

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, Hückes-
wagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

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

Ausgabe 01/2007

Zeitschrift *Integrative Bewegungstherapie* 1/2007

Themenschwerpunkt:

IBT mit einem traumatisierten Suchtpatienten *

Autoren:

Klaus Gieseke

Samira Dagmar Engstfeld

Barbara Purschke-Heinz

Jürgen Abresch

* Aus 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>).

Nr. 1/2007
15. Jahrgang
ISSN 1437 – 2304

Integrative Bewegungstherapie

Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie in
Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz



Themenschwerpunkt:
IBT mit einem traumatisierten Suchtpatienten

Integrative Bewegungstherapie

Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie
in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V.
(DGIB)

Geschäftsstelle:

Bredstedter Str. 17, 22049 Hamburg, Tel./Fax.: +49 40 / 611 890 73

Redaktion:

Annette Höhmann-Kost, Claus Gieseke (Layout), Cornelia Jakob-Krieger

Fotos: Samira D. Engstfeld

Beirat:

Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems (A)

Prof. Dr. Heinrich Dauber, Kassel (D)

Prof. Dr. Hilarion G. Petzold, Düsseldorf/Amsterdam

Inhalt Nr. 1/2007

Claus Gieseke

Editorial

3

Samira Dagmar Engstfeld

Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit atemtherapeutischem
Schwerpunkt in der Behandlung eines traumatisierten Suchtpatienten

4

Barbara Purschke-Heinz

Tagungsbericht „Die Kraft der Beziehung“ (Geldern)

29

Jürgen Abresch

Buchbesprechung: Handbuch der Körperpsychotherapie

42

Editorial

Claus Gieseke, Hamburg/Ahrensburg

In Zeiten der Evidenzbasierung und RCT-Studien mag es ungewöhnlich erscheinen, eine Arbeit über die Behandlung eines Patienten in den Mittelpunkt einer Zeitschriftenausgabe zu stellen. Wir setzen die in früheren Ausgaben begonnene Tradition mit einem Beitrag über die Behandlung eines suchtabhängigen, traumatisierten Patienten mit Migrationshintergrund fort. Die Redaktion entschied sich für die Arbeit von Samira Dagmar Engstfeld, weil sie auf sehr anschauliche Weise anhand eines Behandlungsberichts das praktische Vorgehen in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie veranschaulicht. Der Beitrag zeigt, wie sehr sich die Autorin auf die Begegnung mit einem schwierigen Patienten eingelassen hat. Beindruckend ist auch die Transparenz und Offenheit, mit der sie uns am Behandlungsprozess und seinen Schwierigkeiten teil haben lässt.

Der beschriebene Patient wäre wegen seiner Komorbidität vermutlich für eine wissenschaftliche Studie nicht berücksichtigt worden. In der Praxis begegnen uns aber immer wieder Patientinnen und Patienten, die an verschiedenen Störungen leiden und sich deshalb meist auch jeder leitlinienorientierten Behandlung entziehen.

Das Heft wird ergänzt durch einen sehr ausführlichen und persönlichen Bericht einer KBT-Kollegin über die DGIB-Tagung 2006 in Geldern sowie eine Buchbesprechung über das 2006 erschienene „Handbuch der Körperpsychotherapie“. Diese Beiträge sind auch Ausdruck für die zunehmende Öffnung und den Austausch der verschiedenen leib- und körperorientierten Behandlungsansätze.

Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit atemtherapeutischem Schwerpunkt in der Behandlung eines traumatisierten Suchtpatienten¹

Samira Dagmar Engstfeld

Zusammenfassung: Im ersten Abschnitt wird der Traumabegriff in der Psychotraumatologie definiert und beschrieben. Es folgen Überlegungen zur besonderen Indikation körper- und leiborientierter Behandlungsansätze, insbesondere aus neurobiologischer Perspektive. Der Hauptteil besteht aus einem detaillierten Behandlungsbericht der Integrativen atem- und leibtherapeutischen Arbeit mit einem traumatisierten männlichen Patienten in einer stationären Einrichtung der Suchttherapie. Hierbei wird anschaulich die Verzahnung von atem- und körpertherapeutischen Interventionen, die Arbeit mit kreativen Medien (Malen, Poesie, Imagination) und mit verbalen Therapieanteilen geschildert.

Einleitung

Die folgende Arbeit entstand vor dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrungen mit drogenabhängigen Patienten und der Vernetzung von Integrativer Bewegungstherapie, Suchttherapie und Atemtherapie. Während meiner 12-jährigen psychotherapeutischen Arbeit mit Drogenabhängigen im stationären Setting zeigte sich, dass Traumatisierungen zu den zentralen Problemen unserer Patienten zählen.² Bei der Auseinandersetzung mit diesem Thema habe ich festgestellt, dass insbesondere körperorientierte Ansätze bei der Behandlung gute Heilungschancen bieten. Seit ca. 2,5 Jahren nutze ich

¹ Der vorliegende Text ist ein Auszug aus meiner Diplomarbeit in Atemtherapie (liegt bei der AFA, Berlin)

² Quelle: Nach einem Vortrag von Ingo Schäfer, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, aus der Tagung "Traumatisierung bei Suchtpatienten/innen" entwickelten 50 % der Drogenabhängigen PTBS in der Kindheit. 70% der Drogenabhängigen entwickelten PTBS im weiteren Lebensverlauf.

die Möglichkeiten der Atemtherapie bei der Behandlung.

Meine Erkenntnisse und Erfahrungen möchte ich aus der theoretischen und praktischen Perspektive darstellen. Nach den Fragestellungen: was ist ein Trauma? - wie ist es zu erkennen? - warum kann Atemtherapie helfen? - folgt eine Beschreibung meines Arbeitsfeldes und die gekürzte Fassung eines Therapieverlaufs von einem traumatisierten Suchtpatienten. In dieser Behandlung arbeite ich methodenübergreifend im Wesentlichen mit Atemtherapie, Integrativer Bewegungstherapie und Imaginationen.

1. Was ist ein Trauma und wie wirkt es sich auf den Menschen aus?

1.1. Historische Betrachtung

Die Verwendung des Traumabegriffes ist alt. Schon um 1850 sah Charcot³ Hysterien als posttraumatische Störungen an. Janet⁴ beschäftigte sich mit dissoziativen Prozessen als Folge von Kindsmisshandlungen. In den folgenden 120 Jahren (bis ca. 1980) war die Beschäftigung mit Traumata in der Psychotherapie tabu. Erst durch die feministische Forschung und die Diskussion um Gewalt gegen Frauen fand dieses Thema wieder Beachtung. Der zweite historische Strang war in der Industrialisierung der Gesellschaft begründet. Unfälle mit Maschinen und Eisenbahnunfälle verursachten 'posttraumatische Belastungsstörungen' (PTBS). Sie wurden somatisch diagnostiziert z.B. als 'Erschütterung des Rückenmarks', später als 'Schleudertrauma'. Die Folgen von Erlebnissen im zweiten Weltkrieg wurden als 'Granatenschock' oder 'Kriegszitterer' ebenfalls somatisch definiert. Erst nach dem Vietnamkrieg wurde die PTBS-Forschung intensiviert.

1.2. Heutige Definition von Trauma

Ein Trauma ist eine lebensbedrohliche oder als solche erlebte Situa-

³ Charcot war Vorreiter bei der Entdeckung der Psychogenese von Krankheiten. Zu der Zeit begann man zwischen seelischen und somatischen Prozessen zu unterscheiden.

⁴ ein Schüler Charcots

tion, in der weder mit Flucht noch mit Kampf reagiert werden kann, man ist völlig ausgeliefert. Das Erleben von Hilflosigkeit ist ein zentrales diagnostisches Kriterium. Diese Situationen können als Opfer, als Zeuge oder auch als Täter erlebt werden.

Hierzu zählen z.B.:

- Kampfhandlungen im Krieg (Bombardierungen, Tötungen, Vertreibungen, Vergewaltigungen, Misshandlungen, Gefangenschaft etc.)
- Kampf- oder Gewalthandlungen im 'zivilen Leben' (in der Kindererziehung, schwere Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, sexuelle Gewalt, Folter, Kidnapping, Raubüberfälle, schwere Körperverletzung, Mord...)
- Verkehrskatastrophen (Zug-, Flugzeug-, Auto-, Schiffsunglücke)
- Naturkatastrophen (Erdbeben, Tornados, Feuer, Überschwemmungen, Vulkanausbrüche...)
- lebensbedrohliche Krankheiten
- medizinische Eingriffe (Intensivstation, Frühgeborene...)
- ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung (Arbeitslosigkeit, beruflicher Ab- oder auch Aufstieg...)
- ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderung des Beziehungsnetzes (Verlust einer geliebten Person durch Trennung, Tod, Umzug, Flucht, Gefängnis...)

1.3. Folgen von Traumatisierungen

Nicht jede Traumatisierung führt zwangsläufig zur Traumata-Erkrankung, der sog. "posttraumatischen Belastungsstörung" PTBS.

Im Allgemeinen kann man sagen dass,

- ca. 1/3 aller Betroffenen innerhalb von 3 - 6 Monaten von selbst gesund werden, wenn ihnen ausreichende Selbstheilungskräfte, Selbstregulationsfähigkeit und ein stabiles familiäres/ soziales Umfeld zur Verfügung stehen.

- ca. 1/3 aller Betroffenen die Erinnerung an das Trauma verdrängen, sie entwickeln sich scheinbar normal. Die traumatische Erinnerung kann aber zu einem späteren Zeitpunkt ausbrechen.
- ca. 1/3 aller Betroffenen die Traumafolgen nicht ohne fremde Hilfe verarbeiten können.

Wenn die Betroffenen keine ausreichende Hilfe erhalten, kann als Folge eine PTBS entstehen⁵.

1.4. Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung – PTBS?

Bei dieser Beschreibung beziehe ich mich auf die Definition im "ICD10".

Für eine Diagnose der PTBS gibt es zwei Voraussetzungen: ein traumatisches Ereignis von außergewöhnlicher Schwere und der Betroffene leidet unter wiederholten Albträumen oder Tagträumen, in denen das Ereignis erinnert oder wiederinszeniert wird.

Liegt das Ereignis nicht länger als 6 Monate zurück kann man sicher von einer PTBS ausgehen. Liegt das Ereignis länger zurück, kann eine wahrscheinliche Diagnose PTBS gestellt werden, vorausgesetzt dass keine Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode vorliegt.

1.5. Woran lässt sich eine PTBS erkennen?

Traumatische Erlebnisse haben Auswirkungen auf das Denken, Fühlen, die Körperwahrnehmung und das Verhalten. Das ständige Wiederholen des traumatischen Ereignisses in Form von Flashbacks, Albträumen, Panikattacken oder zwanghaftem Erinnern sind sichere Zeichen. Ebenso das Vermeiden von "Triggern"⁶ und das Erleben von innerer Bedrängung in Situationen, die der traumatischen Situation ähnlich sind. Verglichen mit der Zeit vor dem Trauma ist die allgemeine Aktivität eingeschränkt (z.B. Rückzug bis zur sozialen Isolation, emotionale Empfindungslosigkeit, dissoziative Phä-

⁵ Folgen von Traumatisierung können auch psychische Erkrankungen, wie dissoziale, abhängige, emotional instabile Persönlichkeitsstörungen vom impulsiven und Borderline-Typus, Depressionen, Essstörungen u.a. sein.

⁶ Hinweisreize, die an das Ereignis erinnern

nomene) und das innere Erregungsniveau ist erhöht (z.B. Schlafstörungen, Überwachheit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit und Wutausbrüche, erhöhte Schreckhaftigkeit).

Folgende Verhaltensweisen können einen Hinweis auf eine mögliche PTBS darstellen: Selbstverletzungen, Selbstbetäubung (Suchtmittelmissbrauch), Essstörungen (Bulimie, Anorexie), exzessives 'Sich-Fühlen-Wollen' (Gefahrensuche, Extremsport), Zwangsrituale, Reinszenierung alter traumatischer Situationen, Gewaltausbrüche. Diese Verhaltensweisen können mögliche Selbstrettungs- und Selbstheilungsversuche sein.

Weitere Hinweise können häufige Unfälle oder wiederholte Verletzungen an ein und derselben Körperstelle sein. Bei bestimmten Themenfeldern werden Schockanzeichen wahrgenommen wie z.B. hoher Puls bei flacher Atmung, deutliche bis extreme Temperaturunterschiede, Erröten, kalte Hände/Füße, kalter Schweiß mit manchmal unangenehmem Geruch, zusammengezogene oder geweitete Pupillen, herausgedrückte oder eingesunkene Augen. Der empfindungsmäßige Zugang zu bestimmten Körperteilen kann gestört sein bis zur Taubheit, 'verschlossene' Körperteile, Lähmungen, Lähmungsgefühle.

2. Behandlung von traumatisierten Menschen

Im Rahmen der Psychotherapie stellte man zunehmend fest, dass die therapeutischen Strategien, die bei der Behandlung von Neurosen hilfreich waren, bei traumatisierten Patienten nicht halfen. Das erneute Durchleben früherer Traumata führte zu einer Überflutung mit negativen Affekten, d.h. die Patienten erlebten eine Retraumatisierung. Die Fortschritte in der Neurobiologie und Neuropsychologie brachten neue Erkenntnisse zur Traumaforschung und förderten die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden.

2.1. Warum kann Körpertherapie helfen?

Neurobiologische Perspektive der Gedächtnisverarbeitung

"Die Neurophysiologie zeigt, dass bestimmte Gehirnzentren für die Selektion, Filterung und Bewertung der Informationen zuständig

sind. Der Thalamus... (als Schaltstelle für eintreffende sensorische Informationen), der Hippocampus ...(als Ordnungssystem,... so etwas wie ein 'Archiv' des Gehirns)."⁷ Die Amygdala (Mandelkern) ist für die Verarbeitung von Emotionen zuständig. Von hier aus werden auch Überlebensreaktionen eingeleitet, wie Angstsignale, Kampf- oder Flucht-Bereitschaft. Das Frontalhirn integriert Informationen und bewirkt die Planung zukünftiger Handlungen.

In bedrohlichen Situationen, wenn der Organismus sofort reagieren muss, findet eine unvollständige, unbewusst bleibende und sehr schnelle Reizverarbeitung statt. "Wenn in der Amygdala festgestellt wird, dass ein Ereignis zu emotional ist für normale Verarbeitung und Speicherung, so wird die ganzheitliche Information in Stücke gebrochen und in frühere Hirnteile 'geschickt'. Folge davon ist, dass das Ereignis der Person nicht mehr als *bewusste* Erinnerung zur Verfügung steht."⁸ Die Erinnerung wird in einzelne Sinneskanäle (Gehör, Geschmack, Geruch etc.) aufgeteilt und bleibt dort isoliert, d.h. der innerliche Zusammenhang des Ereignisses fehlt oft, oder die Geschichte wirkt emotionslos. "In der Traumasituation scheint die linke Gehirnhälfte unterdrückt zu sein, die rechte Hälfte wird von der Furchtreaktion der Amygdala dominiert. Die beiden Gehirnhälften werden entkoppelt, und damit wird auch die Integration des analytischen, kategorialen, verbalen und symbolischen Denkens (linke Gehirnhälfte) und des analogen, ganzheitlichen Verarbeitens (rechte Hälfte) verhindert."⁹ In der rechten Gehirnhälfte sind v.a. die belastenden Informationsteile gespeichert. Diese Teile können als sog. 'Flashbacks' plötzlich wieder ins Bewusstsein treten. So kommt es vor, dass bei Patienten plötzlich und scheinbar unbegründet z.B. ohnmächtige Wut oder auch Todesangst hochkommen kann, wenn ein sog. 'Trigger' auftaucht. 'Trigger' können Gefühle oder Sinneswahrnehmungen sein, die zeitgleich mit dem Trauma aufgenommen wurden. So können z.B. eine Farbe, Musik, ein Kleidungsstück, ein Gesichtsausdruck, ein Geräusch, Gerüche, Körperempfindungen und auch Schmerzen, die beim traumatischen Erle-

7 vgl. Kern, Ernst: "Die neurobiologische Perspektive der Gedächtnisverarbeitung als neues Paradigma für Traumatherapie", Referat auf der GFK-Tagung "Traumatherapie" vom 31.10. - 02.11.2002 in Ansbach, Zusammenfassung, München, April 2003, Seite 6

8 Kern, Ernst: siehe 6, Seite 7

9 Kern, Ernst: siehe 6, Seite 8

ben im Gehirn gespeichert wurden, später wieder auftauchen als sog. 'body memories'. Diese Eindrücke können das damalige Gefühl der Todesangst, Scham, Verzweiflung, Ohnmacht, Wut etc. reaktivieren. Es ist eine zeitliche Verschiebung entstanden zwischen der kognitiven Ebene (hier ist die Zeit weitergegangen) und der Gefühlsebene. Diese ist in der Zeit des Traumas stehen geblieben, d.h. der Mensch weiß, dass er das traumatische Ereignis 'überlebt' hat, in seiner Körperwahrnehmung und seinem Gefühl glaubt er sich jedoch noch immer bedroht.

Zur Heilung muss ein Austausch zwischen beiden Gedächtnissystemen (der rechten und linken Gehirnhälfte) stattfinden. Da das Ereignis hauptsächlich als somatische Erinnerung gespeichert ist, ist es durch vorwiegend verbal orientierte psychotherapeutische Methoden nicht zu erreichen. Hier helfen neben der Methode der EMDR¹⁰, insbesondere körperorientierte Therapieformen und Methoden, die über kreative Medien die verschiedenen Sinne ansprechen.

Körperpsychotherapie unterstützt die Betroffenen sowohl beim kognitiven als auch beim körperlichen Wiedererinnern und neu Organisieren ihres Erlebenszyklus. Die Integration geschieht zusätzlich über die Versprachlichung dessen was in der Behandlung wahrgenommen wurde, als therapeutische Spirale (Wahrnehmen/Erinnern, Erfassen/Wiederholen, Verstehen/Integrieren und Erklären/Verändern).

2.2. Behandlungsmöglichkeiten bei Traumatisierungen

Nach Erkenntnissen der Traumaforschung sind Therapiekonzepte mit ressourcenorientiertem Ansatz entwickelt worden. Sie beinhalten drei Phasen:

- Stabilisieren
- Traumabearbeitung
- Integration

10 Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Desensibilisierung und Neuverarbeitung über Augenbewegungen

Zur Heilung benötigen Patienten die Erfahrung, dass sie *selbst die Kontrolle behalten* können (im Gegensatz zur traumatischen Erfahrung des Kontrollverlustes). Zum Aufbau einer *vertrauensvollen Zusammenarbeit* ist ein zuverlässiger therapeutischer Rahmen mit klaren und überschaubaren Regeln notwendig. Ereignisse müssen vorhersagbar werden, Patienten brauchen Informationen. Früher gemachte Erfahrungen von Willkür und Ausgeliefertsein sollen vermieden werden. Sie machen die Erfahrung von *Selbstwirksamkeit* im Umgang mit sich.

2.3. Suchtbehandlung in einer Fachklinik – mein Arbeitsfeld

Die Fachklinik 'Haus Aggerblick' bietet 24 Plätze für Drogenabhängige. Die Patienten sind bei uns 6 Monate in stationärer Behandlung, d.h. sie leben in der Klinik. Die Patienten kommen abstinent aus dem Gefängnis oder einer Entgiftungsstation. Ihr Durchschnittsalter ist ca. 29 Jahre (die Spanne reicht jedoch von 18 bis 43 Jahren).

Seit 1996 arbeite hier als Einzel- und Gruppentherapeutin und betreue parallel 6 - 9 Patienten. Als Integrative Bewegungs- und Suchttherapeutin und Atemtherapeutin arbeite ich methodenübergreifend und nutze Psychodrama, Imaginationsübungen und kreative Medien, wie z.B. Malen, Schreiben, Symbole etc. Für traumatisierte Patienten biete ich Hilfen an, wie Stabilisierungsübungen, Selbstberuhigungs- und Distanzierungstechniken etc. Bei der Behandlung von Traumatisierungen hat sich die Konzentration auf Atemtherapie bewährt.

Für Suchtpatienten sind zunächst die Behandlung der Suchterkrankung und eine ausreichende Stabilisierung ihrer Abstinenzfähigkeit notwendig. Priorität hat die Stabilisierung ihrer Persönlichkeit. In Einzelfällen ist Traumabearbeitung, Trauerarbeit und Zukunftsorientierung auch während der Suchtbehandlung indiziert. Die Möglichkeiten der Atemtherapie bei der Behandlung eines traumatisierten Suchtpatienten skizziere ich nachfolgend.¹¹

¹¹ Der Verlauf von 6 Atembehandlungen ist hier in stark gekürzter Form abgedruckt.

Der Patient Herr T. wird von mir, als Bezugstherapeutin, in verschiedenen Settings, - Einzeltherapie (1x/Wo.), Gruppentherapie (2x/Wo.), Indikationsgruppe 'Stabilisierungsübungen' (1x/Wo.) - betreut. Nach einer gewissen Entwicklung in zehn individuellen Therapiestunden, in denen der Schwerpunkt auf Methoden der Integrativen Therapie lag, war die Indikation für Atembehandlung gegeben.

3. Behandlungsbericht

3.1. Biographische Anamnese

Herr T. kam nach 12-monatiger Haftzeit vom Gefängnis zu uns zur Behandlung. Die Anamneseerhebung war durch folgende Faktoren erschwert: Er beherrschte die deutsche Sprache nur rudimentär, seine zeitliche und auch inhaltliche Orientierung waren gestört. Die inhaltliche und emotionale Bedeutung fielen auseinander. Auf Fragen reagierte er mit einem Redeschwall, war aber nicht in der Lage, die Fragen zu beantworten. Stattdessen schilderte er etwas, was nahe daneben lag. Er litt unter Konzentrationsstörungen und konnte nicht das Wesentliche vom Unwesentlichen unterscheiden, so dass er sich immer wieder in Nebensächlichkeiten verlor. Er zeigte ausgeprägte Derealisations- und Depersonalisationsphänomene. Seine Suchtentwicklung, erklärte er damit, dass er sich als 'schlechter Sohn' definierte, der den Eltern nur Sorgen mache. Introjekte standen ihm als Erklärungsmodell zur Verfügung, jedoch nicht sein eigenes emotionales Erleben. Seine Aufmerksamkeit war nach außen gerichtet. Er konnte sich kaum gegen Eindrücke von außen schützen, was zu einer Reizüberflutung und starker Unruhe führte. Er schien sich zu verlieren und war wie abwesend. Der Patient stand unter erheblicher emotionaler Spannung. Um seine Spannungen nicht durch Aggressionen gegen Personen abbauen zu müssen, erfand er für sich die Methode, in unseren Wald zu gehen und aus Leibeskräften zu schreien. Am Folgetag war er heiser und konnte nicht sprechen. Die nachfolgend beschriebene Biographie konnte er erst nach 4 Behandlungsmonaten schildern.

Er wurde 1977 als erstes von zwei Kindern der Eheleute T. in der UDSSR geboren. Den Kontakt zu ihnen beschrieb er als eng und

unterstützend. 1992 siedelte die Familie (gegen seinen Willen) nach Bayern um. Er hatte wenig Lust sich hier zu integrieren (Schule), verliebte sich in ein russisches Mädchen, verbrachte die Zeit mit ihr und war glücklich.

1994 zog die Familie (gegen seinen Willen) an den Niederrhein. Er vermisste seine Freundin. Er begann eine Ausbildung und fuhr alle 2 Wochen zu seiner Freundin nach Bayern. Er fand neue russische Freunde, die Drogen konsumierten. Bald wechselte er von THC zu Heroin und beging gemeinsam mit Anderen Einbrüche und Diebstähle.

Er plante, wieder zurück nach Bayern zu ziehen, um dort mit seiner Freundin zusammen zu leben. Sie wusste nichts von seiner Heroinabhängigkeit. Der Kreislauf von steigender Spannung, Drogenkonsum und Kriminalität setzte sich fort. Die Lehre brach er nach 2,5 Jahren ab. 1997 wurde seine Freundin von ihm schwanger. Die Verantwortung für ein Kind war, wie er rückblickend meinte, zu groß für ihn. Er habe sich in den Konsum von Drogen geflüchtet.

1998, bei der Geburt seines Sohnes, war er inhaftiert. Nach der Entlassung stellte seine Freundin klare Bedingungen an eine weitere Beziehung. Sein Lebenswandel und die Scham darüber, führten jedoch zu einem baldigen Kontaktabbruch. Trotz guter Vorsätze fand er schnell wieder den Weg in die Sucht, sowie die mittlerweile organisierte Kriminalität. 2000 wurde er für drei Jahre inhaftiert. Nach seiner Entlassung 2003 wiederholte sich dieses Muster, es folgte eine weitere 12-monatige Haftstrafe. Anschließend kam er zu uns.

Den Kontakt zu seinem inzwischen 8-jährigen Sohn hatte er verloren.

3.2. Atembehandlung

Vorgespräch:

Er zeigt mir ein Bild, was er als Reflexion nach dem letzten Therapiegespräch gemalt hat.

Bild I: Schaukel des Lebens in meiner Realität (siehe Anlage)

Er beschreibt mir das Bild: ein Wald mit Schaukel als heller, lichter Platz ... unser Gelände als grüne Geborgenheit ... Platz wo er Ruhe bekommen kann. Er berichtet dazu, dass er zunächst ganz hoch schwingen muss ... danach ruhigeres Schwingen ... so beruhigt sich sein Kopf ... und er kann wieder denken.

Dieses Bild ist seine Reflexion des Themas der letzten Therapie- stunde vor Beginn der Atemtherapie. (Hier sah er in einer Imagina- tionsübung zur Ressourcenstärkung als ruhigen, erholsamen Ort ei- ne Insel in einem bayrischen See. Am Ende der Insel war ein un- durchdringliches Dickicht ¹². Die Insel hatte er auf Spaziergängen mit seiner Freundin oft gesehen und besucht. Er tauchte ein in szen- isches Erleben der damaligen Situation. Im szenischen Verlauf er- schien seine Seele, die als wässrig, durchscheinende, weiß gekleide- te Gestalt oberhalb seines Körpers schwebte. Am Ende dieser Se- quenz verließ sein Körper in Alltagskleidung seine Seele.)¹³

Die Szene beunruhigte ihn sehr, so malte er nach der Stunde das o.gen. Schaukelbild I, als sicheren, stabilisierenden Platz. Die ge- malte Schaukel stellt einen Platz dar, der real auf unserem Gelände existiert. Hier geht er Schaukeln, wenn er durcheinander ist.

Vor der Atembehandlung:

Ich erkläre gründlich was ihn erwartet: sich entspannen, ähnlich wie bei der ihm vertrauten Gruppe 'Stabilisierungsübungen'.

Was ich mache: meine Hand auflegen, leicht massieren, streichen.

Sein Part: ruhig liegen, den Blick nach innen richten, wahrnehmen was innen geschieht, ob er den Raum unter meinen Händen spüren kann, sagen, wenn er sich unwohl fühlt.

Er benennt seine aktuelle Befindlichkeit: viel Stress im Alltag, Ver- zweiflung an sich selbst und Spannung, Gefühl dass sein Kopf platzt. Ich vermute, dass er zu viel aufnimmt und kognitiv überfor-

¹² Das Bild ist als Nr. VI zu Beginn des 5. Atemgesprächs erwähnt.
Titel: "Herz und Seele vereint"

¹³ Vermutung: dies deutet auf ein Trauma hin ...näheres zu diesem Bild und seiner Bedeu- tung wird in einer späteren Stunde, nach ausreichender Stabilisierung, aufgegriffen

dert ist.

Atembehandlung:

Er liegt (bekleidet) auf dem Bauch auf einer Liege und ist zusätzlich mit einer Decke zugedeckt.

Ich beginne mit meinen Händen im Schulterbereich, streiche seine Schultern und Arme aus und halte dann eine Schulter, die andere Hand wandert zum Sakrum. Langes Verweilen auf dem Kreuzbein (Os sacrum). Die erste Hand nimmt nun akzeptierend die gespürte Festigkeit im Lungenbereich auf und gibt sanft eine Richtungsmöglichkeit abwärts und einwärts zum Kreuzbein vor.

Erster Kontakt entsteht, aber noch mit viel Unsicherheit der Wahrnehmung.

Meine Hände geben ihm jetzt vornehmlich Halt und Stütze, zwischendurch der Versuch die Wirbelsäule mit kreisenden Bewegungen zu beleben ... tiefe Atemzüge folgen ... wie Erlösung.

Mein immer wiederkehrender Halt am unteren Rücken scheint Impulse frei zu setzen. Ich gebe dem viel Raum, bin aber äußerst vorsichtig. Dennoch, ich spüre, er ist nicht in und bei seinem Körper, sondern wo?? ... suche die Verbindung herzustellen. „Was spüren Sie ... können Sie Ihren Atem wahrnehmen?“ ... „Nein“ ... keine Atemwahrnehmung, aber Körpererleben ... er beschreibt es: er sieht Bilder von Spannung, Wut, Kraft, Herausnehmen ... sein Körper werde leer und hell ... er fühle sich erleichtert, benennt Beruhigung.

Ich bin beunruhigt. Überlässt er sich zu weit und verliert sich? Im Nachfragen zeigt sich, dass er viele Projektionen auf mich hat ... als magische Hände, die seine Spannung einfach wegnehmen etc. ... er erinnert Berührungen durch Mutter, Freundin, Schwester ... die in der Qualität anders waren. Er beschreibt meine Hände als magische Hände, die ihm helfen und ihn waschen, in klarem blauem Wasser. Er erlebt es wie ein Gespräch mit sich selbst, mit seinen Organen und seiner Seele.

Er hat sich mir vollkommen anvertraut und überlassen ... Ich bin be-

rührt und spüre zugleich die übergroße Verantwortung und hoffe, dass ich ihn halten und zu sich zurückbringen kann. Ich spüre meinen Boden, Halt im Rücken etc ... versuche mich an die Atemkräfte anzulehnen und darin zu sein.

Er beschreibt ein Erleben wie: Nieren herausnehmen und Waschen in klarem frischem Wasser ... seine Nieren lägen neben seinem Körper ... es fühle sich wohl an ... beruhigt, hell glänzend wie mit Überzug nach Schnee. Später liegen sie wieder an ihrem Platz ... Er fühlt sich wie neu geboren.

Ich spreche nun vorsichtig die Verbindung Herz - Nieren an. Er benennt: Herz herausnehmen und waschen ... *Ich bin beunruhigt wie zuvor* ... Anlehnung an den Hintergrund und Ruhen im tragenden Grund (meinerseits) ... vertraue auf die intuitive Kraft meines Atems.

Mitbestimmung der Arbeit durch ihn. Was braucht er? Ich frage ihn: "Was brauchen Sie?"

Er wünscht sich eine Hand auf dem Nacken. Ich halte ihn dort. Meine Hand auf seinem Kreuzbein als Anbindung bleibt. Die andere Hand wechselt zwischen Halsraum, Vagus nerv bis zum Raum unterhalb des 7. Halswirbels.

Ich frage ihn: "Können Sie den Raum zwischen meinen Händen spüren?" (*Ziel: ich versuche ihn im Körper, im Hier und Jetzt zu halten*)

Seine Antwort: er sieht seine Seele, sie ist oberhalb seines Körpers (*Gestalt wie im 10. Therapiegespräch*). Er beschreibt sie wieder als bläulich, durchscheinend, wässrig.

Ich bemerke, dass er weit weg ist und versuche ihm Boden zu geben, ihn 'anzubinden'. Ich halte seine Füße ... versuche seine Aufmerksamkeit auch mit Worten dort hin zu lenken ... spreche vom Boden ... (wie er es von den Stabilisierungsübungen her kennt), weicher Waldboden ... frage, ob er ihn spüren kann.

"Nein, seine Füße wollen nicht da bleiben, sie wollen lieber schwe-

ben. Seine Seele will nicht in den Körper ... sie schwebt über ihm, als durchsichtige Gestalt ... "

(Einen Moment fürchte ich, dass er gar sterben könnte.) Ich tue alles, um ihm Halt zu geben, reibe, streiche die Füße, gebe Hilfe mit Worten. Er ist beunruhigt ... sagt er habe Angst, dass er verrückt werden könnte. Er hat Angst vor seinen Bildern, die wie unter Kokain seien (*psychotische Symptome*).

Ich weiß, dass er sich in dieser Behandlung nah an dieser Grenze bewegt. Die Bilder, die er bisher geschildert hat, könnten auch psychotische Bilder sein. Dennoch spüre ich die Gewissheit, dass die Verbindung zu ihm, die über meine Stimme und Hände besteht, stabil ist.

Dann lasse ich ihn nachruhen ... Ich bleibe dabei im Raum.

Im folgenden Nachgespräch über seine Erfahrungen in der Behandlung versuche ich den Prozess für ihn verstehbar zu machen. Ich werde ihm helfen sein Körperhaus zu entdecken und zu bewohnen, dann kann er darin Schutz und Halt finden und bei sich sein. Jetzt erlebt er sich in Bildern, die ihm etwas mitteilen wollen und die wir deshalb gemeinsam anschauen werden. Er sieht seine eigenen Fähigkeiten nicht klar. Er braucht Unterstützung, seine Kompetenz zu finden, Richtung der Aufmerksamkeit auf sich selbst ... weg vom Vergleich mit anderen.

Zum Schluss sagt er, dass er noch mit niemandem über die Bilder von Seele gesprochen habe. Er spürt eine respektvolle Scheu vor der Kraft dieses Wortes 'Seele' und sucht ein anderes Wort, aber kommt zurück zu dieser Bezeichnung als der einzig Passenden ...

Ich übersetze es mir mit 'innerem Atem'.

Ich spüre, dass er noch eine Nachbehandlung braucht, bei der seine Ich-Kräfte stärker beteiligt sind. Er braucht Vertrautes, Boden, Halt, Integration.

Ich leite eine Imagination an.¹⁴ Thema: Imagination eines Baumes.

¹⁴ Er kennt solche Imaginationen aus verschiedenen Einzelstunden und der Stabilisierungsgruppe.

- *Ich beschreibe hier nur wesentliche Aspekte...* Zentrierung auf Wurzeln, Halt, Kraft, Ruhe ... Gelassenheit gegenüber Wetter, Jahreszeiten, Beständigkeit etc. Der Regen perlt an seinen Blättern ab, dringt nicht ein und verwandelt sie nicht zu Wasser, sondern sie bleiben Blätter!

Im Nachgespräch sagt er: Danach habe er die Erde zurückbekommen. Seine Seele sei wieder im Körper. Er spüre Tatendrang.

Meine Überlegungen nach dieser Behandlung:

Gleitet er zu weit ab? Soll ich ihn stärker beim körperlichen Erleben halten?

Soll ich sein Erleben des „Organ-Herausnehmens und wieder - Einfügens“ wieder aufnehmen? Was will es ihm mitteilen?

Ihm fehlt der Boden. Er ist entwurzelt durch viele Umsiedlungen. Soll ich verstärkt an Wurzeln arbeiten? Der Erdkontakt ist ganz wichtig!

Reflexion seines Erlebens: Die Seele ist über ihm, außerhalb des Körpers ...

Seine Seele sagte auf Befragen, sie verlasse ihn nicht.

Deutung: er verlässt den Körper ... nicht die Seele verlässt ihn.

Die Seele ist immer da, auch wenn er den Kontakt zu ihr verliert.

Die Seele muss in die Verkörperung kommen.

Wenn die Seele losgelöst ist, deutet dies auf ein Trauma hin.

Der Körper braucht die Seele, um gesund zu sein.

Er muss in die Wahrnehmung seines Körperhauses kommen.

Planung für die nächste Stunde:

Zentrierung, Bodenkontakt, Ich-Kräfte ansprechen, damit er nicht

zu tief ins Unbewusste gleitet.

Als Reflexion dieser Atembehandlung malt er

Bild II: Meer schlägt an die Küste. Es hat den Titel: „Die starke Kraft und Ruhe dieses Meeres geben mir wieder Leben“.

3.3. Atembehandlung

Herr T. ist völlig durcheinander, zeigt starke Dissoziationsphänomene, ist noch akut in der Krise und psychosenah. Er berichtet von einem Albtraum: "Der Tod kommt und legt ihm eine Schlinge um den Hals um ihn mitzunehmen ... der Tod zieht die Schlinge jedoch nicht zu. Er hat Panik ... greift nach dem Kreuz über sich und hält es schützend vor sich ... dabei verbinden sich Schlinge und Kreuz (oben das Seil und unten, statt der Schlinge, das Kreuz) ... Todesangst".

Ich bin mit meiner ganzen Empathie bei ihm während er das erzählt, gebe ihm zu verstehen, dass die Bilder mich sehr tief bewegen.

Ich frage ihn nach dem hoffnungsvollen Bild, welches er zwischen uns gelegt hat. Ich bin erleichtert über den Titel des Bildes¹⁵, er zeigt mir, dass ich auf der richtigen Spur bin mit der Atemarbeit. Er erklärt, was es zeigt: "Ein Meer mit Horizont in verschiedenen Blautönen abgestuft von dunkel- bis mittelblau. Das Meer bricht sich links am Felsen mit Gischt ... hinter dem Felsen liegt noch ein Stück Land.“

Wir schauen das Bild lange an und ich hoffe, dass sich ihm mit dem Anschauen des Bildes seine beruhigende Wirkung mitteilen wird. Fällt ihm etwas dazu ein? Ihm fällt dazu ein, dass er in der ersten Atembehandlung das Gefühl hatte, rein gewaschen zu werden und dass er sich kräftig fühlte. Ich nehme das auf, ohne Kommentar, aber spüre in mir viel Vertrauen in seine Heilkräfte, die sich in den Bildern deutlich zeigen.

Nach langem Schweigen nehme ich ganz vorsichtig das Bild seines Albtraums auf, frage ihn, ob wir auch diese Traumbildmitteilung

15 Titel Bild Nr. II: „Die starke Kraft und Ruhe dieses Meeres, geben mir wieder Leben“

anschauen können. Er erinnert sich, wie die Krankheit (Sucht) in ihn eingedrungen ist. Aber da der Tod im Traum die Schlinge nicht zuzieht, scheint er auf dem Weg der Heilung zu sein. Diese Gedanken in Verbindung zur Suchterkrankung bespreche ich mit ihm¹⁶. Er sagt: Jetzt verstehe er den Traum und der Traum mache ihm nicht mehr so schreckliche Angst.

Anschließend schlage ich eine Arbeit im Stehen vor (*Ziel: Vermeidung von Regression ... weitere Stärkung der Ichkräfte ... Stabilisierung*) Die Arbeit ist methodenübergreifend zwischen: Bewegungstherapie, Atemtherapie und Imagination, ausgehend von seinem gemalten Bild II., mit szenischem Erleben.

Mit den Füßen festes Stampfen auf dem Fußboden ... wir machen es zunächst gemeinsam, im Verlauf nehme ich mich zurück ... (*sich beleben und spüren*) ... „Was nehmen Sie wahr?“ ... „Wärme“... das Bild Nr. II liegt noch zwischen uns auf dem Boden ... Ich schlage vor, das 'Auf-den-Boden-stampfen' auf Stühlen sitzend fortzuführen ... zunächst gemeinsam ... dann Herr T. allein ... "Was nehmen Sie wahr?" ... „Wärme“ ... *richten der Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung der Füße* ... „Können Sie den Boden mit ihren Füßen spüren? Wie fühlen sich die Füße an? ... wie die Beine ... was fühlen Sie?"

Ausgehend von dem Bild II leite ich eine Imagination an: Füße stehen in seichtem Wasser ... er sitzt am Ufer ... klares Wasser ... der Grund des Wassers ist angenehm für die Füße ... angenehme Temperatur ... spüren, wie die Füße auf dem Grund stehen ... das Wasser umfließt die Fesseln und nimmt die Spannung mit ... „Wie fühlt es sich an?“ ... Er spürt die Füße als angenehm, das Wasser als kühl ... zur weiteren *Belebung des unteren Raumes* leite ich *atemtherapeutisch an*: Hände auf die Knie legen und reiben ... er kann sie spüren ... „Was ist mit den Unterschenkeln?“ ... sie kommen langsam in die Wahrnehmung ... die Hände auf Knie und Beckenkamm legen ... halten ... dabei die Vorstellung beibehalten 'die Füße stehen auf dem Grund im angenehmen Wasser' ... „Wie fühlt es sich an?“... Seine Oberschenkel kommen in die Wahrnehmung ... *Richtung der Auf-*

16 Reflexion, Erkenntnisarbeit und Sinnfindung, Ansprechen der Ich-Kräfte

merksamkeit auf die Beine, den Innenraum der Beine, die Temperatur. Im Verlauf schildert er ... „Meine Beine sind angeschlossen ... mein Becken ruht, die Beine haben Kontakt mit Untergrund von weißen Kreidefelsen ... Ich kann die Luft des Meeres einatmen, erlebe es als frische Brise und Geruch des Wasser und der Gischt.“

Fokussierung auf die Atmung: "Wo spüren Sie die Atmung? Welches Gefühl haben Sie?" Er spürt „Ruhe, Stille, ist allein am Meer ... Entspannung" ... Er erlebt „tiefe Ruhe, das Meer durchflutet mich.“

Im Nachgespräch:

Er benennt Angst, dass er nicht normal sein könne wegen seines Bilderlebens... Ich versuche ihm beim Verstehen und Integrieren des Erlebten zu helfen, das Fremdartige vertraut zu machen. Ich erkläre ihm, dass er in seinem Atem stehen kann, wie im Wasser, dass sein Atem jede Zelle des Körpers durchfluten kann, wie das Meer in seinen Bildern...

Nach der Behandlung malt er

Bild III: Ein Bach, der um die Kurve fließt und sich als Wasserfall in die Tiefe ergießt. Titel: "Wilde Schöpfung und reale Phantasie.“

3.4. Atembehandlung

Er berichtet von einer neuen Freundin ... will frühere Fehler vermeiden ... (*Antizipation der Zukunft*) und erinnert seine Erfahrungen mit seiner früheren Freundin. Seither fühle er sich als Versager und habe Schuldgefühle.

Wir sprechen über den Umgang mit Schuldgefühlen und Entwurzelung ...

Im szenischen Erleben beschreibt er sich als einen Baum, der verpflanzt wird ... (von Russland nach Bayern), neu eingepflanzt, und ehe er sich wieder erholt hat und seine Wurzel fest eingegraben sind, wird er wieder verpflanzt (ins Rheinland) ... und verliert seine Freundin ... er will Früchte tragen und seine Äste sollen einen guten Platz für ein Vogelnest geben (*Familiengründung*), aber sie können

nicht, sie sind zu schwach.

Sein Selbstbild: ein Baum, dem die Wurzeln brutal abgehackt worden sind. (*Wahrnehmung und Ausdruck von Emotionen, Erkenntnisarbeit, Neubewertung der Vergangenheit*). Er definiert sich nicht mehr als 'schlechter Sohn' sondern erkennt seine Entwurzelung und mehrfache Überforderung.

Anschließend leite ich eine Imaginationsübung "Verwurzelung" an. Sie ist im Wesentlichen eine Identifikation mit einem Baum mit Fokussierung auf seine Wurzeln ... ihre Breite, Dicke Tiefe, Anzahl, Halt und Nahrung ... den Wechsel der Jahreszeiten und Ereignisse ... Stamm, Krone, genährt von Erde und Himmel ... gehalten und getragen zwischen Himmel und Erde ... kann gelassen stehen und weiß, alles was mir begegnet wird wieder vergehen. Nach dem Herbst ohne Blätter werde ich wieder Blätter bekommen ... Ich bin fest verwurzelt und nichts kann mich umwerfen.

Im Nachruhen entsteht

Bild IV: Ein Wal taucht ins Wasser. Seine Flosse ragt kräftig in die Luft. Titel: "Realität auf fremden Planeten. Es gibt kein Ende auf diesem abendlichen Meer"¹⁷

3.5. Atembehandlung

Ich lege ihm alle seine gemalten Atembilder vor, Wahrnehmen, Betrachten ... „Suchen Sie sich eins aus, das, wohin es Sie jetzt im Moment am stärksten zieht.“

Er wählt das Bild Nr. III "Wilde Schöpfung und reale Phantasie".

Er beschreibt das Bild: "Der Fluss biegt um die Ecke und fällt als Wasserfall herab ... am Ufer sind Felsen und Wald ... oben ist ein Plateau ... der Fluss kommt von rechts ... am Ufer stehen einzelne

17 Meine Reflexion des Walfischbildes: Er taucht unbewusst schon in den Lebensgrund und holt sich von dort Kraft. Der Titel könnte darauf hinweisen, dass ihm das momenthafte Eintauchen in den Lebensgrund noch fremd und unvertraut ist. Aber gleichzeitig verbindet er mit dem Lebensgrund unbewusst Ewigkeit.

Ein Wal taucht ins Wasser, die Flosse ragt kräftig in die Luft. Weist das Bild auf eine sich anbahnende Veränderung, auf neuen Lebensmut hin?

Bäume auf braunem Boden ..."

„Wo ist Ihr Platz im Augenblick auf dem Bild?" (*ihn dahin lenken, wo die stärkste Energie ist, möglicherweise ein sicherer Ort*). Es ist dort, wo die Bäume auf dem braunen Boden stehen. Im Hintergrund sieht er Nebel. Er beschreibt, wie eine Nebelwand sich vor ihm lichtet und wieder zusammen zieht und lichtet etc. (*Reflexion: langsam scheint sich sein Bewusstsein klären zu wollen.*)

Ich arbeite mit ihm auf einem Stuhl sitzend.

Es folgt eine Atembehandlung mit szenischer Imagination, ausgehend von dem beschriebenen Platz (Bäume auf braunem Boden), bei der ich mit ihm im verbalen Austausch bleibe und ihn mit meinen Händen begleite.

Im Verlauf beschreibt er sein Erleben: Das Wasser umspült ihn, er sieht die Hände des Wassers, die ihn umspülen, die ihn auch von rechts und links umfassen und auch seitlich reinigen und waschen. Ich lasse ihn diesen Prozess weiter durchleben ohne neue Anregungen. Dabei begleite ich ihn mit meiner Aufmerksamkeit, bleibe mit den Händen auf seinem Kreuzbein ... ruhig abwartend und aufmerksam für ihn und seinen Prozess ... gewissermaßen als helfende Beobachterin ... Er fühlt sich eingetaucht ins Wasser, sieht es als ganz klar, kann die Kiesel sehen und fassen, könnte sie hochheben, hat aber nicht den Impuls. Dann beschreibt er das Wasser um ihn als seine wässrige, blaue Seele, die ihn wäscht ... sie sei um ihn herum und er sei in ihr drinnen ... sie sagt: „Ich bin bei dir, ich verlasse dich nicht, ... sei gewiss ... du hast mich manchmal verlassen, aber nun sind wir wieder vereint." Er vergewissert sich bei mir, ob das normal sei. Ich beruhige ihn und wiederhole die Worte seiner Seele.

Ich frage ihn: „Was geschieht nun?" Die Seele sagt, dass sie manchmal vor ihm gehen muss, er solle aber einfach nachkommen, auch wenn der Weg durch die Dunkelheit führen würde, danach seien sie wieder vereinigt...

Ich gebe Resonanz ... „Ja, Sie müssen vielleicht ein Stück dunklen Weges gehen, wo Ihre Seele schon vorgegangen ist und auf Sie

warten wird.“ (*Ich bereite ihn auf die Begegnung mit dem Trauma vor, glaube, dass er bald so weit sein wird, da seine Seele signalisiert hat, dass dieser Weg kommen wird*)

Ich beende mit einer Zentrierungsübung.

Im Nachgespräch zeigt sich, dass er allmählich unterscheiden kann zwischen seinen inneren Bildern und der alltäglichen Realität. Er lernt mit den Atembildern umzugehen, seine Angst verrückt zu werden, nimmt ab. Er wird auch im Alltag ruhiger und entspannter.

Meine Überlegung: Die Seele weist auf sein Trauma hin, welches er noch alleine durchschreiten muss, aber sie wartet dahinter auf ihn. Beim Auftauchen aus der Innenwahrnehmung spürte er die Hände der Seele in seinem tiefen Rücken. Sie stützte ihn, gab ihm Halt und Kraft und schob ihn sanft vorwärts.

3.6. Atembehandlung

Wir betrachten das

Bild V der letzten Stunde. Er beschreibt: Zwei Delphine springen übers Wasser ...

- er und seine neue Freundin. Er weiß, dass sie auch ins Wasser eintauchen kann. Aber er habe Angst davor, denn etwas sei mit einer seiner Flossen nicht in Ordnung. Daher könnte er alleine, ohne sie, fortschwimmen.

Reflexion des Bildes: Delphine sind uns als Säugetiere verwandt, Bild von spielerischer Lebensfreude. Er hat noch Angst voll ins Leben einzutauchen, spürt, dass es noch zu früh wäre, eine seiner Flossen trägt noch nicht. Er weiß, er muss vorsichtig sein in seiner Beziehung zur Freundin, sonst treibt er wieder allein dahin.

Arbeit auf der Liege:

Ich bitte ihn, sich auf den Bauch zu legen. Ganz vorsichtig berühre ich seine Schulterblätter. Dann gebe ich im Kreuzbein Stütze (*Ziel: Beruhigung*), suche ganz vorsichtig die Verbindung von Hinterkopf, Schulterblättern und Kreuzbein anzuregen. Ganz lange Pausen...

Ihm kommt das

Bild VI von der Halbinsel in Bayern mit dem Titel "Herz und Seele vereint"¹⁸ in den Sinn.

Ich frage, in Erinnerung an den damaligen Prozess: „Dort, wo sich Seele und Körper getrennt haben?“ Er springt in seiner Erinnerung und antwortet, seine Seele sage ihm, dass sie vorgehe und er nachkommen solle, sie warte auf ihn.

Will er sich dort hin wagen? Nach einer Zeit des Überlegens meint er: „Ja, aber ich habe auch Angst.“ Ich treffe mit ihm eine Vereinbarung: Wir gehen so weit, wie er will. Er kann entscheiden und jederzeit stoppen oder zurückkehren.

Die Behandlung geht weiter, indem ich ganz ruhig meine Hände auf dem Sakrum liegen habe. Von dort gehe ich zu den Beinen und Füßen und wende mich dann noch einmal dem Rücken zu, wie vorher ... Er fühlt seinen Atem in sich, Belebung durch Helligkeit, Strömen in jeder Zelle. Er fragt an, ob das normal sei. Sein Rücken ist belebt.

Nun sieht er das Bild von der Halbinsel, er befindet sich an ihrem Anfang. Ich halte ihn mit der Wahrnehmung bei seinem Körper, um sicherzugehen, dass er stabil genug sein wird für eine mögliche Reise ins Dickicht und in die Dunkelheit. Ich suche nach einem Ort, an dem ich die Verbindung zu ihm halten kann. Ich frage wie es ihm geht. Er sagt er fühle sich überall stabil, wie frischer Frost am Morgen, angenehm, nicht kalt.

Ich gehe mit meinen Händen noch einmal zu seinen Beinen und Knien. Ich frage nach seinem Gefühl. Er fühlt sie angeschlossen. Ich verweile eine Weile bei den Füßen und halte sie. Er sagt, sie seien angeschlossen. ... „Wo hätte er jetzt gerne noch meine Hand?“ Er sagt: „Am Nacken ... “ Ich halte ihn dort und gebe gleichzeitig Stütze im Rücken. Er spürt Festigkeit, Dunkelheit, Schmerz. Ich halte mit einer Hand die Anbindung ans Kreuzbein, gleichzeitig lege ich die andere Hand auf das linke Schulterblatt.

18 Siehe erste Atembehandlung. Er war dort mit seiner früheren Freundin.

Meine Aufgabe ist, ihn einfach zu halten. Wo ist er? Er ist auf der Insel ... auf die Baumgruppe zugegangen (dieser Ort war bisher nicht zu erreichen, hier ruht das Geheimnis oder das Beängstigende, wo sich Körper und Seele getrennt haben). Seine Seele ist vor ihm, sie nimmt ihn mit. Dort ist ein Wasserfall, er geht darunter, fühlt mit der Hand das frische Wasser. Er sieht sich am Rand des Wassers (Rand der Insel). Neben ihm sind seine Frau und sein Sohn. Sie hocken am Wasser nah zusammen, halten ihre Hände ins Wasser und spielen mit den Fischen. Er ist daneben. Er bemerkt mit Erschrecken, dass sie ihn nicht wahrnehmen. Er ist traurig, beobachtet sie ...

Dann sieht er sich selbst, seine Frau und sein Kind, aus einer seitlichen Perspektive. Er bemerkt, dass er sie fühlen kann, ohne Worte. Dennoch möchte er von ihnen bemerkt werden und mit ihnen sprechen können. Ihm fällt auf, dass Fühlen sogar intensiver ist als Reden, dennoch spürt er Schmerz und Dunkelheit. Er spürt, dass sein Sohn von seiner Frau gut erzogen wird, dass sie zu ihm so ist, wie sie auch zu ihm war. Dies beruhigt ihn.

Er ist im Dialog mit seiner Seele, die ihn beruhigt. Er müsse nicht mit ihnen reden, es sei in Ordnung sie einfach zu sehen und zu spüren. Er verbleibt eine Zeitlang im Dialog mit seiner Seele darüber, wie es ist gesehen oder nicht gesehen zu werden, sprechen und fühlen zu können. Er spürt Trauer und Schmerz ... braucht einige Zeit, bis er mit der Situation des Nicht-Gesehen-Werdens versöhnt ist. Seine Seele beruhigt und tröstet ihn immer wieder. Sie nimmt ihn an der Hand und geht ein paar Schritte mit ihm, damit er die beiden sehen und spüren kann ... Gegen Ende der Stunde beschreibt er, dass seine Seele in ihn hinein komme, sie sei zum Teil in ihm, gehe aber auch noch vor ihm her. Er steht auf ihrem weißen Kleid. Sie sagt ihm noch einmal, dass sie ihn nicht verlassen werde. Er ist beruhigt. Ich wiederhole die Worte seiner Seele (*Verstärkung*).

Nachbesprechung: Er fühlt sich tief berührt und fragt, ob seine Bilder normal seien. Er sagt, dass es wie Phantasie sei, er dies aber wirklich sehe und fühle und mir keine Phantastereien erzähle. Er berichtet, dass seine Schwester ähnliche Bilder aus Träumen kenne. Wie kann er das Atemgespräch allein machen? Ich versichere ihm:

„Wir üben es immer wieder ein, bis Sie es können. Sie brauchen lange Zeit, bis Körper und Seele zusammengewachsen sind und Sie sich der Führung ihrer Seele anzuvertrauen lernen.“

Er fragt mich: „Was ist innerer Atem?“ Ich sage: „Seelenatem“.

3.7. Atembehandlung

Er hat Sorge, dass er sich allein nicht beruhigen könne, wenn Spannungen auftreten.

Ich zeige ihm wie er sich ruhig hinsetzen kann und erinnere ihn an frühere gemeinsame Übungen im Sitzen. Wir wiederholen dies zusammen. Ich zeige ihm, wie er bei sich sein kann und sich selbst in diesem Geschehen mit seinen Händen unterstützen kann. Auch dies üben wir gemeinsam.

Nach dieser Stunde malte er

Bild VII mit zwei Schwänen auf einem Teich.

Es zeigt Licht und Geborgenheit. Die Möglichkeit zur Ruhe zu kommen, deutet sich an. Gegensätze können sich begegnen, Entspannung.

4 . Rückblickende Beurteilung

Die in der Atemarbeit imaginierten Bilder entstanden aus dem unmittelbaren Erleben des Patienten. Hauptsächlich habe ich am Erdkontakt gearbeitet und ihm die Bilder, die mit dem Kontakt zur Tiefe kamen, als seine innere Realität gespiegelt und verständlich gemacht. Ich habe ihm geholfen, seinen inneren Bildern zu vertrauen und auf seine inneren Botschaften zu hören. Parallel zur Atembehandlung war der Patient in meiner Gruppe "Stabilisierungsübungen"¹⁹ und in der Bezugsgruppe²⁰. Die Kombination war sinnvoll, weil sonst für meinen Patienten die Gefahr bestanden hätte, zu tief ins Unbewusste abzurutschen und von Bildern überflutet zu werden.

19 Indikationsgruppe u.a. mit von mir vorgegebenen, eng strukturierten Imaginationsübungen

20 kontinuierliche Gruppentherapie, die 2 x wöchentlich stattfindet. Wir leiten die Gruppe als Therapeutenpaar. In der Gruppe sind die Patienten, die wir in der Einzelbetreuung haben.

Anhang:

Gedicht zu Bild VI:

Herz und Seele vereint
Die angenehme Ruhe,
woran das diese Ruhe liegt,
auf frische Grüne Wälder,
an dieses saubere frische Wasser,
und angenehme frische Luft,
ich will so immer hier sein,
so mein Herz und Seele zu mir springt.

Verzeichnis der Bilder (s. Anlage in der Heftmitte):

Bild I: Schaukel des Lebens in meiner Realität

Bild II: Die starke Kraft und Ruhe dieses Meeres, geben mir wieder Leben

Bild III: Ein Bach, der um die Kurve fließt und sich als Wasserfall in die Tiefe ergießt. Titel: "Wilde Schöpfung und reale Phantasie".

Bild IV: Realität auf fremdem Planeten. Es gibt kein Ende auf diesem abendlichen Meer

Bild V ohne Titel: Zwei Delphine springen übers Wasser

Bild VI: Herz und Seele vereint

Bild VII ohne Titel: zwei Schwäne auf einem Teich

Samira Dagmar Engstfeld

Psychotherapie HPG

Ziegeleiweg 28

51149 Köln

T. 0221 91 00 78

d.engstfeld@aggerblick.drogenhilfe-koeln.de

Tagungsbericht
**Die Kraft der Beziehung –
Bewegungstherapie zwischen Inter-
subjektivität und Neurobiologie**

Nachdruck aus „Konzentrierte Bewegungstherapie Heft 38, 2007“

Barbara Purschke-Heinz

Zusammenfassung

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT) ist eine ganzheitliche Therapiemethode, die auf der von Prof. Dr. Hilarion Petzold u.a. begründeten „Integrativen Therapie“ und der „Psychomotorik“ basiert und bewegungspädagogische, leibtherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen miteinander verbindet. Auf der Fachtagung vom 8. bis zum 10. Dezember 2006 ging es um Intersubjektivität und Neurobiologie. Der folgende Bericht gibt einen thematischen Überblick sowie weiterführende Literaturhinweise und schildert persönliche Eindrücke.

Sich eingeladen fühlen - Bedauern und Überraschung

„Die zwischenmenschliche Beziehung ist der Schwerpunkt unserer Tagung. Ohne sie ist Entwicklung nicht möglich. Beziehung ist das tragende, umfassende und verbindende Element. Hirnstrukturen bilden die neurobiologische Grundlage dafür, dass wir soziale, mitfühlende und bezogene Wesen sein können. Menschen, die uns fördern, Situationen, die wir meistern, Orientierung, die uns Sinn gibt, stärken und heilen in Wechselwirksamkeit.“

Diese Worte aus dem Veranstaltungsprogramm der DGIB ließen mich aufhorchen. Namhafte Referenten wurden angekündigt, die das Zusammenwirken dieser Faktoren aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten würden. Also machte ich mich auf den Weg nach Geldern.

Bedauerlich: Der Neurobiologe Prof. Dr. Hüther, der für mich ein Teilnahmegrund gewesen war, hatte aus terminlichen Gründen ab-

sagen müssen. Ob Prof. Dr. Petzold, der Begründer der IBT und der Referent des Eingangsvortrags, kommen würden, stand zu Tagungsbeginn am Freitagnachmittag auch noch nicht fest. Er war erkrankt und hatte keine Stimme mehr. Super beweglich und flexibel, wie die Kolleginnen und Kollegen des IBT-Tagungsteams nun einmal waren, haben sie einerseits kurzerhand das Programm umgestellt, so dass Prof. Petzold bis Sonntag genesen und seinen als Einführung gedachten Vortrag zum Abschluss halten konnte. Andererseits war Martin Waibel nach Göttingen gefahren und kam mit einer Aufzeichnung eines Vortrags sowie eines Interviews mit Prof. Hüther zurück. Beides wurde auf der Tagung gezeigt und konnte die Thematik „Neurobiologie“ umschreiben. Ich schildere dies so ausführlich, weil es etwas von der lockeren und lebendigen Atmosphäre wiedergibt, in der der Kongress mit ca. 60 – 70 TeilnehmerInnen stattfand. Mit meinem Wunsch, die IBT kennen zu lernen, habe ich sowohl Gemeinsamkeiten mit der KBT, als auch Unterschiede gefunden sowie interessante Begegnungen gehabt. Und um es vorweg zu nehmen, ich habe mich bewegt und es hat sich etwas in mir bewegt. Und vielleicht klappt es, dass ich in zwei Jahren, wenn die nächste IBT-Tagung stattfinden wird, wieder mit dabei sein werde!

Der Ablauf

Wenn es im Programm nicht anders gestanden hätte, hätte man vielleicht die Programmumstellungen gar nicht bemerkt.

Freitag, 8. Dezember 2006

In seinem Begrüßungsvortrag betonte Dr. Paar, der ärztliche Leiter der Gelderlandklinik, die Wichtigkeit der so genannten „Kreativen Therapien“, zu der auch die Bewegungstherapie oder besser: die Körperpsychotherapie gehört und bedauerte die Bestrebungen der Kostenträger, gerade in diesem Bereich massiv zu kürzen. Wir haben auf der DAKBT-Jahrestagung 2006 ja auch davon gehört!

Dann erfuhren wir neurobiologische Erkenntnisse von Aufbau und Funktionsweise des Gehirns und daraus abgeleitet u. a. Hinweise für die Bewältigung und Behandlung von Angst bzw. Angsterkrankungen. (Video mit einem Vortrag von Prof. Hüther) Dass man keine

Fragen an den Referenten stellen konnte, war zwar bedauerlich, wurde aber durch das später am Abend gezeigte Interview, das Martin Waibel mit ihm über spezifische körperpsychotherapeutische Fragen geführt hatte, ausgeglichen.

Es folgten Workshops, z.B. „Methoden der IBT und ihre Praxisrelevanz für Coaching und Supervision – auf der Basis der intersubjektiven Beziehung“ (Renate Neddermeyer)²¹

Das Anschauen des Videos mit dem bereits erwähnten Interview mit Prof. Dr. Hüther und eine Diskussionsrunde unter bewegungstherapeutischen Kollegen zum Thema „Welche Herausforderungen birgt die Neurobiologie für die Praxis der Bewegungstherapie?“ schlossen den ersten Tag ab.

Die **Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)** ²²basiert auf der 1965 von Prof. Dr. H. G. Petzold begründeten „**Integrativen Therapie**“, einem sozialwissenschaftlich und tiefenpsychologisch fundierten ganzheitlichen Therapieverfahren. Die IBT ist eine „Humantherapie“, welche die in der naturwissenschaftlichen Tradition entstandene Trennung des Menschen in Körper und Geist zu überwinden versucht, indem sie den ganzen Menschen in seiner Leibhaftigkeit einbezieht und alle seine Sinne als „Werkzeuge“ der Erkenntnisgewinnung betrachtet. Die Wurzeln der „Integrativen Therapie“ und damit auch der „Integrativen Bewegungstherapie“ sind die philosophischen Traditionen der Phänomenologie und Hermeneutik, die unorthodoxe Psychoanalyse nach Groddeck oder Ferenczi, therapeutisches Theater (Iljine), Psychodrama (Moreno), Gestalttherapie (Fritz und Lore Perls), körperzentrierte Verfahren (Lowen, Raknes), Wahrnehmungs-, Atem- und Bewegungsarbeit (Gindler, Middendorf u.a.) sowie kreative und kunsttherapeutische Verfahren (Sieper und Orth).

Die Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungsthe-

²¹ Renate Neddermeyer ist Pädagogin, Therapeutin für Integrative Leib- und Bewegungstherapie und Lehrtherapeutin am FPI und Mitautorin des Buches Hausmann, B., R. Neddermeyer: Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. 2. Aufl. Paderborn: Jungfermann 2003. Es wurde in *Konzentrierte Bewegungstherapie* 1996, 19, H. 27: 93 – 94 vorgestellt.

²² Infos aus: Hausmann, B., R. Neddermeyer: Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. 2. Aufl. Paderborn: Jungfermann 2003: 23 – 25.

rapie (DGIB) wurde 1983 begründet, existiert als eingetragener Verband seit 1984 und gibt im 14. Jahr die „Integrative Bewegungstherapie. Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz“ heraus.

Samstag, 9. Dezember 2006

Der zweite Tag begann mit der Fortsetzung und Beendigung der Workshops vom Vortag.

Es folgte gemäß Programm der Vortrag von Prof. Dr. Waldemar Schuch²³ zum Thema: „Kann das Gehirn denken? Einige erkenntnistheoretische Anmerkungen und Fragen zur Neurobiologie.“

Nachmittags zwei weitere Vorträge: „Integratives verhaltensmedizinisch-emotionszentriertes Gruppenprogramm für Patienten mit Somatisierung“ (W. Balscheit²⁴ u. E. Schnitzler²⁵)

„Alter in Bewegung – Aktuelle sozialgerontologische und sportwissenschaftliche Erkenntnisse im Focus der Integrativen Bewegungstherapie“ (U. Wollsching-Strobel²⁶)

und der zweite Workshop: „Störungsspezifische Ansätze der IBT in der Klinik“ (M. Waibel²⁷)

Sonntag, 10. Dezember 2006

Fortsetzung und Abschluss des Workshops vom Vortage.

Der Vortrag, der zur Einführung geplant war, rundete nun die Tagung ab: „Die sanften Gefühle in der Psychotherapie und ihre Be-

²³ Prof. Dr. Waldemar Schuch, Donau-Universität Krems, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Studium der Rechtswissenschaften, Wissenschaft von der Politik, Philosophie, Psychologie, Psychoanalyse, Lehrtherapeut der Österreichischen Ärztekammer, Lehrsupervisor, Mitherausgeber der Fachzeitschrift „*Integrative Therapie*“, Betreuer und Begutachter von Masterthesen.

²⁴ W. Balscheit, Diplomsporthelehrer und Körpersychotherapeut in der Gelderland-Klinik

²⁵ E. Schnitzler, Diplomsporthelehrerin, Bewegungstherapeutin in der Gelderland-Klinik

²⁶ U. Wollsching-Strobel, Diplomsporthelehrerin, Integrative Bewegungs- und Tanztherapeutin. Ihr Vortrag war eine Zusammenfassung ihrer Abschlussarbeit am FPI. Er ist im vollen Wortlaut unter dem Titel „Gedanken zur Leiblichkeit und Bewegung älterer Menschen“ in *Integrative Bewegungstherapie*, Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie... 2006, 14, Nr. 1 – 2; 5 – 29.

²⁷ Martin Waibel, Diplomsozialarbeiter, Integrativer Bewegungstherapeut, Soziotherapeut, Diplom-supervisor

deutung für die therapeutische Beziehung“ (Prof. Dr. Hilarion Petzold²⁸)

Plenumsabschluss mit Berichten aus den Workshops

Vertiefung

1. Zur Neurobiologie

Durch die Videoaufnahmen mit Prof. Hüther haben wir etwas über Aufbau und Entwicklung des Gehirns sowie über das Zusammenspiel von Kortex, Limbischem System und Stammhirn erfahren.²⁹ Eine These Hüthers ist, dass das Gehirn nicht frei sei. Der Mensch könne nicht wollen, was er nicht könne. Ist dies ein Widerspruch zu der These, die vor ca. 3 Jahren für Aufregung sorgte, weil sie dem Menschen den freien Willen absprach? Hüther führte zu seiner These aus: Um eine Handlung ausführen zu können, sei der vorgestellte Handlungsablauf im Gehirn Voraussetzung. Ein Beispiel aus der Biologie: Entenküken könnten die Stimme von Entenmüttern von anderen Vogelmüttern nach dem Schlüpfen deshalb unterscheiden, weil sie selbst vor dem Schlüpfen schon piepsen würden, d.h. sie würden Schnabel- und Stimmbandbewegungen machen und damit eine Ganzkörpererfahrung. Hindere man sie im Ei daran, die Schnäbel zu bewegen, würden sie nach dem Schlüpfen die Stimme der Entenmutter nicht erkennen. Auch beim Menschen gebe es prägende Erfahrungen bereits im Mutterleib. Vieles, was als angeboren gegolten habe, sei nach neurobiologischen Erkenntnissen pränatal

²⁸ (Prof. Dr. Hilarion Petzold, Studium der Philosophie, russ. orthodoxe Theologie, Psychologie, Pädagogik, Medizin in Paris (Dr. theol. 1968, Dr. phil. 1971), Düsseldorf und Frankfurt (Dr.phil. 1979). Er gilt als einer der Leitfiguren der modernen Psychotherapie und entwickelte das Psychotherapieverfahren der "[Integrativen Therapie, mit der Methode der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie](#)", der "Integrativen Suchttherapie" und die "Integrative Supervision" (internet. Wikipedia: Hilarion Petzhold).

²⁹ Ergänzende und empfehlenswerte Literatur zum Thema:

Hüther, G.: Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch u.a. (Hrsg.): Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Huber, Hogrefe AG 2006: 73 – 97.

Hüther, G.: Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 2004.

Hüther, G.: Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1997.

gelernt. So gebe es somatische Marker, z.B. spanne sich bei starkem Stress und emotionalen Belastungen die Bauchdecke an. Geschehe dies bei einer Schwangeren, entstehe ein Druck auf das Kind, es erstarrt und höre auf sich zu bewegen. Eine Anhäufung solcher Situationen sei für den Fötus bestimmt nicht förderlich. Auch für Hüther sind bei Lern- und Entwicklungsprozessen die inzwischen hinreichend bekannten Spiegel-neuronen von großer Bedeutung. Genetische Programme, darauf weist er hin, würden immer im Zusammenspiel mit den das Individuum umgebenden Systemen entfaltet, dies heißt in sozialen Beziehungen. (Ob dies identisch ist mit „Inter-subjektivität“, wäre eine Frage, die ich gerne in einer Diskussion gestellt hätte.) Hüther führte weiter aus, dass Neugier sich positiv auswirke, sie aktiviere Dopamin und in Folge wichtige Botenstoffe. Die nachteilige Entwicklung beschrieb er anhand eines Modells: In einem Teufelskreis aus Belastung, gescheiterter Bewältigung, Selbstzweifel, Angst und Vermeidung entstehe eine negative Erwartung, die schließlich zu immer mehr Rückzug führe. Unter Angst gebe es keine vernünftigen Informationen aus dem präfrontalen Kortex, das archaische Notfallprogramm aus dem Stammhirn sei aktiviert und der Mensch falle in eine Erstarrung. Nach Hüther hilft dagegen, Vertrauen zu entwickeln über die (Wieder)Entdeckung des eigenen Körpers. Zur Traumabehandlung sei wichtig, Stück für Stück die traumatischen Erfahrungen durchzugehen und diese im Nachhinein anders zu bewerten. Er selbst verwendet zur Verdeutlichung auch neurobiologische Erklärungsmodelle. So schlug er z.B. vor, dass der Therapeut dem Patienten sagen müsste, dass es gut gewesen sei, dass das Stammhirn die Erstarrung bewirkt habe, nur so habe er überleben können. Diese Umbewertung könnte zu einem ‚Ja, so-Erlebnis‘ führen und mit der Zeit die Wucht der Flash-Backs verringern oder sie sogar ganz zum Erliegen bringen. Hier stimmt im Übrigen Hüther mit den kognitiven Verhaltenstherapeuten überein, die ein vergleichbares methodisches Vorgehen in der Traumabehandlung entwickelt haben.

KollegInnen, die G. Hüther kennen gelernt hatten, berichteten, dass er Biologe und Forscher sei und bleiben möchte. Er wolle die Ergebnisse seiner Arbeit aber nicht nur in Fachkreisen diskutieren, sondern sie einer großen Anzahl von Praktikern zugute kommen

lassen.

2. Methoden der IBT und Ihre Praxisrelevanz für Coaching und Supervision – auf der Basis der intersubjektiven Beziehung (Workshop mit Renate Neddermeyer³⁰)

Ziel der Workshop-Leiterin war es, die TeilnehmerInnen für Körperwahrnehmung, Gestik und Mimik während therapeutischer Sitzungen oder Teambesprechungen sensibel zu machen. Sie begann ihren Workshop erfrischenderweise gleich mit einem Angebot mit Bewegung und Begegnung. Es gab Vorgaben in Gestalt von Begriffspaaren wie „Offenheit – Abgrenzung“, „Entschlossenheit – Zurückhaltung“, „Zuwendung – Ablehnung“ und „Klarheit – Verwirrung“, die während der folgenden Angebote auf unterschiedliche Art und Weise zuerst meist non-verbal zur Anwendung kamen. Die dabei gemachten Erfahrungen wurden anschließend „versprachlicht“. Wir arbeiteten meist in Dreiergruppen, in denen abwechselnd je zwei einen Dialog führten und die/der Dritte das Geschehen mit einer bestimmten Aufgabe beobachtete.

Drei beeindruckende Erlebnisse möchte ich kurz erwähnen: Bei einer Übung mit Stäben ging es heftig zu. Auch wenn es eine Binsenwahrheit ist, erlebten wir in unserer Kleingruppe non-verbal und körperlich, dass Aggression Aggression hervorrief, und dass im Gegezug dazu die Auflösung einer Angriffsgebärde z.B. die Aggression „aus dem Arm abtropfen“ ließ.

Weiter war eine Übung nach Pesso³¹ für mich wichtig, bei der es darum ging, Wahrnehmung und Denken zu unterscheiden, um so darauf achten zu lernen, wo in der therapeutischen Arbeit der oft unmerkliche Schritt von der konkreten Sinneswahrnehmung zur Interpretation gemacht wird. Die dazu gehörende Intervention lautete: eine/r versucht einen der oben genannten Begriffe in Gestik und

³⁰ Personalia siehe unter 1.)

³¹ Entwickelt wurde PBSP (*Pesso Boyden System Psychomotor*, in Deutschland als „Pesso-Therapie“ bekannt) seit 1961 von Albert Pesso und Diane Boyden Pesso in USA, die ursprünglich eine Ausbildung in modernem Ausdruckstanz hatten. Der Schwerpunkt liegt in der Arbeit mit Gruppen. Sie ist inzwischen als psychotherapeutische Behandlungsmethode in vielen Ländern weit verbreitet. Albert Pesso hat dieses Konzept mittlerweile erweitert um den Aspekt der Mehrgenerationenperspektive (“Holes in Roles”) in der Entstehung von Störungen und das Verfahren zusätzlich adaptiert an das Setting der Einzelbehandlung (internet unter [www. Pesso-therapie.de](http://www.Pesso-therapie.de)).

Mimik darzustellen, die/der Gegenüber meldet ihr/ihm zurück: „Ich nehme wahr (sehe, höre etc), dass du....“ Und dann: „ Ich denke, dass du....“

Nun zu der dritten und mich am meisten beeindruckenden Erfahrung: Wir bewegten uns im Raum. Nach einer Weile erhielten wir die Aufforderung, aus der Bewegung heraus uns zu dritt zusammenzutun und uns so aufzustellen, dass wir gleichweit voneinander entfernt, jeweils an den Eckpunkten eines gedachten gleichseitigen Dreiecks, `zu stehen kamen´, und das alles ohne miteinander zu sprechen. Was zuerst unmöglich schien, funktionierte - und nach Angabe von Frau Neddermeyer soll es immer funktionieren. Beim Erfahrungsaustausch wurden sehr unterschiedliche Strategien deutlich, wie die einzelnen ihre jeweiligen beiden anderen PartnerInnen fanden.

Kann das Gehirn denken?

Einige erkenntnistheoretische Anmerkungen und Fragen zur Neurobiologie

(Vortrag von Prof. Dr. Waldemar Schuch³²)

In seinen von ihm ganz bewusst provokativ gehaltenen erkenntnistheoretischen Ausführungen bezog sich Prof. Schuch auf die Existenzphilosophie und verdeutlichte, dass die Naturwissenschaften, wozu auch die Neurobiologie gehöre, das Menschenspezifische nicht erklären könne und warnte vor Wissenschaftshörigkeit. Das eigentlich Menschliche sei grundsätzlich nicht erklärbar, denn Menschen seien mehr als aus Organen zusammengesetzte Einheiten und die menschliche Seele sei mehr als das Zusammenwirken von Neuronenfeldern im Gehirn. Die Entstehung des menschlichen Bewusstseins sei nicht erforscht und entziehe sich der naturwissenschaftlichen Erforschung.

Indem er die neurologische Erkenntnisgewinnung mittels EEG, PET und MRT auch gerade in ihrer Begrenztheit dargestellt hatte, verdeutlichte er Folgendes:

Unsere Wahrnehmung sei eine Imagination und eine Synchronisati-

³² Personalia siehe unter 3.)

on von Vorgängen. Unsere Wahrnehmung sei sinnlich und ihr Erkenntniswert sei einzuschränken, denn was nicht ins Bild passt, werde ausgeblendet.

Unser Gedächtnis sei am Wahrnehmungsprozess beteiligt und treffe eine Auswahl. Durch lebendig gewordene erinnerte Inhalte entstehe eine Labilisierung. Eine Erinnerung werde neu erfahrbar. Somit sei Aufklärungsarbeit genauso in Frage zu stellen wie die Annahme einer Heilung durch Anamnese. Denn es bestehe die Gefahr, dass Kindheiten erfunden werden würden.

Bedingt durch die Neuroplastizität unseres Gehirns verändere jede neue Erfahrung die funktionelle Architektur unseres Gehirns, so dass eine eindeutige Zuordnung von seelischen Gegebenheiten bzw. Erlebnisweisen und neuronalen Erregungsmustern nicht möglich sei.

Integratives verhaltens-medizinisch/ emotionszentriertes Gruppenprogramm für Patienten mit Somatisierung
(Vortrag von W. Balscheit u. E. Schnitzler³³)

Referent und Referentin stellen das störungsspezifische Gruppenprogramm für Patienten mit Somatisierungsstörungen vor, das in der Gelderlandklinik, Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin angewandt wird. Interessant ist dabei, dass die nach psychodynamischen Konzepten arbeitende Klinik, verhaltensmedizinische und verhaltenstherapeutische Elemente einbezieht.

Das vorgestellte Programm will die in der Somatisierungsstörung zum Ausdruck kommende Trennung von Psyche und Soma unter Berücksichtigung psychodynamischer Aspekte überwinden. Das Vorgehen ist aktiv und strukturiert, die therapeutische Beziehung ist geprägt vom Umgang (keine Konfrontation!) mit dem Widerstand, die/der TherapeutIn wirkt stützend und lenkend und nimmt den Patienten mit seinem Symptom an. Die therapeutischen Interventionen werden als Angebot formuliert.

³³ Personalia siehe unter 4.) und 5.).

Das Konzept setzt an der psychosomatischen Kernerfahrung an, die lautet: „Für mich ist niemand da, vertrau keinem, der dir etwas anderes verspricht“ und ist geprägt von der Verzahnung von Bewegungstherapie und verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. Daneben gibt es die üblichen Angebote wie Krankengymnastik, Entspannungstraining, Gesundheitskurse oder Frühsport. Wichtiger Bestandteil der VT-Gruppe ist das Erlernen der systematischen Selbstbeobachtung zum Beispiels mittels Schmerztagebuch, Selbstbeobachtungsbögen und Rollenspiel.

Ziele der körperorientierten Gruppe sind u.a. den Körper als Empfindungsorgan für Gefühle zu entdecken („Wie ist der Körper an der Erfahrung, die man macht, beteiligt?“) und Selbsterfahrungsexperimente in verschiedenen Situationen zu machen. Die Themen, z.B. „Der Zusammenhang von Emotionen und Gedanken“, sind jeweils in der Bewegungstherapie- und in der Verhaltenstherapie-Gruppe identisch und werden so parallel sowohl unter körperpsychotherapeutischem als auch unter verbal-kognitivem Aspekt bearbeitet. Zum Konzept gehört selbstverständlich auch ein psychoedukativer Teil, denn Informationen schaffen Sicherheit.

Störungsspezifische Ansätze der IBT in der Klinik (Workshop mit Martin Waibel³⁴)

Auch hier ging es im ersten Teil um die Somatisierungsstörung und wie auch R. Neddermeyer begann M. Waibel seinen Workshop mit Bewegungsangeboten, die das Ziel hatten, darauf aufmerksam zu machen, wo Patienten mit Somatisierungsstörungen ihre Schwächen haben. Sie besitzen eine eingeschränkte Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit von Affekten und zeigen in Belastungssituationen eine erhöhte psychophysiologische Erregung. Grundannahme ist u. a., dass diese Patientengruppe zur Überwindung ihrer Defizite Übungen braucht. Er bezog sich bei seinen Interventionen auf das sogenannte „Embodiment“, das im Buch von Storch u.a.³⁵ beschrieben wird und dessen Basis es ist, durch das Einnehmen von Körperhal-

³⁴ Personalia siehe unter 7.)

³⁵ Storch, M. u.a. (Hrsg.): Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Huber, Hogrefe AG 2006.

tungen psychisches Empfinden zu beeinflussen. Da M. Waibel demnächst selbst ein Buch über störungsspezifische Arbeit mit IBT veröffentlichen wird, möchte ich an dieser Stelle mit der Wiedergabe der Inhalte des Workshops belassen. Auf das angekündigte Buch kann man gespannt sein.

Wie mit der IBT thematisch gearbeitet werden kann, wurde von M. Waibel im zweiten Teil des Workshops am Beispiel „Mobbing“ gezeigt. In einem Handlungsteil, z.B. eine Teilnehmerin wurde aus einer Kleingruppe, die Ball spielte, ausgeschlossen. Die übrigen TeilnehmerInnen beobachteten die Aktionen. Im sich anschließenden Verbalteil wurden die Erfahrungen der Beteiligten sowie die Wahrnehmungen der Beobachtenden in Worte gefasst und gemeinsam Strategien überlegt, die dann in einem weiteren Handlungsteil umgesetzt werden konnten.

Die sanften Gefühle in der Psychotherapie und ihre Bedeutung für die therapeutische Beziehung

(Vortrag von Prof. Dr. Hilarion Petzold³⁶)

Der als Einführung geplante Vortrag bildete nun den Abschluss. Es war zwar relativ leicht, den Ausführungen Prof. Petzolds zu folgen, aber jetzt ist es schwer, die Hauptthesen zur Begründung der integrativen Therapie³⁷ wiederzugeben, deren Gegenstand Körper, Geist und Seele in gleichem Maße seien. Er betonte, dass Leben, Glaube wie alles Immaterielle wissenschaftlich nicht beweisbar seien, weil Wissenschaft immer reduktionistisch sei. Der Geist mache die Gesamtheit aller kognitiven Prozesse aus, das Gehirn produziere Gedanken, die dann für sich stünden und schließlich in das einfließen würden, was wir als Kultur bezeichnen. Verstehen zu wollen, was wir für Menschen seien, sei das Grundmotiv sowohl für die Religion als auch für die Forschung. Angst als Steuerungsgröße des limbischen Systems motiviere die Intelligenz, denn im Stress würden

³⁶ Personalia siehe unter 8.)

³⁷ Nachzulesen sind die theoretischen Begründungen der Integrativen Therapie in:
Petzold, H. G.: Integrative Therapie. 3 Bde, überarb. und erg. Neuauf. von 1991a/1992a/1993a.
Paderborn: Junfermann 2003.
Petzold, H. G., I. Orth: Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag 2005.

die zugrunde liegenden neuronalen Muster dysreguliert. Interessant der Hinweis, dass Darwin mit seiner Feststellung „the survival of the fittest“, falsch verstanden worden sei. Anstatt sie zu übersetzen mit: „Der Beste überlebt“, wäre es angemessener zu sagen: „Derjenige überlebt, der die beste Passung hat.“ Wir Menschen haben natürlich die bekannte Passung, die sich in Aggression/Flucht äußert, aber auch die Passung, die sich in Vernunft und Gastfreundschaft zeigt. Für mich ein neues Verständnis des Darwinschen Grundgedankens. Prof. Petzold wies darauf hin, dass auch die heutige Kriegsführung immer noch von Angst gespeist sei – das bedeutet, dass der Cortex weiter vom Limbischen System reguliert werde - und dass trotz vieler pessimistischer Einschätzungen die Vernunft zumindest dazu geführt habe, dass Kriege rationaler geführt würden, dass es bei uns nicht mehr so aussehe wie im Mittelalter, dass Menschenrechte verankert seien und dass es eine Einrichtung wie die UNO gebe.

Soviel zum Zusammenspiel von Angst und Vernunft. Genauso habe aber zur evolutionären Entwicklung unsere Fähigkeit zur Fürsorge für Andere beigetragen. Menschen hätten nachweislich immer in Gruppen gelebt und seien nur in Gruppen überlebensfähig. Prof. Petzold forderte uns TherapeutInnen auf, mitzuwirken an einer Kultur des Friedens und der Versöhnung. Wir müssten Frieden üben, denn nur was geübt werden würde, könne sich neurologisch bahnen. Er unterschied zwischen dem Weg, aus Angst Friedensarbeit zu machen, und dem Weg, über Milde zum Frieden zu kommen. Er plädierte dafür, die eigenen (therapeutischen) Werte zu hinterfragen und zum Beispiel Engagement für den Mitmenschen nicht als Helfersyndrom abzuwerten, sowie er auch den Zerfall des Ehrenamtes bedauerte. Er forderte auf, sowohl Statements gegen Gewalt abzugeben als auch die sanften Gefühle³⁸ wie Heiterkeit, Gelassenheit, Zuneigung und Dankbarkeit zu pflegen. Ein insgesamt ermutigender Vortrag!

³⁸ Hierzu gab es auf der Tagung auch einen Workshop von Annette Höhmann-Kost mit dem Titel: Sanfte Gefühle und sinnvolle Bewegungsrituale. „Heiterkeit, Gelassenheit, Zuneigung, Dankbarkeit, Friedlichkeit des Herzens u. a. sind wohlige Gefühle. Sie fördern die Entwicklung von Innerlichkeit und geistiger Tiefe. Sie führen nachweislich zu einer verbesserten Entspannung, Durchblutung und Atmung und dienen so der Lebenszufriedenheit und körperlichen und seelischen Gesundheit.“ (Aus dem Tagungsprogramm der IBT)

Literatur im Überblick:

- Hausmann, B., R. Neddermeyer: *Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis*. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann 2003. Rezension in *Konzentrierte Bewegungstherapie* 1996, 19, H. 27.
- Höhmann-Kost, Annette: *Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie, eine Einführung*. 2., überarb. Aufl. Bern: Huber 2002. Rezension in *Konzentrierte Bewegungstherapie* 2003, 25, H. 33.
- Hüther, G.: *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1997.
- Hüther, G.: *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 2004.
- Hüther, G.: *Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann*. In: Storch, M. u. a. (Hrsg.): *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Huber, Hogrefe AG 2006: 73 – 97.
- Integrative Bewegungstherapie. Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz*. ISSN 1437 – 2304. Bestelladresse: Geschäftsstelle DGIB. Siehe Kontakt.
- Petzold, H. G., I. Orth: *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie*. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag 2005.
- Petzold, H. G.: *Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. In 2 Bdn. 3. überarb. Aufl. Paderborn: Junfermann 1996.
- Petzold, H. G.: *Integrative Therapie*. 3 Bde, überarb. und erg. Neuaufl. von 1991a/ 1992a/ 1993a. Paderborn: Junfermann 2003.
- Storch, M. u. a. (Hrsg.): *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Huber, Hogrefe AG 2006.
- Wollsching-Strobel, U.: *Gedanken zur Leiblichkeit und Bewegung älterer Menschen“ in Integrative Bewegungstherapie, Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie*. 2006, 14, Nr. 1 – 2: 5 – 29.

Buchbesprechung: Handbuch der Körperpsychotherapie

Jürgen Abresch

(Nachdruck aus Zeitschrift „psychosozial“, 30. Jahrgang, Nr. 108, 2007, Heft 2, S. 127-129)

Gustl Marlock & Halko Weiss (Hg.) (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 972 Seiten, 99 €

Wer will schon freiwillig ein 1000 Seiten starkes Buch über Körperpsychotherapie lesen? Und warum? Und wie?

Zumindest die letzte Frage beantwortet sich recht schnell nach dem Aufschlagen und Lesen des Inhaltsverzeichnisses. Es finden sich dort 100 Artikel in 13 Kapiteln, geschrieben von über 60 häufig international renommierten Psychotherapeuten und/oder Körperpsychotherapeuten in einer inhaltlichen Gliederung, der man sicher kaum uninteressiert begegnen kann, die Leseinteresse schafft und die durch die relative Kürze der jeweiligen Artikel den Eindruck vermittelt, man könnte für einzelne Themen tatsächlich auch Zeit haben.

Es ist das große Verdienst der beiden Herausgeber und ihrer Mitarbeiter, die Autoren der Artikel nicht zu einer Darstellung ihrer je unterschiedlichen Körperpsychotherapieschulen aufgefordert zu haben – dann wäre nur eine Neuauflage der beiden von H. Petzold herausgegebenen Bücher »Psychotherapie & Körperdynamik, Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie« sowie »Die neuen Körpertherapien« (beide Junfermann-Verlag, 1977) entstanden, in denen man nach wie vor nachschauen kann, wenn man sich einen Überblick über viele (nicht alle) Körpertherapieschulen verschaffen möchte.

Die beiden Herausgeber sind vielmehr in der Erarbeitung und Durchsetzung ihres Buchkonzeptes von dem Gedanken getragen und motiviert, wie sicher auch gequält worden, den historischen, metatheoretischen, theoretischen und praxeologischen Boden des durchaus unterschiedlichen körperpsychotherapeutischen oder auch körpertherapeutischen Herangehens der »Schulen« auszuloten – trotz z.T. großer Auffassungsunterschiede und häufig ja auch quasi »feindlicher« Differenzen inhaltlich an einem gemeinsamen Konzept, einem gemeinsamen Begreifen des therapeutischen Handlungsfeldes zu arbeiten.

In erhellender, einordnender, integrierender und Autoren wie Inhalte wertschätzender Weise tragen zu der Erarbeitung von etwas Gemeinsamem insbesondere die jeweils kapituleinleitenden Darstellungen der von ihrer schwierigen Aufgabe scheinbar nicht überforderten Herausgeber bei. Nach den lesenswerten Geleitworten von Dirk Revenstorf und insbesondere auch von Bessel A. van der Kolk, sowie der Bucheinführung durch die Herausgeber schafft alleine das Lesen dieser ca. 30 Seiten einen guten Überblick über das Handbuch bzw. das gesamte Handlungsfeld Körperpsychotherapie, welches sowohl vermittelt, worum es im Grundsatz geht, als auch, aus welcher Perspektive der eine oder andere Autor den Gegenstandsbe- reich betrachtet und vielleicht auch, warum.

Die Zeiten der grundsätzlichen Infragestellung der Einbeziehung des »Körpers« in die Psychotherapie bzw. der grundsätzlichen Dif- famierung körperpsychotherapeutischer Interventionen als zum Bei- spiel unbegriffenes Ausagieren dürften schon seit Längerem am Ausklingen sein – auch aufgrund der umfänglichen wissenschaftlich fundierten neuen Erkenntnisse aus den Bereichen der Neurobiolo- gie, der Psychophysiologie, der Emotionspsychologie, der Säug- lingsforschung, der Bindungsforschung usw. Diese verdeutlichen, dass es sich bei der bisher üblichen »kategorialen« Beschreibung unseres »Menschseins«, bei der Beschreibung unseres Geworden- seins, Werdens und Seins in ökologischer, sozialer, personaler und organischer Kontextualität und der darin stattfindenden Aufnahme von Erfahrung in uns, in unsere bisher so benannten geistigen, seeli- schen und körperlichen Archive und Seinsweisen, nur um Sichtwei-

sen handelt, um kategoriale Perspektiven, die viel mehr über den Betrachter und sein Bemühen um Reduzierung von Komplexität aussagen, als über das Betrachtete. Mehrperspektivische Betrachtungen sind angesagt; es wird schwieriger für uns, aber auch interessanter und lohnender, weil die »Ganzheit« des Erfahrens, Erlebens und Veränderns immer komplexer wissenschaftlich beschrieben werden kann.

Wir können heute nicht mehr mit gutem Gewissen von »Psyche« und »Soma« oder auch von einer »Verflochtenheit« bisher so benannter körperlicher, seelischer, geistiger (und auch sozialer wie ökologischer) Aspekte oder Vorgänge sprechen, weil diese nicht so voneinander separierbar sind, dass man sie verflechten könnte – genauso wenig, wie man sie verwickeln könnte (in der Uexküll'schen Psychosomatik spricht man gerne von »Verwicklungen«).

Wir könnten aber heute mit einem sich von schulendogmatisierten Abspaltungen immer mehr befreienderen Wissensstand um diese Ganzheit z.B. im therapeutischen Rahmen die Betrachtungs- und Erlebensebenen wechseln und im damit komplexer wie auch einfacher werdenden Begreifen und Verstehen der stattfindenden und angeregten Entwicklungsprozesse unsere therapeutische Arbeit »optimieren«.

Körperpsychotherapeuten haben erheblich zu dieser Wissensvermehrung beigetragen. Dabei haben sie sich seit mehr als 100 Jahren nicht wirklich von den psychotherapeutischen Mainstream-Perspektiven abgewendet, sondern auf ihrem Herkunftshintergrund und häufig aufgrund einzelner eigener Erlebnisse sozusagen lediglich ihre Betrachtungsperspektive verschoben, angefangen Dinge zu beobachten und handelnd zu erforschen, die bisher nicht im Blick der »scientific community« gewesen waren. Die »Genealogie« der Körperpsychotherapie (Kap. 3 von U. Geuter) gibt hierzu interessante Ein- und Überblicke.

Das vorliegende Handbuch bilanziert diesen großen Fundus an Entdeckungen und Entwicklungen, der natürlich trotz aller Integrationsbemühungen der Herausgeber »bunt« ist, in geordneter und aufeinander aufbauender Weise. Nach dem historischen Überblick im

Kap. 1 werden im Kap. 2 Perspektiven diskutiert, die körperpsychotherapeutisches Vorgehen nahelegen, wie z.B. körperliche und ganzheitlich-leibliche Aspekte von Erfahrungslernen, das Konzept des »informierten Leibes« und neue neuropsychologische Perspektiven. Kap. 3 beschäftigt sich unter der Überschrift »Psyche und Soma« z.B. mit körperlichem Empfinden, mit der Reifung des somatischen Selbst, mit den bewussten und unbewussten Aspekten von Körper, Selbst und Ich. In Kap. 4 werden u.a. somatische Dimensionen der Entwicklungspsychologie dargelegt, Fragen des frühkindlichen Affektaustausches sowie bindungstheoretische und autonomieentwicklungsbezogene Perspektiven körperpsychotherapiebezogen diskutiert. Kap. 5 widmet sich wichtigen körperpsychotherapeutischen Herangehensweisen wie sinnlicher Selbstreflexivität, Bewusstheit und Achtsamkeit sowie diversen Modi der Körpererfahrung in Ruhe, Bewegung und Austausch und führt den auf solche Modi bezogenen salutogenetisch eminent wichtigen Begriff der »Selbstfürsorglichkeit« (D. Lange) ein. Mit der therapeutischen Beziehung in der Körperpsychotherapie, ihren Möglichkeiten wie auch Gefahren, beschäftigt sich Kap. 6. Klinische Aspekte wie Körperdiagnostik, Regression und Abwehrgeschehen, aber auch Fragen empirischer Forschung werden in Kap. 7 diskutiert. Es folgt Kap. 8 mit einem Fokus auf »funktionalen« Gesichtspunkten wie Vegetativum, Atmung, Herz, Augen, Haltung, Erdung und Erotik. In Kap. 9, 10 und 11 finden sich mit unterschiedlichem Fokus Darstellungen körperpsychotherapeutischer Behandlungen ausgewählter Störungen wie z.B. Psychosen, Frühstörungen, Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, oraler Depression oder Posttraumatischer Belastungsstörungen, Arbeit mit »Schreibabys«, Kinder-, Paar- und Gruppentherapie sowie vier Fallstudien. Kapitel 10 stellt einige Schnittstellen mit anderen Psychotherapieformen wie z.B. Tanz-, Gestalt- und Verhaltenstherapie dar, bevor das Handbuch mit der Diskussion existenzieller Dimensionen der Körperpsychotherapie in Kap. 13 vor dem Nachwort der Herausgeber endet.

Therapeuten sind immer auf der Suche nach Konflikten, Blockierungen und Vermeidungen, nach Schatten, nach Verwicklungen, nach den Beziehungen unseres Erlebens im »Hier und Jetzt« mit dem des »Dort und Damals«, nach seelischen, geistigen, körperli-

chen, sozialen, bewussten und unbewussten Regungen und Regulationen unseres Selbst – letztlich nach dem, was uns ausmacht und auch verändert.

In diesem wunderbar gegliederten und geführten Buch werden dazu viele Ideen dargestellt.

Man muss davon nicht alles nachvollziehen können oder auch wollen; manches mag dem einen zu verstiegen oder der anderen zu banal erscheinen, manches hält auch neuer Forschung nicht immer so ganz Stand – aber es werden Erfahrungen und Betrachtungsperspektiven dargestellt, die dem Begreifen unseres Seins und dem Begreifen von »verstörtem« Sein bei unseren Patienten (und oft auch bei uns selbst) dienen. Es hilft, unsere »Ganzheitlichkeit« immer noch »ehrlicher« werdend, schulenübergreifend eben, zu begreifen, zu verstehen und (therapeutisch handelnd) zu verändern.

Diesem wichtigen Handbuch sind im Abstand von ca. jeweils 10 Jahren regelmäßige und neu konzipierte Neuauflagen zu wünschen, die den in den Zwischenzeiten ablaufenden Wissenszuwachs wie auch den therapeutischen Integrationsprozess abbilden sollten.

Jürgen Abresch

Info zum IBT-Buchprojekt

Die Vorbereitungen für ein störungsbildspezifisches IBT-Buch gehen in den Endspurt. Das Buch erscheint im Herbst 2008 !

Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der klinischen Praxis

störungsspezifisch – evidenzbasiert – ressourcenorientiert

Herausgeber: Waibel, Martin J. und Jabob-Krieger, Cornelia

Schattauer Verlag

IBT-Tagung in Aulendorf:

Standpunkte

Klinische Bewegungstherapie in der Praxis

störungsspezifisch – ressourcenorientiert – evidenzbasiert

22. – 25. Januar 2009

Informationen zur Weiterbildung in Integrativer Leib- und Bewegungstherapie erhalten Sie beim Weiterbildungsträger:

Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG)

Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen, Deutschland

Tel. 02192 / 858-0

Fax. 02192 / 858-22

Hinweis für KollegInnen, die an einer
IBT-Weiterbildung interessiert sind:

Im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen bietet Annette Höhmann-Kost vom 14.-18. April 2008 eine Einführung in die Integrative Leib- u. Bewegungstherapie an. Diese Veranstaltung wird von EAG/FPI als Zulassungsseminar für die IBT-Weiterbildung anerkannt.

Integrative Bewegungstherapie

Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie
in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz

Heft 1/2007, 15. Jahrgang

ISSN 1437 – 2304

Einzelexemplare dieses Hefts können zum Preis von 5,00 €
je Heft + Versandkosten bezogen werden bei:

**Geschäftsstelle DGIB c/o Praxis Gieseke
Bredstedter Str. 17
22049 Hamburg, Deutschland
Tel./ Fax.: +49 40/ 611 890 73
Email: dgib@dgib.net**

Beiträge (im Format Word f. Windows) werden
erbeten auf Diskette oder per Email:

**Redaktion der Zeitschrift
„Integrative Bewegungstherapie“
c/o Höhmann-Kost
Weiglestr. 12
71640 Ludwigsburg, Deutschland
Email: aehoehmann@dgib.net**

**Redaktionsschluss für das nächste Heft:
01. Mai 2008**

Hinweis zum Copyright aller Artikel:

Alle Rechte liegen bei der DGIB und der AutorIn.
Nachdruck nur mit Quellenangabe und Genehmigung
durch die DGIB oder die AutorIn.