, daß die Arbeiten auf Dauer für die einen oder die anderen wenig fruchtbar wird. Von den Krankheitsbildern her ist eine gute Durchmischung zu empfehlen. So sollte auf keinen Fall die Zahl der depressiven Patienten in einer Gruppe überwiegen, da ansonsten das Arbeitsklima insgesamt gedrückt und wenig dynamisch wird. Eine Homogenität der Gruppenzusammenstellung empfiehlt sich nur bei Suchtkranken (Alkoholiker, Drogenabhängi-

ge, Polytoxikomane), da diese aufgrund ihrer spezifischen Problematik ein besonderes Vorgehen erfordern und weiterhin gemeinschaftlich an dem sie verbindenden Problem besonders effektiv arbeiten können. Schließlich wird die Arbeit in homogenen Gruppen bei schwer erkrankten psychiatrischen Patienten, z. B. akuten Psychotikern, aber auch bei chronifizierten Psychosen und Defekten erforderlich. Obgleich eine Zusammenfassung dieser Kranken in homogenen Gruppen ein hohes pathologisches Potential akkumuliert, in dem wenig positive Imitationsmodelle gesetzt werden und eine sehr spezifische, interaktionsarme Gruppendynamik entsteht, ist eine Durchmischung mit weniger schwer gestörten Patienten, z. B. Neurotikern oder psychosomatisch Erkrankten, kaum möglich, da für diese der Umgang mit akuten Psychosen seelisch zu belastend ist und die Arbeit etwa mit Defektschizophrenen durch ihre Schwerfälligkeit die therapeutische Entwicklung neurotischer Patienten beeinträchtigt. Die Unterschiede in der Antriebsdynamik und im Hinblick auf noch vorhandene Kompetenzen sind zu groß. Eine *Heterogenität ohne Extrempositionen* wäre nicht gewährleistet.

In jedem Falle wünschenswert sind Gruppen mit männlichen und weiblichen Teilnehmern. Sie bieten gegenüber geschlechtshomogenen Gruppen vielfältige Vorteile. Insgesamt ist die Dynamik lebendiger und lebensnäher. Der in der Regel gestörte Bereich der Partnerbeziehungen und der Sexualität kann besser angesprochen werden und sich erlebnisnah konkretisieren. Auch hier gilt, daß keine Extrempositionen geschaffen werden, etwa dadurch, daß auf eine Gruppe von acht Patienten nur eine oder zwei Patientinnen kommen oder umgekehrt. Ein Drittel sollte nicht unterschritten werden, da sonst Minderheitspositionen entstehen, die sowohl für die betroffene Minderheit als auch für die Gruppenmehrheit sich nicht positiv auswirken.

Schließlich sollte bei der Zusammenstellung einer Patientengruppe darauf geachtet werden, daß die Differenzen, was Introspektionsfähigkeit und Verbalisationsfähigkeit, also sprachliche, personale und soziale Kompetenz anbelangt, nicht zu groß werden. So wesentlich die Entwicklung einer gewissen Toleranz ist, so störend können sich zu großen Divergenzen für den Behandlungsprozeß auswirken.

Wie in der Praxis eine Gruppe zusammengestellt werden kann, ist natürlich von den vorhandenen Patienten und der Struktur der Ein-

richtung abhängig. So gibt es leider in der Psychiatrie immer noch genügend reine Männer- oder Frauenkrankenhäuser, in denen gemischte Gruppen nicht stattfinden können.

4. Initialsituationen in Bewegungsgruppen

Ist es gelungen, eine einigermaßen ausgeglichene Gruppe zusammenzustellen, so gilt es, in den ersten Sitzungen aus jener Ansammlung von Menschen, die sich zum ersten Mal im Gruppenraum treffen, eine tragfähige Gruppe zu bilden, die durch ein dichtes Netz von Beziehungen, durch Offenheit und Direktheit der Kommunikation, durch gegenseitige Wertschätzung und Bereitschaft, aufeinander einzugehen, gekennzeichnet ist. Eine solche Gruppe unterscheidet sich von einer Ansammlung fremder Menschen, die immer bedrohlich ist, weil sie Unbekanntes und Unverfügbares impliziert. Die Sicherheitsdistanz, die die Teilnehmer in derartigen Initialsituationen aufbauen, und die oft nur sehr schwer zu überwinden ist, wenn man sich allein auf verbale Interaktionen beschränkt, muß reduziert werden zugunsten einer Nähe, in der Kontakt und Begegnung möglich wird, die aber jedem Teilnehmer noch genügend Freiraum läßt. Es ist diese Mischung von Nähe und Freiraum, in der ein Klima von Vertrauen entstehen kann und in dem Wachstumsprozesse möglich werden. Unter dem Druck von Aggression oder Angst können sich persönliche Entwicklung und Gesundung nicht realisieren. Die Gruppe muß in dieser Hinsicht ein Klima entwickeln, das dem einer guten Familie ähnelt und das von Sicherheit und Freiheit gekennzeichnet ist. Das Medium der Bewegung, der nonverbalen körperlichen Übung, in der Nähe und Distanz sich auf natürliche Weise regulieren, bietet hier ausgezeichnete Voraussetzungen, um Gruppenkohäsion aufzubauen.

Bei Patienten, denen verbaler Kontakt ohnehin schwer fällt, ist die konkrete Gruppenaktivität, selbst wenn sie nur aus einfachen Übungen besteht, eine große Hilfe. Die Übungen verweisen den Patienten zunächst auf seinen eigenen Leib, der eine bestimmte Aufgabe ausführen muß. Bei ihm liegt die primäre Zentrierung der Awareness. Da die Übungen mit anderen Teilnehmern ausgeführt werden, wird Kontakt eine „beiläufige Selbstverständlichkeit“,

durch die Angst reduziert und „en passant“ Beziehungen aufgebaut werden können.

Durch entsprechende Übungsfolgen, die über Partnerarbeit, arbeiten in Dyaden, Triaden und größeren Untergruppen immer stärker auf die Gesamtgruppe hinführen, kann Kohäsion systematisch aufgebaut werden. Die aufzuwendende Zeit wird dabei durch das Zustandsbild der Teilnehmer wesentlich bestimmt. Bei Patienten, deren soziale Kompetenz noch nicht sehr beeinträchtigt ist, gelingt es meistens sehr schnell, eine gute Kohäsion zu erreichen. Sehr zurückgezogene Patienten hingegen erfordern ein sehr behutsames, geduldiges Heranführen. Bei ihnen liegt die Bedeutung der Gruppe nicht im Aufarbeiten ungeklärter oder spannungsgeladener Beziehungen, denn solche sind allenfalls rudimentär vorhanden, sondern darin, Beziehungen erst möglich zu machen und ein Gruppenklima herzustellen, in dem Vertrauen, Wärme und Offenheit die Grundlage der Interaktion bilden. Die direkte körperliche Tätigkeit miteinander, die wechselseitigen Übungen und die spielerische Atmosphäre bieten hierzu die ideale Voraussetzung.

5. Zum Konzept der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie

Wir sehen die Gruppe „mehrperspektivisch“ (Frühmann 1986), als eine Einheit in einem in sich gestaffelten Kontext-Kontinuum (vgl. Abb. S. 85): im Kontext der Klinik, des Gesundheitswesens in diesem Lande, der Gesamtgesellschaft. Die therapeutische Gruppe ist ein System in einem komplexen Systemgefüge. Folgende Aspekte sind für die Gruppe konstitutiv: der Kontext (Systemzusammenhang), Kontinuum (Geschichte), die einzelnen Teile (Teilnehmer), die Beziehungen, die die einzelnen Teile zueinander haben (Interaktionsprozesse). Das Zusammenwirken dieser Komponenten, die „Synergie“ (Petzold 1974), konstituiert die Gruppe als ein Ganzes, das nicht unbedingt mehr, aber in jedem Falle etwas *anderes* als die Summe der einzelnen Teile ist (vgl. Petzold, Frühmann 1986).

Diese Kategorien aus der Gestalttheorie, Systemtheorie bzw. dem Strukturalismus ermöglichen ein komplexeres Verständnis der

Gruppe als summative Definitionen, die unter einer Gruppe eine Anzahl von Personen verstehen, die miteinander direkte Kontakte unterhalten (*Homans* 1950), durch eine Situation (*Lindgren* 1973) oder durch gemeinsame Ziele verbunden sind, ein Rollensystem und spezifische Normen ausgebildet haben (vgl. *Fengler* 1986).

All diese in den vielfältigen Gruppendifinitionen der Sozialpsychologie gängigen Kategorien sind wesentlich, aber sie tendieren dazu, die Gruppe als Ganzheit von eigener Charakteristik außer Acht zu lassen. Das Ganze der Gruppe hat eine eigene Qualität, die im therapeutischen Prozeß sehr wesentlich ist (*Battegay* 1976). Das aber bedeutet durchaus nicht, daß die einzelnen Teile („Unterganzen“), die einzelnen Personen, Dyaden, Subgruppen, ihre Eigenständigkeit und ihren Charakter verlieren. Ganzes, Teile, Prozesse und Kontext müssen in der Gruppenarbeit gleichermaßen berücksichtigt werden. Eine einseitige Zentrierung auf die Gruppe, wie dies in bestimmten gruppenspezifischen Verfahren der Fall ist (z. B. Tavistock-Model), ist mit dem Arbeitsstil der Integrativen Bewegungstherapie genau so wenig vereinbar, wie die Zentrierung auf den Einzelnen, die bestimmte Therapieformen kennzeichnet (z. B. die klassische Gestalttherapie und das personenzentrierte Psychodrama).

Der Einzelne wird Figur vor dem Hintergrund der Gruppe. Die Gruppe gewinnt Gestalt aus dem Zusammenwirken, der Synergie, ihrer Teilnehmer im jeweiligen Kontext-Kontinuum. Dieses wirkt auf die Gruppe, die Gruppe wirkt auf den einzelnen Teilnehmer: ein Gefüge von Wirkungen und Rückwirkungen. Dem Zusammenwirken der einzelnen Komponenten kommt deshalb die zentrale Bedeutung zu.

6. Person- und gruppenspezifische Arbeit

Es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben der therapeutischen Arbeit, die Verwobenheit zwischen Figur und Grund, den Systemzusammenhang als Kontext im Auge zu behalten und person- und gruppenspezifische Arbeit zu verbinden. Bringt z. B. ein Klient in einer Gruppensitzung ein Problem, sei es dadurch, daß er es verbal äußert, oder dadurch, daß er es in der Bewegung ausdrückt, so ist

dies zwar sein eigenes, ganz spezifisches Anliegen, aber er hat im gleichen Moment die Gruppe als Matrix und Verweisungshorizont.

Es ist das Klima der Gruppe, das das Einbringen des Problems zum gegebenen Zeitpunkt ermöglicht. Irgend etwas in der Gruppeninteraktion, irgendeine vorausgegangene Bewegungskonstellation, Äußerung, Beziehungsqualität oder Gestimmtheit in der Gruppe kann als auslösende Anregung angenommen werden. Diese Annahme ist kein Muß. Es kann durchaus sein, daß ein Klient unter dem Einfluß seiner aktuellen Lebenssituation (Kontext) ein Thema in die Gruppe bringt und damit seinerseits die Gruppe in ihrer Charakteristik beeinflusst. Oft genug aber ist die Gruppe insgesamt Auslöser, oder es bedingen sich individuelle und gruppale Impulse und Einflüsse aus dem Kontext. So ist denn immer die Frage zu stellen, wenn ein Gruppenteilnehmer ein spezifisches Thema bringt, welche Bedeutung es für die Gruppe insgesamt hat, was dieses Thema für die Gestimmtheit, die Situation, die Zielrichtung der Gruppe aussagt, welche Einflüsse aus dem Kontext-Kontinuum wirksam werden.

Ich (Petzold 1973a, S. 17) habe in der Gruppentheorie der Integrativen Therapie, die für die Entwicklung der Integrativen Bewegungstherapie wichtige Impulse gegeben hat, vier Stile der Gruppenarbeit unterschieden:

1. *Personzentrierte Arbeit*, die eine „Einzeltherapie in der Gruppe“ darstellt. Die Therapeuten arbeiten mit dem Patienten und die übrigen Teilnehmer sind beteiligte Zuschauer, die erst im auf die Arbeit folgenden Gruppengespräch aktiv teilnehmen können, und zwar durch ihr „*Sharing*“, der Mitteilung des eigenen Betroffenseins, durch ihr „*Feedback*“, der Mitteilung von Beobachtungen, und in der „*Analyse*“, durch interpretative Überlegungen zum Geschehen.
2. *Gruppenzentrierte Arbeit*, die auf die Interaktion zwischen den Gruppenteilnehmern im Hier und Jetzt gerichtet ist und die gesamte Gruppe einbezieht, ohne daß persönlich-biographische Elemente größeren Raum einnehmen.
3. *Gruppengerichtete Arbeit*, in der das Thema eines Klienten Bedeutung für die gesamte Gruppe hat und die Gruppe an der Bearbeitung des Themas durch verbale und aktionale Beiträge aktiv teilnehmen kann.

4. *Themenzentrierte Arbeit*, in der ein vorgegebenes Thema im Mittelpunkt steht und Ergebnisse zum Thema erarbeitet werden sollen. Im themenzentrierten Vorgehen spielen gruppencentriertes und gruppengerichtetes Vorgehen zusammen.

In der praktischen Arbeit gestaltet sich das Zusammenspiel von personenzentrierter, gruppengerichteter und gruppencentrierter Arbeit als ein dynamisches Geschehen, das sich aus der konkreten Situation entwickelt. Es ist z. B. möglich, daß in einer Bewegungsimprovisation oder einem Gruppengeschehen plötzlich ein Klient sein ganz persönliches Thema findet, das er „personenzentriert“ bearbeitet, wobei die Gruppe ganz in den Hintergrund tritt.

Oft aber kommt ein Patient und bringt ein Thema, das unmittelbar von der gesamten Gruppe aufgenommen und im Gruppengespräch oder in der Bewegungsarbeit „gruppencentriert“ vertieft wird. Das scheinbar ganz „persönliche Thema“ war das latente Thema der Gruppe. Es hat bei allen Teilnehmern Resonanz gefunden. Eine solche Resonanz kann sich auch darin ausdrücken, daß die Gruppe sehr aufmerksam dabei ist, wenn der Patient mit den Therapeuten sein Problem personenzentriert durcharbeitet. Die Auswertung für die Gesamtgruppe ergibt sich dann in der Integrationsphase nach der Arbeit und zeigt sich in lebhaftem „Feedback“ und sehr persönlichem und engagiertem „Sharing“.

Ein Teilnehmer berichtet z. B., wie er gezwungen wurde, bei Tisch immer alles aufzuessen. Diese Erfahrung ist vielen Gruppenteilnehmern nicht fremd. Sie können das Geschehen mitvollziehen. Die Arbeit ist zwar nicht gruppencentriert, aber sie läßt die Gruppe auch nicht aus. Auf der strukturellen Ebene sind die Gemeinsamkeiten noch viel größer. Jeder Patient hatte Vater und Mutter. Viele haben Geschwister und diese Familienstrukturen wurden von Interaktionen bestimmt, die von Zuwendung oder Ablehnung, Freiheit oder Unterdrückung, Geborgenheit oder Unsicherheit usw. charakterisiert sind. Je allgemeiner derartige Strukturaspekte von Teilnehmern an einer personenzentrierten Arbeit geteilt werden können, desto stärker ist diese Arbeit auf die Gruppe gerichtet (*group oriented*). Werden derartige Strukturelemente dann Thema des Gruppengesprächs, so ist es in der Analyse der Zusammenhänge durchaus möglich, daß in der Gruppe selbst zwischen den einzelnen Teilnehmern in ihrer Beziehung untereinander oder zu den Therapeuten

derartige Strukturen entdeckt und offengelegt werden. Damit ist die Gesamtgruppe wieder einbezogen. Es kann aber auch der umgekehrte Verlauf eintreten, daß eine gruppenzentrierte Interaktion im Hier-und-Jetzt, in der sich zwei Teilnehmer über eine Alltagsbanalität (z. B. die Verteilung des Aufräumdienstes auf der Station) auseinandersetzen, zu einer Situation führt, in der Elemente aus der persönlichen Biographie zum Tragen kommen, und die nur durch die Aufhellung dieses Hintergrundes verständlich wird.

Dieser beständige Wechsel zwischen Einzelarbeit in der Gruppe und Arbeit mit der Gesamtgruppe ist von Kontinuität und Diskontinuität gekennzeichnet. Er läßt sich nicht durch Regeln und Gesetzmäßigkeiten vorausbestimmen. Es ist möglich, daß sich ein Thema in der Gruppe über einige Sitzungen hin entwickelt, daß Einzelarbeiten eingestreut sind, die in dieser Themenrichtung liegen (Kontinuität); es ist aber auch möglich, daß eine Einzelarbeit aufkommt, die sich mit der Themenlinie nicht verbinden läßt oder daß das Gruppenthema plötzlich umschlägt (Diskontinuität, Kipphänomen), um gegebenenfalls in eine neue Kontinuität einzumünden, wenn nämlich die Gruppe eine neue Themenlinie findet.

7. Gegenwarts-, Vergangenheits- und Zukunftsorientierung in der Gruppenarbeit

Der Wechsel von personenzentrierter und gruppenzentrierter Arbeit geht oftmals mit einem Wechsel der Zeitdimension einher. Gruppenzentrierte Arbeit ist in der Regel von den aktuellen Interaktionen im Hier-und-Jetzt bestimmt. Personenzentrierte Arbeit in der Gruppe ist häufiger biographisch orientiert und auf die individuelle Vergangenheit des Klienten gerichtet, oder auf seine Hoffnungen, Pläne, Zukunftsentwürfe. Da aber jeder Teilnehmer *seine* Vergangenheit hat und diese persönlichen Vergangenheiten oftmals strukturelle und inhaltliche Gemeinsamkeiten aufweisen, besteht für die Gesamtgruppe vielfach die Möglichkeit zur Identifikation und Teilnahme im gruppenorientierten Prozeß.

Die Gegenwartsorientierung des gruppenzentrierten Vorgehens wird jedoch nicht dogmatisch gehandhabt, wie in der klassischen

T-Gruppe, in der aufkommende biographische Elemente nicht aufgenommen, abgewiesen oder gar unterdrückt würden. Wenn sie sich deutlich genug artikulieren, wechselt die Arbeitsmodalität der Gruppe. Die für die Klärung der Gruppendynamik notwendige Zentrierung auf das „hic et nunc“ darf nicht so gehandhabt werden, daß das „tum et olim“ oder das „fore“ der individuellen Biographie ausgeblendet werden. Die persönliche Lebensgeschichte eines jeden Teilnehmers spielt in das aktuelle Gruppengeschehen hinein, denn jeder kann sich nur so darstellen, wie er ist. Er präsentiert sich in seinem persönlichen So-geworden-sein. Der Teilnehmer verhält sich so, wie er sich immer in Gruppen und Beziehungen verhalten hat und zeigt damit seine Kompetenzen und seine Pathologie. Er prägt durch die Art, wie er ist, das Gruppenklima, trägt zu der Gestalt der Gruppe insgesamt bei.

In der Integrativen Bewegungstherapie gehen wir, ähnlich wie in der analytischen Gruppentherapie, von der Annahme aus, daß sich Verhalten in Gruppeninteraktionen reproduziert. Dies aber – und hier greift der integrative Ansatz weiter – nicht nur auf der Ebene der Übertragung, wie sie sich verbal artikuliert, sondern auch auf der Ebene konkret geäußerten, leibhaftigen Verhaltens: Mimik, Gestik, Haltung, Bewegungsabläufe. Das Hier-und-Jetzt der Gruppeninteraktion umfaßt daher immer die individuelle Vergangenheit der Teilnehmer in der Reproduktion pathologischen *und* gesunden Verhaltens, und zwar als leibhaftige Vergangenheit; denn dem Leib ist die Lebensgeschichte des Patienten eingegraben, der Leib selbst *ist* Geschichte (Marcel 1978; Petzold 1981h) und bestimmt damit auch die Zukunft, z. B. durch die Lebensdauer (vgl. S. 34).

In der Integrativen Bewegungstherapie nehmen wir also an, daß die Gruppe neben dem im Vordergrund stehenden Aktualaspekt – nämlich eine Gemeinschaft zu sein, die mit dem Ziel zusammenkommt, bewegungstherapeutisch zu arbeiten – Hintergrunddimensionen hat, die gleichfalls mehr oder weniger ausgeprägt in das Hier-und-Jetzt hineinwirken. Zu diesen Hintergrundaspekten gehören nicht nur die spezifischen Fakten der persönlichen Biographie der einzelnen Teilnehmer, sondern auch allgemeine Konfigurationen, Strukturen, die von jedem in seiner Primärgruppe aufgenommen und internalisiert wurden.

Wir sind also der Auffassung, daß die Gruppe, ähnlich wie es verschiedene Schulen der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie vertreten, Aspekte der Primärgruppe aktualisiert und daß aus diesem Grunde regressive Phänomene und die Reproduktion früherer Verhaltensmuster gefördert werden. Eine derartige Aussage darf aber keinesfalls dazu verleiten, die Gruppe auf diese Dimension zu begrenzen. Der Bezug zur Primärgruppe wird im Erleben der Patienten durch Strukturähnlichkeiten evoziert. Das Therapeutenpaar kann prototypisch für das Elternpaar stehen, die Gruppenteilnehmer prototypisch für die Geschwister. Weil der Strukturbegriff aber Elemente und Prozesse impliziert, Systemteile und Systemrelationen, können im Bewußtsein der Teilnehmer hier und jetzt Anklänge an die Primärgruppe besonders gut aufkommen, wenn die Interaktionen zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern die Qualitäten von Nähe und positiver wie negativer Intimität aufweisen, wie dies für die meisten Familiengruppen charakteristisch ist.

Die bewegungstherapeutische Arbeit fördert ein derartiges Klima außerordentlich. Der unmittelbare körperliche Kontakt, das Vertrauen, das ganz selbstverständlich aufkommt, wenn man miteinander eine Übung macht, in der sich der eine Partner auf den anderen verlassen muß, emotionale Anteilnahme, Zuwendung und Trost, die die Gruppe im „*Sharing*“ vermittelt, all das sind Faktoren, die Gemeinsamkeiten mit dem Klima einer Primärgruppe aufweisen. Eine solche Atmosphäre ist geeignet, Korrektive für Negativerfahrungen zu setzen oder defizitäre Erfahrungen nachzuzusozialisieren. Es sind also nicht nur die konfliktzentriert-aufdeckende Arbeit oder das funktional-übungszentrierte Vorgehen Variablen im therapeutischen Prozeß, durch die Fähigkeiten und Fertigkeiten restituiert und entwickelt werden, sondern auch dem Gruppenklima, dem emotionalen Beziehungsnetz zwischen den Teilnehmern muß ein hoher therapeutischer Wert zugebilligt werden. In ihm können sich Nachreifungsprozesse vollziehen, können Alternativerfahrungen gemacht werden. Die Gruppe als Ort der Sicherheit und Freiheit vermag ein Stück „Grundvertrauen“ heranzubilden. Die Bewegungsgruppe bietet hier durch den unmittelbaren körperlichen Kontakt besondere Möglichkeiten, da sie auf der Ebene ansetzt, in der Sicherheit und Vertrauen ihren Ursprung haben: der Ebene des Körperkontaktes, wie er *ab utero* in der Mutter-Kind-Beziehung selbstverständlich ist.

In der Gruppenarbeit werden aus diesem Grund im übungszentrierten Vorgehen ganz gezielt Konstellationen hergestellt, die das Erleben von Sicherheit und Vertrauen fördern: führen und geführt werden, wiegen und sich wiegen lassen, halten und gehalten werden, stützen und gestützt werden usw.

Dadurch, daß die Teilnehmer im Rollenwechsel beide Positionen, die des Kindes und die des Elternteils einnehmen, also in ihrer kindhaft-regressiven und ihrer Elternseite angesprochen werden (in der Terminologie der Transaktionsanalyse ihr „Kind-Ich“ und ihr „Eltern-Ich“, vgl. *Berne 1975; Petzold 1976c*), wird eine ausschließlich regressionsbetonte Arbeit vermieden. Die Aussprache zwischen den Partnern oder in der Gruppe nach derartigen Übungen, die Reflexion des Erlebens und seine Auswertung für den Lebensvollzug des Alltags, stellen eine weitere Relativierung des regressiven Settings dar (man könnte sagen, die Reflexion erfolgt zwischen erwachsenen Menschen auf der Ebene des „Erwachsenen-Ichs“).

Die voranstehenden Ausführungen seien an einem Beispiel konkretisiert:

Eine Patientin berichtet in der Auswertung einer Partnerübung, die die Struktur „stützen und gestützt werden“ beinhaltete, daß sie sich noch nie in ihrem Leben habe so fallen lassen können, wie mit ihrer Partnerin. Sie habe ein Gefühl von Geborgenheit und Nähe gehabt, das sie fast erschreckt habe. Ein Gruppenteilnehmer fragt zurück, ob sie denn derartige Erfahrungen nie bei ihren Freunden oder in ihrem Elternhaus gehabt habe. Die Patientin teilt daraufhin mit, daß in ihrem Elternhaus ein sehr strenges und kaltes Klima geherrscht habe. Sie sei nie auf den Schoß oder in den Arm genommen worden. Die Patientin kann sich erinnern, daß sie einmal von der Mutter einer Freundin in den Arm genommen und gedrückt worden sei und sie bei jedem Besuch gehofft habe, daß sich diese Umarmung wiederhole. Die Familie aber sei dann weggezogen.

Ein anderer Gruppenteilnehmer bemerkt, daß die Patientin auch in der Gruppe ein Verhalten zeige, als würde sie immer auf etwas warten, ohne je konkret zu äußern, was sie wolle: „Wenn du Zuwendung willst, dann mußt du auch etwas dafür tun, dann mußt du was sagen und auf andere zugehen! Von nichts kommt nichts!“ Therapeut: „Aber Zurückweisungen sind schmerzlich!“ Bei dieser Interpretation des Therapeuten zuckt die Patientin zusammen. Patientin:

„Ich bin in meinem Leben zu oft zurückgewiesen worden!“ Eine Reihe von anderen Gruppenteilnehmern berichtet über ähnliche Erfahrungen. Der Therapeut schlägt darauf eine nonverbale Übung vor, in der jeder Teilnehmer einen anderen, und zwar den, mit dem er am meisten Schwierigkeiten hat, um Zuwendung bitten soll.

Die Übung wird danach im Gespräch zwischen den Gruppenteilnehmern aufgearbeitet. Dabei wird den Beteiligten deutlich, wie sehr sich vergangene Erfahrungen (archaische Narrative) und gegenwärtiges Verhalten bedingen können. Im nachfolgenden Gruppengespräch können zahlreiche Verbindungspunkte zum Aktualverhalten in der Gruppe gefunden werden. In der Sitzung konnte auf diese Weise gruppenzentrierte Arbeit im Hier-und-Jetzt und personenzentrierte Arbeit ohne Bruch verbunden werden.

8. Verbale und nonverbale Arbeit

Ein Charakteristikum in der Integrativen Bewegungstherapie ist darin zu sehen, daß verbale und nonverbale Arbeit, Bewegung in der Gruppe und Gruppengespräche miteinander verbunden werden.

Eine Gruppe ist neben den schon aufgeführten Charakteristika u. a. auch dadurch gekennzeichnet, daß sich Personen in einem Raum befinden und verbal und nonverbal miteinander interagieren. Es handelt sich, wenn man diese Konstellation einmal physikalisch betrachtet, um eine Anzahl von Körpern im Raum, die sich zueinander in veränderbaren Distanzen befinden, je nachdem, ob sie sich aufeinander zu oder voneinander weg bewegen. Dabei können die Bewegungen verschiedene Qualitäten haben. Ein solches System bzw. Strukturgefüge impliziert „Sinn“, noch ehe dieser in sprachlicher Bedeutung gefaßt ist. Dieser vorsprachliche Beziehungsmodus ist der Urgrund aller Bedeutungen, verwurzelt in der „stummen Erfahrung“ (Husserl 1963): zwischen Mutter und Säugling, den Gefühlsqualitäten, die Hautkontakt, Blicke, Mimik und Gestik, Körperhaltung auslösen und vermitteln. Wenn auch mit der Entwicklung der Sprache nach und nach viele dieser präverbalen Qualitäten mit zunehmender Differenzierung benannt werden können, so werden sie von der Sprache doch nie in ihrer ganzen Fülle erfaßt. Die Benennung bleibt dem Erleben nachgeordnet (Merleau-Ponty 1966; 1964).

Ich (Petzold 1974j und 1977a, S. 385) habe den Begriff „nonverbal“ wie folgt spezifiziert:

1. *präverbal*: Hierunter werden alle Formen des Körperausdrucks gefaßt, die einer verbalen Botschaft vorausgehen: Empfinden und Ausdruck vor der sprachlichen Benennung, wobei Benennung nicht unbedingt als Konsequenz erfolgen muß.

2. *periverbal*: Hierunter werden alle Verhaltensweisen gefaßt, die den sprachlichen Ausdruck begleiten: die Sprache der Hände, die Sprache des Gesichtes während des Redeflusses.

3. *transverbal*: Hierunter werden alle die Formen des körperlichen Ausdrucks verstanden, die an die Stelle von Sprache treten, weil ihre Aussage über das, was sprachliche Benennung zu vermitteln vermag, hinausgeht: eine Geste des Trostes oder der Hoffnungslosigkeit, ein Blick zwischen Liebenden, ein Gesicht, in dem sich „namenloses“ Entsetzen widerspiegelt.

Untersuchungen zur nonverbalen Kommunikation (Argyle 1978; Schefflen 1975; Watzlawick 1969) haben gezeigt, welche immense Bedeutung der nonverbale Anteil in unserer scheinbar vorwiegend sprachlich charakterisierten Kommunikation hat. In den herkömmlichen Psychotherapien wird dennoch dem nonverbalen Verhalten fast keine Beachtung geschenkt. In herkömmlichen nonverbalen Therapien, z. B. der Heilgymnastik, Atemtherapie, funktionaler Bewegungstherapie, Tanztherapie wird die sprachliche Dimension vernachlässigt. Diese Aufspaltung der Kommunikation verkürzt die menschliche Realität und schränkt die therapeutische Aktivität ein. Erst in jüngster Zeit beginnen sich hier, besonders unter dem Einfluß der Gestalttherapie, Veränderungen abzuzeichnen (Briner 1977).

In der Integrativen Bewegungstherapie wird bewußt versucht, die nonverbale Dimension einzubeziehen, ohne sie von der verbalen zu trennen, wobei nachdrücklich darauf verwiesen wird, daß es eine Dimension des Averbalen gibt, die der „stummen Erfahrung“ (Husserl 1963), die der transversalen Aussage, für die die Sprache nicht mehr zureicht. Die nonverbale Arbeit in der Gruppe führt den Menschen unmittelbar an sein Erleben und unmittelbar an erlebnisintensive Konstellationen in seiner Biographie, traumatische wie positive. Die freie Bewegungsimprovisation des Einzelnen für sich, in der Gruppe, mit einem Partner, mit der Gruppe insgesamt, erschließt Erlebnisqualitäten, die zu integrativen Erfahrungen werden können. Die

„hautnahe“ Erfahrung von Zuwendung und Sicherheit ist bedeutsamer als eine verbale Versicherung und dennoch bleibt die Benennung, die persönliche sprachliche Aussage wichtig. Sie stellt eine Hilfe dar, Erfahrung einzuordnen.

Auf jede Bewegungsimprovisation folgt eine Auswertung im Gespräch. Sei es zwischen den Partnern, die miteinander gearbeitet haben, sei es in der Gesamtgruppe. Dabei ist es oftmals wichtig, darüber zu wachen, daß Erfahrungen nicht zerredet werden. Genauso wesentlich aber ist es, darauf zu sehen, daß sie nicht „sprachlos“ bleiben, sondern daß die verbale und nonverbale Dimension, wo immer möglich, integriert werden. Eine Geringwertung der Sprache kann niemals Ziel ganzheitlicher und integrativer Therapie sein. Aus diesem Grunde ist die Bezeichnung „nonverbale Therapie“, die heute vielfach für die verschiedenen atem-, bewegungs- und körpertherapeutischen Verfahren verwandt wird, nicht sehr glücklich. Genauso wie es Realitäten gibt, die sprachlich nicht auszudrücken sind, gibt es solche, die nonverbal nicht vermittelt werden können. Deshalb gilt es, Einseitigkeiten zu vermeiden.

In der Praxis der therapeutischen Gruppenarbeit des integrativen Ansatzes wechseln freies Gruppengespräch und freie Bewegungsimprovisation, vorgegebene Bewegungsübungen und strukturierte verbale Auswertung. Bei jeder personenzentrierten Arbeit erfolgt zunächst das *Sharing* der Gruppe, in dem die übrigen Teilnehmer dem Protagonisten mitteilen, was sie während seiner Arbeit erlebt haben, darauf das *Feedback* der Gruppe, in dem die Teilnehmer dem Protagonisten vermitteln, wie sie ihn in seinen Äußerungen und seinem Verhalten erlebt haben. Schließlich kann die Information des Feedbacks in einer *Analyse* noch weiter aufgeschlüsselt und deutend bearbeitet werden, wobei Verbindungen zur gesamten Gruppe hergestellt werden können. Dieses strukturierte Gespräch erlaubt es, verbale und nonverbale Arbeit zu integrieren.

Die nonverbale Arbeit erschließt aber nicht nur für den Einzelnen Erlebnis- und Ausdrucksmöglichkeiten, auch die Gruppe als Ganzes kann zum anstehenden Thema bewegungstherapeutische Arbeit leisten. Zum Beispiel kann jeder seine Befindlichkeit in der Gruppe durch Bewegungen ausdrücken. Eine Geste der Abneigung, etwa ein einfaches Sich-Abwenden, wird oftmals leichter vollzogen als eine verbale Zurückweisung. Durch die Bewegung kann jeder seine Po-

sition zu einem imaginierten oder konkret gekennzeichneten „Gruppenmittelpunkt“ finden und sehen, ob er weit vom Zentrum entfernt ist, also am Rande steht, oder ob er sich nahe am Mittelpunkt befindet. Da bei der räumlichen Anordnung jeder jeden sieht, wird die gruppensituation weitestgehend plastischer wahrgenommen als in der Sitzrunde herkömmlicher Gruppentherapie und versendet nicht im Gewirr wenig durchschaubarer Reden. Dennoch wird die Verbalisierung nicht überflüssig. Sie erhält ihren Stellenwert im sprachlichen Ausdruck dessen, was *de facto* in der Gruppe vor sich geht.

Wenn Gruppendynamik „als Beziehungsstruktur zwischen den Teilnehmern einer Gruppe“ gekennzeichnet werden kann, so stellt sie zunächst ein vorsprachliches Phänomen dar, das sich in der Regel auch zuerst auf der nonverbalen Ebene durch Blicke, Gesten, Haltungen zeigt und sich erst dann, wenn überhaupt, in Rede und Gegenrede artikuliert. In der Integrativen Bewegungstherapie wird diese präverbale Ebene unmittelbar angegangen. Zum Beispiel wird in der Bewegungsimprovisation zur Musik die Möglichkeit zum unbewußten, spontanen Ausdruck von Beziehung gegeben. Die Teilnehmer können, ganz ihren Impulsen und Neigungen folgend, aufeinander zugehen, sich voneinander entfernen, sich isoliert an den Rand stellen. Dabei wird die Qualität der Bewegung genau so aussagekräftig wie die Zahl der Kontakte und der Ort der Bewegungsimprovisation. Es ist nicht unerheblich, ob ein Teilnehmer sich eine Stelle aussucht, an der sich z. B. eine größere Gruppe aufhält, ob er alleine steht oder nur zu einem Partner Kontakt aufnimmt. Derartige Konstellationen werden von fortgeschrittenen Gruppen selbstverständlich zum Thema eines Gruppengesprächs gemacht. Aus dem Gespräch entwickelt sich nach einiger Zeit wiederum das Bedürfnis, in die Bewegung zu gehen, um Erkanntes umzusetzen oder neue Aspekte zu explorieren. Genau so wie es für verbale Therapiegruppen ein Habitus geworden ist, auf Stühlen in der Runde zu sitzen, für Psychodramagruppen eine Selbstverständlichkeit, Szenen zu spielen, wird es für Gruppen in der Integrativen Bewegungstherapie eine „ganz natürliche Sache“, Gespräch und Bewegung abwechseln zu lassen.

Dies ist das Resultat eines Lernprozesses, in dessen Zentrum eine ganz wesentliche Erfahrung steht: die *Wiederentdeckung des Leibes*.

Wer die Möglichkeit der Sensibilität, des Ausdrucks, des Bewegungspotentials, der Kraft und der Elastizität, die der Körper bietet, wieder entdeckt hat, dem wird Bewegung in der Tat ein wesentliches Bedürfnis.

Eine ihrer wichtigsten Aufgaben sieht die Integrative Bewegungstherapie deshalb darin, Menschen zu helfen, wieder Freude an der Bewegung und einem bewegungsaktiven Lebensstil zu gewinnen. Die gemeinsame nonverbale und verbale Arbeit in der Gruppe vermag hierzu einen entscheidenden Beitrag zu leisten.

9. Konfliktzentrierte und erlebniszentrierte Arbeit in der Gruppe

Wie grundsätzlich im integrativen Ansatz werden gesunde Verhaltensweisen, die noch vorhandenen Kompetenzen an Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungsfähigkeit, an Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten, als ein wesentlicher Ausgangspunkt genommen. Die therapeutische Gruppe ist in erster Linie eine Gruppe von Menschen, die miteinander umgehen, und zwar nicht nur dadurch, daß sie über ihre Krankheit, über traumatische Ereignisse der Vergangenheit sprechen, sondern auch dadurch, daß sie miteinander in konstruktive Aktionen treten, daß sie sich miteinander bewegen, Körperfunktionen üben, zusammen spielen. Im Unterschied zu den meisten Formen therapeutischer Gruppenarbeit ist der Schwerpunkt des Geschehens nicht ausschließlich von der Pathologie, dem gemeinsamen Kranksein bestimmt, sondern auch von dem gemeinsamen Ausüben und Entwickeln natürlicher Funktionen. Dieses Faktum ist für die Teilnehmer entlastend, und zwar in einer Weise, durch die nichts von dem Leidensdruck genommen wird, den die analytische Therapie mit Recht als den „Motor der Behandlung“ ansieht. Jedoch auch die Erfahrung des Tun-Könnens (*mastery*, *performance*), des Fähigseins (*competence*), des persönlichen und gemeinsamen Erfolges kann als ein wesentlicher Antrieb angesehen werden.

Die Bewegungsarbeit in der Gruppe macht derartige Erfahrungen möglich. So kommt zu dem Wechsel von personenzentrierter und gruppenzentrierter Arbeit, biographischer und aktueller Ausrich-

tung, verbaler und nonverbaler Praxis, noch der Wechsel zwischen konfliktzentrierter und erlebniszentrierter Arbeit. So gesehen umfaßt die Gruppenarbeit den gesamten Menschen in seinem Kontext; sein „total behavior“, seine persönliche Geschichte und sein aktuelles Verhalten im sozialen Miteinander.

Das Gruppengeschehen ist damit so komplex wie das Leben, und es bietet die Möglichkeit, all die Vielfalt zu erschließen, die gesundes, reiches Leben zwischen Menschen zu bieten vermag. Je gesünder die Gruppe ist, d. h. je vielfältiger, klarer und prägnanter in ihrer Struktur, desto größer sind die Chancen für den Einzelnen, in ihr zu gesunden. Damit wird ein weiterer, wichtiger Gesichtspunkt für die Bedeutung der Gruppe angesprochen: Die Gruppe bietet die Chance, daß die Vielfalt noch vorhandener *Kompetenzen* und *Performanzen*, die die einzelnen Teilnehmer einbringen, insgesamt ein größeres Potential an positiven Möglichkeiten bietet, als es dem Einzelnen zur Verfügung steht. Die Gruppe bildet damit ein Reservoir an positiven Impulsen, an Verhaltensmöglichkeiten, an Imitationsmodellen, die jeder Einzelne für sich fruchtbar machen kann. Selbstverständlich bietet sie in gleicher Weise ein Sammelbecken für pathologische Verhaltensweisen, negative Gestimmtheiten usw.

Da jedes Individuum beide Elemente, positive wie negative, in seinem Verhalten in der Gruppe freisetzen kann und damit die Charakteristik der Gruppe prägt, besteht eine wesentliche Aufgabe des Gruppentherapeuten darin, das Gruppenklima so zu regulieren, daß das positive Potential überwiegt, ohne daß dabei die negativen Anteile gänzlich ausgeblendet werden. Es wird in einer positiven Grundstimmung möglich, Probleme zu aktualisieren und zu bearbeiten, Konflikte zuzulassen und auszutragen. Wenn die Gruppe zu einem Ort werden soll, der auf alltägliches Verhalten vorbereitet, so dürfen Konflikte nicht ausgeblendet werden, sie dürfen aber auch nicht das ausschließliche Thema darstellen, wie es in vielen Therapiegruppen der Fall ist. Die Gefahr einer therapeutischen Subkultur, eines artifiziellen Gruppensettings, das Transferleistungen in das tägliche Leben erschwert, darf nicht unterschätzt werden. Die ständige Thematisierung von Krankheit kann alles andere als einen heilenden Effekt haben. In der Integrativen Bewegungstherapie wird deshalb ein ausgewogenes Verhältnis zwischen gemeinsamer Arbeit an Konflikten, gemeinsamen Aktionen in übungszentrierter Arbeit

und gemeinsamen Erfahrungen in erlebniszentrierter Arbeit angestrebt. Die Gruppenmitglieder bleiben dadurch nicht nur Leidensgenossen, sie werden Aktionspartner und Mitspieler. Sie teilen das körperliche Ausagieren in Aggressionsübungen, die schmerzlichen Vergangenheitserlebnisse genau so miteinander wie die kreative Bewegungsimprovisation und die solidarische, wechselseitige Hilfeleistung (vgl. S. 260ff)..

Der Übergang von konfliktzentrierter und erlebniszentrierter Arbeit vollzieht sich in der Regel durch den Wechsel von Themen in der Gruppe. Oftmals hat eine erlebniszentrierte Sequenz eine entlastende Funktion, wenn eine intensive problemzentrierte Sitzung die Teilnehmer sehr beansprucht hat. Die Möglichkeiten der Bewegungsspiele und der Tanzimprovisation zur Musik können hier ein wichtiges Regulativ bilden. Über dem Ernst der therapeutischen Arbeit darf das Lachen, die gemeinsame Freude nicht verloren gehen. Gerade in der Gruppenarbeit kommt eine heitere, gelöste Stimmung gut zum Tragen, denn „sie steckt an“, wenn sie authentisch ist. Sie unterscheidet sich deutlich von „mangelnder Ernstwertung“ als Phänomen der Abwehr. In der gelockerten Atmosphäre erlebniszentrierter Arbeit können auch depressive Patienten sich oft dem „Ansteckungseffekt“ nicht entziehen. Der therapeutische Wert solcher Sitzungen ist gegenüber den konfliktzentrierten durchaus nicht geringer zu veranschlagen.

3

10. Der Gruppenprozeß in der Integrativen Bewegungstherapie

Der Gruppenprozeß in der Integrativen Bewegungstherapie vollzieht sich als primordialer und intersubjektiver „Ko-respondenzprozeß“ (Orth, Petzold 1995; Petzold/Schneewind 1986a). Intersubjektive Ko-respondenz ist leibhaftige Begegnung und Auseinandersetzung über ein Thema in einer konkreten Situation und Zeit (Kontext-Kontinuum). Kontext ist das Gruppensetting mit all den Komponenten aus dem Außenfeld, z. B. dem Klinikalltag, der persönlichen aktuellen Lebenssituation der Klienten. Das Thema ergibt sich aus der jeweiligen Interaktion zwischen zwei oder mehreren Teilnehmern. Dabei hat jedes Thema wiederum einen eigenen Kontext, einen Bezugsrah-

men, der, wenn auch nicht immer explizit angesprochen, so doch immer präsent ist, z. B. die Frage nach dem Kranksein und dem Gesundwerden, nach den Lebensbedingungen in der Klinik oder im Alltag bis hin zu den historischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren, die diese Bedingungen hervorbringen oder bestimmen (vgl. Abb. S. 85).

Diese implizierten Rahmen- oder Hintergrundthemen können nicht in allen Gruppen angesprochen werden, weil z.B. die Aktualproblematik vordergründiger ist oder der Horizont der Patienten noch nicht genügend Weite gewonnen hat; vielleicht aber auch, weil eine Ausdehnung der Perspektive eine Ablenkung von unmittelbar im Vordergrund stehenden Themen nach sich ziehen würde.

Wenn intersubjektive Begegnung und Auseinandersetzung das Zentrum der mit „Ko-respondenz“ bezeichneten therapeutischen Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern ist und zu diesen gehört – wenn auch in spezieller Funktion der Therapeut bzw. die Therapeuten –, so müssen Bedingungen geschaffen werden, in denen ein gemeinsames Antworten auf aufgeworfene Fragen, ein Sich-in-Beziehung-setzen zu Menschen, Dingen und Themen (co-respondere) möglich wird. Die rechte Beziehung zu den Mitmenschen und der Welt ist ja gerade das, was bei den meisten Patienten verrückt ist. Intersubjektive Ko-respondenz gründet in einer vor-sprachlichen, „primordialen“ Ebene: der Wahrnehmung durch den Leib. „Das ‚dies da‘, auf das sich mein Bewußtsein wortlos bezieht, ist weder Bedeutung noch Idee, obwohl es als Ausgangspunkt logische Explikationsakte sprachlicher Ausdrücke dienen mag“ (Merleau-Ponty 1945, S. 228).

Ausgangspunkt in der Integrativen Bewegungstherapie ist die „Awareness“, die wache Ausrichtung des „totalen Sinnesorgans“ Leib auf das, was in mir und um mich herum vor sich geht. Diese Ausrichtung, die Husserl (1923) als „Intentionalität“ bezeichnet, ist immer ein Sich-in-Beziehung-setzen. Primordiale Ko-respondenz mit dem eigenen Körper, den Dingen, den Menschen, beginnt, wenn ich meine Sinne, meine Awareness auf sie lenke (Petzold 1978c). Die Gruppenarbeit in der Integrativen Bewegungstherapie ist darauf gerichtet, den Teilnehmern den Vorgang der „primordialen Ko-respondenz“ ins Bewußtsein zu rufen, ihnen deutlich zu machen, wie sie sich in jeder Situation zu ihrer Umgebung und zu den anderen Men-

schen in Beziehung setzen, und wie dieses nichtverbale Ko-respon-dieren das Verhalten bis in die Körperlichkeit bestimmt. Kommt man z. B. in eine größere Gesellschaft, in der man unbekannt ist und sich nicht wohlfühlt, so setzt man sich vielleicht in einen Eckplatz oder setzt sich so, daß man die Wand im Rücken hat. Die Atmung wird vielleicht flacher, der Herzschlag beschleunigt sich, die Muskulatur verspannt sich o. ä. Nähert sich dann ein anderer Mensch, so wird er wahrgenommen, und zwar zunächst „atmosphärisch“. Seine Erscheinung und „Ausstrahlung“ (das ist die Gesamtheit der ausge-sandten und wahrgenommenen Stimuli) übt eine Wirkung aus, die oft genug in einem vorbewußten Stadium bleibt, aber dennoch unsere Handlungen beeinflusst. Die Vielfalt der Informationen, die unsere Sinne uns in jedem Augenblick vermitteln, und die uns zu Verhalten veranlassen, sollen verfügbar und für das Bewußtsein prägnanter gemacht werden. Deshalb beginnt unsere Gruppenarbeit mit einem „Awarenesstraining“. Die Teilnehmer der Gruppe richten ihre Aufmerksamkeit auf ihren Körper, treten mit ihm in Ko-respon-denz: Die sinnenhafte Wahrnehmung wird in diesem Moment *bewußt* und die bewußte *Selbst*-wahrnehmung (vgl. S. 278ff) in der Situation führt dazu, daß die Beziehungen zum Kontext, zu den Menschen und Dingen des Raumes deutlich werden.

Die „Bewegung im Raum“, durch die ich meinen Standort, meinen räumlichen Bezug, verändern kann, ist deshalb einer der wichtigsten Ansätze in der Bewegungsarbeit. Die Teilnehmer können, „ihrem Gefühl folgend“, sich zu anderen Teilnehmern in Beziehung setzen, indem sie sich näher oder weiter entfernt von ihnen plazieren, und indem sie in der Bewegung, in Haltung, Mimik und Gestik ihre innere Gestimmtheit dabei ausdrücken. Sprachliche Benennung ist für dieses Geschehen möglich, aber nicht nötig. Die Teilnehmer nehmen sich bei der Bewegung im Raum wechselseitig wahr: sie reagieren aufeinander, indem sie Distanzen verändern, sie ko-respon-dieren miteinander dadurch, daß sie in Distanzen Beziehungsquali-täten ausdrücken, die noch unbenannte Bedeutungen haben. Vieles von dem, was „unterhalb der Sprache“ in den Kommunikationen mitschwingt, wird in dieser Form der Gruppenarbeit deutlich. In dem Moment, wo die Veränderung der Distanzen ein Wechselspiel wird, wo zwei Teilnehmer aufeinander reagieren, sich einander zuwenden, wird die primordiale Ko-respondenz, das unspezifische

Miteinander-in-Beziehung-Sein, zur intersubjektiven Ko-respon-
denz, zu einem bewußten Miteinander-in-Beziehung-Treten. Auch
dieses beginnt nonverbal und bleibt es auch dann, wenn die sprach-
liche Kommunikation hinzu kommt. Selbst wenn der Inhalt der Rede
Vordergrund wird, wenn zwei Subjekte sprachlich miteinander ko-
respondieren, bleibt die Gegenwärtigkeit (*présence*) zweier Leiber
(*Marcel 1978*), die sich wahrnehmen und die wahrgenommen
werden und jenseits der Sprache in einer primordialen Ko-respon-
denz stehen. Weiterhin läuft mit der Sprache, sie begleitend, sie um-
spielend, mit ihr zusammenwirkend das periverbale Geschehen von
Mimik, Gestik und Haltung ab.

Für den Patienten in der Gruppenarbeit ist es wichtig, diese Di-
mensionen zu erfahren, oder besser, sich in diesen Dimensionen zu
erfahren. Und für derartige Erfahrungen braucht er den anderen,
dem er begegnen kann, mit dem er sich auseinandersetzen und zu
dem er sich in Beziehung setzen kann. Dieses als Ko-respondenz
bezeichnete Geschehen (*Petzold 1978c*) macht das Wesen therapeuti-
scher Einzel- und Gruppenarbeit aus. In dem Moment, in dem der
Patient sich zu anderen Menschen, Gruppen, Dingen, Institutionen
in eine angemessene Beziehung setzen kann, gewinnt er seine Ge-
sundheit wieder. Dies aber erfordert auch, daß er sich zu den Ereig-
nissen seiner Vergangenheit in Beziehung zu setzen vermag und daß
er sie damit in eine rechte Beziehung zu seiner Gegenwart und
Zukunft bringen kann. Ohne Mitmenschen, ohne Gesprächs- bzw.
Ko-respondenzpartner, ist dies nicht möglich. Sie bilden die Bezugs-
punkte, sind Markierungen, machen Grenzziehungen möglich und
werden dadurch konstitutiv für den Gewinn von Identität.

Intersubjektive Ko-respondenz als Begegnung und Auseinander-
setzung zwischen Menschen in einem gegebenen Kontext ist in
verschiedenen Intensitäten möglich. Je klarer und unmittelbarer sie
ist, je weniger sie von Ängsten, Vorbehalten und Vorurteilen verzerrt
ist, desto „gesünder“ sind die Beziehungsstrukturen und die in ihnen
agierenden Menschen.

In der nonverbalen Gruppenarbeit werden durch den Umgang
mit räumlichen Distanzen Beziehungen möglich, die durch die Kom-
plexität der Sprache unbelastet sind. Wenn sie klar und prägnant
sind, kann die sprachliche Ko-respondenz hinzukommen, ohne daß
Verwirrung entsteht. Es ist charakteristisch für die therapeutische

Arbeit in Bewegungsgruppen, daß die Teilnehmer, wenn die verbale Auseinandersetzung ins Stocken gerät, wenn im Moment keine Lösung oder sinnvolle Alternative gefunden werden kann, als Gruppe „in die Bewegung gehen“. Diese Praxis darf nicht als ein Vermeiden aufgefaßt werden. Es wird lediglich die verbale Ko-respon- denz zugunsten einer nonverbalen zurückgestellt, wobei einerseits Komplexität reduziert wird und andererseits Qualitäten prägnant werden können, die von der Rede überdeckt waren: die emotionalen Dimensionen von Beziehungen, die oftmals mit Erlebnissen aus der persönlichen Vergangenheit verbunden sind. Die Arbeit in der Bewegung stellt damit eine Art „Inkubationsphase“ dar, wie wir sie aus der Kreativitätsforschung kennen (Landau 1969). Sie ist für eine Zeit das Aussetzen des Bemühens, auf der verbalen Ebene zu Ergebnissen zu kommen (suspended judgement, Osborn 1964), aber kein Wegschieben von Entscheidungen. Die aufgeworfene Fragestellung wirkt fort und artikuliert sich erneut, wenn ihre Prägnanztendenz stark genug wird. So kommt es oftmals vor, daß in den Bewegungs- aktionen einzelner Teilnehmer oder der Gruppe insgesamt neue Aspekte deutlich werden. Diese werden entweder in pantomimi- scher Improvisation in das Geschehen eingebracht und damit zu einem neuen Impuls, oder sie führen zu erneutem Gespräch. In diesem gelingt es dann vielleicht, die verschiedenen Aspekte zu integrieren, was eine neue Ausrichtung, eine Veränderung im Verhalten der Einzelnen oder im Gruppengeschehen zur Folge hat. Schaut man auf die Struktur eines solchen Ko-respondenzprozesses, der den vertikalen Verlauf in der Therapie, d. h. eine Sitzung oder kürzere Sitzungsfolge (= therapeutische Einheit) bestimmt, so sieht man, daß er wie ein Problemlösungsprozeß verläuft. In der *Initialphase* nehmen sich die Teilnehmer in der Situation wahr. Sie nehmen Positionen ein und Beziehungen auf. Die primordiale Ko-réspondenz, die sich richtende Wahrnehmung, wird zur intersubjektiven Begegnung und Ausein- andersetzung. In ihr und durch sie werden Probleme deutlich gemacht, Fragestellungen formuliert und angegangen.

In der folgenden *Aktionsphase* gemeinsamer Ko-respondenz über die Lösung von Fragen bringt die Bewegungsarbeit neue Impulse und bietet andere Möglichkeiten der Auseinandersetzung als das „Wortgefecht“, die Diskussion, das Gespräch. Diese Impulse werden in einer *Integrationsphase* wieder Gegenstand sprachlicher Auseinan-

dersetzung und Reflexion, als deren Resultat sich die Phase einer *Neuorientierung* ergeben kann. Ein solcher vielgestufter „tetradischer Ablauf“ (Petzold 1974k, 1978c) verbindet in sich Wahrnehmung, Handlung, Reflexion und mündet ein in Verhaltensänderungen durch Konsequenzen, die aus Erfahrung und Einsicht gezogen werden. Der aufgezeigte tetradische Verlauf des Ko-respondenzprozesses ist nicht immer linear. Er ist oftmals diskontinuierlich. Die vielfältigen Einflüsse, die von den einzelnen Teilnehmern kommen, aus ihrem Zusammenwirken entstehen und durch den Kontext in die Gruppe hineingetragen werden, führen zu einer Komplexität des Geschehens, in dem regelhafte Verläufe wahrscheinlich sein können, aber nicht sein müssen. Die Komplexität kann durch äußere Regeln und durch die Intervention der Therapeuten eingeschränkt werden. Sie ist bei schwer erkrankten psychiatrischen Patienten geringer, weil ihre Dynamik durch Ängste und Hemmungen in der Regel reduziert ist (Petzold, Berger 1977).

Das tetradische Prozeßmodell, das die *vertikale* Dimension eines mittelfristigen oder kurzfristigen therapeutischen Verlaufs kennzeichnet und damit im wesentlichen den Lösungsprozeß für ein Problem oder einen Problemkreis innerhalb einer oder mehrerer Sitzungen – wir sprechen von *therapeutischen Einheiten* – darstellt, dieses Prozeßmodell muß in ein Konzept über die *horizontale* Dimension der Therapie, d. h. den Langzeitprozeß, eingebettet sein. Ein solcher Langzeitverlauf kann als eine Folge von Ko-respondenzprozessen mit spezifischer Charakteristik aufgefaßt werden, als eine Reihe miteinander verflochtener „Ko-respondenzgeschichten“, Narrationen im Kontinuum eines Wachstums- bzw. Sozialisationsprozesses.

Wir können davon ausgehen, daß die Fähigkeit von Begegnung und Auseinandersetzung in Gruppen nicht von Anfang an gegeben ist. Sie setzt bei den Teilnehmern eine persönliche Stabilität und Integrität voraus, die wir bei vielen Patienten nicht finden. Die Ko-respondenz, das Sich-in-Beziehung-setzen auf einer intersubjektiven Ebene, ist oft erst das Ergebnis eines Lern- und Wachstumsprozesses, den der Einzelne in der Gruppe und die Gruppe als Ganzes durchläuft. Der Verlauf des Gruppenprozesses kann, in seiner Gesamtheit gesehen, als ein solches Wachstumsgeschehen aufgefaßt werden, der in gewisser Weise die Entwicklungsphasen der Sozialisation nachbildet. Der Prozeß der therapeutischen Sozialisation beginnt mit

einer anfänglichen Phase der Fremdheit, der sozialen Klischees, des Agierens in habituellen, Sicherheit gebenden Rollen (*Klischeephase, Rollenspielphase, Perls 1969; Petzold 1973a*), um dann, wenn die Abwehr der damit verbundenen Angst und Unsicherheit (*Blockierungsphase, ibid.*) überwunden und durch *Plateauarbeit* Sicherheit gewonnen wird, in einen regressiven Verlauf überzugehen. Mit dieser Regression in ein „prävalentes pathogenes Milieu“ kann ein „Neuanfang“ (*Balint 1988*) gesetzt werden, von dem ausgehend die Therapie in einem Prozeß „*progredierender Analyse*“ (*Petzold 1969b*) voranschreitet. Die Gruppe vermag in dieser Entwicklungsstufe ein Klima aufzubauen, das dem der frühen Familiensituation vergleichbar ist. Es entsteht dadurch für den Teilnehmer die Möglichkeit, einerseits leichter mit traumatischen Ereignissen aus dieser Periode in Kontakt zu kommen und sie durchzuarbeiten, andererseits durch die Wärme und Zuwendung in der Gruppe Defizite aufzufüllen, in einen Nachreifungsprozeß einzutreten, in dem fehlendes „Grundvertrauen“, stabile Erlebnisgestalten, eindeutige Ko-respondenz u. ä. *nachsozialisiert* werden können. Durch die leiborientierte Arbeit in der Bewegungsgruppe finden sich weniger Widerstandsphänomene gegen die Regression als in rein verbalen Therapiegruppen und kann eine präverbale Erlebnisebene, in der sich oft „*frühe Schädigungen*“ finden, leichter erreicht und nachhaltiger in die Arbeit einbezogen werden.

Nach einer „*Krabbelpphase*“ der Gruppe, die durch eine Übertragungsintensität, insbesondere zu dem Therapeuten, gekennzeichnet ist, findet sich häufig eine Art „*Kleinkindphase*“, in der Neugier, Verspieltheit und Phantasie, Trotzverhalten, Zank, Geschwisterrivalität das Gruppengeschehen bestimmen. Die Traumaktivität nimmt zu, es tauchen nun mehr traumatische Szenen aus den ersten sieben Lebensjahren bei den Teilnehmern auf und die Auseinandersetzung mit den Eltern rückt allmählich in das Zentrum. Im weiteren Verlauf der Gruppenarbeit beginnt eine größere Verselbständigung. In einer Art „*Peergruppenphase*“ arbeiten die Teilnehmer eigenverantwortlicher miteinander. Freie Bewegungsimprovisationen in konfliktorientierter oder erlebnisorientierter Ausrichtung werden häufig gewünscht, regressives Klima nimmt ab. Die Therapeuten geben weniger Strukturierungsimpulse, und die gruppenspezifische Interaktion nimmt zu. Die Teilnehmer vermögen sich zueinander

besser in Beziehung zu setzen und miteinander besser zu arbeiten. Die Ko-respondenz- und Kooperationsfähigkeit wird in der folgenden Phase der Gruppenentwicklung, die man mit der Adoleszenzphase vergleichen könnte, weiter gefestigt und ausgebaut. Dies geschieht wesentlich über die Auseinandersetzung mit dem Therapeuten, in der sich die Ablösung vorbereitet und in der die Gruppenmitglieder immer besser in der Lage sind, einander auf der Subjektebene zu begegnen und sich miteinander auseinanderzusetzen. Tiefe Fokalarbeiten auf der Primärebene werden möglich. Die erwachsene, partnerschaftliche Ko-respondenz in der Abschlußphase der Gruppe ist das Resultat einer Entwicklung, deren *horizontal*er Verlauf hier idealtypisch aufgezeigt wurde (vgl. *Petzold, Schneewind* 1986a).

Gelungene Wachstums- und Ko-respondenzprozesse zeichnen sich nicht nur durch Resultate aus, etwa dadurch, daß die Gruppe über ein Problem Konsens gefunden hat oder daß ein Einzelner in der Gruppe und mit der Gruppe „Mehrperspektivität“ und „Sinn“ für sich finden und seine Persönlichkeit entfalten konnte; sie sind auch Prozesse von „guter Gestalt“ durch ein ausgewogenes Verhältnis von personenzentrierter und gruppenzentrierter Arbeit, konfliktzentriertem und erlebniszentriertem Geschehen, von Zukunfts-, Gegenwarts- und Vergangenheitsausrichtung, von Gespräch und Bewegungsarbeit. Bestimmt wird das Geschehen durch das Zusammenwirken, die *Synergie* all der Faktoren, die sich in der gegebenen Situation finden und die zu immer neuen Gestalten, Konstellationen, Ereignisfolgen führen. Aus diesem Grunde ist trotz der gewissen Regelmäßigkeit, die die tetradische Struktur des Problemlösungsprozesses und das Phasenkonzept des Entwicklungsprozesses bieten, und trotz thematischer Kontinuitäten, die sich für eine Zeitlang stabilisieren können, das Geschehen in jeder Bewegungsgruppe neu und anders.

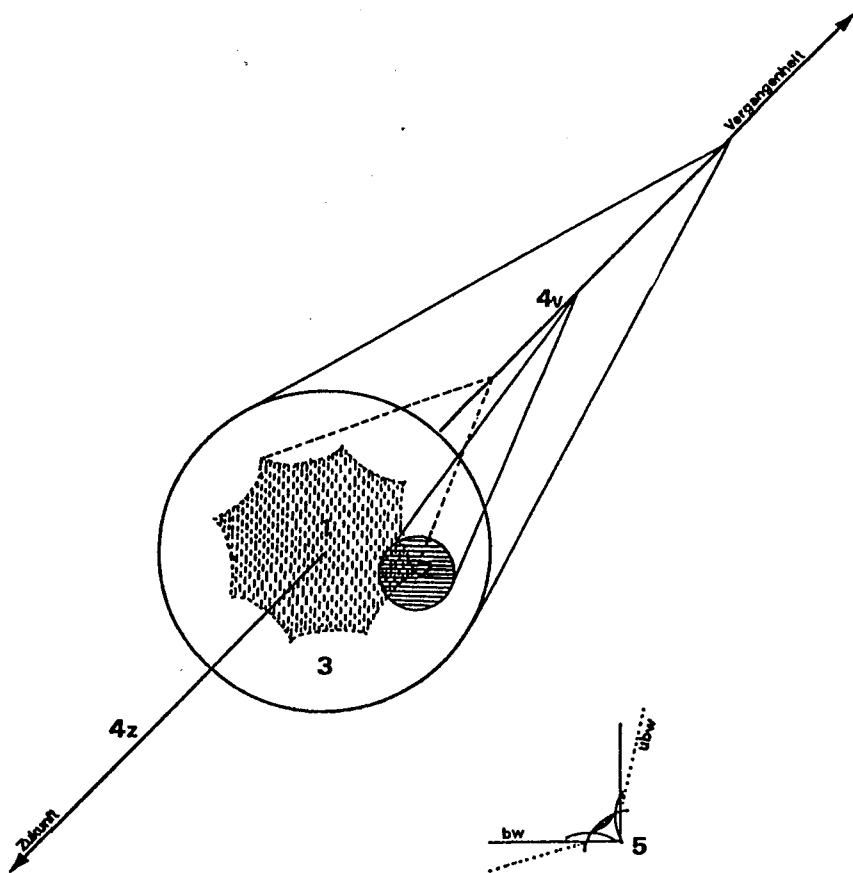
11. Mehrperspektivische Gruppenarbeit

Die im Voranstehenden aufgezeigten komplexen Dimensionen der Gruppenarbeit in der Integrativen Bewegungstherapie erfordern einen mehrperspektivischen Zugang. Personen- und gruppenzentrierte Arbeit, Gegenwarts-, Vergangenheits- und Zukunftsorientierung, non-verbales und verbales Vorgehen, konfliktzentrierte, übungsen-

trierte und erlebniszentrierte Modalität, Einzelindividuum und Gruppe, Dynamik und Thema müssen zusammenspielen, *synoptisch* gesehen werden und in balancierter Ausgewogenheit Berücksichtigung finden. Dies erfordert vom Gruppentherapeuten ein hohes Maß an Flexibilität, Fähigkeiten zu lateralem, transversalem, integrativem Denken (Welsch 1978). Als Hintergrundkonzepte dienen uns hier das mehrperspektivische Gruppenmodell (MPG-Modell) zur Strukturierung des therapeutischen Geschehens und die Theorie der Mehrperspektivität, die auf dem Konzept des atmosphärischen Wahrnehmens und szenischen Erfassens und Verstehens basiert. Im mehrperspektivischen Gruppenmodell werden Gruppe, Individuum, Szene, Zeit vom Gruppenleiter aus „exzentrischer Position“ in den Blick genommen. In „Engagierter Distanz und distanzierter Involviertheit“ vermag er die Prozesse der Teilnehmer, der gesamten Gruppe und weitgehend auch sein eigenes Beteiligtsein zu handhaben. Das Diagramm (aus Petzold/Frühmann 1986, I, 258) macht die möglichen Perspektiven aus dem Gruppenprozeß deutlich. (Abb. 1)

Gruppenarbeit nach dem mehrperspektivischen Modell gibt auch dem Patienten die Möglichkeit zum mehrperspektivischen Sehen, und diese ist für ihn eine wichtige Voraussetzung, seinen Alltag erfolgreich bewältigen zu können. Die Gruppe wird zum Lernfeld, in dem die Erprobung von *Exzentrizität* möglich wird in einer Weise, daß dabei die *Zentrierung* in der eigenen Leiblichkeit und im sozialen Miteinander nicht verloren geht. Der Gruppenprozeß als *Nachsozialisation* bewirkt, daß Unbewußtheit aufgeheilt, der Bereich der Bewußtheit erweitert wird, daß man *Abstand* zu seiner Lebenssituation gewinnen kann, ohne den *Kontakt* mit ihr zu verlieren und so in besonderer Weise handlungsfähig wird. Die Fähigkeit des Gruppentherapeuten, *Zentrierung* und *Exzentrizität* zu praktizieren, komplexe Zusammenhänge atmosphärisch zu erfassen und mehrperspektivisch zu sehen, wird gleichsam zum Imitationsmodell für die Gruppenteilnehmer, die in einem gemeinsamen Lernprozeß ihren Horizont weiten und an Boden gewinnen.


Das Metamodell der Mehrperspektivität muß deshalb vom Therapeuten und Einzelkunden und einer Gruppe als Ganzes erfahren und angeeignet werden, und dafür muß seine Struktur verstanden werden, darf nicht nur Hintergrundkonzept „im Kopf“ des Therapeuten bleiben.




- 1 Perspektive Gruppe
- 2 Perspektive Individuum
- 3 Perspektive Szene (Kontext)
- 4 Perspektive Zeit (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft)
- 5 Perspektive Beobachter (aus exzentrischer Position)

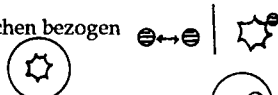
Abb. 1: Mehrperspektivisches Gruppenmodell (MPG-Modell, Frühmann)
 (aus Petzold/Frühmann 1986, I, 258; vgl. erweitertes Diagramm Bd. II, 3, S. 1320)

Legende zu Abb. 1:

»Nach der anthropologischen Grundformel der Integrativen Therapie (Petzold 1965, 1974k) ist der Mensch ein ganzheitlich funktionierendes Wesen, eine Körper-Seele-Geist-Einheit, 

unlösbar verbunden mit einem ökologischen und sozialen Umfeld, 

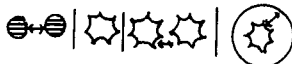
Er ist als Mensch auf den/die Mitmenschen bezogen und eingebettet in die Gesellschaft



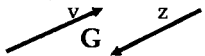
Diese wird nur als Entfremdete bedrohlich und schädigend.



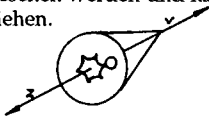
„Ich und Du, das sind Grundlagen zum wir, und nur gemeinsam können wir das Leben menschlicher machen“ (Perls 1969).



Das therapeutische Geschehen ist in einer „Philosophie der Koexistenz“ \longleftrightarrow fundiert (Petzold 1980b). Der „integrative Ansatz“ der Gestalttherapie und somit auch seine Gruppentherapie gründet insgesamt auf systemischen und feldtheoretischen Betrachtungsweisen (Lewin 1963; Petzold 1974k; Walter 1977). Er muß in einem zeitlichen



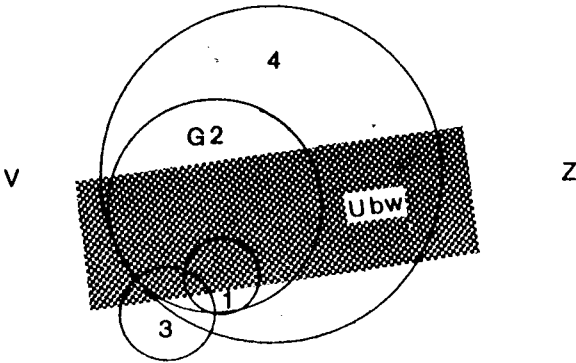
und gesellschaftlichen Kontext gesehen werden und kann sich deshalb auch der politischen Dimension nicht entziehen.



Wie aus dieser Einblendung des Modells in die theoretischen Konzepte ersichtlich wird, können die Perspektiven, die in den Aussagen zueinander in Bezug stehen, rasch gesehen werden« (Frühmann. 1986, 259).

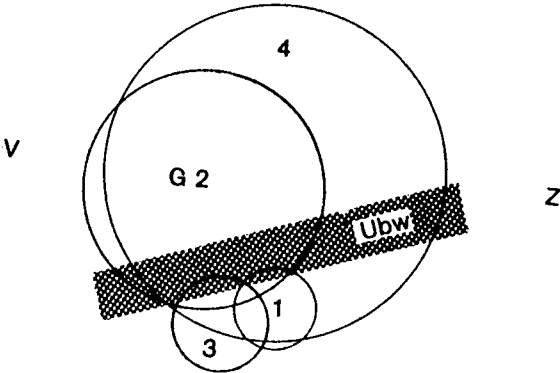
Legende zu Abb. 2:

»Im therapeutischen Kontext der Gruppe steht das Individuum in einem gestaffelten Figur-Hintergrund-Bezug, der mehr-perspektivisch gesehen wird. In der Anfangsphase ist der Patient in der Gruppe gänzlich involviert und hat keine oder nur wenig Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Gruppe und seinen neurotischen Verstrickungen im Kontext seines Alltagslebens. Auch die Patientengruppe ist zu wenig oder zu keiner Exzentrizität fähig. Der Therapeut hingegen berührt die Patientengruppe und den Kontext bzw. steht zentriert in ihnen, transzendiert sie jedoch gleichzeitig in exzentrischer Position. Gelingt die Therapie, so wächst der Patient in den Klienten- bzw. Teilnehmerstatus, der durch ein höheres Maß an Zentriertheit und Exzentrizität gekennzeichnet ist, und verwandelt sich die Therapiegruppe in eine Peergruppe, die gleichzeitig zu dem Einzelnen, zu sich selbst, zu dem Therapeuten und zum Kontext in Distanz zu gehen vermag, also an Exzentrizität gewonnen hat. Damit verbunden ist eine Zunahme von Bewußtheit, ein Abbau von Unbewußtheit. Wo Übertragungen waren, sind Beziehungen geworden. Der Therapeut hat in seiner Arbeit Patient, Gruppe, Kontext und sich selbst hier-und-jetzt und mit dem Blick auf Vergangenheit und Zukunft wahrzunehmen und zu verstehen und im aktuellen Verhalten Implikate bzw. Äußerungen unbewußter Dynamik aufzufspüren« (Petzold 1970 c).



Therapiebeginn

- 1 Patient (involviert)
- 2 Therapiegruppe (involviert)
- 3 Therapeut (exzentrisch)
- 4 Kontext



Therapieende

- 1 Klient (exzentrisch)
- 2 Peergruppe (exzentrisch)
- 3 Therapeut (exzentrisch)
- 4 Kontext

V = Vergangenheit, G = Gegenwart, Z = Zukunft
 Ubw = Unbewußtes

Abb. 2: Mehrperspektivität und Exzentrizität der Gruppe
 (aus: Petzold 1970 c)

Mehrperspektivität erfordert atmosphärisches Erspüren und szenisches Erfassen und Verstehen: Es ist dies eine ganzheitliche Form des Wahrnehmens und zugleich des Durchdringens, die greift, weil sie dem Wahrgenommenen entspricht. Wirklichkeit ist ihrem Wesen nach mehrperspektivisch. Das Leben ist vielfältig und komplex. Das Ganze ist im Teil, das Teil im Ganzen. So ist beides verwandt und verschieden und pluriform. Im Prozeß des wahrnehmenden Erfassens von Vielfältigem geschieht *Synopse*, im Vorgang des Verstehens wirkt *Synergie* – alles wirkt zusammen und schafft *Sinn*, ja mehr noch, *Sinnfülle*. Im Hier-und-Jetzt der Gegenwart werden bestimmende Ereignisse der Vergangenheit oder bedeutungsvolle Antizipationen durch *Synchronizität* szenisch verstanden, wird Bewußtes und Unbewußtes durch *Permeation* in wechselseitiger Durchdringung zugänglich (Petzold 1970 c, 1974 k, 1981 i).

All diese Begrifflichkeiten, die die Vorgänge ganzheitlichen Begreifens zu fassen versuchen, lassen sich durch neuere Ansätze der Physik, der Bewußtseins- und der Gehirnforschung fundieren, die unter den Stichworten „holonomisches Paradigma“ (Grof 1984), *Multimind* (Ornstein 1989) zusammengefaßt werden können. Karl Pribram (1979) hat gute Gründe dafür beigebracht, daß das Gedächtnis nach holographischen Prinzipien arbeitet – ein Konzept, das schon in den Theoremen der klassischen gestaltpsychologischen Gedächtnisforschung (Koffka, Dunker, Wertheimer) impliziert war. Gedächtnisvorgänge sind nicht die summative Abspeicherung und (in der Erinnerung) die Abrufung von Einzelinformationen bzw. -ereignissen, von isolierten *Gedächtnisspuren*, sie sind „übergreifend vernetzt“ und in multiplen *Modulen* aktiv (Gazzaniga 1989). Die Holographie des Gedächtnisses bedeutet die vieldimensionale Verbundenheit von Informationen (akustischer, optischer, taktiler Art usw.), wobei in jedem Detail auch das Ganze erscheinen, aber auch das Einzelmodul für sich wirken kann.

Aus dem Bruchteil einer Szene – mehr steht uns vielleicht nicht zur Verfügung – entsteht durch die Fokussierung der Wahrnehmung die *ganze Szene* wie ein Hologramm, je es werden uns Szenenfolgen in ihrer Verbundenheit deutlich, wie in einem Kompositionshologramm. Zuvor nicht *Sichtbares*, z.B. unbewußtes Material, erscheint plötzlich in der holographischen Evokation, die das mehrperspektivische Erfassen möglich macht. Die Fokussierung der Awareness

über die Optik des mehrperspektivischen Modells auf verschiedene Facetten der Wirklichkeit evoziert, wie der Laserstrahl auf der Fotoplatte, Hologramme, mehrdimensionale Bilder, *Szenen*. Die mehrperspektivische Sichtweise durch die unterschiedlichen „Linsen“ darf aber nicht als ein fragmentierter Wahrnehmungs- und Verstehensprozeß aufgefaßt werden. Der jeweilige Fokus hat die übrige Wirklichkeit als Horizont. Mehrperspektivität steht unter dem Prinzip der *Synopse*: Die Dinge werden *zusammengeschaute* und enthüllen wie im Hologramm ihr Wesen als Ganzheit und das *Teil*.

Damit wird die Möglichkeit gegeben, den in der Ganzheit ruhenden Sinn zu erfassen – zumindest teilweise, denn in jeder Szene liegt mehr Sinnfülle, als dem Begreifen der Betrachter zugänglich ist. Je vollständiger die Szene „ausgeleuchtet“ ist, je prägnanter ihre Kulissen hervortreten, die einzelnen Elemente sichtbar werden, je günstiger die Position des Betrachters ist und schließlich je größer der Bestand an ähnlichen Szenen und Stücken in den Archiven des Leibgedächtnisses, desto umfassender wird er den Sinn der Szene erfassen und verstehen können. Und wenn dieses hermeneutische Unterfangen gar noch von einer Gruppe gemeinsam vorangetrieben wird, wenn also mehrere erfassen, sehen, verstehen, ist die Chance, *noch mehr an Sinn* zu erschließen, wiederum größer (vgl. S. 590f).

„Die individuelle und kollektive *Sinnerfassungskapazität* ist abhängig von der Mehrperspektivität des Sehens und der Komplexität des Erfassens von Szenen, abhängig von den Möglichkeiten, Gesehenes und Erfasstes synoptisch-synergetisch zu synthetisieren“ (Petzold 1970c, vgl. Petzold, Mathias 1983). Sinn scheint nur in Zusammenhängen auf. Zusammenhang, Verbindung, Verknüpfung *ist* Sinn. Ziel individuellen und gemeinschaftlichen Lebens ist, Zusammenhänge immer besser verstehen zu lernen, die Welt verstehen zu lernen. Die menschliche Entwicklung (die phylogenetische wie die ontogenetische) ist von einem zunehmenden Wachstum an Sinnerfassungskapazität gekennzeichnet, wobei hier „Sinn“ nicht nur rational, sondern auch als *sinnlicher Sinn* verstanden wird (Sinn erwächst aus den Sinnen, Merleau-Ponty 1966; Petzold 1978). Wo die Sinne verletzt, depraviert, gestört werden, können Sinn-verwirrung, Sinn-verlust, Sinn-zerstörung, Sinn-losigkeit, Irr-sinn eintreten, und das ist immer mit einem Zerfall zeitlicher und szenischer Zusammenhänge, mit einem *Verlust von Mehrperspektivität* verbunden und mit einer Beein-

trächtigung der Möglichkeit, sich in der Beziehung zu sich selbst, zu den Mitmenschen und zur Welt zu orientieren. Dies bedeutet für den Menschen mit seelischen und psychosomatischen Erkrankungen, daß ihm in einer umfassenden Weise Sinn (*sense*) abhanden gekommen ist, daß er seine Sinne (Alexithymie), seine Orientierung (Uhrzeigersinn), seinen Lebenssinn verloren hat oder daß ihm dies alles verletzt und beeinträchtigt wurde. Das Modell des mehrperspektivischen Sehens, des *atmosphärischen Erspürens*, des *szenischen Verstehens* und *Erfassens* ist damit nicht nur Orientierungshilfe für den Therapeuten, sondern im Mitvollzug seines Erfassens auch Sinnbereicherung für den Patienten, die Restitution von verlorenen Fähigkeiten, die als solche schon heilsam ist. Unsere Zielsetzung geht damit über die klassische Deutungstechnik hinaus: Es geht nicht nur oder in erster Linie darum, einen Sinnzusammenhang, eine Bedeutung zu erkennen, sondern zu lernen, wie man sich mehr Sinn erschließen und eine Vielfalt an Bedeutung gewinnen kann.

Dieses Geschehen ist das Zentrum der therapeutischen Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie, das – gemeinsam vollzogen – an das anschließt, was Menschen in ihrem Leben, in den sozialen Gruppen ihres Alltags, mit ihren Freunden, Kindern, Partnern realisieren sollen: *Sich selbst im Lebensganzen verstehen zu lernen, einander verstehen zu lernen*, um dazu beizutragen, miteinander ein sinnvolles, ein reiches Leben führen zu können.

Zusammenfassung

Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie (IBT), die als einzel- und gruppen-therapeutisches Verfahren verwandt werden kann, wird dargestellt. Es wird ein konfliktzentrierter, erlebniszentrierter und übungszentrierter Arbeitsmodus unterschieden, der je nach Indikation eingesetzt wird. Die Gruppe wird als Ganzes betrachtet, das mehr und etwas anderes ist als die Summe der Teilnehmer. Die *Synergie* der Teilnehmer konstituiert diese Ganzheit. Die Themen Einzelner sind deshalb oftmals das Thema der Gesamtgruppe und umgekehrt. Im Wechsel von verbalen und nonverbalen Sequenzen in der Gruppenarbeit werden Bezüge zwischen den Gruppenteilnehmern deutlich und das Potential der Gruppe als Feld sozialen Lernens genutzt.

Summary

The role of the group in Integrative Movement Therapy (IMT), which can be applied as individual and group therapy, is represented. Three modes of work are differentiated: conflict centered, experience centered and exercise centered; used as indicated. The group is understood as a whole which is more than the sum of the individual participants, the *synergy* of which is constituting the group as a totality. The themes of the individual participant are therefore the topic of the group and vice versa. The alternation of verbal and nonverbal sequences in the group work are putting the relations of the participants into the open and are using the groups potential as a field for social learning.

Literatur

- Ammon, G., Dynamische Psychiatrie, Hoffmann & Kampe, Hamburg 1974
Argyle, M., Körpersprache und Kommunikation, Junfermann, Paderborn 1978
Battegay, R., Der Mensch in der Gruppe, Bern, Huber 1976
Berne, E., Was sagen Sie, nachdem sie, nachdem Sie guten Tag gesagt haben? München 1975
Briner, F., Integrative Tanztherapie, in: *Integrative Therapie* (1977)
Brown, G.I., Petzold, H., Gefühl und Aktion, Gestaltmethoden im integrativen Unterricht, Flach, Frankfurt 1978
Buytendijk, F.J.J., Allgemeine Theorie menschlicher Haltung und Bewegung, Springer, Berlin 1956

- Heinl, H., Spiegel-Rösing, I., Integrative Gestalttherapie und Orthopädie, *Integrative Therapie 1* (1978)
- Homans, G.C., Theorie der sozialen Gruppe, Köln, Opladen 1960
- Husserl, E., Cartesianische Meditationen, Den Haag 1963
- Iljine, V.N., Das therapeutische Theater in: Petzold (1972/1978) S. 238-246
- Kirchmann, E., Rhythmische Bewegungstherapie, Integrative Bewegungstherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie, ein Methodenvergleich, Graduiierungsarbeit, Fritz-Perls-Institut, Düsseldorf 1978
- Kombacher, J., Integrative Bewegungstherapie mit Alkoholikern, Graduiierungsarbeit, Fritz-Perls-Institut, Düsseldorf 1977
- Landau, E., Psychologie der Kreativität, Reinhardt, München 1969
- Lindgren, H.C., Einführung in die Sozialpsychologie, Beltz, Weinheim 1973
- Lowen, A., Bioenergetische Analyse, in: Petzold (1977b)
- Marcel, G., Leibliche Begegnung, in: A. Kraus (Hrsg.), Leib, Geist, Geschichte, Hüthig, Heidelberg 1978, S. 47-73
- Maslow, A., Religion, Values and Peak-Experiences, Ohio State University Press, Ohio 1964
- Mauver, Y., Petzold, H., Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie, in: Battegay, R., Trenkel, A., Die therapeutische Beziehung, Huber, Bern 1978
- Merleau-Ponty, M., Structure du comportement, Gallimard, Paris 1942, 2. Auflage 1949; dtsh. de Gruyter, Berlin 1976
- Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris 1945; dtsh., de Gruyter, Berlin 1966
 - Le Visible et l'invisible, Gallimard, Paris 1964
- Meyer, E., Konzentrierte Bewegungstherapie, in: Petzold 1974a
- Osborn, A.F., Applied imagination, New York 1963
- Perls, F.S., Gestalttherapie in Aktion, Klett, Stuttgart 1975
- Pesso, A., Movement in Psychotherapy, New York University Press, New York 1969
- Experience in Action. A Psychomotor Psychology, New York University Press, New York 1973
- Petzold, H., Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopractique et éducation corporelle comme integration, Paris 1970, mimeogr.
- Angewandtes Psychodrama, Junfermann, Paderborn 1972, 2. Aufl. 1978
 - Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel 1973
 - Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974a, 2. Aufl. 1977
 - Integrative Bewegungstherapie 1974b, in: Petzold 1974a
 - Konzepte der Transaktionalen Analyse, in: Petzold, H., Paula, M., (Hrsg.) Transaktionale Analyse und Skriptanalyse, Altmann, Hamburg 1976
 - Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977b
 - Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie 1* (1978)
 - Integrative Körper- und Bewegungserziehung, in: Brown, G.I., Petzold, H., Gefühl und Aktion, Gestaltmethoden im integrativen Unterricht, Flach, Frankfurt 1978
 - Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie, in: Petzold 1977b
 - Berger, A., Integrative Bewegungstherapie, *Atem und Mensch 2* (1973)
 - Berger, A., Integrative Bewegungserziehung, in: Petzold 1974a
 - Berger, A., Integrative Movement Therapy, in: Kogan, G., Your Body Works, Transformation Press, Berkeley 1978
 - Berger, A., Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten, in: Petzold 1977b
 - Berger, A., Integrative Bewegungstherapie und Agogik in der Arbeit mit alten Menschen, in: Petzold, H., Bubolz, E., Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979 (in Vorbereitung)
 - Sieper, J., Quellen und Konzepte Integrativer Agogik, in: Petzold, H., Brown, G.I., Gestaltpädagogik, Pfeiffer, München 1977
- Rakness, O., Wilhelm Reich und die Organomie, Fischer, Frankfurt 1973
- Rienast, M., Integrative Bewegungstherapie mit drogenabhängigen Jugendlichen, Graduiierungsarbeit, Fritz-Perls-Institut, Düsseldorf, 1978
- Rosenkranz, M., „Hände“ – Ein Beitrag zur integrativen Körper- und Bewegungstherapie, in: Brown, G.I., Petzold, H., 1978

- Schefflen, A.E.*, Körpersprache und soziale Ordnung, Klett, Stuttgart, 1976
- Seiffge-Krenke, I.*, Probleme und Ergebnisse der Kreativitätsforschung, Huber, Bern, 1974
- Sheleen, L., Dropsy, J.*, Expression corporelle et relations humaines, *Bull. Psychol.* 13/16 (1969/1970) 750
- Maitrise Corporelle und menschliche Beziehungen, in: *Petzold* 1974a
 - Stolze, H.*, Konzentrative Bewegungstherapie, in: *Petzold* 1977 (2. Aufl. v. 1974a)
 - Möglichkeiten der Psychotherapie von Angstzuständen durch konzentrative Bewegungstherapie, *Zeitschrift für Psychotherapie u. med. Psychol.* 14 (1964) 107-111
- Vööbus, K.*, L'analyse corporelle, approche nouvelle pour l'integration personnelle, Wilhelm Reich Research Center, Montreal 1956
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.*, Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, Huber, Bern 1969, 4. Aufl. 1974
- Yalom, I.D.*, Gruppenpsychotherapie, Kindler München 1974

Adresse der Autoren:

Prof. Dr. H. Petzold, FPI

Angelika Berger, Sozialpäd. grad.