

Ernst Kern

Klientenzentrierte Körpertherapie in Gruppen mit Patienten. Über den Umgang mit Angst

In: GFK Texte 1, 1993, S. 55-63

Seit cirka einem Jahr leite ich zusammen mit jeweils einer Kollegin oder einem Kollegen zwei körpertherapeutische Gruppen in der psychosomatischen Klinik Münchwies, in der ich als Psychotherapeut angestellt bin. Mein Interesse, mich für die Arbeit in den körperorientierten indikativen Gruppen zu engagieren, bestand zum einen darin, am Ende meiner körpertherapeutischen Ausbildung am GFK-Institut² ins körpertherapeutische Handeln zu kommen im Rahmen der Möglichkeiten meines Arbeitsplatzes, dessen Schwerpunkt mindestens zur Hälfte auf gruppentherapeutischer Arbeit liegt. Ein zweites Interesse besteht darin, mehr in Austausch zu kommen mit anderen körpertherapeutisch ausgebildeten Kollegen meiner Institution. Ich arbeite zusammen mit einem Bioenergetiker und einer tanztherapeutisch ausgebildeten Kollegin. Die eine Gruppe führte der Kollege als bioenergetische Übungsgruppe schon seit Jahren alleine durch, die tanztherapeutische Gruppe wurde auf Anregung der Kollegin mit mir zusammen ins Leben gerufen.

Bei dieser körpertherapeutischen Arbeit mit Patienten in Gruppen bin ich nun verschiedenen Problemen und Schwierigkeiten begegnet, Übungen "klappten" nicht, es gab manchmal starke Widerstände der Patienten, manche Stunden waren irgendwie zäh, frustrierend, ohne daß ich recht greifen konnte, woran es lag. In diesem Aufsatz möchte ich von einer klientenzentrierten Perspektive einige Ideen verfolgen, wie sich solche "Widerstände" möglicherweise verstehen lassen und welche Möglichkeiten des Umgangs damit sich anbieten. Kurz einige Rahmenbedingungen, in denen diese Gruppen stattfinden.

Die psychosomatische Fachklinik Münchwies hat insgesamt cirka 240 Betten, die psychosomatische Abteilung hat davon 72 Plätze, der größere Bereich ist die Suchtabteilung mit ungefähr 170 Betten. Die Klinik ist nach dem Wohngruppenmodell organisiert, d.h. je zwölf Patienten (Männer und Frauen) leben auf einem Flur und bestreiten einen Teil der Woche zusammen in Ergotherapie, Sporttherapie und Gruppentherapie. Sie werden durch den Bezugstherapeuten in Einzelgesprächen betreut. Daneben besteht ein breites und differenziertes Angebot an indikativen Gruppen, in denen die Patienten je nach Problembereich zusammengefaßt werden (z.B. Gruppen für Angstbewältigung, chronische Schmerzen, Eßstörungen, Alkohol- und Medikamentenprobleme). Außerdem gibt es eine ganze Reihe von Gruppen, die der Verbesserung der Entspannung oder Körperwahrnehmung dienen. Für die Indikation sind die jeweiligen Bezugstherapeuten zuständig, die nach Absprache mit dem Indikativgruppenleiter ("Ist bei Dir noch ein Platz frei?") ihre Patienten in die Gruppen verteilen.

Die Gruppen sind aufgrund der kurzen Verweildauer der Patienten (durchschnittlich 6-12 Wochen in der psychosomatischen Abteilung) offen organisiert, d.h. es gibt laufende Neuaufnahmen und Austritte von Patienten. Die Gruppengröße wurde für die körpertherapeutischen Gruppen von uns auf maximal zwölf Teilnehmern pro

Gruppe festgelegt. Vom Klientel der Klinik her haben wir mit dem gesamten Spektrum an Problembereichen und psychischen Störungen zu tun, von depressiven Entwicklungen, Partnerproblemen und Stressyndromen bis hin zu Patienten mit großen strukturellen Defiziten und chronifizierten und oft selbstdestruktiven Symptomatiken. Ausschlußdiagnosen sind lediglich Psychosen und Drogenabhängigkeit, und auch die kommen ab und zu vor. Für die Durchführung der körpertherapeutischen Gruppen, auf die ich mich beziehe, bedeutet das, daß ein häufiges Kommen und Gehen herrscht und daß in der Regel meist mehrere Patienten mit schwereren Störungen in der Gruppe teilnehmen.³ Für den Ablauf der Gruppen hat sich in der Regel ein dreiphasiges Vorgehen bewährt: einer Aufwärmphase folgt eine intensivere Übungsphase, die von einer Gesprächs- und Reflektionsphase abgeschlossen wird.

Konkrete Probleme in der körpertherapeutischen Gruppenarbeit mit den Patienten

Meinen anfänglichen Optimismus, über die körpertherapeutische Gruppenarbeit mit viel Lebendigkeit und In-Fluß-Kommen in Kontakt zu kommen, so wie ich es in meiner eigenen Ausbildung und auch in der Arbeit als Ausbilder in Focusing und Gesprächstherapie-Gruppen kennengelernt habe, mußte ich revidieren. Insbesondere zu Beginn der Gruppen schlug mir oft eine lähmende Zähigkeit, Verhaltenheit, Passivität entgegen bis hin zu mehr oder weniger offenem Widerstand und Sabotageakten am Gelingen der Gruppenstunden, so wie ich sie mir vorgestellt hatte. Und unter all dem gab es immer wieder eine atmosphärische, wie erdrückende Angst. Daneben gab es Stunden, in denen alles wie von selbst ging. Die Gruppe trug sich gegenseitig und feuerte sich an, einzelne Patienten probierten Dinge, die sie sich nie zugetraut hätten, hinterher herrschte ein Gefühl von Entspannung und Lebendigkeit.

Bis heute versuche ich herauszubekommen, woran es liegt, daß einzelne Übungsangebote, die mir selber oder Kollegen als leicht und einfach vorkamen, in Patientengruppen zu Verweigerung oder Panik führen, andererseits Übungen, die mir eher kritisch oder invasiv schienen, bei Patienten zu wunderbaren Prozessen führen.

Dazu möchte ich in diesem Aufsatz folgende Thesen verfolgen:

.
Es liegt nicht (in erster Linie) an einer Übung selber, ob und wie sie gelingt.

.
Ausgehend von der klientenzentrierten Haltung ist es für die vorliegende Thematik sinnvoll, sich mit Fragen der Beziehung und der Emotionen zu beschäftigen.

.
Die zentrale Frage richtet sich auf den Umgang mit der Angst, die bei einem Menschen ausgelöst wird, wenn er sich auf körpertherapeutisches Arbeiten einlassen soll. Die Angst kann dabei auf verschiedenen Ebenen entstehen (dabei folge ich einer ganz allgemeinen Einteilung von Schwarzer(1983)):

- als Existenzangst,
- als soziale Angst oder
- als Leistungsangst

(vgl. die verschiedenen Charakterstrukturebenen innerhalb der GFK-Theorie).

Die Beziehung, die in der gruppentherapeutischen Situation jeweils aktualisiert wird, spielt eine entscheidende Rolle für Ausmaß, Umgang mit und Bewältigung dieser Angst, und zwar auf mehreren Ebenen:

- Entwicklungspsychologisch gesehen die Ebene der internalisierten Beziehungsstrukturen der einzelnen Patienten.
- Die Beziehung, die der einzelne zur Gruppe erlebt,
- Die Beziehung zum Therapeuten - letztlich auch die Beziehung zur Institution als "einbettende Umgebung" (Kegan 1985) für diese Gruppe.

Auf jeder Ebene können aktuell angstverstärkende Faktoren wirksam sein, die ein sich Einlassen verhindern, oder es können Sicherheitssysteme aktiviert werden bzw. entstehen, die es möglich machen, in der Körperarbeit neue, konstruktive und öffnende Erfahrungen zu machen. In der Arbeit mit Patienten zeigen sich Phänomene der Angst besonders deutlich, da ihre Fähigkeiten zur Selbstdistanzierung, Selbstberuhigung und Selbstsicherung oft schwer angeschlagen, bzw. wenig entwickelt sind, weswegen das Selbst rasch zu extremen und einseitigen Lösungen (Weglaufen, Erstarren) greift. Letztlich ist das aber nur ein Sonderfall der Angst, die jeder Mensch erleben kann, wenn er sich auf körpertherapeutische Arbeit einläßt, die einen starken Angriff auf jedes Selbstsystem bedeuten kann.

Diese Thesen möchte ich als Wahrnehmungsraster vorschlagen und mit einigen Erfahrungen aus meiner körpertherapeutischen Gruppenarbeit mit Patienten zu belegen versuchen.

Angst der Patienten bei körpertherapeutischen Angeboten

Wenn eine Übung oder Angebot kaum durchzuführen war, ein Teil der Patienten gar nicht oder nur pro Forma mitmachten, ist zumindest für einen wenig erfahrenen Anleiter einer körpertherapeutischer Gruppe eine naheliegende Vermutung, daß es wohl einfach nicht die richtige Übung war oder daß er die Übung inhaltlich eben nicht richtig angeleitet habe. So habe ich in der Aufwärmphase einer Stunde einmal versucht, eine körperliche Phantasieübung ("Einen Wasserkrug auf dem Kopf zu balancieren, damit von der Wasserstelle nach Hause zu gehen, und auf einmal ist ein Löwe hinter mir her") anzuleiten in der Annahme, es wäre leichter und lustiger, sich mit Hilfe einer solchen kleinen Geschichte zu energetisieren. Nur ein Teil der Patienten machte mit, keiner wollte so richtig an meinen Löwen glauben und seine Schritte beschleunigen. Einige stellten sich demonstrativ aus dem Kreis, äußerten hinterher, sie fanden das blöd und warum man denn sowas überhaupt machen würde. Mein erster Gedanke war, die Übung wahrscheinlich nicht richtig angeleitet zu haben, meine Folgerung war, das nächste Mal ein anderes Angebot zum Aufwärmen zu nehmen oder die Instruktion nochmal zu überdenken.

Betrachtet man die Situation unter dem Blickwinkel der Angst, so können verschiedene Faktoren eine Rolle gespielt haben. Einmal entsteht durch das Nicht-Mitmachen einiger Patienten ein Beobachtungsdruck, der soziale Ängste und Scham begünstigt, zum anderen könnte die Geschichte selber (verfolgt zu werden, dabei nicht voll handlungsfähig zu sein) bei manchen Patienten an heikle Stellen gerührt haben, die an existentielle Ängste rührten.

Eine ganze Reihe verwirrend verschiedener Erfahrungen habe ich mit *Gruppenfocusings* (angeleiteten Phantasiereisen) gemacht. Grundsätzlich gibt es immer ein oder zwei Patienten, die gar nicht die Augen schließen (was mittlerweile ausdrücklich von mir erlaubt wird). Mein Gedanke bei den ersten Anleitungsversuchen war, "wieso machen sie die Augen nicht zu, das ist doch nun wirklich nicht zuviel verlangt, haben die keine Lust?" Die These, es handele sich bei diesen "Widerständen" um Phänomene der Angst, bringt andere Schlüsse. Die Situation, mit geschlossenen Augen zu liegen (oder zu sitzen) ist besonders für Patienten mit starker innerer Unruhe kaum auszuhalten. Auf einmal sind sie konfrontiert mit ihren inneren Stimmen, ihren negativen und selbstanklagenden Gedanken, sehen sich ihrer starken inneren Spannung gegenüber, was sie im Alltag meist noch mühsam durch Tätigkeiten oder ihre Symptome übertönen können.

Solche Patienten kommen in der Regel meist gar nicht in die *Gruppenfocusings* hinein bzw. steigen bald aus und lassen ihren eigenen Film laufen. Andere wiederum bleiben an irgendeinem Punkt an einer inneren Einbruchsstelle hängen und müssen dort wieder abgeholt werden. Neben diesem durch das Setting solcher *Gruppenfocusings* für manche drohenden Kontakt mit ihrem tiefen und existentiellen Angststrom entsteht für manche eine Leistungsangst, die gestellte Aufgabe nicht richtig zu erfüllen, z.B. kein Haus zu sehen, wenn man doch eines sehen soll, oder nicht das richtige Haus, was zu einer völligen Blockierung führen kann. Noch mehr verstärkt sich diese Angst durch eine soziale Angst, wenn hinterher gemalt werden soll.

Atemübungen werden ebenfalls sehr unterschiedlich erlebt. Ein Teil der Patienten ist sehr angetan und erlebt deutliche körperliche Veränderungen, ein anderer Teil schafft es kaum, eine angebotene Atembewegung zweimal hintereinander zu machen, ihnen wird langweilig, sie finden es zu mühsam oder kommen sich lächerlich vor. Insbesondere angstneurotischen Patienten wird es schnell schwindlig, erste Anzeichen der Angstsymptomatik zeigen sich vereinzelt schon nach kurzer Übungsdauer.

Arbeit mit Berührung

Ein ganz kritischer Punkt ist oft die Arbeit mit Berührung. In einer ausgedehnten Übungssequenz gelang es meinem Kollegen, die Patienten in Paaren zu ausgedehnten und nach meinem Gefühl recht intimen Verwöhn- und Massageübungen anzuleiten (Kopf halten, Füße massieren etc.), in einer anderen Situation konnte eine Patientin es schon nicht aushalten, nur Rücken an Rücken mit einer Partnerin zu stehen. Von männlichen Patienten werden solche Übungen oft abgewertet, besondere Peinlichkeit entsteht, wenn der Partner einer Übung mit Berührung ebenfalls ein Mann ist. Zwei Patienten, die noch dazu die einzigen männlichen Patienten neben sechs Frauen waren, retteten sich vor kurzem während eines Warming-Ups mit Körperkontakt damit, indem sie zwei Homosexuelle karikierten, um vor den Frauen zu demonstrieren, daß sie auf keinen Fall so sind. Auf der anderen Seite kommen Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung (von denen meistens eine oder mehrere in den Gruppen sind) manchmal schon bei der Instruktion einer Übung in Panik bis hin zu katatonie-ähnlichen Zuständen.

Auch daraus läßt sich keine feste Regel ableiten, wie zum Beispiel "Mache keine Berührungsübungen mit Frauen oder Männern mit Mißbrauchserfahrungen", denn in

anderen Situationen ist vielleicht gerade eine solche Übung eine wesentliche Erfahrung für die Patientin. Eine Patientin geriet in große Not, als in der Gruppe einmal eine Überzahl von Männern war (sechs Männer und nur zwei Frauen), insbesondere bei körperlich anstrengenderen Übungen, die zu stärkeren Geräuschen und Schwitzen führten, wurde es ihr zunehmend unwohl, da es sie an traumatische Erlebnisse aus ihrer Kindheit erinnerte (sie mußte als Kind im gleichen Bett wie ihre Mutter und deren jeweilige Freunde schlafen). Glücklicherweise konnte sie ihre Angst äußern und sich dadurch entlasten.

Bewegung und Ausdruck

Übungen in Richtung Bewegung und Ausdruck aktualisieren vor allem Gefühle von Scham und Peinlichkeit. Ein spielsüchtiger Patient mit einer starken narzißtischen Problematik konnte bei der tanztherapeutischen Gruppe die erste Stunde noch mit Mühe ironisch-spöttisch mitmachen, die nächsten Stunden verbrachte er zuschauend (was ausdrücklich gestattet wird). Dabei umgab er sich mit einer Aura grandioser Überheblichkeit, was schließlich für den Rest der Gruppe nicht mehr zumutbar war, so daß er aus der Gruppe genommen werden mußte. Für diesen Patienten war die soziale Angst, die Scham und Peinlichkeit, vielleicht lächerliche oder unschöne Bewegungen zu machen, nicht zu bewältigen.

Übungsangebote in Richtung Aggression

Besonders wichtig und gleichzeitig besonders heikel sind Übungsangebote in Richtung Aggression. Bei manchen Patienten habe ich erlebt (und sie bestätigten es später selber), daß bei Aggressionsübungen die wichtigsten Erfahrungen der ganzen Therapiezeit entstanden. In einer Stunde gerieten andererseits zwei Patienten durch eine solche Übung an bedrohliche und nicht verarbeitete Teile ihrer Biographie (Erfahrungen mit Jugendbanden, Schlägereien in der Drogenszene), worauf mir einer nach der Übung Prügel androhte und der andere mir verbot, jemals wieder so eine Übung zu machen.

Kontakt mit Trauer

Auf eine andere Art problematisch war für manche Patienten der Kontakt mit Trauer. In einer Übung leitete meine Kollegin eine Übung zum Thema Öffnen und Schließen an, spielte dazu eine langsame Musik, was bei einer (bis dahin kaum greifbaren) Patientin zu Erinnerungen an ihrer Kindheit, an Schläge und Einsamkeit führte. Sie reagierte in der Übung mit starkem Weinen, einige andere erstarrten, kaum einer konnte sich auf ein Ausführen der Öffnungs-Schließ-Bewegung einlassen.

Betrachten wir abschliessend die Beispiele für Schwierigkeiten in der körpertherapeutischen Gruppenarbeit noch einmal zusammenfassend im Hinblick auf die These der zentralen Rolle, die Angst dabei spielt: In der obersten Schicht stoßen wir auf die Leistungsängste, z.B. eine Übung nicht richtig zu machen, den "Plan" einer Übung nicht richtig verstanden zu haben oder sich unheimlich anstrengen zu müssen, ohne zum Ziel zu kommen, was oft zu Blockierung oder Verkrampfung führt. Die nächste Schicht betrifft die sozialen Ängste, in einer Gruppe von wenig bis gar nicht bekannten Menschen ungewohnte, vielleicht kindliche Dinge zu tun, komische Bewegungen zu machen oder gar Töne dabei auszustoßen. Diese Scham-

und Peinlichkeitsschwelle ist in der tanztherapeutischen Gruppe besonders hoch, ist aber in beiden Gruppen schon beim Aufwärmen manchmal wie mit Händen greifbar. Viele Patienten haben gnadenlose innere Kritiker, die ihnen kaum Raum zum Ausprobieren ungewohnter Dinge lassen. Die letzte Ebene betrifft schließlich die existenziellen Grundängste, die oft kaum greifbar und nicht auf ein konkretes Objekt gerichtet sind. Viele der schwerer gestörten Patienten leben ständig nur knapp über dieser Schicht ihres inneren Abgrundes, bei ihnen genügen schon kleine Impulse in scheinbar ungefährlichen körpertherapeutischen Angeboten, um sie in Gefahr einer emotionalen Überschwemmung zu bringen.

Abwehrstrategien bei körpertherapeutischen Angeboten

Welchen Formen des Widerstands begegnet man nun in körpertherapeutischen Gruppen mit Patienten?

Mit "Widerstand" oder "Abwehr" meine ich zunächst ganz alltagssprachlich Strategien, sich etwas vom Leib zu halten, sich nicht einlassen zu müssen. Ganz wichtig ist mir zu betonen, daß ich damit keine negative Bewertung verbinde. Der Rahmen, in dem die von mir beschriebenen körpertherapeutischen Gruppen stattfinden (fast jede Woche neue Teilnehmer, kaum Zeit zu einem wirklichen gegenseitigen Kennenlernen, bei den wenigsten mangels Erfahrungsgrundlage wirklich eigene Entscheidung zur körpertherapeutischen Arbeit) wäre auch für Nicht-Patienten äußerst schwierig und angsterregend. Von daher ist es völlig sinnvoll und notwendig, sich zu schützen. Psychologisch interessant (und für den Leiter einer solchen Gruppe leider frustrierend) sind die extremeren Abwehr-Formen, für die zunächst wieder einige Beispiele aufgeführt werden sollen.

Äusserer Rahmen

Sieht man einmal von Rahmenbedingungen der Gruppe ab wie unentschuldigtes Fernbleiben, Zu-spät-Kommen ("ich habe den Raum nicht gefunden") oder einem Parallel-Termin ("ich muß heute früher weg, ich habe noch einen Termin in der Bäderabteilung"), was im Klinikrahmen eher selten passiert, so beginnt die Abwehr schon bei der Kleidung. Den Patienten wird bei der Zuweisung zur Gruppe gesagt, sie sollen in Sportkleidung erscheinen, dennoch kommen anfangs einige immer in eher beengender Straßenkleidung und manche geben das auch nach wiederholtem Hinweis auf die größere Bequemlichkeit von Sportkleidung nicht auf. Möglicherweise gibt ihnen ihre gewohnte Kleidung Halt oder Sicherheit, drücken sie damit einen inneren Vorbehalt aus. Mit manchen Patienten mußte ich regelrecht verhandeln, ob sie ihre Schuhe ausziehen (der Therapieraum ist mit Teppichboden ausgelegt), manche schaffen es erst nach der zweiten oder dritten Stunde. Wenn ein Patient so ein Zeichen setzt ("ich ziehe meine Schuhe nicht aus, ich bin erkältet"), dann hängen sich oft noch ein oder zwei andere dran.

Aufwärmübungen

werden in der Regel je besser akzeptiert, je näher sie an Gymnastik sind oder zumindest so beginnen. Ein Patient in der tanztherapeutischen Gruppe mußte immer wieder in den Stunden einige gymnastische "Kapriolen" machen wie Purzelbäume oder gymnastische Übungen, um die Unstrukturiertheit aushalten zu können. Bei

nonverbalen Übungen wird die Stille oft weggelacht oder durch hartnäckiges Reden sabotiert. Beliebte sind körperliche Entschuldigungen ("ich habe eine Zerrung", "ich hab's im Kreuz") um eine Übung nicht mitzumachen.

Abwertung und Verachtung

Für den Therapeuten kränkungsträchtig sind narzißtische Formen der Abwehr in Richtung Abwertung und Verachtung ("Ihr spielt ja hier nur Negermusik", "Was soll das Rumgehampel denn bringen", "Ich brauche das nicht, ich bin noch nicht so krank wie die anderen"). Ein Patient näherte sich der körpertherapeutischen Arbeit in mehreren Etappen an. In der ersten Stunde verließ er nach der Hälfte der Stunde sehr verächtlich den Raum. In der nächsten Stunde konnte er drin bleiben, mußte aber betonen, daß die Therapie und diese Gruppe ihm sicherlich nicht helfen können. In seiner Wohngruppe wertete er die Körpertherapie stark ab als besonders krasses Beispiel, wie diese stationäre Therapie an seinen eigentlichen Wünschen vorbeigeht. In den nächsten Stunden konnte er dann an den Übungen teilnehmen, sich auch (von außen deutlich sichtbar) mehr einlassen, in der Nachbesprechung kam er jedoch wieder auf seine Abwertung zurück ("Ich hab das halt so mitgemacht, aber helfen tut es mir nichts. Wenn Du das so siehst, daß ich im Gesicht weicher wurde, so ist das Deine Sicht. Ich habe eine andere!").

Kontrolle

Andere Patienten versuchen zu verhandeln über die Übungen, um so die Kontrolle zu behalten oder definieren sie einfach innerlich um. So war ein Patient sehr erstaunt nach einer Ausdrucksübung ("sich mit einem für einen selber typischen Gefühl nonverbal vorstellen"), als er bemerkte, daß die anderen Patienten etwas ganz anderes machten als er, er hatte die Instruktion innerlich umgeformt ("die anderen ohne Worte begrüßen").

Flucht

Extreme und therapeutisch schwierig zu handhabende Formen des Ausweichens sind die konkrete Flucht oder die Erstarrung. So verließ ein Patient wütend den Raum, als während einer Atem- und Dehnübung der Therapeut zum Ausstoßen von Tönen ermutigte, und war auch zu keinem Gespräch mehr zu bewegen ("das muß ich mit mir alleine ausmachen"). Erstarrungen oder Einfrieren einer Person sind in der Regel Hinweis auf körperlich erinnerte traumatische Schockerlebnisse. Manche Patienten fallen depressiv zusammen. So war es das Grundmuster einer Patientin über zehn Wochen hinweg, sich gleich zu Beginn jeder Gruppenstunde in eine Ecke auf eine Matte zu setzen und körperlich zusammensinken. Sie konnte im Verlauf ihrer Therapie zunehmend an den Übungsangeboten teilnehmen und andere, sehr lebendige körperliche Zustände erleben, fiel aber spätestens gegen Ende der Stunden wieder in ihren eingefallenen "Normalzustand" zurück, der sie ohne Zweifel sicherte und der fest in ihrem Selbstbild verankert war.

Die beschriebenen Formen der Abwehr können im Sinne eines klientenzentrierten Charakterstrukturmodells (C.Geiser und Juchli, z.B. Geiser und Grosse-Rhode 1993) als Versuche verstanden werden, durch die körpertherapeutischen Angebote drohende Selbsteinbrüche zu vermeiden. Je nach Struktur wird zu unterschiedlichen Mitteln gegriffen, die psychosomatische Variante greift zu Rückenschmerzen, die

narzißtische zu Abwertungen, die depressive zum Zusammenfallen und handlungsunfähig Werden etc. Das körpertherapeutische Angebot ist (als Spezialfall von Therapie) zumindest potentiell ein besonders mächtiger Angriff auf die Selbststruktur mit der Gefahr, die im üblichen verbalen Kontakt gewohnte und besser ausgebaute Abwehrstruktur zu unterlaufen. Von daher müssen Schutzmechanismen mobilisiert werden, das erscheint sinnvoll und überlebenswichtig.

Therapeutische Unterstützung von Sicherungssystemen

Aus den bisherigen Ausführungen folgt, daß es für den Therapeuten nicht darum gehen kann, die Widerstände der Patienten gegen körpertherapeutische Arbeit, so mühsam auch immer sie die Durchführung einer Gruppe machen, "wegzubekommen", daß der Therapeut nicht dabei hängenbleiben sollte, diese Abwehr nur als lästig oder hinderlich zu sehen (bei dieser Verarbeitung spielt natürlich die eigenen Selbststruktur des Therapeuten eine große Rolle, ob er den Widerstand in erster Linie als Kränkung verarbeitet, ob er sich davon lähmen läßt, ob er versucht verstärkt zu strukturieren usf.).

Konstruktiver erscheint es, wenn es gelingt, die therapeutischen Bemühungen darauf zu richten, Sicherungssysteme für die Patienten anzubieten und zu unterstützen, die mehr Offenheit und Realitätskontakt erlauben. Je mehr alternative Sicherungssysteme zur Verfügung stehen, umso weniger besteht für sie die Notwendigkeit, immer wieder in eine eingleisige, extreme oder blockierte psychische Verengung zu gehen aus der heraus keine Beweglichkeit und keine positive Erfahrung mehr möglich sind.

Diesen Punkt möchte ich wiederum verdeutlichen anhand der Schilderung einiger konkreter Umgangsweisen, die wir in den körpertherapeutischen Gruppen (mehr oder weniger bewußt) anzuwenden versuchen.

Die beste und wichtigste Sicherung entsteht über eine gute und tragfähige Beziehung.

Da meistens wie erwähnt in jeder Gruppenstunde neue und den Therapeuten nicht bekannte Patienten integriert werden müssen, bestehen die ersten Schritte darin, in Kontakt zu kommen. Dafür ist leider immer viel zu wenig Zeit, bedingt durch die Organisationsform als offenen Gruppe mit hoher Fluktuation, die nur einmal wöchentlich stattfindet. Umso wichtiger ist die Begrüßung, kurze Vorstellung, der erste Eindruck des Patienten, was dieser Therapeut wohl für ein Mensch ist, was in dieser Gruppe wohl vor sich geht. Für die Beziehungssicherheit ist es oft günstig, wenn ein Patient nicht der einzige aus seiner Wohngruppe ist, ebenso wie es Patienten mit dem Vertrauen wesentlich leichter haben, für die ich oder meine Kollege bzw. meine Kollegin gleichzeitig Bezugstherapeuten sind.

Beziehungssicherheit

Für die Frage der Beziehungssicherheit wäre es meines Erachtens eine große Hilfe für viele Patienten, sich zweimal wöchentlich mit der Gruppe zu treffen (was eine andere körperorientierte Gruppe in unserer Klinik deutlich zeigt, die in dieser Frequenz stattfindet), ebenso wie es vieles erleichtern würde, eine geschlossene

oder zumindest teil-geschlossene Gruppe zu haben. Beides läßt sich aus organisatorischen Gründen an der Klinik nicht durchsetzen, ein Beispiel für die wichtige Rolle der rahmensetzenden Beziehung der Institution zur Gruppe selber.

Deklaration

Entängstigende und klärende Wirkung kann eine Deklaration des Therapeuten zu Beginn einer Sitzung mit neuen Teilnehmern sein, was die Idee dieser körpertherapeutischen Gruppenarbeit ist. Wichtig ist dabei der Hinweis auf die Erlaubnis, sich zu schützen, Übungen nicht mitmachen zu müssen, wenn sie viel Angst machen. Auch die Möglichkeit des Rausgehens wird angesprochen, allerdings mit der dringenden Bitte, danach sobald es möglich ist, wieder zurückzukommen, um über die Situation sprechen zu können. Ob dem einzelnen Patienten so eine Erklärung wirklich Sicherheit gibt, ist mir allerdings nicht immer so ganz sichtbar, manche scheint es eher noch mehr zu verunsichern.

Günstig für die Einstiegsängste sind Angebote, die erstmal jeder für sich tun kann, die er einfach "machen" kann. Natürlich lockern spaßige und lustige Übungen die Stimmung, man kann damit aber auch auflaufen, wie ich bei meinem "Wassertragen" erleben mußte. Oft entscheidet sich schon in der Anfangsphase die Höhe des Angstpegels und das Ausmaß an Widerstand, davon wird zum Teil der Ablauf der gesamten Stunde geprägt.

Ritualisierungen

Gute Erfahrungen habe ich mit *Ritualisierungen* gemacht. Anfangs versuchten wir in der tanztherapeutischen Gruppe, immer neue Arten des Einstiegs zu finden, um die Stunden abwechslungsreich zu halten. Die Situation hat sich deutlich entspannt, seit wir regelmäßig damit beginnen, zwei Musikstücke zum "Eintanzen" zu spielen mit jeweils konkreten Hilfen oder Schwerpunkten für die Bewegung. Ebenso können Atemübungen, Tai-Chi-Übungen oder bestimmte Aufwärmübungen als Einstiegsritual fungieren, man muß es als Therapeut einführen und dann auch dazu stehen.

Timing

Eine wichtige Regulationsmöglichkeit für den Therapeuten besteht im *Timing der einzelnen Übungen*. Auch schwierige Ausdrucksübungen lassen sich durchführen, wenn sie zeitlich nicht ausgedehnt werden und wenn wenig Zeit zum Nachspüren gelassen wird. Hingegen können schon scheinbar einfache Übungen wie "Stehen und Spüren" zu intensiven inneren Prozessen führen, je länger die Nachspürphase vom Therapeuten gehalten wird. Beide Vorgehensweisen können sinnvoll sein je nach Stand und Belastbarkeit der Gruppenteilnehmer und je nach angestrebtem therapeutischen Ziel (Schwerpunkt auf Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit oder auf Verbesserung der Körperwahrnehmung).

Übungsteil - Redeteil

Eine weitere wichtige Entscheidung, die viel mit der Frage der Möglichen Unterstützung von Sicherheitssystemen zu tun hat, ist die Gewichtung von Übungsteil vs. Reflektion und Integration ("Redeteil"). In der Regel halten wir ein Drittel bis die Hälfte einer Doppelstunde für Reflexion und Integration frei, die Patienten werden ermuntert, über ihre in den Übungsangeboten gemachten

Erfahrungen zu berichten. Das schafft für viele wieder Distanz, stärkt das Gefühl der Möglichkeit der Verarbeitung auch intensiverer körperlicher Erfahrungen. Es senkt auch die Schwelle der Scham beim einzelnen, wenn die anderen über ähnliche Dinge berichten, wie man sie selber erlebt hat. Für manche scheint eine lange Redephase allerdings schwieriger zu sein als der Übungsteil. So schimpfte ein Patient gleich in seiner ersten Stunde auf das Reflektieren der Übungen ("Das ist ja wie in der Gruppentherapie in meiner Wohngruppe"), blieb in der nächsten Stunde während des Redeteils demonstrativ in der Mitte der Gruppe sitzen (während die anderen Patienten einen Kreis bildeten) und drehte den gerade berichtenden Mitpatienten meistens den Rücken zu.

Einzelarbeit

Körpertherapeutische Einzelarbeit in der Gruppe bieten wir öfter an ("hättest Du Lust, dazu etwas zu probieren?"), was für viele aber in der offenen Gruppe und bei zu wenig Beziehungserfahrung mit den Therapeuten zu wenig sicher ist und abgelehnt wird. Wenn sich ein Patient doch einlassen kann, passieren oft sehr wichtige Veränderungen, die Gruppe ist ein mächtiger Rahmen für so eine Einzelarbeit.

Selbstbeteiligung

Hinsichtlich der Selbstbeteiligung als Therapeut habe ich keine eindeutige Regelmäßigkeit gefunden, was für die Frage des Sich-sicher-Fühlens günstiger ist. Einmal gab es einen "Sicherheitsschub", als beide Therapeuten bei einer Vertrauensübung selber mitmachten. Manchmal kann das Zuschauen eines nicht bei der Übung beteiligten Therapeuten einen Patienten sehr verunsichern. Ein anderes Mal war das Mitmachen an einer Übung, in der es um Augenkontakt ging, extrem angstverstärkend für eine Patientin. Sie fing am ganzen Leib zu zittern an, als sie dem Therapeuten gegenüberstand.

Positives Modell

Ausgesprochen erleichternd für die Durchführung einer Gruppe wirkt es, wenn einzelne Patienten sich gut einlassen können. Als positives Modell ziehen sie andere mit, öffnen das Feld und zeigen den anderen, daß die Gefahr nicht so groß sein kann. Gibt es mehrere solcher Patienten in der Gruppe, so läuft es oft über Wochen hinweg leichter und flüssiger.

Als sehr hilfreich habe ich die Verankerung von Rückmeldungen und Mitverantwortung bei Übungen erlebt, zum Beispiel die ausdrückliche Aufforderung, sich zu melden, wenn bei einer Paarübung etwas nicht stimmt oder gar weh tut. Oder die Möglichkeit, Wünsche zu äußern, z.B. welche Art der Berührung man sich zum Schluß wünscht oder welche Art von Musik (wir regen die Patienten auch an, selber "ihre" Musik mitzubringen). Kaum einen Sinn hat es dagegen nach meiner Erfahrung, die Patienten zu fragen, ob sie diese oder eine andere Übung wollen, das schafft eher Unsicherheit hinsichtlich des Sich-gehalten-Fühlens durch den Leiter. Der Einstieg in die Übungsphase wird oft einfacher, wenn ein *festes Thema* angegeben wird, an dem sich die Patienten (und der Therapeut) festhalten und orientieren können (z. B. Themen wie "sich fallenlassen", "sich zeigen", "sich öffnen und schließen").

Natürlich ist es notwendig, immer wieder das Thema der Ängste, Widerstände und Schutzmechanismen anzusprechen und zu bearbeiten, oder Verweigerungen selber zum Thema zu machen. Andererseits muß man nach meinem Eindruck oft Übungen einfach anbieten, auch wenn die Ängste groß sind, sonst würde man mit nichts anderem beschäftigt sein als mit dem Besprechen der Widerstände, käme gar nicht mehr zum körperlichen Arbeiten. Bei manchen Patienten wirkt ein Reden über die Ängste sogar eher noch angstverstärkend, der Vermeidungszyklus wird aufrechterhalten, die Schwelle zur Aktivität wird größer statt kleiner.

Der Therapeut steht also vor einer heiklen Aufgabe: Immer wieder ist es beim Anleiten wichtig, das Sich-schützen zu unterstützen, der Angst und Abwehr Raum und Erlaubnis zu geben. Gleichzeitig, und das schafft dieses Spannungsfeld, lassen sich körpertherapeutische Angebote im Gruppensetting nur durchführen, wenn zumindest der größte Teil der Patienten mitmacht (die kritische Grenze der "Aussteiger" liegt meiner Erfahrung nach bei zwei, maximal drei Patienten bei größeren Gruppen, mehr trägt eine Gruppe nicht, dann bricht eine Übung zusammen; und manchmal reicht dafür schon einer, der in seinem Nicht-Mitmachen besonders viel Ablehnung oder Abwertung ausstrahlt)

Zwischenformen des Mitmachens

So muß das Sich-Schützen unterstützt und gleichzeitig immer wieder zum Mitmachen ermutigt werden. Günstig sind dafür Übungsangebote, die Zwischenformen des Mitmachens zulassen. Das hiesse zum Beispiel für eine Übung, "sich hintereinander sitzend in Zeitlupe an die hintere Person anzulehnen", die Zwischenform anzubieten: "sich zurücklehnen, soweit es möglich ist, ohne daß Körperkontakt entstehen muß, dabei genau die Grenze finden, bis zu der es noch geht".

Die Ängste und Sicherungssysteme des Therapeuten

Bisher war viel von den Ängsten, Widerständen und Schutzbemühungen der Patienten die Rede. Natürlich bedeutet das Anleiten einer körpertherapeutischen Gruppe auch für den Therapeuten, den Übergang zum Einlassen auf die Körperebene zu vollziehen, mobilisiert auch bei ihm seine je spezifischen Ängste und Sicherungssysteme.

Die bekannte Einsicht, daß jedes therapeutische Angebot damit steht und fällt, wie der Therapeut selber dahintersteht, wie eindeutig und wie klar er dabei ist, gilt für körpertherapeutisches Arbeiten in noch größerem Maße als sonst. Ich habe es mir angewöhnt, im allgemeinen nur Übungen anzuleiten, die ich selber zumindest in ähnlicher Weise schon mal als Patient/Klient mitgemacht habe, von denen ich also weiß, wie sie sich für mich von innen her anfühlen und was sie bei mir auslösen. Klientenzentriert orientierte Körpertherapie kann kein technisches Anleiten von Übungen sein, seien die Übungen selber auch noch so gut, entscheidend ist immer die therapeutische Haltung und Begegnungsqualität, in der diese Übung stattfindet. Das bedeutet für mich, ich kann mich letztlich nicht hinter einer Übung oder einer Technik "verstecken", in der Körpertherapiegruppe wird auch meine augenblickliche Gemütsstimmung, mein Aktivitätsniveau und meine Verletzlichkeit deutlich. Meine Kollegin erzählte mir, manchmal würde sie sich zu Beginn einer Gruppe am liebsten hinter dem Musikanlage verstecken, sie fummelte dann extra lange daran herum, um ein wenig Zeit zu gewinnen. Ich bin bisweilen froh, mich an der Aufgabe des

Ausfüllens der Teilnehmerliste festhalten zu können, oder ich spreche Patienten aus meiner Stammgruppe an, um meine Befangenheit und Fremdheitsgefühle zu erleichtern. Vor den meisten Stunden in den Körpergruppen, und besonders wenn ich sie alleine durchführen muß (im Falle von Krankheit oder Urlaub des jeweiligen anderen), habe ich eine leichte Unruhe in der Magengegend. Ich versuche, mir die Stunde in ihrem Ablauf innerlich vorzustellen, gehe nochmal die Übungsangebote durch, die ich anleiten will, versuche manchmal, mich auf mögliche Problempunkte oder schwierige Patienten vorzubereiten.

Ich komme also in Kontakt mit mehreren eigenen Angschwällen:

Da sind *die eigenen Ängste* vor dem Übergang in körpertherapeutisches Arbeiten. Die meisten der von mir aufgeführten Punkte, an denen Patienten in der Körpertherapiegruppe Angst haben, kenne ich aus der eigenen Ausbildung und Selbsterfahrung bzw. aus "Selbstveröffentlichungen" von Kollegen. Patienten und Patientengruppen unterscheiden sich m. E. nur im Ausmaß der Angst und in den extremeren Formen des Selbstschutzes, es gibt keinen grundsätzlichen Unterschied zu Nicht-Patienten

Ein spezifisches, mir aus körpertherapeutischen Selbsterfahrung bekanntes Phänomen, taucht ebenfalls auf der Gruppenebene wieder auf und unterläuft meine üblichen Sicherungsstrategien für die Leitung von Gruppen: Durch körpertherapeutisches Arbeiten werden bei einzelnen und auf der Gruppenebene energetische Prozesse in Gang gesetzt, deren Ablauf sich oft *nicht voraussagen* läßt, die phasenweise autonom oder teilautonom ablaufen. Ich kann nicht wirklich vorhersehen, was in einer Gruppenstunde passiert, bin immer wieder von neuem mit unkontrollierbaren und zum Teil sehr heftigen Prozessen konfrontiert, und auch das macht natürlich Unsicherheit und Angst. Für die Heftigkeit und Unberechenbarkeit kommt die besondere Klientel hinzu, mit dem ich es an der Klinik zu tun habe.

Weiterhin bekomme ich zu tun mit *meinen* (meist impliziten und überhöhten) *Erwartungen*, was denn nun in so einer körpertherapeutischen Gruppe ablaufen soll. Die Stunden sollen rund sein, die Patienten sollen wichtige Erfahrungen machen, die sie integrieren und in ihren Alltag umsetzen können. Die Atmosphäre in der Stunde soll tragend und unterstützend sein, möglichst alle Patienten sollen auf ihre Kosten kommen und von der Gruppe profitieren, ich muß es rechtzeitig merken, wenn für einzelne etwas schwierig wird und entsprechend reagieren..., diese Liste meiner Ansprüche an mich und an den Ablauf der Gruppe könnte ich beliebig erweitern. Deutlich wird mir daran, wie hoch ich die Latte damit lege, wie sehr ich damit meine eigenen Leistungsängste aktiviere, und wie schwer es dadurch wird, auch mit kleineren Schritten und Veränderungen zufrieden zu sein.

Ganz schwierig fand ich es, in die Gruppe zu gehen, wenn ich mich selber gerade nahe an meinen *Grundängsten* und existenziellen Unsicherheiten befand. In solchen Stunden war ich froh, meinem Kollegen oder meiner Kollegin die Gruppenleitung überlassen zu können und selber einfach nur dabeizusein, so wie es eben möglich war. An diesen Stellen habe ich auch besonders gemerkt, wie wertvoll es ist, solche Gruppen im allgemeinen zu zweit zu leiten, so daß man sich gegenseitig unterstützen und natürlich auch anregen kann. Das habe ich als eine der wichtigsten

Sicherungsquellen für die Arbeit als Gruppenleiter in körperorientierten Gruppen erlebt.

Für einen wichtigen Gesichtspunkt, der oft wenig beachtet wird, halte ich schließlich noch die konkrete *einbettende Umgebung* des Therapeuten und der Gruppe, d.h. für mich die Institution der Klinik. Wie wird hier mit Körperlichkeit umgegangen, gibt es überhaupt Raum dafür? Wie ist es mit Ängsten und Schutzbedürfnissen, darf darüber gesprochen werden und auf welche Weise?

Ich erlebe die Einstellung in der Klinik, in der ich arbeite, körperorientierten Verfahren gegenüber insgesamt als ausgesprochen wohlwollend. Körperlichkeit selber außerhalb der Indikativgruppen ist wie wohl in allen großen Institutionen (die Klinik hat ca. hundert Mitarbeiter) ein eher ausgespartes Thema, aber es gibt Freiräume dafür, z.B. die Möglichkeit zu gemeinsamem Sport in den Mittagspausen (was ich vor der tanztherapeutischen Gruppe, die am frühen Nachmittag stattfindet sehr gern mache, ich habe gemerkt, daß mir das den Einstieg deutlich erleichtert), oder es gibt Fortbildungsangebote in dieser Richtung.

Die klientenzentrierte Perspektive

Die Überschrift dieses Artikels bezieht sich auf "klientenzentrierte" Gruppenarbeit. Ich möchte dazu noch einige kurze allgemeinere Bemerkungen machen, was neben dem konkreten Berichten aus der praktischen Arbeit meiner Ansicht nach die klientenzentrierte Perspektive in diesem Zusammenhang für mich bedeutet. Klientenzentrierte Therapie zeichnet sich in erster Linie durch eine bestimmte Haltung aus, die versucht, die drei Grundvariablen von Rogers (Empathie, Kongruenz und Akzeptanz) zu verwirklichen. Das bedeutet, nicht die richtige Technik, nicht die optimale Übung stehen im Vordergrund, sondern die Art der Beziehung, in der sie stattfinden, das habe ich in diesem Aufsatz immer wieder zu zeigen versucht. Therapie kann man nicht "machen" (Wiltschko, 1991), d. h. ich kann eine solche Gruppe, wie ich sie beschrieben habe, nicht endgültig "in den Griff" bekommen, so sehr ich mir das manchmal auch wünschen würde. Soll die Gruppe lebendig und klientenzentriert bleiben, muß ich als Therapeut offen sein für das, was da ist, muß ich versuchen, auch die Ängste und Widerstände als legitim und wichtig anzunehmen. Ich bin als Therapeut in jeder Gruppenstunde von neuem aufgefordert, mich auf eine Begegnung mit den Patienten einzulassen, präsent zu sein so wie ich jetzt eben gerade bin, auch mit meiner Angst, Unsicherheit und Ohnmacht.

Klientenzentriert heißt für mich auch, psychische Engstellen und Notprogramme, die mir bei Patienten begegnen, auch bei mir selber wahrnehmen zu können. Es heißt, sie nicht nur als Störung und Krankheit zu sehen, sondern als extremere Entwicklungen und Erstarrungen eines seelischen Strukturierungsprozesses, der selber "normal" und notwendig ist, den jeder Mensch braucht, um sich überhaupt auf irgendetwas beziehen zu können.

Klientenzentriert heißt für die geschilderten Gruppensituationen, mit den Widerständen, Ängsten und Schwierigkeiten der Patienten achtsam und respektvoll umzugehen und immer wieder gemeinsam öffnende und gleichzeitig Sicherheit gebende Wege zu suchen. Und obwohl ich in der alltäglichen Arbeit oft genug hinter solchen Ansprüchen wie den eben formulierten zurückbleibe, halte ich es trotzdem

für wichtig, solche Aspekte der therapeutischen Grundhaltung immer wieder als Werthaltungen offenzulegen, darüber zu reflektieren und zu diskutieren. (Für mich ist in der Beschäftigung mit dem Thema dieses Aufsatzes über meine Schwierigkeiten in der körpertherapeutischen Gruppenarbeit mit Patienten auch ein innerer Prozeß abgelaufen, der mir schon in der letzten Gruppenstunde geholfen hat, etwas anders als bisher mit den Schwierigkeiten und Widerständen umgehen zu können, die mir in diesen Gruppen immer wieder von neuem begegnen.).

Abschliessend möchte ich noch einen möglicherweise entstandenen Eindruck korrigieren. Bekanntermaßen lernt man an "Fehlern" oder an Schwierigkeiten am meisten, daher habe ich in erster Linie Probleme und von mir als eher dunkle oder heikel erlebte Situationen aus der körpertherapeutischen Gruppenarbeit beschrieben. Es gibt glücklicherweise in dieser Arbeit auch viele gute Momente, in denen etwas in Fluß kommt, sich etwas öffnet, in denen statt Angst auf einmal Lust und Freude entsteht. Eine ganze Reihe von Patienten berichtet am Ende ihres stationären Aufenthaltes, die körpertherapeutische Gruppe sei mit das Wichtigste in der gesamten Behandlung gewesen, einige wollen sogar ambulant weitermachen. Gerade für verbal nicht so differenzierte oder geschickte Patienten ist die körpertherapeutische Arbeit manchmal die Chance. Auf der anderen Seite besteht für stark intellektualisierende und rationalisierende Patienten in der Körpererfahrung die Gelegenheit, unmittelbare und evidente Einsichten über sich und ihre Lebenssituation zu erhalten.

Ich habe daher überhaupt keine Zweifel am Sinn körpertherapeutischer Arbeit mit Gruppen von Patienten. Auch wenn jede Stunde für mich als Therapeut wieder von neuem ein kleines Abenteuer ist, überwiegt doch bei weitem die Freude an dieser Arbeit, mit Hilfe von der ich auch selber immer wieder mehr Lebendigkeit und Energie erleben kann.

Literatur

Literatur

Geiser, C. und Grosse-Rhode, L. "Denn sie wissen nicht, was sie tun..." Zur Relevanz einer klientenzentrierten Störungslehre. In: GwG-Zeitschrift 90, Jg. 24, 1993, S. 9 - 12.

Kegan, R. Die Entwicklungsstufen des Selbst. München, Kindt, 1986 Schwarzer, R., Angst. In: Mandl, H. und Huber, G. (Hg) Emotion und Kognition. München, Urban und Schwarzenbeck, 1983.

Wiltschko, J. Hilflosigkeit in Stärke verwandeln. In: ders., Anfänger-Geist. Hinführungen zur Focusing-Therapie I. München, DAF, 1991

Anmerkungen

Anmerkungen

1 Dieser Aufsatz entstand nach einer Diskussion im Rahmen eines Projektwochenendes des GFK-Instituts, an dem ich meine körpertherapeutische Ausbildung gemacht habe. Auslösend war ein Anliegen von mir, über von mir erlebte

Schwierigkeiten des körpertherapeutischen Arbeitens in Patientengruppen zu sprechen. Die Diskussionsbeiträge der Kollegen sind in den Text eingearbeitet.

2 Das GFK-Institut ist ein Therapieausbildungsinstitut in der Schweiz, das versucht, einen klientenzentrierten Ansatz auf den verschiedenen Ebenen des Gesprächs, des Focusings und der Körpertherapie zu integrieren.

3 Noch einige kurze Bemerkungen zu meinem Sprachgebrauch. Ich verwende das Wort "Patient" statt dem üblicheren "Klient" zur Abgrenzung vom ambulanten Setting. "Störung" verstehe ich vom klientenzentrierten Modell her als deutlich eingeschränkte Wahlfreiheit einer Person, als Behinderung in Wachstum und Entwicklung. Ich spreche von "schwereren" Problematiken für besonders strukturgebundene Patienten mit extremeren, chronifizierteren oder selbstdestruktiveren Symptomatiken.