

Sophie Krietsch, Birgit Heuer
Schritte zur Ganzheit

Forum Körperpsychotherapie · Band 11

Sophie Krietsch, Birgit Heuer

Schritte zur Ganzheit

Bewegungstherapie mit schizophrenen Kranken

Herausgegeben von Angela von Arnim,
Cornelia Gudden und Verena Lauffer

Mit einem Geleitwort von Frank Röhricht
und einem Vorwort von Angela von Arnim,
Cornelia Gudden und Verena Lauffer

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Korrigierte Neuauflage der Ausgabe von 1997
(Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer)
© 2022 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Foto: Thomas Wiehr, Tübingen
Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar
Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin
www.me-ti.de

ISBN 978-3-8379-3150-1 (Print)
ISBN 978-3-8379-7834-6 (E-Book-PDF)
ISSN 2567-5745

Inhalt

Geleitwort zur Neuauflage	9
Vorwort der Herausgeberinnen	21
Erste Schritte führen zu einer Behandlungsmethode <i>Sophie Krietsch</i>	25
Schizophrene Patienten »sprechen« mich an <i>Birgit Heuer</i>	31
1 Die vier Übungsleitlinien und ihr theoretischer Bezug	35
2 Rahmenbedingungen für die Bewegungstherapie	39
2.1 Indikation für die Gruppen- und Einzeltherapie	39
2.2 Die Einbindung der Bewegungstherapie in den Gesamtbehandlungsplan	40
2.3 Der Therapieraum	41
3 Patient und Therapeutin	43
3.1 Therapeutische Beziehung	43
3.2 Therapeutische Berührung	45
3.3 Die Therapeutin als Gruppenleiterin	47
3.4 Die Themen der Gruppenstunden	49
3.5 Einteilung einer Gruppenstunde	52

3.6	Der Umgang mit Stimmungen in der Gruppe	53
3.7	Wahrnehmen von Körperempfindungen und Hinführen zur Verbalisierung	55
3.8	Das Gespräch in der Gruppe	56
4	Beziehung zum eigenen Körper	59
4.1	Der lebendige Körper	60
4.2	Beschaffenheit und Zusammenhang des Körpers	62
4.3	Die Haut als Körpergrenze	68
4.4	Als Person leiblich die eigene Aktivität erfahren	78
4.5	Als Person leiblich Identität erfahren	81
5	Beziehung zu Raum und Zeit	85
5.1	Entwicklung von Halt und Vertrauen über die Beziehung zum Boden	85
5.2	Einordnung in die reale Raum-Zeit-Dimension	97
5.3	Rhythmusinstrumente und Musik	103
6	Beziehung zu den Dingen	105
7	Beziehung zu den Mitmenschen	115
7.1	Die Zweierbeziehung	115
7.2	Das Wechselspiel im Hin und Her der Zweierbeziehung	116
7.3	Ich-Sein erfahren, Abgrenzung erleben	120
7.4	Beziehung in einer kleineren oder größeren Gemeinschaft	128
7.5	Zusammenfassung der Beziehungsinhalte in der Gemeinschaft	132
8	Elemente der Funktionellen Entspannung in der Bewegungstherapie mit schizophrenen Kranken	133
	<i>Sophie Krietsch</i>	
9	»Ich habe den Boden gewonnen« Bericht einer Einzeltherapie mit Funktioneller Entspannung	137
	<i>Sophie Krietsch</i>	
10	Die Modifizierung der Konzentrativen Bewegungstherapie in der Arbeit mit schizophrenen Kranken	151
	<i>Birgit Heuer</i>	

11 Die Praxis der Gruppenstunden	155
<i>Birgit Heuer</i>	
11.1 Die offene Gruppe	155
11.2 Die geschlossene Gruppe	164
11.3 »Ich bin auf den Punkt gekommen« – Bericht über eine Gruppenteilnehmerin	176
12 Die bewegungstherapeutische Behandlung der Patienten im katatonen Stupor	185
<i>Birgit Heuer</i>	
12.1 Wichtige Elemente der Behandlung im katatonen Stupor	186
12.2 »Ich war wie eingesperrt« – Ein Behandlungsverlauf	190
Literatur	195
Weiterführende Literatur anlässlich der Neuauflage	197
Weitere Informationen zu Sophie Krietsch	203

Geleitwort zur Neuauflage

Die Einladung der Herausgeberinnen, ein Geleitwort für diese Neuauflage zu schreiben, habe ich ohne Zögern gerne angenommen, da ich das Buch als einen signifikanten, historischen Meilenstein in der Geschichte der klinischen, körperorientierten Psychotherapie erachte. Die radikale Ausrichtung der Psychotherapie schizophrener erkrankter Menschen auf der Grundlage eines neuen, bewegungstherapeutisch-körperorientierten Ansatzes verleiht dem Buch einen besonderen Stellenwert, vergleichbar mit anderen Pionieren dieser Hinwendung zum subjektiv-ganzheitlichen Erleben der Patienten: z. B. Trudi Schoops wenig beachtetes Buches aus dem Jahr 1974 (... *komm und tanz mit mir!*) oder auch das schon 1954 publizierte Buch von Marguerite Sechehaye (*Eine Psychotherapie der Schizophrenen*), das erstmals – wenn auch unbeabsichtigt – eine Verbindung herstellte zwischen humanistischen und psychoanalytischen Zugangsweisen zum Verständnis der Schizophrenie und auch den Körperpsychotherapien als Behandlungsbaustein einer integrativen Therapie.

Zugleich hat das Buch auch 23 Jahre nach der 1. Auflage weiterhin eine besondere, aktuelle Relevanz, da in den letzten zehn Jahren wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Schizophrenie-Forschung neue Impulse für eine körperorientierte, störungsspezifische Psychotherapie geliefert haben. Der von Sophie Krietsch und Birgit Heuer mit zahlreichen Abbildungen illustrierte therapeutische Ansatz ist in vieler Sicht bereits ein Vorgriff und essenzieller Bestandteil des Interventionsspektrums, das mittlerweile in Körperpsychotherapie-Manualen in der Psychotherapie-Forschung zur Behandlung der Schizophrenie evaluiert und auch klinisch eingesetzt wird.

Ich möchte das Buch aber auch noch aus einem anderen Grund all denen empfehlen, die sich in ihrer klinischen Arbeit mit schizophrenen Kranken beschäftigen: In einer Zeit, in der das subjektive Erleben des individuell psychisch kranken Menschen häufig einer Perspektive zum Opfer fällt, die psychische Erkrankung in

neurowissenschaftlichen Kategorien und hirnpfysiologischen Funktionsstörungen verortet, nehmen Krietsch und Heuer den Leser sprichwörtlich an die Hand, um gemeinsam »Schritte zur Ganzheit« zu gehen, sich mit dem schizophren kranken Menschen in eine interaktive therapeutische Beziehung zu begeben.

Krietsch und Heuer haben in ihrem 1997 erstmalig erschienen Buch das reiche klinische Erfahrungswissen ihrer über 40-jährigen Arbeit mit Psychose-Kranken systematisch im Sinne einer nachhaltigen Beziehungs-Arbeit dargestellt. Unter Bezugnahme auf die von Christian Scharfetter empirisch begründeten Theorie der Schizophrenie als einer fundamentalen Störung des Ich-Bewusstseins (oder auch Selbst-Störung) und den therapeutisch-methodischen Ansätzen der Funktionellen Entspannung und der Konzentrativen Bewegungstherapie definierten sie damit, in weiser Voraussicht auf die wissenschaftlichen Entwicklungen der letzten 20 Jahren, ihren theoretischen Bezugsrahmen. Zugleich widmen die Autorinnen das Buch gänzlich der praktisch-therapeutischen Arbeit, mit zahlreichen, konkreten Praxisbeispielen. Dies ist auch heute weiterhin eine Fundgrube für die therapeutische Arbeit mit schizophren Kranken – nicht nur für ausgewiesene Körperpsychotherapeut*innen sondern auch für Verhaltenstherapeut*innen, Psychiater*innen, Physiotherapeut*innen, Krankenpfleger*innen und Ergotherapeut*innen, die sich bemühen, Zugang zu finden zu den besonderen Erlebniswelten und Schwierigkeiten schizophrener Menschen.

Im Sinne der Einbettung des Praxisbuchs und um die aktuelle Relevanz zu verdeutlichen, möchte ich zwei Themen besonders herausstellen, um die Inhalte des Buches den Leser*innen im Jahr 2022 nahezubringen. Zum einen die Konzeption der Schizophrenie als die schwerste Form einer Selbst-Störung, woraus sich ein phänomenologisch wurzelndes und neuropsychologisch begründetes Modell herleitet. Zum anderen die Entwicklung der Körperpsychotherapie in Theorie und Praxis hin zu einer störungsspezifischen klinischen Intervention, hier am Beispiel der Psychosenbehandlung.

Die Schizophrenie als schwerste Form einer Selbst-Störung

Die phänomenologische Theorie und Forschung beschreibt Prozesse in einer sich entwickelnden schizophrenen Psychose als eine Neuorganisation von Bewusstsein und Verhalten, im Sinne einer Reaktion auf tiefere Störungen des Selbst (Sass & Parnas 2003, Stanghellini et al. 2013). Der Aspekt des impliziten, vor-reflektiven, basalen und formativen Selbst (sog. Ipseität/Meinhaftigkeit, d. h. die Fähigkeit, sich mit sich selbst identisch zu erleben) wird als Voraussetzung einer je-

den Selbsterfahrung erachtet und als tief im perzeptiven Körpererleben verwurzelt beschrieben (Fuchs 2012). Schizophren erkrankte Menschen leiden unter einer Störung dieses grundlegenden oder minimalen Selbsterlebens, d.h. die normal gegebene Qualität der Selbst-Erfahrung aus der Perspektive der ersten Person (Ipseität) ist beeinträchtigt (Fuchs & Röhricht 2017). Das Kerngefühl, als Subjekt der eigenen Erfahrung zu existieren und Urheber und ausführendes Organ der eigenen Handlungen zu sein, geht zunehmend verloren. Sass et al. (2018) definierten auf dieser Grundlage ein neues, »biophenosoziales« Modell der Schizophrenie, in dem auch die zentralen psychopathologischen (Positiv-/Negativsymptome, kognitive Symptome) und neurowissenschaftlichen Faktoren (zentralnervöses Integrationsdefizit) der Erkrankung mitberücksichtigt sind.

Es wird argumentiert, dass der subjektiv erlebte und gelebte Körper (Leib) die implizite Selbst-Erfahrung ursächlich hervorbringt (primitivster Aspekt des Selbstbewusstseins; Nelson et al. 2012). Diese verkörperte Form des Selbstbewusstseins (»Embodiment«) wird als Voraussetzung angesehen für die erfahrbare Unterscheidung zwischen Selbst und Nicht-Selbst (Parnas et al. 2005, Stanghellini 2004, 2009, Stanghellini et al. 2014). Die als Schizophrenie bezeichnete Erkrankung manifestiert sich durch die Unfähigkeit, eine Vielfalt sensorischer Eingaben in eine kohärente Zeit-Raum-Struktur der Selbst-Erfahrung zu integrieren. Es entwickelt sich eine Dissoziation zwischen Selbst-Beobachten und -Erleben und eine Aufmerksamkeitsverschiebung: »Das präreflexive, praktische Eintauchen des Selbst in die normalerweise durch den Körper vermittelte Welt wird beeinträchtigt oder geht verloren« (Fuchs & Röhricht, S. 128; übersetzt aus dem Englischen). Die Patienten sind damit anfälliger für das Gefühl einer Überflutung mit teils bizarr anmutenden, verzerrten körperlichen Wahrnehmungen (sog. »Coenästhesien«; Jenkins & Röhricht 2007) und erleben dissoziative Phänomene (»Disembodiment«), d.h. sie ziehen sich unbewusst vor einer Reizüberflutung durch die als bedrohlich erlebten körperlichen Wahrnehmungen zurück. In einer kürzlich erschienen Publikation beschreiben Röhricht et al. (2020) Ergebnisse einer Längsschnittstudie bei Patient*innen mit einer Erstmanifestation psychotischer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Studienergebnisse sind aufgrund der kleinen Fallzahl als vorläufig zu betrachten, bestätigen jedoch empirisch die theoretischen Annahmen und Ergebnisse früherer Studien (Priebe & Röhricht 2001) und die Konzeptualisierung der Schizophrenie als Störung des verkörperten Selbst: Es zeigte sich, dass Selbst-Störungen und Störungen des Körpererlebens miteinander assoziiert waren. Die Studie bestätigte des Weiteren die Annahmen eines Kontinuums von Störungen des basalen Selbst mit einem Spektrum von prodromalen bis hin zu psychotischen Symptomen. Das

Erleben der Patienten einer sich körperlich manifestierenden Auflösung des Ich-Gefühls ging einher mit körperlichen Beeinträchtigungs-Empfindungen, einer Schwächung der Interkorporalität (Zwischenleiblichkeit) und damit auch des sozialen Engagements sowie der sozialen Einbindung.

In früheren phänomenologischen Studien zum Körperleben in der Schizophrenie beschrieben Patient*innen das Gefühl, ihren Körper oder seine Teile als bloße Dinge und nicht als lebendige Anteile des eigenen Körpers zu erfahren. Die Patient*innen erleben dabei den eigenen Körper als leblos und/oder durch irgendeine Art Mechanismus ersetzt. Stanghellini et al. (2014) identifizierten diese Erfahrungen von Dinglichkeit bzw. Mechanisierung als potenzielle Prädiktoren einer Schizophrenie, d. h. als spezifische »Phänotypen«, die schon in den sogenannten Prodromal-Stadien der Schizophrenie in Erscheinung treten. Sie schlugen vor, dass dieser Faktor zu einer Differenzialdiagnose in der Abgrenzung zu somatoformen Beschwerden beitragen könnte. Insbesondere zwei Faktoren werden dabei herausgestellt: Empfindungen fortschreitender Entkörperlichung (somatopsychische Depersonalisierung, Objektivierung, Dinglichkeit) und die beeinträchtigte Fähigkeit, ein normales Muster somatosensorischer Wahrnehmungen zu erkennen. In ähnlicher Weise skizzieren Fuchs & Röhrich (2017) den Krankheitsprozess des »Disembodiment« in der beginnenden Schizophrenie: »neue, eigenwillige Besonderheiten können entstehen, d. h. Ausdrucksqualitäten der Umwelt, seltsame Merkmale von Personen und Gesichtern, überbedeutende Objekte, die sich vom Hintergrund abheben, oder Körperempfindungen, die sich zu abnormalen Wahrnehmungen entwickeln« (S. 132; übersetzt aus dem Englischen). Blankenburg (1971) hat diesen Zustand aus einer phänomenologischen Perspektive als Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit bezeichnet.

Auch hinsichtlich des zweiten theoretischen Bezugsrahmens, den Heuer und Krietsch 1997 für ihre praktische Arbeit heraus stellten (Winnicott 1994) sind neuere Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie hier zu erwähnen: Basale Erfahrungen eines verkörperten Selbst bilden sich bereits vor der Geburt in Interaktion zwischen dem Fötus und seiner frühesten Umwelt, dem Mutterleib, aus, worauf etliche, auch aktuelle Publikationen hinweisen (z. B. v. Arnim 1994, Janus 2013, Grunwald 2017, Entringer 2015). Entsprechend neuerer Untersuchungen, z. B. zur »fetalen Programmierung«, können ungenügende vorgeburtliche Entwicklungsbedingungen sowie prae- und perinatale zwischenleibliche Erfahrungen im multifaktoriellen Geschehen der Psycho-Entwicklung miterfasst werden.

Eine Ausdifferenzierung eines sozial vermittelten Selbstgefühls wird in den frühen Interaktionen mit den primären Bezugspersonen entwickelt. Neugeborene sind bereits in der Lage, die Mimik anderer nachzuahmen, das heißt, sie erleben

den Körper des anderen in reziproker Wechselwirkung mit dem eigenen Leib. Dies ermöglicht eine körperliche Resonanz zur frühen Beziehungserfahrung mit anderen, insbesondere der Mutter, die sich dann im Sinne gemeinsamer affektiver Zustände und der emotionalen Abstimmung entwickelt. Das Kind erwirbt auf diese Weise ein implizites Wissen darüber, wie man mit anderen interagiert. Diese Prozesse gestatten es, Freude zu teilen, die Aufmerksamkeit des anderen zu erregen bzw. Überstimulation zu vermeiden. Das interkorporale Erleben und das Selbst-Bewusstsein sind eng miteinander verbunden und konstituieren eine zusätzliche soziale Dimension des basalen Selbst. Diese frühen Entwicklungsphasen sind in hohem Masse störungsanfällig; in der Literatur werden verschiedene externe Risikofaktoren für die schizophrene Erkrankung benannt, z. B. Ereignisse in der Schwangerschaft, Kindesmissbrauch, Migration, Leben in der Stadt, traumatische Lebensereignisse und Cannabiskonsum (Murray et al. 2020).

Eine Vielzahl von Befunden aus der neuropsychologischen Forschung untermauern diese Erkenntnisse, dies kann an dieser Stelle und im Rahmen eines Geleitwortes nicht ausführlich dargestellt werden. Um ein Beispiel zu nennen, möchte ich auf die Forschung zur nonverbalen Kommunikation bei schizophrenen Patienten der Arbeitsgruppe von Sebastian Walter in Bern verweisen: Eine kürzlich publizierte Studie (Wüthrich et al. 2020) verweist auf erhebliche Defizite im gestischen Ausdrucksverhalten der Patienten, diese waren assoziiert mit anderen Kernsymptomen der Erkrankung und wurden als wichtiger Faktor für die Probleme der sozialen Integration identifiziert. Ein anderes Beispiel ist die Forschung zum Thema »agency« (Selbstwirksamkeit). In Studien wurde gezeigt, dass efferente motorische Signale (selbst-initiierte Bewegung) und afferente sensorische Rückmeldungen (sensomotorische Integration) notwendig sind, um ein integriertes Körpererleben zu erzeugen. Korrekt attribuierte Körper- und Bewegungserfahrungen gelten dementsprechend als wesentliche Voraussetzungen für die Entstehung einer integrierten Selbstwahrnehmung und eines basalen Gefühls von Identität und Selbstabgrenzung (Voss et al. 2006, 2017, Grunwald 2017).

Zusammenfassend lassen sich diese Erkenntnisse aus der Perspektive der funktionellen Psychopathologie für die Schizophrenie wie folgt beschreiben:

1. Eine Schwächung des grundlegenden, vorreflexiven Selbstgefühls, wurzelnd in einer Störung der impliziten Körperfunktion in den Dimensionen von Wahrnehmung und Emotion d.h. eine Verringerung des eigenleiblichen Spürens und insofern des »In-der-Welt-Seins« manifestiert sich als verzerrte Körperbinnen-Erfahrung (Coenästhesien).
2. Daraus resultieren Störungen der Zwischenleiblichkeit (Beziehungen mit anderen), Beeinträchtigungen der nonverbalen Kommunikation und der

Realitätsprüfung (Positivsymptomatik mit Wahnsymptomen und Störungen der exterozeptiven Wahrnehmung).

3. Ebenso resultieren daraus Isolierungen vom erweiterten sozialen Umfeld (Negativsymptome wie emotionaler und sozialer Rückzug), denn die Beeinträchtigung von Kernaspekten des Selbstbewusstseins führt zu Zuständen existenzieller Angst, einer ›Zentralisierung‹ des Körperschemas auf bestimmte Körperzonen wie Kopf und Rumpf und einem Rückzug auf »insuläre« Kernaspekte des Selbsterlebens.

Die körperorientierte Psychotherapie (KOPT) schizophrener Erkrankung

Vor diesem Hintergrund ist die körperorientierte Psychotherapie bei schizophrener Erkrankung indiziert und bereits als eine störungsspezifische Therapie konzipiert und evaluiert worden (Röhrich & Priebe 2006; Röhrich et al. 2009, 2011, Priebe et al. 2016, Martin et al. 2016).

So wie auch bei Krietsch und Heuer zugrunde gelegt, stellt dieses Vorgehen die Befunde einer Dissoziation von der eigenen Körperlichkeit und der Beziehungslosigkeit als davon bestimmter Grundstörung in den zentralen Fokus der Psychotherapie.

Während die medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika häufig gute Effekte auf Positivsymptome hat, sind Selbst-Störungen kaum durch Medikation beeinflussbar. Hingegen gelten körperorientierte Verfahren als vielversprechende Methode zur Behandlung der basalen Selbststörungen bzw. des Disembodiment (Röhrich et al. 2009, 2011). Kontrollierte Studien verweisen auf eine signifikante Effektivität körperorientierter Psychotherapie zur Behandlung des gestörten expressiven Ausdrucksverhaltens (Priebe et al. 2016) und anderer Aspekte der Negativsymptomatik (Röhrich & Priebe 2006, Martin et al. 2016, Savill et al. 2017).

Die manualisierte KOPT zielt speziell auf die beschriebenen grundlegenden Störungen des basalen körperbezogenen Verlustes der »Meinhaftigkeit« (Ipseität) und die sekundären Konsequenzen der Entkörperlichung auf das Beziehungsmuster ab. Die KOPT der Schizophrenie fördert eine Ich-Konsolidierung im Sinne einer Verankerung des Selbsterlebens im Körpererleben und dient im Weiteren dann auf dieser Grundlage der Förderung der sozialen Interaktion. Aufgrund der nicht-kognitiven Natur negativer Symptome (emotionaler Rückzug, affektives Abstumpfen, motorische Verzögerung) eignen sich bei den körperori-

entierten Interventionen besonders die sensorischen Wahrnehmungstechniken und emotional motivierte Bewegungsanreize, die auf die Integration im Erleben abzielen.

Ziel der Therapie ist es (Röhrich 2000, 2009):

1. eine grundlegende, kohärente und verkörperte Selbst-Struktur anzubahnen/zu rekonstruieren, eine Stärkung der körperbezogenen Selbstreferenz («Meinhaftigkeit»), als Voraussetzung für eine sichere soziale Interaktion sowie eine verbesserte Realitätsprüfung zu erreichen,
2. eine Verbesserung des Körpergrenz-Bewusstseins und der Selbstabgrenzung im Erleben und Handeln zu bewirken, dies als Voraussetzung für die soziale Interaktion,
3. Patient*innen dabei zu helfen, eine breitere Varianz von emotionalen Reaktionsweisen und Ausdrucksmöglichkeiten zu erkunden, das Repertoire des Kommunikationsverhalten auf der Grundlage des zuvor erarbeiteten sicheren Standes in der Welt («Grounding») zu erweitern, um emotionalen Rückzug zu reduzieren und eine Verbesserung der prosozialen Fähigkeiten und der affektiven Modulationen aufzubauen.

Das Konzept des verkörperten Selbst erlaubt, die vielfältigen und oft heterogenen Symptome und Erfahrungen schizophrener Patienten aus einer integrativen Sichtweise zu verstehen. Es dient als Paradigma für eine Psychopathologie, die berücksichtigt, wie die Beziehungen zwischen der Person und der Welt durch den gelebten Körper (Leib) auf allen Ebenen vermittelt werden.

Störungen des neuronalen Systems sind in diesem Modell aufgrund einer fehlerhaften neuronalen Reifung bei der Entstehung der grundlegenden Symptome relevant. Aber diese Fehlfunktionen wirken nur als einer der Faktoren, die zur Beeinträchtigung der Umsetzung einer kohärenten Selbst-Erfahrung in Wechselwirkung mit der Umwelt zum Tragen kommen. Und die Frage der Entwicklung von Störungen des neuronalen Systems ist keine von den frühen Erfahrungen unabhängige. Die schizophrene Erkrankung ist also nicht nur eine Hirnstörung, sondern ein sich auf mehrere Bereiche beziehendes Phänomen, d. h. eine Störung im Leib- und Selbsterleben des Patienten, die sich in den belebten Raum hinein erstreckt und auf die Beziehungen zu anderen auswirkt. Diese enge Verflechtung des Körpererlebens mit den Beziehungsstrukturen (Haltung, Bewegung, emotionale Erfahrung, Selbstbewusstsein und Selbstbehauptung) wird in den Gruppentherapien gezielt angesprochen.

Krietsch und Heuer haben in ihrem Buch bereits eine Vielzahl von Interventionen vorgestellt die hier zum Einsatz kommen: die Arbeit mit (Übergangs-