

Interventionskonzepte

Was wirkt in Outdoor-Therapie Programmen?

Günter Amesberger & Brigitte Amesberger

1 Einführung

Der Begriff der Erlebnistherapie ist wenig ausdiskutiert und soll auch hier nicht grundlegend aufgearbeitet werden. Aber nicht zuletzt, weil diese Thematik im Rahmen des Kongresses angesprochen wurde, möchten wir gleich zu Beginn eine Unterscheidung einführen:

Neben vielen anderen Differenzierungen unterscheiden wir zwei Ansätze erlebnisorientierter Konzepte:

- 1) Erlebnistherapie als in sich *therapeutischer Prozeß*, der in der Regel auch in andere therapeutische Maßnahmen eingebettet ist.
- 2) Erlebnispädagogik als Erweiterungs- und Ergänzungsmaßnahme zu therapeutischen Maßnahmen. Dies bedeutet, daß im Rahmen der *erlebnispädagogischen* Maßnahmen keine therapeutischen „Interventionen“ oder therapeutische Vertiefungen des Prozesses vorgenommen werden. Im Rahmen der laufenden Therapie werden aber die gemachten Erlebnisse und Erfahrungen therapeutisch genutzt und bearbeitet.

Unser Beitrag bezieht sich verstärkt auf die erste Form und Arbeitsweise.

Eine zweite hilfreiche Unterscheidung ist zwischen therapeutischer Intervention und therapeutischem Setting einerseits (dies impliziert u.a. Qualifikation der TrainerIn, Setting, Indikation/Diagnose, Interventionsform, Therapievertrag, ...) und therapeutischer Wirkung andererseits zu sehen: Verschiedenste Lebenssituationen können (auch) therapeutisch wirksam sein, ohne daß diese in einem therapeutischen Setting stattfinden. Dies gilt natürlich insbesondere auch für erlebnisorientierte Aktivitäten die durchaus „spontane“ therapeutische Wirkung haben können. Davon abzugrenzen sind therapeutische Intentionen, die ihrerseits nicht immer therapeutisch wirksam werden müssen bzw. können.

1.1 Ziel des Beitrages

In diesem Beitrag versuchen wir, Wirkbezüge im Rahmen erlebnistherapeutischer Arbeit zu systematisieren und auch beispielhaft aufzuzeigen. Anhand eines Kreismodells werden Konsequenzen für die zu setzenden Interventionen abgeleitet. Damit sollen Rahmenbedingungen von Erlebnistherapie sowie Entscheidungsgrundlagen für Interventionen verdeutlicht und problematisiert werden. Mögliches und Kontraindikationen werden angedeutet.

1.2 Überblick

Zum Einstieg dienen zwei Beispiele anhand derer das Anliegen des Beitrages verdeutlicht wird.

In einem nächsten Schritt werden Rahmentheorien und Rahmenbedingungen als Ausgangsbedingungen für Interventionen skizziert, um dann kurz zu diskutieren, was wir

unter Intervention verstehen. Unterschiedliche Ebenen und Aspekte von Interventionen werden dargestellt, um abschließend ein allgemeines Interventionsmodell vorzustellen.

2 Zwei Beispiele zum Einstieg

2.1 Challenge und Kontakt zu sich selbst – zur therapeutischen Nutzung von High-events?

Versetzen Sie sich in ein erlebnistherapeutisches Selbsterfahrungsseminar. Es ist der vierte Tag und ein intensiver gruppenpsychologischer Prozeß ist im Gang. Eine der 16 TeilnehmerInnen kämpft mit massiven phobischen Ängsten. Sie ist in psychotherapeutischer Behandlung, die Teilnahme an dem Seminar ist mit dem Therapeuten abgesprochen.



Abbildung 1: Aufstieg auf den Pamper Pole

Eine Überlegung ist nun, in einem Zielfindungsprozeß den Pamper Pole einzusetzen. Die Aufgabenstellung soll die Aufmerksamkeit der TeilnehmerInnen vor allem darauf lenken, was sie möchten, was sie nicht möchten, mit welcher Energie sie ihr Ziel verfolgen und wie sie bei ihrem Thema bleiben können.

Ziel der Intervention: Anhand unseres Beispiels war es das Ziel, den Kontakt zur „Hier und Jetzt“ Situation zu halten und konkret damit die direkte Auseinandersetzung mit den eigenen Anteilen von Kraft, Aggression und eigenem Durchsetzungsvermögen (versus „Beißhemmung“) durchaus auch konfrontativ herauszufordern und nicht in die Angst „abzudriften“ – also in vergangene Unmöglichkeiten oder künftige Befürchtungen. Welche Form von Intervention ist in einer derartigen Situation hilfreich, wie muß diese nun gestaltet werden?

Die Aufgabenstellung: In einer derartigen Situation den Pamper Pole einzusetzen, ist eine überaus *massive* Intervention. Wir sollten uns im Rahmen eines therapeutischen Prozesses darüber im klaren sein, daß diese Übung thematisch stark besetzt ist: z.B. Vaterthemen werden verstärkt angeregt. Trotzdem es eine Einzelübung ist, werden Gruppenwerte und Normen sichtbar und können unter Umständen eine therapeutisch-thematische Arbeit beeinträchtigen.

Die Vorbereitung beinhaltet die Vorstellung der grundlegenden Aufgabenstellung und aller Sicherheitsmaßnahmen im Rahmen der Übung.

Einstimmung auf die Thematik (körperlich- emotional, gedanklich): Zumeist beginnen wir mit Körperübungen, die von der Aufmerksamkeit in die Gruppe ausgehen (Was ist hier für mich möglich? Wie kann ich mich einbringen? Wie kann ich mich abgrenzen? Wie komme ich hier zu Meinem?) über die Selbstzentrierung (Wie nehme ich mich wahr? Wie fühle ich mich jetzt? Wie bin ich jetzt hier?) zur Zielorientierung (Wie haben sich meine Themen im Rahmen des Seminars entwickelt? Was ist jetzt im Blick? Wo möchte ich hin?) führen.

Der thematische Fokus: Somit kommt es zum Zentrieren auf das, was im Moment im Mittelpunkt der Bearbeitung steht. Dies kann durch die/den TherapeutIn unterstützt und begleitet werden. Die therapeutische Aufgabe besteht dabei vor allem in der

Unterstützung der Selbstregulation und Selbstorganisation: Da Phobien u.a. auch als mißglückter, bzw. bereits im Keim erstickter Versuch verstanden werden können, in die Konfrontation mit einengenden Instanzen zu treten bzw. aggressive Impulse aufkommen zu lassen, ist es besonders wichtig, nicht über die/den im Outdoor-Setting ohnedies sehr mächtige/n TherapeutIn eine „bessere“ Abhängigkeit zu schaffen. Daher unterstützt die / der TherapeutIn die Fähigkeiten zur

- Abgrenzung (Was ist meines? – Was wollen andere von mir? – Was vermute ich, daß andere von mir wollen?)
- Selbstaufmerksamkeit (Wie fühle ich mich?)
- Intentionalität (Was will ich?)

Reichen die Kräfte der Person zu Selbstorganisation nicht aus, so ist diese Übung kontraindiziert und eine therapeutische Verfrühung.

Das Nicht-Zugetraute zu meistern ... Challenge und Therapie

Im therapeutischen Kontext ist die beliebte Aussage „Challenge by Choice“ in zweifacher Hinsicht zu hinterfragen:

1. Ist Challenge eine angemessene Interventionsrichtung für die vorliegende „Störung“¹ und warum?
2. Hat die Klientin/der Klient tatsächlich eine Wahlmöglichkeit. In diesem Zusammenhang ist sowohl das Beziehungsgeflecht KlientIn – TherapeutIn - andere TeilnehmerInnen als auch die Aufgabeninterpretation durch den/die KlientIn genau zu beachten. Es stellt sich die Frage, welche therapeutische Funktion diese Wahlmöglichkeit hat.
Ist es am Beispiel des Pamper Pole wichtig, daß die Klientin oder der Klient möglichst weit nach oben kommt? Anhand unseres Beispiels vermutlich nicht. Die Chance zur Erweiterung liegt in der Auseinandersetzung mit der persönlichen konkreten Thematik - die Aufgabe ist als Vehikel dieser Auseinandersetzung und nicht als Selbstzweck zu verstehen.

2.2 Das Spinnennetz - Nebenwirkungen einer Übung - zum Umgang mit Körperkontakt in der Therapie

Als zweites Beispiel soll hier die Übung „Spinnennetz“ dienen, um die Problematik „aufgabenbezogenen“ Körperkontakts zu thematisieren.



Abbildung 2: Das Spinnennetz

Das Ziel herausfordernder Aufgaben bindet die Aufmerksamkeit. Personen, die sich schwer tun, auf ihre Grenzen zu achten und durch einen laufenden therapeutischen Prozeß entsprechend sensibilisiert oder „dünnhäutig“ sind, können hier rasch in an

¹ Der Begriff „Störung“ soll hier nicht thematisiert werden, er kennzeichnet grundsätzlich den Leidensdruck einer Person, für sie relevante Handlungen nicht setzen zu können.

Mißbrauch erinnernde Zwangssituationen kommen. Daher sind im Zusammenhang mit Übungen mit Körperkontakt – welcher im therapeutischen Kontext grundsätzlich sehr vorsichtig und in der Regel spät einzusetzen ist – folgende Fragen hilfreich:

Wie wird Körperkontakt, Körperlichkeit thematisiert?

Werden in der Gruppe Körpergrenzen überschritten?

Wird (un)angenehmer Körperkontakt wahrgenommen?

Welche Interventionen sind zum Schutz und zur Erweiterung der Körperlichkeit möglich?

Was sind Kontraindikationen zur Übung?

3 Das Kreismodell – der Kontext zu Interventionen

Das Kreismodell soll grundlegende Bezüge von Interventionen verdeutlichen. Diese stehen im Kern des Modells. Anders ausgedrückt stellt sich die Frage: „Was sind die Grundlagen meiner Entscheidungen, wenn ich intervenieren möchte?“. Diese Frage ist natürlich an unser persönliches Handlungs- und Methodenrepertoire gebunden – siehe Feld E der Abbildung 3: Das Kreismodell der Intervention. Wir befinden uns in einem Kontext „bedeutsamer Komponenten“ (Feld D). Dabei handelt es sich um alle unmittelbar in der Situation wahrnehmbaren Bedingungen - zu denen wir selbstverständlich aus transaktionaler Sicht auch selbst gehören.

Diese Hier-und-Jetzt-Situation ist eingebunden in Rahmen- und Auftragsbedingungen (Feld C). Auf diese werden wir in diesem Referat nicht näher eingehen, weil dies den Umfang sprengen würde – dies soll aber keinesfalls die Bedeutsamkeit dieses Bereiches schmälern.

Unserer Analyse dieser Situation liegt stets eine subjektive Theorie zugrunde. Wir konstruieren die wahrgenommenen Teile zu einer für uns konkreten und faßbaren *Wirklichkeit*. Die Angemessenheit der im Feld B dargestellten pädagogischen und psychologischen Grundlagen, des philosophischen und theoretischen „Überbaues“ können wir aus unseren erzielten Wirkungen erahnen.

Aber daß „...Sachverhalte immer nur Sachverhalte für einen Beobachter sind und daß der Beobachter nicht sieht, was er nicht sieht“ (v. Förster 1996) wird erst deutlich, wenn man Beobachter zweiter Ordnung einführt, jedoch das Dilemma ist auch in der zweiten Ordnung nicht aufzuheben, denn grundlegend gilt, „... daß der Beobachter nicht sieht, daß er nicht sieht, was er nicht sieht.“ (v. Förster 1996) Wir befinden uns im Feld A, das uns die Grenzen nicht verdeutlichen kann – denn das wäre bereits eine verführerische Formulierung für die Bedeutung des nicht Faßbaren.

A. Was ich nicht mehr weiß!
Das Andere, Unbekannte – Nicht-
Gedachte, Nicht-Bewußte, ...

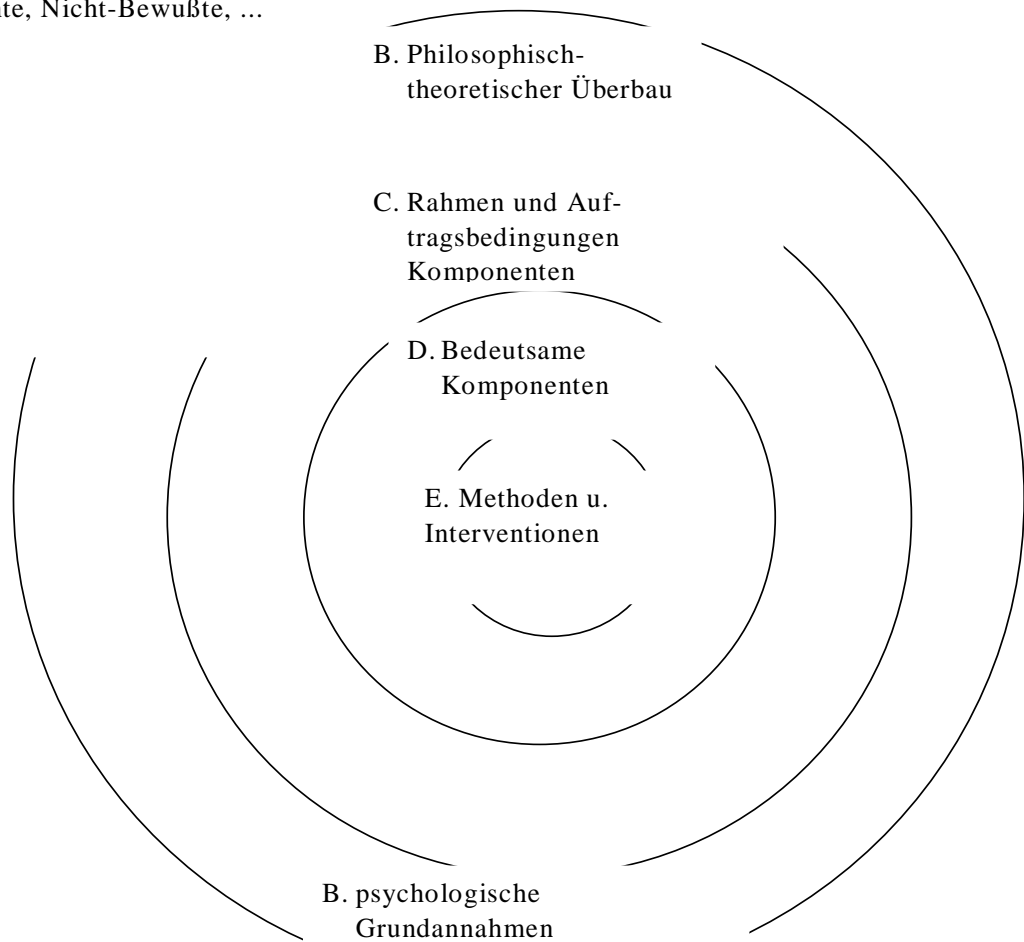


Abbildung 3: Das Kreismodell der Intervention.

Für unser Interventionsverständnis bedeutet dies, daß wir uns stets an den Wirkungen und Nebenwirkungen unserer Handlungen orientieren müssen, daß uns aber die Wahrheit grundsätzlich verschlossen bleibt, auch die Wahrheitsannäherung im Sinne von Popper (1973) ist hiermit grundlegend in Frage zu stellen. Dies ist im therapeutischen Kontext auch deshalb besonders betonenswert, weil sogenannte Wahrheiten oft gesellschaftspolitisch ausgehandelte gemeinsame Wirklichkeiten sind und genau diese unseren KlientInnen häufig zu schaffen machen. Auch über diesen Argumentationsstrang wird deutlich, daß therapeutisches Handeln auch immer politisches Handeln impliziert.

3.1 Wissenschaftstheoretische Grundlegung von Interventionen

3.1.1 Anthropologische Grundannahmen und Menschenbild

Was kennzeichnet das „Wesen“ und „Sein“ des Menschen und welche Konsequenzen hat diese Sichtweise für unsere Arbeit? Im therapeutischen Kontext interessieren hier besonders jene Grundannahmen, die auch unmittelbar mit „Störung“, „Krankheit“ und Heilung verbunden sind. Auch bilden unsere unterschiedlich bewußten Annahmen darüber, wie denn Menschen sind, eine zentrale Grundlage unserer Interventionen.

Wie wir weiter unten in der Integration unterschiedlicher Theorierichtungen noch skizzieren werden, ist der Mensch in sehr komplexer Weise angelegt. Wir sehen ihn als zielgerichtetes Wesen, das intentional auf Entwicklung angelegt ist, das grundlegend in soziale Bedingungen eingeflochten und damit nicht unabhängig von diesen zu betrachten ist.

Eine weitere wichtige Dimension ist das Leibverständnis im Menschenbild. Leib-sein gilt als existentielle Grunddimension des Menschseins (Petzold 1992). Leiblichkeit konstituiert auch das „zur Welt sein“ und das „in Beziehung treten zur äußeren Natur“.

Dennoch können neben den bewußten eine Reihe unbewußter Einflußfaktoren auf menschliches Handeln angenommen werden, die sich auf allen Ebenen der Person (körperlich, e-motional und kognitiv) spiegeln (siehe auch 3.2.4).

3.1.2 Erkenntnistheorie

Für angewandte Wissenschaften steht hier zusehends nicht mehr das naturwissenschaftliche Prinzip der Wahrheitsfindung im Mittelpunkt. Vielmehr gewinnen Aussagen zur Handlungsoptimierung immer mehr an Bedeutung. Es wird also nicht so sehr gefragt, ob eine Intervention richtig oder falsch ist, sondern welche Wirkungen und Nebenwirkungen diese erzielt.

3.1.3 Ethische Grundposition

Da erlebnistherapeutische Konzepte bei Personen aufgrund der zur Anwendung kommenden Methoden grundlegende Wirkungen zeigen können, ist ethische Verantwortlichkeit in diesem Konzept festzuschreiben.

Es stellt sich also nicht nur die Frage „Was ist mit einem erlebnistherapeutischen Konzept machbar?“ sondern auch, „Was ist im Rahmen eines erlebnistherapeutischen Konzeptes verantwortbar?“ In diesem Sinne hat die ethische Diskussion unter anderem folgende Punkte zu umfassen: das Menschenbild und damit die Wertschätzung des Klientel, die Professionalität und Kompetenz, die persönliche Integrität, die Bewußtheit über die Unterschiedlichkeit der Positionen und Funktionen von TherapeutIn und TeilnehmerIn (Abhängigkeitsverhältnis, sexuelle Abstinenz, etc.), die psychische, soziale und physische Sicherheit der TeilnehmerInnen, das Prinzip der Verschwiegenheit und vieles mehr. (Vgl. z.B. „Ethical Guidelines for the Therapeutic Adventure Professional“, AEE Therapeutic Adventure Professional Group TAPG).

3.1.4 Gesellschaftspolitische Orientierung

Psychotherapie im Allgemeinen und Erlebnistherapie im Besonderen stehen im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen und individuellen Ansprüchen. In einem Gesellschaftssystem, in dem abweichendes Verhalten (scheinbar) zunimmt, Therapie sich mit Sicherheit im Wachstum befindet, ist die scheinbar vordergründige Frage zu stellen, welche gesellschaftspolitische Position eingenommen wird. Etwas schwarz-weiß gemalt bedeutet dies: Wird die/der einzelne in seiner ihrer Abgrenzung gegenüber gesellschaftlichen Ansprüchen unterstützt oder die Gesellschaft in ihrem Anspruch, alle in ihr System zu integrieren. Nicht immer sind diese beiden Pole verträglich.

3.2 Psychologische Rahmentheorien

Die folgenden Ausführungen skizzieren uns bedeutsame Zugangsrichtungen, sind in der geforderten Kürze aber weder vollständig, noch miteinander stringent in Beziehung gesetzt.

3.2.1 Transaktionale Handlungstheorie

Handlungstheretische Ansätze beschreiben den funktionalen Zusammenhang von Person, Umwelt und Aufgabenstellung, die zu Handlungsabsichten führen, von inneren Vorgängen und äußeren Tätigkeiten, von Erleben und Verhalten. Der Mensch ist in diesem Verständnis seiner Umwelt nicht passiv ausgeliefert, sondern ist ihr aktiver Gestalter, er optimiert seine Umweltbezüge. Er setzt sich Ziele und verfügt zu deren Erreichen über hohe Selbstorganisationskräfte von der „ganz einfachen Bewegung“ die doch nie gleich abläuft bis hin zu seinen komplexen sozialen Verflechtungen. Dennoch können neben den bewußten eine Reihe unbewußter Einflußfaktoren auf menschliches Handeln angenommen werden, die sich auf allen Ebenen der Person (körperlich, e-motional und kognitiv) spiegeln. (vgl. Amesberger 1998) Damit tritt das „Wozu“ und damit die Intentionalität des Handelns (Ziel, Zweck und Sinn) in den Vordergrund, die Ergründung des „Warum“ wird zweitrangig (vgl. Nitsch 1986).

3.2.2 Sozialisations- und entwicklungstheoretische Grundannahmen:

Wir gehen mit dem transaktionalen Konzept der Persönlichkeitsentwicklung auf der Grundlage der handlungstheoretischen Perspektive davon aus, daß sich die Person durch Handeln entwickelt. Es lassen sich folgende Perspektiven präzisieren (vgl. Baur, 1989; Allmer, 1983; Nitsch, 1986): Handeln vermittelt zwischen dem Persönlichkeitssystem und dem Umweltsystem (Person - Umwelttransaktion). Das Persönlichkeitssystem ist in den lebenszeitlichen Entwicklungsprozeß eingebunden, das Umweltsystem in einen kulturhistorischen Entwicklungsprozeß. Im Handeln der Person treffen beide Aspekte in einem konkreten Zeitrahmen aufeinander, wodurch die wechselseitige Beeinflussung entsteht. Die Bewertung aus der Sicht der Person findet im Selbstkonzept ihren Ausdruck. Geht man nun näher auf den Aspekt der Entwicklung ein, so ist zunächst der Begriff zu präzisieren:

Entwicklung wird von uns als eine Sequenz aufeinander bezogener Veränderungen verstanden. Die bisherige Entwicklung wird entweder als sachlogische oder probabilistische (wahrscheinliche) Bedingung für den weiteren Entwicklungsverlauf aufgefaßt. Damit ist nicht gemeint, daß die Bedingungen des Individuums geordnet sein müssen, vielmehr 'strukturiert' sich das Individuum transaktional. Die sich so entwickelnde Struktur bewirkt, wie Umweltfaktoren in eigenes Handeln aufgenommen, verarbeitet und im Rahmen der Entwicklung weiter umgesetzt werden.

3.2.3 Das phänomenologische Prinzip

Phänomenologische Erkenntnis basiert auf Wahrnehmung und ist damit an leibliche, das heißt psycho-physische Funktionen gebunden. Phänomene sind nicht als Einzelreize begreifbar. Wir nehmen sie immer schon gegliedert und mit einem gewissen Sinn angereichert wahr. Sie werden somit „gestalthaft“ erfaßt und sind das, was unmittelbar und für die jeweilige Person unbezweifelbar zugänglich ist. Auf diese Weise erfassen wir verbale und nonverbale Lebensäußerungen der KlientInnen und von uns selbst. Wir können die Ordnung, die den Phänomenen inne wohnt erschließen und kommen zu den dahinterliegenden Strukturen, den in ihnen enthaltenen Zukunftsentwürfen und damit zu ihrem Sinn. Die Phänomenologische Methode ist ein bewußtes systematisches Vorgehen zur Durchdringung „einer“ Wirklichkeit. (vgl. Rahm u.a. 1993). In diesem Sinne bedarf es gegenüber der „klassischen“ Phänomenologie der konstruktivistischen Erweiterung:

3.2.4 Das systemisch-konstruktivistische Prinzip

Von einer systemisch-konstruktivistischen Betrachtungsweise aus werden nun selbstverständliche Erklärungsmuster und die Unveränderlichkeit (sozialer) Rahmenbedingungen des Mensch-Seins in Frage gestellt. Erkennen heißt nicht mehr Entdecken von Wahrheiten, sondern das Erfinden von Zusammenhängen und Tatsachen, die im jeweiligen Kontext passend und als sinnvoll erlebt werden. Übereinstimmungen unseres Denkens und unseres Tuns mit "Wahrheiten" und "Richtigkeiten" können nicht außerhalb von uns gefunden werden, „sondern nur in dem, was wir selbst machen“. (Reich 1996, 7)

Weiters wird von kausalen Annahmen abgerückt, der Mensch wird in ein zirkuläres, dynamisches Beziehungsgefüge gestellt. Nicht mehr Personen und ihr scheinbar unabhängiges Handeln stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern Systeme mit ihren jeweiligen Umwelten, Beziehungsmuster und Relationen. (vgl. Watzlawick/Krieg 1991, Willke 1996, Glasersfeld 1987)

3.2.5 Das psychoanalytische Prinzip

Für die Psychoanalyse zentral ist die Ansicht, daß ihr Heilverfahren durch die Ersetzung und Übersetzung des Unbewußten durch und in Bewußtes wirksam wird. (Freud 1972) Das Medium eines solchen Prozesses ist die Sprache, die Untergründiges und das Bewußtsein Beherrschendes dem Zugriff des bewußten Ich zuführen soll. Andererseits führt Lorenzer (1995) aus, daß das Es wie das Unbewußte insgesamt ein „sprachliches Jenseits“ bilden und alleine das Ich als „eine formgebende, symbolbildende Instanz gelten“ kann, womit jede Form der Verdrängung aber auch Wünsche und Phantasien als Formen der „Desymbolisierung“ zu begreifen sind. (Lorenzer 1995, 70ff.) Konsequenterweise führt er als adäquates Instrument der Psychoanalyse das „szenische Verstehen“ ein, das den Weg zum traumatischen Originalvorfall bahnen soll.

4 Intervention im erlebnistherapeutischen Kontext

Im folgenden Kapitel wollen wir uns mit bestimmten Interventionsformen im therapeutischen Prozeßverlauf beschäftigen. Die dabei vorgeschlagenen Strukturierungen sollen eine Hilfe im therapeutischen Entscheidungsprozeß darstellen. Was hier allerdings nicht geleistet werden kann, ist eine systematische Differenzierung der möglichen

Interventionen je nach klinischem Symptom. In diesem Zusammenhang soll aber auf die in diesem Bereich ständig wachsende Literatur im sport- und bewegungspsychotherapeutischen Bereich verwiesen werden. Aus unserer Sicht findet man hier wertvolle Bereicherungen und Erfahrungen für die erlebnistherapeutische Arbeit (vgl. im Überblick Rieder, Huber & Werle 1996; Rümmele 1990; Nitsch & Seiler 1994, Schlicht 1994 zu Adventure Therapy auch Gass, 1993).

4.1 Wie verstehen wir Intervention?

Gehen wir vom Begriff des „Dazwischentretens“ aus, so ist im Sinnen des Watzlawick'schen Axiom „Wir können nicht nicht kommunizieren“ jede TherapeutInnenäußerung eine Intervention. Dies wäre eine wenig hilfreiche Abgrenzung. Daher werden Intervention als bewußt gesetzte Maßnahme zur Steuerung des Prozesses verstanden.

Natürlich wirken auch die nicht bewußt gesetzten „Interventionen“ (z.B. Körperlichkeit, Kompetenz, eigene Bedeutsamkeiten, ...), womit deutlich wird, wie wichtig ein reflexives Interventionsverständnis einerseits und laufende Supervision andererseits sind.

Grundsätzlich wird unter Intervention ein theoriegeleitetes, indikationsbezogenes und absichtsvolles Verhalten von TrainerInnen verstanden, das auf Veränderungen von Systemen (Personen, Gruppen, Teams oder Organisationen) bezogen ist (vgl. Rechten 1995, Antons 1973, Nitsch 1993 u.a.).

Als weiteres Abgrenzungskriterium soll der Begriff der Manipulation eingeführt werden, der grob gesprochen verdeckte, heimliche „Interventionen“ beschreibt. Im Falle der Manipulation ist es dem/der Therapeuten/in wichtig, daß der Klient oder die Gruppe die Intention der „Intervention“ nicht erkennt. Der/die TherapeutIn übernimmt damit die „Entscheidung“ und „Verantwortung“ für die Ziele der TeilnehmerInnen (Funktionsvermischung).

4.2 Interventionsbereiche und Interventionsrichtungen

Es ist hier nicht möglich, eine durchgängig stringente Systematik von Trainerinterventionen zu erstellen, es werden Interventionen nach zeitlichem Verlauf, nach Systemebene, nach Aufgabenstellung, nach Interventionsform unterschieden.

4.2.1 Erstinformation (Ausschreibung, Vermittlung, ...)

Das Bild und die Erwartungshaltung gegenüber einer Therapie werden neben vielen persönlichen Vorannahmen und Einstellungen, wesentlich von der ersten Information geprägt, die die künftigen TeilnehmerInnen erhalten. In diesem Zusammenhang werden unseres Erachtens häufig die individuellen Konstruktionen darüber, was mit dieser Therapie wohl erreicht werden soll, unterschätzt. Dies gilt insbesondere für sehr „mächtige“ Interventionssysteme, als welche erlebnisorientierte Konzepte sicherlich häufig erlebt werden. Durch diese Informationen werden die für die Anfangssituation bedeutsamen Wirklichkeitskonstruktionen mitgestaltet:

- Welche Erwartungen dem/der Therapeuten/in gegenüber existieren? Wer ist die/der TherapeutIn für die einzelnen KlientInnen? usw.

- Welche Übertragungen bestehen im Bezug auf die Therapieform? Hier stellt sich die Frage, nach der Be-Deutung des Abenteuers, des besonderen Erlebnisses, des 'Draußen-Seins' und anderer Aspekte des erlebnistherapeutischen Settings.

4.2.2 Erstkontakt und Kontraktphase

Als nächster Interventionsbereich ist die bewußte Gestaltung des Erstkontaktes zu sehen. *Vereinbarungen*: Rahmen, Ziele, Verbindlichkeiten, ...

Vertragsfähigkeit und Vertragsbildung sind wesentliche Elemente einer Therapie. In der Stringenz und Explizitheit können auch Unterschiede zu pädagogischen Konzepten festgemacht werden. Typische Elemente eines Vertrages bilden:

- Regeln im Umgang miteinander: Verbindlichkeit von Vereinbarungen, Kommunikationsregeln, ...
- Sicherheitsregeln
- Klarlegung von Funktionen der TrainerInnen und TeilnehmerInnen.

Die aufgestellten Vereinbarungen dienen nicht als Sanktionsmaßnahme sondern als begleitende Unterscheidungsmöglichkeiten und Orientierungshilfen im Arbeitsprozeß.

Der Prozeßbezug von Interventionen:

- Prozeß einer einzelnen Person
- Prozeß der Gruppe: Hier können die unterschiedlichen Gruppenmodelle nützlich sein, der Fokus ist auf die Entwicklung der Gruppe gerichtet,)

4.2.3 Gruppenbezogene Interventionen

Innerhalb der Gruppe laufen Prozesse auf drei Ebenen ab:

1. Auf der interpersonellen Ebene: Arbeit mit Beziehungen und Beziehungsmustern, was dem einzelnen wiederum Basis für die Auseinandersetzung mit sich selbst, seinem Tun und Lassen im Gruppenkontext bietet
2. Der intrapersonellen Ebene: Arbeit mit den Erlebnissen der TeilnehmerInnen (Gruppe hat Sharing-Funktion)
3. Gruppenprozeßebene (siehe unten)

Der/die LeiterIn hat zu entscheiden, auf welcher Ebene die Intervention stattfindet: Er/Sie kann als TherapeutIn für den Einzelnen fungieren, als ModeratorIn interpersonaler Prozesse oder als BeraterIn in der Gruppe (systemischen Struktur).

Kriterien für die Entscheidung sind: In welcher Phase befindet sich die Gruppe? Welche Ziele wurden vereinbart (Auftrag)? Wie belastbar sind einzelne Personen bzw. die Gruppe? Welche Ressourcen hat die Gruppe und der / die TrainerIn?

Gruppenphasen: Ein Schema, das für das Verständnis erlebnisorientierter Gruppenprozesses besonders hilfreich sein kann, stammt von Schutz (1966). Er unterscheidet drei Kategorien von Bedürfnissen, die dazu tendieren in hierarchischer Reihenfolge aufzutreten:

1. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit. In dieser Phase stellen sich die Gruppenmitglieder zum Beispiel die Fragen: Wie soll ich mich darstellen? Kann ich hier so sein, wie ich bin,

um dazuzugehören? Was kann ich über mich selbst preisgeben? (vgl. Ronall & Feder 1983) Im Erlebnistherapiekonzepten gilt es in dieser Phase vor allem darauf zu achten, die Gruppenmitglieder nicht zu überfordern und das Arbeitstempo langsam genug zu halten, damit nicht Rückzug forciert wird.

Eine zweite Fragerichtung bezieht sich auf die anderen. Ist hier jemand, der mir ähnlich ist? Was werden die anderen von mir denken? Erlebnistherapeutische Konzepte sollten in dieser Phase beachten, nicht Tätigkeiten zu forcieren, die Kompetenzen einzelner stark hervorheben, gemeinsames Erleben, gemeinsames Planen und Tun für Aufgaben, die für möglichst alle annehmbar und herausfordernd sind - stehen im Vordergrund.

Weitere Fragen betreffen Leitung und Prozeß: Was werden wir machen? Wie werde ich behandelt und beurteilt? Welche Regeln gelten hier? Zusammenfassend geht es in dieser Phase darum, „... ein Klima des Vertrauens zu schaffen, das die Teilnehmer ermutigt, gewisse Risiken einzugehen und Verbindungen zu den inneren Erlebnissen der einzelnen, den Vorgängen zwischen den Gruppenmitgliedern und in der Gruppe als Ganzes herzustellen“. (Ronall & Feder 1983, 37) Hier sollte man beachten, daß in erlebnistherapeutischen Konzepten stets „Doppelforderungen“ (Therapie und Aktion, Erlebnis, ...) auf die TeilnehmerInnen zukommen. Zum Problem von Therapie in nicht geschützten Rahmen vgl. Amesberger 1994, 1996.

2. Das Bedürfnis nach Autonomie: In dieser Phase geht es um Einfluß und Unabhängigkeit, Autorität und Kontrolle. Aus den Verhaltensweisen der Teilnehmer und der Leitung werden Normen abgeleitet. Normen können als ungetestete Annahmen der Gruppenmitglieder verstanden werden, hinsichtlich dessen, was akzeptabel ist oder nicht. Normen können als sehr sensibles und teilweise sicher noch zu wenig hinterfragtes Thema im Outdoor-Bereich gesehen werden und verdienen daher besonders im therapeutischen Kontext Aufmerksamkeit im Hinblick auf deren lenkende/beeinflussende Funktion. Diese Normen gilt es daher als Leiter in der Gruppe anzusprechen, um eine bewußte Entscheidung für oder gegen bestimmte Normen möglich zu machen (dies ist ein Beispiel für die Abgrenzung zu Manipulation). Ein weiteres Thema dieser Phase ist der Umgang mit Konflikten und die Frage, auf welcher Ebene diese ausgetragen werden. Beispielsweise: Arbeitet der Therapeut im Konfliktfall mit dem regressiven Anteil des Themas (z.B. Vater) oder mit dem Autoritätskonflikt in der Gruppe. Eine Aufmerksamkeitsrichtung dieser Phase sind durch TeilnehmerInnen übernommene Aufgaben in der Gruppe: Es ist in einer Gruppe notwendig, daß Aufgaben übernommen werden, um den Erlebniszyklus des Gewährwerdens, Mobilisierung von Energie, Kontakt, Rückzug und Abschluß als Gruppe durchleben zu können. Von Gruppenmitgliedern übernommene Aufgaben spiegeln deren Rollen in der Gruppe. Es ist eine Funktion des/der Gruppenleiters/in hier aufmerksam zu machen, was von den jeweiligen TeilnehmerInnen übernommen wird, sowie Aufgabenstellungen auf einseitige Rollenmöglichkeiten zu hinterfragen.
3. Das Bedürfnis nach Anschluß und Zugehörigkeit. Die Durcharbeitung der mit Einfluß, Macht und Autorität verbundenen Konflikte, die die zweite Phase kennzeichnen und das Durchleben dieser Erfahrung geben den nötigen Rückhalt nun auf intra- und interpersoneller Ebene hohe Risiken einzugehen. Die Funktion des/der Leiters/in ist in dieser Phase eine beratende.

4.2.4 Naturbezogene Interventionen

Natur als analoges Lernfeld

Es ist davon auszugehen, daß eine Person ihr unmittelbares Beziehungsumfeld nach immer wieder ähnlichen Mustern konstruiert und für sich in ähnlicher Weise erlebt. Diese Muster können im analogen Lernfeld Natur aus unterschiedlicher Perspektive verdeutlicht werden. Welche Wirklichkeitskonstruktionen verwendet die Person? z.B. „Immer wenn ich in der Natur bin, regnet es – ich bin jemand, der es nicht verdient hat ...“. Welche Folgen hat dies für die weiteren Handlungsintentionen der Person? z.B. „Hier fühle ich mich nicht wohl, ...“ „Ich fühle mich bedroht und betrogen, ... ich will weg!“ oder „Das fordert mich heraus, ...“, „Ich bin das schon gewohnt, ich nehme halt Regenzeug mit.“ etc.

Kontaktarbeit

Darunter sind Interventionsformen zu verstehen, die über Kontakt zur (äußeren) Natur, den Kontakt zur Person (innere Natur) anregen. Atem- und Blickarbeit unterstützen neben sensitiven und taktilen Übungen (Siehe auch Workshop).

In der Integrativen Therapie (Petzold 1986) wird das Konzept des Kontakts differenziert nach Art, Intensität und Dauer. In diesem Bezug können insbesondere Kontakt und bewußte Kontaktgestaltung von Konfluenz, der Unfähigkeit Grenzen wahrzunehmen und Unterscheidungen zu setzen unterschieden werden.

Dialogarbeit

z.B. Einen Baum befragen. Die gegebenen Antworten spiegeln Wirklichkeitskonstruktionen der Person, die Rückschlüsse über ihre Beziehungsstruktur zulassen.

Identität und Identifikation

Natur kann als Gegenbild der inneren Natur erlebt und identitätsstiftend sein. Bei Mangel an Identität kann aber auch ein wenig hilfreicher Identifikationsprozeß mit der Natur stattfinden („Die Natur tut mir gut“ – Fixierung, Abgabe von Kontrolle im Sinne der Theorie der Kontrollüberzeugung). Therapeutisch kann „Natur“ auch als „Identifikationsbrücke“ genutzt werden.

Natur als „intensivierende“ Umgebung

Neben den spezifischen Interventionsformen kann Natur auch als Verstärker oder Katalysator laufender therapeutischer Prozesse verstanden werden. Deren Ursachen vielschichtig interpretiert werden können (Wirkung der Farben, Formen, Geräusche, Düfte, ... , der positiven und negativen Kindheitserinnerungen, ...)

4.2.5 Körperbezogene Interventionen

Hier lassen sich grundlegend folgende Interventionsrichtungen unterscheiden:

- Körperwahrnehmung: Lenken der Aufmerksamkeit nach innen, im Rahmen unterschiedlichster Übungen des Gehens, Springens, Staunens, ...
- Fokussierung und / oder Verstärkung von Haltungen und / oder Bewegungen

- Körperübungen: die Veränderungsmöglichkeiten in der Wiederholung steht im Vordergrund, das Andere im Gleichen finden, Entlastung durch Bekanntes, Spielraum für Exploration
- Körperbezogene Aufgabenstellungen sind thematisch und beziehungsmäßig akzentuiert (z.B. Themen wie „Fallen und fallen lassen“, „Halten und gehalten werden“, „Druck und Gegendruck“ können körperlich intensivst durchlebt und in bekannte erlebnisorientierte Übungen integriert werden. Der Fokus liegt hier auf der Hinführung zu einer bestimmten Aufgabenstellung, die ihren Platz alleine durch den bisherigen Verlauf, dem Ziel, der momentanen Situation und der anderen, oben schon erwähnten Rahmenbedingungen erhält (Kompetenz der Trainer, Umweltbedingungen usw.) steht.
- Körperliche Interaktion: Die Arbeit mit Körperkontakt gehört zu den behutsamst einzuführenden Interventionstechniken (vgl. auch Kap. 2.2)
- Arbeit an und mit Charakterstrukturen (vgl. Lowen 1988, Dietrich 1990)

Richtungen der Körperintervention (vgl. Geißler 1997)

- Bewegung und Berührung als grundlegend neue Erfahrung
- Wahrnehmung von Grenzen
- Körperintervention als Katalysator.
- Aktivierung der Innenwelt
- Aktivierung und Intensivierung der Übertragung, der Regression und Katharsis
- Verhinderung von Fragmentierung durch körperliches Containing

Zur Arbeit lassen sich die verschiedenen Grundformen der Bewegung wie: Gehen - Laufen - Ruhen, Klettern - Springen - Fallen, Schwimmen - bewegen im Wasser, Tanzen, ... in vielfältigster Weise nutzen, dies mit und ohne Hilfsmittel sowie mit und ohne andere Personen. Zur Entscheidung ist wieder besonders auf die Beziehungsintentionen zu achten.

Dazu kommt die (auch metaphorische) übersetzen innerer Bewegung in äußere Bewegung und äußerer Bewegung in innere Bewegtheit.

Grundregeln für körperbezogene Interventionen in Gruppen – beispielhaft (vgl. auch Geißler, 1994)

Das Körpererleben in der Sphäre des Spürens halten - nicht mit Denken, Phantasie und Vorstellung verwechseln und vermischen.

Die Differenzierung im Körpererleben fungiert wie eine Richtschnur, auf die man in schwierigen Situationen wieder zurückgreifen kann.

Mit Deutungen ist sorgsam umzugehen, Selbstbeschränkung des Therapeuten ist wichtig. Offenheit für Art und Weise wie Klienten reagieren insbesondere, wenn die Reaktion nicht mit unserer Erwartungshaltung übereinstimmt.

Bei den verschiedenen Spüraufgaben ist viel Zeit zu geben.

Körperliche Symptome sollte man lassen und sie nicht zum Schweigen bringen.

Tröstungen greifen in der Regel zu kurz.

(Körperliche) Berührung setzt i.d.R. gelungene Beziehungsarbeit voraus - im anderen Fall stellt sie eine massive Intervention dar.

Anregungen aus anderen Kulturen sind auf die Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings zu beziehen.

5 Elemente der Intervention im Überblick

Verstehen wir den Menschen als Bio-psycho-soziale Einheit (Uexkuell 1990), wird es möglich, Schwierigkeiten der Person auf unterschiedlichen Ebenen zu beobachten. Insbesondere können auch Wechselwirkungen zwischen einzelnen Problemmustern erkannt werden (Was macht der Person Schwierigkeiten, was anderen Personen, ...?) Somit kann der erste Fokus der Intervention entschieden werden, wobei wir uns aber immer bewußt sein sollten, daß Veränderungen auch auf die anderen Ebenen Auswirkungen haben (sollten/müßten). Beispielsweise stellt sich die Frage, ob sich eine vom/von der Teilnehmer/in erlebte Veränderung (Verbesserung) der Kontaktfähigkeit zur Natur in einer verbesserten sozialen Kontaktfähigkeit, der Übernahme andere Funktionen und Rollen oder im gesundheitlichen Status auswirkt. Häufig ist es bekanntlich auch wichtig, nicht mit personbezogenen Interventionen zu beginnen, besonders im Outdoor-Bereich haben wir viele Gestaltungsmöglichkeiten der Umweltbedingungen als mögliche Erstintervention. Systemische Wirk- und Arbeitsweisen sind hier gefordert.

Die folgende Abbildung 4 gibt einen vereinfachten Überblick über den Gesamtprozeß der Intervention. Im zweiten Schritt werden Aufmerksamkeitsrichtungen der/des Therapeuten/in und die groben Therapieschritte aus Klientensicht skizziert (Abbildung 5). In der elliptisch eingefassten Ebene werden kritische Phasen im Prozeß markiert, die häufig für Ge- und Mißlingen mit entscheidend sind.

Damit soll verdeutlicht werden, daß unser Fokus stets die Interventionsrichtung leitet.

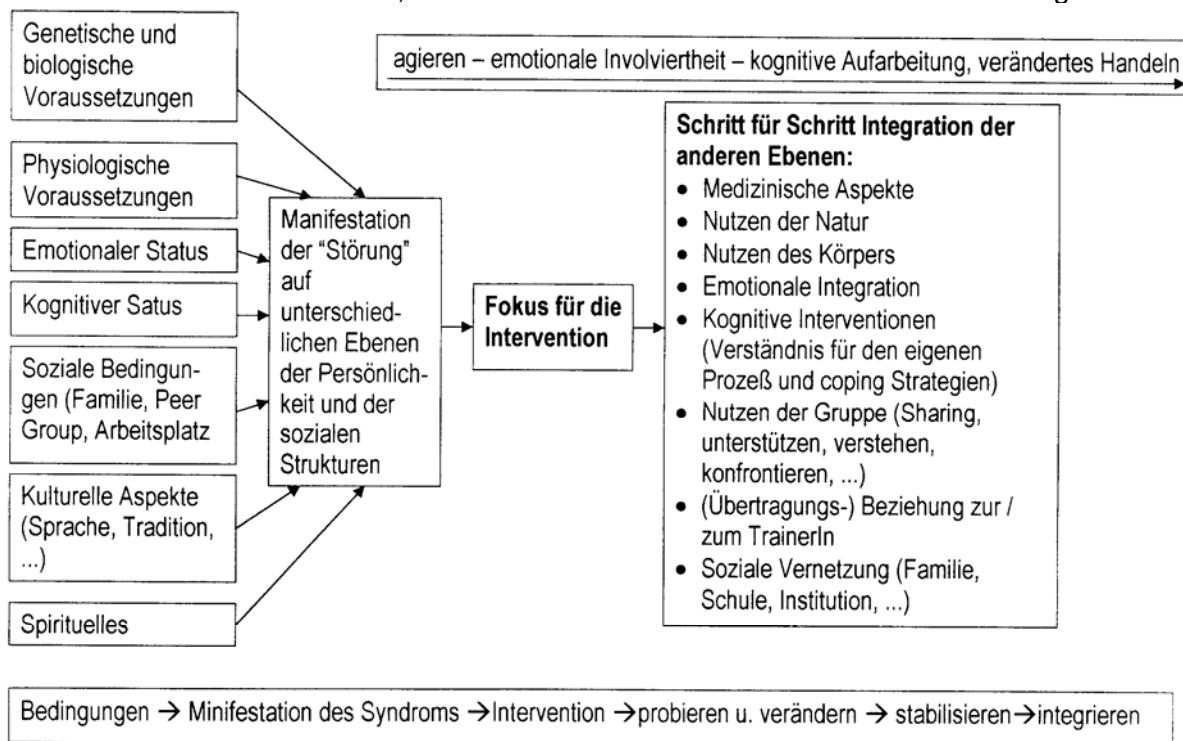
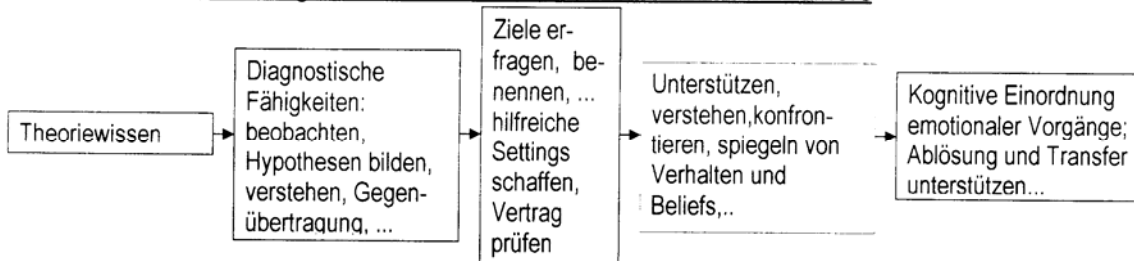


Abbildung des „Gesamtprozesses“

Abbildung 4: Der "Gesamtprozeß"

Aufmerksamkeitsrichtungen der Outdoor-Trainerin /des Outdoor-Trainers



Die (therapeutischen) Entwicklungsphasen des Teilnehmers/ der Teilnehmerin

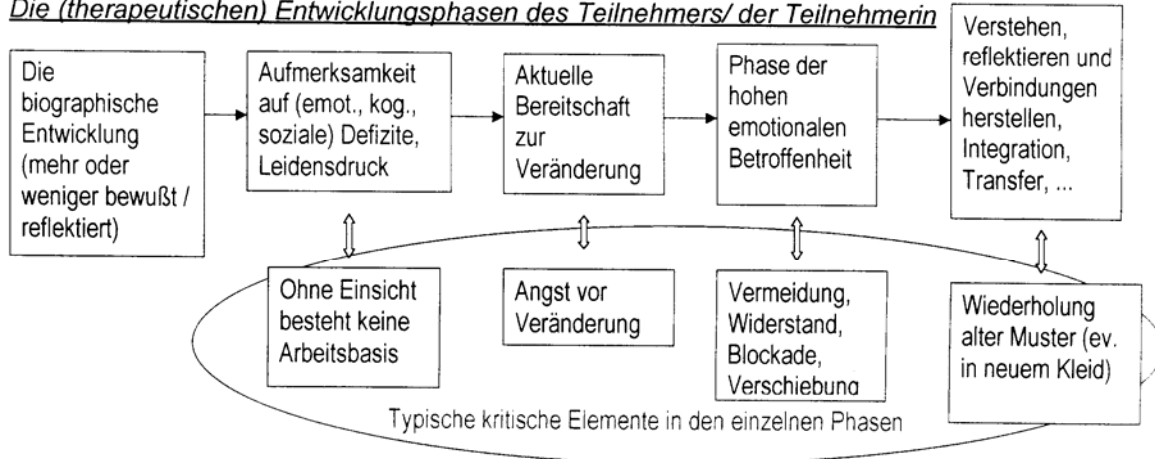


Abbildung 5: Aufmerksamkeitsrichtungen aus TrainerInnen- und TeilnehmerInnenansicht.

6 Zum Abschluß: Integration und Fokus

Erlebnisorientierte Aktivitäten finden an vielfältigen Schnittstellen statt. Integration ist daher ein zentrales Anliegen und - wie wir meinen – auch eine grundlegende Stärke dieses Ansatzes:

Ein integratives Verständnis ist Voraussetzung, um klare und realistische Auftragsbedingungen herstellen und einfordern zu können. Es kann die diagnostische Eingrenzung des Zielfeldes unterstützen (Indikation und Kontraindikation) und Interventionssicherheit bieten.

Es geht um

- Integration von In- und Outdoor-Tätigkeit
- Integration von Aktion und Reflexion
- Integration von Körper, Emotion, Kognition und deren sozialer Bedingtheit
- Integration von vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen (Setting) bezogen auf die Wirkung im „Hier und Jetzt“.
- Integration von Kompetenzen bei abgegrenztem Funktionsverständnis
- Integration von unterschiedlichen psychologischen und psychotherapeutischen Zugangsweisen im Sinne von Synopsen und Synergien.

Integration in diesem Sinne ist nicht als beliebige Ganzheitlichkeit zu verstehen, sondern als strukturelle Voraussetzung für situations- und aufgabenangemessenes Intervenieren.

Das **Ziel von Integration** ist das vielfältige Richten von Aufmerksamkeit nach reflektierten und transparenten Kriterien unter Nutzung der Methodenvielfalt zur Schärfung des Fokus.

Epilog

Die Grenzen des Machbaren und insbesondere der Respekt vor den Selbstorganisationskräften der Klienten sollte uns stets deutlich sein.

Wenn wir einen Baum am Stamm anschupsen, können wir nicht vorhersagen, welche Bewegungen die Blätter vollziehen werden.

7 Literatur

- Allmer, H. (1983). Entwicklungspsychologische Grundlagen des Sports. Köln: bps.
- Amesberger, G. (1994). *Persönlichkeitsentwicklung durch Outdoor-Aktivitäten?* Frankfurt: Afra Verlag.
- Amesberger, G. (1996). Konzeptuelle Überlegungen zur psychotherapeutische Nutzung von Integrativen Outdoor-Aktivitäten. In: A. H. Kreszmeier & H. P. Hufenus. (1996). „Action & reflection“. Fachtagung Erlebnispädagogik.
- Baur, J. (1989). Körper- und Bewegungskarrieren. Dialektische Analysen zur Entwicklung von Körper und Bewegung im Kindes- und Jugendalter. Schorndorf: Hofmann.
- Dietrich, R. (1990). Analytische Bioenergetik. Bilder, Strukturen und Geschichten. Salzburg: Eigenverlag.
- Freud, S. (1972): Abriß der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Gass, M. (1993). Adventure Therapy: Therapeutic Applications of Adventure Programming. Kendall/Hunt Publishing Company.
- Geißler, P. (1994). Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Frankfurt: Peter Lang
- Geißler, P. (1997). Analytische Körperpsychotherapie. Bioenergetische und psychoanalytische Grundlagen. Wien: Facultas.
- Glaserfeld, Ernst von (1987). Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Arbeiten zum radikalen Konstruktivismus. Übers. v. W. Köck. Braunschweig-Wiesbaden: Vieweg,. (Wiss.-Theorie Wiss. und Philosophie; 24)
- Lorenzer, A. (1995). Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp, (stw; 31)
- Lowen, A. (1988). Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Nitsch, J. R. & Seiler, R. (Hrsg.). *Bewegung und Sport*. - Sankt Augustin 4. Gesundheitssport – Bewegungstherapie (Health sport - movement therapy). Sankt Augustin: Academia Verlag. 29-40.
- Nitsch, J.R. (1993) Sportpsychologie und Praxis des Sports. In: Gabler, H.; Nitsch J.R.; Singer, R.: Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder. Schorndorf: Hofmann, S.188-270.
- Nitsch, Jürgen R.: Zur handlungstheoretischen Grundlegung der Sportpsychologie. In: Gabler, H.; Nitsch, J.R.; Singer, R.: Einführung in die Sportpsychologie. Schorndorf: Hofmann, 1986. S.188-270.

- Petzold, H. (1992). *Die neuen Körpertherapien*. Vom Autor überarb. Ausg. München: Dt. Taschenbuch-Verl.
- Popper, K.R. (1973). *Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf*. Hamburg: Hoffmann u. Campe.
- Rahm, D. u.a (1993). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Rechtien, W. (1995). *Angewandte Gruppendynamik. Ein Lehrbuch für Studierende und Praktiker*. 2. durchges. Aufl. – München: Quintessenz.
- Reich, K. (1996). *Systemisch-konstruktivistische Pädagogik. Einführung in Grundlagen einer interaktionistisch-konstruktivistischen Pädagogik*. Neuwied-Kriftel-Berlin: Luchterhand.
- Rieder, H.; Huber, G. und Werle, J. (1996). *Sport mit Sondergruppen. Ein Handbuch*. Schorndorf: Hofmann.
- Ronall, R. & Feder, B. (1983). *Gestaltgruppen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rümmele, E. (Hrsg.). *Spectrum der Bewegungspsychotherapie – ausgewählte Behandlungsbeispiele*. Frankfurt: Harri Deutsch.
- Schlicht, W. & Schwenkmezger, P. (1995). *Gesundheitsverhalten und Bewegung*. Schorndorf: Hofmann.
- Schlicht, W. (1994). *Sport und Primärprävention*. Gesundheitspsychologie Band 4. Göttingen: Hogrefe.
- Schutz, W. (1966). *The Interpersonal Underworld*. Palo Alto (Science & Behavior Books).
- Uexkuell, Th. (ed.). (1990). *Psychosomatische Medizin*. Muenchen: Urban & Schwarzenberg.
- Watzlawick, P. & Krieg, P. (Hg.): *Das Auge des Betrachters. Beiträge zum Konstruktivismus. Festschrift für H.v. Foerster*. München-Zürich: Piper, 1991.
- Willke, H. (1996 - 1998). *Systemtheorie I - III*. Stuttgart: UTB,. (UTB für Wissenschaft;)