Integrative Bewegungstherapie

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

(peer reviewed)

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

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

in Verbindung mit:
„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“
Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:
Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
„Integrative Bewegungstherapie“ **ISSN 1437–2304**

Ausgabe 01/2017

Die Bedeutung der Selbstregulation als übendes Element bei Jungen Erwachsenen im akut-klinischen Kontext

Martin J. Waibel, Aulendorf *

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* **Nr. 2-2017**

* Veröffentlicht von der **„Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“**, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „**Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: http://www.eag-fpi.com).
Aus dem Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau-Universität Krems 2013.

Zusammenfassung: Die Bedeutung der Selbstregulation als übendes Element bei Jungen Erwachsenen im akut-klinischen Kontext
Die Bedeutung der Selbstregulation als übendes Element bei Jungen Erwachsenen im akut-klinischen Kontext wird eingehend beschrieben. Zunächst wird der Begriff der Selbstregulation aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen definiert und die Bedeutung für die Psychotherapie erörtert. Ebenso wird die Zielgruppe der Jungen Erwachsenen (18-28 Jahre) aus soziologischer und entwicklungstheoretischer Sicht eingehender erläutert. Eine wichtige Frage hierbei: handelt es sich bei den Jungen Erwachsenen um Entwicklungsverzögerungen oder einer neuen wichtigen Lebensphase? Danach werden grundlegende Techniken, die spezifisch für Junge Erwachsene auf der Grundlage der Integrativen Therapie entwickelt bzw. weiterentwickelt wurden bzw. auch Techniken anderer therapeutischer Verfahren, beschrieben. Differenziert nach einem bio-psycho-sozialen Gesundheits-Krankheitsverständnis werden diese vorgestellt. Und zwar verschiedene biologische, psychologische, kognitive, soziale und ökologische selbstregulatorische Techniken wie beispielsweise Ausdauerbewegung, Innerer Garten, Gedankenstopp, Gefährten sowie Naturerfahrung. Die gesamte Arbeit steht unter dem Entwicklungsparadigma bio-psycho-kognitiver-sozialer-ökologischer Interventionen in der Lebenspanne junger Erwachsener im Verfahren der Integrative Therapie. Vielfältige einfache Fallvignetten und Praxisbeispiele umrahmen die gesamte Arbeit.

Schlüsselworte: Junge Erwachsene, Selbstregulation, *Integrative Bewegungstherapie*, Bio-psycho-öko-soziales Krankheitsverständnis, Bio-psycho-kognitiv-soziale-ökologische Interventionen.

Summary: The importance of self-regulation as a practicing element in young adults in the acute clinical context
The importance of self-regulation as a practicing method with young adults in the acute clinical context is described in details. First, the concept of self-regulation from various scientific disciplines is defined and the importance for psychotherapy will be discussed. Likewise, the target group of young adults is (18-28 years) explained from a sociological and developmental theoretical point of view. An important issue in this regard: Is the young adult a developmental delay or a new important phase of life ? There after basic techniques which have been specifically developed and further developed for young adults on the basis of Integrative Therapy will be described . These techniques are differentiated by a bio-psycho-social health disease understanding. Various biological, psychological, cognitive, social and environmental self-regulatory techniques were presented, such as endurance exercise (running-therapy), Inner garden, thought stopping, companions and natural experience. The entire work is under a development paradigm how bio-psycho-social-cognitive-ecological interventions can help in the life span of young adults. Various simple case vignettes and practical examples frame the entire work.

Keywords : Young adults, self-regulation, *integrative movement therapy*, bio -psycho-social-ecological understanding of disease, bio-psycho-social-ecological-cognitive interventions.

„Nun sind es ja gerade Unentschlossenheit, Entschlusslosigkeit,
Entscheidungsschwierigkeiten, sind es Willensschwäche
und fehlendes Umsetzungs- und Durchhaltevermögen,
die therapeutische Zusammenarbeit und Therapieerfolge
gefährden und beeinträchtigen. Deshalb ist es unerlässlich,
diese Phänomene in den Blick zu nehmen, sich über den Umgang
mit dem Willen in der Therapie Gedanken zu machen,
willenstherapeutische Strategien zu entwickeln.
Wenn „Autonomie“ (Psychoanalyse),
„Selbstwirksamkeit“ (Verhaltenstherapie),
„Selbstaktualisierung“ (Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie),
„Selbstverantwortung, Selbstverwirklichung“ (Gestalttherapie),
„Selbstregulation und persönliche Souveränität“ (Integrative Therapie)
zentrale und übergeordnete Therapieziele sind
(vgl. die Positionen der Therapieschulen, Petzold, Sieper 2004)
dann implizieren sie alle ein Moment „hinlänglicher Willensfreiheit“,
wenn diese Zielsetzungen nicht nur auf die
automatisierte Performanz „organismischer Selbstregulationsprozesse“ (Perls 1969)
hinauslaufen soll – und das ist bei keiner der genannten Schulen der Fall.
Petzold/Sieper 2008

1. Einführung – selbstleitendes Interesse

Wenn man in die sechste und damit letzte Heptade (7 Jahreszeiträume) beruflicher Tätigkeit eintritt, stellt sich grundsätzlich die Frage nach Rückblick und Ausblick des eigenen professionellen Schaffens, nämlich das was man selbst geleistet hat und ob das alles richtig war bzw. ob man überhaupt „Spuren der Wirksamkeit“ hinterlassen hat. Eine Art innere und äußere Bilanz. Das kann natürlich nicht Thema einer Masterarbeit sein –

und doch war dies schließlich (zunächst unbewusst) eine wichtige Antriebskraft zur Umsetzung des Themas in eine Masterarbeit.

Der erste Aspekt: Ich habe als junger Mensch in einer psychosomatischen Klinik meine Arbeit begonnen und werde diese dort voraussichtlich irgendwann nach über 40 Jahren, vorbehaltlich aller biologischen Ereignisse – beenden. Damals kannte man den Begriff „Junger Erwachsener“ noch nicht. Auch arbeitete ich nicht spezifisch mit Jungen Erwachsenen sondern vielmehr zunächst in einer Massage- Sport- und Krankengymnastikabteilung einer psychosomatischen und internistischen Akut- und Rehaklinik mit z.T. Kindern in der Ambulanz und Erwachsenen auf Station. Das ist ungewöhnlich für heutige Verhältnisse: Welcher junge erwachsene Berufsanfänger wird schon lebenslang bei einer Firma beschäftigt bleiben? Die Zeiten waren wohl anders! Tatsächlich? Letztendlich bin ich mit 21 Jahren an diese Klinik gekommen und hatte bereits auch schon einen „biografischen Bruch“ in meinem Leben, der meine berufliche Zukunft vollkommen veränderte: Die Geburt meiner Tochter ein Jahr zuvor. Gefühlt hatte ich mich als 20 Jähriger als junger Mensch, niemals als Erwachsener. Nach der Geburt meiner Tochter war ich Erwachsener, musste Geld verdienen, das Kind versorgen, mich um berufliches Fortkommen bemühen. Manchmal spüre ich heute: die Zeit des „jungen Erwachsenseins“ hat wohl in meinem Leben gefehlt.

Der zweite Aspekt: Vor über sieben Jahren wurde die Klinik von einem neuen Gesellschafter übernommen. Einige Zeit nach der Übernahme begannen vielfältige Umstrukturierungen, an denen ich selber als Mitarbeiter mit Leitungsfunktion beteiligt war. Hier entstand auch die neue Station für „Junge Erwachsene“. Der leitende Chefarzt sagte damals nur in lockerem Ton: „das braucht man jetzt, es gibt viele Junge Erwachsene die dringend Therapie benötigen und die Therapieangebote sind derzeit hierfür viel zu gering“. Mich überzeugte das. Als er aber kurz darauf meinte, ich solle als Integrativer Bewegungstherapeut diese Station mit übernehmen, ich sei doch eine „konstante Größe“, fühlte ich mich komplett überfordert: Arbeit mit Jungen Erwachsenen, so dachte ich mir, dafür bin ich einfach zu alt. Das mache ich nicht. Ging aber nicht. Er hatte recht: Tatsächlich bin ich heute mal wieder der einzig „Überlebende“ dieser Station geblieben, das Team hat sich um mich herum „rundum erneuert“. Ich schreibe das so locker, weil eine Erkenntnis der heutigen Arbeit für mich ist: man muss auch die eigene Leichtigkeit und Lockerheit in dieser Arbeit bewahren, dies hilft immens beim Beziehungsaufbau, ohne dabei unseriös zu werden. Wichtig bei diesem zweiten Aspekt über all die Jahre ist nun die kritische Reflektion des eigenen Tuns: was machen wir da eigentlich alles, was haben wir da entwickelt. Was verändern wir und warum, warum machen wir es genauso und

übersehen wir nicht Wesentliches? Das ist der Nachteil des Praktikers, nämlich dass oft zu wenig Zeit für theoretisches Nachdenken und Überprüfen des eigenen Handelns bleibt. Als Praxeologe (ein wunderbarer wissenschaftstheoretischer Begriff den Hilarion Petzold geprägt hat) muss es jedoch mein Ziel sein, die Erkenntnisse der praktischen Arbeit im theoretischen Rahmen zu reflektieren und umgekehrt die theoretischen Grundlagen therapeutischer Arbeit konkret in der Praxis auf deren Anwendbarkeit hin zu überprüfen. Insbesondere stellt sich natürlich immer die Frage in der Praxis: handeln wir nicht hier einfach pragmatisch-eklektizistisch oder gibt es auch sinnvolle Integrationen gerade in Bezug auf den Anspruch unseres Verfahrens. Das soll hier ebenfalls versucht werden zu erörtern. Daher, und das möchte ich betonen, sehe ich diese Arbeit in der wichtigen modernen wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung auf den Grundlagen der Praxeologie. Dazu später mehr.

Der dritte Aspekt: Meinen persönlichen „beruflichen biografischen Bruch“ konnte ich aus beruflicher Sicht dann doch noch ein wenig „kitten“. Nach verschiedenen Studienabschlüssen und therapeutischen Aus- und Weiterbildungen führte mich meine Arbeit dann in der Lehre und Ausbildung wieder zu den Jungen Erwachsenen zurück. Als Dozent an Fach- und Hochschulen für sozialwissenschaftliche Fächer (Psychologie, Pädagogik, Medizinische Soziologie und Gerontologie u.a.) verbringe ich inzwischen einen nicht unwesentlichen Teil meiner beruflichen Zeit dort. Und auch hier die Erkenntnis: die Welten Junger Erwachsener sind vielschichtig, gekennzeichnet von unglaublich vielfältigen Wegen und Möglichkeiten, dann wieder äußerst einschränkend, verwirrend, überfordernd und manche/r scheint wohl gerade daran zu scheitern: am mangelndem Halt, mangelnder Struktur und an den fehlenden Gefährten. Wie sagte doch ein Junger Erwachsener in einer IBT-Gruppe in der es um „innere Beistände“ ging. *„Ich habe das einfach nicht verstanden was Sie da immer mit inneren Beiständen und Gefährten gesagt haben, ich wusste einfach nicht was das soll. Psycho-Kram dachte ich mir, aber als Sie dann als Beispiel den Film Herr der Ringe nannten, Teil 1 „Die Gefährten“ da wurde mir klar: Ich hatte nie richtige Gefährten in meinem Leben, daher haben mir diese auch nie gefehlt.“*
Schließlich beschäftigte mich in den letzten Jahren dann die Frage: was ist eigentlich eine spezifische (Psycho)-Therapie[1] „Junger Erwachsener“? Die Begleitung als

1 Der Begriff Psychotherapie gibt nicht unbedingt die Komplexität und Beschreibung therapeutischer wirksamer Maßnahmen im klinischen Setting wieder. Psychotherapie ist natürlich der zentrale Bestandteil therapeutischer Begleitung in der Klinik. Des weiteren sind jedoch die kreativen Verfahren wie Kunsttherapie, Integrative Bewegungstherapie (Spezialtherapien) gleichsam bedeutend und in der Kombination mit sozialtherapeutischen/sozial-beratenden (Beruf, soziale Hilfen, Eingliederung, Ausbildung, Wohnsituation etc.) und alltagsspezifischen Hilfen z.B. über den Pflegedienst sowie die Peer-Group der Jungen Erwachsenen gerade in der Kombination

„Gefährtenschaft“ scheint ein wichtiger Punkt zu sein, aber hierbei eben auch die „Begleitung“ auf dem Weg zur „Selbständigkeit“ mit Hilfe selbstregulatorischer Kompetenz um in der Vielfalt und Komplexität moderner Welten nicht nur zu überleben sondern auch hier seinen Platz zu finden. Ein junger Erwachsener formulierte es in einer Gruppe mal sinngemäß so*: „Das mit der Selbstregulation ist doch wie in einem Computerspiel. Ich muss verdammt aufpassen oder achtsam sein wie Sie es sagen. Dann wenn ich eins auf die Mütze kriege, muss ich schauen wo ich wieder auftanken kann, in meinem Spiel heißt das Lebensenergie holen. Manchmal gehe ich im Level zu schnell hoch ohne vorher etwas gelernt zu haben, und dann gibt es eins auf die Mütze. Das ist hier genau gleich. Ich mache Übungen zum Gedankenstopp mit zu schwierigen Inhalten. Dann überwältigt es mich einfach und ich bin frustriert. Und manchmal bin ich auch nicht in Form oder halte alles nur kurz durch, ich merke also deutlich dass ich einfach keine Ausdauer habe ... Also das ist doch eigentlich alles ein großes Computerspiel, oder?“*

Abschließend ein paar Worte zum dem manchmal leichten und lockeren Schreibstil dieser Arbeit. Zunächst sind der besseren Lesbarkeit willen bei jeder maskulinen oder femininen Wortbildung die jeweils andere mitgedacht. Ich habe diese Arbeit bewusst nicht in dem immer noch traditionsgemäß schweren, komplizierten deutschen Wissenschaftsstil verfasst. Gerade die Komplexität des Verfahrens der Integrativen Therapie erleichtert auch nicht gerade eine einfache Zugangsweise. Das ist unter einem wissenschaftstheoretischen Anspruch verständlich. Hingegen gibt es gewichtige Argumente zu versuchen, wissenschaftliche Theorie und die komplexe Theorie der Integrativen Therapie vereinfacht und gut verständlich darzustellen. Junge Erwachsene sind neugierig, sie wollen verstehen was mit Ihnen „gemacht“ wird, sie wollen sich ebenso selber verstehen. Hierzu ist es meine alltägliche Herausforderung komplexe Zusammenhänge, wie Persönlichkeit, Selbstwert, Identität, Selbstregulation, Aggression und viele andere Begriffe nicht nur einfach und verständlich darzustellen sondern auch intersubjektiv und leiblich nachvollziehbar zu machen. Das erfordert, so meine Erfahrung, Prägnanz und Einfachheit. Es ist eine echte und immer wieder liebenswerte Herausforderung dies in einer heterogenen Gruppe voller Extrempositionen mit einem Bildungshintergrund der von nicht erreichten Hauptschulabschluss (heißt kein Bildungsabschluss) bis hin zum Abitur von 1,0 reicht. Mir lag also viel Wert daran, dass jemand diese Arbeit auch verstehen kann ohne eine vertieften psychotherapeutischen Wissenshintergrund zu haben. Dafür gibt es in der

wirksam. Siehe hierzu auch die Diskussion bei Flach-Bulwan (2013). Besser wäre demnach der von Petzold (2003) vorgeschlagene Begriff „Humantherapie“.

aktuellen psychotherapeutischen/psychiatrischen Literatur gerade aus dem nordamerikanischen Bereich schöne Beispiele wie die Publikationen von Irving D. Yalom oder das aktuelle Buch von Frances Allen (2013) „Normal“ über das komplexe Gebiet psychiatrischer Diagnostik DSM IV und V.

Im Laufe der Jahre habe ich so immer mehr die Techniken und meine Arbeit in der Klinik in den Erläuterungen vereinfacht, weil häufig die Kritik kam: das ist schon gut, man spürt es, aber ich verstehe es nicht. Daher habe ich versucht diese Arbeit in einem einfachen Stil zu verfassen. Ich hoffe, dass durch die Reduktion von Komplexität hierbei nicht unnötige Unschärfen entstanden sind. Im Sinne einer diskursiven wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung gebe ich bei allen Ausführungen zu bedenken, dass die vorgestellten Vorgehensweisen, Übungen und Erkenntnisse teilweise auf evidenzbasiertem Wissen beruhen aber eben auch spezifisch und individuell in jahrelangen praxeologischen Prozessen gewonnen wurden. Wir wissen aus den Diskussionen über Wirksamkeit, therapeutische Prozesse und Vorgehensweisen in der Therapie nicht erst seit Grawe (1995), dass die Person des Therapeuten (Kächele 2013[2]) eine erhebliche Rolle spielt, ebenso die große Schwierigkeit therapeutische Prozesse zu typologisieren bzw. normativen Systemen zu unterwerfen (vgl. Fischer S.275 ff.), und ich betone daher dass die Vorlieben von Therapeuten für bestimmte Übungen und Vorgehensweisen häufig richtungsweisend für eine erfolgreiche Therapie sind. Waldemar Schuch (2007, Seite 117) weist in seiner Würdigung zu Freuds` Lebenswerk explizit darauf hin: „Ich glaube, dass phänomenologisch-hermeneutische Psychotherapieverfahren größtenteils personalen Ursprungs sind, weil sie sich zuerst wesentlich der Selbstbeobachtung und Selbstreflexion verdanken und weil ihre theoretischen Modellvorstellungen letztlich die zu Gedankenfiguren geronnenen Erlebens- und Verhaltensweisen ihrer Begründer enthalten. Um die spezifische Qualität der Verfahrensbegründung im Subjekt als Erkenntnisobjekt nicht zu ignorieren, ist neben allem anderen immer auch auf die Person seines Begründers zu sehen. Mit anderen Worten, ich gehe davon aus, dass sich im Werk immer auch in hohem Maße Persönliches (Schuch 1990) zeigt. Ich denke also, es gibt einen unauflösbaren Zusammenhang von Freuds persönlichen Lebensrealisationen und der Entstehung und Entwicklung seiner Theorie sowie seiner therapeutischen Praxeologie.“

2 Mündliches Gespräch im Oktober 2013 über das Thema, was das Besondere in der therapeutischen Beziehung von Bewegungstherapeuten ist, warum sie wirksam sind, was sie in der Therapie anders machen und wie dies in der Ausbildung spezifisch gelehrt wird. Kächele: *„Die Qualität eines Therapeuten zeigt sich bei aller Theorie immer erst im unmittelbaren Tun, so der Forschungsstand.“*

Ich bitte daher vor allem die praktischen Übungen als Ideenansätze und Erfahrungsangebote in einem ständig kritisch zu reflektierenden Prozess zu verstehen und nicht als „Kochbuchanweisung“ für bestimmte Krankheits- bzw. Störungsbilder. Gerade wir – unsere Gruppe der Praktiker und Praxeologen – müssen die zweifelsohne wertvolle Alltagsarbeit stets immer wieder aufs Neue kritisch reflektieren um im Sinne hermeneutischer Erkenntnisspiralen (Petzold 2003) über diesen Weg vertiefte Einsichten zu erlangen.

2. Definitionen und Überlegungen

2.1 Zu den Begriffen „Jugend“ und „Junge Erwachsene“

Vor einigen Jahren, vielleicht ist es auch schon über ein Jahrzehnt her – so genau weiß es niemand - wurde eine neue Entwicklungsphase entdeckt, die zwischen Jugendalter und Erwachsenenalter liegt. Arnett (2004) nennt dies, das „emerging adulthood“ und meint die Periode zwischen 18. und 25. Lebensjahr bzw. bei entsprechenden Ausbildungen (z.B. Studium) sogar das 30. Lebensjahr.
Ältere Konzepte sprachen zunächst von einer Prolongierung des Adoleszenz in Form von Postadoleszenz oder klinisch negativ konnotiert einer „pathologisch prolongierte Adoleszenz“. Wir werden nachfolgend sehen, nimmt man mehr eine soziologische Perspektive ein, dass gerade die letztere pathologisierende schon fast stigmatisierende Definition nicht mehr einer zeitgenössisch aktuellen wissenschaftstheoretischen Basis entspricht. Entwicklungen beim Menschen sind in einem ständigen Fluss und es spricht alles dafür, dass wir heute aufgrund verlängerter Schul- und Ausbildungszeiten, beruflicher Verunsicherungen (z.B. hohe Arbeitslosigkeit, Praktikantenstatus, befristete Verträge) sowie komplexer pluralistischer gesellschaftlicher Veränderungen von einem normal verlängerten Übergang vom Jugendalter in das Erwachsenenalter ausgehen müssen.

Die Begriffe „Jugend“ und „Junge Erwachsene“ sind in der Literatur nach wie vor nicht, ungenügend, unterschiedlich und uneinheitlich definiert.

Der „Duden“ (2013) hält sich vornehmlich in einer genaueren Definition zurück und schreibt zu Jugend: „Zeit des Jungseins; Lebensabschnitt eines jungen Menschen“.

Auch der Brockhaus (2013) legt sich nicht fest. Er wendet sich sogar an Eltern und Jugendliche mit einem E-Book mit dem Titel „Junge Jahre – vom Kind zum Erwachsenen, das sich den entscheidenden Wandlungsprozessen der Jugendlichen von der Pubertät über den Einstieg ins Arbeitsleben bis zum Erwachsensein widmet ohne sich dabei in den Altersangaben festzulegen.

Wikipedia (2013) führt zum Begriff der Jugend aus: *„Unter Jugend versteht man in der westeuropäischen Kultur und der deutschen* Strafmündigkeit *die Zeit zwischen* Kindheit *und Erwachsensein, also etwa zwischen dem 13. und 21. Lebensjahr. Diese Zeit wird auch als* Adoleszenz *bezeichnet, wobei im genannten Zeitabschnitt im Bedarfsfalle das* Jugendrecht *zum Einsatz kommt.“*
Nach deutschen Recht (SGB VIII, JGG) ist hingegen Jugendlicher, wer das 14. Lebensjahr vollendet hat, aber noch nicht 18. Jahre ist.

In Österreich ist es hingegen wesentlich komplizierter. Das Bundeskanzleramt (2013) beschreibt auf seiner Internetseite, dass das österreichische Jugendschutzrecht Ländersache ist, d.h. der Begriff des Jugendlichen ist durchaus unterschiedlich verankert. So gelten z.B. in den Bundesländern Steiermark, Kärnten, Tirol und Vorarlberg Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres als Kinder und ab dem vollendeten 14. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als Jugendliche. Das Gesetz Oberösterreichs kennt nur den Begriff Jugendliche für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Wien, Niederösterreich, Burgenland hingegen verwenden dafür den Ausdruck junge Menschen – den Begriff Kind gibt es in diesen vier Bundesländern nicht. Dies ist nur eine sehr verkürzte Darstellung der unterschiedlichen Begriffsdefinitionen in Österreich.
Wenn wir die Begriffe aus der entwicklungspsychologischen Brille betrachten so findet man bei Erik Erikson (1979) unter den Stufen der psychosozialen Entwicklung ohne genauere Altersangaben zunächst die Stufe der Jugend (Adoleszenz) und das junge Erwachsenenalter. Robert J. Havighurst (1982) ist hier schon viel konkreter und benennt in seinem Konzept der Entwicklungsaufgaben die Adoleszenz im Zeitraum von 13-17 Jahre, die Jugend von 18-22 Jahre und das frühe Erwachsenenalter von 23-30 Jahre. Aus integrativer Sicht schlägt Peter Osten (2009) für die Pubertät die Zeitspanne von 10-15 Jahre, die Adoleszenz von 14-21 Jahre und das frühe Erwachsenenalter von 19-40 Jahre vor. Somit haben auch die klassischen entwicklungstheoretischen Autoren bereits einen fließenden Übergang von der Jugend in das Erwachsen-Sein beschrieben.
Hingegen wird von gesellschaftlicher Seite immer wieder bemängelt wird, die Jugend wolle nicht erwachsen werden. Begriffe wie „Hotel Mama“ findet man inzwischen in zahllosen

Publikationen und nicht nur bei den Auszubildenden, sondern inzwischen auch bei Studenten. Johan Schloemann (2013) bemerkt in einem aktuellen Artikel „Ich will zu meiner Mama“, dass das Studium doch einst Abenteuer und Abschied von zuhause bedeutete. Heutzutage wohnen jedoch 23% der Studierenden zuhause, in Bayern sind es sogar 28%, was den dortigen Zivilrechtsprofessor Thomas Ackermann in München in seinen Vorlesungen zu folgender Frage provozieren lässt: „Wer von Ihnen kommt aus München und Umgebung?“ Viele Hände werden in die Höhe gestreckt; die Hälfte bis zwei Drittel der anwesenden Studenten. Daraufhin sagt der Professor: „Sehr schön, demnächst möchte ich Sie hier nicht mehr sehen.“

Schloemann (ibid.) führt aus, dass Bachelor- und Masterstudiengänge die Studienlandschaft verändert haben. Die Studiengänge sind straff getaktet, Freizeiträume sind eng geworden und es sei nicht selten, dass auch mal bei den Hausarbeiten die Eltern einem unter den Arm greifen. Aber auch die Bildungsexpansion hat dazu beigetragen: früher in der 70er Jahren haben noch 12% des Jahrgangs in Westdeutschland studiert, heute sind es fast die Hälfte eines Jahrgangs. Wohnungen sind teuer, nicht wenig Studierende kommen aus einfacheren Verhältnissen und können sich einen fernen Studienplatz einfach nicht leisten. Es sind aber keineswegs nur soziale und finanzielle Gründe die die geografische Mobilität und den Auszug aus dem Elternhaus verzögern: Das Verhältnis der Generationen sei partnerschaftlicher geworden, Kinder pflegen mehr Nähe, man muss nicht mehr so schnell „von den Alten“ abhauen. Und es gebe einen hohen Leistungsdruck, daneben Orientierungslosigkeit („ist das das richtige Studium für mich?“) als auch die Angst vor dem Scheitern. Da ist oft das „heimische Nest“ ein Ort absoluter Sicherheit. Zuletzt: Auch die Ansprüche sind gestiegen, WG`s nicht mehr ganz so beliebt, ein Student will ein Appartement mit eigener Dusche. Man will auf den bisherigen Standard einfach nicht verzichten, so hat es auch ein Junger Erwachsener mit 26 Jahren, Student bei mir in einer Gruppe formuliert und damit seinen „Autonomie-Abhängigkeitskonflikt“ gut begründet: „Auf Auto, gutes Zimmer und Essen kann ich nicht verzichten, ich möchte meinen Standard nicht verschlechtern. Das kostet seinen Preis und der heißt zuhause wohnen und abhängig sein“!

Der Begriff „Junge Erwachsene“ hat sich in den letzten 10-15 Jahren mehr und mehr etabliert, wobei die Definitionen in der Altersspanne zum Teil, wie wir gesehen haben, weit auseinandergehen.

Der Begriff „Junges Erwachsenen-Sein“ ist somit eine Altersphase, die sich von den Altersgrenzen nicht eindeutig bestimmen lässt. Aus einem integrativen Verständnis heraus wäre dies auch nicht wünschenswert, da wir davon ausgehen, dass der einzelne Mensch sich sehr individualisiert entwickelt, d.h. Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsprogressionen ohnehin bei jedem Menschen auftreten können. Phasenspezifischen Konzepten mit festen Alterseinteilungen stehen wir eher kritisch ablehnend gegenüber, was dem Individuum in seiner lebenslangen Entwicklung mit vielen Entwicklungschancen auch nicht gerecht würde. In der Integrativen Therapie orientieren wir uns an einer fundierten, modernen entwicklungspsychologischen Ausrichtung die vielfältige Problemsituationen und Entwicklungsschwierigkeiten in der „transversalen Moderne“ in ihren Blick nimmt (vgl. Petzold 2009, 147). Nur aus einer multitheoretischen Sichtweise kann man heute noch der komplexen Wirklichkeit, in denen sich Junge Erwachsene mit und in ihren Familien, Netzwerken und Konvois in ihren Entwicklungsprozessen befinden, gerecht werden.
Ich habe im Eingangstext selber persönlich beschrieben, wie Jugendzeit abrupt enden kann und diese einen zum erwachsenen Handeln zwingt. Andererseits habe ich im Freundeskreis auch Menschen die aufgrund mangelndem Entwicklungsdruck (z.B. sichere finanzielle Basis, lose Partnerschaften, individueller lockere Lebensmodelle) sehr zufrieden und auch in einem Alter von über 40 Jahre noch in dieser Phase des Jungen Erwachsen-Seins scheinbar verblieben waren wenn wir von Havighursts’ Entwicklungsmodell (Berufsfindung und berufliche Karriere, Heirat, Kinder, feste Partnerschaft, etc.) ausgehen. Schließlich sind dann noch einige mit über 50 Jahre in die Phase des „Erwachsenen-Seins“ eingetreten.

Schauen wir uns dazu einige wissenschaftliche Fakten an: zum einen zur Berufsfindung zum anderen zur Heirat und Geburt des 1. Kindes.
James Marcia (1966), der Eriksons’ Entwicklungsmodell als erster empirisch umgesetzt hat, unterscheidet in seiner Statusdiagnostik vier verschiedene Identitätsstatuten: unter achieved identity (erarbeitete Identität) versteht er, wenn Jugendliche zunächst im Beruf eine Phase des Ausprobierens durchlaufen und sich dann für einen bestimmten Bereich entschließen. Eine andere Gruppe, die sehr stark exploriert aber sich nicht festlegen möchte, befindet sich seiner Auffassung im „Moratorium“. Dann gibt es eine dritte Gruppe die gar nicht lange nach der Berufswahl fragt, sondern einen Beruf wählt, der schon im Elternhaus vertreten war, die sogenannte foreclosure-Gruppe. Schließlich hat die vierte Gruppe eine diffuse Identität, die weder exploriert und sich ebenso auf nichts festlegt.

Marcia sprach in seinen späteren Forschungsarbeiten von der Zunahme einer diffusen Identität von 10% auf 26% seit den 70er Jahren.
In einer Metaanalyse die Jane Kroger et. al. (2010) aufgrund der Statusdiagnostik nach Marcia publizierten, zeigte sich, dass 34% der jungen Menschen im Alter von 22 Jahren eine achieved identity haben. Diese entwickelt sich bis zum Alter von 36 Jahren auf 47%. Das Stadium des Moratoriums über alle Studien hinweg ist bei 42% junger Leute im Alter von 20 Jahren noch vorhanden. In Richtung Alter 30 zeigt sich dann aber eine deutliche Weiterentwicklung und zwar in Richtung einer achieved identity und einer Abnahme von foreclosure und diffussion. Interpretiert man vorsichtig die Daten gesunder junger Menschen so ist festzustellen, dass eine gewisse berufliche Identität erst in die Richtung des Lebensalters von 30 Jahren und später eintritt.

Nähme man die Heirat als eine Eintrittskarte in das Erwachsenenalter, so ist festzustellen (Statistisches Bundesamt 2013) dass deutlich später als noch vor einigen Jahren geheiratet wird. In Deutschland waren Männer im Jahr 2009 im Durchschnitt 33 Jahre und Frauen 30 Jahre alt, als sie sich zum ersten Mal das Jawort gaben. 1991 hatte das durchschnittliche Heiratsalter lediger Männer noch bei 29 Jahren und das lediger Frauen bei 26 Jahren gelegen. Vor fast 40 Jahren gaben sich Paare noch erheblich früher das Jawort. Im Jahr 1970 hatte das durchschnittliche Heiratsalter Lediger im früheren Bundesgebiet bei Männern 26 Jahre und bei Frauen 23 Jahre betragen. Im Gebiet der damaligen DDR waren Männer durchschnittlich 24 Jahre und Frauen 22 Jahre alt.

Inge Seiffke-Krenke (2012, Seite 31) führt zum Lebensspannenkonzept aus: „*Das Lebensspannenkonzept – bzw. die zeitliche Einteilung und Bestimmung von Lebensspannen – ist in Bewegung gekommen. Die Kindheit hat sich verkürzt, die Jungendzeit hat sich durch die säkuläre Akzeleration und die verlängerten Ausbildungszeiten verlängert, und es ist eine neue Phase zwischen Adoleszenz und Erwachsenenalter getreten.“* So beschreibt sie (ibid.) aufgrund einer eigenen Studie, dass die meisten von Havighurst als jugendspezifisch beschriebenen Entwicklungsaufgaben – wie die Entwicklung eines reifen Körperkonzepts, der Aufbau von engen Freundschaftsbeziehungen und das Gewinnen einer Autonomie von den Eltern – bereits im Alter von 14 Jahren bewältigt sind. Demgegenüber gebe es jedoch einen rasanten Bruch bei den Entwicklungsaufgaben des jungen Erwachsenenalters, wonach die Etablierung eines eigenen Haushaltes, die Entwicklung fester Partnerschaften und der Einstieg in den Beruf sich mit 21 Jahren auf einem noch sehr niedrigen Niveau bewegen, also praktisch noch nicht realisiert sind und erst im Alter von Mitte zwanzig ansteigen. Sie

macht für diese Veränderungen verlängerte Ausbildungszeiten und höhere Qualifikationen verantwortlich die nachvollziehbar ein guter Schutz vor Arbeitslosigkeit sind. Es gibt aber auch vielerlei individuelle Gründe, z.B. heißt es ja auch wenn man sich für einen Beruf, eine Sache entscheidet, sich von vielerlei anderen Möglichkeiten verabschiedet. Die Autorin zeichnet damit ein normales, aber verändertes Bild der Entwicklung des Jugendlichen zum Erwachsenen, das sich gegenüber pathologisierenden und negativen stereotypen Beschreibungsmustern wie „Spätadoleszenten“, „Hotel-Mama“, „pathologische Entwicklungsverzögerungen“ abhebt.

Die gesellschaftlich diskursive Diskussion über das „Nicht-Erwachsen-Werden-wollen“ versus die „Verschiebung des Erwachsenen-Alters“ wird anhalten. Für die therapeutische Praxis scheint mir wichtig zu bedenken, dass man das Junge Erwachsenenalter nicht länger therapeutisch ignorieren sollte. Bislang sind hierfür auch noch wenige Konzepte entwickelt. Besondere Vorsicht ist aber auch vor einer Pathologisierung dieses Lebensabschnittes geboten, weil man dann zu schnell in jugendlichen oder erwachsenenkategorische Denkmuster verfällt und krank als etwas bezeichnet, was noch Entwicklung benötigt. Für die Therapie ergeben sich hier die Gesichtspunkte dass weder ein zu analytisch abstinenter Stil (Seiffke-Krenke, Seite 39) gepflegt werden sollte noch ein zu pädagogisch übertrieben unterstützendes Verhalten. In der Integrativen Therapie haben wir uns aufgrund einer Entwicklung und Therapie in der Lebensspanne ohnehin nie auf absolute Grenzen von Lebensphasen festgelegt. Aufgrund unserer Erkenntnisse longitudinaler klinischer Entwicklungspsychologie haben wir uns früh an einem erweitertes bio-psycho-sozialen, zuweilen auch biopsycho-sozialökologischen Paradigma orientiert. Die spezifischen Möglichkeiten der Selbstregulation für Junger Erwachsene wird anhand dieses Modell weiter untenstehend in dieser Arbeit entwickelt.

Ich würde abschließend zu diesen Überlegungen formulieren: es ist ein sehr individueller Lebensabschnitt von der Jugend zum Erwachsen-Sein, der sich individuell erheblich prolongieren kann und sich von unten her gut mit dem 18. Lebensjahr bestimmen lässt, nach oben hin zunächst aber weit geöffnet ist.

Klinisch haben wir für unsere Station „Junge Erwachsene“ das Eintritts- und Grenzalter von 18-27 Jahre festgelegt. Jünger ist hierbei niemand aus juristischen und abrechnungstechnischen Überlegungen (Volljährigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit nach Maßgaben der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie). Hingegen ist es durchaus möglich, dass auch Patienten mit 28 oder sogar 29 Jahre bei besonderer Indikation oder wenn es günstig erscheint für die Entwicklung des Patienten, in die Station aufgenommen

werden. Nachfolgend meine ich somit beim Begriff „Junge Erwachsene“ (als Substantiv im fortlaufenden Text geschrieben) zunächst immer diese altersspezifische Zielgruppe von 18-27 Jahren.

2.2 Zum Begriff der „Selbstregulation“ in den verschiedenen Wissenschaften

Der Begriff der Selbstregulation wird in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedlich verwendet.

In der **Biologie** ist Selbstregulation ein grundlegendes Funktionsprinzip lebender Organismen. In der Physiologie von lebenden Organismen laufen ständige Prozesse von Selbstregulation ab. Das Nachhirn beim Menschen (Myelencephalon) mit dem Pons und der Medulla oblongata (oder verlängertem Rückenmark) beispielsweise kontrolliert grundlegende Funktionen wie Blutzirkulation, Herzschlag oder Lungenaktivität. Auch wichtige Reflexe sind in der Medulla lokalisiert wie Gähnen, Husten und Niesen. Bei Stressbelastungen z.B. durch körperliche Aktivität kommt es ab einer gewissen Belastungs-Watt-Zahl zu einer vermehrten Atmung und gesteigerten Herz-Kreislaufaktivität. Dies zeigt durch die Steigerung der Pulswerte und evtl. des Blutdrucks. Nimmt der Stress hingegen ab oder ist er völlig weg, so reguliert sich der Organismus wieder recht schnell (Erfahrungswerte liegen bei 1-3 Minuten) auf seinen ursprünglichen Ausgangswert.

Praktischer Exkurs: In der klinischen Therapie sind die biologischen Parameter im Rahmen der Selbstregulation eine wichtige Grundlage in Diagnostik, therapeutischen Überlegungen und schließlich in der Evaluation der erzielten Ergebnisse am Ende des Aufenthaltes. Bereits in der Aufnahmewoche wird mit dem Jungen Erwachsenen ein Fahrradergometerbefund mit den Daten des Ruhepulses, Belastungspuls bei verschiedenen Watt-Belastungen, max. Belastungsgröße, Ausdauerbelastung sowie Erholungsphasen erstellt (s. hierzu auch das Kapitel 5.2.3. Ausdauertherapie).

Beispiel: Ein junger Patient[3] mit 21 Jahren zeigt auf dem Fahrradergometer einen Ruhepuls im Sitzen von 112 Schlägen/min. Bei der nachfolgenden Belastungserprobung

3 Ich werde im nachfolgenden Terminus immer den Begriff „Patient“ verwenden, da es sich in der hier beschriebenen Arbeit um akut behandlungsbedürftige junge Menschen handelt. Den Begriff des Patienten schlage ich daher vor auf die akutklinische Arbeit zu begrenzen. Menschen in der Rehabilitation heißen inzwischen nach deutschen Rehabilitationsrecht „Rehabilitanden“. Klienten würde

ausgehend von 25 Watt bis 175 Watt steigt der Puls auch schon bei geringen Belastungen überdurchschnittlich schnell an, verbleibt aber dann selbst bei 175 Watt noch im 75% max. HF Bereich. In der Erholungsphase geht der Puls auch nach längerer Erholungs-Dauer (über 6 min.) nicht mehr auf den Ausgangswert zurück. Der Patient ist stolz auf seine „Super-Leistungsfähigkeit“ und prahlt vor der jungen Physiotherapieschülerin, die die Eingangsmessung durchführt und bereits in der Interpretation solcher Daten (internistische Untersuchung wurde bereits ohne Befund durchgeführt) vertraut ist. Sie fragt den Patienten daraufhin, ob er das kenne dass er „ständig unter Strom sei, schnell in der Erregung hoch gehe und sich dann kaum davon erhole...“.
Der Patient schaut verdutzt. Der junge Patient befindet sich in der Klinik wegen häufigen Impulsdurchbrüchen, z.T. mit Körperverletzungen, mehrfachen Abbrüchen in Ausbildungen und wurde u.a. mit der Diagnose „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ eingewiesen.

In der **Pädagogik** hat das Konzept der Selbstregulation spätestens mit Jean-Jacques Rousseaus’ Hauptwerk „Emile oder über die Erziehung“ (1762) Eingang gefunden. Rousseau: „Die Natur als Erzieher ist völlig unabhängig von jeglicher Beeinflussung und darf nicht unterdrückt werden. Aus diesem Grund muss das menschliche Handeln und der Einfluss durch die Dinge auf die Natur ausgerichtet werden“. (S.10)
Die Idee der natürlichen in sich selbst wirksamen Kräfte wurde daraufhin immer wieder von maßgeblichen Pädagogen (z.B. Humanisten, Reformpädagogik) aufgegriffen, die direktiven erzieherischen Maßnahmen und den damit verbundenen Eingriffe in die natürliche Entwicklung des Kindes kritisch gegenüberstanden oder sogar ablehnten. Zuletzt findet sich dieses Denken besonders bei Alexander Sutherland Neill (1969) der mit seinem Schulexperiment „Summerhill“ maßgeblich die 68er Generation in der Erziehung in den folgenden Jahren beeinflusst hat. Die sogenannte Selbst-Regierung (self-government), in der wöchentlich in der Schule eine Sitzung einberufen wurde um alle anfallenden Probleme gemeinschaftlich zu lösen, stellt noch heute ein gelungenes Experiment dar, in dem deutlich wird dass auch Individuen in sozialen Gruppen zu selbstregulierendem Verhalten in schon sehr frühem Alter fähig sind.
Besonders in der frühkindlichen selbstregulatorischen Entwicklung ist in diesem Zusammenhang Emmi Pikler (2001) erwähnenswert, die in ihrer Arbeit mit Säuglingen und

ich in der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit als Begriff vorschlagen. Die Begriffe für verschiedene Menschengruppen die behandlungsbedürftig sind, sind je nach Institution und therapeutischer Ausrichtung inzwischen inflationär. Den Kundenbegriff sehe ich im therapeutischen Setting nicht, er ist für mich auf Beratung begrenzt.

Kleinkindern die naturgegebenen Gesetzmäßigkeiten der kindlichen Entwicklung untersuchte, um dem Kind seine ursprünglichen Fähigkeiten und Kräfte zu erhalten. Die Ergebnisse ihrer praktischen und wissenschaftlichen Arbeit, nämlich die ungestörte Entfaltung des Kindes zu fördern, haben viele nachfolgende Pädagogen nachhaltig beeinflusst.

Praktischer Exkurs: Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind in den Gruppen der Integrativen Bewegungstherapie, der Selbstregulationsgruppe sowie der Ausdauertherapie ein zentraler Aspekt der Gruppenführung. Der Therapeut nimmt zum einen die Anregungen aus der Gruppe auf, führt die Anliegen zusammen und vermittelt natürlich auch Techniken zur Selbstregulierung. Hierbei hat die Gruppe jedoch das aktive Bestimmungsrecht über Themen, Inhalte und Bedürfnisse zu entscheiden. Nicht selten kommt es hier zu heftigen Konflikten in der Peer-Group. Therapeutisch ist es aufgrund der häufig schwierigen und schweren Störungen jedoch unverzichtbar sehr strukturierend aber nicht bestimmend einen festen Rahmen als Halt zu bieten, der Pünktlichkeit, Teilnahme, Rituale und aktive Mitarbeit zur Pflicht macht. Diesen haltenden Rahmen als Unterstützung und Hilfe und nicht als autoritäre Regulierung zu vermitteln ist immer wieder eine besondere Herausforderung.

In der **Psychologie und Psychotherapie** sind maßgebliche modernere Autoren, die den Begriff der Selbstregulierung oder vergleichbare konzeptionelle Ansätze entwickelt und verwendet haben vor allem Fritz Heiders (2004) „Balancetheorie“, Albert Banduras (1977) „self efficacy“, Kurt Goldsteins Beiträge zur Gestaltpsychologie, die von Fritz Perls (s. Kap. 2.3) aufgegriffen wurde und F. H. Kanfers (2012) „Selbstmanagement“ zu benennen. In diesem Zusammenhang ist aber ebenso auf die Autoren mit den verschiedenen ressourcentheoretischen Ansätzen um Aaron Antonovsky (1979) zu verweisen. Eine Übersicht (Waibel 2007) zu den ressourcentheoretischen Ansätzen findet sich in einer wissenschaftlichen Abhandlung zu Mobbing und Supervision.

Es wäre gewiss ein lohnendes Unterfangen gewesen sich mit diesen o.g. verschiedenen Theorien diskursiv auseinanderzusetzen, würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit, die Verbindung zwischen Theorie und klinischer Praxis aufzeigen soll, erheblich sprengen.

2.3 Die Entwicklung der Selbstregulation im Integrativen Ansatz: Vom self support über das Selbstmanagement zur Dynamischen Regulation.

In den Entwicklung des Integrativen Ansatzes hat Petzold zwei Konzepte entwickelt die man unter dem unspezifischen Begriff der Selbstregulation zwar subsumieren könnte, besser ist es jedoch diese in eine entwicklungstheoretische Sicht der Lebensspanne einzubetten: die Dynamischen Regulation und die Resilienz bzw. der Resilience Cycle. Der Selbst-Regulationsvorgang findet sich in den Entwicklungslinien zur Integrativen Therapie zunächst in der Linie der Gestalttherapie von Frederick S. Perls des „self supports“ bzw. der emotionalen Regulierung.

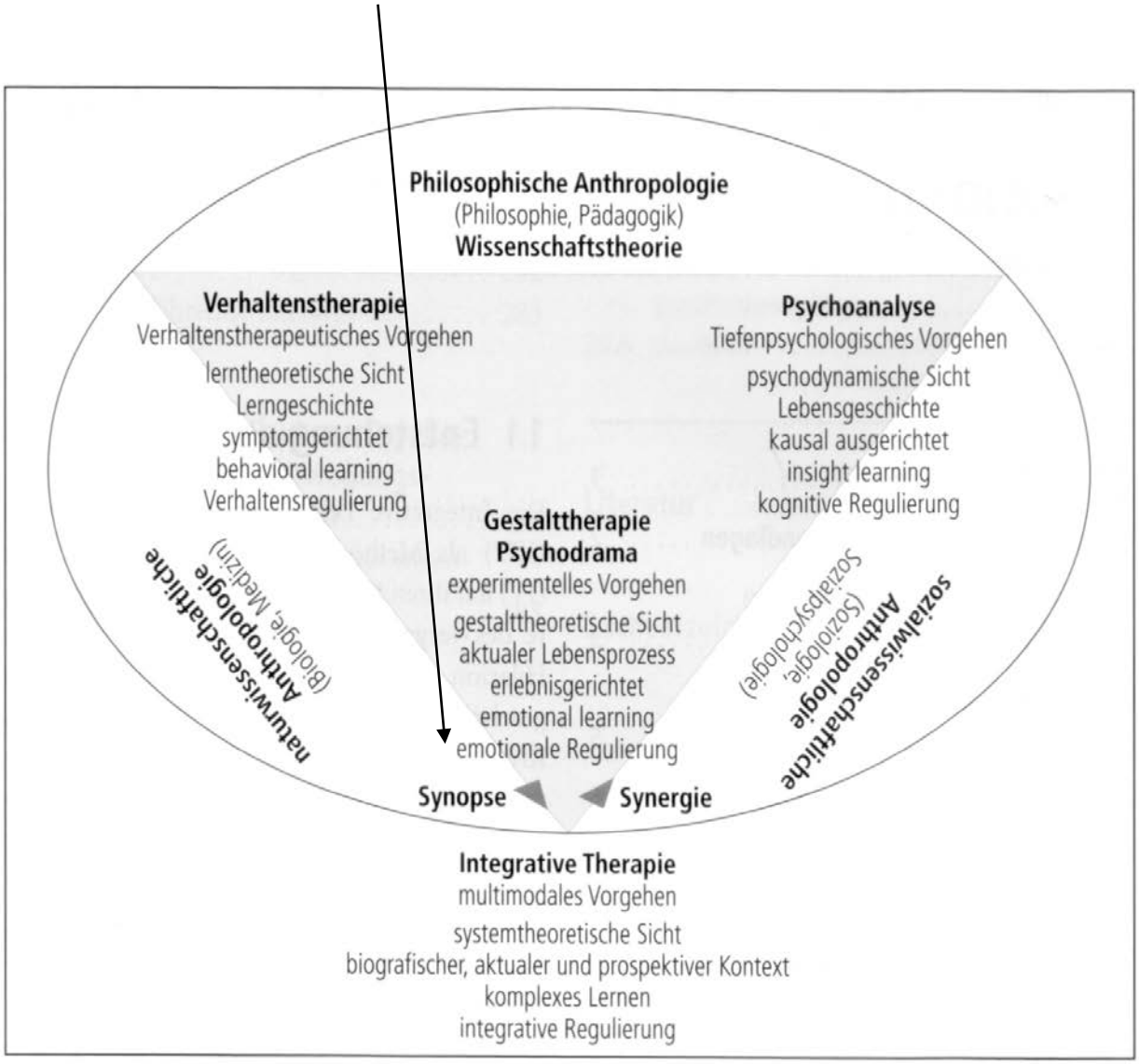

Abb. 1 Entwicklung der Integrativen Therapie (nach Petzold 2003a, S. 64)

Anton Leitner (2010,18) führt dazu aus: *„Der Selbst-Regulationsvorgang“ wird unter Rückgriff auf die Gestaltpsychologie als Gestaltformation in Form eines Kontaktzyklus’*

beschrieben und generalisiert: Jeder Organismus (Mensch, Tier Pflanze) habe die Tendenz, sich nach dem Prinzip des Kontaktzyklus zu verwirklichen." Der gesunde Kontakt des Organismus' zu seiner Umwelt ist somit eine Grundlage für Zufriedenheit, Glück, Gesundheit und gutes Funktionieren im bio-psycho-öko-sozialer Umgebung. Leitner (ebd.) führt dies spezifisch aus*: „Ein gesunder Mensch ist im Kontakt mit sich und der Realität. Er ist dadurch in der Lage, die eigenen Bedürfnisse und die Anforderungen der Umwelt zu regulieren. Das gesunde Funktionieren ist an die Fähigkeit gebunden, Kontaktzyklen zu vollenden. Krankheit hingegen ist eine Fehlfunktion des Organismus („abnormal functioning"). Beim Kranken ist der Gestaltformationsprozess gestört durch das Fortwirken blockierter, unerledigter Kontaktzyklen. Chronische Störungen im Kontakt sind nach Perls z.B. Introjektion, Projektion, Konfluenz und Retroflexion."*

All' diese chronische Störungen sind in der Arbeit mit Jungen Erwachsenen gut zu beobachten. Ein Beispiel für Introjektion:

Eine junge Frau mit 23 Jahren kommt in die Klinik wegen Panikattacken, rezidivierender mittelgradiger depressiver Episode und verschiedener somatischer Beschwerden. Das begonnene Medizinstudium konnte sie nach 3 Semestern nicht mehr fortsetzen. Seither lebt sie in ihrer Studentenwohnung seit über einem Jahr sehr zurückgezogen. Ihre Familie (insbesondere der Vater) ist sehr besorgt und brachte die Tochter in die Klinik auf Anraten eines befreundeten „psychosomatischen" Arztes. Im Kontext der Behandlung zeigt sich lebenslaufbezogen eine hohe Leistungserwartung von seiten der Familien („bei uns macht keiner das Abi über 1,5") sowie klare berufliche Vorgaben („wir sind eine Medizinerfamilie"). Der Patient war es in den ersten Wochen nicht möglich sich in der Selbstregulationsgruppen selber zu spüren. Die Übungen machte sie fleißig mit und war für die anderen ein Vorbild.

Eine zweite Entwicklungslinie ergibt sich aus der **Verhaltenstherapie** nach Frederick Kanfer (2012).

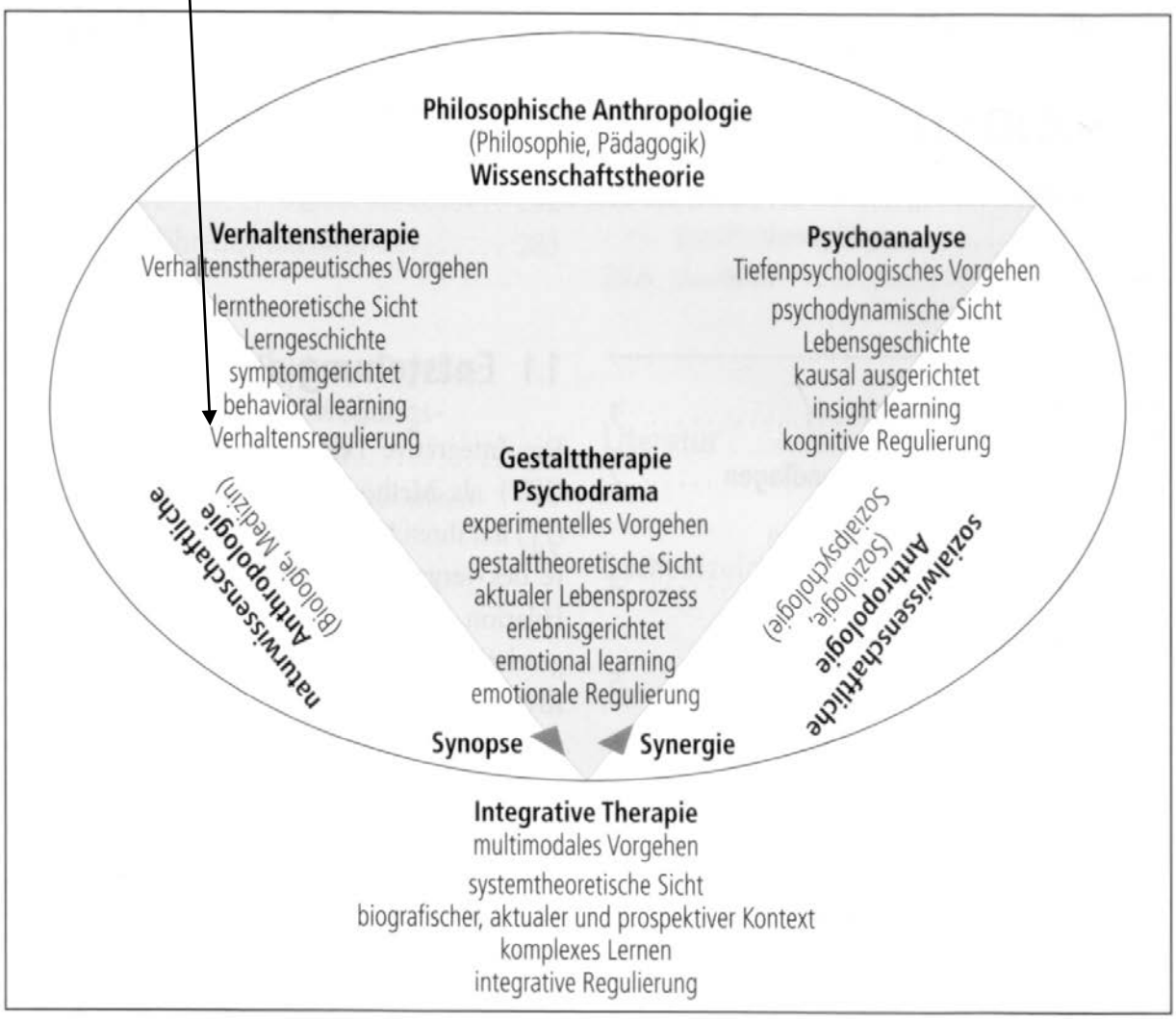

Abb. 2 Entwicklung der Integrativen Therapie (nach Petzold 2003a, S. 64)

Selbstregulation setzt nach Kanfer immer dann ein, wenn eine Person etwas erreichen will hierbei aber Schwierigkeiten auftreten. Über die Selbstbeobachtung, die Selbstbewertung und die Selbstverstärkung kommt es zu entsprechenden Handlungen.

Ein typisches klinisches Beispiel: Eine junge Patientin ist sehr unruhig und angespannt und möchte von der Stationsschwester ein Beruhigungsmittel. Die Selbstbeobachtung (Unruhe, Anspannung) führt zur Handlung: „gehe zur Stationsschwester, da kriegst du was und es wird besser“. Das wäre zunächst der einfachste Weg. Die Stationsschwester sagt aber: „Nein schauen Sie bei jeder Aufregung wollen Sie gleich Medikamente, Sie nehmen eh` zu viel. Probieren Sie es mal mit den Selbstregulierungsübungen.“ Die Patientin ist daraufhin verärgert und fühlt sich nicht ernst genommen (Selbstbewertung), hört aber auch von den anderen Patienten, dass dies hier so üblich sei. Sie hat nun eine ganze

Reihe an Wahlmöglichkeiten wie: - der Stationsschwester noch mehr Druck zu machen, - den Notruf zu drücken damit der diensthabende Arzt kommt, - Rausgehen und mit ein paar Bierchen den Druck „wegzulöschen“ oder aber vielleicht „stramm im Freien zu Gehen“ bzw. eine „Entspannungsübung“ zu versuchen. Aufgrund den negativ oder positiv zu erwartenden Konsequenzen für Ihr Verhalten (Selbstverstärkung) wird sie entsprechend wählen. Im günstigsten Fall erlebt sie aus ihrem Verhalten positive Konsequenzen und kann so eine gute Kontingenz entwickeln: „Ich habe eine Entspannungsübung gemacht und es hat tatsächlich geholfen“. Das würde dann zu einer Form der Selbstkontrolle führen und die junge Patientin könnte sich im Laufe der Therapie immer mehr selbst managen (Selbstmanagement).

Gewiss eine sehr verkürzt dargestellte Form der Selbstmanagement Therapie nach Kanfer. Allein die 11 Anweisungen die Kanfer dem Therapeuten zur Verfügung stellt haben einen besonderen Reiz und sind sehr hilfreich für die alltägliche Praxis zur Selbstregulation.

1. Verlange niemals von Klienten, gegen ihre eigenen Interessen zu handeln.
2. Arbeite zukunftsorientiert, suche nach konkreten Lösungen und richte die Aufmerksamkeit auf die Stärken von Klienten.
3. Spiele nicht den „lieben Gott“, indem du Verantwortung für das Leben von Klienten übernimmst.
4. Säge nicht den Ast ab, auf dem die Klienten sitzen, bevor du Ihnen geholfen hast, eine Leiter zu bauen, auf der sie herabsteigen können.
5. Klienten haben immer recht.
6. Bevor du ein problematisches Verhalten nicht konkret vor Augen hast, weißt du nicht, worum es eigentlich geht.
7. Du kannst nur mit Klienten arbeiten, die anwesend sind.
8. Peile kleine, machbare Fortschritte von Woche zu Woche an und hüte dich vor utopischen Fernzielen.
9. Bedenke, dass die Informationsverarbeitungskapazität von Menschen begrenzt ist.
10. Wenn du in der Beratungs-/Therapiestunde härter arbeitest als Deine Klienten, machst du etwas falsch.
11. Spare nicht mit Anerkennung für die Fortschritte von Klienten.

Kanfer hat sicher im integrativen Ansatz wesentlich dazu beigetragen, dass ausgefeilte Konzepte wie die der „dynamischen Regulation“ entstanden sind. Die Weiterentwicklungen in der Integrativen Therapie gegenüber Kanfers ursprünglichem Ansatz beziehen sich vor allem auf das bio-psycho-öko-sozial ätiologische Pathogeneseverständnis, dem Lebenslaufbezug (life-span-developmental-approach), der Bedeutung des sozialen Netzwerks und schließlich aktueller neurobiologischer Erkenntnisse.

Bevor wir uns vertieft dem Integrativen Modell von Selbstregulierung zuwenden sei noch auf die Bedeutung der kognitiven Selbstregulierung in der **Psychoanalyse** eingegangen.

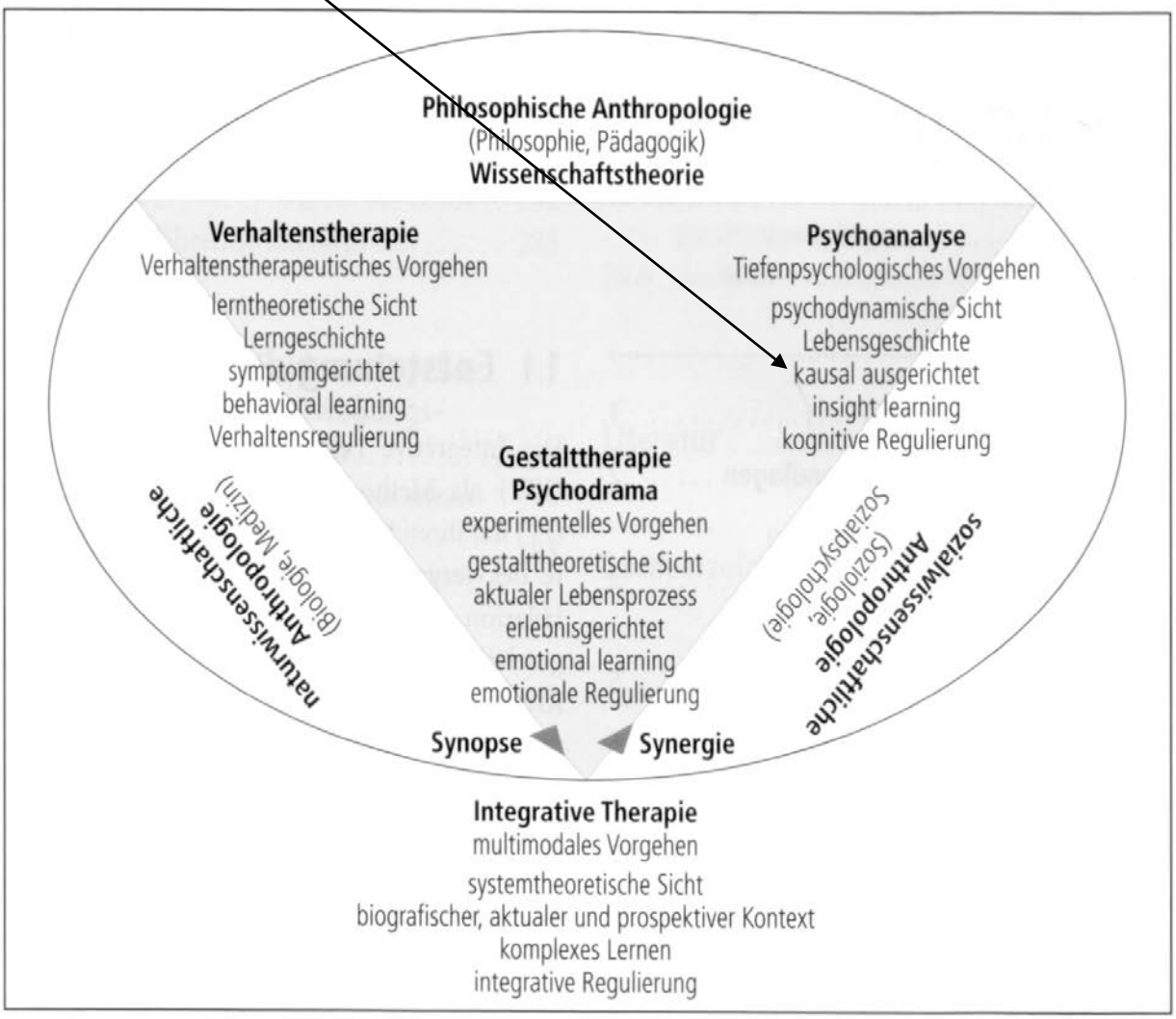

Abb. 3 Entwicklung der Integrativen Therapie (nach Petzold 2003a, S. 64)

Sigmund Freud (2006) setzte auf die Heilung durch Erkenntnis. Der Patient solle lernen sich im Laufe der Therapie immer mehr zu verstehen, insbesondere seine unbewussten Handlungen. Die geschieht in einem Prozess von Übertragung und Gegenübertragung und Deutung. Freud hoffte darauf hin, dass der Patient sich mehr und mehr kognitiv regulieren könne, wenn er erst einmal besser über sich Bescheid wisse. Im frühen Werk von Freud (1975), vor allen in den Anfängen der Psychoanalyse von 1887-1902 finden sich jedoch in seinen Briefen mit Wilhelm Fließ immer wieder interessante physiologische, neurologische Skizzen und Überlegungen wie es zu Dysregulationen und Regulationen im

Organismus z.b. bei Melancholie kommen kann (vgl. 1975, Seite 95 ff.). In seinen Hauptsätzen (Seite 305 ff.) entwickelt er dazu Überlegungen wie neuronale Energie seelische Prozesse beeinflussen könnte. Diese physiologische Regulierung wie noch in den Anfängen verfolgt, wurde später von ihm jedoch aufgegeben.

Sándor Ferenczi erweiterte die spätere psychoanalytische Technik Freuds und verließ die distanzierte und abstinente Gesprächsführung, indem er mehr auf das Erleben seiner Patienten einging und regressive Bedürfnisse gewährte. Er erweiterte somit im Sinne der Selbstregulierung das Spektrum von einer rein kognitiven Regulierung hin zu mit einer emotionalen Regulierung.

Die im Kontext der Entwicklung zur Integrativen Therapie (s. dazu die übersichtliche Darstellung bei Leitner 2010, 7 ff.) weiteren wichtigen Gewährsfrauen und Gewährsmänner trugen allesamt zu dem heute differenzierten Konzept der „dynamischen Regulation“ bei.

Unter dynamischer Regulation verstehen wir im integrativen Ansatz, dass protektive und salutogene Lebens- und Erlebensqualitäten in Privatleben und Beruf „optimale Regulationen“ auf allen wesentlichen Ebenen ermöglichen. Gesundheit und Wohlbefinden kann dann erhalten und gefördert werden, wenn die Lebensumstände befriedigend sind und Glück, Freude sowie Wohlbefinden ermöglichen. Das sind auch die Bedingungen, die nach dem wissenschaftlichen Diskurs der Neurobiologie gesunde und funktionale neurohumorale, psychophysiologische, immunologische Steuerungsprozesse gewährleisten. Zugleich aber bewirken diese gut funktionierenden Regulationsvorgänge den Vollzug gesunden Verhaltens und wohlbefindliches Selbsterleben – beide Bedingungen sind also verschränkt zu denken. Petzold (2009, 160) definiert dynamische Regulation: „Als dynamische Regulation bezeichnen wir den Operationsmodus im Regulationsgeschehen von komplexen, lebenden Systemen, durch den Systemfunktionen auf allen ihren Ebenen optimal wirksam werden können: intrasystemisch auf der physiologischen, emotionalen, kognitiven, volitionalen Ebene, intersystemisch auf der sozialen und ökologischen Ebene in variablen Umwelten mit wechselnden Kontext/Kontinuum-Bedingungen (Belastungen, Anforderungen und Chancen, affordances). Das schließt auch ihre optimierende Entwicklung, Veränderung, Neuorganisation ein, die geschehen, wenn z.B. durch reafferente Progressionen, durch anregende Rückwirkungen (Reafferenzen) Entwicklungen angestoßen werden, oder wenn durch „multiple Stimulierung“ aus dem Systemumwelt oder durch multiple

Konnektivierungen (von intra- und intersystemischen Elementen, Prozessen) neue Lösungen, Verhaltensmöglichkeiten, ja ggf. neue Regulationsprinzipien sich spiralig-progredierend entwickeln oder auch spontan emergieren“

Es gilt deshalb, die regulativen Fähigkeiten des Jungen Erwachsenen auf allen Ebenen des „personalen Systems“, mit seinen kognitiven, emotionalen, motivationalen, volitionalen und sozial-kommunikativen Fähigkeiten zu erhalten und zu entfalten. Und wenn gesunde junge Menschen mit störungsfrei funktionierenden Persönlichkeiten nach dem neurobiologischen Diskurs durch ein hohes Potential an Regulations- und Entwicklungsfähigkeit auf vielfältigen Ebenen ausgestattet sind, dann muss man herausfinden wie diese regulativen Faktoren zunächst heißen und wie sie optimal funktionieren. Peter Osten (2009) führt als Faktoren der dynamischen Regulation an:

- Antizipation
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Social Attitudes
- Attribution und Kontrolle
- Gender-Identity
- Selbstwirksamkeit/Assertivität
- Stressadaption
- Nachgiebigkeit sowie
- Köhärenzsinn und emotionale Stabilität.

Dynamische Regulation ist ein Konzept, das somit mehrere Bereiche „quert“ und das aufgrund seiner Komplexität und Mehrschichtigkeit deshalb nicht monodisziplinär bestimmt werden kann. Damit wäre ein rein biologischer, emotionaler, sozialer bzw. sozio-ökologischer Ansatz als zu verkürzt anzusehen. Es benötigt eine multidiskursive Ko-respondenz zwischen verschiedenen Disziplinen. Medizinisches Wissen ist wie psychologisches Wissen samt dem Wissen sozialer und ökologischer Prozesse gleichsam wichtig.
Schon in dem frühen Grundmodell Integrativer Therapie (Petzold 1974, Seite 302), siehe nachfolgend in der Abbildung

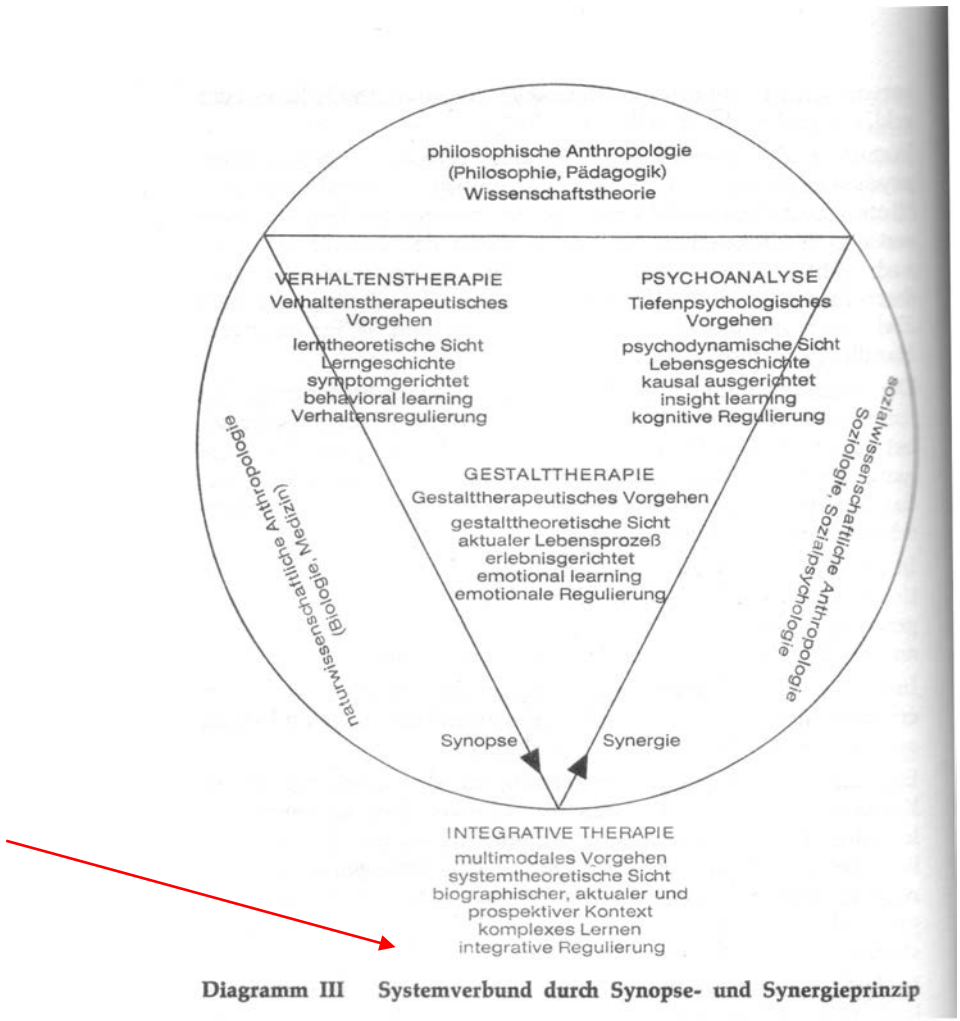

Abbildung 4: Integrative Regulierung im Systemverbund durch das Synopse- und Synergieprinzip

war die „Integrative Regulierung“, die „kognitive, emotionale und behaviorale Regulierung“ verband, ein Kernkonzept und Kernanliegen das von den modernen Neurowissenschaften heutzutage gestützt wird.

Petzold (vgl. 2005/2010) sieht den Begriff der dynamischen Regulation als von zentraler Bedeutung im Integrativen Ansatz. Er stamme aus der Biologie und sei aus der Beobachtung lebendiger biologischer Systeme hergeleitetet. Diese Systeme entwickeln, erhalten und optimieren Regulationsprozesse aus den Umweltsystemen und dem eigenen organismischen Binnensystem. Der Begriff hat seine Grundlagen in der russischen Physiologie und Neurobiologie von Anokhin, Bernstein, Lurija mit den Konzepten wie „Steuerung, funktionelle Organisation“ und findet auch sich bei Goldstein als „organismische Selbstregulation“. Heute wird er oft auch mit dem aus der Physik stammenden Prinzip der „Selbstorganisation“ verbunden. Hier erfolgt jedoch in der Integrativen Therapie eine Abgrenzung, weil der biologische und der physikalische

Systembegriff nicht vollends gleichgesetzt werden können. Der Unterschied, ganz einfach: Das Leben. Mit „dynamischer Regulation“ und „Selbstorganisation“ sind die spontan auftretenden Prozesse der Bildung bzw. Veränderung räumlich und zeitlich geordneter Strukturen/Formen in offenen, dynamischen Systemen gemeint, die durch das Zusammenwirken (Synergieeffekte) von Teilsystemen zustande kommen. Dynamische Regulation ermöglicht die Erklärung von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen als Zustandsübergänge, wie sie seit der Antike mit Begriffen wie „Metamorphose/Gestaltwandel“ oder „Krisis“ beschrieben wurden. Moderne Theorien hierzu sind die „Katastrophentheorie“ nach Thom oder der „Synergetik“ nach Haken. Der Begriff **dynamisch** verweist auf ein permanentes Wechselspiel von Gleichgewichts-Ungleichgewichts-Zuständen, wie sie in diesen Modelle nonlinearer Systemtheorien beschrieben sind.

Diskurs zur praktischen Begriffsfindung: Es stellte sich natürlich für uns als Praktiker die Frage, als wir Anfang 2010 innerklinisch unsere Überlegungen austauschten, warum wir die gesamten Entspannungsverfahren wie Jacobson, Atemtherapie, Meditative Morgenbewegung und verwandte Verfahren, die mehr eklektizistisch nebeneinander standen, zusammenfassten und in eine gemeinsame Therapieform überführten, nicht einfach Selbstmanagementtraining, dynamische Regulation oder sogar Resilienztraining benannten? Das wäre möglicherweise aus integrativer Sicht schlüssiger gewesen. Dagegen sprach jedoch unsere Absicht einen Begriff für die „übenden Verfahren“ zu finden, in denen der Patient selbstregulierende Maßnahmen aktiv übt. Die vielfältigen Selbstregulierungsprozesse die in der dynamischen Regulation und im Resilience Cycle insbesondere auch in den verschiedenen Gruppentherapien stattfinden, gehen weit über diesen übenden Ansatz hinaus und sind z.T. auch etwas anderes. Es wäre, vorsichtig formuliert, schon ein wenig anmaßend gewesen, diesen zu verwenden. Wir wollten die Bedeutung der Selbstregulierung in den Fokus und das Bewusstsein des Patienten bringen, nämlich wie wichtig die tägliche Übung, die Übung an der Veränderung für eine erfolgreiche Therapie ist. Aber auch wie anstrengend und schwer dies ist und dass er dies selbst machen sollte ohne weitere therapeutische Hilfe. Auch meinten wir nicht nur Entspannung. Ein weiteres Argument war: In der Klinik arbeiten Therapeuten mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch usw.). Hier schien es uns naheliegender einen gemeinsamen Begriff zu finden, der eine gewisse Neutralität aufweist und der für jeden nachvollziehbar ist. Ebenso sollte die Therapiebezeichnung noch für den Patienten einigermaßen aus dem Sinn her erschließbar sein. Eine grundsätzliche Abgrenzung zu

den Gruppentherapien der verbalen Psychotherapie, der Integrativen und Konzentrativen Bewegungstherapie, der Kunsttherapie und den pflegerischen Aktivitäten als auch der Sozialberatung lässt sich kaum vornehmen, da jede Therapieform für sich selber natürlich auch in Anspruch nimmt, selbstregulatorisch zu wirken. Dennoch schien es uns sehr wichtig diese aktive und übende Form der Selbstregulierung wie sie in der Ausdauertherapie, den Entspannungsverfahren und in den spezifischen Selbstregulationsgruppen (SRG-Gruppen) stattfindet, hervorzuheben. In der Praxis hat sich inzwischen unser Ansinnen bestätigt: es gibt sehr deutliche Zusammenhänge zwischen der Bereitschaft des aktiven Übens, der Bereitschaft an der Veränderung und der Therapiemotivation, die in den psychotherapeutischen und spezialtherapeutischen Gruppen (Kunst/IBT/KBT) beobachtbar sind. Veränderung von gewohntem Verhalten ist sehr schwer, bedarf nicht nur der Einsicht, sondern auch der fortwährenden Ausdauer neues Verhalten regelmäßig und intensiv zu üben. Diese Erkenntnis scheint sich gerade bei langjährigen Praktikern in der Psychotherapie durchgesetzt zu haben, wird nach meiner Auffassung jedoch noch zu wenig publiziert.[4]

Der Begriff der „Selbstregulation“ bleibt vielen Patienten vom Sinn und Konzept her zunächst oft nur schwer verständlich. Möglicherweise hat dies etwas mit den o.g. Ausführungen der Anstrengung zu tun. Er muss erklärt werden (Psychoedukation), was wiederum gute Möglichkeiten für den Aufbau eines guten Arbeitsbündnisses und Therapiemotivation eröffnet.

Begriffe wie „dynamische Regulation“ oder „Resilienztraining“ (fraglich ob das überhaupt stimmig ist) wären da sehr viel schwerer vermittelbar gewesen. Und ein drittes Argument scheint wichtig: heutzutage muss die abgegebene Therapie in Deutschland im OPS-Schlüssel abgebildet und dokumentiert werden, ansonsten ist in Zukunft keine Kostenübernahme mehr gewährleistet. In Zukunft werden wir hier noch mit strengeren und einschränkenderen Maßnahmen rechnen müssen, wie die derzeitige Entwicklung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zeigt und ab dem Jahr 2013 per Ersatzvornahme von der Bundesregierung gesteuert wird (vgl. hierzu PEPP Entgeltssystem 2013).

4 In Supervisionen mit Supervisoren unterschiedlichster therapeutischer Herkunft wie Psychoanalytiker, Systemiker, Verhaltenstherapeuten etc. besteht Einigkeit darin, dass Veränderungen, alternative Verhaltensweisen bzw. neues Verhalten in bestimmten Situationen für den Patienten „harte Arbeit“ mit viel Geduld und Rückschlägen bedeutet. Auf der Fachtagung Integrativer Therapeuten im November erläuterte beispielsweise die Gastrednerin Frau Daniela Schneider in ihrem Praxisvortrag über die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) dazu ihre Auffassung und bemerkte, dass sie ihren Patienten mit Borderline-Störung sagt: „Sie müssen besonders hart arbeiten!“

Indes kann man diesen Argumenten jedoch entgegenhalten, ob es gerade nicht aus letzterer Sicht sinnvoller gewesen wäre, weiterhin den Begriff Entspannungsverfahren, Entspannung oder sogar die genaue Bezeichung „Progressive Muskelrelaxation“, „Atemtherapie“, „Meditation“ etc. zu verwenden. Gerät man so doch schnell in den Verdacht dem Patienten einen „eklekzistischen Warenkorb“ zu verabreichen.
Dem kann man nun wiederum entgegnen dass der Entspannungsbegriff für die vielfältigen Anforderungen in der klinischen Therapie wo es ja gerade bei Jungen Erwachsenen nicht nur um Entspannung geht, zu kurz greift. Denn häufig geht es zum einen um die Förderung des Antriebs, dann um gezielte „down regulation“ bei Triggern und sozialen Stressoren, um das eigene Umgehen mit innerem negativen Gedankenkreisen sowie um den Aufbau körperlicher und sozialer Kompetenz. Und genau hierzu sollten Übungen bereitgestellt werden, die beim regelmäßigen „Selbstüben“ ihre Wirkung entfalten.

Was hat das nun für Konsequenzen für die therapeutische Alltagspraxis? Darauf möchte ich im nächsten Kapitel eingehen.

3. Interventionen zur Unterstützung der Selbstregulation aus einer bio-psycho-ökosozialen Sicht

Aus der Sichtweise eines bio-psycho-ökosozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit müssen nun verschiedene Dimensionen in der Therapie, hier fokussiert auf die Selbstregulation, angesprochen werden.

Aus praxeologischer Sicht habe ich hierzu zusammen mit Jakob-Krieger in 2009 ein erweitertes ätiologisch biopsychosoziales Modell (**Ätiologie**) in der Lebensspanne skizziert, das ausgehend von den bisherigen Erkenntnissen der Integrativen Therapie in einer kurzen Übersicht wesentliche Punkte aufnimmt und bio-psycho-soziales Denken im Rahmen klinischer Entwicklungspsychologie und Lebenslaufforschung in der Therapieplanung fordert. Dabei sind salutogene, pathogene sowie defizitäre als auch ressourcenorientierte Perspektiven gleichsam notwendig. Es sei erlaubt, auch dieses Modell für die Selbstregulation anzuwenden, da es sich in der Ausbildung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Bewegungstherapeuten als auch verwandter psychosozialer Berufsgruppen eine einer recht guten Resonanz wähnt.

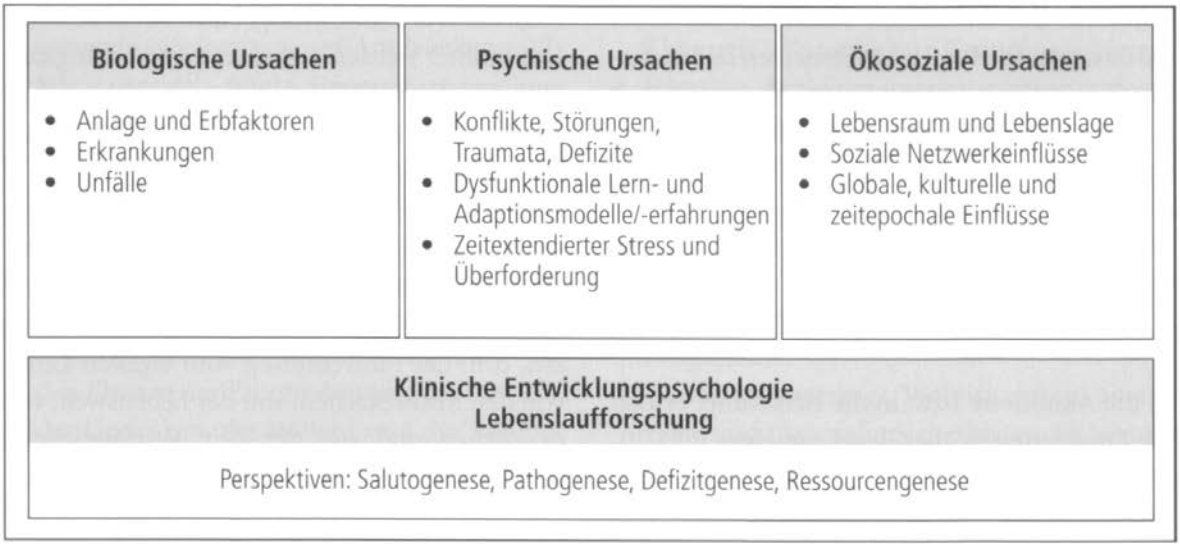

Abb. 5 Ätiologisches biopsychosoziales Modell in der Lebensspanne

Um spezifisch in der Therapie mit übungszentrierten selbstregulationsfördernden Interventionen auf den verschiedenen Ebenen arbeiten zu können ist ein differentielles Bild vom Patienten über die prozessuale Diagnostik zu entwerfen.

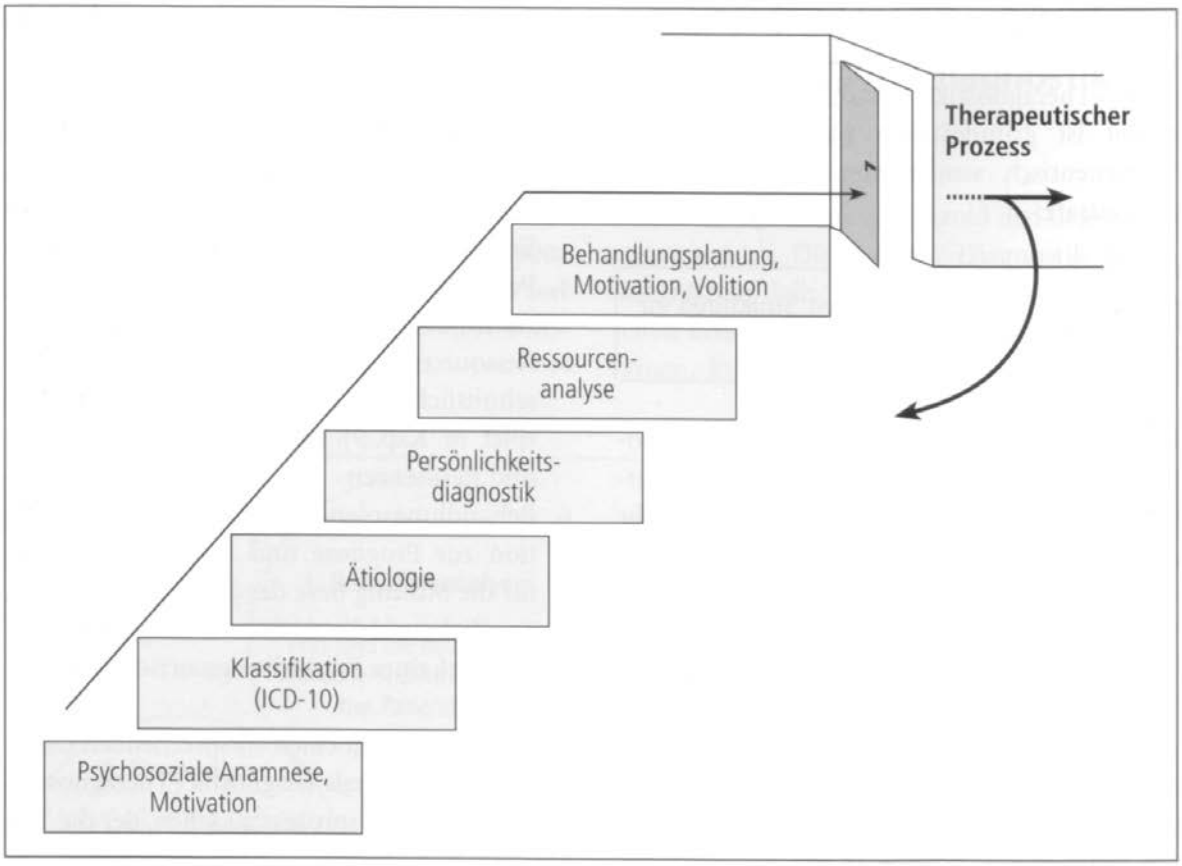

Abb. 6 Prozessuale Diagnostik in der IBT als Stufenprozess (Theragnostik)

Am Anfang steht hier stets die **psychosoziale Anamnese** in Form einer detaillierten Biografie. Sie ist gerade bei Jungen Menschen „die Eintrittskarte“ für eine gute individuell strukturierte Therapie.

Die **Klassifikation** nach ICD-10 (Dilling 2006) ein „notwendiges Übel“: es ist immer mehr zu beobachten dass nicht nur Therapeuten sondern auch die Patientin selber sich mehr als eine Diagnose sehen: „Ich bin Borderliner und daher ..., ich bin Depressive und deshalb ...., ich habe ADHS und darum geht das nicht ... und weniger als entwicklungsfähige junge Menschen mit all` ihren Konflikten, Problemen aber auch Ressourcen, Chancen und Potentialen. Allen Frances (2013), amerikanischer Psychiater, der federführend an der Entwicklung des DSM IV (Diagnostisches und Statistischer Manual Psychiatrischer Störungen) mitgewirkt hat, kritisiert in seiner aktuellen Publikation auf schärfste Therapeuten und auch Patienten die den DSM wie ein „Kochbuch“ benutzen. Für den therapeutischen und klinischen Gebrauch sind die im DSM - der ICD lehnt sich stark an den DSM an - versammelten Krankheitsbilder und Diagnosen nur von beschränktem, allenfalls vorläufigem Wert, weil sie mit der Individualität des Patienten und seiner Leiden niemals zur Deckung kommen können. Man bekommt beim Lesen von

„Normal“ den Eindruck dass hier der „Papst“ selber seine eigene „Bibel der Psychiatrie“ auf härteste kritisiert. Frances plädiert für eine konservative, zurückhaltende Psychomedizin, die im Wissen um die Vorläufigkeit ihrer Diagnosen die Selbstheilungskräfte des Patienten zum Zuge kommen lassen soll. Aus unserem integrativen Verständnis heraus kommt uns eine solche selbstkritische Haltung sehr entgegen, da wir uns stets gegen eine an Diagnosen oder rein der Störung orientierte Therapie und entsprechenden manualisierten Programmen gestellt haben. Die Individualität des Menschen, seine persönliche Biografie, seine Vorlieben und Schwächen und eben seine Probleme, Konflikte, Ressourcen und Potentiale müssen immer im Zentrum eines integrativen Verständnisses stehen. Störungsspezifische Ansätze wie wir sie in 2009 (Waibel/Jakob-Krieger) publiziert haben können die Lehrbarkeit einer Therapie verbessern, ein vertieftes Verständnis für die Erkrankung und den Menschen schaffen, jedoch niemals das stets individualisierte Vorgehen ersetzen. Die Selbstregulationsübungen, die in dieser Arbeit beschrieben werden, stehen in
der diskursiven Tradition des praktisch Machbaren, also: „was hilft gut einer besonderen Population?“, „was lässt sich gut in der Praxis umsetzen?“, „wie müssen besondere Lebenslagen und Lebensräume berücksichtigt werden“ und „was muss individualisiert modifiziert werden?“.

Auch Petzold (2009, 171) sieht die Gefahr des Fehldiagnostizierung bei Adoleszenten und Jungen Erwachsenen, weil häufig zwar die DSM oder die ICD-Kriterien erfüllt sind, jedoch diese Kriterien nicht spezifisch für die Population von Pubertierenden und Frühadoleszenten beforscht wurden. In einer Phase wo gerade sich die Persönlichkeit intensiv entwickelt (ibid., 171 ff. s. dazu die neurobiologischen Ausführungen,) können meiner Ansicht und Erfahrung nach Diagnosen wie „frühe Störung“ oder „Borderline-Erkrankung“ sich verheerend auswirken.

Die **ätiologische** bio-psycho-soziale Sichtweise wie oben kurz beschrieben vermittelt ein umfassendes Bild von der Erkrankung, besser als Syndrom zu bezeichnen. Diese fördert das Verständnis, warum gerade jetzt die Schwierigkeiten und die Symptome aufgetreten sind.

Persönlichkeitsdiagnostisch arbeiten ich wie viele „IT`ler“ gerne mit dem „5-Säulen Identitätsmodell“ (Petzold 2003, Seite 994ff.) das sich in der Praxis besonders gut bewährt hat. Aufgrund der vielfältig vorhandenen Literatur gehe ich nicht vertieft darauf ein.

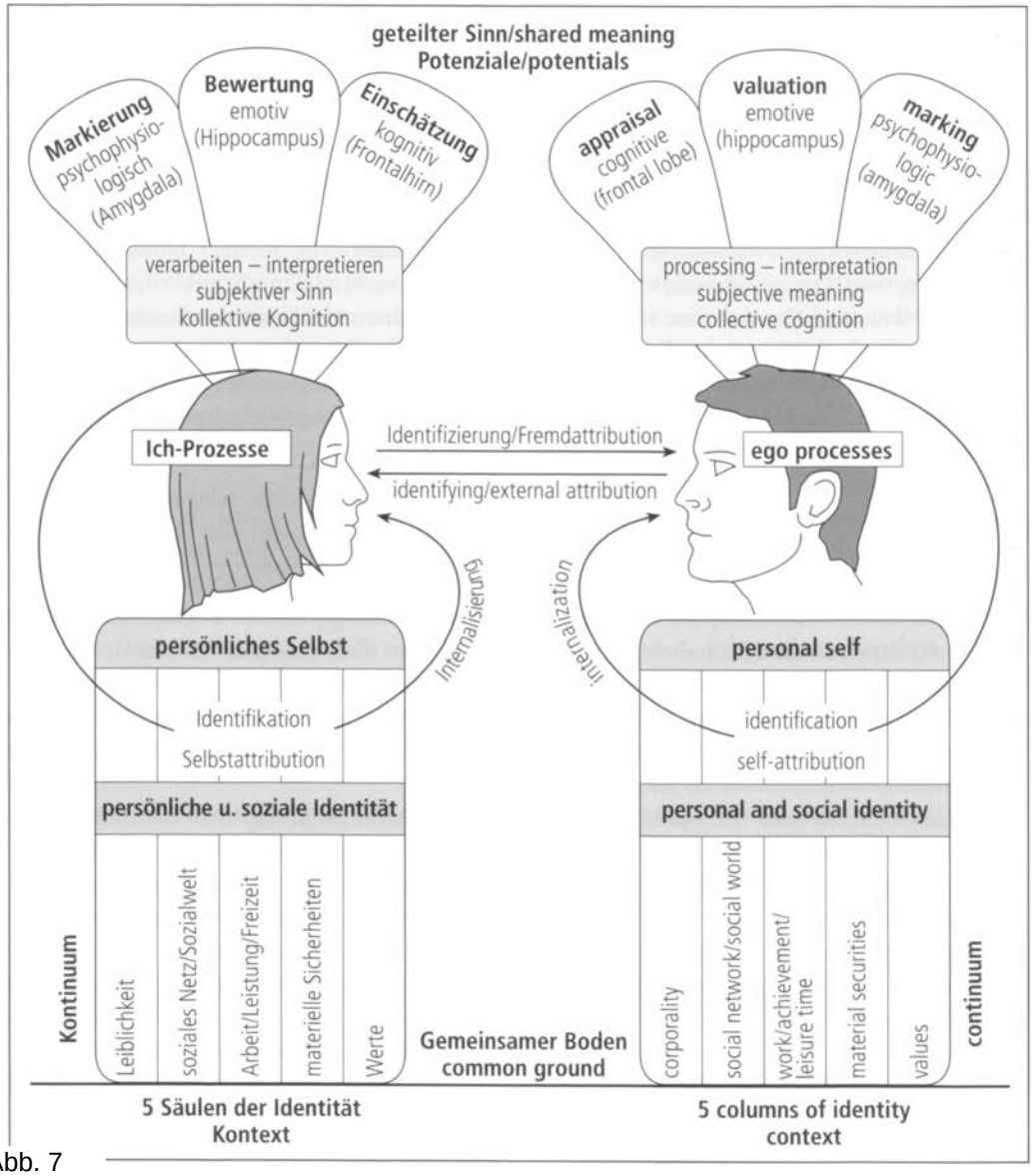

Abb. 7

Die »Fünf Säulen der Identität« als Ressourcen im Prozess von Identifikation und Identifizierung (nach Petzold 2003, S. 73)

Des weiteren spielt jedoch die **Entwicklung der Identität** eine vorrangige Rolle. Wer bin ich? Zu was bin ich geworden? Kann aus mir was werden bei diesen Eltern? Die Persönlichkeit des Jungen Erwachsenen gewinnt in dieser Altersphase deutliche Konturen oder der Junge Erwachsene leidet unter einem strukturellen Defizit aufgrund defizitärer, ungünstiger biografischer Entwicklungen. Intensive Konflikte und Störungen treten möglicherweise gehäuft auf in allen wichtigen sozialen Feldern (Familie, Peer-Group, Schule, Studium, Ausbildung, Arbeit, Paar-Beziehung) und führen häufig zu Überforderungssituationen. Nicht selten stehen auch unterschiedliche traumatische Erfahrungen (Gewalt, Übergriffe, sex. grenzwertige Situationen bis hin zu Missbrauch und Vergewaltigung) im Hintergrund.

Die „Jungen Erwachsenen“ wollen sich und ihr Leben verstehen. Aus meiner Erfahrung haben sich die „mini lectures“ in den Gruppentherapie aber ebenso in den Selbstregulationsgruppen hervorragend bewährt um komplexe Inhalte in einfacher Form zu entwickeln. Zur Entwicklung von Identität und beim Thema „Selbstwert“ entwickle ich oft sinngemäß die nachfolgende Folie:

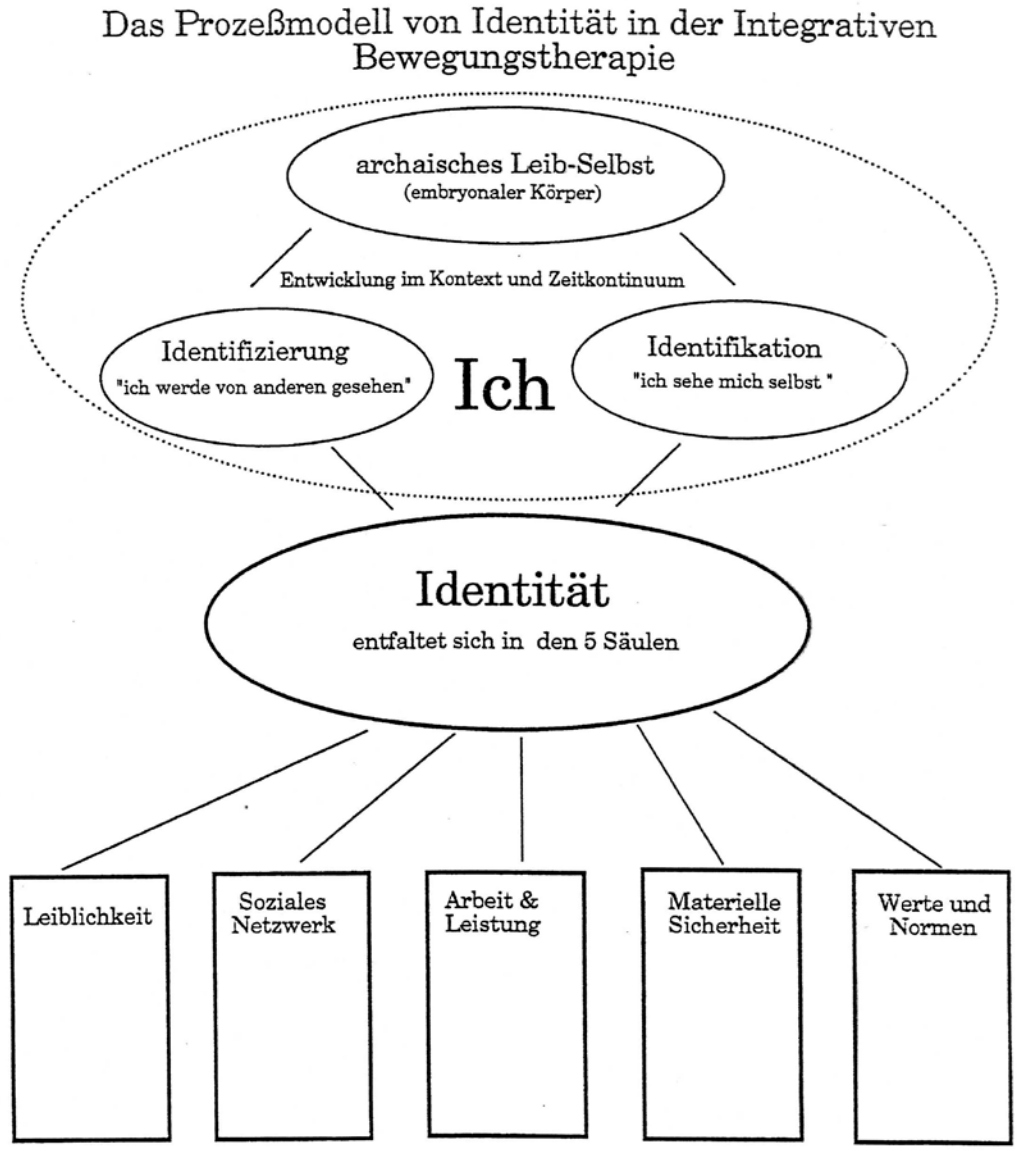

Abb. 8. Entwicklung von Identität

Der persönliche „Selbstwert“ ist ein Dauerthema. Allein damit ließe sich jede innerklinische Gruppenstunde dauerhaft füllen. Ich werde später hierzu eine emotionale Selbstregulationsübung (Kap 5.2.1. Osternest) vorstellen.

Auch auf die **Ressourcenanalyse**/**Ressourcenarbeit**, die bei Jungen Erwachsenen eine dauerhaft wichtige Rolle spielt, gehe ich hier aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit nicht ein. Ich verweise hier auf die Ausführungen in Waibel/Petzold (2007). Hier haben wir eingehend die Arbeit mit Ressourcen in Bezug auf Mobbing beschrieben. Bei den Jungen Erwachsenen spielen das „ressourcing“ (Bewusstmachen der eigenen Ressourcen) als auch die Entwicklung von Ressourcen und die Umsetzung (Ressourcenpotential) eine besondere Rolle. Die Selbstregulationsübungen wie unten dargestellt werden schließlich zu einer eigenen, neuen Ressource. Ihre ständige Umsetzung im Alltag (Performanzentwicklung) ist jedoch eine besondere Herausforderung für die Praxis und muss oft und regelmäßig geübt werden.

Für die **Behandlungsplanung** ergeben sich nun in Bezug auf die Selbstregulation folgen Ansätze bzw. Aufgaben:

- das Regulations- und Entwicklungspotential der körperlich-leiblichen Dimension (Wahrnehmung, Expressivität, Beweglichkeit, Spannkraft, Ent-/Anspannung) muss angesprochen werden durch Methoden der Integrativen Leib-, Bewegungs- und Sporttherapie als **biologischer Ansatz,**
- das Regulations- und Entwicklungspotential der seelischen Dimension (d. h. die emotionalen, motivationalen, volitionalen Prozesse durch Methoden der integrativen Arbeit mit Emotionen, Motiven und Volitionen) muss entwickelt werden durch einen **psychologischen** Ansatz,
- das Regulations- und Entwicklungspotential der geistigen Dimension, (d. h. der kognitiven und höheren mentalen Prozesse durch Methoden der kognitiven Beeinflussung, der narrativen Praxis, der philosophischen Therapeutik, des Sinngesprächs, der Meditation, der ästhetischen Erfahrung und Praxis der Lebenskunst) muss berücksichtigt werden über einen mehr **kognitiv orientierten Ansatz,**
- das Regulations- und Entwicklungspotential auf der sozialen Dimension im sozialen Netzwerk und persönlichen Konvoi (Dialog- und Polylogfähigkeit, empathische, intergenerationale, interaktive und kommunikative Kompetenz/Performanz, Passungs-, Affiliations- und Konvivialitätsqualitäten zur Bekräftigung von Selbstwert durch Wertschätzung, von Souveränität durch Kontrollmöglichkeiten, soziales Engagement und gelebter Altruismus) ist zu fördern über einen mehr **sozialen** Ansatz

- das Regulations- und Entwicklungspotential zum ökologischen Kontext (Lebensraumgestaltung, aktive Umwelt- und Wohnraumgestaltung, Naturerfahrung, gemeinsames Naturerleben, etc.) ist zu berücksichtigen als **ökologischer** Ansatz.

Für eine Zuordnung von Techniken und praktischen Selbstregulationsübungen lässt sich jedoch eine solche Trennung nicht aufrechterhalten. Letztendlich wirkt z.B. eine Ausdauertherapie oder therapeutisches Laufen auf allen Ansatzebenen, wie wir heute aus vielfältigen Forschungsergebnissen wissen. Dennoch scheint es sinnvoll für eine differentielle Praxis eine solche Unterscheidung vorzunehmen, gerät man ansonsten schnell in unspezifische Erklärungsstereotypen („irgendwie wirkt doch alles zusammen“, „das wirkt ganzheitlich“, „der Organismus holt sich was er braucht“ usw.).
Für diese Arbeit habe ich einige spezifische Techniken herausgenommen, die ich aus der Vielfalt des Übungsspektrums der Integrativen Bewegungstherapie und anderer Therapieformen für Junge Erwachsene in meiner Arbeit weiterentwickelt habe und die eine hohe Akzeptanz bei den Patienten aufweist. Tatsächlich so erfahre ich bei einem zweiten oder mehrfachen Aufenthalt von den Jungen Erwachsenen in der Klinik beim Nachfragen als auch durch Mailkontakte, dass die Jungen Erwachsenen die nachfolgend beschriebenen Übungen und Techniken im Alltag als sehr hilfreich zur biologischen, emotionalen und kognitiven Regulierung langfristig erleben. Auch seien die Techniken nach einiger Wiederholung immer leichter und erfolgreicher anwendbar. Allerdings ist dazu eine konsequente Übungshaltung eine Voraussetzung für den Erfolg. „Der Alltag als Übung“ so wie es Karlfried Graf Dürckheim (1984) bereits in den 50er Jahren des v. Jhdts. postulierte, ist Grundlage für Veränderung und bleibenden Erfolg. Das muss beständig bei den nachfolgenden Übungen berücksichtigt werden.
Vorab noch ein paar Sätze zum akutklinischen Setting, indem diese Arbeit stattfindet.

4. Das akutklinische Setting

"Es werden mehr Menschen durch Übung tüchtig als durch Naturanlage."
Demokrit, Fragmente 242

Zum besseren Verständnis ein paar Worte über das Setting der klinischen Therapie. Und damit zusammenhängend die Bedeutung der Selbstregulation. Ich sehe inzwischen aus meiner praktischen Arbeit die Notwendigkeit der Selbstregulation im Lebensverlauf, im gesamten therapeutischen Prozess und insbesondere für die weiteren Lebensverläufe Junger Erwachsener als sehr bedeutsam an. Diese persönliche Ansicht wird durchaus von einigen aktuellen Studien gestützt: Terrie Moffit et. al. (2011) von der Duke-Universität weisen in einer Studie zur Selbstkontrolle[5] daraufhin, dass wer schon als kleines Kind selbstbeherrscht und pflichtbewusst ist, eine größere Chance auf Erfolg im Leben hat als weniger kontrollierte Kinder. Die Wissenschaftler verfolgten die Charakterentwicklung und den Lebensweg von 1000 Neuseeländern seit ihrem dritten Lebensjahr bis ins Alter von 32 Jahren. Demnach entwickeln sich Gesundheit, Wohlstand und soziale Lebensumstände bei Menschen deutlich günstiger, wenn sie schon als Dreijährige vergleichsweise viel Selbstbeherrschung zeigen. Dagegen neigen Personen, die im Kleinkindalter durch mangelnde Selbstkontrolle auffallen, später verstärkt zu Drogensucht, Kriminalität und Verarmung und leiden stärker unter gesundheitlichen Folgen eines ungesunden Lebensstils. Diese Ergebnisse konnten die Forscher darüber hinaus durch einen Vergleich von 500 zweieiigen Zwillingen aus Großbritannien untermauern: Trotz des gleichen Familienhintergrundes und Alters zeigte auch hier der Zwilling, der als Kind weniger selbstbeherrscht gewesen war, im späteren Leben eher eine Neigung zu problematischen Verhaltensweisen. Die Forscher gehen davon aus dass der Grad der Selbstkontrolle und damit auch die späteren Chancen sich beeinflussen lassen. Einige Studienteilnehmer schafften es nämlich, ihre Selbstbeherrschung mit zunehmendem Alter zu verbessern – und waren im Erwachsenenalter erfolgreicher als ihre ursprüngliche Beurteilung im Alter von drei Jahren hatte erwarten lassen. Solche Studienergebnisse – den Forschungsstand mit aller Vorsicht genossen – geben eine Hinweis dass Selbstkontrolle und die Fähigkeit zu einer angemessenen Selbstregulation gerade in schwierigen Lebensphasen und in Krisen ein wichtiger Beistand für die Bewältigung derselben sind.

5 Wobei ich natürlich hier die Selbstkontrolle nicht mit Selbstregulation gleichsetze, sondern eher die Selbstkontrolle als aktiver Teilaspekt im komplexen Geschehen der Selbstregulation sehe.

Selbstregulation steht in unser klinischen Arbeit stets im Kontext der gesamten therapeutischen Maßnahmen und Begleitung. Das Besondere jedoch hierbei ist, dass alle Übungen nach einer klinischen oder ambulanten Therapie leicht selbständig weiter praktiziert werden können sowie zu Helfer und Beiständen in kritischen Lebenssituationen und Krisen werden können. Niemals können sie eine professionelle Begleitung ersetzen. Hingegen sehe ich eine therapeutische Begleitung ohne eine eingehende Vermittlung selbstregulatorischer Kompetenzen im Sinne Integrativer Therapie als ungenügend an. Kurzum: es geht um das Üben! (s. übungszentrierte Modalität in Leitner 2010, S. 217; Petzold 2005, S. 507; Waibel/Jakob-Krieger 2009, S. 11).

4.1. Die Gruppe Junger Erwachsener im klinischen Setting

Wer kommt in eine Gruppe Junge Erwachsener in der Klinik? Vom Alter her sind das zunächst Patienten ab dem 18. Lebensjahr bis zum 27. Lebensjahr. In Ausnahmefällen werden aber auch ältere Patienten aufgenommen. Die biografischen Verläufe „Junger Erwachsener“ die in einer psychosomatisch/psychotherapeutischen Klinik Hilfe suchen sind sehr individuell und als sehr unterschiedlich zu betrachten: es gibt zum einen die 10-Stunden Computer-Surfer, die sich nicht mehr aus ihrem Zimmer trauen und Andere die noch nicht mal eine Mail versenden können. Es gibt junge Erwachsene von der Schulbildung her, die ihr Abitur mit 1,0 absolviert haben und junge Erwachsene ohne Hauptschulabschluss. Ebenso sind Patienten dabei die bereits einen beruflichen Abschluss haben, andere hingegen verschiedene berufliche Ausbildungen abgebrochen haben. Es gibt demnach große Gemeinsamkeiten und auch Unterschiede. Für die Aufnahme in die akutklinische Abteilung sind natürlich die ICD-10 Diagnosen entscheidend, daneben aber vor allem die Einschätzung des aufnehmenden Arztes, dass es sich hierbei um typische Lebensprobleme handelt (Ablösung, verzögerte Reifungsprozesse, problematische Lebenslagen, spezifische Defizite und Konflikte) und entsprechend dieser Alterspopulation zugerechnet werden.

4.2. Das Team

Die Therapie wird von einem festen Behandler-Team durchgeführt. Dieses Team ist für alle wesentlichen Vorgänge (Verlängerung, spezifische Maßnahmen, Verlauf der Therapie, diagnostische Einschätzungen) zuständig. Die Patientengruppe der jungen Erwachsenen bleibt in nahezu allen verschiedenen psychotherapeutischen Therapieangeboten

zusammen. Dies fördert die Behandlungsintensität und bündelt die Arbeit der therapeutischen Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen.
Ein Team besteht jeweils aus dem Teamleiter (Arzt oder Diplompsychologe), den Spezialtherapeuten der Integrativen Bewegungstherapie (IBT) und der Kunst- und Gestaltungstherapie, einer Sozialarbeiterin, des für die körperlichen Beschwerden zuständigen Arztes sowie den Bezugspflegekräften unter der fachlichen Gesamtleitung des ärztlich-therapeutischen Abteilungsleiters.
Dieses Team arbeitet intensiv zusammen, trifft sich zu regelmäßigen gemeinsamen Besprechungen und Visiten und steht in einem engen, zeitnahen Austausch, um die Behandlung der Patienten abzustimmen und möglichst effektiv zu gestalten. Je nach individuellem Bedarf kommen noch weitere Behandlungen durch Mitarbeiter außerhalb dieser Teams dazu.

4.3. Aufenthaltsdauer, Wiederholung, Abbruch

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik beträgt 42 Tage. In der Regel sind die Jungen Erwachsenen 6-8 Wochen in der Klinik, selten gibt es Verlängerungen bis zu 10 oder sogar 12 Wochen. Therapieabbrüche von Seiten des Jungen Erwachsenen gleich in der Anfangsphase sind nicht selten, ebenso ist es durchaus möglich, dass ein Aufenthalt auf zunächst vier Wochen begrenzt wird, weil eine entsprechende Therapiemotivation noch nicht vorhanden ist. Als Therapeut muss man sich vor zu hohen Erwartungen schützen, ebenso vor Enttäuschungen bei Abbrüchen von Seiten des jungen Erwachsenen („das bringt mir nichts“ etc.) oder bei häufigen Übertritten (z.B. Alkohol, unerlaubtes Fehlen über die Nacht) und dem damit verbundenem Klinikverweis. Das gehört zur Therapie dazu und ist eine Besonderheit bei Jungen Erwachsenen. Petzold (2009, 165) liefert überzeugender als manche psychodynamische Spekulationen hierfür eine Erklärung: „ Betrachtet man „Symptome“ oder „pathologisches Verhalten“ unter einer syndromanalytischen Perspektive [... zit. entfernt), wird immer wieder deutlich, dass es sich um durchaus „sinnvolles“, funktionales Verhalten handelt, um „funktionelle Systeme“, die subjektiv als richtig und stimmig erlebt werden. Deshalb besteht auf Seiten der Jugendlichen oft kein motivationaler Impetus, ihr Verhalten zu ändern. Sie schließen sich z.B. in Gruppen und Banden zusammen, um – aus der Sicht besonnener, hochkulturell zivilisierter Erwachsener – abenteuerliche, spannende, riskante, verrückte, deviante etc. Aktionen zu unternehmen (statt etwas „Vernünftiges“ zu lernen, in Schule und Lehre etwas „Ordentliches“ zu leisten), so kann solcher „Unsinn“ durchaus den „aufgeschalteten

Adoleszenzprogrammen“ aus der menschlichen Frühzeit entsprechen, die als funktionale Systeme dafür sorgten, dass die Jungmannen sich expansiv in die wilde Welt begaben, um sich unter vielfältigen Schwierigkeiten zu erproben, zu bewähren und Gefahren zu meistern. Die Monotonie des Achtstundentages einer Bürolehre entspricht dem pubeszenten bzw. adoleszenten Programm der Erlebnissuche (sensation seeking) und der experimentierenden Expansivität sicher nicht.“

Ich könnte dafür ganze Seiten an Beispielen aus dem Klinikalltag füllen, wo wir hochkulturell zivilisierte Therapeuten und gleichsam die erwachsenen Mit-Patienten nur mit dem Kopf schütteln.

Die junge Patientin mit 22 Jahren, die aufgrund schwerer depressiver Symptomatik eingeliefert wurde, war immer wieder im Alltag „auffällig“: Mal machte sie alleine nachmittags extreme Spaziergänge (20-30 km) mitten durch die oberschwäbischen Moore, dann schlief sie im Zelt draußen und schließlich kletterte sie nachts, was extrem gefährlich war, über die Klinik, wo sie dann von der Nachtwache erwischt wurde. Aufgrund des Verwarnungssystems wurde sie entlassen. Beim ihrem dritten Aufenthalt, von dem sie sehr profitierte, sagte sie zu ihren Exkursionen aus den ersten beiden Aufenthalten lapidar: Das habe ich damals einfach gebraucht, da hätte mich keiner davon abhalten können.“

Damit versteht man aber die Gehirne von Jungen Erwachsenen nicht. Darum gilt, und es ist besonders wichtig, nach noch so schweren und schwierigen Zwischenfällen die zum Alltagsgeschäft gehören: Die Tür muss offen bleiben! Der Junge Erwachsene kann sich erneut nach einem gewissen Zeitraum zur Therapie anmelden. Manchmal benötigen Junge Erwachsene zwei bis drei Anläufe bis sie sich auf eine Therapie einlassen können und wie man früher gesagt hätte „die Hörner abgestoßen haben“.

4.4. Die Selbstregulation im klinischen Setting

Die Selbstregulation findet in einer eigenen Gruppe statt und zwar wöchentlich 1x 50 Minuten. Die Selbstregulation ist jedoch ein wesentlicher Bestandteil der Integrativen Bewegungstherapie. In dieser Gruppe werden viele Übungen zur Selbstregulation vorbereitet bzw. der Zweck und die Notwendigkeit vermittelt. In der Übungsgruppe wird in der Regel ausschließlich geübt. Flankiert wird diese Gruppe vom Inhalt her durch ein Angebot von Psychotherapie und Pflege wo es schwerpunktmäßig um Achtsamkeit geht.

5. Selbstregulation in der akutklinischen praktischen Arbeit

Im nachfolgenden Text sollen einige besonders häufige Techniken der Selbstregulierung vorgestellt werden, und wie schon oben beschrieben, geordnet nach einem mehr biologischen, psychologischen, kognitiven, sozialen und ökologischen Ansatz. Die Trennung ist aus theoretischer Sicht wichtig. In der Praxis finden natürlich hier fließende Übergänge statt.

5.1. Techniken biologischer Selbstregulierung: „Ich finde meine Mitte“

5.2.1 Vom Räkeln zum Gähnen über die Atmung zur Zentrierung: einige Grundelemente im Sinne des IDR.

Am Anfang jeder Selbstregulation stehen die sanften Formen des **Räkelns**, des **Gähnens** und der Zuwendung zum eigenen **Atem**. Daraufhin folgen einfache Übungen zur **Zentrierung**.

Als spezifische Methode der Traumabehandlung hat Petzold (2004) auf dem Boden psycho- und neuromotorischer Erkenntnisse die „Integrative und Differentielle Relaxation“ (IDR) – auch „Iso-Dynamische Regulation“ (IDR) genannt, entwickelt. Dies sind in der Regel „low-levelstimulations“, „sanfte Stimulierungen von Seiten des Therapeuten, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen“. Diese Maßnahmen haben das Ziel einer lockeren Spannung. Das soll weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhalten, sondern eine wache, energievolle Gelöstheit bewirken.

Die Elemente des Räkelns, Gähnens, des Atmens und der Zentrierung werden wie gesagt zu jeder Selbstregulationsstunde am Anfang wiederholt. Junge Erwachsene mit z.T. traumatischen Hintergründen ist der Zugang zum eigenen Leib wie versperrt, sie spüren nichts oder wenig und haben teilweise eine negative Leiblichkeit entwickelt. Diese einfachen Übungen werden vorneweg in ihrem Sinn und den Zielen in der Therapie vermittelt um so einen sicheren Raum und eine gute Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Die „Jungen“ fühlen sich oft matt in der Stunde, wollen sich hinlegen, einfach nur „pennen“;

jede Form von Bewegung ist zu viel. Oder sie fühlen sich hingegen angespannt, gestresst, innerlich aufgeregt und finden jede Form von Entspannungstherapie einfach nur „öde“. Die Schaffung einer guten Arbeitsatmosphäre, Wege zu einer leiblichen Umstimmung zu öffnen, das Erarbeiten von Motivation des Selbstübens stellen gerade am Anfang eines klinischen Aufenthalts eine wichtige Herausforderung dar. Nach meiner Erfahrung kann das Üben ohne wirkliche selbst erlebte Wirkungen durchaus 2-3 Wochen dauern, bis erste Veränderungen erspürt werden können. Dies ist eine große Herausforderung für Patient und Therapeut, nicht selten wird diese Anfangszeit von Entwertungen („das bringt mir nichts“, „das bewirkt ja gar nichts“) begleitet.

Ständige Wiederholungen sind wichtig, häufiger Übungswechsel im Sinne eines attraktiven Angebots in Richtung „Animation“ eher kontraindiziert. Das wird von den Patienten nicht selten gefordert, bewirkt aber letztendlich neurophysiologisch keine Veränderungen, da Reizangebote der Wiederholung bedürfen, damit ein „re-balancing“ Effekt erreicht wird. Ich gehe hier mit Petzold (2004, Seite 37 ff.) konform, dass hierzu wochenlanges bzw. monatelanges Üben notwendig ist. Physiologisch sind die Veränderungen allerdings schon oft nach wenigen Wochen über die Belastungskurven beim Ergometer (verlangsamt ansteigende Pulserhöhung, schnellere Pulserholungswerte nach Belastung) als auch einer Senkung des Ruhepulses (s. Kapitel 5.2.3 Ausdauertherapie) zu messen. Ich möchte jedoch den Optimismus dämpfen und auf die „Ausdauer und Geduld des Therapeuten“ in der Therapie hinweisen: wir erleben oft dass junge Patienten (gerade im Hintergrund mit defizitären und traumatischen Lebenserfahrungen) diese Form der Spannungsregulation ablehnend gegenüberstehen: sie wollen schnelle Ergebnisse, die vollkommen unrealistisch sind. Dann erst im zweiten oder dritten Aufenthalt im Rahmen einer Intervallbehandlung können vorsichtige Erfolge erreicht werden. Daher muss der „Therapeut in seiner Geduld ebenso ausdauernd bleiben“ und auf die nachhaltigen Ergebnisse vertrauen.

Ein kurzer Ablauf sei beispielhaft beschrieben:

Vom Räkeln in die Zentrierung:

Suchen Sie sich einen guten Platz im Raum, sie können sitzen, dürfen aber auch gehen oder sich an die Wand anlehnen. Sie sollten sich nicht hinlegen, da die Gefahr einzuschlafen zu groß ist. Beginnen Sie sich nun langsam zu räkeln, so dass Sie Dehnungen und Weitungen in Ihrer Muskulatur spüren. (Der Therapeut macht als Vorbild mit). Gehen Sie zunächst über die Arme, dann zu den Beinen und beziehen den ganzen Körper mit ein. Haben Sie schon eigene Erfahrungen aus dem Yoga, aus Tai Chi oder einer Sportart, so probieren sie diese Übungsfolgen einfach mal aus ohne diese rein mechanisch zu machen. Nehmen Sie sich Zeit!

Nach kurzer Zeit spüren Sie wie der Körper das Bedürfnis hat zu „Gähnen“. Lassen Sie das zu. Trauen Sie sich auch das mit Tönen zu tun wie ahhhh, ohhhh. Das Gähnen wirkt ansteckend, also lassen Sie sich ruhig anstecken.

Nun hören Sie ein wenig auf Ihre Atmung. Beobachten Sie wie Ihre Atmung Sie bewegt. Wo erspüren Sie kleine Atembewegungen, Ausdehnungen, wo erleben Sie Rückbewegungen wenn der Atem geht....

Schließlich wollen wir zum Abschluss eine kleine Atem-Zentrierungs-Übung machen. Sie nehmen die Hände und bilden aus Daumen und Zeigefinger einen Kreis. Diesen legen Sie rund um Ihren Bachnabel. Die anderen Finger liegen im Bauch-Becken Bereich. Sie befinden sich nun im „Zentrum ihrer Kraft“. Erspüren Sie hier Ihre Atmung, wie sie weich kommt und wieder sanft geht.

Die Patienten werden nun motiviert, diese Übungsreihe in ihr **Therapietagebuch** aufzuschreiben. Es dürfen eigene individuelle Variationen eingefügt werden. Manchmal bringt der ein oder andere Junge Erwachsene Ideen (z.B. aus dem Yoga) mit wie man es noch besser machen kann. Das ist erwünscht. Wichtig dabei, dass nach den Übungen immer eine Reflektion der eigenen Erfahrung erfolgt. Ich nehme den Druck des „Können-Müssens“ und des „Erleben-Müssens“ einfach raus. Das was gerade geschieht ist gut. Über das Üben treten die Veränderungen mit der Zeit ganz von selbst ein.

Was machen wir Therapeuten für uns zur Selbstregulation? Diese Frage einer Kollegin führte uns zu einer intensiven Auseinandersetzung bezüglich Selbstregulationstechniken

und deren Anwendung im Alltag. Uns fiel auf, dass wir manche Selbstregulation verinnerlicht haben (z.B. gehen wir bewusst langsamer bei Stress) d.h. wir können möglicherweise eine Technik, wenn wir sie benötigen. Ein Beispiel: Ich saß in einer Leitungssitzung und spürte bei der zunehmenden Diskussion dass ich immer mehr und mehr sauer werde und zwar zurecht, so dachte ich. So und jetzt werde ich da mal grundsätzlich dazu was sagen. Ich war voll geladen. Dann dachte ich jedoch im letzten Moment, das sei vielleicht nicht so klug mit soviel Emotion in die weitere Diskussion zu gehen und spürte dann erst wie angespannt ich war (kurz vor dem Explodieren). Daraufhin legte ich meine Hand auf den Bauch und atmete in ein paar Atemzügen verlängert aus und was mich wunderte – ich war binnen Sekunden wieder völlig entspannt. Überrascht über meine tolle Selbstwirkung konnte ich dann meine Argumente ruhig und differenziert beschreiben. Für Junge Erwachsene sind solche Beispiele selektiver Offenheit in Form einer Vorbildfunktion und der Glaubwürdigkeit von Übungen sehr wichtig. Ich kann mir nur schlecht vorstellen, therapeutisch wirksam mit Übungen zu sein, deren Wirkungen ich selber nicht als hilfreich erlebt habe.

Aber „junge Menschen“ sind auch sehr kritisch und sehr direkt. Nachdem ich das o.g. Beispiel einmal in einer Gruppe erzählt hatte auf *die Frage hin „Machen Sie das eigentlich auch?“* sagte eine 25 jährige Patientin: *„Na das klingt ja alles ganz schön, aber wissen Sie , Sie sind abgebrüht, üben das schon lange und was ist schon das bisschen Aufregung gegenüber meinen Panikattacken. Da hilft gar nichts, schon gar nicht einfaches Händeauflegen“!*

Natürlich antwortete ich souverän, dass man so was üben müsse und dass sowas wirklich auch helfen würde. Trotzdem blieben mir Zweifel – ich hatte gerade mal einmal in meinem Leben eine leichte Panikattacke und da kam ich dann schnell wieder raus (Riesenrad). Also von daher dann doch nur wenig Selbsterfahrung mit wirklich bedrohenden Situationen. Ich befragte Menschen, die in Extremsituationen kamen wie Taucher, die in eine Strömung gerieten, Kajakfahrer die eingeklemmt wurden und Menschen, die Extremsituationen überlebt haben. Erstaunlicherweise fand ich einfache Antworten wie der Bericht eines Tauchers, der an einem Korallenriff in einer unterirdische Strömung geriet und voller Panik sofort auftauchen wollte: „Ich fasste mir auf den Bauch, spürte meine Atmung, ruhig atmen, zählte langsam bis zehn, zugleich dachte ich mir „keine Panik sonst bist Du eh’ verloren, Du hast nur eine Chance wenn Du ruhig bleibst ....“ Die Berichte klingen alle ähnlich, die lebensbedrohliche Situation wird zum einen durch eine körperliche Intervention versucht zu managen (z.B. Hand auf den Bauch) und häufig durch eine kognitive Intervention („bleib jetzt ruhig“, „ich vertraue auf Gott“ etc.) Solche selbstsichernde Hilfen fehlen bei einer

Panikattacke. Die Patientin, der ich das erzählte, wurde nachdenklich. Im folgenden übten wir sehr lange die Atemzentrierung und suchten einen beruhigenden kognitiven Satz. Daraufhin veränderten wir die Übung weg aus der neu erlernten Sicherheit zu mehr Unsicherheit und Bedrohung (Stressintensivierung). Allein das Üben und das Erleben von Selbstwirksamkeit führten bei der Patientin zu dem Ergebnis, dass sie in der Klinik keine Panikattacken mehr hatte.

In den Körper- und Bewegungstherapien werden Zentrierungsübungen in sehr unterschiedlichen Formen praktiziert. Diese Technik mit ihren fernöstlichen Ursprüngen ist besonders durch die Publikation von Karlfried Graf Dürckheim (1959) Anfang der 60er Jahre durch das Buch “Hara” bekanntgeworden. Zentrierungsübungen sind aber in fast allen fernöstlichen Meditations- und Körperpraktiken wie Yoga, Kampfkünste usw. verbreitet. Nach Dürckheim heißt Hara wörtlich übersetzt „Bauch“ und meint eine Verfassung des ganzen Menschen, in der er gelassen in seiner Leibesmitte ruht und frei ist von den Ängsten und Sorgen des kleinen Ich. Diese Gelassenheit ist durch eine bestimmte Handhaltung herzustellen, indem man Daumen und Zeigefinger zusammenlegt und daraus einen Kreis um den Bauchnabel herum bildet, sowie die restliche Finger auf den Unterbauch legt.

Exkurs: Richtig populär geworden ist diese Handhaltung (s. Abb. 9) in Form einer Zentrierung durch unsere Bundeskanzlerin Angela Merkel.

Abbildung 9: Typische Merkel-Handhaltung

Viele Journalisten haben seit geraumer Zeit darüber spekuliert, was denn diese Handhaltung zu bedeuten habe. Und im Internet wird kräftig darüber diskutiert ob dies eine reinen Gewohnheitshaltung sei, oder ob diese die politische Kraft des Zusammenhaltens der Koalition oder gar des europäischen Staatenbundes ausdrücke. Bis hin zu der Vermutung, dass sie diese Technik auf Anraten ihrer Schwester erlernt habe. Die Schwester von Frau Merkel sei Ergotherapeutin und kenne sich besonders in den indischen Sudras (Handhaltungen) aus. Solche Handhaltungen sind besonders geeignet

um schwierige Momenten und Situationen zu bewältigen bzw. auch dann wenn Konzentration gefordert sei. Eigentlich erstaunlich die vielen Spekulationen, warum hat sie denn noch niemand gefragt?

Abbildung 10: das derzeit wohl bekannteste Beispiel für Zentrierung: Angela Merkel

Wie immer es denn auch sei, die Praxis der Zentrierung klappt schon nach kurzer Übung gut. Dabei erarbeite ich zusammen mit den Jungen Erwachsenen individuelle Handstellungen die vom einfachen Handauflegen, Hände übereinander legen bis zum lockeren Einhaken der Daumen in den Hosentaschen gehen. Diese letztere Form, so kann man sich vorstellen, ist bei den Jungs besonders beliebt. Zentrierung, ist sie erst mal gelernt, kann gut mit Atmung und kognitiven Übungen kombiniert werden. Im Laufe der Therapie wird dann die Zentrierung vermehrt wie schon oben beschrieben für immer schwierigere individuell angepasste Stresssituationen im Lebensalltag genutzt.

5.2.2 Stemmführung nach Brunkow

Die Stemmführung nach Brunkow ist eine ursprünglich krankengymnastisch neurophysiologische Methode, die von Rose Marie Bold und Annemarie Grossmann 1978

publiziert wurde. Frau Brunkow , die mit Säuglingen arbeitete und dafür eine speziell nach ihr benannte Methode, die „Brunkow-Stemmführung“ zur neurophysiologischen Bewegungsbahnung entwickelte, publizierte m. W. nichts über ihre Arbeit. Möglicherweise waren die beiden konkurrierenden Methoden von Voijta und Bobath zu mächtig und verdrängten diesen Ansatz in der Säuglings- und Kindertherapie. In der Folge wurde Ende der 70er/Anfang der 80er Jahres des vorigen Jahrhunderts die Methode sehr populär in der Behandlung orthopädischer Patienten mit unterschiedlichen Wirbelsäulenerkrankungen, z.B. gerade nach WS-Operationen, weil die Methode sehr hubarm und muskulär intensiv stabilisierend wirkte und schon bei bettlägerigen Patienten angewandt werden konnte. In den Krankengymnastikschulen wurde damals die Stemmführung nach Brunkow als ein wichtige krankengymnatische Methode gelehrt. Ich erlernte dieses Verfahren von meiner damaligen Chefin und wandte es in der Folge auch bei verschiedensten orthopädischen Wirbelsäulenerkrankungen an, und führte die Technik auch in den psychosomatischen Gruppen mit Wirbelsäulenerkrankungen ein. Daraus resultieren die verschiedenen Publikationen für Patienten mit psychosomatischen Wirbelsäulenbeschwerden in verschiedenen Fachzeitschriften (Waibel 1993, 1995) und in zwei Praxisbücher für Kinder/Jugendliche als auch für Erwachsene (Waibel 1994).

Nun gab es aber bei dieser Arbeit einen interessanten Nebeneffekt, der durch die Aussage einer Patientin Anfang der 80er Jahre für die zukünftige Ausrichtung in der Entspannungstherapie mitentscheidend war: „Wissen Sie das hilft richtig gut bei den Rückenbeschwerden, aber viel wertvoller ist diese Stemmführung für mich beim Einschlafen. Das ging seit Jahren nicht mehr gut oder fällt mir sehr schwer. Mit zwei bis drei Übungen aus dieser Reihe schaffe ich das nun wieder wirklich gut – es ist wie ein Wunder. Auch wenn ich nachts aufwache. Autogenes Training hat mich da eher unruhiger gemacht und Jacobson hat nicht so recht geholfen, also bin ich zumeist rumgelaufen oder habe dann Medikamente genommen, mit dem Ergebnis dass ich am nächsten Morgen ziemlich groggy war.“

Diese Aussage habe ich zunächst gar nicht besonders beachtet. Aber auf diesen Effekt habe ich einfach mal die anderen Patienten hingewiesen und ich bekam hier vielfach Bestätigung. Schaut man sich die Stemmführung nach Brunkow genauer an so erkennt man die ursprüngliche Absicht der Begründerin, nämlich einer neurophysiologischen Regulierung in den Muskelketten. Sie nennt das die Dissoziation von ungünstigen Bewegungsmuskelketten. Nebenbei führt die intensive Anspannung schließlich auch zu einer intensiven Entspannung und das in einer neurophysiologisch höchst korrekten Weise

(die Hände werden beispielsweise nicht zu Fäusten geballt!). Wir haben diese Stemmführungs-Methode im Laufe der Zeit immer weiter entwickelt und stellen fest, dass gerade bei den „hartnäckigen Fällen) bzgl. Entspannung bei den „harten Männern“, wir hier sehr gute Wirkungen erzielen können.

Im nachfolgenden sei eine Übung auf dem gesamten Repertoire an Übungen vorgestellt. Das gesamte Verfahren hat die unterschiedlichsten Übungen in allen möglichen Ausgangsstellungen und kann daher sowohl im Liegen in Bauch-, Seitelage, Rückenlage, im Sitzen, im Stehen geübt werden, was die Methode sehr alltagstauglich macht.

Übung:

Anspannung – Dissoziation von ungünstigen Körperhaltungen (Beugemuskulatur)

Legen Sie sich in die Rückenlage. Die Beine werden hüftbreit aufgestellt, dabei sollten die Fußsohlen den Boden noch gut berühren. Ziehen Sie die Füße im Fußgelenk hoch und stemmen zunächst vorsichtig die Fersen in den Boden. Dabei spüren Sie wie sich Unterschenkel, Oberschenkel bis hin zum Gesäß die Spannung sich aufbaut. Versuchen Sie dabei auch den Beckenboden etwas anzuspannen. Kneifen Sie das Gesäß zusammen und stellen sich vor Sie hätten zwischen den Pofalten einen 100 Euro Schein, den ich versuche Ihnen wegzunehmen.

Nun nehmen Sie die Hände im Handgelenk hoch und stemmen aus den Handwurzeln heraus gegen einen gedachten Widerstand, z.B. gegen eine Stuhllehne beim Aufstehen oder Sie sitzen auf einer Mauer und stemmen sich mit beiden Armen hoch. Auch hier wächst die Spannung von der Hand über den Unterarm hoch über den Oberarm zur Schulter. Nehmen Sie die Schultern nach hinten unten zurück und atmen im Bereich des Brustbeins weiter. Jetzt heben Sie noch leicht den Kopf ab so dass Sie Ihre Knie sehen. Damit haben Sie den gesamten Körper in Spannung. Halten Sie bitte die Spannung für eine kurze Zeit.

Vorteil bei der Stemmführung ist, dass in der Anspannungsphase diejenigen Muskelketten (Streckmuskeln) aktiviert werden die ohnehin in der Regel sich in einem eher untertonisierten Zustand gegenüber den Beugemuskeln befinden. Die Beugemuskelketten sind hingegen häufig verkürzt und hypertonisiert. Diese Spannungsdysregulationen werden über die Übung ausgeglichen, in der Fachsprache nach Brunkow dissoziiert.

Nun beginnt der wichtige Teil 2 dieser Stemmführung, die wir weiterentwickelt haben, und die so im Brunkow'schen System nicht vorhanden ist: die gezielte Entspannungsphase.

Übung Teil 2 – gezieltes Lösen

Wir beginnen nun langsam die Spannung wieder zu lösen. Achten Sie darauf, dass Sie nicht einfach die Spannung sofort loslassen, sondern dass Ihr Körper langsam zur Auflagefläche zurücksinkt[6]. Ich zähle langsam von 10 rückwärts auf 1 und Sie geben dazu aalmählich die Spannung ab. Also 10, 9, 8, 7 ... Lösen Sie langsam die Spannung in den Beinen, im Gesäß, in den Armen, legen den Kopf zurück und spüren wie der Körper zum Boden zurücksinkt und Sie langsam wieder aufnimmt. Lassen Sie sich am Ende der Übung ganz vom Boden tragen und spüren die Auflagefläche an den Fersen, den Waden, dem Gesäß, Ihrem Rücken, den Schultern, Ihrem Hinterkopf, den Oberarmen, Unterarmen und Händen. Genießen Sie die Ruhe und bereiten sich dann langsam auf die nächste gezielte Anspannung vor.

Die Stemmführung nach Brunkow ist keine sanfte An- und Entspannungsmethode sondern erfordert vom Übenden sehr gezielte Aufmerksamkeit, Kraft, Koordination, Durchhaltevermögen sowie Ausdauer. Die Willenskraft wird gestärkt. Bei Patienten die ihren Körper zunächst noch wenig wahrnehmen können, ebenso bei sehr starken Verspannungszuständen haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht, weil die Übungsreihe gegenüber vergleichbaren sanften Vorgehensweisen zunächst eine höhere Akzeptanz hat, gerade bei jungen Männern. Die Gefahr einer Verspannung ist nicht gegeben, da in der Regel gerade die schwachen Muskelketten aktiviert werden und die Methode sowohl neurophysiologisch als auch orthopädisch die gesunde Haltungs- und Aktivitätsphysiologie der Muskelketten unterstützt. Fehlerhafte Bewegungsmuster und fehlerhafte unbewusste Bewegungsautomatismen werden aufgelöst (dissoziiert). Zum einen geschieht dies über die differenzierte Gelenkstellung (Propriozeptoren) zum anderen über die Aktivierung der Exterozeptoren, die entsprechende Informationen über die Afferenzen and das ZNS

6 Dieses „Sinken-Lassen“ ist besonders wichtig. Der sprachliche Begriff des Sinkens-Lassens hat eine intensivere Wirkung als Loslassen oder entspannen, sollte aber bei Patienten mit Kontrollverlusterfahrungen wie z.B. bei Traumaerfahrungen nicht angewendet werden.

weiterleiten. Dort werden die eingehenden Informationen verschaltet, modifiziert und mit den bisherigen Mustern abgeglichen. Es erfolgt eine entsprechende Antwort über die Efferenzen zur Muskulatur.

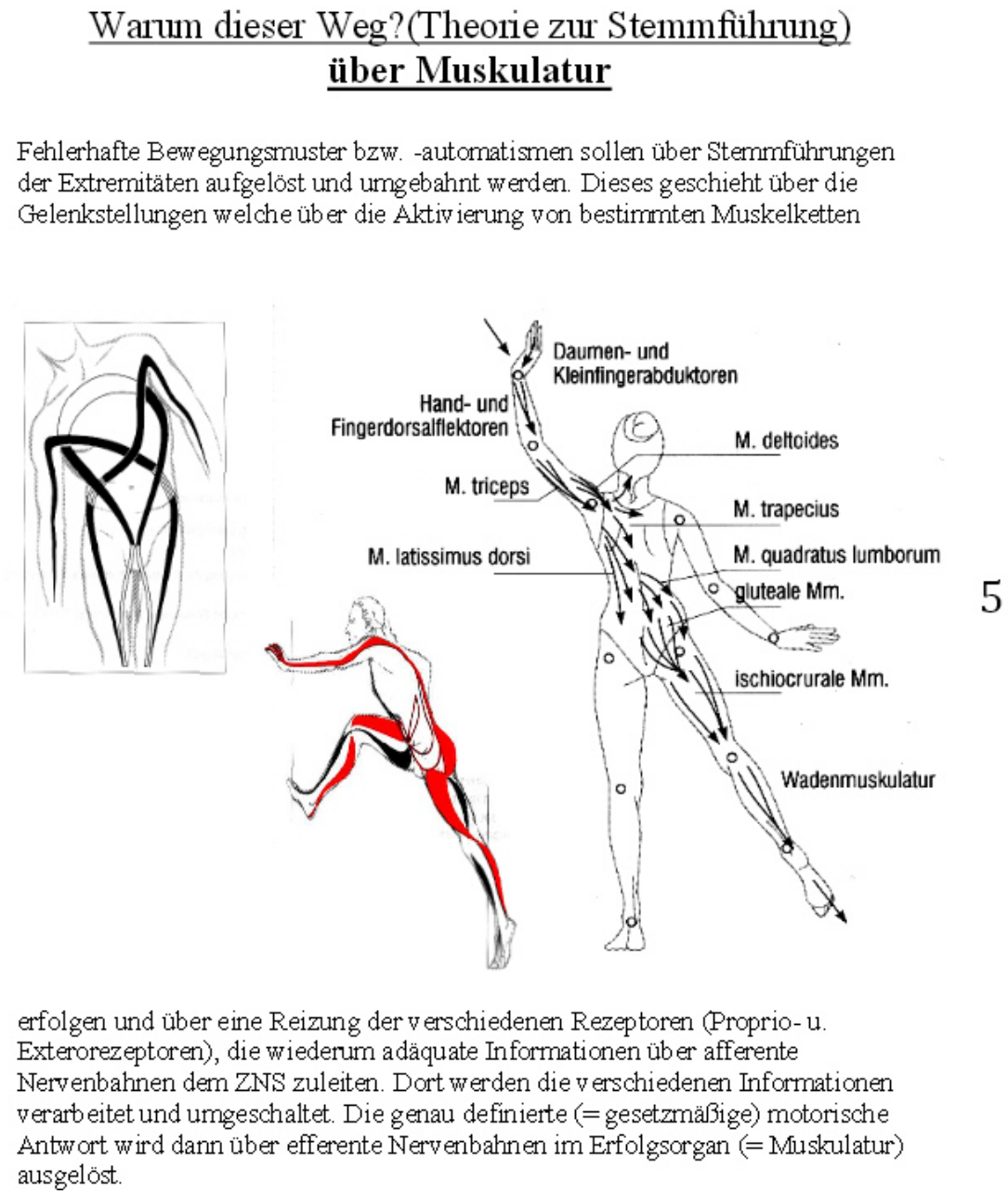

Abbildung 11: Brunkow – warum dieser Weg über Muskulatur?

Diese sehr korrekte bewegungsphysiologische Form von Spannungsaufbau und Lösen ist bei anderen Entspannungsverfahren wie Jacobson nicht immer gegeben (z.B. zu starkes Faust ballen). Hier bei der Stemmführung kann der Patient durch eine starke Anspannung im Prinzip nichts falsch machen.

5.2.3 Ausdauertherapie

Die Ausdauertherapie hat bei uns in der klinischen Arbeit inzwischen eine längere Tradition. Sie wurde aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Sport, Bewegung und Psychotherapie zunächst bei depressiven Störungen und inzwischen für alle Patientengruppen eingeführt. Sport und Bewegung, insbesondere moderat durchgeführt, steht nach dem Medical Tribune (2011) bei verschiedenen Erkrankungen auf Evidence Stufe 1a. Eine moderate Ausdauertherapie ist heutzutage die Wahl der Methode bei der Bewegungsaktivierung in der klinischen Arbeit. Es ist sehr erfreulich, dass inzwischen auch Krankenkassen (TK aktuell 2013) diese Positionen einer moderaten Bewegungsaktivierung in ihren neueren Publikationen vertreten: Dreimal pro Woche 30 Minuten Aktivität, persönlicher Wohlfühlmodus, das Herausfinden individueller Bewegungsvorlieben und strikte Ablehnung von verbissenem Training sind wichtige Bestandteile einer wellness- und fitnessorientierten Alltagsbewegungsgestaltung. Diese Positionen werden von der Forschung in vielen Studien gestützt. Zu ausführlichen Forschungsergebnissen zu Sport und Ausdauer siehe in den Zusammenfassungen von Blech (2008), Hollmann (2009), Knubben (2004), Kubesch (2005), Rüegg (2010), Mei v. d. et. Al. (1997) und Waibel/Jakob-Krieger (2009).

Bei Jungen Erwachsenen haben wir innerklinisch folgende Besonderheiten beobachtet (n=480):[7] Auch bei jungen Patientengruppen hat man mit erheblicher Immobilität und damit verbundenen geringen kardialen Belastungspotentialen, zu tun. Dies zeigt sich nach Klinikaufnahme durch die größtenteils geringen Eingangsbelastungswerten im Bereich von 50-70 Watt. Bei gewöhnlicher Alltagsbewegung müsste ein Junger Erwachsener ohne sportliches Training mindestens 100-125 Watt erreichen. Junge Erwachsene die regelmäßig joggen/walken oder Freizeitsport betreiben haben in der Regel 130-150 Watt und mehr Belastungsfähigkeit.

Bei den Jungen Erwachsenen ohne wesentliche internistische oder orthopädische Befunde wird somit häufig die max. aerobe Trainingsherzfrequenzgrenze schnell bei 50-70 Watt erreicht.

Ebenso häufig sind erhöhte Ruhepulswerte mit weit über 100 Schlägen/min. keine Seltenheit. Sehr selten sind jedoch Patienten dabei, wie auf den anderen Stationen, die

7 Eigenes internes Dokumentationssystem NEXUS

durch übersteigerte Bewegungsaktivitäten bzw. Bewegungsstress eine nur ungenügende Selbsteinschätzung für eine gute aerobe Ausdauerbelastung haben.

Dies bedeutet, dass die biologischen Selbstregulationsmechanismen, die Auswirkungen auf Gehirn, Psyche und Körper haben, nicht unwesentlich eingeschränkt sind. Eine reine Psychotherapie würde demnach in bezug auf die Aktivierung selbstregulatorischer Mechanismen zu kurz greifen.

Allerdings ist eine mangelnde Ausdauerfähigkeit bereits auch schon bei jüngeren Populationen zu beobachten. Sven Michel et. al (2013) beschreiben in einer Untersuchung zur motorischen Leistungsfähigkeit bei 6-jährigen Vorschulkindern aus acht Dresdener Kindertagesstätten das bei einem sonst durchschnittlichen Leistungsniveau die Ausdauerleistungsfähigkeit besorgniserregend sei. Dies hätte möglicherweise Auswirkungen auf eine schnelle geistige und körperliche Ermüdbarkeit.

Nachfolgende Grafik skizziert, wie eine gute Ausdaueraktivität über eine halbe Stunde aussehen sollte. Die körperliche Norm in Watt ausgedrückt würde demnach bei der Jungen Erwachsenen Gruppe zwischen 100-150 Watt liegen.

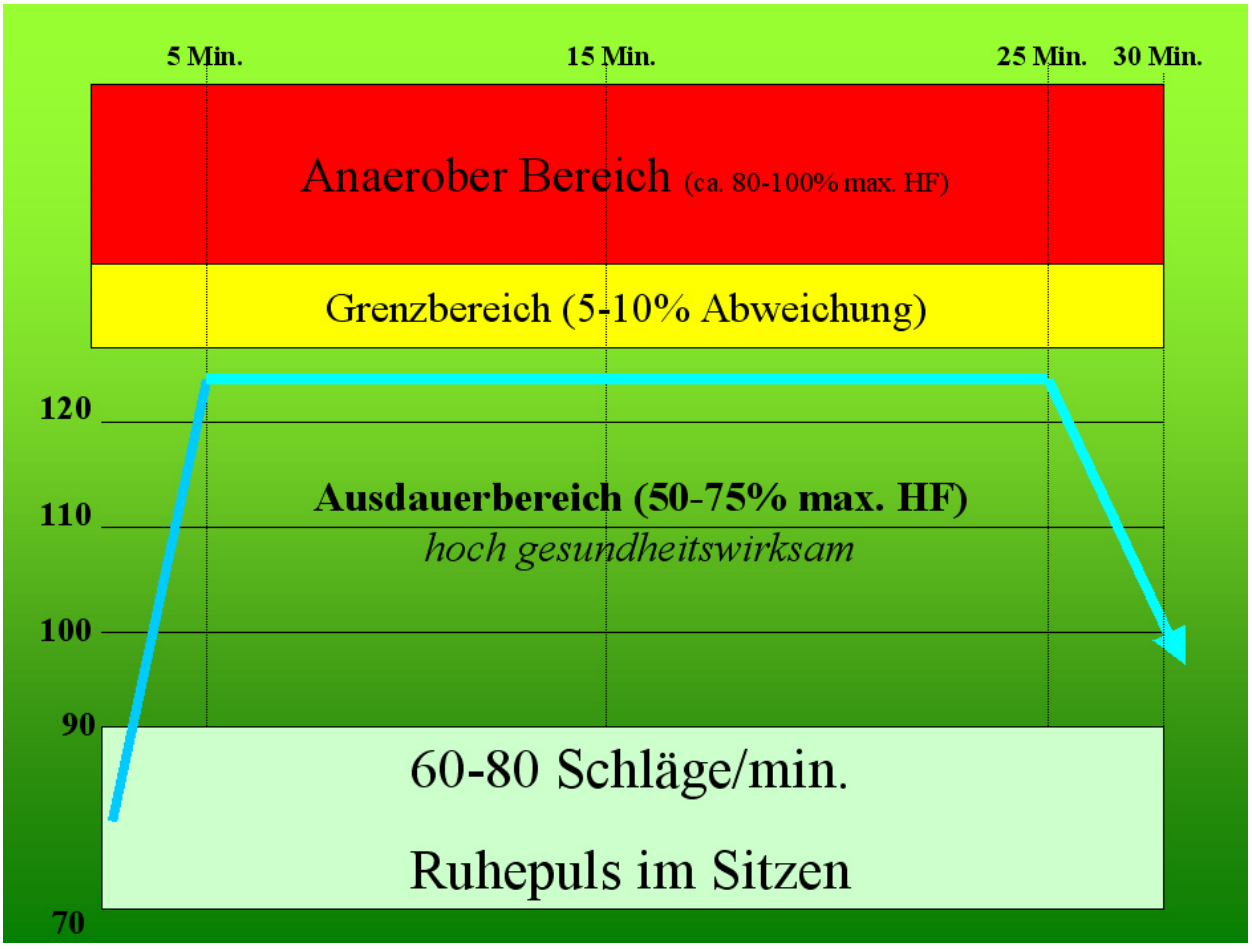

Abbildung 12: Übersicht optimaler Ausdaueraktivität

Ziel ist ein Ruhepuls beim Sitzen (3 minütiges Sitzen) von 60-80 Schlägen. Ab 90 Schlägen/min. kann man von einem erhöhten Ruhepuls ausgehen. Ab Puls von ca. 100 werden im Organismus kontinuierlich Stresshormone ausgeschüttet, wenn keine sonstigen internistischen Erkrankungen vorliegen.

Die biologische Regulierung in Ruhe und Aktivität und das Ziel einer guten Ausdauerleistung sind hierbei wichtige Aspekte der Ausdauertherapie.

Die theoretischen und praxeologischen Grundlagen zur Ausdauertherapie wurden bereits in Waibel/Jakob-Krieger 2009 in verschiedenen Kapiteln bzgl. störungsspezifischer Anwendung, publiziert.

Für die Patienten werden wie auf der nachfolgenden Skizze beschrieben, die wichtigsten Wirkfaktoren in Bezug auf den Forschungsstand vereinfacht vorgestellt:

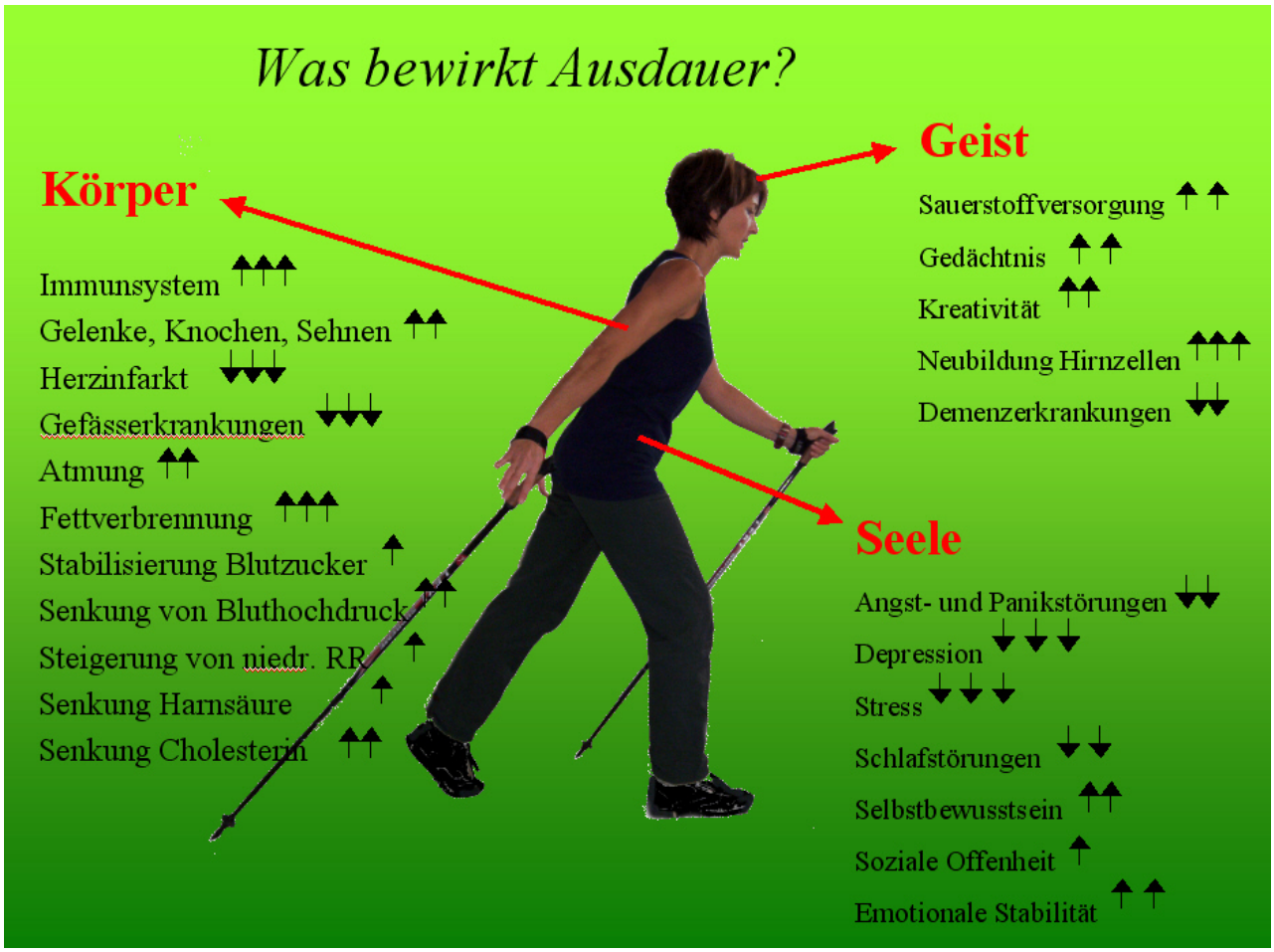

Abb. 13 Wirkungen von Ausdauer

Anschließend sollen nun die wichtigsten Aspekte zusammengefasst werden.

5.2.3.1 Was versteht man unter moderater Ausdauertherapie?

Moderate Ausdauertherapie kann bereits mit schnellerem Gehen, Walking, Nordic Walking - und seltener (langsamem) Joggen neben dem Fahrradergometer - relativ einfach sowohl im Innenraum als auch im Außenbereich, durchgeführt werden. Die jungen Erwachsenen erleben den Kontakt mit der Natur in den warmen Monaten als intensiver, sind in der Regel auch leichter für die Therapie zu motivieren. Hallenräume werden häufig zunächst als monoton und einseitig erlebt. Der Naturfaktor (siehe Kap. 5.5.1) darf nicht unterschätzt werden. Hingegen bietet sich im Innenbereich ein erheblicher Vorteil an: Die Ausdauertherapie kann methodisch sehr differenziert ausgeführt werden. Zum Beispiel können die Jungen Erwachsenen sehr genau in die individuelle Pulsmessung sowohl manuell als auch mit Pulsmesser eingeführt werden und lernen dabei, die eigenen Pulswerte genau zu bestimmen. Das ist eine wichtige biologische Grundlage zur Selbstregulation und führt schnell zu einer hohen Akzeptanz dieser Therapieform.

Den Ausdauerbereich haben wir aufgrund von vielfältigen Wirksamkeitsstudien zu Depression, Angst, Schmerz etc. und den trainingsphysiologischen Erkenntnissen von Hollmann/Strüder 2009, auf 50% - 75% der maximalen Herzfrequenz festgelegt. Dieser Bereich wird durch die nachfolgende Formel bestimmt.

5.2.3.2 Formel für die Berechnung optimaler Ausdaueraktivität

Männer

220 minus Lebensalter = maximale Herzfrequenz,
davon wird im Bereich 50% - 75%
geübt und bei

Frauen

226 minus Lebensalter = maximale Herzfrequenz,
davon wird ebenso im Bereich 50% - 75%
geübt.

<u>Ein Beispiel:</u>
Ein 22-jähriger männlicher Patient.
220 minus 22 = max. Herzfrequenz von 198.

Davon 50 % ergibt einen Eingangspulsschlag von 99 und eine obere aerobe Pulsgrenze (75%) von 154, sprich: dieser Patient soll sich in allen seinen aeroben Bewegungsaktivitäten mit einem Puls von 99 - 154 bewegen.

Die Jungen Erwachsenen werden geschult diese Werte selbstständig zu berechnen und diese häufiger in Therapie und in der Freizeit zu messen. Ziel ist es, sich nicht an der Obergrenze zu bewegen, sondern im Laufe des klinischen Aufenthaltes den „persönlichen Wohlfühl-Belastungsbereich“ zu finden. Dieser liegt häufig zwischen der 60% - 70% Marke.

5.2.3.3 Ruheherzfrequenz im Sitzen

Diese beträgt im Normbereich 60 - 80 Schläge/min. Ein Toleranzbereich bis 90 Schläge/min. ist zu akzeptieren.
Wie schon weiter oben angemerkt findet man jedoch In der klinischen Praxis Ruhepuls-Herzfrequenzen bei Jungen Erwachsenen von weit über 100 Schläge/min. Selbst Ruhe-Werte von 120 - 130/min. festzustellen. Wenn keine internistischen Erkrankungen vorliegen, gilt es hier, die Patienten zu beruhigen. Im Laufe der Therapie sinkt die Ruheherzfrequenz beträchtlich, was eine hohe Motivation der Patienten für die Ausdauertherapie weckt („*Ich kann die Wirkungen messen*“). Ich kläre die Patienten im Sinne stresstheoretischer Überlegungen darüber auf, was mögliche Ursachen für die hohen Werte sind.

Im Trainingsraum bietet sich eine pulsüberwachte Ausdauertherapie hervorragend an, da der Patient genau seine Leistungsfähigkeit messen kann. Warming Up, Belastungsphase und Cool-Down Phase werden immer geübt. Patienten sollen neben der eigenen Selbsteinschätzung vor allem auch den Umgang mit körperlicher Belastung unmittelbar erfahren, i.S. eines Feed-Backs über die Pulsmessung.
Ziele: Verbesserung der allgemeinen und körperlichen Belastungsfähigkeit, Spannungsregulierung über Aktivität, Finden eines eigenen guten Rhythmus, emotionale Regulierung durch gleichmäßige körperliche Belastung, Selbstkontrolle durch Pulsuhr i.S. eines Feedbacks, Erfahrung eines positiven Körpergefühls.

5.2.3.4 Die drei wichtigen Übungsphasen in der Ausdauertherapie

Zunächst wird das Gehen in den drei trainingsphysiologisch wichtigen Phasen vermittelt:

Phase 1: Warming up

Langsames Einstimmen, langsames In-Gang-kommen bis zum Erreichen der 50% Grenze. Patienten probieren mittels Pulskontrolle aus, ab welcher Geschwindigkeit sie in den aeroben gesundheitsfördernden Ausdauerbereich eintreten. Insbesondere soll die Erfahrung gemacht werden, mit wie wenig Bewegung dieser Bereich erreicht werden kann. Auf Transfers in den Alltag wird hingewiesen (etwas schneller zu Schule/Ausbildungsplatz gehen, schneller Spazieren gehen mit leichten Steigung etc. im Sinne vom Alltag als Übung). Bei einem erheblichen Teil der Jungen Erwachsenen hat man hier jedoch schon eingangs Ruhepulswerte, die weit über dieser 50% Marke der max. HF liegen. Mann sollte hier beruhigen und zu sanfter Bewegungsaktivität auffordern. Es sehr motivierend, wenn sie nach einigen Wochen das erfolgreiche Ergebnis der Ausdauertherapie, durch die sinkenden Werte des Ruhepulses dokumentiert, erleben (bis zu 40 Schlägen/min.). Auf die stressphysiologische Bedeutung, wie bei Sicco Henk van der Mei und Hilarion G. Petzold 1997 beschrieben wurden, weisen wir in einfachen Erklärungen hin. Das Sinken der Ruhepulswerte im Laufe eines 4 - 6 wöchigen Klinikaufenthaltes um bis zu 25% und mehr, ist dabei keine Seltenheit.

Phase 2: Belastungsphase:

Hier soll die individuelle Belastung im Bereich von 50% - 75% herausgefunden werden. Die völlige Überlastung des eigenen Organismus, die als solche aber nicht erkannt wird (der Zustand wird als Ich-synton erlebt), ist hierbei besonders bedeutsam. Wir finden nicht selten auch junge Patienten, die das dauerhafte Auspowern des eigenen Körpers bis zur maximalen Herzfrequenz, als völlig normal einschätzen.

Phase 3: Cool-Down-Phase

Entschleunigung, Runterregulieren**,** systematisches Langsam-Werden bis zum Gehen im eigenen Atemrhythmus, z.B. Qi-Gong Gehen im Ein- und Ausatemrhythmus. Die kleine Gruppe leistungsorientierter junger Patienten hat bei dieser Cool-Down-Phase große Probleme. Sie sind sehr gut in der Beschleunigungs- bzw. Anspannungsphase aber

nahezu unfähig sich selber zu entschleunigen. Für diese Patienten ist die Cool-Down-Phase eine ganz wichtige Übung. Durch die objektiven Messgeräte sehen sie unmissverständlich wie ihr Puls steigt aber nur schwer herunterkommt. Gleichzeitig kann die eigene ich-syntone An-Spannung nun zum ersten mal als „nicht mehr normal“, sondern als „Anspannung, mit der Unfähigkeit zur Entspannung“, erlebt werden. Hier rege ich die Patienten an, über ein ähnliches Verhalten in ihrem Alltag nachzudenken.

Übung: Wir schalten „den Gang“ runter!
Am Ende der Belastungsphase laufen die Patienten zunächst im „5. Gang“ weiter (normale Belastung), dann runterschalten in den „4. Gang“ (langsamer werden, eine Minute lang), dann in den „3. Gang“ (normales Spaziergangtempo, eine Minute lang), dann in den „2. Gang“ (sehr langsames Gehen) und schließlich in den „1. Gang“ (meditatives Gehen) im eigenen Atemrhythmus. Ziel ist, das Schritttempo mit der eigenen Atmung zu synchronisieren bzw. immer mehr zu verlangsamen. Um das zu erreichen leite ich Folgendes an: beim Einatmen, ein Bein langsam hochheben – sobald sich das Bein wieder senkt, langsam ausatmen – bevor der Fuß den Boden berührt, Atempause. - Es ist möglich mit drei Schritten in der Minute auszukommen (bis zu 12 Schritte ist der Normbereich). - Für den Patienten ist diese Übung sehr hilfreich, weil sie die eigene vegetative Anspannung mit gleichzeitig hoher Atemfrequenz, unmittelbar erleben können.

Die Cool-Down-Phase ist nicht nur trainingsphysiologisch sehr wichtig, sondern dient auch als Übung für gesundheitsförderndes Verhalten im Alltag.

5.2.3.5. Techniken zur Spannungs- und Selbstregulation

Kommen wir nun zu einigen interessanten Techniken der Spannungs- und Selbstregulation in der Belastungsphase. Diese stellen ein Kernstück moderner integrativer Ausdauertherapie dar und zeigen den Unterschied zu einem rein funktional-motorischen Training auf.
Die theoretischen Ansätze des eigenleiblichen Spürens (Petzold 2003, 1080ff.) werden unterteilt in:

- Movement Produced Information (MPI) *from muscle to mind*
- Mentally Imagined Motor-Actions (MIM): *from mind to muscle*.
- „Interactional Movement Coordination“ (IMC): *Mitbewegung*
- „Evoked Internalized Personalities“, (EIP) *personale Beistände*

Movement Produced Information (MPI) ***from muscle to mind***

Wir fokussieren hier auf die im „eigenleiblichen Spüren“, im leiblichen „Selbsterleben“ wahrgenommene Koordination durch „movement produced information“: Bewegung, Haltung, Gestik, Mimik „im Vollzug“, informiert das Gehirn und wirkt, z.B. Lächeln erhöht den Endorphinlevel und regt das dopaminerge System an, was man durch Bottom-up-Techniken des „emotings“ und „Affektrainings“ nutzt.

Übungen:

- Gehen mit intensivem Fußabdruck verbessert die Erdung und stärkt die eigene Willenskraft, hier kann man auch Tierbilder einbauen (wie Elefantengang, besser noch dynamischer Gang einer Gazelle, Leoparden etc.).
- Aufrichtung der Körperhaltung verändert die Stimmung (z.B. stolzes Gehen, Gehen wie ein König, Goldmedaille etc.)
- verschiedene Gangarten ausprobieren und die Umstimmungen spüren (Schlendern, Marschieren, Hetzen, Flanieren etc.). Dieses Erleben führt zur Erfahrung der Selbstwirksamkeit (ich bin meinen Stimmungen nicht nur augesetzt).
- Leichtigkeit, Schwünge, bis hin zum Tanzen etc., kann auch mit Musik untermalt werden (Rondo Veneziano, spanische Titel etc.)

- Betontes Gehen im Kreuzgang verbindet linke und rechte Gehirnhälfte, fördert die Koordination und „ordnet“
- Hüpfen: ich nenne es inzwischen ein intensives Antidepressivum, weil es Freude evoziert.
- Konkurrenz-Traben: eine gute Form um z.B. bei Antriebsarmut richtig in Gang zu kommen. Hierbei versucht man so schnell wie möglich mit einem Mitpatienten zu gehen (also immer ein Fuß muss Bodenkontakt haben, nicht „galoppieren“ - das wäre joggen). Dabei will man schneller als der Andere sein. Kann man auch als „Trabrennen“ von einer Turnhallenwand zu anderen machen.

Man nutzt auf diese Weise den Körper um positive Emotionen und Kognitionen sowie allgemeinem Wohlbefinden und Antrieb zu fördern.

Wenn Junge Erwachsene in der Integrativen Bewegungstherapie oder in der Psychotherapie vor einem schwierigen unlösbaren Problem, einer verfestigten Einstellung oder vor einer wichtigen Entscheidung stehen, fordere ich sie auf, dieses Problem mitzunehmen und einfach mal alleine zu laufen oder zu gehen. Hier zeigen sich nicht selten durch die Bewegungsaktivierung erste Ansätze für Lösungen. Damit können die biologischen Techniken gut mit den kognitiven Techniken verbunden werden.

Mentally Imagined Motor-Actions (MIM): ***from mind to muscle***

Gleichermaßen kann man auch Imaginationen, Bilder und Vorstellungen, also mentale Ansätze, als Top-down-Techniken, welche die Gefühle, Bewegungen, Spannung/Entspannung, d.h. Leiblichkeit beeinflussen, verwenden.

Übungsbeispiele von vorgegebenen Vorstellungen sind:
„sich vom Wind tragen oder schieben zu lassen“,
das „Aufgehen“ in einer schönen Landschaft, Phantasiebilder, Gehen am Meer, Gehen beim Sonnenaufgang
Sehr hilfreich ist, wenn man vor Beginn der Gruppe die aktuelle Befindlichkeit einstufen lässt, z.B. in einer Abstufung von 1- 10. 1 wäre schlechte Befindlichkeit, 10 optimale Befindlichkeit (Skalierung). Nach der halbstündigen Ausdauereinheit wird die Befindlichkeit wieder abgefragt und mit dem Ausgangswert verglichen. Die Stimmungsunterschiede zwischen Anfang und Ende zu erleben, ist für die Patienten wichtig und unterstützt die Selbstregulation.

Es kann auch eine Differenzierung zwischen kognitiver, emotionaler und allgemein körperlicher Befindlichkeit vorgenommen werden.

Interactional Movement Coordination (IMC): *Mitbewegung*

Wir nutzen in der Ausdauertherapie auch gezielt das soziale Miteinander. Die Patienten stimmen sich ständig unbewusst bezüglich Tempo, Rhythmus und Richtung aufeinander ein (das typische Kreisgehen in der Halle!) Im gemeinsamen Gehen kommt es zu gemeinsamen Gesprächen und Kontakten, man spricht kurz und geht weiter oder nimmt an einem interessanten Gespräch teil. Auch zeigen sich dyssynchrone Muster („mit dem konnte ich überhaupt nicht mitgehen“). Diese sind nicht nur motorisch zu verstehen sondern auch kognitiv. Umgangssprachliche Redewendungen finden im gemeinsamen Gehen ihren tieferen Sinn (um-gehen, mit-gehen, hin-gehen, weg-gehen, begleitet werden usw.)

Übungsbeispiele: Gehen im gemeinsamen Tempo, einer geht vor – der andere nach (sich mitziehen lassen), als Gruppe gehen, Anpassung von schnelleren und langsameren Gehern.

Hier steht das Erlernen einer weiteren wichtigen Fähigkeit im Vordergrund:
mit einem langsameren Partner gehen (sich synchronisieren), nicht das Tempo steigern und trotzdem einen eigenen guten Belastungspuls zu erreichen. Hierzu nehmen wir die langsamsten Geher einer Gruppe mit den schnellen „Stressläufern“ zusammen und lassen diese einen guten gemeinsamen Rhythmus finden, zunächst im Tempo des langsamen Läufers, dann im Tempo des schnelleren Läufers, dann in einem Kompromiss zwischen diesen beiden Geschwindigkeiten. Schließlich soll der schnellere Läufer sich an den langsameren anpassen und durch geeignete körperliche Mehraktivierung ein gutes aerobes Aktivitätsniveau erreichen. Dies erreicht er nicht durch Geschwindigkeit nach vorne sondern durch Joggen nach oben in die Vertikale bzw. Hüpfen neben dem langsamen Geher. Eine wunderbare Übung für Paare: Sehr aktive junge Männer lernen hier die Erfahrung, wie gut es ist auch mal langsamer zu gehen, wie man mit einer „langsamen“ Frau gehen kann und trotzdem gute Pulswerte erreicht und wie man vor allem die eigene Stressaktivitäten bewusster erleben kann.

Evoked Internalized Personalities (EIP): *personale Beistände*

Schließlich kann man die Evozierung von positiven Personeninternalisierungen „**Evoked Internalized Personalities**“ nutzen, ein Modell, das wir in der Integrativen Therapie unter dem Namen der „inneren Beistände“ popularisiert haben. Bei erzählenden Menschen im Alltag erlebt man immer wieder, dass in ihrer Mimik und in ihren Bewegungen, die Mimik und die Gesten des Menschen erscheinen, von dem sie gerade erzählen: sein Lachen, sein Ärger, seine Betroffenheit, und das oft in beeindruckender Konkretheit, Deshalb kann man sagen: die Verinnerlichung dieser Person erfolgte keineswegs nur als „Bild“, als „Repräsentanz“ oder „Imago“, sondern als ein ganzheitlicher Eindruck. Mehr darüber in den sozialen Selbstregulierungstechniken, die wiederum mit dem Gehen verbunden werden können.

Das machen wir uns zu Nutze, indem wir Patienten auffordern, in schwierigen Situationen gute Vorbilder, ressource 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).
Innere Vorbilder (z.B. Athleten) können einen begleiten, um die Willenskraft zu stärken bei Antriebslosigkeit, nahe Menschen, die Halt und Zuversicht ausstrahlen, können einen innerlich begleiten etc.

Im wöchentlichen Wechselrhythmus kann man so gezielt mit verschiedenen Modulen arbeiten: z.B. Schwerpunkt Stressregulation, Schwerpunkt emotionale Regulation, Umgang mit der Mitbewegung, Schwerpunkt Selbsterfahrung und Erfahrungen des eigenen Gehens in Bezug zu der eigenen Alltagsbewegung.

Die Ausdauertherapie findet in der Regel neben der Selbstregulationsgruppe zweimal in der Woche für 60 Minuten statt. Sie wirkt häufig synergetisch mit der Selbstregulationsgruppe und es werden hier oft erste Zugänge zur körperlichen Selbsterfahrung, zum emotionalen Erleben, verbesserter Eigenreflektion des Verhaltens in sozialer Bezogenheit, geschaffen. Insbesondere können verschiedene Techniken der Selbstregulation/Spannungsregulation systematisch geübt werden.

In der Ausdauertherapie findet immer nur eine kurze Selbst-Reflektion statt: z.B. wie sind sie heute mit ihrem Puls zurechtgekommen? Wie war ihr Anspruch und wie die Realität, also ihr Puls heute usw. ?

Häufig greifen wir jedoch die gemachten Erkenntnisse in verschiedenen Situationen (z.B. IBT-Stunde, Teamvisite, Bewegungsberatung, Physiotherapie etc.) auf.

5.2. Techniken psychologischer Selbstregulierung: „Ich bin wertvoll“

Selbstwert und Selbstbewusstsein sind Dauerthemen in jeder psychotherapeutischen bzw. bewegungstherapeutischen Behandlung. Die Entwicklung von Identität und damit verbunden die eigene intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Werten, aber insbesondere den ständigen unreflektierten eigenen negativen Zuschreibungen gilt es besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Unrealistische Selbstentwertungen in Form ständig negativer Selbstzuschreibungen und negativer innerer Dialoge bis hin ständigem negativen grüblerischen Denken sowie Selbsthass sind massive Blockierungen. Die nachfolgenden Selbstregulierungsübungen sind keine Auseinandersetzung mit den eigenen negativen Attributionen. Dies ist dem psychotherapeutischen Prozess vorbehalten. Sie stellen vielmehr einen Weg dar, zu den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu finden. In der Praxis hat es sich gerade in der Arbeit mit Jungen Erwachsenen gezeigt, dass der Zugang zu positiven Selbstattributionen im Sinne einer ressourcenorientierten Therapie mehr als bei erwachsenen Patienten einer ständigen Bewusstmachung und Wiederholung bedarf. Dies soll der Patient regelmäßig üben um hier Veränderungen erzielen zu können. Ich stelle nachfolgenden drei Übungen vor, die sich in der Praxis besonders gut bewährt haben. Sie können dazu dienen dass Patienten positive Selbstbewertungen finden, dass sie sich damit auseinandersetzen und diese schließlich in das eigene Selbstkonzept übernehmen. Das Osternest ist zunächst eine klassische „ressourcing“ Übung. Über positive Selbst- und Fremdattributionen sollen eigene positive Eigenschaften entdeckt und erschlossen werden. Das Osternest ist zunächst eine Gruppenübung und wird später durch gezieltes Beobachten außerhalb der therapeutischen Gruppe für den Alltag nutzbar gemacht.

Der innere Garten hingegen ist schon eine Fortgeschrittenen-Übung. Hier entdeckt der Patient seine Ressourcen über Symbole oder über die Imagination.

Die vitale Evidenz schließlich ist eine sehr differenzierte Übung wonach der Patient über das eigenleibliche Spüren, Fühlen, Denken und schließlich Handeln in sozialer Bezogenheit in seiner Ich-Wahrnehmung und Ich-Aktivitäten sich selber gezielt stärkt und lernt auf sich zu hören über eine systematische Selbstbefragung in leiblicher Bezogenheit.

5.2.1 Das Osternest

Das „Selbstwert-Nest“, später nach einer Aussage einer Patientin dann in „Osternest“ umbenannt ist eine sehr einfache Selbstwertübung, die auch in sehr schwierigen

Gruppenkonstellationen funktioniert. Ursprünglich entstand die Übung so, das jeder Patient sich einen eigenen Platz bzw. Raum nimmt, sich in diesen zunächst hineinlegt und dann über eine ruhige Einführung zum Selbstwert Symbole sucht für seine Eigenschaften, Haltungen, Handlungen, Fähigkeiten die er als wertvoll erlebt. Diese Symbole sollte er dann in seinen eigenen Raum legen. Das gelang vielen sehr schwer, bzw. es scheiterte gerade am Anfang der Therapie am Widerstand wie Aussagen „da brauch ich gar nicht mitmachen, da gibt es nichts“ oder „an mir ist alles sowie nur sch ... oder schlecht“. Oder mehrere Gruppenmitglieder legen einfach nichts rein – aus vielerlei Gründen. Im Sinne eines ressourcenhaften Vorgehens wollte ich jedoch die dadurch negative induzierte Reaktionen nicht in der Gruppe bearbeiten und habe somit die Übung modifiziert. Deutlich wird nämlich auch schon nach einer kurzen Phase in der klinischen Gruppentherapie, dass nach einem Kennenlernen sich gegenseitige Phänomene von Wertschätzungen im Gruppengeschehen schnell zeigen. Diese fremdattributiven Zuschreibungen wollte ich im Kontext der Gruppe nutzen und arbeitete in der Folge so, dass nun jeder Patient sich wiederum einen Raum baut, der klar und deutlich als sein Raum von den anderen Patienten erkannt werden muss. Nun soll jeder Patienten in den Raum des jeweils anderen jeweils ein Symbol legen, von dem er denkt oder noch besser eigens erlebt hat, das sei eine wertvolle Eigenschaft des anderen. Befinden sich die Gegenstände nun erst einmal in den Osternestern, beginnt der verbale Austausch. Die Patienten sind ganz neugierig auf das was sich alles so im eigenen Raum angesammelt hat und warten gespannt auf die Entlüftung der Geheimnisse. Sie besuchen sich untereinander und benennen und besprechen die Symbole. Der jeweilige Patient der positive Zuschreibungen erhält, hat ein größeres Plakat bei sich liegen, wo der Mitpatient dann mit einem Wort oder einem kurzen Satz die positive Eigenschaft bzw. den Wert drauf schreibt. Somit entsteht je nach Gruppengröße von 6-9 Patienten ein erstes Poster mit 5-8 positiven Selbstwerten. Dieses Poster wird in der Regel auf dem Patientenzimmer aufgehängt, damit es ständig gesehen und möglicherweise verinnerlicht werden kann.

Über diese Fremdzuschreibungen kommt der „Selbstwertprozess“ in Gang.

Nun geht es in der nächsten Stufe darum den „Selbstwert selbst in Gang zu setzen“ über eigene positive Zuschreibungen. Wie schon oben erwähnt ist das viel schwieriger, gelingt aber dann in Folge gerade bei häufigen Wiederholungen bzw. durch Hausaufgaben: z. B. am Abend ins Tagebuch schreiben, was mir heute gelungen ist, was ich Gutes gemacht habe etc.

Wenn der innere Selbstwertprozess dann im Laufe der Therapie eine gewisse Kontinuität und Stabilität aufweist, gehen wir ran an die Stress- und Krisensituationen. Wie spreche ich zu mir in solchen Situationen um dann diese häufigen negativen Dialoge in selbstwertorienterte Dialoge umzuwandeln wie „Mensch da kannste doch ....“ oder „schließlich hast Du Deine Mittlere Reife doch auch geschafft“. Die innere guten Ressourcen sollen damit als Beistand genutzt werden, sie sollen ständig verfügbar sein und vor allem: sie sollen ständig angewendet und geübt werden.
Typische Hausaufgaben bei dieser Form emotionaler Selbstregulation sind:
Aufschreiben wo ich heute positiven Selbstwert bzw. Lob von Außen bekomme habe.
Aufschreiben wo habe ich mich mal selber gelobt, wo war ich mit mir mal zufrieden?

5.2.2 Der innere Garten

Der innere Garten ist eine Übung, die vor allem durch die Arbeit mit traumatisierten Patienten von Louise Reddemann (2007) und von Frau Michaela Huber (2006) bekanntgeworden ist. Diese Übung habe ich übernommen, weil manche Patienten diese Übung aus ihrer Therapie oder aus anderen Klinikaufenthalten kennen.

Der innere Garten ist eine wachstumsorientierte Imaginationsübung, die aber auch gut über gestalterische Techniken und Symbolarbeiten intensiviert werden kann.

In der Regel mache ich die Arbeit sehr einfach. Hier eine kurze Beschreibung:

Setzen Sie sich auf einen bequemen Platz, wo Sie sich wohlfühlen. Wie immer beginnen wir mit Räkeln, Gähnen und einer kurzen Atemübung.
Nun stellen Sie sich einen schönen Platz vor, wo Sie einen eigenen Garten anlegen. Achten Sie dass Sie einen guten Untergrund haben. Beginnen Sie nun zunächst eine Grenze um den Garten zu ziehen. Je nach eigener Empfindung kann dies nur eine Kennzeichnung, ein Zaun oder sogar eine Mauer sein. Machen Sie es einfach so, dass ihr Garten genügend Schutz hat. Gehen Sie nun im Garten umher und überlegen Sie sich, was Sie pflanzen möchten. Sind es Bäume, Gemüse, Zierpflanzen usw. Lassen Sie sich dazu ruhig Zeit und warten einfach mal ab was sich so entwickelt.

Der innere Garten lässt dem Patienten viel Spielraum. Natürlich deuten wir nicht in der Integrativen Therapie, sondern nutzen die Übung vielmehr, dass der Patient hierbei lernt auf seinen eigenen Raum, seine Grenzen und seine inneren Werte zu achten. Manchmal

bleibt diese Übung im symbolischen Bereich, manchmal werden die einzelnen Pflanzen selber konkret gedeutet „ich habe nur kleine Pflänzchen drin, die schnell zertreten werden können, ich wünsche mir mal einen richtigen Dornenstrauß...“ oder „ich habe gar nicht auf den Zaum geachtet, dann sind ein paar Katzen gekommen und haben einfach rumgescharrt und den Garten vollgeschissen... Das kenne ich nur zu gut in meinem Leben.“

Der innere Garten soll dem Patienten die Möglichkeit geben, eigene innere Werte zu entwickeln. Da diese Übung ich als weitestgehend bekannt voraussetze, erfolgen keine weitere Erläuterungen. Es sei nur kurz gesagt: auch diese Übung muß prozeßhaft eingesetzt und modifiziert werden.

5.2.3 Richtig entscheiden (vitale Evidenz)

Eine gute Entscheidung zu finden erfordert eine hohe Ich-Kompetenz. Jeder von uns kennt die Schwierigkeiten wenn es um Entscheidungen im Leben geht. Man vermeidet sich zu entscheiden, denkt über Vor- und Nachteile nach, macht sich verantwortlich, wenn die Entscheidung nicht gut war. Und doch wissen wir dass es das Wichtigste ist, sich mit all’ seinen Sinnen zu einer guten Entscheidung zu bewegen und dann auch Mal dazu zu stehen, wenn die Entscheidung doch falsch war. Das spricht für ein starkes Selbstbewusstsein.

Junge Erwachsene stehen vor wichtigen Entscheidungen in ihrem Leben: Welche Ausbildung ist die Richtige? Soll ich nochmals in der Schule weitermachen? Soll ich diese Beziehung nicht beenden? Soll ich ausziehen? Was mache ich überhaupt mit meinem Leben? Die Phase des Erwachsen-Werdens ist vor allem eine Phase der Übernahme von Verantwortung und Selbstentscheidungen. Wie bequem war es doch, als noch die Eltern entschieden haben und man konnte darüber mäkeln, dass da nicht gut für einen war.

Noch problematischer ist, wenn gute Begleiter fehlten, wenn niemand da war, der einen an Entscheidungen herangeführt oder unterstützt hat. Bei solchen Defiziten führt die Übung in die Leere, in die Hilflosigkeit und sollte mehr durch ein pädagogisch ressourcenorientiertes Konzept zunächst supportiv begleitet werden.

In der Gruppe kommt häufig die Frage auf: können Sie uns nicht ein Rezept geben, wie man richtig entscheidet, wie man es richtig macht? Jeder Therapeut gleich welcher therapeutischen Ausrichtung riecht schon die „Falle“ die in dieser Frage steckt und wird souverän die Frage zurückgeben in der Form wie „warum sind sie denn so unsicher und

glauben nicht entscheiden zu können“ oder „Warum fragen sie mich das“. Tatsächlich habe ich aber mit der Zeit bemerkt, dass sich hinter dieser Frage gar nicht so sehr eine „therapeutische Falle“ befindet, eine Bequemlichkeit oder sonst was in dieser Richtung sondern vielmehr ein wichtiges Anliegen, wie man selber entscheiden kann und wie man zu guten Entscheidungen kommt.

Im Laufe der Zeit habe ich begonnen im Sinne der vitalen Evidenz (Petzold 2004, 633) eine Übung anzubieten die den eigenen Entscheidungsprozess in all` seinen Schwierigkeiten verdeutlicht, Schwächen aufzeigt, Widersprüche darlegt und dennoch hilft zu einer guten Entscheidung zu kommen. Die Übung „vitale Evidenz“, darunter verstehen wir das Zusammenwirken von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit, nutzt alle Sinne, das gesamte Leib-Wissen und die soziale Bezogenheit.

Allerdings warne ich davor, diese zu vorschnell einzusetzen: die Übung hat Niveau und erfordert vom Patienten eine hohe Spür- und Konzentrationfähigkeit und zeigt ihm auch seine Schwächen auf. Bei starken Defiziten ist diese sogar kontraindiziert (s.o.). Allerdings liegt hier auch wiederum die Stärke in der Übung: Der Patient merkt recht schnell woran es bei seiner Unfähigkeit zu entscheiden mangelt.

Nun zur Übung. Diese Übung wird zunächst als Vorübung erlebt und eingeübt und zwar so, dass man sich zunächst eine gute Entscheidung genauer anschaut.

1. Vorübung

Suchen Sie sich zunächst in ihrem Leben eine Situation, wo Sie gut entschieden haben bzw. wo Sie mit Ihrer Entscheidung zufrieden waren. Nehmen Sie möglichst eine einfach Situation.

Nun bitte ich Sie, nehmen Sie sich vier Felder mit Hilfe von vier unterschiedlich bunten Gymnastikreifen, oder vier verschiedenen Decken oder vier Stühle, die sie in ihrer Unterschiedlichkeit jedoch identifizieren können. Sie können diese evtl. auch beschriften oder ein dazugehöriges Symbol drauflegen:

Das erste Feld ist das **Spürfeld**. Hier spüren Sie nur Ihre Atmung, Ihr Herz, Ihre Muskelspannung. Denken Sie hier nichts, gehen Sie auch nicht zum Fühlen also emotionalem Bewerten über oder denken sogar an andere. Nein Sie spüren einfach und hören auf die Botschaften des Körpers.

Das zweite Feld ist das **Fühlfeld**. Hier sollen Sie nun Fühlen. Also welche Emotionen kommen bei Ihnen hoch, wenn Sie sich die Situation vorstellen? Welche Gefühle entstehen dabei wie Ärger, Liebe, Hass, Freude, Zuversicht ... usw.?

Das dritte Feld ist das **Denkfeld**. Was denken Sie, wenn Sie sich die Situation vorstellen? Welche Gedanken kommen bei Ihnen auf? Achten Sie möglichst darauf, dass Sie nicht denken, was andere sagen. Das kommt nun erst im letzten Feld.

Das vierte Feld ist das Feld des „**Anderen**“ oder der sozialen Bezogenheit. Wenn Sie sich die Situation vorstellen, wie verhält sich der Andere, die Eltern, Freunde, Bekannte usw.?

So nun haben Sie alle Felder und Sie gehen zunächst in das erste Feld, nehmen sich Zeit und dann in das nächste Feld. Ich werde Sie hier zunächst begleiten. Dann können Sie aber in Ihrem Zeitrhythmus in den einzelnen Felder verweilen und zwischen den Feldern umhergehen.

Eine junge Patientin berichtet: „Ich habe mir die Situation meiner damaligen Entscheidung bzgl. des Aufhörens bzw. Weitermachens in der Schule vorgenommen. Meine Eltern sagten zu mir, nach meinem mäßigen Mittlere Reife Abschluss ich solle doch eine Berufsausbildung machen. Da war ich gar nicht einverstanden und ich habe mir ein berufliches Gymnasium gesucht und bin weiter zu Schule gegangen. Beim Spüren habe ich gemerkt, dass ich irgendwie gut auf dem Boden stand, nicht so wie heute wo ich manchmal gar keinen Kontakt zu mir habe, ich hatte irgendwie einen guten Stand. Beim Fühlen merkte ich sofort Wut aber dann auch irgendwie eine innere Zufriedenheit, beim Denken dachte ich, ich will das einfach versuchen sofort kamen aber auch Zweifel vielleicht hat meine Mutter ja recht ... Dann merkte ich aber das gehört aber in das nächste Feld und wie gesagt dieses Feld war voller Zweifel von außen, nur meine Freundin sagte hier zu mir, komm geht mit wir schaffen das zusammen. Sonst hätte ich das womöglich doch nicht gemacht.“

Die Vorübung soll Sicherheiten vermitteln im eigenleiblichen Spüren, in der eigenen emotionalen Resonanz, beim eigenständigen Denken und bei den Anforderungen von Außen. Alle diese Teile sind natürlich ständiges Thema in der Psychotherapiegruppe und der Integrativen Bewegungstherapiegruppe. Werden diese jedoch in einer festumrissenen

Selbstregulationsübung wie der „vitalen Evidenz“ geübt, dann gibt dies im therapeutischen Prozess Einsicht für die Therapie, Einsicht für die eigenen Schwächen und auch ein Stück Sicherheit und Halt wie man in schwierigen Lebensentscheidungen konkret handeln kann.

In der Hauptübung nehmen wir dann häufig eine aktuelle schwierige Lebenssituation und arbeiten systematisch mit den vier Ebenen. Wie immer sollen die Patienten dies auch in ihrer freien Zeit tun ausprobieren, damit die vitale Evidenz eine handhabbare und hilfreiche Technik für den Alltag wird.

5.3. Techniken kognitiver Selbstregulierung: „Ich bestimme in meinem Haus“

Die Techniken der kognitiven Selbstregulierung kommen in der Regel sehr schnell zum Einsatz, da Junge Erwachsene häufig darüber klagen, ihr ganzer Kopf sei voll, ständig seien negative Gedanken da, sie können sich nicht konzentrieren, alles sei wirr. Die Fähigkeit abschalten zu können, den Kopf frei zu bekommen, kann man immer wieder auch in den Erfahrungen aus Biografien von bekannten Persönlichkeiten nachlesen. So berichtet Wolfgang Niedecken (vgl. 2012, 455), Gründer und Sänger der Kölner Rockgruppe BAP von seinen Erfahrungen als junger Erwachsener während der Zeit seines Kunststudiums. Er hörte sich fast täglich die Kinks-LP „The Village Green Preservation Society“ an erlebte dabei, wie das Album einen Schutzwall gegen die Zumutungen des Alltags errichtete. Niedecken (ibid.): „Mit ihm begab man sich an einen geschützten Ort, zurück in die sorglose Kindheit, die keiner wirklich je erlebt hatte. Es ging nicht um Eskapismus, sondern nur darum, gelegentlich den Kopf frei zu bekommen. Währen die Stones von verhinderten Straßenkämpfen sangen und die Beatles zweifelnd von der Revolution, hatten die Kinks eine Platte über verlorene Freunde, Motorradfahrer, fliegende Katzen, Erdbeermarmelade und Dampflokomotiven gemacht.“
Die Jungen Erwachsenen der heutigen Generation machen das mit I-Pod und ihrer Musik zwischen Techno, Dub, Rap und Hip-Hop und teilweise eigenen unentdeckten kreativen Fähigkeiten:

Bei der Übungsanleitung zu einer meditativen Technik stöhnt ein junger Mann und meint der meditative Scheiß bringe ihm nichts. In seinem Kopf sei ständig alles wirr und wild durcheinander. Eine Mitpatientin spricht ihn dabei an und sagt, aber Du textest doch Hip-

Hop Texte und da bist Du ganz konzentriert. Aus der Gruppe erhält er den Vorschlag zu beobachten, was sich denn in seinem Kopf verändert, wenn er beginnt zu texten. Der junge Mann zeigt sich dabei ein wenig verlegen, er hält nicht viel von seinen eigenen Texten, möchte es aber versuchen.

Zu Beginn meiner Arbeit mit Jungen Erwachsenen war ich in Bezug auf kognitive und meditative Techniken eher vorsichtig im Einsatz, nur zu schnell werden solche Techniken als „Psycho-Gram“ abgelehnt. Dann entdeckte ich jedoch zu meinem eigenen Erstauen, dass gerade bei den Jungen Patienten ein recht großes Interesse an meditativen Techniken besteht. In der Folge habe ich einige der untenstehenden bekannten Techniken sehr vereinfacht und wende diese regelmäßig vor allem auch zu Beginn der Therapie an. Auch diese Techniken erfordern zunächst etwas Geduld und regelmäßige Übung, gibt es aber erste Erfolge so steigern diese die Therapiemotivation und verbessern die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. „Ich kann ja selber was machen, ich bin dem nicht allem ausgesetzt, ich bestimme in meinem Haus.“

Meditationstechniken haben in der psychotherapeutischen und bewegungstherapeutischen Arbeit inzwischen einen festen Platz und sind hinlänglich anerkannt. Christian Weber (2010) beschreibt den Einsatz und die Wirkung meditativer Techniken und ebenso die Abgrenzung zur Esoterik. Jon Kabatt-Zinn publizierte bereits 1998 seine Arbeit über Stressregulation und Meditation.

Drei einfache Techniken, wie gesagt sehr bewusst einfach gewählt, sollen hier kurz beschrieben werden. Zunächst die Gedankenmeditation, die so in den gesamten Meditationspraktiken als einfach Grundtechnik der Meditation bekannt und neuerdings auch in der Achtsamkeitspraxis sehr populär ist: Beobachten ohne zu bewerten. Dann der Gedankenstopp, hingegen eine sehr aktive Technik, wo der Patient seine selbstbestimmten Kräfte einsetzt und Gedanken abblockt. Schließlich eine weitere selbstbestimmte Technik aus der Traumatherapie entliehen: den Tresor oder die Kiste. Es gibt junge Patienten, die tendieren eher zu der ein oder anderen Technik, z.B. Männer eher zu den aktiven Techniken, Frauen hingegen mehr zu den lösenden Techniken, oder die Patienten kombinieren auch die einzelnen Techniken. Ursprünglich habe ich nur die erste und zweite Technik eingesetzt. Dann bemerkten aber die Patienten, sie können doch nicht einfach alles nur wegschieben, sie müssten sich ja schließlich auch auseinandersetzen und so nahm ich die Tresortechnik mit rein und wir einigten uns darauf: Das problematische Thema in eine Kiste rein zu tun um es dann an geeigneter Stelle in der Gruppen- oder Einzeltherapie wieder zu bearbeiten.

5.3.1 Gedankenmeditation

In der Gedankenmeditation nimmt der Beobachter eine exzentrische Position zu allen Gedanken ein. Er beobachtet diese ohne zu werten. Er lässt die Gedanken schweifen und weiterziehen. Immer wieder entstehen dann auch Momente der Leere.

Übung: Setzen Sie sich in eine angenehme aber aufrechte Position. Wie immer räkeln Sie sich ein wenig, gähnen und nehmen etwas Kontakt zu ihrer Atmung auf. Spüren Sie diesesmal vor allem das Strömen der Atmung durch Ihren Körper. Nichts wird festgehalten, alles fließt weiter, erleben Sie diesen Fluss.
Stellen Sie sich nun vor, sie säßen auf einem Berg und schauen in das Tal. Ich nehme dazu eine realistische Metapher aus dem klinischen Umfeld: die Bank auf der Hochkreuzkapelle und der Blick ins Schussental. Vor ihnen die Weite einer Landschaft, der Himmel blau, teilweise mit Wolken bedeckt. Nun lassen Sie einfach Ihre Gedanken kommen. Jeder Gedanke ist wie eine Wolke: ein schöner Gedanke wie eine helle weiße Wolke, ein dunkler Gedanken wie eine tiefe Regenwolke, vielleicht gibt es sogar kurze Erschütterungen durch die Gedanken, das wäre ein kleines Unwetter. Aber im Beobachten sehen Sie: die Wolken ziehen weiter, sie bleiben nicht stehen und sie halten die Wolken auch nicht fest. Sie ziehen durch Ihr Bild vielleicht von rechts nach links davon und zwischendurch erleben Sie vielleicht schon Abschnitte wo der Himmel ganz klar und hellblau ist und Sie auch dementsprechend wenig oder fast nichts denken...

5.3.2 Gedankenstopp

Wie schon ausgeführt ist der Gedankenstopp hingegen eine sehr aktive Technik. Der Patient wird nun zum „Regisseur der Gedanken“ „zum inneren Bestimmer“, „zum Herr oder Herrin/besser Frau im Hause“. Auch hier ist für das Gelingen eine häufige Übungspraxis notwendig. In der Regel geht diese Technik am Anfang zunächst fast gar nicht, dann nach mehrfachem Wiederholen gelingt sie ein wenig und dann ist es möglich, dass Patienten plötzlich berichten, sie hätten die Sache im Griff. Auch hier gilt: Ausdauer und Üben ohne Erfolgsdruck hilft.

Übung:

Sie kennen das sicherlich. Kurz vor dem Einschlafen oder in einer ruhigen Minute oder bei schuldbesetzten bzw. in emotionalen Situationen kommen die quälenden Gedanken. Sie sollen sich nun aber diesen Gedanken in Zukunft nicht nur einfach aussetzen, ausharren, abwarten, dass diese über sie herfallen, sondern sie sollen nun die Position des Bestimmers übernehmen. Sie sollen entscheiden, was Sie denken wollen und was nicht. Sie sollen sagen: Stop, das will ich nicht. Darauf habe ich jetzt keinen Bock. Nein – nicht schon wieder diese Sch .... Also finden dem Gedanken gegenüber eine klaren Stoppsatz, eine klare Äußerung und sind Sie nicht zimperlich, sagen Sie ihm auch, dass er Sie in Ruhe lassen soll bzw. Sie haben jetzt keine Zeit, nein sie wollen sich nun nicht mit ihm auseinandersetzen. Diese innere Haltung ist sehr wichtig. Also der Gedanke ist ein reales Gegenüber, sprechen Sie mit ihm und erteilen Sie ihm einen klaren Befehl. Sie sind der General! Weisen Sie ihn darauf ihn, dass Sie ihn jetzt nicht haben möchten. Kommt er wieder, dann drücken Sie sich verschärft aus. Kommt er dann wieder, stoppen Sie ihn sofort, lassen Sie ich nicht ausbreiten, sondern schneiden Sie ihn ab.
Diese Technik wollen wir nun auch spielen, damit Sie wirklich erfahren und wissen ob Sie auch bestimmen können. Vier von ihnen spielen den lästigen Gedanken und belästigen den anderen und reden auf diesen ein. Die vier anderen werden zum Bestimmer.

Die Übung ist bisweilen sehr lustig und macht den Jungen Erwachsenen sehr viel Spaß, können Sie doch mal ungehemmt herumschreien, autoritär sein und sich richtig ausleben. Zugleich werden aber auch die Grenzen der eigenen Selbstbestimmung deutlich. Sind Grenzziehungen auch in dieser Art zu wenig ausgeprägt, so werden diese spielerisch geübt.

5.3.3 Tresortechnik

Diese Technik ist wie gesagt aus der Traumatherapie entliehen. Patienten die schon in einer traumatherapeutischen Behandlung sind oder waren, kenne diese Technik in der Regel. Die Technik ist für die kognitive Regulierung ein wenig abgewandelt. Kommen Gedanken, die wichtig sind während des Gedankenstopps oder der Gedankenmeditation hoch so werden diese in einem Tresor oder in einer Kiste konserviert und zu gegebener Zeit wieder herausgeholt.

Übung: Setzen Sie sich hin und begeben Sie sich in einen ruhigen Zustand der wachsamen Aufmerksamkeit. Welche Gedanken kommen? Ist ein Gedanke dabei, den es sich lohnt irgendwann näher anzuschauen, dann nehmen Sie diesen, geben ihm einen Namen und stecken ihn ganz langsam und bewusst in einen imaginären Tresor oder eine Kiste die sie verschließen können. Wir wollen dies mal richtig mit den Händen tun. Beobachten Sie nun ihre Gedanken und sobald Sie einen solchen Gedanken haben, nehmen Sie ein Symbol und stecken dieses hier in eine Kiste oder an einen Platz hier im Raum. Überzeugen Sie sich, dass das gut klappt. Der Gedanke sollte nicht wieder rauskriechen können, ansonsten benötigen Sie ein sicheres Schloss. Sie respektieren den Gedanken bzw. die Angelegenheit, dass Sie wichtig ist – allerdings jetzt ist nicht dazu der richtige Moment. Probieren Sie diese Übung, wenn sie einmal klappt, in zunehmend immer schwierigeren Situationen aus.

Die Patienten erlernen dabei, dass sie sich nicht in jedem Moment mit allen möglichen Ereignissen, Nöten, Ängsten befassen müssen, sondern wählen dafür einen angemessenen Zeitpunkt. Auch diese Technik bedarf wie die anderen Übungen einer ständigen Wiederholung. Ist diese jedoch einmal gelernt lässt sie sich auch nach längerem Nicht-Üben leicht wieder auffrischen.

5.4. Techniken sozialer Selbstregulierung: „Ich bin nicht allein“ und „Menschen brauchen Menschen“.

Das Konzept der Gefährtenschaft ist in der modernen Entwicklungspsychologie verankert. Daniel Stern (1992) beschreibt, dass der Säugling aufgrund seiner Wahrnehmungsfähigkeit sehr früh das Bild der Mutter im Profil sowie an den zu ihr gehörenden Tönen erkennen kann. Der Säugling entwickelt somit sehr früh eine Personenkonstanz, ein inneres Bild vom „wesentlichen Anderen" („significant other"). In der Zeit von zwei bis neun Monate, in der sich die Personenkonstanz entwickelt, entsteht auch die Basis für die innere Vorstellung vom Anderen als relativ sicheren Begleiter. Stern verwendet dafür zwei Begriffe, die sich ergänzen: „self-regulating other" und „evoked companion":
Der Säugling „lernt", dass jemand anderer da ist, der seine Bedürfnisse befriedigt: Hunger, Sauberkeit, Körperkontakt, Zuneigung, Anregung usw. Dieser andere, in der Regel die Mutter oder der Vater bestimmt auch, was richtig und falsch, gut und böse ist. Er ist also

für Wertungen und Beurteilungen zuständig, z. B.: „Ist es böse, Plastiktiere oder Blumentopferde in den Mund zu stecken?

Stern bezeichnet diesen Anderen, der die Bedürfnisse, Gefühle und Handlungen (das Selbst) des Kindes reguliert, als „self regulating other". Und was nun recht bedeutsam ist: das Kind kann sich diesen, wenn er nicht anwesend ist, in seiner Phantasie, in seinem Gefühl, hervorholen und mit ihm innerlich in Interaktion treten. *Stern* spricht jetzt vom inneren Gefährten, vom „evoked companion". Der „evoked companion" ist in den Gedächtnisstrukturen des Kindes gespeichert, sowohl im atmosphärischen, ikonischen und später auch im szenischen Gedächtnis. Dieses zeitlebens vorhandene Wissen vom „seif regulating other" und die damit verbundenen möglichen hervorrufbaren Vorstellungen vom „evoked companion" bilden ein Reservoir für die Gefühle von Geborgenheit, Sicherheit und Zusammengehörigkeit. Für die therapeutische Arbeit wird versucht in der Selbstregulation dieses Konzept des inneren Gefährten nutzbar zu machen.

Wie wir schon gesehen haben kommt es in verschiedenen Übungen (z.B. Ausdauertherapie) immer wieder in der Selbstregulierung fast nebenbei zum Einsatz. In der sozialen Selbstregulierung lege ich nun einen intensiven Augenmerk auf diese innere Begleitung, weil frühe und nahe Verluste bei Jungen Erwachsenen in der klinischen Arbeit sehr häufig vorkommen. Das „Verloren-Sein“ in dieser Welt ist ein Grundgefühl dass mancher junge Patient viel näher kennt als eine haltende, konstante Beziehung.

Ein junger Patient mit 18 Jahren kommt direkt nach einem längeren psychiatrischen Aufenthalt zu uns in die Klinik. Diagnose: schwere depressive Episode mit psychotischen Episoden (ICD F 32.3.). In der Biografie beschreibt der Patient, dass er nach dem kürzlichen Tod seiner Mutter einfach nicht mehr wusste wie es weitergehen sollte. Er habe ja niemanden. Der Vater sei so lange er ihn kenne, schizophren gewesen und einige Tage nach dem Tod der Mutter wäre dieser einfach verschwunden. Verwandte haben sich nicht um ihn gekümmert. Zu seiner Mutter habe er jedoch guten Kontakt, er spreche mit ihr, sie erscheine immer wieder. Allerdings sei es jetzt merkwürdig, sie sagt er solle nachkommen ....

In der klinischen Gruppe erfahren die jungen Patienten eine hohe Konstanz an sozialen Kontakten untereinander und zu den Therapeuten. Zuverlässigkeit und Beziehungskonstanz sind zwei Hauptwirkfaktoren in der Therapie. In der Integrativen

Therapie sprechen wir von Konvoi. Wir bezeichnen Konvois (vgl. Petzold, 2009 182) als soziale Netzwerke, die auf der Kontinuumsdimension betrachtet werden, denn der Mensch fährt nicht allein auf der Lebensstrecke, sondern mit einem Weggeleit. Ist dies stabil und ressourcenreich so hat es Schutzschildfunktion und kann damit Gesundheit und Wohlbefinden sichern. Ist der Konvoi aber schwach, kaum vorhanden, negativ oder sogar gefährlich, so stellt er ein hohes Risiko dar. In der Therapie werden wir in der Klinik Konvoihelfer auf Zeit.

Menschen brauchen Menschen, so drückt es Waldemar Schuch (2010) aus und passender kann man es wohl kaum sagen. Krisen, die junge Erwachsene erleben, sind nicht nur familiäre Krisen, sind nicht nur individuell bedingt, sondern gekennzeichnet durch komplexe prekäre Lebenslagen, in denen - so auch meine Erfahrung - manchmal nur geringe Möglichkeitsräume der Entwicklung vorhanden sind. All dies führt bei den Betroffenen zum Erlebnis von Ohnmacht, dem Wähnen des Waltens anonymer Mächte, letztlich zu dem Gefühl des Ausgeliefertseins (ibid.) an eine Welt die unübersichtlich und hoffnungslos erscheint. Hier braucht es Mitmenschen, nicht nur Therapeuten, Sozialarbeiter, sondern auch gleichaltrige Mitgefährten.

Ich versuche in der kurzen Zeit nicht nur in der Integrativen Bewegungstherapie sondern gerade auch im Setting der Selbstregulation gute Konvois, gute Netzwerke, gute Gefährten aufzubauen.

5.4.1 Die Gefährten

Wenn klinisch eine gewisse Stabilität in den realen Beziehungen eingetreten ist versuche ich diese realen Kontakte als Konvoi-Ressource zu nutzen wie die vergangenen Kontakte. Ebenso ist es aber wichtig dass der Patient lernt Kontakt zu seinen inneren Gefährten, zu seinen Lebensbegleitern aufzunehmen. Hilfreich ist hierbei zur Einführung in diese Selbstregulationsübung ein wunderbarer Text von Hilarion Petzold aus 1991:

„Die Menschen haben die Tendenz, sich an gut ausgezeichnete, gradlinige Straßen zu halten. Die Schönheiten abgelegener Routen, verborgener Pfade gehen ihnen dabei verloren. Integrative Leib und Bewegungstherapie vertritt eine Lebenshaltung, die bewusst auf "Trassen ohne Abfahrten" und mit festlegenden Ausschilderungen verzichtet. Gewissheit muss auf andere Weise gewonnen werden: durch die Erfahrung, dass man gehen kann und dass man nicht alleine gehen muss - meistens zumindest. Und sollte es

einmal einsame Strecken geben, so wandern in Gedanken Menschen mit, mit denen wir so manches Stück Wegs gegangen sind - in ihren und in unseren Erinnerungen. Verirrungen, Verlassenheiten, Verlorensein, dem können wir durch Weggenossen begegnen. Die Sicherheit, die Wege beschreiten zu können, die Gewissheit, Rastplätze zu finden, die Gefährtenschaft auf dem Lebensweg mit seinen zuweilen gradlinigen, zuweilen verschlungenen Pfaden - das alles bietet die Chance, dass wir uns nicht in die vermeintlichen Schutzräume starrer Umfriedungen flüchten. Sie erweisen sich in der Regel dem Fluss der Zeit nicht gewachsenen. Nichts ist festzuhalten! Der Versuch etwas, sich oder andere zu fixieren, wird mit Erstarrung teuer bezahlt: mit dem Verlust der Lebendigkeit, der Verhinderung der Bewegung in das eigene Innere, die Tiefen des "homo absconditus", des unauslotbaren Menschen, mit der Blockierung der Bewegungen in die Tiefe des anderen durch Begegnung, Beziehung, Bindung (und dies sind - betrachtet man die eingeschlossenen Verben – Formen bewegten Miteinanders). Der Preis der "Sicherheit durch Fixierung" ist der Verlust der Bewegung in den sozialen Raum und in die Weiten der Lebenswelt, ist letztlich der Verlust von Lebendigkeit, denn nochmals: "Leben ist Bewegung."

Ziel der Übung ist es die Gefährtenschaft konkret herzustellen. Gefährten haben bisweilen auf dem Lebensweg gefehlt, ja man ist auch verlassen worden, man vertraut nicht mehr auf Freunde. Die Fähigkeiten zu einer gesunden, stabilen, sozialen Netzwerkbildung sind gerade für Junge Erwachsene mit brüchigen, wenig vorhandenen und sehr problematischen Netzwerken eine zentrales therapeutisches Anliegen. Gute Gefährten zu finden wie Gleichaltrige, aber auch Lehrer, Erzieher, Vorbilder aus dem sonstigen realen Leben und Therapeuten sind ein wichtiges Ziel. Imaginär können letztere in schwierigen Lebenssituationen befragt werden, wenn ein reales Gegenüber fehlt.

Eine Patientin, 27 Jahre, berichtet zu mir nach ihrem dritten Aufenthalt: „Ehrlich gesagt, hat mich ihre ständige impertinente Art dass ich Netzwerke bilden soll, mir innerliche Gefährten suchen soll, schon ziemlich genervt. Meinen Vater habe ich eh´ nicht gekannt und meine Mutter, ne ... Hier in der Klinik war das eh' kein Thema. Es waren ja genügend Menschen da. Dann zuhause war ich wieder allein und hatte Angst. Ich sagte zu mir: ‚Siehst Du, Du bist einfach allein auf dieser Welt.' Und es ging mir richtig schlecht. Irgendwann habe ich dann doch dran gedacht, was Sie sagten, ich soll mir einen innerlichen Halt, eine Person suchen, die mir gut zuredet. Ich habe dann so einen

kitschigen Film gesehen, da gab es immer einen Engel und der lebte in einem Slum und redete mit den dortigen Kindern. Ich war davon irgendwie tief berührt. Also dachte ich mir, ich suche mir jetzt auch einen solchen Engel und frage diesen dann was ich jetzt tun soll. Und plötzlich war das ganz einfach, die eigenen negativen Gedanken weg. Ich weiß nicht, dachte ich das oder spinne ich jetzt, als ich dann plötzlich so Gedanken hatte wie: Jetzt geht es einfach weiter, du musst was machen. Geh aus Deiner Bude, treff' ein paar Leute und so ging es mir plötzlich besser... Nach und nach konnte ich diesen Engel immer konkreter befragen."

Seiffge-Krenke (2012,Seite 81ff.) beschreibt, wie wichtig die inneren Gefährten aus einer entwicklungsorientierten Sicht gerade bei jungen Erwachsenen sind, wo die Eltern als Identifizierungsobjekte ausfallen. Solche Gefährten bieten einen gewissen narzisstischen Schutz gegenüber einer überstarken kränkelnden Realität und stabilisieren das eigene Größen-Selbst.

In der Integrativen Therapie gehen wir davon aus, dass der Mensch durch die Verinnerlichung des „generalized other" im sozialen Prozeß selber zu seinem Gefährten wird. indem er Identität und subjektive Reflexivität ausbildet. Dies geschieht z.B. über die reflexive Biografiearbeit. Auf dem Weg zu einer stabileren inneren Identität sind hinreichend gute „social worlds" notwendig. Waren diese ungenügend so gilt es die wenigen guten Kontakten zum Anderen zu finden, dann gilt es neue Kontakte aufzubauen, aber auch und das ist das o.g. Konzept, zunächst in der Phantasie, Welten aufzusuchen wo das Stabile und das Gute vorhanden ist. Die Trilogie „Krieg der Sterne" ist nicht selten Thema in unseren Gruppen und es erstaunt, dass diese Filmepisoden, die eigentlich aus meiner Generation stammen, nach wie vor bei den jungen Erwachsenen sich einer hohen Beliebtheit erfreuen. Es gibt sie also doch, die Jedis ....

Bei gläubigen Menschen jungen Menschen ist nicht selten Gott ein guter Gefährte und dieser kann auch in der therapeutischen Einzel-Situation gut genutzt werden. Zum Abschluss ein weiteres Bild für die Praxis, das in der Arbeit mit Jungen Erwachsenen sehr gut eingesetzt werden kann: Das Lebensgefährt auf der Lebensstrecke (Petzold 2009, 168).

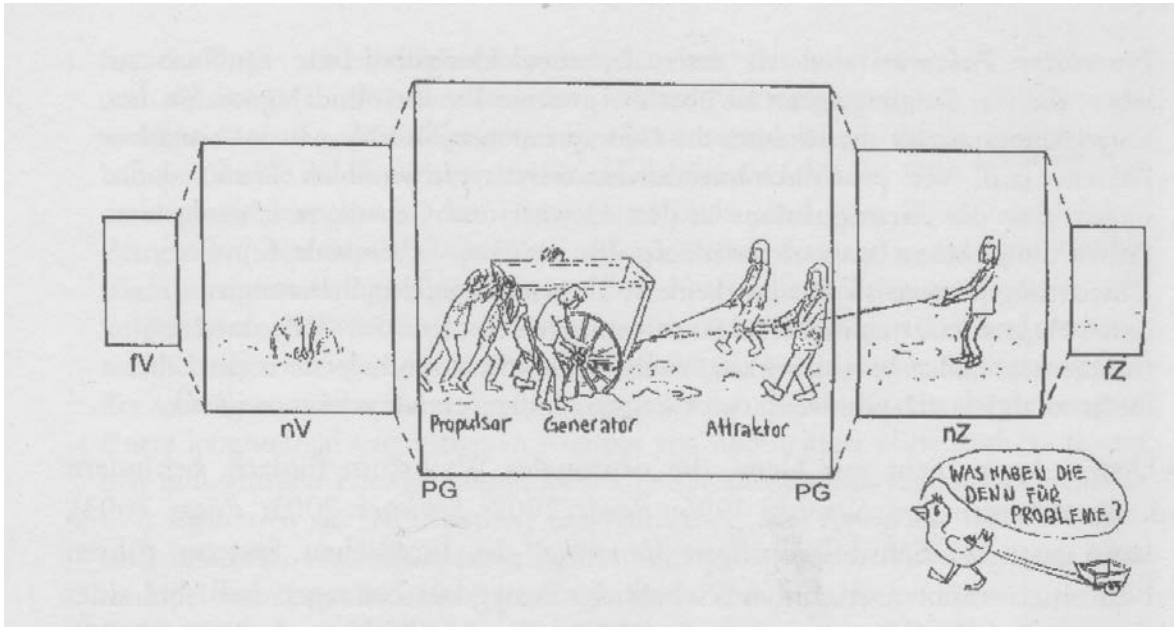

Abb. 14: Das Lebensgefährt in der Lebensspanne

In der fernen Vergangenheit (fV) gibt es positive und negative Erfahrungen mit Gefährten, die möglicherweise in der nahen Vergangenheit (nV) schon zu Erfahrungen des Scheiterns (zerbrochenes Rad) geführt haben. Diese haben nun in der psychologischen Gegenwart (PG) zusammen mit den aktuellen Belastungen zu einem erneuten Einbruch geführt. Wenn nun gute, verinnerlichte Personen der Vergangenheit (Propulsoren, innere Beistände) bekräftigend und versichernd hinter einem stehen und den Jungen Erwachsenen wieder auf den Weg bringen („Du wirst das schaffen“, „Du wirst Deinen Weg machen“) so ist das eine dauerhafte und mächtige Unterstützung. Wenn zugleich Helfer in der Gegenwart (Generatoren wie Mitpatienten, Therapeuten, Freunde) beispringen („wir unterstützen Dich“) dann können sie Kräfte zur Überwindung der Krise generieren. Ziele wie Beruf, Ausbildung, Geld verdienen, Partnerschaft werden wieder attraktiv (Attraktoren). Dies kann Zugkräfte in der nahen Zukunft (nZ) und fernen Zukunft (fZ) für realistische Ziele und Perspektiven mobilisieren. Das Entchen rechts unten ohne exzentrische Zeitperspektive hat solche Probleme nicht.

5.4.2 Übergangs-, Intermediär- und Passageobjekte

Neben Anna Freud und Melanie Klein (Ich-Psychologie) entstand in London eine dritte Richtung psycho-analytischer Theorienbildung: die Objektbeziehungs-Theorie, deren bekannteste Vertreter neben Michael Balint der Kinderanalytiker Donald Woods Winnicott

war. Der Begriff Objektbeziehung bezeichnet die durch unbewusste Wünsche und Ängste veränderte Beziehungserfahrung mit anderen Personen, insbesondere die Beziehung zu den Eltern als den ersten Bezugspersonen des Kindes. Als verinnerlichte Erfahrung und unbewusste Phantasie bestimmt sie das Interaktionsverhalten und gibt ihm Sinn und symbolhafte´ Bedeutung. Mit Winnicott wird vor allem die bedeutsame Entdeckung des Übergangsobjektes und des Übergangsraumes verbunden. Auf dem Boden zwischen Subjekt und Objekt fußt nach Winnicott die Fähigkeit zum symbolischen Denken, zur Kreativität und jeder kulturellen Entwicklung.

In der Integrativen Therapie sprechen wir bewusst von einem Subjekt-Subjekt Ko-respondenzprozess über die gesamte Lebensspanne. Übergangsobjekte haben stabilisierende Funktionen für unser Ich und unser Selbst. Sie helfen dem Menschen schwierige Lebenssituationen, -phasen, -abschnitte und Krisen zu bewältigen. Sie spielen im therapeutischen Prozess und für die Selbstregulation eine zentrale Rolle. Petzold (2003, Seite 848) führt dazu aus, dass das Fehlen von Übergangsobjekten wichtige Folgen, insbesondere auch in der Ausbildung von psychosomatischen Symptomen hat. Frühe Übergangsobjekte spielen eine wichtige Rolle für die Ausbildung des Körperselbst. Mit zunehmender sensorischer, motorischer und kognitiver Reifung werden solche Übergangsobjekte immer komplexer und schließlich zu „Intermediärobjekten“. In den weiteren Lebensphasen können sie zu Passageobjekte werden, als Vermittler in eine andere Lebensphase.

Zwei besonders beeindruckende Beispiel aus der klinischen Arbeit sollen kurz beschrieben werden:

Ein 24-jähriger Patient lebte nach Abitur und Zivildienst zwei Jahre lang zusammen mit seinem Hund in Berlin auf der Straße. Dann starb der Hund und er berichtete, er wäre sofort suizidal geworden. Lebensrettend sei schließlich für ihn gewesen, dass man ihn in die Psychiatrie eingewiesen hätte, nachdem ein Passant ihn vor einem Suizidversuch (Sprung von einer Mauer) bewahrt hätte. Biografisch konnte der junge Mann nie einen Bezug zu seiner schwer geisteskranken Mutter entwickeln. Der Vater hätte sich dann nach langer Zeit von der jetzt im Heim lebenden Mutter getrennt. Dieser habe nur gearbeitet und sei als Bezugsperson gar nie präsent gewesen. Nach dem Zivildienst sei er einfach auf die Straße gegangen und habe diesen Hund gefunden. Dieser habe sich wohl ähnlich verloren wie er gefühlt und zusammen haben sie es dann gepackt. Der Tod des Hundes habe ihm dann vollkommen den Boden unter den Füßen weggezogen.

Ein weiterer Patient – bislang nur in Hilfsjobs tätig, schnell gewalttätig und gut mit Tatoos bestickt, berichtet nach einem längeren Therapieaufenthalt: „Jetzt weiß ich's, ich hab`s verstanden! Hier auf meinen Schultermuskel (er meinte den m. deltoideus, seitlich am Oberarm) habe ich schon seit langer Zeit auf meinem eigenen Wappen eine Inschrift frei. Hier kommt jetzt rein „Ich schaffe es" und zwar auf lateinisch. Dann trage ich es immer bei mir!"

In der Integrativen Bewegungstherapie und ebenso in der Kunsttherapie erleben die Patienten vielfältige Begegnungen mit möglichen Übergangs-, Intermediär- und Passageobjekten. In der Selbstregulationsgruppe arbeiten wir sehr konkret mit den verschiedenen Möglichkeiten Übergangsobjekte und Passageobjekte hilfreich für sich selber nutzbar zu machen. Hierbei entdecken die Patienten, dass sie möglicherweise hin und wieder selber schon solche Objekte nutzen wie Talismänner, Steine, Armbänder, Ringe, Ketten und Kleidungsstücke. Besonders wichtig erscheint dann auch, dass neue Übergangsobjekte im klinischen Aufenthalt entstehen und mit nach Hause genommen werden können. Das Tagebuch, die ständigen Erfahrungen mit dem Seil in der Gruppe als Aufnahme- und Abschiedsritual, die Arbeit und Auseinandersetzung mit Gegenständen und Naturmaterialien die z.B. schwierige Situationen symbolisieren oder wichtige Menschen repräsentieren, sind sehr hilfreich für die Entwicklung der Fähigkeiten zur eigenen Symbolisierung.

Übung: Wir gehen in die Natur in den Park vor der Klinik. Den Patienten wird vorgeschlagen nun 20-30 Minuten einfach in der Natur zu gehen und in leiblicher Bezogenheit wahrzunehmen was sie als "Sicherheit" erleben. Lässt sich das Erlebte mitnehmen, so sollen sie es sammeln und mitbringen.

Ein schöner Übergang zur letzten Technik der Selbstregulierung: die Natur.

5.5. Techniken ökologischer Selbstregulierung – „Ich spüre – also bin ich“

Ein Leitsatz unserer Arbeit ist, dass aus der Sicht der Integrativen Therapie sich der Mensch als durch die Lebenswelt informiertes Leib-Subjekt im sozioökologischen Kontext und im Kontinuum der Lebensspanne verändert aufgrund von komplexem Lernen und einer multimodalen Behandlungs- und Lebenspraxis. Dabei stehen die intersubjektiven Beziehungen und die ökologische Bezogenheit der an den Lern- und Veränderungsprozessen Beteiligten im Zentrum. Nicht erst seit der intensiveren Entwicklung der Garten- und Landschaftstherapie (Petzold 2013) spielt die Natur im integrativen Ansatz eine sehr wichtige Rolle. Schon zu Beginn in den 70er Jahren waren naturtherapeutische Elemente gerade auch in der leibtherapeutischen und bewegungstherapeutischen Praxis grundlegend. Im klinischen Setting arbeiten wir seit den 80er Jahren intensiv mit der Natur durch regelmäßige Gruppen am Morgen im Freien, den sogenannten „Meditativen Morgenbewegungen“. Diese fanden tatsächlich über einen Zeitraum von knapp 25 Jahren im Freien statt bei jeder Wetterlage um so den Patienten einen intensiven sensorischen Eindruck natürlicher Umwelt zu vermitteln. Mit dem modernen Konzept der Selbstregulation mussten wir aus ökonomischen Gründen nun diese Gruppen auflösen und überführten sie mit in das Selbstregulationskonzept.

5.5.1 Natur erleben

Natur ist für den Menschen neben der Familie die wichtigste Ressource.
Laut einer Studie des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU 2012, Seite 11) zum Naturbewusstsein in der Bevölkerung im Jahre 2011 ergeben sich folgende Erkenntnisse: *„Die Natur ist für die Bevölkerung Deutschlands ein hohes Gut. Viele Bürgerinnen und Bürger fühlen sich mit der Natur eng verbunden und schätzen ihren Erholungs- und Erlebniswert und es gibt eine hohe Bereitschaft, etwas für den Schutz der Natur zu tun. Dies*
gilt vor allem für die Gutgebildeten und die Gutverdienenden. Das bedeutet aber nicht, dass ihre Lebensweise tatsächlich natur- und umweltverträglicher ist als die Lebensweise anderer Mitglieder der Gesellschaft. Finanziell gut gestellte Personen und Haushalte haben aufgrund ihres höheren Konsumniveaus oft insgesamt eine schlechtere Natur- und Umweltbilanz. Das hohe Konsumniveau auf der einen Seite und die Einsicht in die eigene Verantwortung zum Schutz der Natur auf der anderen Seite machen die gehobenen sozialen Milieus zu wichtigen Zielgruppen. Aktivitäten zum Schutz der Natur sollten in

diesen Gruppen aufgrund der größeren individuellen Gestaltungsmöglichkeiten verstärkt gefördert und auch eingefordert werden. Bevölkerungsgruppen hingegen, die nicht nur in bezug auf Einkommen und Bildung benachteiligt sind, bleibt auch der Erfahrungsraum Natur oft weitgehend fremd und verschlossen und sie können insofern nicht von ihm profitieren. Die Ansprache sozial benachteiligter und naturfernerer gesellschaftlicher Gruppen auf Naturschutzthemen und ihre Aktivierung für ein Engagement kann nur mit einer verstärkten Bewusstmachung für den praktischen und ideellen Wert (‚gutes Leben') von Natur einhergehen. Hier sind spezifische, niedrigschwellige Angebote im nahen Lebensumfeld dieser Zielgruppen zu entwickeln und dabei ihre Alltagsbedürfnisse in besonderem Maße zu berücksichtigen. Diese Alltagsbedürfnisse können Freizeit- und Erlebnisangebote, Bildungsaktivitäten für Kinder oder die ganze Familie oder zum Beispiel auch Nutzgartenprojekte in der Stadt sein. Für naturferne Jugendliche sollten verstärkt und gezielt Angebote in der Natur gefördert werden, die diese im Rahmen ihrer gewohnten Freizeitgestaltung wohnort nah integrieren können."

Für mich sind das sehr treffende Aussagen, die sich in der klinischen Arbeit bestätigen, weil hier gerade das Interesse in der Gruppenarbeit nicht selten für die Arbeit in der Natur auseinander klafft: Patienten aus einfacheren Bildungsschichten kommentieren dann: „eh was soll das, ist doch total langweilig, da rumzulaufen, habe ich keinen Bock" hingegen sehen junge Erwachsene aus Akademikerfamilien Natur als was ganz Wichtiges an ohne auch hier die entsprechend vertieften Erfahrungen mit oder in der Natur gemacht zu haben. Möglicherweise haben die meisten psychotherapeutischen Verfahren deshalb die Ressource Natur bislang nur nicht genutzt, weil das ökologische Umfeld fehlte oder der Widerstand der Patienten einfach zu groß war bzw. die eigene Selbstbezogenheit fehlt.
Wir haben hier in der klinischen Arbeit aus ökologischer Sicht großes Glück: Vor uns liegt ein wunderschöner Park aus dem 16./17. Jahrhundert, dahinter Wald und Aussichtspunkte auf das Schussental sowie die Alpen. Monika Bauder hat in 1997 hierzu eine umfangreiche Arbeit verfasst, in der wichtige Elemente selbstregulatorischer Arbeit eingeflossen sind. Die Ausdauertherapie, wie oben beschrieben leistet schon einen ersten wichtigen Beitrag im Bezug zur Selbstregulation in der Natur. Nachfolgend seien noch einige Punkte genannt auf die wir insbesondere in der Natur fokussieren.

Übungen:
Stabilisierende Erfahrungen mit Bäumen als innerer und äußerer Halt.
Stabilisierende Erfahrungen im Gehen in der Natur.

Stabilisierende Naturmaterialien als Übergangs- und Passageobjekte.
Stabilisierende meditative Praktiken mit Naturelementen und Naturphänomene.

5.5.2 Mein Raum – mein Zimmer

Eine weitere wichtige ökologische Ressource ist das eigene Zimmer oder die eigene Wohnung. Tatsächlich erlebe ich Patienten in der Klinik, die noch nie ein eigenes Zimmer hatten oder selten im Leben mal die Tür hinter sich zu machen konnten. Oder es gab eigene Zimmer, aber in der familiären Kultur war es normal, dass immer alles offen war.

Meine Mutter sagte immer. Bei uns wird über alles gesprochen. Wir haben für alles vollstes Vertrauen und bestes Verständnis. Bei uns gibt es keine Geheimnisse. Du kannst immer mit all` Deinen Sorgen zu mir kommen. Ich bin immer für Dich da. Irgendwann habe ich gemerkt, dass ich das nicht mehr wollte und hatte dabei ständig ein schlechtes Gewissen ...

Die Arbeit mit Grenzen ist eine weitere basale Arbeit in der Integrativen Bewegungstherapie. Im Rahmen der Selbstregulation sollen die Patienten erlernen, wie wichtig es ist einen eigenen Platz zu haben, einen Platz für sich einzunehmen, sich abzugrenzen und sich am eigenen Platz wohlfühlen und erholen zu dürfen. Plätze sollen wieder als Orte der Sicherheit, des Schutzes und der eigenen Ressourcengenerierung wahrgenommen, erfasst, verstanden und nutzbar gemacht werden.
In der Klinik haben die Patienten ein eigenes Zimmer. Für viele ist diese ein ganz wichtiger Punkt des Rückzugs, der Möglichkeit sich erlaubt abgrenzen zu dürfen. In der Selbstregulation wird aufbauend auf den Erfahrungen aus der Integrativen Bewegungstherapie wie z.B. mein eigener Platz, mein eigener Lebensraum, die Ressource des Zimmers und des eigenen Platzes (z.B. auch auf einer Parkbank in der Sonne) geübt, sich selber zu setzen, sich Raum zu nehmen, Grenzen zu ziehen und die Sicherheiten des eigenen Raumes bewusst zu machen.

Damit schließt diese Arbeit zur Selbstregulation. Es ist ein Ausschnitt – aber wie gesagt: was zählt ist nicht unbedingt die Vielfalt der Übungen, die Übungsprogramme sondern vielmehr treten dann Veränderungen ein, wenn wir es schaffen Junge Menschen zu einem veränderten übenden Verhalten nebst Einsicht und intensivem leiblichem Erleben in

Achtung auf ihrem Weg der Selbstwerdung und der Selbstbestimmung begleiten können. Ein Zuviel an therapeutischer Präsenz ist ebenso wie das Zuwenig falsch. Eine tägliche Herausforderung, die ständiges partielles Engagement und selektive Offenheit in der therapeutischen Beziehung erfordert. Ich kann nur hoffen, dass wir für unsere „Junge Erwachsenen“ gerade gut genug sind. Wenn Winnicott recht hat, würde das schon reichen.

6. Literatur

Allen Frances (2013, 1. Auflage): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: DuMont.

Antonovsky Aaron (1979): Health, stress and coping. San Fransisco:Jossey-Bass.

Arnett J.J. (2004): Emerging adulthood. The winding road from the late teens through the twenties. Oxford: Oxford University Press.

Bandura Albert (1977): Self-efficacy. Psychological Review, 84, 191-215.

Bandura Albert (1982): Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 37, 125-139.

Bartmann Ulrich (2005) Laufen und Joggen für die Psyche. Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit. Tübingen: dgvt.

Bauder Monika (1997): Naturerleben. Integrative Bewegungstherapie in Gruppen im klinischen Kontext mit einem ressourcenorientiertem Ansatz. Zeitschrift Integrative Bewegungstherapie 2/97-1/98, Aulendorf: DGIB Publikation, 4-13.

Bauer Michael G.. (2007). Die Seele läuft mit. Die meditative Laufschule für Fitness und innere Harmonie. München: Integral.

Bertschy B, Bigler B, Radlinger L. (2008) Aussagekraft von Herzfrequenzregeln. Ein Vergleich mit einem Laktat-Stufentest. PT – Zeitschrift für Physiotherapeuten 2. 146-159.

Blech Jörg (2006): Hirn, kuriere Dich selbst. Spiegel 20: 164-178.

Blech Jörg (2008). Heilen mit Bewegung. Frankfurt: Fischer.

Bold Rose Marie, Grossmann Annemarie (1978): Stemmführung nach Brunkow. Stuttgart: Enke.

Brockhaus: http://www.brockhaus.de/search.php?we_objectID=4298 (29.07.2013).

Bundeskanzleramt. Help. https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html (29.07.2013).

Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU 2012): Naturbewußtsein 2011. Bevölkerungsumfrage zu Natur und biologischer Vielfalt. Bonn: Interne Publikation. PDF Internet unter: http://www.bfn.de/fileadmin/MDB/documents/themen/gesellschaft/Naturbewusstsein_2011/Naturbewusstsein-2011_barrierefrei.pdf

Demokrit in: Diels Hermann (1922). Die Fragmente der Vorsokratiker. 2. Band, Berlin. S. 55-57.

Dilling H., Mombour W., Schmidt H., Schulte-Markwort E. (2006, 4. Auflage): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V. Bern: Huber.

Duden: www.duden.de. (28.07.2013).

Dürckheim Karlfried Graf von (1959): Hara. Die Erdmitte des Menschen. München: Barth.

Dürckheim Karlfried Graf von (1984): Der Alltag als Übung. Bern: Huber.

Erikson Erk H. (1979): Der vollständige Lebenszyklus. Berlin: Suhrkamp.

Erkelen M., Golz N. (1998): Effekte des Sporttreibens bei Depressionen. Das Berliner Sporttherapieprogramm zur Behandlung depressiver Störungen; theoretische Grundlegung und Evaluation von Effektgrößen sowie Veränderungsursachen. Berlin: Köster.

Fischer Gottfried (1989): Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Heidelberg: Asanger.

Flach-Bulwan Stefan (2013): Sind wir nicht alle ein bisschen „psycho“? Berufsbezeichnungen nicht approbierte Therapeuten in: Körper, Tanz, Bewegung (2013), Seite 169-175.

Flammer August (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.

Fogel Alan (2013): Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Vom Körpergefühl zur Kognition. Stuttgart: Schattauer.

Freud Sigmund (1975): Aus den Anfängen der Psychoanalyse 1887-1902. Briefe an Wilhelm Fließ. Frankfurt/Main: Fischer. Nachdruck der Paperback-Ausgabe von 1962.

Freud Sigmund (2006): Werkausgabe in 2 Bänden. Frankfurt/Main: Fischer.

Geißler Peter (2004): Was ist Selbstregulation. Eine Standortbestimmung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Grawe Klaus (1995): Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. in: Psychotherapeut, Springer, 40, 130-145.

Grossarth-Maticek Ronald (2003): Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Krankheitsfaktoren und soziale Gesundheitsressourcen im sozio-psycho-biologischen System. Berlin-New York: de Gruyter.

Hage (2013): Der Status konditioneller Fähigkeiten als Teilkomponente der motorischen Leistungsfähigkeit bei 6-jährigen Vorschulkindern. In: PT – Zeitschrift ür Physiotherapeuten, Ausgabe 8-2013. München: Pflaum. 20-38.

Havighurst Robert J. In: Oerter Rolf, Montada Leo (1982, 1. Auflage). Weinheim: Beltz. Entwicklungspsychologie, 66-71.

Heider Fritz (2004): Das Leben eines Psychologen. Autobiografie. Weinheim: Beltz.

Hollmann Wildor, Strüder Heiko K. (2009): Sportmedizin. Stuttgart: Schattauer 2009.

Huber Michaela (2006): Der innere Garten. Paderborn: Junfermann.

Kabat-Zinn Jon (1998): Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Bern: Scherz.

Kanfer, Frederick H., Reinecker Hans, Schmelzer Dieter (2012 5. Auflage): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Knubben Karolin (2004): Randomisierte, kontrollierte Studie über die Effekte eines kurzen Ausdauertrainingsprogramms auf die Stimmung von Patienten mit Depressionen. Digitale Dissertation. http://www.diss.fu-berlin.de/2004/63/. (26.07.2013)

Körper, Tanz, Bewegung (2013): Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie. München: Reinhardt.

Kroger J., Martinusen M, Marica J. E. (2010): Identity status changes during adolescence and young adulthood. A meta-analysis. Journal of adolescence; 33: 683-698.

Kubesch S, Bretschneider V, Freudenmann R, Weidenhammer N, Lehmann M,

Spitzer M, Grön G. (2003): Aearobic endurance exercise improves executive functions in depressed patients. Journal for clinical psychiatry. 2003; 9: 1005-1012.

Kubesch Sabine (2005). Das bewegte Gehirn. Exekutive Funktionen und körperliche Aktivität. Ulm: Dissertation.

Kurz B, Dickhuth HH, Giedke, H, Grupe O, Spohn, R, Erkert HG (1998). Aerobes Ausdauertraining am Morgen als Therapie gegen Winterdepression. Dt. Z. f. Sportmed. Sonderheft 1: 305-310.

Leitner Anton (2010, 1. Auflage): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.

Löllgen Herbert, Hollmann Wildor (2002): Bedeutung der körperlichen Aktivität für kardiale und zerebrale Funktionen Kongressbericht. Deutsches Ärzteblatt 2002; 20: A-1379.

Medical Tribune (2011). Angst, Panik, Depression: Sport als Ko-Therapie gut wirksam. Nr. 1, Februar 2011 Seite 12.

Marcia J. E. (1966) Development and validation of ego identy status. Journal of Personality and Social Psychology; 3: 551-558.

Mather AS et. al (2002) : Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. Brit. J. Psychiatry 2002 ; 180 : 411-415

Mei Sikko van der, Petzold HG, Bosscher RJ (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. In: Integrative Therapie ; 3(23): 374-329.

Michel Sven, Bachmann Jana, Witte Julia, Titus Martin, Braun Alexander, Hage Joachim (2013): Der Status konditioneller Fähigkeiten als Teilkomponenten der motorischen Lesitungsfähigkeit bei 6-jährigern Vorschulkindern. In: PT - Zeitschrift für Physiotherapeuten; 8 (65): 20-38.

Moffitt Territ, Arseneault L, Belsky D, et al (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Feb 15 2011;108(7):2693-2698. http://www.pnas.org/content/108/7/2693.long (11.08.2013)

Neill Alexander Sutherland (1969, 1. Auflage): Theorie und Praxis der antiautoritären Erziehung. Das Beispiel Summerhill. Hamburg: Rowohlt.

Niedecken Wolfgang (2012, 1. Auflage). Für ´ne Moment. Autobiographie. München: Goldmann.

Osten Peter (2000, 2. Auflage): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München; Reinhardt.

Osten Peter (2009): Vortrag für die Donau-Universität Krems, Upgrade 5 Integrative Therapie-Master of Science. Skript ausgegeben am 10.07.2009.

PEPP-Entgeltsystem 2013: http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2013 (30.07.2013)
RP-Online: http://www.rp-online.de/politik/fakten-und-zahlen-zur-ehe-in-deutschland-1.2101559 (11.08.2013)

Petzold Hilarion Gottfried (1974, 1. Auflage): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.

Petzold Hilarion Gottfried (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (2 Bände), Paderborn: Junfermann.

Petzold Hilarion Gottfried. (1991): Leben ist Bewegung in: Integrative Bewegungstherapie. Aulendorf: IBT-Zeitschrift Seite 25-39.

Petzold Hilarion Gottfried.(2003, 2. Auflage): Integrative Therapie (3 Bände). Paderborn: Junfermann.

Petzold Hilarion Gottfried (2004) : Integrative Traumatherapie und "Trostarbeit". Hückeswagen: FPI-Publikationen. http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2004-2004l-pezold-h-g-integrative-traumatherapie-und-trostarbeit.html (06.08.2013)

Petzold, Hilarion Gottfried (2005, 2010): Integrative Therapie – neue Wege einer Humantherapie in der Lebensspanne. Düsseldorf/Amsterdam. FPI-Publikationen Polyloge. http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2005r-integrative-therapie-neue-wege-einer-humantherapie-in-der-lebensspanne.html (01.08.2013)

Petzold Hilarion Gottfried:, Sieper Johanna (2008, 1. Auflage): Der Wille die Neurobiologie und die Psychotherapie, Band 2. Sirius.

Petzold, Hilarion Gottfried (2009): Mit Jugendlichen auf dem Weg. In: Petzold Hilarion G., Feuchtner Carmen, König Gerhard (Hg.): Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Wien: Krammer. 147-201.

Petzold Hilarion G., Susanne Orth-Petzold, Ilse Orth (2013): Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie - „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. Polyloge-FPI Publikationen: Hückeswagen/Krems. (14.08.2013.)

Pikler Emmi (2001) : Laß mir Zeit. München: Pflaum.

Plassmann Reinhard (2011) : Selbstorganisation. Über Heilungsprozesse in der Psychotherapie. Gießen : Psychosozial-Verlag.

Reddemann Luise (2007) : Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart : Klett-Cotta.

Rousseau Jean-Jacques (1762, 1. Auflage; aktuell: 13. Auflage): Emile oder über die Erziehung. Paderborn: UTB.

Rüegg Johann Caspar (2010): Mind and Body. Wie unser Gehirn die Gesundheit beeinflußt. Stuttgart: Schattauer.

Samitz Günther, Mensink Gerd (2002): Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München: Marseille.

Schloemann Johann (2013): Ich will zu meiner Mama. Das Studium, war das nicht Abenteuer und Abschied von zu Hause? Offenbar nicht mehr. Über eine prägende Lebenspahse, die sich und auch die Gesellschaft ziemlich verändert hat. Süddeutsche Zeitung 267. 19. November 2013. Seite 3.

Schuch Hans Waldemar(1990): Über Persönliches im Werk. Einige ideologiekritische Vorbemerkungen zur Art, der Person und dem Werk eines großen Psychotherapeuten zu gedenken. Integrative Therapie 16 / 1-2, 134 – 152.

Schuch Hans Waldemar (2007): Freud aus Sicht der Integrativen Therapie. Integrative Therapie (33. Jg. 2007/Heft 1-2). Seite 115-146.

Schuch Hans Waldemar (2008): Darum Integrativen Therapie. Integrative Therapie (34. Jg. 2007/Heft 3). Seite 179-198.

Schuch Hans Waldemar (2010): Menschen brauchen Menschen. Psychotherapie Forum 18. Springer. Seite 21-26.

Seiffge-Krenke Inge (2012): Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sozialgesetzbuch (2013, 42. Auflage). München: dtv

Statistisches Bundesamt (2013):
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2011/PD11_030_p002.html (29.07.2013).

Stern Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

TK Aktuell (2-2013): Magazin der Techniker Krankenkasse. Hamburg. Seite 6-13.

Wikipedia: Jugend. https://de.wikipedia.org/wiki/Jugend. (29.07.2013).

Waibel Martin Johannes (1993) Integrative Bewegungstherapie bei Wirbelsäulenbeschwerden in: Praxis der Psychosomatik und Psychotherapie, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1993, 5, 303-310,

Waibel Martin Johannes (1994): Gummmimännchen und Schlangenkönigin Psychomotorische Förderung von Kindern, München: Humboldt-Verlag.

Waibel Martin Johannes (1994): Rückenbeschwerden. Ganzheitliche Hilfe. Düsseldorf: Econ.

Waibel Martin Johannes (1995): Integrative Bewegungstherapie als Kurzzeittherapie bei chronischen Wirbelsäulenbeschwerden in: Krankengymnastik 47, 6, Pflaum-Verlag, München 1995, 815-822.

Waibel Martin Johannes, Petzold Hilarion (2007**):** Mobbing und Integrative Supervision - Materialien, Modelle, Perspektiven und eine Befragung zu Mobbingberatung und Supervision. Düsseldorf/Amsterdam: FPI-Publikationen. http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/09-2007-waibel-aulendorf-petzold-mobbing-und-integrative-supervision.html (01.08.2013)

Waibel Martin Johannes, Petzold Hilarion (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Waibel Martin Johannes, Jacob-Krieger Cornelia (2009) (Hg.), 81-97.

Waibel Martin Johannes, Jakob-Krieger Cormelia (2009, 1. Auflage): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Weber Christian: (2010): Zähneputzen für das Gehirn. Forscher belegen die Wirkung von Meditation in Medizin und Psychotherapie – und ziehen die Grenzen zur Esoterik. München. Süddeutsche Zeitung Nr. 277. 30. November 2010. Seite 18.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1,2,3:
Entwicklung der Integrativen Therapie
in: Petzold Hilarion Gottfried.(2003, 2. Auflage): Integrative Therapie (3 Bände). Paderborn: Junfermann. Seite 64
Grafik wurde aufbereitet in: Waibel Martin Johannes, Jakob-Krieger Cormelia (2009, 1. Auflage): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. Seite 2

Abbildung 4:
Integrative Regulierung im Systemverbund durch das Synopse- und Synergieprinzip
in Petzold H. (1974): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.

Abbildung 5:
Ätiologisches biopsychosoziales Modell in der Lebensspanne
in: Waibel Martin Johannes, Jakob-Krieger Cormelia (2009, 1. Auflage): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. Seite 52

Abbildung 6:
Prozessuale Diagnostik in der IBT als Stufenprozess (Theragnostik)
in:Waibel Martin Johannes, Jakob-Krieger Cormelia (2009, 1. Auflage): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. Seite 48.

Abbildung 7:
Die „Fünf Säulen der Identität“ als Ressourcen im Prozess von Identifikation und Identifizierung in: Petzold Hilarion Gottfried.(2003, 2. Auflage): Integrative Therapie (3 Bände). Paderborn: Junfermann. Seite 73
Grafik wurde aufbereitet in: Waibel Martin Johannes, Jakob-Krieger Cormelia (2009, 1. Auflage): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. Seite 58.

Abbildung 8:
Entwicklung von Identität.
Selbsterstellte Folie für die Gruppenarbeit im eigenen Archiv.

Abbildung 9: Typische Merkel-Handhaltung
Aus: Manager magazin online http://www.manager-magazin.de/politik/artikel/a-707501.html 14.08.2013

Abbildung 10: das derzeit wohl bekannteste Beispiel für Zentrierung: Angela Merkel
Aus Geograffiti:
http://www.google.de/imgres?hl=de&biw=1608&bih=850&tbm=isch&tbnid=kcuAwnBv1li2PM:&imgrefurl=http://www.geografitti.de/2009/09/28/wahlkarten-nichtwahler-und-ein-paar-hande/&docid=lR_1mkjl4e7IjM&imgurl=http://www.geografitti.de/wp-content/uploads/2009/09/merkel.jpg&w=800&h=795&ei=jUALUtueIcyPtgaltIH4Dg&zoom=1&iact=hc&vpx=12&vpy=118&dur=473&hovh=209&hovw=213&tx=110&ty=142&page=1&tbnh=135&tbnw=155&start=0&ndsp=38&ved=1t:429,r:0,s:0,i:82 14.08.2013

Abbildung 11: Brunkow – warum dieser Weg über Muskulatur?
Aus: Kybalion.
http://www.kybalion.info/fileadmin/img/neues/veroeffentlichungen/Interner_Bereich/Lehrskript_Brunkow.pdf 14.08.2013.

Abbildung 12: Übersicht optimaler Ausdaueraktivität
Selbsterstellte Grafik im Rahmen von Ausdauervorträgen.
Abb. 13 Wirkungen von Ausdauer
Selbsterstellte Grafik im Rahmen von Ausdauervorträgen.

Abb. 14: Das Lebensgefährt auf der Lebensspanne
in: Petzold 2009, 168

Autor:
Martin J. Waibel
Im Obstgarten 6
88326 Aulendorf
info@mjwaibel.de