

Martin J. Waibel
Cornelia Jakob-Krieger

Integrative Bewegungstherapie

Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis

Mit einem Geleitwort von Michael Hölzer

 **Schattauer**

Waibel ■ Jakob-Krieger

Integrative Bewegungstherapie

This page intentionally left blank

Integrative Bewegungstherapie

Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis

Herausgegeben von

Martin J. Waibel
Cornelia Jakob-Krieger

Unter Mitarbeit von

Monika Bauder, Ingrid Braunbarth,
Sonja Bumiller, Claudia Höfner,
Annette Höhmann-Kost, Elke Eva Janson,
Annelies Jordi, Ingrid Ingeborg Koop,
Anton Leitner, Elisabeth Lenzen,
Hermann Ludwig, Ilse Orth, Hilarion G. Petzold,
Auguste Reichel, Uta Schaumann, Frank Siegele,
Hester van Wijnen

Mit einem Geleitwort von

Michael Hölzer

Mit 39 Abbildungen und 2 Tabellen

 **Schattauer**

Dipl.-Sup., Dipl.-Sozarb. Martin J. Waibel

Leiter des Therapiezentrum
Schussental Klinik
Parkstraße 1, 88326 Aulendorf
info@mjwaibel.de

Cornelia Jakob-Krieger

Praxis für Psychotherapie (HPG), Supervision
und Beratung
Westwall 31, 47608 Geldern
praxis.jakob-krieger@t-online.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

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.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller

zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2009 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Satz: Stahringer Satz GmbH, 35305 Grünberg

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell
Printausgabe: ISBN 978-3-608-42367-9

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26506-4

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Lektorat: Claudia Campisi, Stuttgart

Geleitwort

Wollte man die Entwicklung der Psychotherapie in den letzten zwei Dekaden mit einigen wenigen Schlagworten kennzeichnen, dann wären die Begriffe »Störungsspezifität« und »Ressourcenorientierung«, aber auch »Qualitätssicherung« und »Evidenzbasierung« sicher heiÙe Kandidaten. Mit diesen Begriffen werden der Psychotherapie implizit Vorgaben gemacht, die damit nicht nur deren gegenwärtige Entwicklung maßgeblich bestimmen, sondern auch deren Zukunft. Für esoterische Außenseiter – das ist die Botschaft, die in diesen Schlagworten anklingt – ist in der Psychotherapie der Zukunft, in der Psychiatrie und Psychosomatik von morgen kein Platz. Es ist damit wohl auch kein Zufall, dass sich einige dieser Begriffe im Untertitel dieses praxeologisch orientierten Kompendiums finden: Sie signalisieren, dass sich die Integrative Leib- und Bewegungstherapie auf der Höhe der Zeit bewegt, nicht losgelöst von den aktuellen Entwicklungen und Strömungen der allgemeinen Psychotherapie-Forschung und -Praxis weiterentwickelt wurde, und damit auch in dem Sinne »integrativ« wirkt, indem sie die Forderungen, die »Produzenten« und »Konsumenten« von Psychotherapie heute gleichermaßen stellen, im Bereich der Bewegungstherapie einlöst.

Natürlich drängt sich bei einem solchen Ausmaß an terminologischem Anspruch immer auch der Verdacht auf, einmal mehr den Schlagwortspezialisten aufzusitzen, die dem Geist der Zeit entsprechend die jeweils politisch korrekten Vokabeln und Sichtweisen replizieren, um sich selbst und ihre Methode wirksam am Markt zu platzieren. Ein Verdacht, dem die Herausgeber und Autoren mit ihrem gleichermaßen umfangreichen wie anspruchsvollen Werk allerdings wirksam entgegenzutreten und dies

nicht zuletzt, weil der »Leib« (und damit der Körper und das Leben, orientiert man sich an der Etymologie des Wortes »Leib«) den neuzeitlichen (manchmal sehr kopflastigen) Konzeptualisierungen von Psychotherapie in den einzelnen Kapiteln dieses Buches immer wieder – und manchmal in angenehm antiquiert anmutender Weise – entgegentritt.

Auch wegen der Fülle seiner praktischen Beispiele stellt dieser Text eine substantielle Bereicherung in einer zunehmend unüberschaubaren Fülle von Literatur und Artikeln dar, die zu lesen auch dem interessierten Publikum immer weniger Zeit bleibt. In einer Welt der manualgeleiteten Therapien wirkt die Verschiedenartigkeit der Perspektiven auf die Einheit von Körper und Seele, die die Herausgeber in diesem Buch zusammengetragen haben, ausgesprochen erfrischend. Ein Umstand, der der Wissenschaftlichkeit der einzelnen Beiträge aus meiner Sicht überhaupt keinen Abbruch tut. Die an den Bedürfnissen der Praxis ausgerichteten einzelnen Abschnitte sind dabei nicht nur für den Spezialisten von Interesse. Die übersichtlichen Darstellungen geben auch dem interessierten Laien verständliche Einblicke in ein ausgesprochen zukunftsträchtiges Therapieverfahren.

Als einer der wenigen explizit integrativen Ansätze überwindet die IBT die klassischen Therapieschulen, festgefahrenes Richtungsdenken und den immer wieder so hartnäckig gepflegten Narzissmus des »kleinen Unterschiedes«. Die Zukunft des Feldes wird vermutlich nicht in der weiter explodierenden Produktion atomistischen Wissens liegen, auch nicht in der weiteren Ausdifferenzierung von Therapieschulen und der Ideologisierung des jeweiligen Nachwuchses. Da es künftig eher um die Synthese bestehender Inseln von Erkenntnis (und therapeutischen

Veränderungspotenzialen) gehen dürfte als um die nächste Therapiestudie im traditionellen RCT-Design, um Integration statt Abgrenzung, weist das Buch in eben diese Zukunft von Psychotherapie überhaupt. Auch der Anspruch, die praxeologische Herkunft des Verfahrens anzuschließen an die Ergebnisse moderner Neuro-, Bio- und Kognitionswissenschaften, scheint mir in diesem Buch gelungen, sofern solche Anschlüsse heute überhaupt schon geleistet (und nicht nur behauptet) werden können. Da neben der Erarbeitung der Grundlagen der IBT in den Texten auch wesentliche Therapieprinzipien auf einzelne relevante Krankheitsbilder praxis-

bezogen heruntergebrochen werden, imponiert der vorliegende Band aber nicht nur als Aktualisierung global-theoretischer Ansätze der IBT, sondern auch als Nachschlagewerk für den am Detail interessierten Leser.

Die Herausgeber wie die Autoren können stolz sein auf ihr Werk. Eine umfassendere und adäquatere Darstellung der aktuellen Trends und Perspektiven in der Integrativen Bewegungstherapie ist kaum denkbar.

PD Dr. Michael Hölzer

Ärztlicher Direktor

Schussental Klinik Aulendorf

Vorwort

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie so darzustellen, wie sie tatsächlich in Klinik und ambulanter Praxis zur Anwendung kommt, ist unser zentrales Anliegen mit diesem Buch. Um ein möglichst breites Spektrum an Behandlungsweisen verschiedener Krankheitsbilder bieten zu können, haben wir uns an Kollegen und Kolleginnen gewandt, die mit beiden Füßen in der alltäglichen Praxis stehen. Die Vielfalt, die auf diese Weise auch in der Ausdrucks- und Schreibweise in diesem Buch erscheint, ist gewollt. Sie entspricht einem zentralen Kernkonzept der IBT, dem Intersubjektiven Ko-responzenzmodell. Aus einer inneren Haltung von Wertschätzung und Respekt vor der »Andersheit« des Anderen treten wir in Beziehung, sei es die alltägliche oder die therapeutische. In gemeinsamem Austausch und Aushandeln kommen wir zu Ergebnissen, die in Handlung umgesetzt werden.

Bei aller Individualität ist die der IBT zugrunde liegende Theorie mit ihren handlungsleitenden Konzepten, Modellen und Methoden (beschrieben in Kap. 1–4) maßgebend für Handlungs-

aufbau und Interventionsstrategie und wird in den einzelnen Beiträgen deutlich benannt.

Die Entwicklung der Metatheorie der Integrativen Therapie/Bewegungstherapie ist so wie die Praxis – beides ist eng miteinander vernetzt – immer im Fluss. Beständig werden die neuesten Forschungsergebnisse der für das Verfahren wesentlichen Wissenschaftsdisziplinen (Neurobiologie, Sozialpsychologie etc.) aufgenommen und eingearbeitet, wo es sinnvoll erscheint. An dieser Stelle gebührt Herrn Professor H. G. Petzold und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern großer Dank.

So hoffen wir, Ihnen, verehrte Leserinnen und Leser, ein interessantes, spannendes und – das ist uns besonders wichtig – für die Praxis hilfreiches Buch an die Hand geben zu können. Für Rückmeldungen sind wir offen und dankbar.

Aulendorf und Geldern, im Herbst 2008

Martin J. Waibel
Cornelia Jakob-Krieger

This page intentionally left blank

Die »Integrative Bewegungstherapie« – aus Sicht des Begründers

Moderne Konzeptionen der Psychotherapie und psychosomatischen Behandlung sind nicht mehr nur auf Störungen und Krankheiten gerichtet, sie haben auch die *Salutogenese*, die Förderung von Gesundheit im Blick, eine gesunde Lebensführung und die Qualität sozialer Netzwerke als positive und kreative Sozialbeziehungen. Diese spielen nämlich für den Gewinn von *Gesundheit* und die Wiederherstellung der *Arbeits- und Leistungsfähigkeit* von Menschen, die durch Erkrankungen betroffen sind, eine herausragende Rolle. Das wachsende Verständnis für die multifaktoriellen Ursachen, die in ihrem Zusammenwirken für das Entstehen psychischer, psychophysiologischer und psychosozialer Störungen verantwortlich sind, hat auch dazu geführt, dass die Behandlungsansätze breiter greifen und integrative und zugleich differentielle Modelle entwickelt werden. Das für viele Bereiche »neue« Paradigma einer *biopsychosozialen* oder *biopsychosozialökologischen* Betrachtung beginnt sich mehr und mehr durchzusetzen. Es findet sich der Sache nach schon in der antiken Medizin bei den Ärzten des 5. Jahrhunderts v. Chr., etwa bei Herodikos, dem Lehrer des Hippokrates, der Laufen und Diät in die Krankenbehandlung einführte, oder bei Alkmaion von Kroton, der die pathogene Wirkung traumatischer Erfahrungen erkannte und das Prinzip der regulativen Ausgewogenheit (*isonomia*) formulierte, das, wird es gestört, zur Krankheit führt. Heute sagen wir in ganz ähnlicher Weise: »systemische Dysregulation« kann pathogen wirken. Von den russischen Neurobiologen und -psychologen Lurija, Wygotskij, Bernstejn wurde eine solche Sicht seit den 1920er und 1930er Jahren konsequent erarbeitet (Petzold u. Michailowa

2008) und die Fortschritte der psychosomatischen Medizin seit V. v. Weizäcker und T. v. Uexküll, der Sozialmedizin (Waller 2007) und der Neurowissenschaften (Hüther 2007) taten ein Übriges dazu, dass multimodale Behandlungskonzepte entwickelt wurden. In der institutionellen klinischen Arbeit hat man in den letzten Jahren zunehmend den Wert der leiborientierten, bewegungsaktivierenden und kreativitätsfördernden Therapiemethoden erkannt und sie in komplexe, »konzertierte« Behandlungspläne einbezogen.

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie hat sich Mitte der 1960er Jahre entwickelt. Durch ihre universitäre Einbindung (in Amsterdam und in Krams) konnte sie durch Entwicklungs- und Forschungsarbeit in theoretischer und praxeologischer Hinsicht wichtige Fortschritte machen und für das Feld moderner psychosozialer und medizinischer Hilfeleistung nützliche Beiträge leisten. Davon geben die Texte dieses Buches einen exemplarischen Eindruck. So ist die therapeutische »Ausdauertherapie«, z. B. in Form des »therapeutischen Laufens« Anfang der 1970er Jahre, im Integrativen Ansatz entwickelt worden (Waibel u. Petzold, Kap. 6). Sie gehört heute ins Standardrepertoire ganzheitlicher Behandlung. Die »eigenleibliche Wahrnehmung« – so wesentlich für das Erfassen und Verstehen der eigenen psychophysischen Regulationsprozesse und für den Wiedergewinn einer funktionalen Steuerung dieser Prozesse, wenn sie z. B. durch traumatische Erfahrungen dysreguliert worden sind – kann von den leiborientierten Verfahren in besonderer Weise gefördert und im Rahmen eines Gesamtplanes der Behandlung nutzbar gemacht werden

(Jordi, Lenzen und Koop, Kap. 14, 15 u. 16). Die Beiträge der Autoren machen deutlich: Integrative Leib- und Bewegungstherapie vertritt einen therapeutischen Ansatz, der von seinem Selbstverständnis her eine Brückenfunktion übernehmen will: zwischen der *Psychotherapie* im traditionellen Verständnis als »psychologischer Behandlung mit psychologischen Mitteln« und einer »leiborientierten Zugangsweise« im Sinne der *Somatotherapie* eines modernen medizinischen Modells, das Ernährung, Bewegung, Sport, Entspannung, sozialen Aktivitäten ein neues Gewicht in der Behandlung gegeben hat. Beide können und wollen auf *Soziotherapie* nicht mehr verzichten (Wolfersdorf u. Heindl 2003; Petzold u. Sieper 2007 a, 2008), weil im Psychischen und Somatischen das Soziale unlösbar eingebunden ist.

Das »neue Körperbewusstsein« bei breiten Bevölkerungsschichten, die erwachende Sensibilität für die Notwendigkeit einer gesunden Lebensführung trifft zusammen mit den von den leib- und bewegungstherapeutischen Verfahren entwickelten Zielsetzungen, bei Patientinnen und Patienten einen »gesundheitsbewussten« und »bewegungsaktiven Lebensstil« zu fördern.

Damit findet sich für diese Arbeit auf der Seite vieler Patienten eine gute Akzeptanz und es ist die Chance gegeben, dass es ihnen durch das Zusammenspiel der koordinierten therapeutischen Maßnahmen möglich wird, »dysfunktionale Lebensstile« zu verändern und Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude zu gewinnen.

Ich wünsche diesem Buch, dass es den Leserinnen und Lesern etwas von der Unmittelbarkeit und Intensität leib- und bewegungstherapeutischer Arbeit in ihren verschiedenen Einsatzbereichen vermittelt, von ihrem für Menschen engagierten Ansatz leiblicher Begegnung und ihrer klinischen Praxis, die immer um eine sorgfältige theoretische, konzeptkritische Durchdringung ihrer Praxis bemüht ist – im Dienste ihrer Patienten.

Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

Emer. Ordinarius für Psychologie,
klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik, Freie Universität Amsterdam
Europäische Akademie für Psychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen

Verzeichnis der Autoren

Monika Bauder

Integrative Leib- u. Bewegungstherapeutin
Weißhauptstraße 1, 88400 Biberach/Riß
Monika.Bauder@gmx.de

Dipl.-Soz. Ingrid Braunbarth

Integrative Bewegungs- u. Paartherapeutin
Hardtwaldklinik 2
Hardtstraße 32, 34596 Bad Zwosten
ibraunbarth@t-online.de

Sonja Bumiller

Integrative Leib- u. Bewegungstherapeutin
Schussental Klinik
Therapiezentrum
Parkstraße 1, 88326 Aulendorf
s.bumiller@onlinehome.de

Mag. Dr. Claudia Höfner

Klinische u. Gesundheitspsychologin;
Arbeitspsychologin; Fachbereichsleiterin
für Psychosoziale Interventionen
Department für Psychosoziale Medizin und
Psychotherapie
Donau-Universität Krems
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, A-3500 Krems
claudia.hoefner@donau-uni.ac.at

Dipl.-Sup. Annette Höhmann-Kost

Therapeutin für Integrative Leib- und
Bewegungstherapie/Psychotherapie (HPG);
Lehrtherapeutin und Fachbereichsleiterin an
der Europäischen Akademie für Psychosoziale
Gesundheit am Fritz Perls Institut (EAG/FPI);
Zertifikat der European Association for
Psychotherapy (EAP); Praxis für Integrative
Leib- u. Bewegungstherapie
Weiglestraße 12, 71640 Ludwigsburg
ahoehmann@dgib.net

Cornelia Jakob-Krieger

Integrative Leib- und Bewegungstherapeutin;
Integrative Körperpsychotherapie; Super-
visorin; Fachberaterin für Psychotraumatologie
(DIPT); Lehrtherapeutin an der Europäischen
Akademie für Psychosoziale Gesundheit am
Fritz Perls Institut (EAG/FPI)
Praxis für Psychotherapie (HPG, EAP, EABP),
Supervision und Beratung
Westwall 31, 47608 Geldern
praxis.jakob-krieger@t-online.de

Elke Eva Janson

Diplom-Sozialmanagerin; Körper-
psychotherapeutin (HPG)
Praxis für Physiotherapie und Körper-
psychotherapie
Taunusstraße 2, 65183 Wiesbaden
e.e.janson@gmx.net

Annelies Jordi

Körper- und Bewegungstherapeutin
Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer
Werkstraße 16, CH-3094 Wabern bei Bern
annelies.jordi@redcross.ch

Dipl.-Psych. Ingrid Ingeborg Koop

Lehrtherapeutin u. Lehrsupervisorin für
Traumatherapie, Integrative Therapie u.
Integrative Leib- u. Bewegungstherapie
am Fritz-Perls-Institut sowie für tiefen-
psychologische Psychotherapie
Psychologische Psychotherapeutin
REFUGIO Bremen
Parkstraße 2–4, 28209 Bremen
refugio-bremen@t-online.de

Prof. Dr. med. Anton Leitner

Arzt u. Psychotherapeut
Leiter des Departments für Psychosoziale
Medizin und Psychotherapie
Donau-Universität Krems
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, A-3500 Krems
anton.leitner@donau-uni.ac.at

Elisabeth Lenzen

Diplom-Sportlehrerin; Religionspädagogin;
Integrative Leib- u. Bewegungs- sowie
Systemische Therapeutin
Praxis für Sensitive Bewegung und Psycho-
therapie (HPG)
Ekerenstraße 6B, 56626 Andernach
e-lenzen@t-online.de

Dr. Sportwiss. Hermann Ludwig

Diplom-Sportlehrer; Integrativer Leib- u.
Bewegungstherapeut; Sporttherapeut in der
ambulanten orthopädischen Rehabilitation
Weißenburgstraße 53, 50670 Köln
hermann.ludwig@netcologne.de

Dipl.-Sup. MSc. Ilse Orth

Fritz Perls Institut
Welfelsen 5, 42499 Hückeswagen
eag.fpi@t-online.de

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

Achenbachstraße 40
40237 Düsseldorf
forschung.eag@t-online.de

Auguste Reichel, MAS

Psychotherapeutin u. Leiterin des Universitäts-
lehrgangs Integrative Bewegungstherapie
Department für Psychosoziale Medizin und
Psychotherapie
Donau-Universität Krems
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, A-3500 Krems
auguste@reichel-reichel.at

Dr. med. Uta Schaumann

Fachärztin für Innere Medizin; Additivfach-
ärztin für Gastroenterologie u. Hepatologie;
MAS in Psychosomatischer und Psychothera-
peutischer Medizin; Lehrtrainerin der OEGIT
(Österreichische Gesellschaft für Integrative
Therapie)
Integrative Leib- u. Bewegungstherapeutin
PSY Zentrum Wiener Neustadt
Bahngasse 44, A-2700 Wiener Neustadt
utaschaumann@hotmail.com

Dipl.-Sup., Dipl.-Sozialpäd. Frank Siegele

Therapeut für Integrative Therapie/Psycho-
therapie (HPG); Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut; Lehrtherapeut und Fach-
bereichsleiter für Integrative Therapie an der
Europäischen Akademie für Psychosoziale
Gesundheit am Fritz Perls Institut (EAG/FPI);
Zertifikat der European Association for
Psychotherapy (EAP)
Leiter der Klinik am Kronsberg
Debberoder Straße 61, 30539 Hannover
siegele@step-hannover.de

Dipl.-Sup., Dipl.-Sozarb. Martin J. Waibel

Lehrtherapeut für Integrative Bewegungs-
therapie, Dozent und Supervisor; European
Certificate of Psychotherapy (EAP)
Leiter des Therapiezentrums
Schussental Klinik
Parkstraße 1, 88326 Aulendorf
info@mjwaibel.de

Dipl.-Sup. Hester van Wijnen

Physiotherapeutin; Integrative Leib- u.
Bewegungstherapeutin
Hermann-Löns-Straße 22
65510 Idstein
hestervanwijnen@web.de

Inhalt

1	Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT)	1
	Martin J. Waibel, Hilarion G. Petzold, Ilse Orth und Cornelia Jakob-Krieger	
1.1	Entstehung der IBT	1
1.2	Anthropologische Grundlagen	2
1.3	Wissenschaftstheoretische Grundlagen	3
1.4	Die zwischenmenschliche Beziehung	5
1.5	Die therapeutische Beziehung	5
1.6	Das »eigenleibliche Spüren« als zentraler Begriff	6
1.7	Formen von Berührung	8
1.8	Der Unterschied zwischen »Körper« und »Leib«	8
1.9	Die verschiedenen Leibebenen	8
1.10	Der therapeutische Prozess	9
1.11	Die Modalitäten	11
1.12	Die Tiefungsebenen	13
1.13	Der Prozess des Erkennens	15
1.14	Lernen	17
1.15	Weiterführende Literatur	20
2	Der komplexe Bewegungsbegriff	21
	Annette Höhmann-Kost	
2.1	Bewegung als Lebensphänomen	21
2.2	Die individuelle menschliche Bewegung	22
2.3	IBT als Humantherapie – Therapie des »ganzen« Menschen	24
2.4	IBT als psychotherapeutische Methode und klinisch-psycho-motorische Bewegungstherapie	24
2.5	Weiterführende Literatur	25
3	Der »Informierte Leib«	27
	Hilarion G. Petzold	
3.1	Geschichte	27
3.2	Der wissensstrukturelle Kontext	28
3.3	Leib- und Bewegungstherapien als methodenbegründete Praxeologien	30
3.4	Leib- und Bewegungstherapien im Licht moderner Neuro- und Biowissenschaften	31
3.5	Der konzeptuelle Rahmen der IBT	34
3.6	Der komplexe Leibbegriff in der IBT	38
4	Diagnostik, Behandlungsplanung und Dokumentation	45
	Martin J. Waibel und Cornelia Jakob-Krieger	
4.1	Einführung	45
4.2	Die Grundlagen der prozessualen Diagnostik der IBT	46
4.3	Persönlichkeitsdiagnostik	56
4.4	Ressourcenanalyse	57
4.5	Therapieziele und Behandlungsplanung	59
4.6	Dokumentation	63
4.7	Weiterführende Literatur	64
5	Die »Vier Wege der Heilung und Förderung« bei Depression	65
	Ingrid Braunbarth	
5.1	Einführung	65
5.2	Depressive Muster des Erlebens und Handelns	66
5.3	Ziele der Depressionsbehandlung	67
5.4	Vier Wege der Heilung und Förderung	68
5.5	Bewegungstherapeutische Schritte auf den vier Wegen	74

5.6	Evidenzbasierung	80	9	Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	139
5.7	Weiterführende Literatur	80		Uta Schaumann	
6	Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen ...	81	9.1	Krankheitsbild	139
	Martin J. Waibel und Hilarion G. Petzold		9.2	Ätiologie	140
6.1	Einführung	81	9.3	Körperbild und Körperbildstörung..	143
6.2	Methodische Vorgehensweise und spezifische Techniken der IBT	83	9.4	Methodische Vorgehensweise und spezielle Techniken der IBT ...	143
6.3	Zehn Leitsätze für eine erfolgreiche Ausdauertherapie	85	9.5	Praktische Übungsangebote	145
6.4	Ist Ausdauertherapie evidenzbasiert?	91	9.6	Weiterführende Literatur	153
6.5	Weiterführende Literatur	97	10	IBT mit älteren Menschen in der Akut- und Rehaklinik	155
7	Angststörungen	99		Sonja Bumiller und Martin J. Waibel	
	Ingrid Braunbarth		10.1	Einführung	155
7.1	Epidemiologie	99	10.2	Entwicklungstheorien des Alters ...	156
7.2	Formen und Funktionen der Angst..	100	10.3	Die Therapie von älteren Menschen im stationären Setting.	157
7.3	Neurobiologische Modelle	100	10.4	IBT unter entwicklungstheoreti- schen Gesichtspunkten	159
7.4	Das Konzept des »Informierten Leibes« in der Therapie der Angst- bewältigung	101	10.5	Weiterführende Literatur	166
7.5	Spezifische Techniken und Übungen der Integrativen Bewegungstherapie	103	11	Chronische Schmerzen	167
7.6	Weiterführende Literatur	121		Hermann Ludwig	
8	Mobbing	123	11.1	Einleitung	167
	Martin J. Waibel		11.2	Krankheitsbild des chronischen Schmerzes	168
8.1	Herkunft und Definition des Begriffes	123	11.3	Metatheoretische Überlegungen ...	170
8.2	Prävalenz von Mobbing	124	11.4	Neurophysiologische Grundlagen des Schmerzerlebens	171
8.3	Ursachen von Mobbing	125	11.5	Konzeptionelle Überlegungen für ein ambulantes Therapieangebot ...	177
8.4	Gesundheitliche Auswirkungen von Mobbing (Symptome)	126	12	Somatoforme Schmerz- störungen	187
8.5	Anamnestiche Überlegungen	127		Monika Bauder und Martin J. Waibel	
8.6	Allgemeine Handlungsmöglich- keiten für die Betroffenen	128	12.1	Einführung	187
8.7	Integrativ-ressourcenorientierte Kompetenzverbesserung und Performanzsteigerung	128	12.2	Klassifikation, prozessuale Diagnostik und Erstbefund	188
8.8	Weiterführende Literatur	137			

12.3	Zentrale Gesichtspunkte in der bewegungstherapeutischen Arbeit . . .	189	16	IBT mit Folter- und Kriegsoffern	241
12.4	Ein multimodales, multiprofessionelles Behandlungskonzept	193		Annelies Jordi	
12.5	Weiterführende Literatur	201	16.1	Einführung	241
13	Chronische Rückenschmerzen . . .	203	16.2	Störungsbild	241
	Elke Eva Janson		16.3	Behandlung: Vorgehen und Techniken	243
13.1	Einführung	203	16.4	Fallbeispiele	245
13.2	Diagnose, Klassifikation und Ätiopathogenese	204	16.5	Weiterführende Literatur	248
13.3	Der Rücken in der Lebenswelt	207	17	Die janusköpfige Wut: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung des impulsiven Typus	249
13.4	Methodische Vorgehensweise und spezifische Techniken der IBT	208		Anton Leitner, Claudia Höfner und Auguste Reichel	
13.5	Weiterführende Literatur	214	17.1	Diagnostik	249
14	IBT mit Traumaopfern im stationären psychiatrischen Setting . .	215	17.2	Aggression	250
	Elisabeth Lenzen		17.3	IBT und Aggression	251
14.1	Einführung	215	17.4	Forschung	253
14.2	Störungsbild	216	17.5	Behandlungsbeispiel	254
14.3	Die stationäre IBT-Gruppe als Traumatherapie	217	17.6	Weiterführende Literatur	255
14.4	Die IBT-Traumagruppe im stationären Setting	219	18	Kampfkünste in der Behandlung von Abhängigkeitskranken	257
14.5	Weiterführende Literatur	224		Annette Höhmann-Kost und Frank Siegele	
15	IBT mit traumatisierten Flüchtlingen	225	18.1	Einführung	257
	Ingrid Ingeborg Koop		18.2	Integrative Diagnostik und störungsspezifische Klassifikation von Suchterkrankungen	258
15.1	Einführung	225	18.3	Theorie und methodische Vorgehensweisen	258
15.2	Leiblichkeit und Traumadiagnostik in der Arbeit mit Flüchtlingen	226	18.4	Übungsbeispiele	268
15.3	Integrative Traumatherapie	228	18.5	Evidenzbasierung	272
15.4	IBT als Traumatherapie	228	18.6	Weiterführende Literatur	272
15.5	Gruppenarbeit mit IBT – eine exemplarische Studie	236			
15.6	Ergänzende Betrachtungen	239			
15.7	Weiterführende Literatur	240			

19	Supervision	273	20.2	Versorgungspolitische Bedeutung ..	288
	Cornelia Jakob-Krieger		20.3	Leitlinien der AWMF	289
19.1	Theoretischer Hintergrund	273	20.4	Beispiele für alternative Forschungs- ansätze	289
19.2	Praxis	276	20.5	Wirksamkeitsstudien zur Körper- psychotherapie	292
19.3	Fazit	282	20.6	Ausblick	294
19.4	Weiterführende Literatur	283			
20	Forschung im Feld von Psycho- therapie, Leib-, Bewegungs- und Körpertherapien	285		Literatur	297
	Ingrid Braunbarth und Hester van Wijnen				
20.1	Evidenzbasierung	285		Sachverzeichnis	313

1 Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT)

Martin J. Waibel, Hilarion G. Petzold, Ilse Orth und Cornelia Jakob-Krieger

Inhalt

1.1	Entstehung der IBT	1
1.2	Anthropologische Grundlagen	2
1.3	Wissenschaftstheoretische Grundlagen	3
1.4	Die zwischenmenschliche Beziehung	5
1.5	Die therapeutische Beziehung	5
1.6	Das »eigenleibliche Spüren« als zentraler Begriff	6
1.7	Formen von Berührung	8
1.8	Der Unterschied zwischen »Körper« und »Leib«	8
1.9	Die verschiedenen Leibebenen	8
1.10	Der therapeutische Prozess	9
1.11	Die Modalitäten	11
1.11.1	Übungszentrierte Modalität	11
1.11.2	Erlebniszentrierte Modalität	12
1.11.3	Konfliktzentrierte Modalität	13
1.12	Die Tiefungsebenen	13
1.13	Der Prozess des Erkennens	15
1.14	Lernen	17
1.14.1	Prozessuales Lernen	17
1.14.2	Personales Lernen	17
1.14.3	Therapeutische Didaktik persönlicher Lernprozesse	18
1.15	Weiterführende Literatur	20

1.1 Entstehung der IBT

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT) als Methode der Integrativen Therapie (IT) hat ihren Ursprung Mitte der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts in Paris, wo Hilarion G. Petzold und Johanna Sieper daran gearbeitet haben, verschiedene Psychotherapie-, Kreativ- und Körpertherapieverfahren auf gemeinsame und unterschiedliche Wirkfaktoren hin zu untersuchen. Hieraus entstand ein neues Therapieverfahren, das ausgehend (s. Abb. 1-1) von philosophischer Anthropologie (Marcel Merleau-Ponty, Ricœur), von psychophysiologischer und neuropsychologischer Grundlagenforschung (Lurija, Bernštejn) wirkkräftige Elemente verschiedener Therapierichtungen wie der »ungarischen Schule« der Psychoanalyse (Ferenczi, Balint, Iljine), den sogenannten »humanistisch-psychologischen« Ansätzen des Psychodramas (Moreno) und der Gestalttherapie (Perls, Goodman), der Bewegungs- und Leibtherapie (Gindler, Ehrenfried, Råknes, Budo-/Wushu-Kampfkünste, Petzold, Bloem, Moget) sowie der Verhaltenstherapie (Kanfer) unter einer systemischen Sicht verband (vgl. Kap. 3). Andererseits wurden mit Rückgriff auf die neurowissenschaftliche, klinisch-psychologische und sozialwissenschaftliche Forschung originär neue Theoriebildungen und eine sehr breite, innovative Praxeologie entwickelt. Die IT war stets ein »biopsychosoziales Verfahren« im Rahmen des »neuen Integrationsparadigmas« moderner Psychotherapie (Petzold 2003a), das systemisch das soziale Netzwerk und die psychophysiologische Leiblichkeit – d. h. Kognitionen, Emotio-

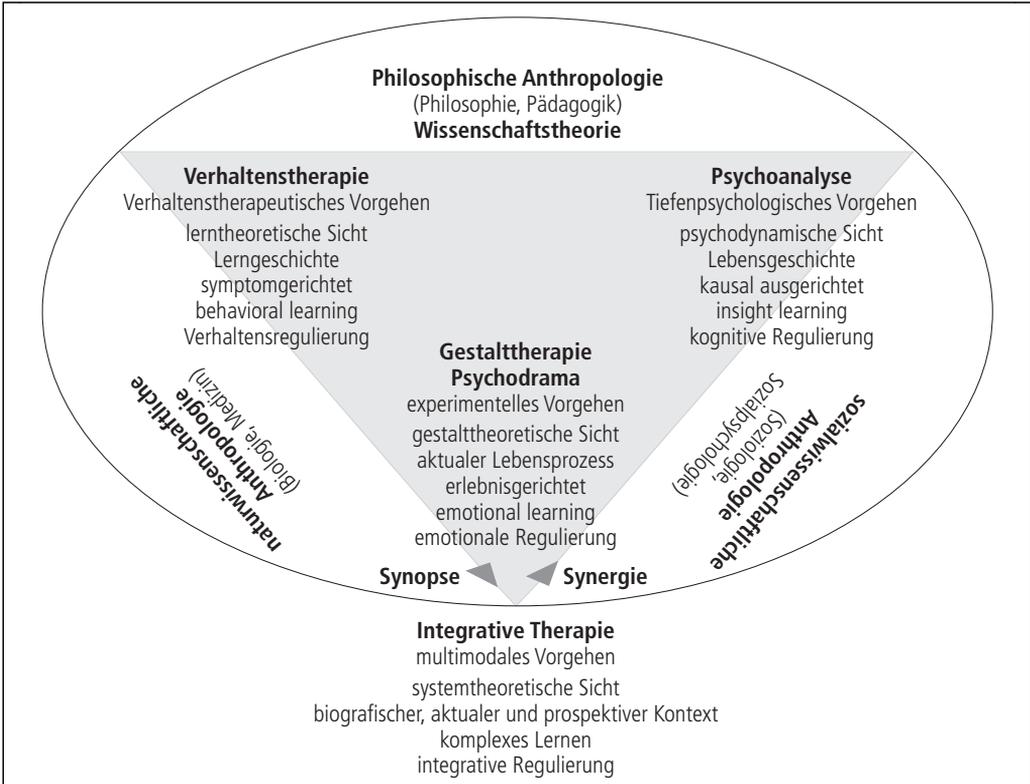


Abb. 1-1 Entwicklung der Integrativen Therapie (nach Petzold 2003a, S. 64)

nen, Volitionen (Petzold u. Sieper 2007) – besonders berücksichtigt. Von Beginn an war die Integrative Leib- und Bewegungstherapie als spezifische Methode zentraler Bestandteil der Integrativen Therapie.

1.2 Anthropologische Grundlagen

Therapieformen haben in der Regel ein Menschenbild, jedoch bleibt das bei vielen Richtungen und Schulen implizit, obgleich die therapeutischen »Wege zum Menschen« (Petzold 1984a, 2008a) – und so kann man Psychotherapien verstehen – zumeist durch ihr implizites oder explizites Bild vom Menschen bestimmt

sind. Die Integrative Therapie hat in die Ausarbeitung ihres Menschenbildes von ihren philosophischen Quellen her (Marcel, Merleau-Ponty, Ricœur, Vygotskij u. a.) viel investiert. Ihre »anthropologische Grundformel« hat sich über die Jahre immer weiter präzisiert:

»Der Mensch – Mann und Frau – wird im Integrativen Ansatz als Körper (1)-Seele (2)-Geist (3)-Wesen gesehen, d.h. als *Leib* (4), als Leibsubjekt (5), das eingebettet ist in die Lebenswelt (6), in ein ökologisches (7) und soziales (8) Kontext-Kontinuum (9), in dem es mit seinen Mitmenschen (10) seine Hominität und eine Kultur der Humanität verwirklicht« (Petzold 2003e, 2008b).

Die Körperdimension (1) erfordert körperorientierte Therapie, die Dimension des Seelischen (2) Psychotherapie, die des Geistigen (3) meditative, sinnorientierte Wege. Das alles umfasst der Begriff »Leib« (4), der als Leib-Selbst durch Subjektivität und Personalität (5) gekennzeichnet ist, deshalb Leibtherapie als Therapie der Persönlichkeit (letztere umfasst Selbst, Ich, Identität; vgl. Petzold 2003a). Menschen leben in der Lebenswelt, d.h. der persönlich wahrgenommenen Welt ihres Lebens (6), die deshalb auch Thema der Therapie werden muss: als ökologisches Umfeld (7) – Wohnverhältnisse, Quartier, Landschaft sind da zu beachten – und natürlich auch als soziales Umfeld (8), das ggf. Familien- und Netzwerktherapie erfordert. All diese Dimensionen und *Kontexte* stehen in der Zeit, im *Kontinuum* (9) von Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft, was in der Therapie berücksichtigt werden muss. Keine Dimension, auch die prospektive, darf vernachlässigt werden. Sein Menschenwesen, seine Hominität, gewinnt der Mensch durch die Mitmenschen (10). Deshalb ist Therapie ein eminent zwischenmenschliches Geschehen, wirkt durch und in Beziehungen.

»Du, Ich, Wir in Kontext/Kontinuum, in dieser Konstellation gründet das Wesen des Menschen, denn er ist vielfältig verflochtene *Intersubjektivität*, aus der heraus er sich in *Polylogen* und *Ko-respondenzen* als Konsens-/Dissensprozessen findet und Leben gestaltet« (Petzold 2003a).

Man braucht den Anderen, die Anderen (Levinas), lebt in Polyaden, d.h. in sozialen Netzwerken als Wegeleit, als Konvoi (Hass u. Petzold 1999). Auch der Therapeut, die Therapiegruppe gehören neben Familie, Freunden und Kollegen ins Netzwerk, was in Therapien berücksichtigt werden muss. Dann gibt es keine »Einzeltherapie«, weil virtuell die relevanten Netzwerkper-

sonen immer wieder ins Spiel kommen – als Belastungen und Ressourcen.

Es wird aus diesen kompakten Ausführungen deutlich, welche Wirkungen und Konsequenzen das Integrative Menschenbild und die dahinter stehende »Integrative Kulturtheorie« (Petzold 2008a, b) für die Therapie hat.

1.3 Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Die IBT ist an einem wissenschaftstheoretischen Modell der Integrativen Therapie (IT) (Petzold 2001a) orientiert, dem sogenannten *Tree of Science*, der hier nachfolgend kurz skizziert wird. Die theoretischen und empirischen Forschungsarbeiten der IT versuchen, die Strukturen bzw. Sachgebiete dieses »Tree-Modells« systematisch zu erarbeiten (Petzold 2007a).

Der *Tree of Science* gliedert sich in vier wissenschaftsstrukturelle Ebenen:

- Metatheorien
- Klinische (realexplikative) Theorien
- Praxeologie
- Praxis

Metatheorien sind Theorien mit großer Reichweite: über das Wesen von Menschen (Anthropologie), den Sinn des Lebens und über Werte (Ethik), die Entstehung und die Geheimnisse der Welt (Kosmologie, Ontologie), sozialpolitische Annahmen (Gesellschafts- und Kulturtheorie), über das menschliche Bewusstsein und Erkenntnisprozesse (Erkenntnistheorie).

Klinische (realexplikative) Theorien haben eine mittlere Reichweite. Hierzu gehören insbesondere die Entwicklungstheorie, Persönlichkeitstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre als auch Erkenntnisse der Psychotherapieforschung. Dieses Wissen ist von erheblicher Bedeutung für die Praxis, z. B. Indikationsstellung, Interventions- und Methodenauswahl.

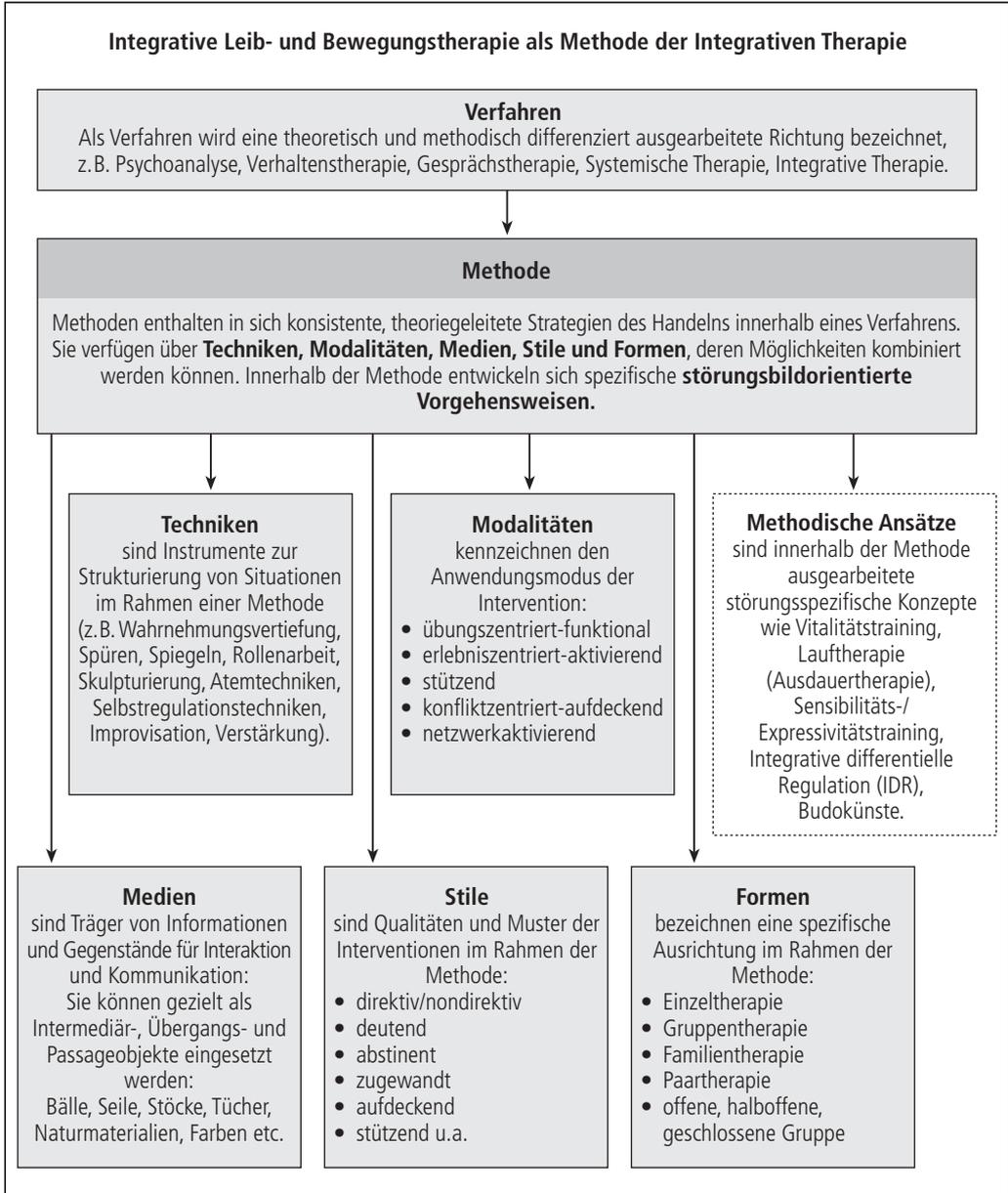


Abb. 1-2 Die IBT als Methode im System der Integrativen Therapie (visualisiert von Waibel nach Petzold 1993h, 2003a)

Praxeologie ist die Lehre von der Umsetzung theoretischer Konzepte in die Praxis. Zur Praxeologie gehören Prozesstheorien, Interventionslehre, Theorien zu Settings, Fokal-, Kurzzeit- und Langzeittherapie, Lehre von den Techniken, Methoden, Stilen. In der Leib- und Bewegungsarbeit werden vielfältige Techniken, Stile, Medien (s. Abb. 1–2) eingesetzt, die praxeologisch systematisch reflektiert werden müssen, gerade in Bezug auf störungsspezifisches Vorgehen. Aus dem ständigen Prozess kritischer Reflexion werden theoretische Konstrukte und Konzepte generiert, die sich zu Theorien von zunehmender Komplexität entwickeln können, welche wiederum in die Praxis zurückwirken und diese möglicherweise verändern. Gleichzeitig werden auf der Grundlage elaborierter und damit konsistenter Praxis erst Forschung und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung möglich, die für die Entwicklung einer Disziplin, von Verfahren, Methoden und von Professionalität grundlegend sind.

Die **Praxis** ist schließlich im Sinne von Bourdieu (1976, 1980) die konkrete Umsetzung der oben angegebenen Theoriekonzepte in die therapeutische Arbeit. Der Praktiker wählt auf dem Boden seines theoretischen und Erfahrungswissens seine Interventionen. Diese sind wesentlich beeinflusst von den durch den Patienten/Klienten hervorgerufenen Resonanzen beim Therapeuten. Das praktische Handeln gründet stets in intersubjektiver Bezogenheit.

1.4 Die zwischenmenschliche Beziehung

Die IBT ist strikt intersubjektiv konzipiert: »Sein ist Mit-Sein« (Marcel 1968; Merleau-Ponty 1945/66). Der Mensch ist ein soziales Wesen, das sich in Prozessen gemeinsamer Erzählungen und gemeinschaftlichen Verstehens und Handelns verwirklicht. Mensch wird man durch den Mitmenschen in Zwischenleiblich-

keit und Mitbewegung (Kommotilität), in denen sich Affiliation, d.h. eine grundsätzliche Zugehörigkeit als Überwindung von Fremdheit, aufbauen kann (Petzold u. Müller 2005a). Bereits im Uterus bewegt sich der Fötus mit der Mutter. Säuglinge haben mit ihren Müttern oder primären Bezugspersonen (*caregiver*) ständig bezogene Mitbewegungen, Kommotilitäten. Dies stellt ein Grundkonzept Integrativer Leib- und Bewegungstherapie bereit: Bewegung ist Mitbewegung! Hier liegen auch die Grundlagen der »intersubjektiven Ko-respondenz« (Petzold 1978c), welche zum durchgreifenden Leitkonzept in unserer Arbeit geworden ist.

Intersubjektivität bedeutet die Zugehörigkeit zwischen Menschen in wechselseitigem Respekt ihrer Würde. Das beinhaltet das bewusste Anerkennen der »Andersheit des Anderen« (Levinas), dass der Andere anders wahrnimmt, denkt, fühlt, bewertet als ich und möglicherweise auch etwas anderes will. Auf dem Boden einer solchen inneren Haltung von gegenseitiger Wertschätzung und des Respekts (Sennett 2002) kann für alle Beteiligten entwicklungsfördernde, sinnstiftende Begegnung und ein sich Austauschen, ein Miteinander- und Voneinander-Lernen von Menschen stattfinden. Das ist Ko-respondenz und bestimmt die »Grundregel« (Petzold 2003a, S. 1050) der Integrativen Therapie.

1.5 Die therapeutische Beziehung

Ausgehend von der intersubjektiven Ko-respondenz werden als Modalitäten der Beziehung bzw. Relationalität (Petzold u. Müller 2005a) differenziert:

- Affiliation
- Übertragung
- Gegenübertragung
- Widerstand
- Reaktanz

Affiliation ist aus evolutions- und sozialpsychologischer Sicht das Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen und zu Menschengruppen mit Vertrauheitsqualität. Denn die wechselseitige Zugehörigkeit ist für das Überleben des Einzelnen, aber auch für das der Gemeinschaft insgesamt, grundlegend: für die Sicherung des Lebensunterhalts und für den Schutz gegen Gefahren sowie für die Entwicklung von Wissen, Kultur und Praxis. Wenn Menschen aus Affiliationsverhältnissen herausfallen (vereinsamen) oder ausgegrenzt werden (Kap. 8 u. 10) ist das stressreich und gefährlich. In Affiliationen kommen die differenziell zu handhabenden natürlichen Relationalitätsformen (*Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung* und *Bindung*) zum Tragen (Petzold 2003a, 781–808).

Übertragungen sind Phänomene, in denen alte Szenen und Atmosphären in der Gegenwart reaktualisiert werden. Sie trüben die Wahrnehmung, kognitive Einschätzung (*appraisal*) und emotionale Bewertung (*valuation*) des aktuell Erlebten ein. Man sieht das Gegenüber durch eine Brille früherer Lebenserfahrungen. Es ist, als wäre ein »unsichtbarer Dritter« anwesend. Hierbei kann es zu dysfunktionalen Haltungen und Verhaltensweisen in der wechselseitigen Therapiebeziehung kommen. Übertragungen sind Fortschreibungen unverarbeiteter Vergangenheitserlebnisse und der Reaktionsbildung auf dieselben. Das muss aufgearbeitet bzw. bearbeitet werden, sodass die »Quellen der Übertragung«, die unerledigten psychodynamischen Konstellationen, ihre motivierende Kraft verlieren, damit die Übertragung »erlischt« und die natürlichen Relationalitätsformen von ihr frei werden. Wissen allein genügt hier nicht, um eingeschliffene Bahnungen im neuronalen System zu verändern. Das Üben alternativer Relationalitäts- und Verhaltensformen wird unverzichtbar.

Übertragungen sind zunächst prinzipiell unbewusst. Sie können sowohl auf der Seite des

Patienten als auch auf der des Therapeuten vorliegen. Wir bezeichnen letztere als *Eigenübertragung*.

Gegenübertragung wird als bewusste bzw. bewusstseinsnahe empathische Resonanz des Therapeuten auf Übertragungs- und Beziehungsangebote seines Patienten bezeichnet. Der Therapeut sollte seine wesentlichen Schwachstellen, seine biografischen verletzlichen Seiten, seine Übertragungsgefährdungen, aber auch seine empathischen Stärken, spezifischen Erfahrungsstände, Ressourcen und Potenziale in einer Weise kennen (z. B. durch die eigene Lehranalyse, Kontrollanalyse, Supervision), dass er sie in der Handhabung der therapeutischen Beziehung nutzen kann.

Widerstand wird als vitale Kraft gesehen, die der Selbstbehauptung dient, aber auch als klinisches Phänomen defensiver Zurückweisung von Veränderungsnotwendigkeiten oder von Versuchen, diese anzuregen durch Abwehrmechanismen. Folgen des Widerstandes können Konflikt, Auseinandersetzung, Kampf mit konstruktiven oder destruktiven Möglichkeiten und chronifizierende Abwehrformen sein.

Bei der **Reaktanz** handelt es sich um Reaktionen von Personen (besonders von Ich-starken), die auftreten, wenn persönliche Freiräume durch Außenanforderungen, die als unangemessen oder bedrohlich erlebt werden, eingeschränkt oder verändert werden sollen. In diesem Sinne sind Reaktanzen meist durchaus angemessen. Sind diese dysfunktional, werden Überzeugungs- und Vertrauensarbeit erforderlich. Druck ist zu vermeiden, denn er erzeugt oft reaktanten Gegendruck!

1.6 Das »eigenleibliche Spüren« als zentraler Begriff

Ein zentraler Zugang zum eigenen Leib ist das Spüren. Man könnte es auch als den »Königs-

weg« zu eigenleiblicher Bewusstheit (*awareness*) bezeichnen.

Spüren heißt, sich den Regungen des Leibes öffnen, denn das eröffnet dem Menschen einen Zugang zu sich selbst und zur Welt. In der klinischen Arbeit mit Patienten beobachten wir oft einen Verlust an eigenleiblichem Spüren, eine Minderung körperlicher Wachheit (*Vigilanz*) und affektiver Berührtheit oder wir finden eine Hyperreagibilität. Das alles ist bedingt durch pathogene Stimulierung aus der persönlichen Lebensgeschichte oder durch unstimmgige, belastende Aktuelsituationen.

Gerade für diese Patientengruppe ist die Leib- und Bewegungsarbeit oft schwierig, weil sie mit Spür- und Erfahrungsangeboten nichts anfangen können. Fragen wie: »Was soll ich spüren?«, »Was bringt schon Spüren?«, oder Aussagen wie: »Ich denke, das reicht«, »Ich weiß nicht, was Sie von mir wollen« zeigen die Probleme von Patienten und geben zugleich wichtige diagnostische Hinweise für die Einschätzung des Krankheitsgeschehens. Deshalb sind psychoedukative Hinweise des Therapeuten nötig, dass das eigenleibliche Spüren im geschützten Raum einer Klinik oder Therapie Zeit braucht.

Das eigenleibliche Spüren wird in der IBT gefördert durch

- das Fokussieren auf den eigenen Körper u. a. mithilfe von kreativen Medien,
- das Experimentieren mit Haltung, Mimik, Gestik, Atem und Bewegung sowie
- die systematische Exploration des Körpers des Patienten durch den Patienten selbst, mit Mitpatienten und/oder durch den Therapeuten.

Insbesondere wurden vier Ansätze entwickelt (Petzold 2003a, 1083 ff.):

Movement Produced Information (MPI): Wir fokussieren auf die im »eigenleiblichen Spüren« (H. Schmitz), im leiblichen »Selbsterleben« wahrgenommene Koordination. Be-

wegung, Haltung, Gestik, Mimik »im Vollzug« informieren das Gehirn und *wirken*: Lächeln z.B. erhöht den Endorphinlevel und regt das dopaminerge System an, was wir durch *Bottom-up-Techniken* des »Emotings« und »Affektrainings« nutzen: *from muscle to mind*.

Mentally Imagined Motor-Actions (MIM): Gleichermaßen verwenden wir auch Imagination, Bilder und Vorstellungen sowie mentale Ansätze als *Top-down-Techniken*, die Gefühle, Bewegung, Spannung/Entspannung, d.h. Leiblichkeit beeinflussen: *from mind to muscle*.

Interactional Movement Coordination (IMC): Weiterhin nutzen wir die erlebte und mitvollzogene IMC in Form von synchronisierter Kommunikation/Interaktion, wie sie sich in Modellvorgaben, Nachahmungen, Widerspiegelungen, Miteinander-Gehen etc. zeigt. Sie wird gezielt angeregt, d.h. dass man die Patienten auf die Phänomene aufmerksam macht, sodass diese bewusst mitvollzogen, oder aber – genauso wirksam und manchmal sogar besser zu implementieren – durch Bewegungsexperimente konstelliert werden, in denen sich Koordinationen aufgrund bereitgestellter *affordances* (Gibson) und Spiegelneuroneneffekte (Rizzolatti) einfach »vollziehen«. Es wird die »unbewusste Informationsverarbeitung« angesprochen und genutzt.

Evoked Internalized Personalities (EIP): Schließlich nutzen wir als kombinierte *Bottom-up/Top-down-Technik* die Evozierung von positiven Personeninternalisationen: ein Modell, mit dem wir auch unter dem Namen der »inneren Beistände« arbeiten. Bei erzählenden Menschen im Alltag erlebt man immer wieder, dass auf ihren Gesichtern (Mimik), in ihrer Gestik und Haltung, das Ausdrucksverhalten des Menschen erscheint, von dem sie erzählen: sein Lachen, sein Ärger, seine Betroffenheit und das oft in beeindruckender Konkretheit. Man kann sagen: Die Verinnerlichung dieser Person erfolgte keineswegs nur als »Bild«, als »Repräsentanz« oder »Imago«, sondern als ein ganzheitlicher

Eindruck. Qualitäten dieses Menschen können auf einer leiblich-mimetischen wie auf einer imaginal-szenischen Ebene mnestisch fremd- und selbstevoziert werden. Das machen wir uns zu Nutze, indem wir Patienten auffordern, in schwierigen Situationen wichtige Vorbilder, *resource persons*, Beistände »innerlich« aufzurufen (*Top-down*), ja in ihre Haltung zu gehen, ihre Mimik »aufzusetzen«, um so zu Umstimmungseffekten zu kommen (z. B. von Mutlosigkeit zu Zuversicht und Mut).

1.7 Formen von Berührung

In der IBT arbeiten wir gezielt mit unterschiedlichen Berührungsinterventionen. Wir unterscheiden zwischen

- Non-touching-Approach,
- Self-touching-Approach und
- Touching-Approach.

Im **Non-touching-Approach** berühren wir den Patienten über Blicke, Stimme, Gestik, Körperhaltung, Raumkonstellationen und Sprache. Sobald Kontakt ohne taktile Berührung entsteht, befinden wir uns im Non-touching-Approach.

Der **Self-touching-Approach** bezieht die eigenleibliche Berührung ein, der Patient wird ermutigt, den eigenen Leib selbst zu berühren und zu erkunden.

Im **Touching-Approach** berührt die Therapeutin den Patienten körperlich in unterschiedlicher Absicht und Intensität. Das kann eine stützende, mitfühlende Berührung sein (z. B. Geste des Trostes, der Zuwendung und des Halts), Berührung als Aufmerksamkeitsfokussierung (z. B. Atembewegung bewusst machen oder lenken) und Berührung als Konfrontation (Konfliktaktivierung).

1.8 Der Unterschied zwischen »Körper« und »Leib«

Dies ist eine der häufigsten Fragen: Warum arbeiten Sie mit dem antiquierten Begriff des Leibes? Der Körper, der biologische Organismus, ist die materielle Grundlage aller Lebensprozesse. Der Mensch mit seinen Gedanken, Gefühlen, Willensakten, seinen psychischen und geistigen Prozessen, seiner Persönlichkeit ist jedoch nicht nur auf einer materiellen Ebene zu erfassen, sondern all diese Begriffe bezeichnen Phänomene, die als »transmateriell« gesehen werden können. Hierfür verwenden wir den Begriff des lebendigen, bewegten Körpers: des »Leibes«. Wir verweisen hier auf Kapitel 3.6 (S. 36 ff.) und Kapitel 19.1.1 (s. S. 273 f.), wo diese Begrifflichkeiten detailliert erläutert werden.

1.9 Die verschiedenen Leibebenen

Der Mensch ist ein *multisensorisches* Wesen, ein Wesen, das die unterschiedlichsten Sinneseindrücke von außen und innen empfängt und multiple Stimulierung, also vielfältige Anregungen benötigt. Diese Anregungen führen zu *multiexpressivem* Verhalten, vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten (Sprache, Gesang, Bewegung, Gestik, Malen etc.). Folglich ist es eine Hauptaufgabe der IBT, Patienten mit multisensorischen therapeutischen Angeboten differenziert nach Störungsbildern und bezogen auf den lebensgeschichtlichen Hintergrund zu behandeln und zu fördern. Hierbei ist das Wissen um die Leibebenen für gezielte Interventionen in der therapeutischen Praxis bedeutsam.

Der **perzeptive Leib**, der »Wahrnehmungsleib«, verfügt über sogenannte Interozeptoren, die die Organempfindungen vermitteln, Propriozeptoren, die z. B. über die Stellung der Gelenke, Muskelspannung, Lage des Körpers, seine Drehbewegungen informieren, und Exterozeptoren

toren, die Informationen über die Umwelt vermitteln. Letztere werden unterteilt in Kontaktrezeptoren (Tast-, Geschmacks-, Druck-, Berührungs-, Temperatur- und Schmerzsinne) und Distanzrezeptoren (Gesichts-, Gehör- und Geruchssinn). Die Aufnahme von Information aus der Umwelt geschieht über diese Receptorsysteme. Darüber hinaus gibt es komplexe »funktionelle Verarbeitungssysteme« (Lurija), die über die eigentlichen, von Sinnesorganen vermittelten Informationen hinausgehen und das Bewusstwerden, die Wahrnehmung transmaterielle Phänomene ermöglichen, z.B. Atmosphären, Stimmungen, Gedanken, Phantasien.

Auf der perzeptiven Leibebe werden vielfältige Erfahrungs- und Bewegungsangebote bereitgestellt wie z.B. Atemübungen, Bewegungen in unterschiedlichen Qualitäten, Wechsel von Haltungen, Berührungs-, Klang-, Spracherfahrungen, Erleben mit unterschiedlichen Medien oder auch Naturerfahrungen.

Die **expressive Leibebe**, die auch als Ausdrucksleib bezeichnet werden kann, bringt die verarbeiteten Eindrücke des perzeptiven Leibes in die Handlung. Wir arbeiten hier mit den vielfältigen Formen menschlichen Ausdrucks. Skulpturierungen oder Gestaltungen mit dem Körper, mit verschiedenen Medien, Tanz, Stimme zur Verflüssigung von eingefrorenen Haltungsmustern sind nur einige wenige Ansätze aus dem reichhaltigen Repertoire expressiver Bewegungs- und Leibarbeit.

Ausdruck hilft Menschen, schwierige Lebenserfahrungen zu bewältigen. Eindruck braucht Ausdruck!

Die **memorative Leibebe** betrifft den Erinnerungsleib, der die Wahrnehmungen des perzeptiven Leibes und die Handlungen des expressiven Leibes speichert. Wobei einmal gespeicherte Wahrnehmungen und Handlungen die Struktur zukünftiger Wahrnehmungen und

Handlungen bestimmen. Einmal gespeicherte Informationen können aufgerufen werden. Über Leib- und Bewegungsarbeit z.B. über Berührung, Arbeit mit dem eigenen Raum, mit verschiedenen Medien werden die »Archive des Leibes« geöffnet.

Die **reflexive Leibebe** ermöglicht uns, über uns selbst nachzudenken, um so Distanz zu unseren Lebenserfahrungen herzustellen. Auf diese Weise sind wir in der Lage, mit dem Blick von außen auf uns selbst zu schauen und so Möglichkeiten zu schaffen, alternative Sicht- und Verhaltensweisen zu entwickeln. In dieser Mehrperspektivität können wir eine gewisse Souveränität und Freiheit erlangen. Wir ermöglichen dies z.B. durch Standortwechsel im Raum, durch das Einnehmen anderer Haltungen (Sitzen, Stehen, Liegen) oder das Erfahren von unterschiedlichen Bewegungs- und Beziehungsmustern und durch ihre Versprachlichung in »dichten Beschreibungen« (Petzold u. Sieper 2007).

Damit wird auch eine **prospektive Leibebe** erschlossen, in der durch Phantasie und Voraussicht, die »Zukunft des Leibes« – Gesundheit und Entwicklung, aber auch Krankheit und Verfall – gesehen wird. So können Menschen proaktiv für ihre Zukunft sorgen, Gesundheitsprävention betreiben, sich selbst und ihr Leben im Sinne einer »persönlichen Lebenskunst« (Petzold 1999p) gestalten. IBT fördert das durch Zukunftsprojektionen, Symbolspiele, kreative Medien und ist bemüht, die »antizipatorische Kompetenz« von Menschen zu fördern. Neben der Vergangenheits- und Gegenwartsorientierung wird somit die heute so wichtig gewordene Zukunftsorientierung gewonnen.

1.10 Der therapeutische Prozess

Jeder therapeutische Prozess sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie ist gemäß dem Ko-respondenzmodell (vgl. Kap. 1.4) sehr



Abb. 1-3 Das Tetradische System der IBT (vereinfacht visualisiert von Waibel u. Bumiller nach Petzold 1996a, S.86)

spezifisch und äußerst variabel. Es wurde als ein idealtypisches Modell, das »Tetradisches System« (s. Abb. 1-3), entwickelt, das jedoch nicht immer gleichförmig phasenhaft verläuft, sondern von Bewegungen zwischen den Phasen, von Überspringen und Rückschritten gekennzeichnet ist (s.u. zum therapeutischen Vorgehen mit den verschiedenen Modalitäten: übungs-, erlebnis-, konfliktzentriert).

Im therapeutischen Prozess der IBT wird die diskursiv-hermeneutische Ausrichtung mit der dramatisch-aktionalen, der behavioralen und der tiefenpsychologischen verbunden (Petzold

1993, S. 500). In einem solchen spiralförmigen Prozess stehen Theorie und Praxis in einem fortwährenden Austausch (Theorie-Praxis-Zyklus).

Die heraklitesche Spirale (Petzold 1993, S. 498) ist hierfür Grundlage des Erkenntnisgewinns, des Lernens und Handelns und des Veränderns im schöpferischen Ko-respondenzprozess (Abb. 1-4).

Die »hermeneutische Spirale« (Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären) ist mit der »agogischen Spirale« (Explorieren, Agieren, Integrieren, Reorientieren/Kreieren) und der »the-

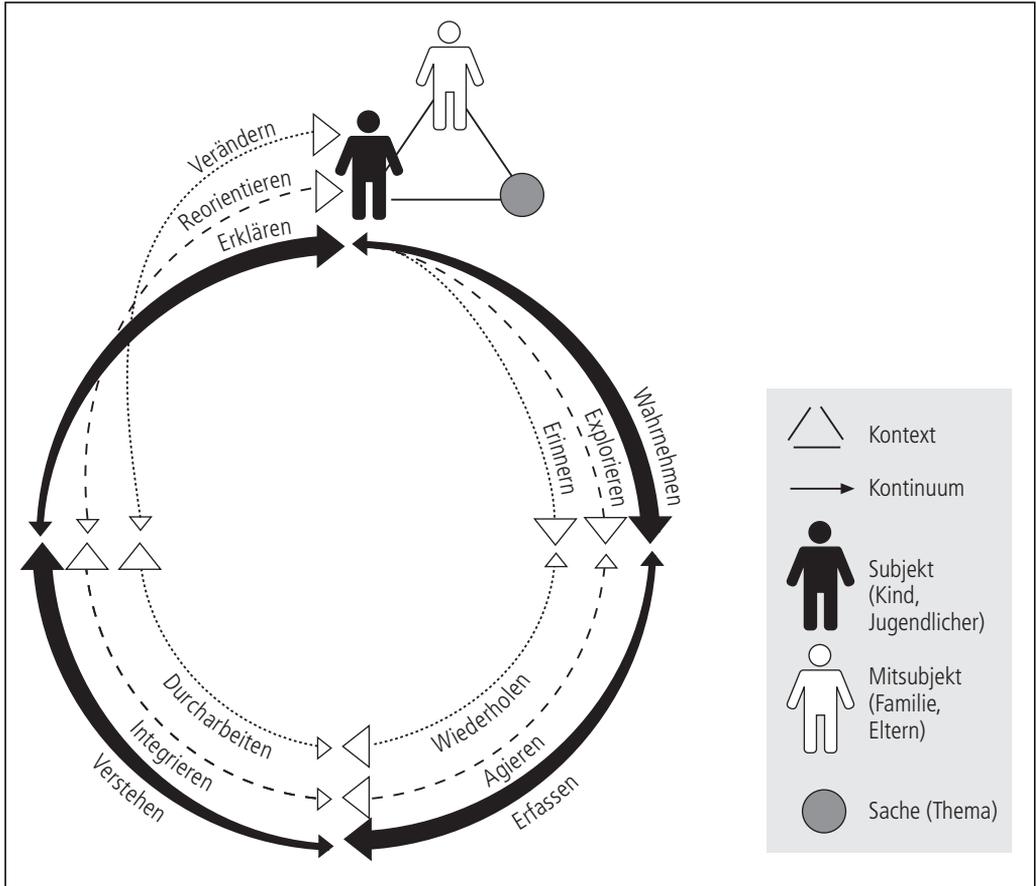


Abb. 1-4 Die herakliteische Spirale des Erkenntnisgewinns, des Lernens und Handelns und des Veränderns im Ko-responsenzprozess (nach Petzold 2003a, S. 498)

rapeutischen Spirale« (Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten, Verändern) in einem Erkenntnis-, Lern- und Handlungsprozess verflochten. Weitere Praxisbeispiele hierzu finden sich in den Kapiteln 10, 14, 15, 16 und 19.

1.11 Die Modalitäten

1.11.1 Übungszentrierte Modalität

Die übungszentrierte Modalität zielt auf das Üben bzw. Einüben neuer oder anderer Verhal-

tensmuster. So fällt es beispielsweise vielen Patienten sehr schwer, eine gute Grenze in ihrem Lebensalltag zu finden – z. B. rechtzeitig Stopp zu sagen, wenn ihnen etwas unangenehm ist. Das Üben von »Stopps« und »Neins« in einer Gruppe muss wiederholt werden. Veränderung bedarf häufiger Wiederholung – eben der Übung. Weshalb der Transferarbeit in den Alltag und sogenannten »Hausaufgaben« große Bedeutung zukommt, etwa bei Themen wie: »Wo muss ich mich besser schützen«, »Wen darf ich nicht so nah an mich heranlassen«. Die Um- und Neuorganisation neuronaler Bahnun-

gen, Netze und neuronaler Landkarten (Grawe 2004; Lurija 1992; Spitzer 2006) bedarf bei vielen Patienten mit eingeschliffenen Handlungsschemata und Lebensstilen, die »in Fleisch und Blut übergegangen« sind und die sich zum Teil in komplexen Störungen äußern, einer sehr differenzierten Vorgehensweise (»Nehme ich überhaupt wahr, wenn jemand meine Grenzen überschreitet?«, »Traue ich meinen eigenen Gefühlen, wenn ich etwas als unangenehm erlebe?«, »Kann ich es dem Anderen sagen, wenn ich ihn als grenzübertretend erlebe oder fürchte ich mich vor den Konsequenzen?«, »Darf ich mich überhaupt von sehr nahen Menschen abgrenzen und wie mache ich das?«). Das sind nur einige Aspekte, die bei einer so scheinbar einfachen Übung wie »Stopp-Sagen« auftreten und einer zunehmenden kognitiven, emotionalen, volitiven, also leiblichen Differenzierungsarbeit bedürfen. Dabei wird der »Alltag zur Übung« (Dürckheim 1972), um die feinen Nuancen zwischen eigenleiblichem Wohlbefinden und Grenzziehung zur sozialen Umwelt zu finden. Oft geht es um das »Verändern des Lebensstils« eines Menschen in seiner Lebensspanne, was immer mit einer weit greifenden Veränderung dieses Menschen in seinem Wahrnehmen, emotionalen Erleben, seinem Denken, Wollen und Handeln gleichbedeutend ist. Es geht also nicht nur um das Umlernen einzelner Verhaltensweisen. Neurobiologisch kann es dabei nicht allein oder primär um Um- und Neubahnung eng umgrenzter zerebraler Areale gehen, sondern um die Reorganisation von komplexen bzw. komplex vernetzten »funktionellen Systemen« (Anokhin 1967; Lurija 1992; vgl. Kap. 3) mit ihren beteiligten Partialsystemen, die sich kontextbestimmt und aufgaben- bzw. zielorientiert selbst organisieren. Da der Leib in jeweilige sozioökologische Kontexte eingebunden ist (*embedded*), werden die Einflüsse solcher Kontexte durch Mentalisierungen aufgenommen und zugleich dabei »ingeleibt« (Schmitz 1989), »verkörpert« (*embodied*).

In diesem Buch werden übungszentrierte Ansätze besonders in Kapitel 7 in der Bewegungsarbeit bei Angsterkrankungen, als ausgearbeitete störungsspezifische Konzepte in Kapitel 6 bei der Ausdauertherapie und in Kapitel 18 bei der therapeutischen Arbeit mit Kampfkünsten vorgestellt.

1.11.2 Erlebniszentrierte Modalität

In der erlebniszentrierten bzw. erlebnisaktivierenden Modalität soll in der IBT das »totale Sinnesorgan Leib« mit all seinen Sinnen angesprochen werden.

Besonders Patienten, die

- sehr kognitiv orientiert sind,
- in ihrer Erlebnisfähigkeit Einschränkungen haben,
- unter einem gestörten Körperbezug leiden,
- ihren Körper ablehnen und/oder sich ihrem Körper ausgeliefert fühlen (z. B. durch Schmerz/Funktionseinbußen),

profitieren von Erlebnisaktivierung. Auf diesem Wege können mittels »alternativer Erfahrungen« kognitiver, emotionaler, volitiver Art, die für den Erlebenden bedeutsam sind, dysfunktionale Verhaltensmuster *gehemmt* werden (Grawe 2004). Das neue Erleben und Verhalten wird damit stark gebahnt, das problematische geschwächt, weil das Gehirn seine Muster/Schemata/Stile/Narrative *nutzungsabhängig* (Hüther 2007) weiterentwickelt oder rückbildet. Die erlebniszentriert-aktivierende Modalität nutzt diese neurobiologischen Möglichkeiten und kann so Verhaltensänderungen, Symptomreduzierungen erreichen, oft ohne konfliktorientiertes »Durcharbeiten«. Diese kreativen Veränderungsmöglichkeiten werden aus Integrativer Sicht als eine spezifische Eigenschaft des Gehirns betrachtet (Schnitzler u. Schnitzler 2007; Sieper 2007).

Wir setzen in dieser Modalität eine multisensorische und multiexpressive *Praxis* ein mit Bewe-

gung, Berührung, Atmung, kreativen Medien, Naturerfahrungen (Bauder 1997) und Visualisierung auf der Basis der »multiplen Stimulierung«.

In diesem Buch werden erlebniszentrierte Ansätze besonders in den Kapiteln 10, 13 und 14 vorgestellt.

1.11.3 Konfliktzentrierte Modalität

Da in den »Archiven des Leibes« die Lebenserfahrungen aufgenommen wurden und in leiblichen (d. h. damit auch in kognitiven, emotionalen, volitionalen, motivationalen) Mustern/Schemata/Narrativen Niederschlag gefunden haben, ist der Leib auch der Ort archivierter Konflikte, Entbehrungen, Belastungen, kritischer Lebensereignisse und Traumata, und natürlich auch aller positiven, protektiven, salutogenen Erfahrungen. Beide Erfahrungsströme zeigen Wirkung im psychophysiologischen Funktionieren, den neurohumoralen Prozessen und den durch sie ausgelösten seelischen und geistigen Regungen – etwa in somatoformen Störungen, psychosomatischen Reaktionsbildungen oder somatischen Manifestationen von als psychisch gekennzeichneten Störungen, aber auch in Resilienzbildungen (Petzold u. Müller 2003). Bei Depressionen z. B. als psychischem Geschehen findet sich immer auch ein »depressiver Leib« mit fehlreguliertem Tonus, beeinträchtigter Atmung, Konditionsschwäche usw. (vgl. Kap. 6). In der konfliktzentrierten Arbeit kommen Szenen aus der Lebensgeschichte ins Bewusstsein, werden »leibhaftig« erlebt, durchlebt und ermöglichen durch die stützende und schützende Präsenz des Therapeuten »korrigierende bzw. alternative Erfahrungen« wiederum kognitiver, emotionaler, volitiver Art. Diese sehr effektive Vorgehensweise kann jederzeit durch die vorangehend beschriebenen Modalitäten unterstützt oder ergänzt werden. Sie führt zu Veränderungen auf allen Leibebenen sowie

in den verschiedenen Persönlichkeitsbereichen und im Lebensstil und ergänzt damit ein rein kognitives Vorgehen.

Neben diesen drei Modalitäten finden in der bewegungstherapeutischen Arbeit indikationsbedingt weitere Modalitäten Anwendung:

Die **netzwerkaktivierende Modalität** (Hass u. Petzold 1999): z. B. bei älteren Menschen aber auch jungen Erwachsenen, bei starker sozialer Isolierung, bei schweren Arbeitsplatzkonflikten wie in den Kapiteln 9 und 10 dargestellt.

Die **medikamentengestützte Modalität**: Bei vielen psychiatrischen Störungsbildern müssen die therapeutischen Maßnahmen durch vorübergehende oder Dauermedikation unterstützt werden, aber auch bei Angststörungen und Depressionen. Eine Stärke des Integrativen Ansatzes liegt gerade in seiner Kompatibilität mit medikamentösen Behandlungen.

1.12 Die Tiefungsebenen

Therapeutische Prozesse sind von unterschiedlicher Intensität, alle sollten ihre Indikation und ihren Sinn haben. In der IBT wurde mit Bezug auf ihre Bewusstseins- und Persönlichkeitstheorie aufgrund klinisch-phänomenologischer Beobachtungen ein Modell erarbeitet, das Intensitätsprozesse als »Tiefungsebenen« beschreibbar macht. Ausgehend von einer sehr Ich-bewussten Ebene der Reflexion mit hoher kognitiv-präfrontaler Kontrolle werden in Prozessen der mnestischen Aktivierung aus den Leibarchiven Materialien freigesetzt: Bilder, Gefühle, Stimmungen und Leibempfindungen, die die kognitive Kontrolle herabsetzen, bringen aus verdrängten bzw. dissoziierten Bereichen des Leibgedächtnisses (dem »Informierten Leib«, vgl. Kapitel 3) und seelisch archaischen Schichten – das alles hat natürlich eine zerebrale und neuronale Basis – Materialien ins bewusste Erleben bzw. an die Oberfläche des Bewusstseins, sodass diese bearbeitet werden können. Dieses