

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

02 /2011

Integrative Bewegungstherapie bei Patientinnen und Patienten mit HWS-Distorsionstrauma*

eingereicht von:

*Ruth Fornerod Stoller***

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von Prof.
Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

** Hauptstrasse 9, CH – 9565 Oberbussnang

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretische Aspekte eines Distorsionstraumas	3
2.1 Begriffsdefinition	3
2.2 Unfall- und Verletzungsvorgang	4
2.3 Unfallfolgen	5
2.3.1. Verletzte Strukturen	5
2.3.2. Symptome	5
2.4 Diagnose und Prognosen	7
2.4.1. Diagnose	7
2.4.2. Diagnostisches Vorgehen im Akutstadium	8
2.4.3. Verlauf und Prognosen	8
2.5 Therapeutische Möglichkeiten	9
2.5.1. Mögliche Therapieverfahren	9
2.5.2. Phasen der Therapie	9
2.6 Arbeitsfähigkeit und rechtliche Situation	10
2.6.1. Arbeitsfähigkeit	10
2.6.2. Rechtliche Situation in der Schweiz	11
3. Integrative Bewegungstherapie (IBT)	12
3.1 Entwicklung der IBT	12
3.2 Anthropologische Aspekte	13
3.3 Ko-respondenz und Intersubjektivität	14
3.4 Therapeutische Beziehung	15
3.5 Therapeutische Modalitäten	16
3.5.1 Übungszentriert-funktionale Modalität	17
3.5.2 Konfliktorientiert-aufdeckende Modalität	17
3.5.3 Erlebniszentriert-agogische Modalität	18
3.6 Therapieformen und Therapieziele	19

3.7	Weitere Konzepte der IBT	21
3.7.1	Die vier Wege der Heilung und Förderung	21
3.7.2	Die 14 Heilfaktoren	22
3.7.3	Thymopraktik (praktische Anwendung)	23
3.7.4	Safe place	23
3.7.5	Theorie als Intervention	24
4.	Integrative Bewegungstherapie bei Patienten mit HWS-Distorsionstrauma	24
4.1	Interventionsstrategien und –möglichkeiten	24
4.1.1	Übungszentriert-funktionale Ansätze	25
4.1.2	Erlebniszentrierte Ansätze	32
4.2	Zwei Praxisbeispiele	35
4.2.1	Rahmenbedingungen	35
4.2.2	Herr A. mit Doppeldiagnose HWS-Distorsionstrauma und narzisstischer Persönlichkeitsstörung	37
4.2.3	Frau B. mit Diagnose HWS-Distorsionstrauma nach Autounfall	42
5.	Fazit	48
6.	Zusammenfassung	50
7.	Literaturverzeichnis	51

*„Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst.
Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt.
Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich.
Nur in der Bewegung erfahre ich mich als mein Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich.“*

Vladimir Iljine

1. Einleitung

Im Frühling 2008 hatte ich die Gelegenheit, ein Praktikum als Bewegungstherapeutin auf einer Psychotherapiestation für transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie einer psychiatrischen Klinik in einer mittelgroßen Schweizer Stadt zu machen. Hier konnte ich unter anderem mit Patientinnen und Patienten, die ein Distorsionstrauma erlitten hatten, arbeiten. Dabei erlebte ich, wie sehr ein Mensch, dessen Leib durch einen Unfall oder Anderes verändert wurde, dessen Selbstwahrnehmung eingeschränkt und laufend verändert wird und dessen Bewegungserfahrungen plötzlich nicht mehr so sind wie bisher, wie sehr ein solch betroffener Mensch Gefahr läuft, nicht nur seinen Leib, sondern sich selbst zu verlieren und wie schwierig es ist, sich in einer ganz unbekanntem, meist auch schmerzenden Selbstwahrnehmung und Leiblichkeit zurechtzufinden. Ebenfalls erneut bewusst wurde mir dabei, wie eng Sinne und Lebenssinn miteinander verbunden sind, wie das eine ohne das andere gar nicht möglich ist und wie veränderte Sinneswahrnehmungen unweigerlich Veränderungen - und im Falle von schmerzenden Sinneswahrnehmungen oft auch Verneinung des Lebenssinnes - nach sich ziehen.

In der Arbeit der Integrativen Bewegungstherapie mit Halswirbelsäulen verletzten Patientinnen und Patienten (im Folgenden: HWS-Patienten) sehe ich einen sehr wichtigen Zugang zu diesem Zusammenhang, ist doch ein in seiner Leiblichkeit beeinträchtigter Mensch darauf angewiesen, nicht - wie in manchen therapeutischen Einrichtungen üblich - über erneutes Ausgeliefert-Sein, in passiv über sich ergehen lassenden Therapien behandelt zu werden, sondern vielmehr aktiv und selbstbestimmt wiederum über seinen Leib sich selbst zu erfahren, neu wahrzunehmen und diese Wahrnehmungen einzuordnen, seinen Lebenssinn neu zu entwickeln und zu

festigen. Begleitung und Unterstützung auf diesem Weg, um sich selbst in der neuen Gegebenheit zurechtzufinden, sehe ich deshalb als wichtige Aufgabe der Integrativen Bewegungstherapie.

Psychotherapie ist als Weg zu sehen, in dem und auf dem sich Sinn als „Empfinden von Ganzheit und Differenz“ ereignet und/oder als „Schaffen von Unterschieden und von Integrationen“ erarbeitet wird: als eine Erfahrung von „vitaler Evidenz“, die körperliches Erleben, seelisch-emotionales Empfinden, kognitiv-geistiges Erkennen in intersubjektiver Bezogenheit zusammenführt – eine Synergie, die aufleuchtet und den Weg (jap. Do) oder auch Wege erhellt --- wieder und wieder (*Petzold, Orth 2005, S. 13f.*).

Seit einigen Jahren verfolge ich mit Besorgnis die Entwicklung von Stellung und Behandlung von HWS-Patienten in der Schweiz. Zunehmendes Unverständnis seitens der Medien und der Versicherer, vermehrte Berichte von Gerichtsentscheiden zu Ungunsten betroffener Patienten, Abschieben in die „Simulantenecke“ und anderes mehr lassen aufhorchen. Oft scheint meines Erachtens eine zu wenig fundierte Sachkenntnis als Grund für obige Entwicklung zu stehen, so dass u.a. über Behandlungsgrundsätze nicht immer Einigkeit herrscht. Da ich im Verlauf meiner Ausbildung zur IBT-Therapeutin sowie während meiner anschließenden Arbeit mit HWS-Patienten erkannte, wie sich die Konzepte und Behandlungsansätze der IBT bei der Behandlung bewährt haben, wählte ich das Thema dieser Arbeit. Dabei setzte ich die Schwerpunkte zum einen auf theoretische Erkenntnisse, die sich sowohl auf das Schleudertrauma als auch die Integrative Bewegungstherapie beziehen und zum anderen auf die Praxis, nämlich auf konkrete Behandlungsstrategien und –möglichkeiten der IBT.

Als erstes wird in Kapitel 2 der theoretische Hintergrund von HWS-Distorsionstrauma beleuchtet; dies auf der Grundlage eines Referates, das ich an einer internen Weiterbildung für Ärztinnen und Therapeutinnen in einer psychiatrischen Klinik einer mittelgroßen Schweizer Stadt halten konnte. Symptome und Beschwerdeformen aufzuzeigen und Schleudertrauma spezifische Behandlungsgrundsätze zu beleuchten, bilden die Schwerpunkte dieses Kapitels.

Der theoretische Hintergrund der Integrativen Therapie sowie der Integrativen Bewegungstherapie (im Folgenden: IBT) steht speziell in Kapitel 3 im Fokus. Hierbei habe ich einige, mir im Zusammenhang mit der Arbeit mit HWS-Patienten wichtig erschei-

nende Konzepte und Aspekte ausgewählt, um aufzuzeigen, weshalb die IBT einen besonderen Stellenwert in der Behandlung von HWS-Patienten einnimmt. Aus Kapitel 3 abgeleitet, also als Theorie-Praxisverschränkung, werden in Kapitel 4 einerseits praktische, integrative bewegungstherapeutische Arbeitsmöglichkeiten mit HWS-Patienten konkretisiert, andererseits zwei Praxisbeispiele aus meiner Arbeit an der oben erwähnten psychiatrischen Klinik dargestellt. Als Fazit dieser vorliegenden Arbeit wird in Kapitel 5 aufgezeigt, welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können und weshalb meiner Meinung nach IBT als Behandlungsform für HWS-Patienten adäquat und zentral ist.

2. Theoretische Aspekte eines Distorsionstraumas

Im Folgenden möchte ich kurz den theoretischen Hintergrund von Distorsionstraumaverletzungen darlegen, wobei ich mich hier im Wesentlichen auf meine Ausführungen anlässlich eines Referats stütze, das ich im Rahmen meiner - in der Einleitung bereits erwähnten - Arbeit an einer Psychiatrischen Klinik am 3.4.2008 zur internen Weiterbildung für Ärztinnen und Therapeutinnen gehalten habe.

2.1 Begriffsdefinition

Der Begriff des Schleudertraumas wurde erstmals 1928 durch *H.E. Crowe* eingeführt, wobei der ursprüngliche Zweck dieses Ausdrucks war, die indirekte, traumatische Krafteinwirkung auf die Halswirbelsäule zu beschreiben, wie sie beispielsweise bei Verkehrsunfällen auftritt. Diese Definition wurde im Jahr 1995 erweitert und verfeinert, so dass unter einem Schleudertrauma nun „ein Beschleunigungs- / Verlangsamungsmechanismus mit einem Energietransfer zum Hals“ verstanden wird (*Freeman* 1998, S. 109). Da der Begriff „Schleudertrauma“ nicht die eigentliche Verletzung, sondern viel eher den Mechanismus dieser Verletzung beschreibt, haben sich viele Autorinnen und Autoren geweigert, ihn als diagnostische Bezeichnung zu übernehmen (*Freeman* 1998, S. 109).

Mürner (1999, S. 257) hebt hervor, dass es sich beim Begriff Schleudertrauma um einen historischen Begriff handle, der einen ungenau definierten Unfallmechanismus

mit möglichen Verletzungsmechanismen vermenge. Weiter argumentiert er, dass man gleichermaßen beliebig andere Gruppen in Bezug auf ihre jeweilige Verletzung definieren könnte, also z.B. Pferdesturztraumapatienten oder Trottoirsturztraumapatienten. Bei diesen beiden letztgenannten Gruppen wäre jedoch sofort einsichtig, dass diese Unfälle sehr wohl ein weites Spektrum an Verletzungsfolgen aufweisen (*Mürner* 1999, S. 257).

Heute findet man in der Fachliteratur generell unterschiedliche Begriffe respektive Definitionen sowie Symptombezeichnungen, nämlich beispielsweise Whiplash-Syndrom, zervikales Flexions-Extensions-Trauma, Coup de lapin, Akzelerations-, Dezelerationstrauma etc. Obschon der Begriff „Schleudertrauma“, wie oben kurz dargelegt, nicht ein idealer ist, werde ich ihn im Folgenden der Einfachheit halber trotzdem verwenden.

2.2 Unfall- und Verletzungsvorgang

Ungefähr rund die Hälfte aller Schleudertrauma-Unfälle entstehen durch Verkehrsunfälle, so dass das klassische Schleudertrauma der Halswirbelsäule als Folge eines Autounfalls, genauer noch, als Heckkollision beschrieben wurde. Die gleiche klinische Symptomatik tritt jedoch auch bei Frontal- oder Seitenkollisionen auf. Als weitere Verletzungsursachen sind Sport- und Arbeitsunfälle sowie Stürze oder Schläge zu finden (*Baviera* 2000, S. 11).

Die Diskussion über die Kausalität zwischen dem Schweregrad eines Unfalls und dessen Symptomatik sowie Verlauf des dadurch erlittenen Schleudertraumas wird kontrovers geführt. Ich meinerseits schließe mich der Meinung von *Joseph Mürner* an, der folgendermassen argumentiert: „Weder der Unfallmechanismus noch daraus resultierende Verletzungsmechanismen erlauben Schlüsse im Hinblick auf die Schwere der Verletzung und die individuelle Prognose“ (*Mürner* 1998, S. 262). Denn oft treten bereits nach scheinbar geringfügigen Unfällen Symptome auf, unter denen die Verunfallten leiden.

Generell ist der Verletzungsmechanismus eines Schleudertraumas – beispielsweise wie er sich bei einem Auffahrunfall ereignet - bekannt. Hierbei schlägt die Halswirbel-

säule heftig, evtl. mehrfach nach hinten und vorn aus (*Huonkeler 2002, S. 154*). Wichtig ist jedoch zu wissen, dass dieser Mechanismus meist stark vereinfacht dargestellt ist, „denn der Kopf wird auf Grund seines Gewichts im Verhältnis zum Rumpf schneller als der übrige Körper beschleunigt und dabei in beliebige Richtungen geschleudert. Während und nach dem Aufprall (u.U. schon kurz vorher) reagiert er mit dem Nacken durch Ausweich- und Selbstschutzbewegungen aller Art in Sekundenbruchteilen auf die ihn einwirkenden Kräfte“ (*Huonkeler 2002, S. 154*).

2.3 Unfallfolgen

2.3.1 Verletzte Strukturen

Die Halswirbelsäule lässt sich als eine mehrsegmentale, äusserst komplex gebaute biomechanische und neuromuskuläre Konstruktion beschreiben, wobei deren Strukturen mit einer Vielzahl von Rezeptororganen versehen sind. Diese Rezeptororgane dienen, wenn sie gereizt werden, der Schmerzverarbeitung sowie weiteren Wahrnehmungsmodalitäten und Hirnfunktionen. Den aufgrund eines Schleudertraumas verursachten klinischen Symptomen wie Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule können Schädigungen aller Strukturelemente dieser Körperregion zugrunde liegen (*Baviera 2002, S.13*).

Folgende Strukturen können verletzt sein:

- HWS im engeren Sinn
- HWS im weiteren Sinn
- Zentralnervöse Strukturen
- Andere Strukturen

2.3.2 Symptome

Nach einem Schleudertrauma treten Schmerzen oft nach einem schmerzfreien Intervall von 24 bis 72 Stunden auf (*Baviera 2002, S. 21*). Wichtig ist aber zu beachten, dass wenn innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach einem Verkehrsunfall Muskelschmerzen auftreten, dies nicht zwingend auf ein Schleudertrauma hinweisen muss, sondern eine normale Reaktion auf die ungewohnte Belastung der Muskeln sein kann. Gewisse Defizite werden gelegentlich erst später, zum Beispiel bei einer wieder einsetzenden Belastung in Beruf und Alltag, wahrgenommen.

Im Folgenden werden wichtige Symptome im Bereich des Bewegungsapparats, des Nervensystems sowie solche eines neuropsychologischen Befunds aufgelistet, wobei es sich hier um keine abschliessende Liste handelt:

Bewegungsapparat:

- Nackenschmerzen
- Nackensteifigkeitsgefühl
- Bewegungseinschränkung der HWS
- Schulterschmerzen
- Wirbelsäulenschmerzen
- Brustschmerzen
- Kiefergelenkprobleme

Nervensystem:

- Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Schwindel
- Tinnitus
- Sehstörungen
- Parästhesien in Armen und Fingern
- Libidostörung

Neuropsychologische Befunde:

- Räumliche Wahrnehmungsstörungen
- Ungeschicklichkeit
- Müdigkeit
- Angst
- Schlafstörungen
- Licht- und Lärmempfindlichkeit
- Reizbarkeit
- Depression
- Vermehrte Aggression
- Konzentrationsprobleme
- Vergesslichkeit
- Generelle Leistungseinbusse
- Vermehrte Egozentrik
- Realitätsverlust
- Verminderte Flexibilität des Denkens
- Perseverationstendenz
- Antriebsstörung

- Tendenz zur Verneinung der Defizite
- Verwirrung und Fehlleistungen in Stress-Situationen
- Schluckstörungen
- Gewichtszunahme sowie –abnahme

2.4 Diagnose und Prognosen

2.4.1 Diagnose

Vielleicht besteht das größte Missverständnis in der kontroversen Diskussion um das kraniozervikale Beschleunigungstrauma darin, daß wir so tun, als ob es sich um eine uniforme Gruppe von Betroffenen mit uniformen Unfällen, uniformen Unfallfolgen und uniformen prä- und posttraumatischen Zusatzkomplikationen handelt (*Ettlin* 1998, S. 199).

Wie obiges Zitat zeigt, ist es bei der Gruppe der von einem Schleudertraum Betroffenen relevant, sich bei der fachlichen Auseinandersetzung bewusst zu sein, dass es sich hier jeweils um sehr verschiedene Menschen mit verschiedener Alters- und Geschlechtszugehörigkeit, unterschiedlicher nationaler Herkunft und Kultur sowie verschiedenen Berufen und Lebensgeschichten handelt. Deswegen ist gemäss *Ettlin* (1998, S. 199) der einzige Weg, jedem einzelnen Menschen gerecht zu werden, die differential-diagnostische Einzelanalyse des individuellen Falles, unter Einbezug aller zu berücksichtigenden Variablen.

Ettlins Aussage deckt sich mit dem Ansatz der Integrativen Therapie, die den einzelnen Menschen immer in seinem gesamten Kontext, nämlich sowohl auf der Mikro- und Mesoebene als auch auf der Makro- und Megaebene¹ eingebettet erachtet. *Petzolds* Beschreibung, der Mensch sei ein Körper-Seele-Geist-Wesen in Kontext und Kontinuum, ist für mich dementsprechend sehr treffend.

¹ Mikro - meso - makro - mega – Ebene: (*Petzold* 2003a, S. 484f. , S. 967)

Mikroebene: Unmittelbarer persönlicher Bereich, persönliches soziales Netzwerk, soziales Atom

Mesoebene: Subkultur, soziale Schicht, Milieu

Makroebene: Ethnische und kulturelle Zugehörigkeit, soziale, politische, ökologische und wirtschaftliche Situation der Region oder des Landes

Megaebene: Mondialer Zusammenhang.

Jede dieser vier Ebenen steht im Zeitkontinuum und muss deshalb im Hinblick auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft betrachtet werden.

2.4.2 Diagnostisches Vorgehen im Akutstadium

Baviera (2000, S. 17) empfiehlt im Akutstadium folgendes diagnostisches Vorgehen vorzunehmen:

- *Anamnese*
 - o Unfallvorgang
 - o Art der Beschwerden vor und nach dem Unfall
 - *Körperliche Untersuchung*
 - o Bewegungsapparat
 - o Neurologische Befunde
 - o Psychologische und neuropsychologische Befunde
 - *Röntgenaufnahmen*
 - *Computertomographie oder Kernspintomographie*
 - o Nur bei entsprechender Indikation
 - o oder auf Veranlassen des Neurologen
- Evtl. spezialärztliche Untersuchungen*

Empfohlene Erstabklärungen in der Akutphase wurden von *Karen Wachter, Thierry Ettlin, Josef Mürner, Hans-Ulrich Iselin* (1999, S. 251-256) aufgrund ihrer eigenen klinischen Erfahrungen festgehalten, wobei diese an das jeweilige therapeutische Vorgehen individuell anzupassen sind.

2.4.3 Verlauf und Prognosen

Verlauf und Prognosen sowohl bei Gehirn- als auch bei Genickverletzungen hängen ganz wesentlich davon ab, ob eine intensive Diagnostik und Therapie rechtzeitig und von kompetenter Seite durchgeführt wird. Denn eine konsequente Diagnostik sowie intensive, verlaufskorrelierte Therapien tragen wesentlich zu einer rechtzeitigen Besserung bei und ermöglichen es manchen Patientinnen und Patienten, nach einer gewissen Zeit wieder berufliche Massnahmen zu ergreifen und dadurch eine unnötige Invalidisierung zu verhindern.

Die Chancen, dass ein Schleudertrauma folgenlos ausheilt, stehen generell gut. Je nach Studie variieren die Prozentzahlen jedoch leicht, wie die beiden nachfolgenden Beispiele zeigen:

- nach *A. Otte* (2001, S. 5):

- 95 % innerhalb eines Jahres ausgeheilt
 - 5 % chronifiziert
- nach C. Claussen (2000, S. 11):
- 80 % folgenloses Ausheilen innert Tagen oder maximal 2 Jahren
 - 20 % chronifiziert.

2.5 Therapeutische Möglichkeiten

Wichtig bei der Auswahl therapeutischer Möglichkeiten ist eine individuelle Betreuung, wenn möglich durch einen mit Schleudertrauma erfahrenen Arzt und einen genau auf die Patientin und ihre Verletzung abgestimmten, individuellen Therapieplan. Dabei ist darauf zu achten, dass keine schmerzverstärkenden Therapieformen gewählt werden. Des Weiteren ist eine gute Information über Ursache, Befund und Prognose sowie das Fördern der Selbständigkeit und Eigenverantwortung für die Patientin vordringlich.

2.5.1 Mögliche Therapieverfahren

Im Folgenden werden mögliche Therapieverfahren stichwortartig aufgeführt, wobei diese Liste nicht abschliessend ist:

- Cranio-Sacraltherapie
- Osteopathie
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Klassische homöopathische Behandlung
- Kreative Therapien (Bewegungs-, Tanz-, Musik-, Maltherapie)
- Neuropsychologische Therapie
- Ergotherapie

2.5.2 Phasen der Therapie

Die Therapie lässt sich in drei Phasen unterteilen, nämlich in eine akute, eine subakute sowie eine chronische Phase, wobei in jeder Phase folgende therapeutischen Massnahmen zum Zug kommen (*Baviera, Steinbaum 2002*):

Akute Phase (bis 3 Wochen nach Schleudertrauma)

- **hands off**
- keine Manipulationen
- keine Massagen

- eher Kälteanwendung (individuell!)
- Schmerzbehandlung (Medikamente)
- weicher Halskragen nur gezielt einsetzen
- Patienten generell nicht zu lange ruhig stellen resp. liegen lassen
- Arbeitsversuch mit ergonomischer Beratung ab sofort möglich, wenn kein Ruheschmerz vorhanden.

Subakute Phase (nach 3 - 6 Wochen)

- eher Wärmebehandlung
- bei Regredienz der Beschwerden mobilisierende Physiotherapie am Schultergürtel und BWS
- keine manipulativen Maßnahmen an der HWS
- ergonomische Beratung
- Information als therapeutische Intervention

Chronische Phase

- Wahrnehmen der Problematik
- Individuelles Arbeiten
- Hirnleistungstraining
- Schmerzmanagement
- Haltung und Bewegungsmuster behandeln
- Arbeitsversuch mit ergonomischer Beratung
- Arbeitsausfall vermeiden oder so kurz als möglich halten
- systematische Beobachtung und Dokumentation des Verlaufs
- bei Stagnation oder atypischem Heilverlauf Behandlungsstrategie überprüfen und / oder fachliche Supervision beziehen
- stationäre Behandlung in einer spezialisierten Klinik (ab 6. Monat oder früher möglich).

2.6 Arbeitsfähigkeit und rechtliche Situation

2.6.1 Arbeitsfähigkeit

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelten dieselben Grundsätze wie bei der Diagnostik und Therapie. Deswegen kann die Arbeitsfähigkeit nie nur aus der Sicht des Leidens allein beurteilt werden. Vielmehr muss das Leiden und somit auch die Arbeitsfähigkeit im individuellen Kontext des Patienten gesehen und beurteilt werden. Ebenfalls wichtig bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ist ein interdisziplinäres Vorgehen sowie ein Abklären in allen Bereichen (Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie, Rheumatologie, HNO-Arzt etc.). Dabei sind Arbeitsmodelle ohne Belastung auf alle Fälle einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit vorzuziehen (*Mürmer S. 261*).

2.6.2 Rechtliche Situation in der Schweiz

Da rechtliche und versicherungstechnische Belange in dauernder Veränderung begriffen sind, scheint es mir schwierig, ausführlich auf dieses Thema einzugehen. Zurzeit sind in der Schweiz Bestrebungen im Gang, Schleudertraumapatientinnen und -patienten ganz von Versicherungsleistungen auszuschließen. Denn es wird vermehrt davon ausgegangen, dass auftretende Beschwerden einerseits nur aufgrund vorbestehender Ursachen entstanden seien, deshalb also nicht primär durch den Schleudertraumunfall hervorgerufen wurden und demzufolge auch nicht versicherungspflichtig seien. Andererseits werde von Patientinnen und Patienten oft simuliert, um allfällige Versicherungsleistungen zu erschleichen.

Trotzdem möchte ich folgende Punkte anführen, die ich im Hinblick auf rechtliche und versicherungstechnische Fragen als wichtig erachte:

- Vorgängige Beratung, Therapie und Adresseempfehlungen durch Schleudertrauma-erfahrene Stellen.
- Anwalt zuziehen (Rechtsschutzversicherung, Haftpflicht, Rechtsberatung), gutes Dokumentieren des Verlaufs, vor allem bei längeren Heilungsverläufen.
- Sorgfältiges Auswählen von Gutachtern, denn beide Parteien müssen mit Gutachtern einverstanden sein.
- In Streitfällen wenn immer möglich einen Vergleich anstreben, da die psychischen und zeitlichen Belastungen durch einen Prozess enorm hoch sein können, womit die Gefahr einer Verstärkung der Symptome zunimmt.
- Prä-traumatische Belastungen sind sehr sorgfältig abzuklären. Im Besonderen ist großer Wert auf die Frage zu legen, ob und wie stark diese Belastungen die Arbeitsfähigkeit bereits vor dem Unfall einschränkten (Glaubwürdigkeit eines allfälligen Gutachtens).

3. Integrative Bewegungstherapie (IBT)

3.1 Entwicklung der IBT

Die Integrative Therapie ist ein sozialwissenschaftlich und tiefenpsychologisch fundiertes, ganzheitliches Therapieverfahren, das seit seiner Begründung laufend weiterentwickelt wird und so - ganz dem Leben entsprechend - ständig in Bewegung und im Fluss bleibt.

In die Integrative Bewegungstherapie, die im Rahmen der Integrativen Therapie Mitte der 1960er Jahre von *Hilarion Petzold* entwickelt wurde, fließen verschiedene Verfahren und Methoden ein, von denen ich im Folgenden eine Auswahl samt ihren jeweiligen Begründerinnen und Begründer anführe, die meiner Ansicht nach die wichtigsten Verfahren beinhaltet, ohne dabei den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben:

- **Psychoanalyse**
Sandor Ferenczi
- **Therapeutisches Theater**
Vladimir N. Jiljine
- **Psychodrama**
J.L. Moreno
- **Gestalttherapie**
Lore Perls und Fritz Perls
Paul Goodman
- **Körperzentrierte Verfahren**
A. Lowen
Ola Raknes
- **Wahrnehmungs-, Atem- und Bewegungsarbeit**
Ilse Middendorf
Laura Sheleen
Trudi Schoop
- **Kreative, kunsttherapeutische Verfahren**
Johanna Sieper
Ilse Orth

3.2 Anthropologische Aspekte

Integrative Bewegungstherapie ist, wie aus dem Namen irrtümlicherweise oft abgeleitet wird, keine lediglich auf den Körper ausgerichtete Therapie. Die Integrative Therapie als Verfahren sowie die Integrative Bewegungstherapie als Methode gehen vielmehr von einem ganzheitlichen Menschenbild aus, von einem Menschenbild, bei dem Körper, Emotionen, soziale Interaktionen und geistige Strebungen miteinander verbunden sind, sich gegenseitig bedingen und beeinflussen und dadurch eine Einheit bilden. Demnach ist der Mensch „ein Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Umfeld, mit dem er in unauflösbarem Verbund steht“ (Petzold 1996, S. 66).

Der Leib als „sujet incarnée“, als „totales Sinnesorgan“ (Merleau-Ponty 1976; 1964) umfasst die körperliche, seelische und geistige Dimension des Menschen mit seiner Einbindung in den sozialen und ökologischen Bereich, in den wahrgenommenen Kontext mit seinen „affordances“ (Gibson 1979), den Lebensraum (Lewin 1963), die Lebenswelt (Husserl 1954). (Petzold 1996, S. 31).

Dieses ganzheitliche Menschenbild als Grundlage und Ausgangspunkt nehmend, geht die Integrative Therapie über eine Spaltung, die in manchen Therapieverfahren postuliert wird, hinaus und nimmt weder den Körper, wie in körpertherapeutischen Verfahren, noch die Seele, wie in psychoanalytischen Verfahren, zum Zentrum und Ansatzpunkt ihres therapeutischen Handelns und Denkens. Vielmehr ist der Integrative Ansatz, gemäß ihrem ganzheitlichen Menschenbild, ein ganzheitliches, Körper-Seele-Geist einbeziehendes Verfahren, wobei sie davon ausgeht, dass der Mensch immer differentiell und als Ganzes zu sehen und zu behandeln ist. In diesem Sinne ist die Integrative Therapie weder als Psychotherapie, noch als Körpertherapie zu verstehen, sondern vielmehr als „Integrative Humantherapie“.

Allerdings ist die Zuordnung „Psychotherapie“ eigentlich zu kurz greifend, und es wird denn auch lieber von „Integrativer Humantherapie“ oder eben von „Integrativer Therapie“ gesprochen, um die Dualismen – etwa im Begriff „Psychotherapie“ – und die Reduktionismen – etwa im Begriff „Körpertherapie“ – zu vermeiden, die als Erbe der abendländischen Kultur- und Geistesgeschichte sich bis in die Moderne fortschreibt (Petzold 2003a, S. 1062).

In der Integrativen Therapie wird der etwas altertümlich anmutende Begriff „Leib“ verwendet, beinhaltet er doch diese eben beschriebene ganze Breite des ganzheitlichen Integrativen Ansatzes. Während das Wort Körper (lat. *corpus*) auch den toten

Körper bezeichnet, meint das mittelhochdeutsche Wort *lip* immer auch den lebendigen Körper, den ganzen Menschen also.

Im Sinne phänomenologischer Philosophie unterscheiden wir zwischen dem Leib, der ich bin (*corps phénoménal*) und dem Körper, den ich in gewisser Weise habe (*corps objectif*), dann nämlich, wenn ich mich von ihm gedanklich distanzieren oder ihn verdingliche, etwa wenn ich ihn wie eine Maschine missbrauche, mich von ihm entfremde, ihn abspalte (*Petzold 1996a, S. 32*).

Dabei geht die IT generell von einem perzeptiven, memorativen, reflexiven und expressiven Leib aus, wobei der perzeptive Leib der wahrnehmende ist, der die unterschiedlichen Perzeptionen, differentiellen Wahrnehmungen und Empfindungen zu einem „Konzert aller Sinne“ (*Petzold 1996, S. 196*) aufnimmt. Im memorativen Leib werden diese verschiedenen Eindrücke sowie die auf sie erfolgenden Reaktionen in den entsprechenden cerebralen Zentren und neuronalen Strukturen gespeichert und verarbeitet. Dieses Leibgedächtnis (= memorativer Leib) schafft die Grundlagen für den exzentrischen, den expressiven Leib, der durch seinen Ausdruck wiederum in Kontakt mit seiner Umwelt und seinen Mitmenschen tritt.

3.3 Ko-respondenz und Intersubjektivität

In seinem Leib, durch seinen Leib tritt der Mensch, da er ein dialogisch-relationales Wesen ist, in Ko-respondenz mit seiner Umwelt (Kontext) und seinen Mitmenschen (Konvoi). Das Wort Ko-respondenz (*respondere* – antworten) beinhaltet die unweigerliche Beziehung, in der sich der Mensch zu Mitmensch und Umwelt befindet und der er sich nicht entziehen kann. Durch sein blosses Dasein antwortet er auf diesen, seinen Kontext sowie seinen Konvoi. Ko-respondenz beinhaltet die Fähigkeit zur Entwicklung und zum Überleben, denn ohne den Anderen gibt es kein Ich. So entsteht auch erst im Ko-respondenzprozess überhaupt Intersubjektivität.

Intersubjektivität ist dasjenige, was mehreren Personen gemeinsam gegeben ist, bzw. was in ihnen vorgeht, wiewohl jeder für sich selbst erlebt. Intersubjektivität bedeutet ich und du in wechselseitiger Bezogenheit – Intersubjektivität erfordert eine fundamentale Annahme des anderen, als den, der er ist, verschieden von mir und doch verbunden (*Petzold 1993a, S. 59*).

3.4 Therapeutische Beziehung

Therapeutische Beziehung, als Prozess oben beschriebener intersubjektiver Korrespondenz, bildet sowohl in der Integrativen Therapie wie auch in anderen Therapieverfahren die wichtigste Grundlage für therapeutisches Arbeiten, in dem es um ein Sich-in-Beziehung-Setzen durch Begegnung und Auseinandersetzung geht. Dieses Sich-in-Beziehung-Setzen erfolgt in der IT in gegenseitiger Akzeptanz der jeweiligen Andersartigkeit des Gegenübers. Diese intersubjektive Haltung, in der ein Sich-Begegnen auf gleicher Ebene angestrebt wird, kann durch die aktuellen Probleme des sich in Therapie begebenden Menschen verhindert werden. Sollte dies der Fall sein, handelt die Therapeutin aus einer Grundhaltung von so genannter „unterstellter Intersubjektivität“ und verhält sich „ähnlich wie eine ‚kompetente Mutter‘, die mit ihrem Baby so spricht, als ob es schon alles verstehen würde, obwohl dies – entwicklungsbedingt – noch nicht der Fall sein kann.“ (Escher 2007, S. 29) „Aber aus dieser Unterstellung des Möglichen erfolgen Wachstumsimpulse. Personen wachsen immer aus ‚unterstellter Intersubjektivität‘, aus dem, was wir ihnen zutrauen und zuschreiben“ (Petzold 2003a, S. 803).

In guter Regulierung von Nähe und Distanz, durch Transparenz und Klarheit von verbalen und nonverbalen Interventionen, partieller self-disclosure und in eigenem Erkennen und - wo sinnvoll und möglich - Benennen von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen erweist sich die Therapeutin als wichtigstes Instrument der Integrativen Bewegungstherapie. Dabei ist der Leib mit all seinen Regungen, Wahrnehmungen und Reaktionsmöglichkeiten von zentraler Bedeutung. In ihrem Leib, durch ihren Leib steht die Therapeutin im Dialog mit dem Patienten, in Korrespondenz mit ihm, seinem Kontext und seinem Konvoi. In und durch ihren Leib nimmt sie Gegenübertragungsphänomene wahr, reguliert Nähe und Distanz, gibt haltende Unterstützung, übernimmt stellvertretend vorwegnehmend für den Patienten Funktionen, die er in seiner jeweiligen Lebenssituation nicht oder noch nicht übernehmen kann.

Der Schleudertraumapatient hat im Unfallgeschehen meist durch einen anderen Menschen physische Gewalt erfahren und wurde aus seinem gewohnten Leben heraus in einen nicht von ihm gewählten Zustand „geschleudert“, einen Zustand des Schmerzes, der Verletzung und der Verunsicherung. Oft wird dieser Zustand noch

durch Reaktionen aus dem familiären, beruflichen und gesellschaftlichen Umfeld des Patienten verstärkt, was beispielsweise durch eine Partnerin geschehen kann, die Reaktionen und Empfindlichkeiten des Patienten nicht versteht. Des Weiteren unterstützen ihm möglicherweise Vorgesetzte oder Arbeitskollegen Bequemlichkeit und Unvermögen oder Ärzte, die in bildgebenden Verfahren keine Unregelmäßigkeiten erkennen, sowie Versicherer werfen ihm Simulieren vor.

In diesem leiblich Verletzt- und Nicht-Verstanden-Sein ist die Arbeit im und am Leib in einer tragenden, therapeutischen Beziehung für den Schleudertraumapatienten von enormer Wichtigkeit, gibt ihm dies doch die Möglichkeit, in einer neuen, verlässlichen Beziehung im wahrsten Sinne des Wortes wieder Boden unter den Füßen zu spüren, sich mit den Reaktionen und den oft, wie Brigitte Züger, IBT-Tanztherapeutin formuliert „eingefrorenen Wahrnehmungen“ seines Leibes auseinanderzusetzen und sich Schritt für Schritt aus seiner Trauma bedingten Verpanzerung zu lösen.

Die Anästhesierung des „perzeptiven Leibes“ kann auf diese Weise nach und nach aufgehoben werde. Er spürt, wann er sich verspannt und wie er sich verspannt. Er nimmt die auslösenden Situationen und Atmosphären wahr, und das ist die Voraussetzung, um sich diesen Einflüssen entziehen oder ihnen begegnen zu können. Mit der Förderung des Spürens und des Wahrnehmens erfolgt nicht nur eine „Wiederaneignung“ abgespaltener Leiblichkeit, sondern der Patient lernt „feinspürig“ zu werden für das, was ihm förderlich oder abträglich ist. Ihm wird es auf diese Weise möglich, in komplexen Situationen seiner Wahrnehmung zu trauen und angemessen für sich zu sorgen. Dies ist immer auch verbunden mit einem Wiedergewinn des „expressiven Leibes“ (Petzold 2003a, S. 870).

Dies kann aber möglicherweise, je nach Vorgeschichte des Patienten, ein sehr langer Prozess sein, besteht doch gerade bei chronifizierten Schleudertraumabeschwerden oft ein Zusammenhang von aktuellem Zustand und vorbestehenden, traumatisierenden Ereignissen.

3.5 Therapeutische Modalitäten

In der Integrativen Bewegungstherapie unterscheiden wir zwischen folgenden drei Modalitäten (Petzold 1996a, S. 496):

1. übungszentriert-funktionale Modalität
2. konfliktorientiert-aufdeckende Modalität
3. erlebniszentriert-agogische Modalität

Diese drei Modalitäten sind nicht starr voneinander abzugrenzen, sondern fließen vielmehr ineinander über und kommen gemäss *Petzold* (1996a, S. 496) in der Behandlung je nach Indikation parallel und mit unterschiedlicher Gewichtung zum Einsatz.

3.5.1 Übungszentriert-funktionale Modalität

In der übungszentriert-funktionale Modalität stehen strukturierte Übungsangebote im Zentrum der Therapie. Ergänzt werden diese nach Bedarf durch spielerische Elemente und freie Improvisation. Durch dieses Vorgehen wird das Erlebnis-, Wahrnehmungs- und Verhaltensspektrum der Patientinnen und Patienten erweitert, sowie neue Verhaltensmöglichkeiten erschlossen (*Petzold* 1996a, S. 497). Ebenso wird das Kennenlernen des eigenen Körpers und Erhaltung und Förderung der Körperfunktionen, wie Atmung, Regulierung von Spannung und Entspannung, Bewegung und Haltung, körperliche Leistungsfähigkeit und Spannkraft ermöglicht (*Höhmman-Kost* 2002, S. 45).

Auch wenn in dieser Art von Therapie Übungen sowie das Üben selbst im Zentrum stehen, unterscheidet sie sich von der Gymnastik dadurch, dass sie nie isoliert für sich allein steht, sondern immer im laufenden Prozess an passender Stelle eingesetzt wird und nicht bei den vorgegebenen Übungsanleitungen bleibt, sondern Spielraum für eigene Körpererfahrungen gibt und oft auch in erlebniszentriertes Arbeiten übergeht (*Höhmman-Kost* 2002, S. 45). Da bei Schleudertraumapatienten oft selbst einfache Bewegungsübungen Schmerzen auslösen und dadurch belastende Erinnerungen an den Unfall auftauchen können, besteht die Möglichkeit, dass sich durch übungszentriertes Arbeiten unmittelbare Anknüpfungspunkte und Einstiegsmöglichkeiten in konfliktzentriertes Arbeiten bieten. „Derartige Möglichkeiten sollten indes nur genutzt werden, wenn die Belastbarkeit des Patienten und der Gruppe es erlauben“ (*Petzold* 1996a, S. 497).

3.5.2 Konfliktorientiert-aufdeckende Modalität

Ob konfliktorientiertes Arbeiten möglich ist, hängt, wie oben bereits erwähnt, unter anderem von der Belastbarkeit des Patienten und einer allfälligen Gruppe, aber auch von der Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung ab. So bildet eine verlässliche, tragende therapeutische Beziehung nicht nur für den Schleudertraumapatienten ge-

nerell die Voraussetzung und Grundlage jeder therapeutischen Arbeit, sondern dies gilt insbesondere für die konfliktorientiert-aufdeckende Modalität. Denn nur auf sicherem Boden traut sich der Patient zu, neue Schritte zu unternehmen und wagt es, sich mit belastenden Themen auseinanderzusetzen. Diese können einerseits sichtbare konflikthafte Themen betreffen, andererseits aber auch bislang verdeckte, unbewusste Defizite, Traumata, Konflikte oder Störungen. „Wesentlich ist, dass das Aufdecken von bis dahin verborgenen oder ‚überspielten‘ schmerzhaften Lebensereignissen in einer Form geschieht, die für den Betroffenen verarbeitbar und integrierbar bleibt“ (Höhmnn-Kost 2002, S. 51). Denn es darf nicht geschehen, dass der Patient durch die Arbeit an diesen Themen erneut den Boden unter den Füßen verliert! Ebenfalls ist es wichtig, gut wahrzunehmen resp. abzuwägen, welche Themen zu welchem Zeitpunkt konfliktzentriert zu bearbeiten sind. Denn nicht bei jeder Erkrankung, so Höhmnn-Kost (2002, S. 51) ist es angezeigt, die zugrundeliegende Problematik konfliktzentriert zu behandeln.

3.5.3 Erlebniszentriert-agogische Modalität

Hausmann und Neddermeyer (2003) nennen die erlebniszentrierte Modalität eine stimulierende und führen diese entsprechend weiter aus:

Erleben und Erfahren sind ganzheitliche Zugangsweisen, die beim sinnlichen Wahrnehmen über den Leib als „totales Sinnesorgan“ und beim integralen Leibgedächtnis² einsetzen. Durch vielfältige Anregung, durch das Angebot von Aufgaben und stimulierenden Konstellationen, die in der Ko-responzenz zwischen Therapeutin und Klientin entwickelt werden, bietet das erlebniszentrierte Arbeiten den Rahmen und die Interventionen, die dem Menschen möglich machen, sich selbst auf lebendige Weise zuzuwenden (...). Die Wahrnehmungsfähigkeit des Leibes wird aktiviert (der *perzeptive Leib*³), die Archive des Leibes, die Lebenschronik geöffnet und die bewussten oder schlummernden Erinnerungen erforscht (der *memorative Leib*⁴) und ausgehend davon die Ausdrucksmöglichkeit des Leibes erweitert und entfaltet (der *expressive Leib*⁵) (Hausmann, Neddermeyer 2003, S. 50).

In der Integrativen Bewegungstherapie werden der Patientin durch erlebniszentriertes Arbeiten neue, alternative Erlebnismöglichkeiten erschlossen (Petzold 1996a, S.

² „Die einzelnen Gedächtnisformen werden im Verlauf der Kleinkindphase auf der Grundlage intermodaler Prozesse „holographisch“ und „transmodal“ zu einem „integralen Leibgedächtnis“ mit vielfältigen Gedächtnisstrategien (Ornstein 1989) und einem prägnanten „Metagedächtnis“ (Schneider 1985; Flavel 1971, 227; 1981), einem Wissen um das eigene Memorieren „its knowledge of its own knowledge“ (Tulving, Madigan 1970, 477) zusammengefügt“ (Petzold 2003a, S. 558 f.).

³ Vgl. oben Kap. 3.2.

⁴ Vgl. ebenfalls oben Kap. 3.2.

⁵ Vgl. ebenfalls oben Kap. 3.2.

497). Dabei steht jedoch nicht nur das Erleben an sich im Zentrum, sondern vielmehr auch die Möglichkeit der bewussten, differentiellen Wahrnehmung des Erlebten, dessen, was und wie sich die Patientin erlebt (*Hausmann, Neddermeyer 2003, S. 50*). Das Erfahren von eigenen Fähigkeiten und das Erleben, dass trotz grossen Einschränkungen immer noch ein Rest von Handlungsspielraum bleibt, können oftmals eingeschliffene Ansichten und Meinungen über die eigenen Beschränkungen, bzw. Fähigkeiten erweitern und neue Sichtweisen ermöglichen (siehe Praxisbeispiel Kap. 4.2.3).

Generell hängt der gewählte Zugang zu erlebniszentriertem Arbeiten von der individuellen Situation der Patientin, ihren Bedürfnissen, Fragen oder Schwierigkeiten ab und kann durch Gespräche und Gedanken erfolgen (top-down-approach⁶) oder über das Mittel der Bewegung, der Haltung, der leiblichen Erscheinung (bottom-up-approach⁷) gesucht werden.

Die Impulse (siehe unten Kap. 4.1), die ins Erleben führen, sind vielfältig und haben zum Ziel, den Menschen mit sich selbst in Kontakt zu bringen (*Hausmann, Neddermeyer 2003, S. 50*), ihn im wirklichen Sinne des Wortes sich selber begreifen zu lassen.

Im Erleben kann er sich von seiner eigenen Geschichte berühren lassen, sich begegnen in den verschiedenen Aspekten seines Gewordenseins, seiner Gegenwart und seiner Zukunft. Dadurch kann er mehr und mehr zum Leibsubjekt werden, das in Beziehung zu sich selbst steht und diese Beziehung aus der exzentrischen Position betrachten und reflektieren kann (*Hausmann, Neddermeyer 2003, S. 51*).

3.6 Therapieformen und Therapieziele

Dauer (Krisenintervention, Fokalthherapie oder Langzeittherapie) und Form (Einzel- oder Gruppentherapie) der Integrativen Bewegungstherapie sind grundsätzlich ab-

⁶ *Top-down-approach*: „Durch Imagination, Vorstellung einer speziellen Situation oder Evokation einer konkreten Atmosphäre werden Affekte, Gefühle und Stimmungen hervorgehoben. Diese wiederum können zu einer damit verbundener Ausdruckform gelangen“ (*Petzold 2003a, S. 633*).

⁷ *Bottom-up-approach*: „Aufgrund der leiblichen Orientierung unseres Therapieansatzes gehen wir in der Arbeit mit Emotionen, in der *Thymopraktik* (*Petzold 1970c, 1975e*) häufig von der Dimension des Nonverbalen aus, um gleichsam vom „Boden“ der Leiblichkeit in die „Höhe“ der Gefühlsnuancierungen und der differenzierten Benennung als kognitivem Moment des komplexen Synergems „Emotion“ zu gelangen“ (*Petzold 2003a, S. 633*).

hängig vom Krankheitsbild der Patientin und den Möglichkeiten der Einrichtung (z.B. Klinik) oder Praxis (Petzold 2003a, S. 813) und werden, wenn immer möglich, im gemeinsamen Ko-respondenzprozess mit der Patientin ausgehandelt.

Die Therapieziele stehen in wechselseitigem Zusammenhang mit der zu wählenden Therapieform und ergeben sich einerseits aus den allgemeinen anthropologischen Prämissen und andererseits aus der Analyse der individuellen Lebenssituation der Patientin. Diese beinhaltet sowohl ihre Ressourcen und Potentiale, Probleme und Konflikte als auch Lebenswelt und Lebenskontinuum (Petzold 1996a, S. 45). Im Folgenden möchte ich einige wichtige globale Therapieziele nennen (Petzold 1996a, S. 45 und Petzold 2003a, S. 77 und S. 974):

- Aneignung der eigenen Leiblichkeit
- Einheit von Leib und Person
- Fähigkeit zur Zwischenleiblichkeit, Intersubjektivität
- Förderung einer prägnanten Identität
- Förderung eines funktionstüchtigen Ichs und damit eines integrierten reifen Selbsts
- Persönliche Souveränität und Selbstverwirklichung
- Vielfältige, flexible Persönlichkeit
- Humanisierung des Lebenszusammenhanges

Dabei werden die Wünsche, Bedürfnisse und Therapieziele des Patienten in intersubjektivem Ko-respondenzprozess und gegebenenfalls mit therapeutischer Unterstützung erarbeitet (Osten 2000, S. 478).

Die Aneignung der eigenen Leiblichkeit und die Arbeit am und mit dem Leib ist bei Schleudertraumapatienten, wie in der Einleitung bereits erwähnt, von zentraler Bedeutung. Die durch das Unfallgeschehen hervorgerufenen Symptome (siehe 2.3.2.) können zutiefst verunsichern und die Stabilität aller fünf Säulen der Identität⁸ gefährden. Dies drückt *Vladimir Iljine* meiner Meinung nach sehr passend aus, nämlich:

Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren.
Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst.
Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt.
Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich.
Nur in der Bewegung erfahre ich mich als mein Leib,
erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich.

⁸ Die Identität umfasst verschiedene Bereiche, in denen sie sich entfaltet. Die wesentlichen davon sind im Modell der „fünf Säulen der Identität“ dargestellt und beinhalten 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netzwerk, 3. Arbeit / Freizeit / Leistung / 4. Materielle Sicherheiten (ökologische und ökonomische) sowie 5. Werte (Petzold 1996a, S. 41).

Im Sinne des eingangs und soeben erwähnten Zitats von Iljine ist das Wiederfinden des eigenen Leibes also von zentraler Bedeutung (vgl. 3.4). Die von *Petzold* beschriebenen Konzepte der hermeneutische Spirale⁹ (*Petzold* 2003, S. 404, *Petzold* 1992a, S. 626) und der vier Wege der Heilung (vgl. unten) (*Petzold* 2003, S. 77) bieten dabei hilfreiche Ansätze.

Petzold unterscheidet im Weiteren folgende drei Grobziele (*Petzold* 1996a, S. 495 f.):

1. Reparativ: Behebung und/oder Minderung von Defiziten, akuten oder chronischen Störungen
2. Konservierend: Erhaltung und Stabilisierung von vorhandenen, intakten Fähigkeiten
3. Evolutiv: Entwicklung sowohl spezifischer Potentiale als auch der Gesamtpersönlichkeit.

Auch hier sind die Grenzen der drei Zielsetzungen nicht starr voneinander zu trennen, sondern vielmehr ineinander fließend.

3.7 Weitere Konzepte der IBT

In der folgenden Übersichtsdarstellung werde ich weitere Konzepte und Stichworte der Integrativen Therapie anführen, die mir für die Arbeit mit HWS-Patienten wichtig erscheinen.

3.7.1 Die vier Wege der Heilung und Förderung (*Petzold* 1996a, S. 215 ff.)

Therapeutisches Arbeiten ist als ein „Sich-auf-den-Weg-Machen“ zu verstehen, um als Therapeutin gemeinsam mit dem Patienten das zu suchen und zu finden, was heilt und was dem Leben Sinn und Erfüllung gibt. Bei den von *Petzold* beschriebenen „vier Wegen der Heilung“ ist Heilung zum einen kurativ, klinisch und palliativ zu verstehen und beabsichtigt, den Zustand der Krankheit zu verbessern oder zumindest zu lindern. Nebst diesem Aspekt ist jedoch die Entwicklung, Förderung und letztlich Wiederherstellung der Ganzheit und Integrität ebenfalls zentral. „Der Aspekt der Entwicklung von *Fähigkeiten* (Kompetenzen) und *Fertigkeiten* (Performanzen) über die

⁹. Darunter ist ein spiraler Erkenntnisprozess zu verstehen, der vom *Wahrnehmen* zum *Erfassen* zum *Verstehen* und *Erklären* und wiederum zum *Wahrnehmen* führt, um die Lebenswirklichkeit sorgfältig „von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“ zu erfassen (*Petzold* 1998, 102 f., zit. in *Escher Andersen* 2007, S. 11).

reparative Wiederherstellung hinaus ist immer in das therapeutische Handeln einbezogen“ (Petzold 1996a, S. 216).

Die vier Wege der Heilung, wie sie Petzold 2003 dargestellt hat, lassen sich folgendermassen umschreiben:

1. Weg: Bewusstseinsarbeit, u.a. durch wachsende Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität und Arbeit mit der hermeneutische Spirale (wahrnehmen, erfassen, verstehen, erklären, verändern).
2. Weg: Nach- und Neuzozialisation / Bildung von Grundvertrauen / differentielles Parenting / Reparenting.
3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung, u.a. durch multiple Stimulierung, alternative Erfahrungsmöglichkeiten, Vergrößerung des Ressourcenreservoirs und der persönlichen Potentiale.
4. Weg: Solidaritätserfahrungen, u.a. durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment (Petzold 2003a, S. 77).

3.7.2 Die 14 Heilfaktoren (Petzold 1996, S. 214)

Die nachfolgend aufgeführten 14 Heilfaktoren sind therapeutische Strategien und Interventionsmöglichkeiten, die im Rahmen der oben beschriebenen „Wege“ indikationsspezifisch und in intersubjektiver Ko-respondenz (siehe 3.3) eingesetzt werden:

1. Einführendes Verstehen
2. Emotionale Annahme
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung / Lebenshilfe
4. Förderung emotionalen Ausdrucks
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeiten von positiven Zukunftsperspektiven
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezuges
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens

13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (*Petzold* 1996, S. 214)

3.7.3 Thymopraktik (praktische Anwendung) (*Petzold* 1996, S. 367 ff.)

Mittels Thymopraktik wird versucht, bei Patienten Stimulierungskonstellationen herzustellen, die ein hohes Aktivierungspotential besitzen. Nebst dem Abrufen von Reaktionsmustern, Atmosphären, Bildern und Szenen geht es im Wesentlichen darum, an Erfahrungen heranzukommen, die zum Aufbau von Strukturen, Lebensmustern und Lebensstilen beigetragen haben, um diese zu verändern. Dies geschieht in einem Prozess *multipler Stimulierung*, bei dem folgende zusammenwirkenden Variablen unterschieden werden können:

1. Leibgerichtete Interventionen (Berührung, Druck, Beeinflussung der Atmung zur Aktivierung des *Leibgedächtnisses* mit den dort „archivierten“ Propriozeptoren, Atmosphären, Bildern, Szenen);
2. Begleitende verbale Ansprache (eventuell verbalsuggestive Einflussnahme) zur Aktivierung von Erinnerungen, Stimmungen, Imagination;
3. Aufbau situativer Strukturen (Übertragungskonstellationen oder Formen direkter emotionaler Kommunikation durch partielles selfdisclosure des Therapeuten) zur Aktivierung von Emotionen, Erinnerungen, Phantasmen;
4. Anregung von Erinnerungen und Überlegungen auf der rationalen Ebene.

Die „Archive des Leibes“ werden durch das Zusammenwirken oben genannter Interventionen geöffnet, dabei die Speicherzonen des Gedächtnisses (kortikal und subkortikal) aktiviert und so „dem gegenwärtigen Erleben wieder zugänglich gemacht“ (*Petzold* 1996, 367 ff.).

3.7.4 Safe place

In „safe place“ Erfahrungen (*Katz-Bernstein*), von *Petzold* „schützende Inselerfahrungen“ (*Petzold* 2003a, S. 902) genannt, werden gute zwischenmenschliche Beziehungen zum Mittel der „Heilung und Förderung“ (*Petzold* 2003a, S. 1072). Deswegen werden im geschützten Rahmen einer tragenden, therapeutischen Beziehung positive Erlebensgrundlagen und Erfahrungen geschaffen, die - im Leib verankert - auch ausserhalb des geschützten Rahmens wirksam werden können. Die in 4.2.2 beschriebene Übung mit einem grossen Tuch vermittelt den Patienten einen Ort der

Ruhe und Entspannung, eine Oase innerhalb des Klinikalltages und somit das Erleben einer positiven Erfahrung. Dies ermöglicht den Patienten das Evozieren von Gedanken, dass eine Welt, in der solch positive Erfahrungen möglich sind, eine als momentan nur schlechte wahrgenommen, wohl nicht sein könne.

3.7.5 Theorie als Intervention

Das Transparent-Machen von theoretischen Hintergründen und Zusammenhängen ist ein wichtiger Bestandteil der Integrativen Therapie, ermöglicht es doch den Patientinnen und Patienten eine „emanzipierte Reflexion“ (Petzold 2003a, S. 59) als Partner und Partnerin in der Therapie. Gerade bei Schleudertraumapatienten ist eine solche Arbeit von enormer Wichtigkeit. Das Ausgeliefert-Sein durch den Unfall und dessen Folge (vgl. Einleitung) wird durch das Verstehen von Zusammenhängen und durch das partnerschaftliche Ernstgenommen-Werden in der Therapie minimiert.

4. Integrative Bewegungstherapie bei Patienten mit HWS-Distorsionstrauma

4.1 Interventionsstrategien und –möglichkeiten

In diesem Kapitel möchte ich aus den therapeutischen Modalitäten der IBT (siehe 3.5) einige praktische Arbeitsmöglichkeiten aufzeigen. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, werde ich mich auf die übungszentriert-funktionale und die erlebniszentriert-stimulierende Modalität beschränken, wobei, wie oben bereits erwähnt, alle drei Modalitäten nicht starr voneinander abgegrenzt sind, sondern vielmehr ineinander übergehen.

Bei allen beschriebenen Übungen gilt es zu beachten, dass ganz im Sinne der IBT der Mensch als Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld (Petzold 2003, S. 95) im Zentrum der Therapie steht und die Übungen in intersubjektiver Ko-respondenz seinen Bedürfnissen und der jeweiligen Situation gemäss ausgewählt und verändert werden sollen (siehe 3.3 und 3.4). Gemäss Höhmann-Kost (2002, S. 117 ff.) bedeutet dies, dass die Therapeutin sehr aufmerksam wahrnehmen muss, wie der Patient die Übungen aufnimmt, dass sie des Weiteren

ihre eigene Wahrnehmung und Resonanz als therapeutisches Mittel einsetzt und jederzeit bereit sein muss, sich aus dem Rahmen der geplanten Übung heraus zu bewegen.

Die von mir im Folgenden ausgewählten Themen sind nicht als abschliessende Aufzählung, sondern vielmehr als eine kleine Auswahl zu verstehen, die meiner Ansicht nach besonders geeignete Möglichkeiten für HWS-Patientinnen und -Patienten darstellen.

4.1.1 Übungszentriert-funktionale Ansätze

In der übungszentriert-funktionalen Arbeit mit HWS-Patienten scheint mir die Wahrnehmung der eigenen Leiblichkeit zentral, bei der die Patientinnen und Patienten sich einerseits selbst ertasten, berühren, erspüren, bewegen und hinschauen, andererseits passiv berührt oder bewegt werden (*Höhmman-Kost* 2002, S. 45). Generell ist bei Wahrnehmungsübungen - vor allem zu Beginn der Arbeit - der Fokus auf diejenigen Körperteile zu legen, die von Kopf und Nacken möglichst entfernt sind (*Baviera, Steinbaum* 2002). Bei starken Schmerzen ist gemeinsam mit dem Patienten eine möglichst schmerzfreie Lagerung oder Ausgangstellung zu suchen. Dabei sind Kissen, Rollen und Decken hilfreich.

Im Folgenden werden einzelne konkrete Beispiele von Wahrnehmungsübungen aufgelistet, die individuell erweitert, verändert oder an anderen, als den erwähnten Körperteilen angewendet werden können.

Erspüren der Füße mit Hilfe von Sandsäckchen und Massage:

- Sandsäckchen, die evtl. zuvor erwärmt wurden
- Füße auf Säckchen stellen, in Säckchen eingraben
- Füße damit beschweren
- Mit Zehen in Säckchen „graben“
- Angenehme Bewegungen oder Ruhestellungen auf und mit Säckchen ausprobieren
- Füße vor und nach der Behandlung spüren
- Evtl. nur mit einem Fuß beginnen – Unterschied zu unbehandeltem Fuß spüren

- Fussmassage passiv, denn sich die Füße aktiv selber massieren ist für HWS-Patienten oft nicht durchführbar

Handmassage:

- Hände reiben, sanft klopfen, kneten
- Mit Massageball oder Massageöl
- Reflexzonenmassage der Hände, die den Vorteil hat, dass diese aktiv selber oder passiv durch die Therapeutin gemacht werden kann

Bewegungsmöglichkeiten der Extremitäten:

- Sanftes Bewegen von nur einem Körperteil, z.B. nur von kleinem Finger
- Herausfinden, welche Bewegungen (noch) schmerzfrei möglich sind
- Aktiv sich selber bewegen oder passiv sich bewegen lassen
- Achtsame Räkel- und Dehnbewegungen

Gleichgewichtsübungen:

- Gewichtsverlagerung stehend (sofern schmerzfrei) von einem Bein auf das andere oder von Fersen auf Zehen und zurück
- Bewegungsübungen mit offen oder geschlossenen Augen

Schwindel bekämpfen:

- Schwindel auslösende Momente herausfinden
- Diese nicht vermeiden, sondern sich ihnen gezielt, aber dosiert für kurze Momente aussetzen
- Sicheren Boden spüren

Ausserdem als relevant erachtet *Hömann-Kost* (2002, S. 45) die Erhaltung und Förderung der Körperfunktionen. Dazu gehören unter anderem die Atmung sowie die Regulierung von Spannung und Entspannung.

Atemarbeit (Middendorf 1995, S. 19 ff.)

Durch die Unfallfolgen verunsichert stellt Sinn und Lebenssinn in Therapien mit HWS-Patienten oft ein wichtiges Thema dar. Das Geschehen-Lassen des Atems und das Erfahren des Atems lässt die Patienten mit ihrer Leiblichkeit und ihren Sinnen in

Verbindung kommen. „Atem ist Urbewegung und daher unmittelbares Leben“ (*Middendorf* 1995, S. 12).

Atmen ist ein körperlicher Zustand – eine Funktion ebenso wie ein seelischer Ausdruck und ein geistiger Vorgang. Atem umfasst immer das Ganze eines Menschen (...). Für unser Verstandes-Bewusstsein kann Atmen rein funktional der Erhaltung des Körpers dienen; gehen wir aber über das Denken hinaus, so kann es uns einen neuen Lebensgrund eröffnen. Bei entsprechender Entwicklung durchschwingt uns der Atem in ewiger Bewegung, bis auch die letzte Zelle durchlässig ist für bewusstes Leben (...) (*Middendorf* 1995, S. 18).

In den Übungen, die ich im Folgenden beschreibe, geht es in erster Linie um das Erfahren des Atems und nicht um konfliktzentrierte Atemarbeit. Für letztere verweise ich auf *Petzold* (2003a, S. 655 ff.).

Atemübungen im Sitzen:

- Aufrecht auf Stuhl sitzend, Beine in Hüftbreite auf dem Boden aufgestellt, die Sitzbeinhöcker spüren – die Hände mit gespreizten Fingern rechts und links des Solarplexus auflegen – die Aufmerksamkeit unter den Händen sammeln und den Atem passiv spüren
- Linke Hand auf rechtes Schlüsselbein legen – obige Atemübung wiederholen
- Dasselbe mit der rechten Hand auf dem linken Schlüsselbein
- Die Atembewegung ist auch in anderen Körperteilen spürbar, kann aktiv selber oder passiv durch die aufgelegte Hand der Therapeutin erspürt werden.

Atemübungen im Liegen

Generell ist eine liegende Position für HWS-Patienten oftmals mit weniger Schmerzen verbunden als eine sitzende. Die oben erwähnten Atemübungen lassen sich ebenfalls im Liegen ausführen, wobei die Patienten eine bequeme Liegeposition suchen und dabei von der Therapeutin evtl. mit Decken und Kissen zusätzlich unterstützt werden können.

- Der Patient liegt auf einer Liege oder auf dem Boden. Die Therapeutin legt ihre Hand auf oder unter einen Körperteil (z.B. Rücken) und fordert den Patienten auf, als erstes ihre Hand wahrzunehmen. Nach einer ruhigen Phase des Wahrnehmens ist es evtl. möglich, die Aufmerksamkeit des Patienten auf seinen Atem unter der Hand zu lenken. Ein ganz sanftes, kaum spürbares Mitgehen der Hand mit dem Atem des Patienten kann dessen Wahrnehmung unter

Umständen verstärken. Dabei ist jedoch darauf zu achten, den Atem im Rhythmus des Patienten weiterhin fließen zu lassen und nicht aktiv durch Druck oder Entspannung der Hand zu verändern, was eine sehr hohe Aufmerksamkeit und Achtsamkeit der Therapeutin erfordert.

Regulierung von Spannung und Entspannung

Bei HWS-Patienten sind zusätzlich zu den in 2.3.2 erwähnten Symptomen oft Schwierigkeiten in der Tonusregulation zu beobachten. Erhöhter Muskeltonus verstärkt in der Regel die Schmerzsymptomatik, ein zu tiefer Tonus kann depressive Tendenzen begünstigen. Der Arbeit an Spannungs- und Entspannungsregulation ist deshalb besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Passive Entspannung

Atem

Atemübungen, wie z.B. die oben beschriebene Übung im Liegen, eignen sich bei HWS-Patienten hervorragend zur passiven Entspannung. Weiterführend kann die Therapeutin die Gliedmaßen des Patienten einzeln sanft von der Körpermitte weg nach außen ziehen oder leicht schütteln. Abrupte und schmerzverstärkende Bewegungen hingegen sowie ein Ziehen der Arme über den Kopf hinaus nach oben sind dabei unbedingt zu vermeiden.

Massage

Jeder Form von sanfter Massage kommt ebenfalls der Effekt passiver Entspannung zu. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die Massagegriffe sanft ausgeführt und - in Absprache mit dem Patienten - dessen Bedürfnissen angepasst werden. So lösten beispielsweise bei Frau B. (vgl. 4.2.3) Massagestriche vom Kreuz Richtung Nacken starke Kopfschmerzen aus. Ein anderer Patient wiederum empfand genau diese Massagestriche als überaus wohltuend!

Imagination und Musik

Passive Entspannung lässt sich ebenfalls über Musik oder mentale Vorstellungen erreichen. So können Musik und Geschichten, die der Patient im Liegen hört, bei ihm eine tiefe Entspannung auslösen. Dabei werden die Geschichten vorzugsweise den Interessen des Patienten angepasst. Weil das Thema der Imagination als heilsame

Kraft den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, verweise ich auf das Buch mit dem gleichnamigen Titel von *Luise Reddemann* (2003).

Aktive Entspannung

Um einer Fixierung des Patienten auf die Hilfe der Therapeutin und damit auch auf ihre Person vorzubeugen (*Petzold* 1996a S. 117), ist eine Einführung des Patienten in aktive Entspannungsmethoden wichtig. Durch die im Folgenden dargestellten Entspannungstechniken werden ihm nämlich Werkzeuge in die Hand gegeben, die es ihm ermöglichen, aus der Rolle des Ausgeliefert-Seins herauszutreten, um aktiv und selbstbestimmt an seinen Schwierigkeiten zu arbeiten, was generell, wie bereits oben erwähnt, für HWS-Patienten von besonderer Bedeutung ist.

Autogenes Training (AT)

Im Autogenen Training (AT) wird über eine festgelegte Formel, z.B. „mein Arm ist schwer, angenehm schwer“ und ein dazu gehörendes, individuell sich vorzustellendes Bild, z.B. dasjenige einer schweren Woldecke auf dem Arm, ein Schwere- und Wärmeerlebnis evoziert, das wiederum eine muskuläre Entspannung hervorruft. Gemäss *Esther Stokar*, AT-Lehrerin, wird das AT in einer 8 – 12-wöchigen Lernphase mit täglichem, dreimaligem Üben (1 - 2 Minuten) automatisiert. Da der Körper nach dieser intensiven Lernphase sehr schnell auf die Formeln und Vorstellungen mit einer angenehmen Entspannung reagiert, kann AT vor allem für kognitiv orientierte Patienten sehr hilfreich sein. Gemäss *Stokar* wird Autogenes Training auch das Yoga des Westens genannt. Für eine ausführliche Einführung in das Autogene Training verweise ich auf die entsprechende Fachliteratur.

Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Edmund Jacobson

Progressive Muskelrelaxation (PMR) kann sowohl liegend als auch sitzend durchgeführt werden. Der Patient spannt die von der Therapeutin nach einer vorgegebenen Reihenfolge benannten Muskeln willentlich für kurze Zeit an und löst diese dann wieder. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird dabei auf den Unterschied zwischen den beiden Spannungszuständen gelenkt, um so eine Bewusstwerdung des eingetretenen Entspannungszustandes zu erreichen. Bei HWS-Patienten ist PMR mit grosser Sorgfalt anzuwenden, um genau zu beobachten, ob die willentlich herbeigeführte Muskelspannung nicht kontraproduktiv, also eher Schmerz verstärkend wirkt, was

unbedingt zu vermeiden ist. Dies gilt auch für die im Folgenden kurz vorgestellte Isodynamik.

Isodynamik (Petzold 1996a)

In die von *Petzold* (1996a, S. 114 ff.) entwickelte Isodynamik fließen Elemente aus der oben erwähnten PMR, der Eutonie sowie verschiedenen Verfahren der Atem- und Entspannungsgymnastik sowie -therapie ein. Hierbei wird ebenfalls mit der Anspannung verschiedener Muskelgruppen gearbeitet wie auch mit aktivem Wahrnehmen und Loslassen mittels Entspannungsvorstellungen. Nach 5 – 10 Sitzungen Isodynamik genügt gemäss *Petzold* „eine einzige Anspannung des gesamten Körpers, um in einen tiefen relaxierte Zustand zu gelangen. Es tritt ein Generalisierungseffekt ein, wie wir ihn aus dem Autogenen Training kennen“ (*Petzold* 1996a, S. 115).

Bei jeder Art von Entspannungsübungen sind generell folgende Grundsätze zu beachten:

- „Eine wichtige Nebenwirkung jeder Art entspannender Tätigkeit ist die, dass man mehr in belastendes Material hineinkommen kann“ (*Reddemann* 2003, S. 44). Deshalb ist bei Entspannungsübungen gut abzuwägen, welche Entspannungstechniken für welche Patienten geeignet sind und wann es sinnvoll ist, die Übungen im Sitzen statt im Liegen durchzuführen, da die Entspannung im Sitzen nicht ganz so tief geht.
- Patientinnen und Patienten, die wenig beweglich sind, können unter Umständen nach einer tiefen Entspannung im Liegen kaum mehr aufstehen. Auch hier empfiehlt sich deshalb eine sitzende Ausgangsposition.
- Um beim HWS-Patienten die Angst vor erneutem Kontrollverlust zu minimieren, sollten Entspannungsübungen nur im Rahmen einer tragenden, verlässlichen therapeutischen Beziehung durchgeführt werden.
- Generell sind Entspannungsübungen, wie alle Übungen der IBT, dem Patienten, seinen Bedürfnissen und seinen Fähigkeiten anzupassen sowie bei Bedarf abzuändern oder von Seiten der Therapeutin gezielt Hilfen anzubieten.
- Im Anschluss an Entspannungsübungen ist ein gutes Wieder-Ankommen im Hier und Jetzt äusserst relevant, was u.a. durch Dehnen, Strecken, Gähnen, evtl. einem sanften Abklopfen des Körpers erreicht werden kann.

Gehmeditation (gemäss *Thich Nhat Hanh*)

Gehmeditation wird gemäss *Thich Nhat Hanh* (2007) mit einem Halblächeln auf dem Gesicht und langsamen, entspannten, ruhigen Schritten - am besten auf einem Weg, der nicht zu uneben oder zu steil ist - geübt.

„Das Halblächeln und die friedvollen Schritte können wir uns als glänzende, aber noch einzelne Perlen vorstellen. Ihr Atem ist nun die Schnur, die diese Perlen zu einer Kette zusammenfügt“ (*Thich Nhat Hanh* 2007, S. 35).

Während den langsamen Schritten ist achtsames Atmen wichtig, wobei der Atem nicht bewusst verändert, sondern lediglich beobachtet wird. Nach einigen Minuten des ruhigen, achtsamen Gehens und Atmens

„(...) beginnen Sie darauf zu achten, wie viele Schritte Sie machen, während Sie einatmen. Auf diese Weise ist Ihr Atem sowohl auf den Atem als auch auf das Gehen gerichtet. Ihr Halblächeln ist mit der Ruhe Ihrer Schritte und Ihrer Atmung tief verbunden“ (*Thich Nhat Hanh* 2007, S. 37).

Um bequemer zählen zu können, ist es sinnvoll, die Geschwindigkeit der Schritte dem Atem leicht anzupassen, so dass z.B. die Einatmung nicht zweieinhalb, sondern drei Schritte umfasst. In einer zweiten Phase werden die Schritte sowohl bei der Einatmung als auch bei der Ausatmung gezählt. Oft ist die Ausatmung zu Beginn etwas länger als die Einatmung. Diese Gehmeditation wird in ruhigem Gehen und achtsamem Atmen im Alltag geübt. Durch dessen Üben werden gemäss *Nhat Hanh* der Atem, das Zählen, die Schritte sowie das Halblächeln zusammenwachsen, was eine entspannte Aufmerksamkeit bewirkt.

Sollten bei der Gehmeditation mit HWS-Patienten Schwindelgefühle und Unsicherheiten entstehen, ist es evtl. sinnvoll, eine Gehhilfe, z.B. einen Stab, zu Hilfe zu nehmen. Auch hier gelten die für Entspannungsübungen oben aufgeführten Grundsätze. Generell geht Gehmeditation von seinem Ansatz her weit über das Übungszentriert-Funktionale hinaus, beinhaltet also als Form der Meditation ebenso Erlebniszentriertes und ermöglicht dadurch den Patientinnen und Patienten ein In-Kontakt-Treten mit einer Form der Spiritualität, die je nach Patient eine wichtige Ressource ist oder werden kann und so bei den - durch den Unfall und dessen Folgen oft aktuell gewordenen - Sinnfragen (vgl. Einleitung) neue Impulse liefern kann.

4.1.2 Erlebniszentrierte Ansätze (*Hausmann, Neddermeyer 2003*)

Wie in 3.5 dargelegt, steht bei erlebniszentrierten Ansätzen die differentielle, bewusste Wahrnehmung des Erlebten und dessen, wie sich die Patienten selber erleben, im Zentrum. HWS-Patienten, und insbesondere Langzeitpatienten, haben in Bezug auf ihr Erleben oft einen tunnelartigen, beschwerdezentrierten Fokus, wobei sie vor allem ihre Defizite und Symptome wahrnehmen. Deshalb zeige ich im Folgenden anhand der von *Hausmann, Neddermeyer* aufgeführten vier verschiedenen erlebniszentrierten Ansätzen praktische Beispiele auf, die im Idealfall eine Öffnung dieses Tunnelblickes ermöglichen. Diese vier verschiedenen Ansätze beinhalten Folgendes (*Hausmann, Neddermeyer 2003, S. 51*):

1. *Real, von Aussen herangetragene Impulse*
2. *Bilder und Vorstellungen, die visualisiert werden*
3. *Thematische Angebote, die über die Bewegung ins Erleben führen*
4. *Medienangebote*
 - i. Bewegung mit Tüchern zu Musik
 - ii. Steine auf verschiedenen Leibregionen
 - iii. Arbeit mit Bällen und Stäben
 - iv. Verschiedene Materialien zum Tasten
 - v. Arbeit mit Ton sowie Farben

1. Reale Impulse von Aussen

Reale Impulse von Aussen lenken die Aufmerksamkeit des HWS-Patienten von seiner, auf sich selbst gerichteten Wahrnehmung zu einer offeneren, aufnehmenderen Haltung, was es ihm trotzdem ermöglicht, bei ihm selbst und seiner Wahrnehmung zu bleiben. Dabei wird diese jedoch auf positive Weise erweitert und verändert.

- Mit geschlossenen Augen an der Sonne sitzen und die Wärme auf der Haut spüren
- Aus einer Massageliste, die mit verschiedensten Materialien gefüllt ist, (z.B. Malerrollen, Pinsel, Federn, Massagebälle etc.) ein Material auswählen und sich damit selber berühren, massieren oder von der Therapeutin berühren oder massieren lassen
- Lieblingsmusik des Patienten hören und sich darüber austauschen

2. Bilder und Vorstellungen visualisieren

- Geführte Imaginationsreise

Diese kann sowohl in Einzeltherapiestunden, aber auch sehr gut in Gruppenstunden angeboten werden. Die Patienten liegen dabei bequem auf einer Decke. Die Therapeutin lässt in ruhigen Worten ein Bild entstehen, beispielsweise dasjenige einer Landschaft am Meer:

Stellen Sie sich vor, Sie sitzen im Sand am Meer, die Füße im warmen Sand, den Blick auf die Weite des Meeres gerichtet. Weit draussen sehen Sie Möwen über die Wellen fliegen. Sie fühlen sich sehr wohl, so am Meer im Sand zu sitzen. Die Sonne scheint angenehm warm auf Ihre Haut. Sie beschliessen, sich hinzulegen und strecken sich im warmen Sand aus. Sie spüren den warmen Sand, der Sie trägt. Sie räkeln sich etwas im Sand, so dass da, wo Sie liegen, eine kleine Kuhle entsteht und Sie graben vielleicht die Füße oder die Zehen ein klein wenig in den Sand ein. Dann strecken Sie sich erneut aus und spüren, wo Ihr Körper im warmen Sand aufliegt. Ihre Glieder werden vom warmen Sand und von der angenehm warmen Sonne ganz schwer. - Sie liegen einfach nur da und geniessen es!
Nach einer Weile spüren Sie einen leichten, angenehm kühlen Wind auf Ihrer Haut und Sie beschliessen, sich langsam wieder aufzusetzen.

Gut möglich ist es auch, zu dieser Imaginationsreise eine CD mit Meeresrauschen abzuspielen.

- Freie Imaginationsreise

In dieser Imaginationsreise werden nicht alle Details von der Therapeutin vorgegeben, sondern der Phantasie der Patienten freien Raum gelassen. Ausgangslage ist wie oben ein bequemes Liegen. Die Therapeutin leitet z.B. die Patienten in der Imagination dazu an, sich einen besonders schönen Ort vorzustellen, an dem sie sich sehr wohl fühlen und fordert sie zusätzlich auf, sich diesen Ort so detailliert wie möglich vorzustellen, ihn also in der Imagination zu sehen, zu fühlen, zu riechen und zu hören.

Seien Sie so wach und bewusst wie möglich an Ihrem Ort und lassen Sie sich von der Atmosphäre dort beeinflussen. Wie fühlen Sie sich, was für eine Stimmung hat sich in Ihnen ausgebreitet? (*Hausmann, Neddermeyer 2003, S. 68*)

Wichtig ist eine anschliessende sanfte, aber bestimmte Zurückführung ins Hier-und-Jetzt, ein Sich-Strecken und evtl. Abklopfen von einzelnen Körperteilen und, wenn der Patient dies wünscht, ein Austausch über das Erlebte.

Gemäss Hausmann und Neddermeyer tritt eine allgemeine Aktivierung und Sensibilisierung aller Ebenen ein, wenn lediglich Rahmenvorschläge für das freie Wandern der Phantasie gegeben werden. Falls jedoch ein bestimmter Effekt erreicht werden soll, wie z.B. Ruhe oder Leichtigkeit, können gezielt Bilder und Vorstellungen eingesetzt werden, die diese gewünschten Qualitäten vermitteln (*Hausmann, Neddermeyer* 2003, S. 68).

Thematische Angebote, die über die Bewegung ins Erleben führen:

- Mit den Händen ganz leise auf den Tisch oder Boden klopfen, immer lauter werdend
- Mit den Händen Rhythmen klatschen, einander Rhythmen zuspielen
- Die Hände zu Fäusten schliessen und wieder ganz öffnen

Die eben aufgeführten Beispiele können nicht nur für die Hände, sondern gleichermaßen auch für die Füsse oder andere Körperteile angeleitet werden. Für HWS-Patienten ist die Arbeit mit den Händen jedoch meistens weniger mit Angst vor Schmerzen belastet.

Medienangebote

- Bewegung mit Tüchern (siehe 4.2.2)
- Bewegung zu Musik (siehe 4.2.3)
- Arbeit mit Stäben

Vor allem bei HWS-Patienten, die unter Schwindel leiden, bietet die Arbeit mit Stäben eine gute Möglichkeit, sich trotz Schwindel mit Hilfe des Stabes im Raum zu bewegen. Der Stab wird dazu vor allem zu Beginn der Arbeit als „drittes Bein“ eingesetzt. Langsames Im-Raum-herum-Gehen wechselt mit Phasen der Ruhe, in denen sich der Patient auf den Stab aufstützen kann. Aktives Wahrnehmen der eigenen Möglichkeiten und Grenzen („Will ich gehen oder ruhig stehen? Kann ich mich weiter bewegen oder löst dies Schwindel aus?“) und ebenso aktiv auf diese Wahrnehmungen reagieren können („Ich

spüre Schwindel, also stütze ich mich einen Moment auf den Stab.“) lässt den Patienten spüren, dass er seinen Beschwerden nicht hilflos ausgeliefert ist, sondern diese durch aktives, selbstbestimmtes Gestalten verändern und beeinflussen kann.

- Steine auf verschiedene Leibregionen legen (*Hausmann, Neddermeyer* 2003, S. 51).

HWS-Patienten erleben ihre Situation oft als schwer und belastend. Diesem Gefühl durch das Symbol der Steine Ausdruck zu verleihen, indem sie auf verschiedenen Leibregionen platziert, bewusst gespürt und ebenso bewusst vom Leib wieder entfernt werden, kann beim Patienten „enlargement“ bewirken und in seinem memorativen Leib Erinnerungen an entlastende Momente aktivieren. Zudem wird beim – möglicherweise der Übung vorangehenden - Steine Suchen in der Natur die Aufmerksamkeit nach Aussen gelenkt (vgl. oben) und eine Erlebnisaktivierung sowie multiple Stimulierung (Petzold 1996a) ermöglicht.

4.2 Zwei Praxisbeispiele

4.2.1 Rahmenbedingungen

Die folgenden Beispiele aus der Praxis stammen aus meiner Arbeit als Praktikantin der Bewegungstherapie auf einer Psychotherapiestation für transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie einer psychiatrischen Klinik in einer mittelgroßen Schweizer Stadt. Auf dieser offen geführten Station werden 12 vollstationäre Behandlungsplätze für Frauen und Männer zwischen 18 und 60 Jahren angeboten. Behandelt werden Patientinnen und Patienten mit Schwerpunkt affektive Erkrankungen, die oft in Verbindung mit somatoformen Störungsbildern auftreten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt acht Wochen, wobei diese individuell festgelegt wird.

Therapeutisches Angebot der Klinik

Ich werde im Folgenden das therapeutische Angebot der Klinik kurz erläutern, um anschließend gezielt auf die Situation meiner beiden Patienten¹⁰, nämlich Herrn A. und Frau B. einzugehen. Therapieprogramm und Wochenplan der einzelnen Patien-

¹⁰ Bei diesen beiden Praxisbeispielen wurden alle Daten anonymisiert.

tinnen und Patienten dieser Klinik werden in einer ausführlichen Therapieplanungssitzung, an der nach Möglichkeit sowohl alle auf der Station arbeitenden Therapeuten, Pfleger und Ärzte als auch die betroffene Patientin resp. der Patient selber teilnehmen.

Nebst verschiedenen, individuell verordneten, körperorientierten Behandlungen wie Tanz- und Bewegungstherapie, Bewegungsbad, Wasser-Shiatsu, Physiotherapie, MTT oder Nordic Walking sind einerseits Progressive Muskelentspannung (PMR) nach Edmund und andererseits die Bewegungsgruppe feste Bestandteile des Wochenprogramms dieser Station. Dabei sind - abgesehen von den jeweiligen individuellen Ausnahmen – die in der Therapieplanungen festgelegten Verordnungen für alle Patientinnen und Patienten verpflichtend.

Die einmal wöchentlich stattfindende Bewegungsgruppe umfasst in der Regel zwischen sechs und zwölf Patientinnen und Patienten und wird von einer Bewegungstherapeutin angeboten, die auf dieser Station arbeitet und mit den Patienten gut vertraut ist. In der Gestaltung dieser Stunde ist es ein Anliegen der Therapeutin, die oft sehr unterschiedlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten zu berücksichtigen und ein möglichst breites Bewegungs- und Entspannungsangebot anzubieten. Als Durchführungsorte stehen ihr eine Turnhalle sowie ein großer Park am See zur Verfügung.

Mir als Bewegungstherapeutin ist während diesen Stunden ressourcen-orientiertes und erlebnis-zentriertes Arbeiten sehr wichtig, nimmt doch bei den meisten Patientinnen und Patienten die Schmerzsymptomatik eine zentrale Position ein und verunmöglicht dadurch oft den Blick sowohl auf Positives als auch auf noch Mögliches. Neben dem oben erwähnten gruppenorientierten Arbeiten werden auch Einzelbewegungstherapiestunden angeboten. In diesen, in einem kleinen, eigens für Bewegungstherapie eingerichteten Raum, steht individuelles Arbeiten im Zentrum. Für Patientinnen und Patienten, die ihren Klinikaufenthalt beendet haben, besteht die Möglichkeit, einmal pro Woche an einer ambulanten Bewegungstherapiegruppe teilzunehmen, die ebenfalls in dieser Klinik angeboten wird.

4.2.2 Herr A. mit Doppeldiagnose HWS-Distorsionstrauma und narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Herr A. tritt nach einem Arbeitsunfall mit einer Doppeldiagnose HWS-Distorsionstrauma und Depression für einen stationären Aufenthalt in die Klinik ein. Herr A. ist verheiratet und Vater von zwei Kindern. Vor seinem Unfall arbeitete er als Fahrer bei einer Medikamentenfirma, für die er vor allem nachts Medikamente auslieferte. Tagsüber ging er oft einer anderen Arbeit nach. Er selbst sagt von sich, er habe vor dem Unfall an einer narzisstischen Selbstüberschätzung gelitten, das habe ihm ein Arzt gesagt. Herr A. ist ein großer, gut aussehender 31-jähriger Kosovoalbaner, der zu Beginn seines Aufenthaltes großen Wert auf seine äußere Erscheinung legte.

In der Therapieplanungssitzung (siehe oben) wurde ein Therapieprogramm für Herrn A. erarbeitet, das ihn verpflichtet, sowohl in der Bewegungsgruppe als auch an der Einzelbewegungstherapie teilzunehmen. Beide Angebote besucht er jedoch nur mit Widerwillen, sind sie in seinen Augen doch Ausdruck dafür, dass seine Beschwerden nicht ernst genommen werden, obwohl diese es ihm verunmöglichen, seinen angestammten Beruf weiter auszuüben. Er gibt seinen Zweifeln beispielsweise so Ausdruck: „Wie sollte er denn, da die kleinsten Bewegungen seine Beschwerden verstärken, von einer Bewegungstherapie profitieren können?“

Zu Beginn der Bewegungsgruppenstunde sitzt er denn auch am Rand des Raumes, schaut uns aber von da aus zu. Mit der Intension, gemäss dem 3. Weg der Heilung (*Petzold* 1996a, S. 215f.) (vgl. 3.7.2) erlebnis-zentriert zu arbeiten, habe ich Tücher mitgebracht. Wegen der oft sehr schweren, gedrückten Stimmung innerhalb der Gruppe und der resignativen Haltung mancher Patienten scheint es mir sinnvoll, mit einem leichten, luftigen Material zu arbeiten, das zum Bewegen und Atmen anregt und die Gruppenteilnehmer ihre Leiblichkeit auf sanfte Art spüren lässt. Zu Beginn breite ich ein großes, weich fließendes Tuch auf dem Boden aus und lasse die ganze Gruppe um das Tuch - auf dem Boden oder auf Stühlen – Platz nehmen. Ich lade Herrn A. ein, sich statt am Rand des Raums mit uns am Rand des Tuches hinzusetzen, da er genauso ein Teil der Gruppe wie alle anderen ist. Gemäss dem dritten

therapeutischen Wirkfaktor¹¹, der sich auf Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung resp. Lebenshilfe bezieht, betone ich ihm gegenüber, dass er besonders gut auf sich Acht geben, seine Beschwerden ernst nehmen und lediglich soweit mitmachen soll, wie ihm dies möglich sei. Er nickt und setzt sich zur Gruppe. Dabei ist es mir wichtig, dass sich Herr A. einerseits von außen wahrgenommen fühlt und einführendes Verstehen sowie emotionale Annahme resp. Stütze erfährt - was als erster¹² und zweiter therapeutischer Wirkfaktor¹³ bezeichnet wird -, andererseits jedoch auch lernt, sich selber als Gruppenmitglied wahrzunehmen und in Eigenverantwortung mit seinen Beschwerden angemessen umzugehen. Auch kann er sich selber durch die aktive Teilnahme in der „Vielfalt des sozialen Atoms“¹⁴ erleben.

Nun fasst jeder der Gruppenmitglieder das Tuch mit beiden Händen, so dass wir es gemeinsam - in anfänglich kleinen, sanften Wellen - bewegen. Ich beobachte, wie Herr A. sich daran beteiligt. Da ich weiss, dass er sowie andere Patientinnen und Patienten der Gruppe eine gute Beziehung zum Meer resp. schöne Erinnerungen an dortige Erlebnisse haben, beabsichtige ich, durch die Wellenbewegungen des großen Tuches das Leibgedächtnis (also den memorativer Leib) von Herrn A. und der anderen zu aktivieren (ressourcen-orientiertes Arbeiten) und es ihnen zu ermöglichen, auch innerhalb des für sie schwierigen Klinikalltages – quasi als safe place¹⁵ - einen Moment der Entspannung und der Ruhe zu erleben.

¹¹ Petzold beschreibt, wie in 3.7.1 kurz ausgeführt, 14 therapeutische Wirkfaktoren (2003, S. 1036f.), von denen ich im Folgenden einige ausgewählte beschreiben werde:
3. *therapeutischer Wirkfaktor*: Dieser bezieht sich auf Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung / Lebenshilfe.

¹² 1. *therapeutischer Wirkfaktor*: einführendes Verstehen, Empathie:
Das Erleben von „*stimmiger Empathie*“ setzt positive Sozialisierungserfahrungen (Baker 1991) gegenwärtig oder wirkt als „korrigierende emotionale Erfahrung“ für negative, biographische Einflüsse“ (Petzold 2003a, S. 1037).

¹³ 2. *therapeutischer Wirkfaktor*: emotionale Annahme und Stütze:
Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung, insbesondere Förderung *positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognition* (...) kennzeichnen diesen Faktor, der so mit dem des „einführenden Verstehens“ unlösbar verbunden ist (Petzold 2003a, S. 1038).

¹⁴ „Insbesondere Qualitäten, die für die innere Zone „sozialer Atome“ kennzeichnend sind, nämlich körperliche Nähe und Zuwendung, zwischenleibliche „Interaktion“, intime Gespräche, wie sie zwischen Eltern und Kindern, Großeltern und Enkeln oder sehr guten Freunden üblich sind, werden durch tanz- und bewegungstherapeutische Gruppen ermöglicht, und hier liegt ein eindeutiger Vorteil gegenüber rein verbal orientierten Gruppenangeboten (...)“ (Petzold 2003a, S. 911).

¹⁵ Das, was KindertherapeutInnen als „potential space“ (Winnicott), „secure base“ (Bowlby), „safe place“ (Katz-Bernstein), „schützende Insel“ (Petzold) bezeichnen, würde von Ent-

Vorsichtig werden die Bewegungen der Gruppe und damit auch die Wellen des Tuches allmählich größer. Herr A. ist immer noch dabei. Dann versuchen wir alle aufzustehen und das Tuch in einer gemeinsamen, großen Bewegung nach oben zu schwingen und langsam wieder nach unten sinken zu lassen. Dabei bitte ich alle Gruppenmitglieder explizit, gut auf sich Acht zu geben und beispielsweise bei Beschwerden im Nacken- und Schulterbereich die Armbewegung nicht zu weit nach oben auszuführen. Während ich die Bewegung vormache, erkläre ich, indem ich in einfacher Alltagssprache – also in der Form von Theorie als Intervention¹⁶ – welche Muskeln dabei beansprucht werden und wie die Bewegung möglichst Nacken- und Schulter-schonend ausgeführt werden kann.

Wir wiederholen diese Übung einige Male und versuchen dann, die durch das Tuch entstehende Luftbewegung auf unserer Haut als sanften Wind wahrzunehmen. Für die meisten Patienten ist eine Selbstwahrnehmung durch das Mittel der Konzentration nach innen ungewohnt und nicht einfach. Oft ist es deshalb einfacher, Leibwahrnehmung im Kontakt mit einem Gegenstand (hier das Tuch und der durch dessen Bewegungen ausgelöste Wind) zu üben. Die Selbstwahrnehmung bekommt einen speziellen Akzent durch das Zusammenspiel mit einem Gegenstand (*Hausmann, Neddermeyer, S. 82*). Zudem hilft die Leichtigkeit des Tuches, die eher schwere Stimmung, die in dieser Gruppe oft dominiert, zu überwinden.

Anschließend lassen wir die Wellen kleiner werden, setzen uns wieder hin und schauen ganz ruhig zu, bis das Tuch ohne jegliche Bewegung am Boden liegt. In der Gruppe ist eine gelöste, freudige Stimmung.

In einem Blitzlicht, in dem alle Gruppenteilnehmerinnen und –teilnehmer kurz von ihrer Befindlichkeit und ihrem Erleben berichten, tauschen wir unsere Erfahrungen aus. Herr A. meint in gebrochenem Deutsch: „War wie Strand, wie Ferien.“ Seine

wicklungspsychobiologen als Bedingungen für eine optimale Genregulation betrachtet, in denen gute „zwischenmenschliche Beziehungen“ als Mittel der „Heilung und Förderung“ *par excellence* gesehen werden müssen (*Petzold 2003a, S. 1072*) (siehe auch 3.7.4).

¹⁶ Dabei geht es darum, den Patienten in „Alltagssprache“ und auch für „einfache Menschen“ (*Petzold 2003a, S. 58 f.*) verständlich theoretische Hintergründe zu erklären (siehe auch 3.7.5).

Augen leuchten, sein Gesicht wirkt gelöst! Die positive Erfahrung, die er in dieser Stunde machen konnte, spiegelt sich in seinem Gesicht und ist auch für mich stark spürbar, was mich sehr berührt. Umso stärker bedauere ich im Nachhinein, dass es nicht möglich war, in den folgenden Stunden an diese Erfahrung anzuknüpfen (siehe unten).

In der Einzeltherapie mit Herrn A. erweist sich unsere gemeinsame Arbeit aus mehreren Gründen als sehr schwierig. Zu seiner eingangs erwähnten Haltung kommt sein kultureller Hintergrund hinzu. Seine islamische Herkunft erschwert es Herrn A., sich mit mir als Frau in ein Arbeitsbündnis einzulassen. Meine Versuche, diese Schwierigkeiten mit ihm zu thematisieren, scheitern daran, dass Herr A. in seiner sehr höflichen Art mir als weiblicher Therapeutin gegenüber lediglich oft wiederholt: „Sie alles machen gut!“

In einer der Einzeltherapiestunden bitte ich ihn um Erlaubnis, ihm etwas erzählen zu dürfen. Er nickt. In kurzen Worten – dem Konzepte der partiellen selfdisclosure¹⁷ folgend - schildere ich ihm von meinen eigenen Schleudertraumaerfahrungen und mein aus dieser Geschichte gewonnenes Verständnis für seine Beschwerden und die Wichtigkeit, dass er sich ernst genommen fühlt. Herr A. hört mir aufmerksam zu und obschon er zum Schluss lediglich meint: „Sie alles machen gut!“, spüre ich, dass in diesem Moment des Zuhörens bei ihm eine ganz kleine Veränderung möglich wurde.

Im Verlaufe der nächsten Stunden interessiert sich Herr A. für das von mir erwähnte Autogene Training. Er lässt sich von mir in diese Entspannungstechnik einführen und bittet darum, die dazu gehörigen Sätze aufschreiben zu dürfen. In diesen Stunden fällt kein einziges Mal sein „Sie alles machen gut!“ Vielmehr habe ich den Eindruck, dass Herr A. beginnt, sich langsam auf die Therapie und auf eine Beziehung zu mir einzulassen.

¹⁷ „In der IBT und der Integrativen Therapie verwendet der Therapeut die Vorteile eines abstinenter, analytischen Stils und die Vorteile des auf „selfdisclosure“, auf Offenheit abzielenden experimentellen Stils, indem er beide Verhaltensmöglichkeiten je nach den Bedingungen der Situation einsetzt“ (Petzold 1996a, S. 82). Petzold bezeichnet diesen Stil als *partielles Engagement* und *selektive Offenheit*. Hierbei wird das Sich-Einbringen des Therapeuten als therapeutische Intervention verstanden und - wie die Abstinenz - nicht zum starren Prinzip, sondern zur Interventionsmöglichkeit je nach spezifischer Indikation und Zielvorstellung (Petzold 1996a, S. 82).

Während des Alltags auf seiner Station zeigt Herr A. jedoch eine immer stärker werdende Tendenz, sich sehr leidend zu zeigen, seine Beschwerden in den Vordergrund zu stellen und sowohl dem Personal wie auch seinen Mitpatientinnen und Mitpatienten deutlich vorzuführen, dass seine Beschwerden reell und sehr schwerwiegend seien. Herr A. trägt den ganzen Tag nur noch seinen ausgeleierte Trainingsanzug, rasiert sich nicht mehr, vernachlässigt seine Körperpflege und nimmt am Therapieprogramm nur noch partiell teil. Sein Verhalten erweckt den Anschein, als verwende er die in seinem angestammten Beruf erworbenen Ressourcen und Kompetenzen nun dazu, seine - in seinen Augen - neue Lebensaufgabe, nämlich diejenige des Schleudertraumapatienten, perfekt auszufüllen. Wenn er schon keinen Beruf mehr ausüben könne, so möchte er wenigstens ein perfekter, ernst zu nehmender Schleudertraumapatient sein und so seine Krankheit zu seiner Berufung, resp. zu seinem Lebensinhalt machen. Es verdichtet sich bei mir die Vermutung, dass die punktuellen Fortschritte und positiven Erfahrungen, die er in der Bewegungstherapie machen konnte, für ihn eine Bedrohung seiner möglichen Lebenshaltung sein könnten. Es gelingt jedoch nicht, in der relativ kurzen Zeit seines Klinikaufenthaltes diesen Zwiespalt anzugehen. Auch wird im Verlaufe seines Aufenthaltes immer deutlicher, dass es für Herrn A. schwierig ist, sich wirklich auf das therapeutische Angebot einzulassen.

In einem Standortgespräch wird für das behandelnde Team deutlich, dass die kleinen Fortschritte, die Herr A. in der Einzeltherapie macht, zu wenig Veränderungen im Klinikalltag und in den anderen Therapien bewirken. Deshalb wird Herr A. in einem Standortgespräch auf der Station mit seinem Verhalten und dessen Wirkung auf Personal und Mitpatientinnen und Mitpatienten konfrontiert und vor die Wahl gestellt, sich entweder ganz auf das therapeutische Angebot einzulassen oder den Klinikaufenthalt zu beenden, um sich allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Frage der Invalidenrente geklärt sei, erneut anzumelden. Herr A. entschließt sich zu Letzterem und verlässt die Klinik nach rund sechs Wochen Aufenthalt. Das Angebot, ambulant in Bewegungstherapie zu kommen, nimmt er zwar höflich entgegen, meldet sich jedoch - auch zu einem späteren Zeitpunkt - nicht mehr.

4.2.3 Frau B. mit Diagnose HWS-Distorsionstrauma nach Autounfall

Die Patientin, ich nenne sie hier Frau B., ist 42-jährig, verheiratet und Mutter von zwei Mädchen und einem Jungen (4-, 6- und 8-jährig). Rund drei Jahre vor dem Klinikeintritt erlitt sie unverschuldet einen schweren Autounfall, als sie mit ihren Kindern auf dem Nachhauseweg aus den Ferien war und selber am Steuer des Autos saß. Bis zum Unfallereignis hatte sie sich um ihre drei Kinder, einen Hund und ein altes Haus mit großem Garten gekümmert. Ausserdem arbeitete sie Teilzeit als Physiotherapeutin in eigener Praxis. Nach dem Unfall war es ihr nicht mehr möglich, ihr bisheriges Arbeitspensum zu bewältigen. Sie stellte eine Haushaltshilfe ein und musste nach diversen Arbeitswiederaufnahmeversuchen ihre eigene Praxis ganz aufgeben. Drei Jahre nach dem Unfallereignis, in denen sie verschiedene ambulante Therapieversuche unternommen hatte, wird sie mit ihrem Einverständnis mit der Diagnose „HWS-Distorsionstrauma“ von der Invalidenversicherung und dem Haftpflichtversicherer der Unfallverursacherin zu einem stationären Aufenthalt in die Klinik eingewiesen.

Im Rahmen dieser Arbeit beschränke ich mich darauf, zwei Ausschnitte aus dem Therapieverlauf in der Bewegungstherapie zu beschreiben. Es handelt sich dabei weniger um Beschreibungen ganzer Therapiestunden, als vielmehr um einzelne, mir für den Verlauf der Therapie zentral erscheinende Momente. Der Therapieverlauf bei dieser Patientin wurde durch die enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit von Therapeutinnen verschiedenster Therapieansätze (siehe 4.2.1), wie sie wohl nur in einem stationären Aufenthalt möglich sind, unterstützt und positiv beeinflusst.

1. Therapiestunde

Die Patientin, Frau B., kommt sehr motiviert zur ersten Therapiestunde. Sie hatte sich bei der Therapieplanung ausdrücklich Bewegungstherapie gewünscht. Schon bei der Begrüssung meinte sie, sie sei sehr gespannt, was mit ihrer akuten Schmerzsymptomatik an Bewegung überhaupt noch möglich sei. In dieser ersten Stunde hat sie stark das Bedürfnis, ihre Beschwerden und Defizite genau zu beschreiben, was bei mir in der Gegenübertragung Trauer und eine große Hilflosigkeit auslöst. Darauf angesprochen steigen ihr Tränen in die Augen.

- Th.: „Das macht Sie traurig, wenn ich Ihnen das sage?“
 B.: „Ja, traurig und hilflos.“
 Th.: „Traurig und hilflos!“
 B.: „Ja, ich habe so viel verloren. Ich kann so vieles nicht mehr. Ich mache meinen Haushalt nicht mehr selber, ich musste meine Praxis aufgeben, einzig meine Kinder kann ich noch betreuen. Aber sonst... Was kann ich denn noch und wer bin ich noch, wenn ich nichts mehr kann? Und dann dauern diese Schmerzen und der Schwindel immer noch an.“

Frau B. scheint in einer für Schleudertaumapatienten oft symptomatischen Situation zu sein, in der sie immer wieder auf ihre Symptome und deren Beschreibung zurückkommt, also einen sogenannten Beschwerde zentrierten „Tunnelblick“ zeigt und in einer Trauma bedingten Erstarrung an ihren Schwierigkeiten festhält. Dementsprechend zählt für sie nur noch, was sie alles nicht mehr kann. Ihr Leben unterteilt sie deshalb in eine Zeit vor und eine Zeit nach dem Unfall.

Mit der Intention, ressourcen-orientiert zu arbeiten, mache ich ihr folgenden Vorschlag:

- Th.: „Mögen Sie sich auf ein Experiment einlassen?“
 B.: „Mhm,“ und nickt zögerlich.
 Th.: „Wir könnten hier in dieser Stunde gemeinsam versuchen herauszufinden, was Sie noch können. Und da wir hier ja Bewegungstherapie machen, würde ich Ihnen vorschlagen, dass wir schauen, was an Bewegung noch möglich ist – was schmerzfrei möglich ist. Was meinen Sie dazu?“
 B.: „Ja, wir können es versuchen.“
 Th.: „Gut! Lassen Sie sich einen Moment Zeit. Spüren Sie, wo Sie in diesem Raum mit der Übung beginnen möchten.“
 B. steht nach einem kurzen Moment des Überlegens auf, stellt sich mitten im Raum hin und schaut mich fragend an.
 Th.: „Spüren Sie, ob dieser Ort gut für Sie ist.“
 B.: „Ja, doch. Ich glaube schon.“
 Th.: „Ich glaube schon?“
 B.: „Ja, ich spüre es nicht wirklich.“
 Th.: „Was spüren Sie denn im Moment, da wo Sie gerade stehen?“
 B.: „Schwindel.“
 Th.: „Mögen Sie eine Stellung suchen, in der es Ihnen nicht schwindlig ist?“
 B.: „Mhm,“ nickt – setzt sich auf den Boden – und schaut mich fragend wieder an.
 Th.: „Besser?“
 B.: zögert.
 Th.: „Lassen Sie sich Zeit!“
 B.: „Nein, da ist es nicht wirklich besser.“
 Th.: „Was müssten Sie verändern, damit es besser ist?“

Nach gemeinsamem, wiederholtem Nachfragen und Nachspüren sitzt Frau B. schliesslich ganz am Rand des Raumes am Boden, den Rücken an die ihr Sicherheit vermittelnde Wand gelehnt. Ich setze mich - ebenfalls in dieser Stellung - neben sie an die Wand. Den Abstand zwischen uns haben wir zuvor durch Nachfragen und

Nachspüren sorgfältig erarbeitet und nun überprüft, ob er für Frau B. so stimmt. Wichtig war mir dabei, Frau B. zu vermitteln, dass ihre Wahrnehmungen richtig und adäquat waren und dass ich sie in ihrer ganz eigenen, individuellen Art ernst nehme (1. und 2. therapeutischer Heilfaktor *Petzold* 1996, S. 214).

Aus dieser sitzenden Stellung heraus sucht Frau B. - zu einer von ihr gewünschten, langsamen Musik - nach schmerzfreien Bewegungsmöglichkeiten. Sie beginnt mit großen Armbewegungen, die bei ihr sofort Schmerzen im Nacken auslösen. Immer wieder ermutige ich Frau B., sorgfältig mit sich umzugehen, sich Zeit zum Nachspüren zu lassen und das Entstehende nicht zu werten. Am Schluss der Stunde sitzt Frau B. in derselben Stellung an die Wand gelehnt und bewegt lediglich ihre Zehen, mit einem Gesichtsausdruck des Staunens.

Dritte Therapiestunde, zehn Tage später

Frau B. nahm am Tag zuvor zum ersten Mal an der in der Klinik von einer anderen Therapeutin angebotenen Bewegungsgruppe teil. Nun erzählt sie mir, wie sie dies erlebt hat. Zu Beginn der Bewegungsgruppe standen die Patientinnen und Patienten im Kreis, um stehend die von der Therapeutin vorgegebenen Bewegungsabläufe nachzuahmen, was ihr selbst aufgrund ihres Schwindels sehr schwer gefallen sei.

- B.: „Ich war neu in der Gruppe. Keiner hat mich begrüßt und langes Stehen fällt mir sowieso schwer.“
- Th: „Mögen Sie mir erzählen, wie dies in dem Raum genau ausgesehen hat?“
- B.: „Es war kein großer Raum. Alle stellten sich im Kreis auf. Ich habe mir dann einen Platz in der Nähe einer Wand gesucht, damit ich mich hätte festhalten können, falls mir schwindlig würde.“
- Th.: „Fühlten Sie sich da etwas sicherer?“
- B.: „Ja, schon; aber durch mein nahes An-der-Wand-Stehen stand ich gleichzeitig auch etwas außerhalb der Gruppe.“
- Th.: „Ich habe den Eindruck, dass Sie sich dadurch noch mehr nicht dazu gehörig fühlten. Stimmt das?“
- B.: „Ja, das stimmt, Aber es war mir irgendwie auch recht so. Ich will mich gar nicht dazu gehörig fühlen.“
- B. schaut aus dem Fenster, so als weile sie ganz woanders.
- Th.: „Sie schauen aus dem Fenster.“
- B. nickt.
- Th: „Wo sind Sie eben jetzt in Gedanken?“
- B.: „Irgendwie sind die Rollen falsch verteilt.“
- Th.: „Die Rollen falsch verteilt?“
- B.: „Bis jetzt war ich auf der anderen Seite – habe *ich* Bewegungsgruppen angeleitet,... habe Weiterbildungen für Erwachsene angeboten, ... war *ich* die Therapeutin. Und jetzt dies...!“
- B. schweigt, eine Schwere ist im Raum spürbar.
- Th.: „Das fühlt sich sehr schwer an!“

B.: „Mmh.“

Frau. B. scheint immer mehr in ihren Gedanken zu versinken. Da es erst die dritte Therapiestunde, unsere Beziehung noch nicht wirklich tragfähig und Frau B.'s Zustand instabil ist, scheint mir eine weitere Tiefung nicht sinnvoll (siehe 3.5.1). Vielmehr geht es mir im Folgenden darum, Frau B. einerseits einen Moment in ihren Körper, ins Wahrnehmen des jetzigen Momentes und in Kontakt mit sich selbst sowie mit mir zu bringen und andererseits über Theorie als Intervention (*Petzold 2003a*, S. 59) ihr therapeutisches Ich sowie ihre kognitiven Fähigkeiten anzusprechen, um diese in die Therapie einzubeziehen.

Th.: „Ich würde Ihnen gerne einen Vorschlag machen. Ist das in Ordnung?“

B.: „Mhm,“ sie nickt dazu.

Th.: „Sie sind zur Zeit in einer schweren Situation, das ist sehr deutlich spürbar. Sie sind hier in der Klinik Patientin, das ist so. Das können wir nicht wegdiskutieren. Sie sind in einer Rolle, die Sie nicht gewählt haben, in die Sie hineingeworfen wurden. Das stelle ich mir als sehr schwierig vor. Sie sind und bleiben aber trotzdem immer auch Therapeutin, auch wenn Sie das zurzeit nicht spüren. Das kann Ihnen niemand wegnehmen. Das ist und bleibt ein Teil von Ihnen, der einfach zurzeit etwas in den Hintergrund getreten ist.“

B. hat die ganze Zeit sehr aufmerksam zugehört und ist übers Zuhören wieder in Kontakt mit mir getreten. Jetzt nickt sie zögerlich.

B.: „Ich spür's zur Zeit wirklich nicht.“

Th.: „Ja, das ist eine ganz normale Reaktion. Ihr ganzer Organismus ist seit dem Unfall aufs Überleben ausgerichtet. Alle nicht wirklich zum Überleben notwendigen Funktionen sind wie eingefroren. Und Therapeutin sein scheint Ihnen zurzeit wirklich nicht überlebensnotwendig. Das gehört zu einer Traumareaktion.

Doch gerade in dieser Zeit des Eingefroren-Seins ist es ganz wichtig zu versuchen, ganz kleine Teile des eigenen Körpers wieder zu spüren, über die Wahrnehmung wieder aus der Erstarrung und „Einfrierung“ herauszukommen, und dies in ganz kleinen Schritten zu tun.

Ist das für Sie nachvollziehbar?“

B. ist jetzt ganz wach und interessiert.

B.: „Ja, das ist einleuchtend.“

Th.: „O.k. Dann würde ich Ihnen dazu gerne eine kleine Übung anbieten. Gut so?“

B.: „Ja!“ Sie nickt dazu.

Th.: „Setzen Sie sich auf Ihrem Stuhl etwas weiter nach vorne, so dass Ihre Füße gut auf dem Boden aufliegen und Sie Ihre Sitzbeinhöcker spüren können.“

B. rutscht auf dem Stuhl nach vorn, stellt die Füße auf den Boden.

Th. „Sie können die Augen schliessen oder auch offen lassen, ganz wie es Ihnen angenehmer ist.“

B. schließt die Augen.

B.: „So wird mir schwindlig.“

Th.: „Dann versuchen Sie, die Augen offen zu lassen und den Blick irgendwo an etwas festzumachen. Geht das?“

B.: „Ja, so ist es besser.“

Th.: „Sie spüren die Sitzfläche des Stuhls, spüren die stabile Unterlage, auf der Sie sitzen, den Stuhl, der sie trägt und hält. Sie spüren den Boden unter den Füßen. Er trägt Sie und hält Sie.“

B. sitzt ganz ruhig und abwartend. Ihr Körpertonus ist leicht erhöht.

Th.: „Wie fühlt sich das an?“
 B.: „Unsicher.“
 Th.: „Unsicher?“
 B.: „Ja unsicher, irgendwie spüre ich den Boden nicht wirklich.“
 Th.: „Ich würde Ihnen gerne zwei warme Sandsäcklein unter die Füße geben. Vielleicht hilft Ihnen das, den Boden besser zu spüren?“
 B.: „Mmh.“

Für einen kurzen Moment gelingt es Frau B., sich ganz auf diese Übung zu konzentrieren und den Boden unter ihren Füßen zu spüren. Dann schaut sie mich fragend an.

Th.: „Spüren Sie Ihre Füße?“
 B.: „Ja.“
 Th.: „Sie spüren die Stabilität des Bodens, der Halt gebend und sicher ist.“
 B.: „Ja.“
 Th.: „Gut! Ich mache Ihnen einen Vorschlag,“ – Th. holt gleichzeitige einen leeren Stuhl: „Setzen Sie sich doch einmal auf diesen Stuhl und schauen Sie Frau B. von dort aus an.“
 B. wechselt den Stuhl.
 Th.: „Spüren Sie zuerst wieder gut den Boden unter den Füßen. Stellen Sie sich dann vor, Sie seien die Therapeutin von Frau B. Was würden Sie zu ihr sagen?“
 B. sitzt in ganz anderer, sehr wacher Haltung auf dem ‚Therapeutinnenstuhl‘ – schaut sehr aufmerksam zur Patientin – überlegt – spürt nach – überlegt wieder.
 B.: „Ich würde ihr raten...“
 Th.: „Sprechen Sie direkt mit Frau B.“
 B.: „Das kann ich nicht.“
 Th.: „Probieren Sie’s.“
 B. zur imaginären Patientin:
 B.: „Ich glaube, die Übung von gestern mit den kleinen Bewegungen der Zehen hat Ihnen gut getan. Ich glaube, es wäre gut, wenn Sie da dran bleiben würden, an der Wahrnehmung, an dem, was möglich ist, an ganz kleinen Schritten.“
 Th.: „Ich schlage vor, Sie wechseln wieder den Stuhl.“
 B. setzt sich wieder auf den ‚Patientinnenstuhl‘ und atmet ganz tief durch.
 B.: „Ich wusste nicht, dass ich das noch kann.“
 Th.: „Dass Sie was noch können?“
 B.: „Mir selber einen Ratschlag geben, mir selber sagen, was mir gut tun würde.“
 Th.: „Und wie fühlt sich das an?“
 B.: „Irgendwie glaub ich’s noch gar nicht.“
 Th. (mit einem Lächeln): „Sie bleiben ja noch eine Weile bei uns, da haben Sie noch Zeit, sich davon zu überzeugen.“
 B. lächelt auch und nickt.

Als Abschluss der Stunde wünscht sich Frau B. nochmals die Übung der ersten Therapiestunde (an der Wand sitzend und nur die Zehen bewegend).

Im Verlaufe des sechswöchigen Aufenthaltes sind in den Bewegungstherapiestunden immer wieder Sequenzen möglich, in denen Frau B. sich ganz auf ein Spüren der aktuellen Situation einlassen kann und in denen sie sich mit ihren eigenen Grenzen und Möglichkeiten auseinandersetzt. Die Arbeit im und am Spüren löst bei ihr immer

wieder Trauer um das Verlorene aus, macht aber auch deutlich, wie stark Frau B. an Altem, Bekanntem hängt und wie schwer es ihr fällt, Gedanken an Neues, noch Unbekanntes zuzulassen. Loslassen, Schmerz- und Schwindelbewältigung sowie das Finden einer neuen Körperidentität werden deshalb zentrale Themen der Therapiestunden.

Einige Jahre später berichtete mir Frau B. in einem Brief Folgendes:

Der Klinikaufenthalt und insbesondere die Bewegungstherapiestunden waren für mich eine Art Wendepunkt in meinem Leben. Zum ersten Mal seit dem Unfall fühlte ich mich ernst genommen, wurden mir meine Symptome erklärt und Zusammenhänge und Beschwerdemuster aufgezeigt. Ich begann zu begreifen, was mit mir passiert war und hatte seit langem wieder einmal das Gefühl, nicht mehr ganz so ausgeliefert zu sein und mein Leben doch noch selber gestalten zu können. Zwar konnte ich mir nach dem Klinikaustritt noch überhaupt nicht vorstellen, wie das aussehen würde. Aber ich hatte gelernt, meine eigenen Gefühle und Wahrnehmungen zumindest punktuell wieder zuzulassen. Ich begann zu spüren, in welche Richtung ich gehen könnte. Der Anfang eines langen Weges in eine für mich gute Richtung hatte sich durch den Klinikaufenthalt aufgetan. Ich bin noch viele Male „abgestürzt“, spürte aber immer deutlicher, dass ich nur genesen konnte, wenn ich mich aus alten Mustern lösen, mich in kleinen Schritten auf Neues einlassen und vor allem auch meinen Gefühlen und Wahrnehmungen trauen würde! Wenn ich heute meine Tagebuchnotizen aus der Nachunfallzeit lese und mit dem vergleiche, was heute für mich möglich ist, bin ich sehr, sehr dankbar!

5. Fazit

Über meiner Arbeit steht das eingangs verwendete Zitat von *Vladimir Iljine*, das den Zusammenhang von Körper, Leiblichkeit, Bewegung und Selbstfindung eindrücklich formuliert. Darin betont *Iljine*, dass Bewegung, Geste, Ausdrucksart, Stimme oder Mimik mit Empfindungen, Befindlichkeit, Lebenshaltung und Lebensphilosophie untrennbar miteinander verbunden sind. Über die Jahre gewachsen ist dieses Vertraute des eigenen Leibes, so dass jede Geste, jeder Blick, jede Wahrnehmung einem bekannt erscheint – das Aufstehen am Morgen, die Art, wie wir uns die Haare aus dem Gesicht streichen, wie wir gehen, wie wir lachen. All dies ist von unserer Persönlichkeit nicht zu trennen.

Wenn nun hingegen ein HWS-Patient am Morgen aufwacht und mit seinen für ihn neuen Gefühlen und Wahrnehmungen konfrontiert wird, dabei bisher ungewohnte Reaktionen wie z.B. Zornausbrüche, Stottern und Schwächeanfälle an sich feststellt, so kann er das nicht einfach ignorieren. Vielmehr werden viele Fragen ihn ihm auftauchen, wie beispielsweise die folgenden:

Wo ist sie denn geblieben, die ihm so vertraut gewesene Persönlichkeit, die Persönlichkeit, die er kannte und die auch von seiner Umgebung gekannt wurde? Denn seine Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung sind plötzlich völlig anders als bisher – und zwar nicht langsam, in einer Entwicklung begriffen nachvollziehbar – sondern von einem Tag auf den andern.

Da es keine Eigenwahrnehmung ohne den Körper, ohne den Leib gibt, dieser Leib aber nun plötzlich versehrt resp. verändert ist, verändert sich dann auch der Mensch als Person?

Wie kann ich mich denn selber finden, wenn ich mich in meinem Körper nicht mehr auskenne und wenn mir seine Reaktionen fremd und unberechenbar erscheinen?

Wie kann ich mich auf meinen anderen, mir nun gänzlich fremden Körper resp. Leib einlassen, wenn ich nicht weiss, ob ich ihm noch vertrauen kann? Ob nicht beispielsweise ein plötzlich auftretender Schwindel oder eine Übelkeit

– gar mitten in einer Menschenmenge - mich zwingt, Dinge zu tun oder zu lassen, die ich so nie gedacht hätte?

Generell sind HWS-Patienten – wie eben erwähnte Fragen verdeutlichen - nicht nur in ihrer Körperlichkeit, sondern vielmehr in ihrer ganzen Leiblichkeit und Persönlichkeit verunsichert und betroffen, weshalb sie einer Behandlung bedürfen, die diese Gesamtheit zum zentralen Anliegen ihrer Konzepte und Methoden gemacht hat. Beim Schreiben dieser Arbeit bin ich mir erneut bewusst geworden, wie zentral gerade diese Anliegen in der IBT sind und wie viele diesbezügliche therapeutische Möglichkeiten die IBT bietet. Dies deswegen, weil es sich einerseits um ein Verfahren handelt, das vielfältige Methoden sowie Techniken in sich vereint, integriert und so ein ganz auf den Menschen in seinem Kontext und Kontinuum abgestimmtes therapeutisches Handeln ermöglicht. Andererseits, weil genau diese Art von therapeutischem Schaffen aufzeigt, wie wichtig eine Integration aller, den Menschen betreffenden Anteile ist.

Als Abschluss dieser Arbeit will ich es nicht unterlassen, einen kleinen Anteil meiner persönlichen Geschichte einfließen zu lassen, war ich doch vor Jahren selbst betroffene HWS-Patientin und erlebte in dieser Rolle das ganz Spektrum vom Hundertprozentig-Arbeitsunfähig-Sein bis zum heutigen Stand der gesunden, wieder voll arbeitsfähigen Bewegungstherapeutin und Familienfrau. Zudem schätze ich heute meine HWS-Patientinnen-Selbsterfahrung als wichtigen Bestandteil meiner beruflichen und therapeutischen Kompetenz.

Beim Schreiben dieser Arbeit stiegen immer wieder Erinnerungen aus meinem memorativen Leib auf, was mich bewog, meine alten Notizen aus meiner eigenen „HWS-Zeit“ durchzugehen. So konnte ich - meinen damaligen mit dem jetzigen gesundheitlichen Stand vergleichend - mit meinem perzeptiven Leib deutlich wahrnehmen, welche Veränderungen im Verlauf der letzten Jahre bei mir möglich waren, nicht zuletzt auch dank meiner Lehrtherapeutinnen und Supervisorinnen, die mir das Verfahren der IBT am eigenen Leib erfahrbar und verstehbar machen ließen.

6. Zusammenfassung: Integrative Bewegungstherapie bei Patientinnen und Patienten mit HWS-Distorsionstrauma

Diese Arbeit zeigt einerseits auf, welche Folgen und welche Bedeutung ein HWS-Distorsionstrauma für die Betroffenen hat, was u.a. durch eine fundierte Information über Unfall- und Verletzungsvorgang, verletzte Strukturen und Symptome, diagnostische Möglichkeiten und Prognosen sowie therapeutische Grundsätze geschieht. Andererseits ist es ein zentrales Anliegen, konkrete therapeutische Möglichkeiten aufzuzeigen. Da sich die Integrative Therapie sowie die Integrative Bewegungstherapie im Speziellen hervorragend zur Behandlung von HWS-Patienten eignen, werden ihre wichtigen Konzepte vorgestellt und deren therapeutische Möglichkeiten konkretisiert. Zwei Therapiebeispiele runden diese Ausführungen ab.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Integrative Bewegungstherapie, erlebniszentrierte Bewegungstherapie, HWS-Distorsions-Trauma (Schleudertrauma), Unfallfolgen.

Summary: Integrative exercise therapy for patients suffering a HWS-distortion trauma (Whiplash injuries)

This work has been done to show how important it is to know what consequences an HWS-distortion trauma has on the affected person. This can be done by making available information regarding the accident, then resulting injuries as well as symptoms and therapeutic principles, in order to make it possible to diagnose and make prognoses. In addition, it is of central concern to record the concrete therapeutic possibilities. Because Integrative therapy as well as Integrative exercise therapy are especially suitable for HWS patients, the important concepts are presented and a theory-practice combination defined. Two therapeutic examples are given to round off this project.

Keywords: Integrative therapy, Integrative exercise therapy, experience centered therapy, HWS-distortion trauma (Whiplash injuries), resulting injuries.

7. Literaturverzeichnis

- Baviera, Bruno* (2000): Verletzung der Halswirbelsäule und deren Folgen, Symptome und Diagnosen. Zürich: Schleudertrauma Verband.
- Baviera, Bruno; Steinbaum, Olivia* (2002): NeckCare Gymnastik für Menschen mit Halswirbelsäulen-Verletzung (Schleudertrauma). Hand-out Weiterbildungsmodul.
- Claussen, Claus-F. et al.* (2000): Das HWS Schleudertrauma - moderne medizinische Erkenntnisse. Bremen: UNI-MED Verlag AG.
- Deutsches Ärzteblatt* (Hrsg.) (1991): Kognitive Störungen nach traumatischer Distorsion der Halswirbelsäule. In: *Deutsches Ärzteblatt* 96, Heft 41, 1101-1128.
- Deutsches Ärzteblatt* (Hrsg.) (1995): Das Halswirbelsäulen- und Halsmarktrauma. Neurologische Diagnose und Differentialdiagnostik. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95, Heft 40, 1048-1055.
- Escher Andersen, Beatrice* (2007): Wenn der Schreibfluss ins Stocken gerät oder ganz zum Stillstand kommt. Schreibberatung aus Integrativer Sicht. Graduiierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Hückeswagen. In: *Polyloge*, 05/2008.
- Ettlin, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.) (1998): HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Basel: Kongressband.
- Ettlin, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.) (1999): HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Behandlungskonzepte. Basel: Kongressband.
- Ettlin, Thierry* (2000): Das Invalidisierungsrisiko der einzelnen Komponenten des zervikalen Syndroms. In: *Ettlin, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.): HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Invalidität und berufliche Reintegration. Basel: Kongressband, 199-204.
- Ettlin, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.) (2000): HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Invalidität und berufliche Integration. Basel: Kongressband.
- Freeman, Michael* (1998): Die Epidemiologie der Schleudertrauma-Verletzung. In: *Ettlin, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.): HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Basel: Kongressband, 109-118.

- Gräff, Christine* (2008): *Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*, Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.
- Hausmann, Bettina, Neddermeyer, Renate* (2003): *Bewegt sein*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Haefliger, Jürg B.* (2000): Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Arbeitsfähigkeit. In: *Ettlin, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.): *HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Invalidität und berufliche Integration*. Basel: Kongressband, 97-100.
- Höhmman-Kost, Annette* (2002): *Bewegung ist Leben*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Huonkeler-Jenny, Renate* (2002): *Schleudertrauma, das unterschätzte Risiko*. München: Kösel Verlag.
- Jahn, Thomas* (2004): *Bewegungsstörungen bei psychischen Erkrankungen*. Berlin: Springer Verlag.
- Jenzer, Gerhard* (1996): Klinische Aspekte bei HWS-Belastung durch Kopf-anprall bei Beschleunigungsmechanismus: Grenzbereich zum „leichten Schädel-Hirn-Trauma“. In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherungsrecht (SZS)*, 47-56.
- Middendorf, Ilse* (1995⁸): *Der erfahrbare Atem*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Mürner, Joseph* (1999): *Therapeutische Strategien in der Praxis*. in: *Ettlin, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.): *HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Behandlungskonzepte*. Basel: Kongressband, 257-266.
- Orth, Ilse* (1996): Überlegungen zu Diagnostik, Indikation und Therapeutik in der Integrativen Leib und Bewegungstherapie. Vortrag gehalten an der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie ‚Heilung durch Bewegung‘.
- Osten, Peter* (2000): *Die Anamnese in der Psychotherapie*. München, Basel: Reinhardt Verlag.
- Otte, Andreas* (2001): *Das Halswirbelsäulen-Schleudertrauma. Neue Wege der funktionellen Bildgebung des Gehirns*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Petzold, Hilarion G.* (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, hrsg. von *H. Petzold*. Paderborn: Junfermann Verlag, 223-290.

- Petzold Hilarion G.* (1981): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, Hilarion G.* (1988d): Die „vier Wege der Heilung und Förderung“ in der Integrativen Therapie“. Teil II, Praxeologische Grundkonzepte. In: *H. Petzold* (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Bd. I/1, Paderborn: Junfermann Verlag, 215-284.
- Petzold Hilarion G.* (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In: *H. Petzold* (1991a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd I., Paderborn: Junfermann Verlag, 19-90.
- Petzold, Hilarion G.* (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In : Integration und Kreation, hrsg. von *H. Petzold, J. Sieper*. Bd 1, Paderborn: Junfermann Verlag, 267-340.
- Petzold Hilarion G.* (1996a) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Bd. I/1 und Bd. I/2, Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, Hilarion G.* (2003a): Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd 1 – 3, Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, Hilarion G.* (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: *Hermer, M., Klinzing, H. G.*: Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Dgtv: Tübingen, 107-156.
- Petzold, Hilarion G.; Orth, Ilse* (Hrsg.) (2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bd I und II, Bielefeld, Locarno: Aisthesis Verlag.
- Petzold, Hilarion G., Sieper Johanna* (Hrsg.)(2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Bd. I und II, Bielefeld, Locarno: Aisthesis Verlag.
- Radanov, B.P* (1999): Zur Kontroverse über die Folgezustände nach milden kranio-zervikalen Traumen mit besonderem Schwerpunkt auf der neurobiologischen Basis der kognitiven Störungen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Radanov, B.P.; Dvorak, J.; Valach, L.* (1990): Folgezustände der Schleuder- verletzung der Halswirbelsäule. Mögliche Erklärungen unter Berücksichtigung der klinischen und neuropsychologischen Befunde. In: *Manuelle Medizin*, Nr. 28, 28-34.
- Reddemann, Luise* (2003): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Verlag Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Thich Nhat Hanh (2007): „Der Geruch von frisch geschnittenem Gras“. Anleitung zur Gehmeditation. Stuttgart: Theseus Verlag.

Wachter, Karin; Ettlín, Thierry; Mürner Josef; Iselin, Hans-Ulrich (1999): Empfohlene Erstabklärung und therapeutisches Vorgehen bei Patienten mit HWS-Distorsion und/oder leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri). In: *Ettlín, Thierry; Mürner, Joseph* (Hrsg.) (1999): HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzung. Behandlungskonzepte. Basel: Kongressband.

Wagner, Franz (2005): Reflexzonen Massage. München: Verlag Gräfe und Unzer.

Waibel, M. J. (1992): „Das Kreuz mit dem Kreuz“. Integrative leib- und bewegungstherapeutische Ansätze in der Therapie bei Beschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule. Graduierungsarbeit zur Integrative Bewegungstherapie am Fritz Perls Institut, Hückeswagen.