

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.*

Ausgabe 10/2008

Integrative Differentielle Relaxation (IDR) in der Psychotherapie - Möglichkeiten und Grenzen im dyadischen Setting

Annette Frankenstein-Anft, Köln*

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge **Graduierungsarbeit aus dem Jahre 2006**

1. EINLEITUNG.....	3
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN	4
2.1 DAS MENSCHENBILD IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE	4
2.2 DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG	4
2.3 DIE ARBEITSMODALITÄTEN	5
2.4 DIE THERAPEUTISCHEN WIRKFAKTOREN	5
3. DIE ROLLE DES GEHIRNS BEI DER REGULATION VON STRESS UND ANSPANNUNG.....	7
3.1 STRESSTHEORETISCHER ANSATZ.....	7
3.2 DIE ROLLE DES LIMBISCHEN SYSTEMS BEZÜGLICH DER PSYCHOPHYSISCHEN DYSREGULATION	8
3.3 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE	8
4. DER ANSATZ DER INTEGRATIVEN DIFFERENTIELLEN RELAXATION (IDR)	9
4.1 DEFINITION UND ZIELSETZUNG	9
4.2 TRADITIONELLE ENTSPANNUNGSTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE UND IDR.....	9
4.3 SPEZIFIKA EINER INTEGRATIVEN DIFFERENTIELLEN RELAXATION.....	10
4.4 INDIKATION.....	11
5. THERAPIEVERLAUF UND EINBETTUNG VON IDR IN DAS DYADISCHE SETTING	12
5.1 THERAPIEPHASEN – DAS TETRADISCHE SYSTEM DER IT	12
5.2 ÜBERTRAGUNGS- UND GEGENÜBERTRAGUNGSDYNAMIK	13
5.3 METHODIK	14
5.3.1 <i>Muskuläre Entspannung / Bottom up from muscle to mind</i>	14
5.3.2 <i>Mentale Entspannung/Top down from mind to muscle</i>	15
5.3.3 <i>Respiratorische Entspannung/Bottom up from breathing to mind and muscle</i>	17
5.3.4 <i>Weitere Methoden der Entspannungstherapie und IDR</i>	18
5.3.5 <i>Kombination der einzelnen Ansätze</i>	19
6. AUS DER PRAXIS.....	20
6.1 ALLGEMEINE ERFAHRUNGEN	20
6.2 FALLBEISPIEL	20
6.2.1 <i>Symptomatik und Anamnese</i>	20
6.2.2 <i>Psychodynamische Hypothesen</i>	21
6.2.3 <i>Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung</i>	21
6.2.4 <i>Therapieziel</i>	22
6.2.5 <i>Therapieverlauf</i>	22
7. AUSBLICK	24
8. ZUSAMMENFASSUNG	24
9. LITERATUR	25
10. ANHANG	27

1. Einleitung

Innerhalb der Integrativen Therapie ist der Begriff des Leibes als „totales Sinnesorgan“ und als Synonym für den „beseelten Körper“ zentral. Der Leib als der belebte, mit Bewusstsein ausgestattete Körper, enthält die „Chronik des Lebens“ mit allen Erinnerungsspuren. Damit sind nicht nur die kognitiven, sondern auch die ganzheitlich-leiblichen Repräsentationen auf allen Sinnesebenen gemeint (Petzold 1995, Grund et al, 2004). Diese Auffassung hat weitreichende Implikationen für die Psychotherapie sowohl was die Entstehung und Aufrechterhaltung als auch die Behandlung von Psychopathologien angeht.

So liegt es nahe, die „Psycho“-Therapie, die nach wie vor sehr sprachzentriert ist und eben in der Regel auf die Belebung kognitiver Repräsentationen ausgerichtet ist, um leib- und körpertherapeutische Dimensionen zu erweitern, um den Klienten oder Patienten einen „ganzheitlichen“ Zugang zu ihren Archiven und Veränderungspotenzialen zu ermöglichen. Dieser um die Leibdimension erweiterte psychotherapeutische Zugang zum Menschen unter Einbezug kreativtherapeutischer Elemente wird im Rahmen der Integrativen Therapie bevorzugt und ist von seinen theoretischen und methodologischen Voraussetzungen vielfach in der Literatur beschrieben worden (Petzold, Orth 1991, Petzold 1993, Schuch 2000).

Innerhalb der Integrativen Therapie hat sich im Bezug auf Ansätze, die sich insbesondere mit den Möglichkeiten der Intervention bei psychophysischer Dysregulation befassen, die Integrative Differentielle Relaxation (IDR) als Rahmenkonzept, welches als übergreifendes Modell bewährte und neuere entspannungstherapeutische Zugänge zu integrieren sucht, herausgebildet. Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich zum einen eine Einführung in dieses Modell geben, zum anderen die Möglichkeit der Anwendung innerhalb des „klassischen“ psychotherapeutischen Einzelsettings bzw. dyadischen Settings darstellen und problematisieren. Hierbei werde ich insbesondere auf die übertragungsrelevante Dimension eingehen.

Als Psychologin mit integrativer Ausbildung und entsprechendem Selbstverständnis erlebe ich in meiner Arbeit immer wieder Momente, wo die Überwindung und Erweiterung der „klassischen“ psychotherapeutischen Zugangsweise, insbesondere der analytischen/tiefenpsychologischen, eine Herausforderung darstellt. Sei es, dass die Patienten zunächst mit Irritation und Widerstand auf „Neues“ reagieren, das ihrer Vorstellung von Psychotherapie entgegenläuft, sei es, dass ich auf die überzeugte Aussage eines Vertreters der analytischen Schule treffe, die da lautet, dass sich tiefenpsychologische und übende Verfahren grundsätzlich ausschließen und kontraindiziert seien (*Anm.: Im Folgenden werde ich zur besseren Lesbarkeit überwiegend die männliche Form von Personenbezeichnungen verwenden. Sie steht stellvertretend für Personen beider Geschlechter.*). Darüber hinaus stellt sich das Problem, dass mit Inkrafttreten des neuen Psychotherapiegesetzes methodenpluralistische Zugänge zum Patienten per se ausgeschlossen werden und sich Therapeuten zumindest theoretisch bei einem Patienten auf ein Verfahren festlegen müssen, auch wenn ein methodenübergreifendes Verfahren noch so viel Sinn macht. Andererseits erlebe ich häufig, wie sehr die psychische Problematik sich im Körperlichen niederschlägt oder in ihm gründet, sodass eine Ausblendung und Vernachlässigung von Interventionsmöglichkeiten auf der leiblich-körperlichen Ebene sich eigentlich verbietet.

Nun ist aber sicher nicht zu bestreiten, dass der Einbezug von Verfahren, die eben auch übenden Charakter haben, die Beziehung zwischen mir als Therapeutin und dem Menschen, der bei mir Begleitung und Hilfe sucht, in besonderer Weise, insbesondere was die Übertragung angeht, beeinflussen kann. So möchte ich innerhalb dieser Arbeit eine Annäherung an diese Problematik versuchen, einen integrativen Standpunkt bezüglich einer multimodalen Vorgehensweise darstellen und darüber Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung von IDR im dyadischen psychotherapeutischen Setting aufzeigen.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Das Menschenbild in der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie entwickelte sich aus vielfältigen Quellen, wie philosophischen Ansätzen (insbesondere die der Phänomenologie und der Leibphilosophie), der Aktiven und Elastischen Psychoanalyse der Ungarischen Schule, der Gestalttherapie, dem Psychodrama, dem Therapeutischen Theater, der Leib- und Bewegungstherapie, sowie der Verhaltensmodifikation. Diese Vielfältigkeit prägt sie bis heute und beinhaltet insbesondere eine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit neuesten wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen und den Anspruch, sich als ein Verfahren auszuweisen, welches per Definition die eigene „Unfertigkeit“ und die Notwendigkeit zur weiteren Entwicklung beinhaltet. Daraus folgt konzeptionelle und methodische Pluralität, sowie ein hohes Maß an Integrationswillen im Sinne von Vernetzung unterschiedlicher Wissensbestände (vgl. Schuch 2000).

Diese Haltung prägt auch das Menschenbild der Integrativen Therapie, welches von einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Petzold, Orth 1993, 93) ausgeht. Der Mensch als „Körper-Seele-Geist-Wesen in Kontext und Kontinuum“ wirkt in die Welt hinein und diese wirkt auf ihn zurück. Menschsein bedeutet Bezogensein, auf die Welt und insbesondere auf andere Menschen. In dieser wechselseitigen Bezogenheit entwickelt sich der Mensch, wobei ihm die Fähigkeit zur Exzentrizität ermöglicht, Teil der Welt und gleichzeitig Beobachtender zu sein. Wichtig ist, dass der Mensch sich aber nicht nur „von außen“ schauen kann, sondern sich von „innen erspüren“ kann und dieses Erleben kommunizierbar ist, was wiederum für die therapeutische Beziehung entscheidend ist.

2.2 Die therapeutische Beziehung

Die zentralen Konzepte für die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie sind die Intersubjektivität und die Korrespondenz. In einem Prozess der *gemeinsamen Suchbewegung* oder *Viation* (Pfadsuche) wird versucht, sich der Lebenswirklichkeit der Patienten und Klienten, „den psychodynamischen Strebungen, der Motivation, Interessen, Einflüssen aus dem aktuellen Lebensfeld und dem sozialen Netzwerk“ (Petzold, 1993, 615) anzunähern, was mit einem Bewusstsein für die Alterität (das grundsätzliche Anderssein) einhergeht. Diese Alterität gilt es immer im Blick zu halten und sich damit der Bemächtigung des Anderen zu enthalten.

Wesentliches Element des therapeutischen Handelns ist die Tiefenhermeneutik, d.h. im Erspüren und Gewährwerden der gegebenen Phänomene erschließen sich Szenen und Atmosphären, die wiederum in den Korrespondenzprozess einfließen, wobei die Aufgabe der Therapeutin darin besteht, diesen Prozess bewusst zu vollziehen, zu reflektieren und wiederum in Interventionen zu übersetzen. Dabei wird größtmögliche Transparenz angestrebt, es gilt das Prinzip des „informierten Patienten“, um Bemächtigung und Manipulation möglichst zu vermeiden.

Entscheidend ist auch hier das Wissen um Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, d.h. dem Reproduzieren alter Beziehungsmuster und *Narrative*, die den therapeutischen Prozess beeinflussen. Als Gegenübertragung wird in der Integrativen Therapie die „bewusstseinsfähige Resonanz des Therapeuten auf das, was der Patient ihm entgegenbringt“ verstanden. Die Grundlagen der therapeutischen Beziehung sind partielles Engagement, Klarheit und Eindeutigkeit und selektive Offenheit und Authentizität.

Bezüglich des Einsatzes von IDR im psychotherapeutischen Setting ist unter anderem die Übertragungsdimension von Bedeutung. In der Begegnung zwischen Patient und Therapeut beleben sich unbewusst alte Szenen und Atmosphären, die das Heute mitbestimmen. So kann die therapeutische Beziehung von Idealisierungen, Ängsten, Erwartungen und Wünschen bestimmt sein, die mit vergangenen Erfahrungen in Zusammenhang stehen. Zu bestimmten Zeiten des therapeutischen Prozesses kann es Sinn machen, diese Übertragungen zu nutzen, um in der aktuellen Beziehung neue Erfahrungen zu internalisieren (z.B. im emotionalen Nachhären). An anderer Stelle wird es wichtig sein, diese Übertragungen in die Bewusstheit zu heben, damit sie sich abschwächen können und der Weg für Neues frei wird. Grundsätzlich ist angestrebt, dass im Laufe des therapeutischen Prozesses aus der „Übertragung Beziehung werden soll“. Es wird

unterschieden, ob mit dem Patienten an der Beziehung, oder in der Beziehung, oder an bzw. in der Übertragung gearbeitet wird. Diese Aspekte muss die Therapeutin im Blick behalten und reflektieren und in stimmiger Weise in die intersubjektive Korrespondenz zurückfließen lassen. Im Unterschied zu klassisch analytisch orientierten Verfahren wird den Patienten nicht mit dem ausschließlichen Anspruch an „Deutungshoheit“ begegnet, der Therapeut ist sich bewusst über die grundsätzliche Beschränktheit in der Fähigkeit „die Wahrheit der Anderen zu erfassen“ (vgl. Petzold 1993, 1128).

2.3 Die Arbeitsmodalitäten

In der therapeutischen Arbeit werden innerhalb der Integrativen Therapie gemäß ihrem Anspruch an *multimodaler Vorgehensweise* (Petzold 1974) verschiedene Arbeitsmodalitäten unterschieden. Zwischen einem Spektrum von eher übenden Ansätzen bis hin zu konfliktzentriertem Vorgehen lassen sich innerhalb der Psychotherapie so auch die Tiefungsebenen regulieren und die Art der Zugangsweise zum Patienten einordnen und begründen. Diese Ebenen sind sicher nicht strikt voneinander zu trennen und es gibt fließende Übergänge. Bezüglich des IDR-Ansatzes lassen sich insbesondere die folgenden Arbeitsmodalitäten unterscheiden:

- a) *Übungszentriert-funktionale Modalität:*
Hier lassen sich Relaxationsmethoden wie das Autogene Training, die Progressive Muskelentspannung, Stretching und Biofeedback, sowie körpertherapeutische Interventionen, die eher übenden Charakter haben, einordnen, darüber hinaus Ansätze wie die Lauftherapie.
- b) *Erlebniszentriert-funktionale Modalität:*
Imaginative Methoden und atemtherapeutische Ansätze, die mit einer stärkeren Involvierung und affektiven Beteiligung einhergehen, wären hier einzuordnen.
- c) *Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität:*
Liegen massive Schmerzzustände oder Traumatisierungen vor, kann der Einsatz von IDR durchaus auch zu einer intensiven biografischen und konfliktzentrierten Arbeit führen, die mit entsprechend starker Involvierung, bis hin zu autonomen Körperreaktionen einhergeht. Wenn die Archive des Leibes sich öffnen, kann entsprechendes Material an die Oberfläche kommen und die vegetative Beteiligung hoch sein. Hier hat sich eine Modifizierung der IDR zu einem Traumaformat (IDR-T) als wirksam erwiesen um die Gefahr der Retraumatisierung zu mindern bzw. ganz zu vermeiden (Petzold in Van der Kolk, 2000, 445ff). Bei therapeutischer Arbeit in der konfliktzentrierten Modalität muss immer eine spezifische Indikation gegeben sein und sehr sorgsam eine Abwägung von Nutzen und Gefahren stattfinden. Die Qualität und Wirksamkeit therapeutischer Prozesse korreliert nicht mit der Ebene der therapeutischen Tiefung, hier hat sich ein grundsätzliches Umdenken ergeben, was nicht zuletzt auf die intensive Forschung innerhalb der traumtherapeutischen Ansätze zurückgeht.

2.4 Die therapeutischen Wirkfaktoren

Petzold (1993) hat 14 Wirkfaktoren identifiziert und dargestellt, die im therapeutischen Prozess zum Tragen kommen können. Die Psychotherapieforschung beschäftigt sich seit einigen Jahren sehr aktiv mit der Frage, was im therapeutischen Geschehen wirkt und hat in diesem Zusammenhang auch deutlich auf die Notwendigkeit zur Überwindung des Widerstandes gegenüber der Methodenintegration und den Bedarf an weiterer Forschung hingewiesen (Grawe 2005, 4). In Anlehnung an Schuch (2000, vgl. auch Grawe 2005, 7), der schulenübergreifend Wirkfaktoren dargestellt hat, möchte ich die folgenden fünf herausgreifen, da sie mir für meine Fragestellung wichtig erscheinen:

- a) *Die therapeutische Beziehung:*
Verschiedene Untersuchungen habe ergeben, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung für den Erfolg der Therapie entscheidender ist als die Therapiemethode. Hier kommen offenbar basale menschliche Bedürfnisse zum Tragen, die über die Beziehungsqualität eine Befriedigung erfahren und damit heilendes Potenzial entfalten. Innerhalb dieses Prozesses ist die weiter oben bereits erwähnte Intersubjektivität, d.h. ein Bewusstsein für die Gefahr von Bemächtigung innerhalb eines therapeutischen Prozesses und die sorgsame Handhabung von Kontakt,

Begegnung und Beziehung, prägend. Die Bereitschaft, sich auf einen anderen Menschen einzulassen, sich berühren zu lassen und zu berühren, das Bewusstsein, dass Blicke „vernichtend“ oder „heilsam“ sein können und die Bemühung, den therapeutischen Prozess über eine „unentfremdete“ Beziehungsqualität mitzugestalten, ist offenbar die Voraussetzung dafür, dass sich heilende Atmosphären entfalten können. (Petzold 1995)

b) *Verstehen:*

Es ist von entscheidender Bedeutung ob ein Patient sich innerhalb des therapeutischen Prozesses vom Therapeuten verstanden fühlt und ob er in seinem Selbstverständnis weiterkommt. Die Empathie und die Fähigkeit des Therapeuten sich auf sein Gegenüber „einzuschwingen“ und die eigenen Resonanzen wiederum in den Korrespondenzprozess einzubringen ist wichtig, aber nicht hinreichend. Hinzu kommt offenbar die Notwendigkeit, dem Patienten zu helfen, das eigene Gewordensein besser zu verstehen und über Strukturierung und Bewusstseinsarbeit das Verstehen der eigenen Lebensgeschichte und Aktuelsituation zu fördern. An dieser Stelle scheint es mir auch wichtig, auf die Notwendigkeit einer angemessenen Klärung des Therapiezieles hinzuweisen. Der Patient kann einerseits nur aus einem bestimmten Blickwinkel Ziele formulieren, da ihm ein differenziertes Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Prozesse in der Regel fehlt. Andererseits sind diese Ziele vom Therapeuten ernst zu nehmen, gegebenenfalls zu übersetzen, zu hinterfragen und zu erweitern. Das Gelingen dieses Korrespondenzprozesses über Therapieziele scheint mir aus der eigenen Erfahrung auch wesentlich dazu beizutragen, dass der Mensch sich verstanden fühlt.

c) *Problemaktualisierung und praktische Problembewältigung:*

Es kristallisiert sich (im Gegensatz zum analytisch geprägten Abstinenzgebot) zunehmend heraus, dass es durchaus nützlich und heilsam sein kann, dem Patienten in bestimmten Situationen praktische Lebenshilfe und „Ratschläge“ zu geben, die ihm dabei helfen können, gegebene Problemstellungen zu lösen. Der Aufforderungscharakter bestimmter Problemkonstellationen kann bestimmte Aktivitäten und/oder Interventionen geradezu herausfordern, damit der Patient sich wirklich verstanden fühlt und weiterkommen kann. Hier ist auch auf die Möglichkeit hinzuweisen, bei Verspannungs- und Schmerzzuständen entsprechende leibtherapeutische Interventionen oder Entspannungsverfahren in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, auch wenn dies vorher nicht konkretes Ziel war.

d) *Ressourcenaktivierung:*

Der Mensch wird nicht durch Belastungen per se krank, sondern dann, wenn ihm keine ausreichenden Möglichkeiten zur Verfügung stehen, für Ausgleich und Gegenkräfte zu sorgen. Die Balance zwischen pathogenen und salutogenen Faktoren entscheidet letztlich darüber, ob es zur Ausbildung von Pathologien kommt. Die Förderung der vorhandenen Ressourcen und die Schaffung neuer Möglichkeiten des Ausgleichs hat hier sowohl präventive als auch heilende Bedeutung. Innerhalb der IDR kommt diesem Wirkfaktor hohe Bedeutung zu, ist doch die Förderung eines gesunden und stressbewältigenden Lebensstils ein besonderes Ziel dieses Ansatzes.

e) *Leibliche Wahrnehmung und Selbstregulation:*

Wie dargestellt gründet die Integrative Therapie wesentlich in einer Leibphilosophie, welche ein „differenziertes, eigenleibliches Spüren“ anstrebt. Die Wahrnehmung und Veränderung psychophysischer Dysregulation ist entscheidendes Ziel der IDR. Die Verbesserung in diesem Aspekt der menschlichen Existenz ist häufig Voraussetzung für das Erreichen und Umsetzen von Metazielen, wie „*psychophysische und soziale Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit / Spannkraft*“ (Petzold, Steffan 2000).

3. Die Rolle des Gehirns bei der Regulation von Stress und Anspannung

3.1 Stresstheoretischer Ansatz

Negativer Stress entsteht dann, wenn ein Individuum in seinen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert wird und keine ausreichenden Ausgleichsfaktoren zur Verfügung stehen. In dieser Überforderungssituation gelingt es dem Menschen nicht mehr, ausreichend „Kontrolle“ über die Situation zu bewahren, was auf der körperlich-leiblichen Ebene zu entsprechenden Antworten führt. Der Organismus versucht gegenzusteuern, um wieder in einen Zustand des physiologischen und psychischen Gleichgewichtes zu kommen.

Im Traumaformat des Ansatzes der Integrativen Differentiellen Relaxation (IDR-T) geht man von folgender stressphysiologischer Konzeption aus:

*Wahrnehmung einer Reizkonstellation → wird als bedrohlich eingestuft durch präfrontalen Cortex, assoziative Cortexareale, limbisches System, hier besonders die Amygdala (Markierung mit affektiver Qualität) → Nukleus Paraventricularis des Hypothalamus → Sekretion von Noradrenalin und weiterer Stimulierung der HPA-Achse : Hypothalamus (CRH, ACTH, Vasopressin), Hypophyse (ACTH, GH, TSH, Endorphin), Nebenniere (Cortisol, Noradrenalin, Adrenalin).
(Petzold, 2000, S. 520)*

So kommt es zu einer Aktivierung des sympathischen Nervensystems mit Auswirkungen auf den Blutdruck, den Herzschlag, die Atemfrequenz, den Muskeltonus, der hormonellen, immunologischen und endokrinologischen Funktionen. Auf der psychischen Ebene versucht der Mensch die korrespondierenden Affekte unter Kontrolle zu bringen, um das Gefühl des Kontrollverlustes nicht überhand nehmen zu lassen. Je nach individuellen Bedingungen, Dauer, Schwere und Situationskontext kann es eher zu einer Stressreaktion kommen, die durch Übererregbarkeit (hyperarousal) oder durch Abstumpfung, Vermeidung und Apathie (numbing) gekennzeichnet ist. Im Kern besagt die Stresstheorie, dass das Individuum in einer Notlage mit Selbsterhaltungsmechanismen versucht, die zerstörte Balance wieder herzustellen.

Die Anfälligkeit für Stress variiert von Individuum zu Individuum stark, zu betonen ist dabei, dass es sich um einen Prozess der Wechselwirkung zwischen Kontext, Kontinuum und Individuum handelt. Hierbei spielen sowohl Persönlichkeitsfaktoren, als auch Erfahrungen der Vergangenheit eine Rolle, in denen sich Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen bewährten. Bezüglich der Auswirkungen von Stress wirken also komplexe Faktoren ineinander, es geht nicht nur um quantitative und qualitative Aspekte der Stressoren, sondern auch um die Fähigkeit, sich wieder in einen Zustand der Stabilität und Homöostase oder eine gute Balance zurückzuführen. Hier spielen kognitive, emotionale, aber auch physiologische Aspekte des Individuums eine entscheidende Rolle. Ob es zu einer Überforderungssituation kommt, hängt darüber hinaus auch vom Zeitfaktor ab, wenn es zu „zeitextendierter Überlastung“ mit mangelnden Copingmöglichkeiten kommt, entsteht Pathologie, sei es nun in Form von Verspannungen, Schmerzzuständen, Burn-Out, Angst und Panik oder Depression und Abstumpfung (Abresch 2003, Van der Kolk 2000, Hüther 2001).

Neuere Studien kommen zu der Erkenntnis, dass hinter 50-75 % aller Arztbesuche vor allem Stress steht (vgl. Servan-Schreiber 2004, S. 15), die Frage nach dem Fehlen oder Vorhandensein stressregulativer Kompetenzen ist also nicht nur von persönlicher sondern auch von enormer gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung. Schlägt man heute eine gängige Illustrierte oder die Info-Blätter der Krankenkassen auf, wird schnell deutlich, wie sehr sich die Erkenntnis zur Notwendigkeit eines gesundheitsbewussteren, stressmindernden Lebensstils mittlerweile durchgesetzt hat, wovon ja auch die Wellness-Bewegung kündet. Andererseits scheinen die Belastungen unserer modernen Welt, die ein immer besseres Anpassungsniveau an sich verändernde Umweltbedingungen fordern, auch immer rascher zu steigen.

3.2 Die Rolle des limbischen Systems bezüglich der psychophysischen Dysregulation

Das limbische System, als gefühlsverarbeitender und –produzierender Teil des Gehirns, spielt eine entscheidende Rolle bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung psychophysischer Dysregulation. Hier spielt sich die meist unbewusste emotionale Verarbeitung unserer Wahrnehmung ab, weshalb hier auch vom „emotionalen Gehirn“ gesprochen wird (Servan-Schreiber 2004). Wie die einlaufenden Informationen bewertet werden, hängt sowohl von genetischen, wie auch biografischen Faktoren und Erfahrungen ab. Hierbei spielen zum einen die psychophysiologische Markierung im limbischen System, zum anderen die emotiv-bewertenden Aspekte des Hippokampus, sowie die kognitiven Einschätzungen des Neokortex eine Rolle (vgl. Abb. 1 im Anhang).

Ist der Stress extrem, chronisch oder vom Individuum nicht regulierbar, kommt es insbesondere über die Amygdala zu einer Alarmreaktion, die nicht mehr über die höheren kortikalen Funktionen, insbesondere den Neokortex zu regulieren ist.

Das kognitive Verarbeitungssystem, unser „Verstand“ ist blockiert und seine Kompetenzen nicht mehr nutzbar. Das limbische Gehirn als evolutionsgeschichtlich „älteres Zentrum“ gewinnt die Oberhand über unsere Wahrnehmung und unser Verhalten. Die Hemmung und Steuerung von Trieben, Instinkten und Impulsen gelingt nur unzureichend, Angst, Panik, Flucht- oder Kampfreaktionen, eine Stressphysiologie mit entsprechenden psychovegetativen Reaktionen ist die unmittelbare Folge. Diese Erkenntnisse haben auch die neuere Traumaforschung und –therapie entscheidend geprägt (vgl. Petzold in Van der Kolk 2000).

Die Aufgabe des limbischen Systems scheint vor allem eine Art Kontroll- und Steuerungsfunktion über das physiologische und emotionale Gleichgewicht zu sein. Seine Reaktionen sind schnell, unmittelbar, auf das Überleben ausgerichtet und vielfach unbewusst. Die Balance zwischen den beiden Zentren, dem kortikalen und dem limbischen scheint wesentlich für unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit verantwortlich.

3.3 Implikationen für die Psychotherapie

Was bedeuten diese Erkenntnisse nun für die Psychotherapie?

Es scheint dringend notwendig, dass psychotherapeutische Interventionen diesen Erkenntnissen Rechnung tragen und nach Möglichkeiten gesucht wird, den Patienten wirksame Methoden zu vermitteln, ihre Stressphysiologie so zu beeinflussen, dass wieder ein stärkeres Gleichgewicht angestrebt wird. Da es aber fraglich ist, ob eine rein kognitiv-sprachlich ausgerichtete Psychotherapie die entsprechenden Bereiche, die für die Stressphysiologie entscheidend sind, genügend erreichen kann, liegt es nahe, bei entsprechender Indikation, die sprachlichen Interventionen um die Dimension einer körperlich-leiblichen Interventionsebene zu erweitern. Nun könnte man die Patienten ja anregen, entsprechende Angebote an anderer Stelle wahrzunehmen, sei es nun Kurse in Entspannungstechniken, Yoga oder regelmäßiger Ausdauersport. Natürlich wäre auch die Teilnahme an gruppentherapeutischen Angeboten, wie Bewegungstherapien sinnvoll und empfehlenswert und ist in vielen Fällen sicher auch notwendig um eine langfristige psychophysische Umstellung zu erreichen.

Dennoch bin ich der Meinung und die Erfahrung in der Praxis bestätigt dies, dass die Patienten dazu zunächst oft nicht bereit oder in der Lage sind. Es gibt hierfür sicher vielfältige Gründe, auf die ich an anderer Stelle noch eingehen werde.

So liegt es nahe, eine tragfähige therapeutische Beziehung, das gewachsene Vertrauen und die besondere Bereitschaft des Patienten, sich mit sich selbst auseinander zu setzen, dazu zu nutzen, einen ersten Zugang zu den Möglichkeiten der Beeinflussung des eigenen Spannungszustandes, auch und gerade im körperlich-leiblichen Bereich innerhalb der Therapie zu ermöglichen. Die besondere Chance, dies innerhalb des psychotherapeutischen Settings zu tun, liegt meines Erachtens darin, dass die Möglichkeit zur achtsamen Selbsterfahrung, zum Spüren und der behutsamen Spiegelung und Nachbearbeitung innerhalb der therapeutischen Beziehung in hohem Maße gegeben sind.

Die Trennung, innerhalb der Psychotherapie die „Seele“ zu heilen und Interventionen entsprechend einzuschränken und woanders „den Körper“, ist unsinnig und trägt nur zur Manifestation eines Seele-Leib-Dualismus bei, der längst überwunden sein müsste.

Dennoch scheint nach wie vor immer noch eine Scheu und Unsicherheit zu bestehen, inwiefern die Erweiterung des sprachzentrierten psychotherapeutischen Settings um entsprechende Dimensionen sinnvoll und adäquat ist, insbesondere innerhalb analytisch/tiefenpsychologischer Therapie.

Insbesondere der Aspekt der Übertragung scheint hier in besonderem Maße als Hemmschuh zu wirken, worauf ich an anderer Stelle noch eingehen werde.

Im Folgenden werde ich das Konzept der IDR, seine Ziele und Indikationen skizzieren, da in diesem Ansatz meines Erachtens die Chance einer fruchtbaren Einbettung in das dyadische psychotherapeutische Setting liegt.

4. Der Ansatz der Integrativen Differentiellen Relaxation (IDR)

4.1 Definition und Zielsetzung

IDR kann als integrativer entspannungstherapeutischer Ansatz angesehen werden, in welchen Techniken der Atem-, Bewegungs-, Entspannungs- und Sporttherapie einfließen. Wie diese Interventionen gewichtet und kombiniert werden, ist personen- und störungsspezifisch zu entscheiden.

Eine übergeordnete Zielsetzung besteht im Anstreben eines Eutonus, d.h. eines sogenannten „guten Spannungszustandes“, einer Isodynamik.

Diese isodynamische Selbstregulation soll schließlich zu „*einer ‚lockeren‘ Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegeladene Gelöstheit darstellt*“ führen. Entscheidend für den therapeutischen Prozess ist eine „*sanfte Stimulierung*“ nach dem „*low-level-Prinzip*“ von Seiten des Therapeuten (Petzold 2000, in Van der Kolk, 519 ff). Unter der Voraussetzung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, einer angenehmen und vertrauensvollen Atmosphäre, in welcher der Patient über das Vorgehen und den Sinn der Interventionen aufgeklärt ist, kann es zu einer leiblich-psychischen Umstimmung kommen, eine Haltung des Wohlbefindens kann erarbeitet werden, welche auch die körperlich-leibliche Entspannung und die angestrebte psychophysische Balance beinhaltet.

Hiermit macht der Patient unter Umständen genau die Erfahrungen, die ihn letztlich motivieren, eine langfristige Umstellung anzustreben, welche sicher intensive, regelmäßige Übung und langfristig einen bewegungsaktiven, gesundheitsbewussten und insbesondere spannungssensiblen Lebensstil voraussetzt.

Innerhalb der IDR geht es nicht nur um „Ent-Spannung“ im herkömmlichen Sinn. Langfristiges Stresserleben und Überforderung führen nicht grundsätzlich zu einer Übererregung, die beruhigende, entspannende Interventionen erfordert, sondern kann wie gesagt auch zu Abstumpfung und Gleichgültigkeit führen, sodass Anregung und Sensibilisierung angestrebt werden müssen. Der Patient soll langfristig darin Unterstützung finden, für Spannungszustände sensibel zu werden, bei Stress und Überforderung gegenzusteuern und so seine Bewältigungsmöglichkeiten, Ressourcen und Coping-Strategien zu verbessern.

Innerhalb der Integrativen Therapie mit seinem multimodalen Ansatz findet IDR in der Regel auf einer funktional-übungsorientierten bis erlebnisaktivierenden Ebene statt. Sollte durch die leiblich-körperlichen Interventionen ein nicht intendierter Übergang auf die konfliktzentriert-aufdeckende Ebene mit verstärkter Tiefung stattfinden, sind ggf. entsprechende Stabilisierungstechniken einzusetzen, um die Gefahr einer ungewollten Exposition mit der Gefahr der Retraumatisierung zu mindern.

Insgesamt bietet IDR in besonderem Maße die Möglichkeit, den speziellen Erfordernissen des einzelnen Patienten Rechnung zu tragen.

4.2 Traditionelle entspannungstherapeutische Ansätze und IDR

Die wohl bekanntesten entspannungstherapeutischen Methoden sind das Autogene Training nach Schulz und die progressive Muskelentspannung nach Jacobson. Das Autogene Training versucht über eine Entspannungs- und Wärmesuggestion den Spannungszustand zu beeinflussen, PMR hingegen arbeitet unmittelbar über einen Wechsel von Muskelanspannung und -entspannung, um die Sensibilität und das Bewusstsein für den Spannungszustand zu erhöhen.

Petzold (2000) unterscheidet folgende entspannungstherapeutische Orientierungen:

1. *Mentale Entspannung* (z.B. das Autogene Training und andere Ansätze, die „top-down → from mind to muscle“ vorgehen)
2. *Muskuläre Entspannung* (z.B. PMR, welches „bottom-up → from muscle to mind“ vorgeht)
3. *Respiratorische Entspannung* (z.B. die Middendorf-Arbeit, die „bottom up → from breathing to mind and muscle“ vorgeht)
4. *Physikalische Entspannung* (z.B. Krankengymnastik, Wärme- und Kälteanwendung)
5. *Biofeedback-Entspannung* („bottom up and top down“)
6. *Substanzinduzierte Entspannung* (wie pharmakotherapeutische oder phytotherapeutische Substanzen)

Innerhalb der IDR wird in der Regel eine *Kombination* der mentalen, muskulären und respiratorischen Ansätze eingesetzt, seltener kommt physikalische Therapie, substanzinduziertes Vorgehen oder Biofeedback zum Einsatz. Meist wird zu Beginn „bottom up“ vorgegangen, also eine Spannungsregulation über körperlich-leibliche und atemtherapeutische Interventionen vorgenommen, da viele Patienten anfangs häufig Probleme haben „abzuschalten“. Es kommt eine modifizierte Form der PMR zum Einsatz, wobei darauf geachtet wird, dass das Erspüren des Spannungsunterschiedes nicht über die maximale Anspannung geht, da diese möglicherweise die pathogenen Fehlspannungsprozesse noch verstärkt (Petzold, 2000). Stattdessen wird eine atemgestützte Form des Stretchings angeboten.

Im weiteren Verlauf kommen entspannende Fantasiebilder, Imaginationstechniken und Mentales Training zum Einsatz, sodass über Vorstellungsbilder eine Wirkung auf die physiologische Ebene erzielt wird. Um eine langfristige Umstellung der psychophysischen Regulationsfähigkeit zu erzielen, braucht es allerdings langfristige Übung. Hier kann zum Beispiel eine Kombination von IDR und Lauftraining oder eines Übungsweges aus den traditionellen östlichen Meditations- und Kampfkünsten wie bspw. Aikido, Qi-Gong-Praktiken oder Yi Jin Jing erfolgen. Auch im Yoga bietet sich eine Möglichkeit, den Weg der Achtsamkeit und des inneren Spürens mit körperlich-leiblichen Übungen zu verbinden.

4.3 Spezifika einer Integrativen Differentiellen Relaxation

Die Besonderheit des IDR-Ansatzes ist zum einen in seiner individuellen, indikationsspezifischen Ausrichtung am Patienten und den Kombinationsmöglichkeiten zu sehen, zum anderen in der therapeutischen Haltung und Zielsetzung. Es geht eben nicht nur darum, dem Patienten „Übungen“ anzubieten, die ihn „ent-spannen“ sondern über die intensive Erfahrung und das Erspüren des Zusammenspiels von körperlichen und psychischen Prozessen, von Entlastung und Spannungsbalance, Wachstums- und Erweiterungsprozesse anzuregen. Wird IDR innerhalb des psychotherapeutischen Settings eingesetzt, sehe ich darüber hinaus die Chance, psychotherapeutische Prozesse zu intensivieren, d.h. die leibliche Dimension und die wechselseitige Verschränkung von seelisch-geistigen und leiblich-körperlichen Prozessen spürbarer zu machen und sie damit auch als beeinflussbar zu erleben. Bei entsprechender Indikation und unter der Voraussetzung eines intensiven Übens und Weiterführens außerhalb der Therapie kann so auch zu einer langfristigen Umstellung des persönlichen Lebensstils angeregt werden.

Im IDR-System werden die Erfahrungen der körperlichen Reaktionen, wie z.B. Verminderungen des Muskeltonus und Vertiefung der Atmung, ganz bewusst mit der Wahrnehmung innerer Prozesse verbunden. Im Kontakt mit dem Therapeuten wird der Patient angeregt, immer wieder auch auf kleinste Veränderungen in der Gestimmtheit, im Fühlen, in der Haltung zu achten. So wird einem rein mechanisch-funktionellen Üben entgegengewirkt und eine Verknüpfung mit emotiven und kognitiven Prozessen angeregt. Die Achtsamkeit, das Spüren „von innen heraus“ und die Möglichkeit der Integration aktualisierter Affekte und Gedanken innerhalb des therapeutischen Prozesses ist die besondere Chance dieses Entspannungsverfahrens, welches damit weiter als die traditionellen Ansätze greift.

Osten (2001) beschreibt zusammenfassend wie die neurobiologische Forschung seit einigen Jahren die Erkenntnis stützt, dass die Trennung von Psyche und Körper eine künstliche ist. Das

Zusammenspiel von Körper und Gehirn ist entscheidend und prägend für unser Selbstgefühl, unsere Gefühle, unser Denken und unsere Identität.

Das „Wechselspiel von Kognitionen, Emotionen und Körperwahrnehmung als Grundlage menschlicher Entscheidung“ wird hier in den Blick genommen. So liegt es nahe, auch zu integrierenden Ansätzen in der Psychotherapie zu gelangen, die den Austauschprozessen, die zwischen Körper und Gehirn stattfinden, gerecht werden.

In Anlehnung an *Damasio* nennt *Osten* hier drei Wege des Austausches zwischen Körper und Gehirn oder „Gefühltem und Gedachtem“:

1. die Neuronalbahnen (Nervenableitungen aus dem Körper zum Gehirn und umgekehrt)
2. die Hormonregulierung/endokrinologische Prozesse
3. Synaptische Verschaltungen im Gehirn selbst/Transmitterprozesse (*Osten*, 2001, 192)

Entscheidend für diese Austauschprozesse ist, dass diese über „Umwege“ stattfindet, d.h. auf dem Weg von wahrgenommenen Reizen zu den cerebralen Verarbeitungszentren werden Hormone und andere Hirnareale angeregt und mit ihnen „Erinnerungsmaterial“. Wenn dieser Evokation von „neuronalen Repräsentationen, Gedanken, Körperwahrnehmungen und Emotionen“ entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt wird, können sich über den Einsatz von körperlich-leiblichen Interventionen wesentlich intensivere therapeutische Prozesse ergeben, als dies bei einer reinen Ausrichtung auf den Entspannungsaspekt der Fall ist. So kann das eigenleibliche Spüren und der Einbezug des damit evozierten „Materials“, wenn es im psychotherapeutischen Kontext geschieht, ein Weg zu einem integrativen psychotherapeutischen Handeln sein.

Osten sieht im neurobiologischen Ansatz die „Plattform“ auf der sich Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Schulen treffen könnten:

„...eine Verbindung von Gespürtem und Gedachten (als ‚Orientierungshilfe‘; bei gegebenen Konflikten, Anm. der Verfasserin), von kognitiven Zielen und dem körperlichen Gefühl ihrer Durchführbarkeit (als ‚Stressprophylaxe‘), eine leiblich spür- und erlebbare Korrektur von negativen Selbstattributionen (als ‚Über-Ich-Korrektur‘), eine Einbindung leiblicher Phänomene in Gesundheits- und Identitätsprozesse ohne die erneute Mystifizierung des Körpers, kurz als, eine wertschätzende Zusammenführung von ‚Kopf‘ und ‚Bauch‘.“ (*Osten*, 2001, 193)

Das IDR-System bietet einen Zugang zu eben diesen eigenleiblichen Spürprozessen und bietet eine Möglichkeit als integraler Bestandteil der Psychotherapie, der Erkenntnis gerecht zu werden, dass eine einseitige Zentrierung auf kognitive Prozesse, wie sie immer noch im psychotherapeutischen Alltag üblich ist, zu kurz greift.

4.4 Indikation

In der Integrativen Therapie wird von einem erweiterten Gesundheits- und Krankheitsbegriff ausgegangen. Nicht nur die Abwesenheit von Krankheit definiert Gesundheit:

Gesundheit wird „als subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt“.
(*Petzold* 1992a, 553)

Gesundheit und Erkrankung wird immer vor einem multifaktoriellen genetischen Hintergrund verstanden (vgl. *Abb.2* im Anhang).

Innerhalb dieses Gesundheitsbegriffes wird insbesondere auf die Entfaltung der eigenen Potentiale, auf die Sinndimension und die Regulationskompetenz eingegangen. IDR kann wesentlich zur Verbesserung der Regulationskompetenz bezüglich psychophysischer Prozesse beitragen und damit nicht nur zur Behandlung von Erkrankung, sondern auch als präventive Maßnahme eingesetzt werden, insbesondere wenn durch kritische Lebensereignisse oder eine Zunahme von Stressoren, die Gefahr einer Dysregulation besteht.

Eine besondere Indikation besteht sicher bei den Krankheitsbildern, die durch eine habitualisierte „stress physiology“ mitbedingt sind, wie bspw. Spannungskopfschmerz, chronischen Rückenschmerzen, Bruxismus. Aber auch bei chronischen Krankheitsbildern, die es erforderlich machen, dass der Patient lernt, wie er trotz Schmerzzuständen, Gefühle von Wohlbefinden steigern kann und so seine Selbstwirksamkeit erhöhen kann, kann IDR wesentlich zur Steigerung der Lebensqualität und Verbesserung der Situation beitragen. Ich denke hier zum Beispiel an Erkrankungen des rheumatischen Formenkreis.

Darüber hinaus bietet sicher das „Burn-Out“ und die Entfremdung, die wir Menschen zunehmend in unserer komplexen, uns häufig überfordernden Lebenswelt empfinden, ausreichend Grund dafür, nach Wegen zu forschen, die uns wieder in Kontakt mit leiblichen Spürprozessen bringen und die uns helfen, zu ausgewogener körperlicher und psychischer Spannung zurückzufinden.

5. Therapieverlauf und Einbettung von IDR in das dyadische Setting

5.1 Therapiephasen – Das tetradische System der IT

Im Praxisalltag wird der Patient in den meisten Fällen ohne den expliziten Gedanken an „Entspannungstherapie“ in die Praxis kommen, wenn er psychotherapeutische Hilfe sucht. Ein Leidenszustand, ein kritisches Lebensereignis, eine Überforderungssituation liegen vor, sodass der Betroffene den Psychotherapeuten aufsucht. Hierbei wird meist ein „seelisches“ Geschehen als ursächlich erlebt, sonst wird er eher den Weg in die Arztpraxis gehen. In der Regel wird seine Erwartungshaltung von der traditionellen Vorstellung über Psychotherapie geprägt sein, d.h. er geht von einer Gesprächssituation aus, die körper- oder leibtherapeutische Interventionen zunächst einmal ausschließt. Dies gilt es sowohl in der Anamnese, als auch im therapeutischen Prozess zu beachten, um Irritationen und Widerstände zu vermeiden.

Innerhalb der Integrativen Therapie unterscheiden wir vier Phasen, die sowohl den Therapieprozess als solchen beschreiben, als auch zyklisch zu verstehen sind. D.h. innerhalb des therapeutischen Prozesses gibt es immer wieder Zyklen, die sich in entsprechende Phasen unterteilen lassen:

1. *Initialphase* → Identifizierung des Problems, Erinnern, Datensammlung; Differenzierung wird angestrebt, um die Komplexität des Themas zu erfassen
2. *Aktionsphase* → Auseinandersetzung, intensives Erleben, Umstrukturierung; Konsens, Strukturierung und Prägnanzerleben wird angestrebt
3. *Integrationsphase* → Neu-Ordnung, Integration des Erlebens, Stabilität
4. *Neuorientierung* → Konsolidierung

Bereits in der *Initialphase* ist es wichtig, innerhalb der Anamnese (oder bei einem neuen Thema) auch auf die leiblich-körperliche Dimension zu fokussieren (Osten 2000). Welche körperlichen Erkrankungen oder Dysfunktionen liegen vor? Welche Spannungs- und Schmerzzustände erlebt der Patient? Welche spontanen Mittel setzte der Patient bisher intuitiv ein, um sich Entlastung zu verschaffen? Wo erlebt er Defizite bezüglich der eigenen psychophysischen Regulationsfähigkeit? Wie bewegungsaktiv und gesundheitsbewusst ist der Lebensstil? Welche besonderen Stressoren liegen vor? Darüber hinaus sollte der Therapeut im leiblichen Erfassen der Atmosphären auf eigene Körpersignale und Anspannung achten, da er hier eventuell wichtige Hinweise bekommt. Bereits in der Initialphase kann der Patient wichtige Informationen über leibliche Phänomene erhalten, die ihm später das Verständnis für angebotene Interventionen erleichtert. Es wird der Grundstein dafür gelegt, dass das Bild von Psychotherapie sich bereits differenziert und die körperlich-leibliche Dimension selbstverständlicher einfließt.

Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, wird die Aufklärung des Patienten über Sinn und Zweck therapeutischer Interventionen innerhalb der Integrativen Therapie als besonders wichtig erachtet, um Bemächtigung vorzubeugen. Es gilt das Konzept des „informierten Patienten“ (Petzold 2000), welches in unsere Gestaltung der therapeutischen Beziehung einfließt. Größtmögliche Transparenz wird angestrebt, um beim Patienten das Gefühl der Kontrolle und Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, womit letztlich eine Stärkung der Ich-Funktionen und Selbstverantwortung stattfindet. Dies bedeutet für den Einsatz von Interventionen aus dem Spektrum des IDR, dass entsprechende Interventionen ko-respondierend vorbereitet und umgesetzt werden und regressive Prozesse limitiert werden, da es ja darum geht, dem Patientin wieder ein vermehrtes Gefühl für Kontrolle zu vermitteln.

In der *Aktionsphase* kommt es dann zum Einsatz entsprechender Interventionen auf der körperlich-leiblichen und mentalen Ebene, verbunden mit der Hinlenkung der Wahrnehmung zum eigenleiblichen Spüren. Korrespondierenden Gedanken, Bewertungen und Affekten wird im weiteren Verlauf ausreichend Raum gegeben, wobei sich bereits ein Übergang zur *Integrationsphase* andeutet. Das Verstehen des Erlebens und der eigenen Wahrnehmung, die Zuordnung von Bedeutung, ermöglichen eine Integration in das Selbstbild und können zu Anregung für die *Neuorientierung* werden. Ein wiederholtes Erleben von Wohlbefinden, Spannungsausgleich und Entlastung mit einer korrespondierenden Bearbeitung und Integration aktualisierter Affekte, Gedanken und Bewertungen kann eine große Motivationskraft zur Umstellung des eigenen Lebensvollzugs und zur Realisierung salutogener Faktoren werden.

5.2 Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik

Unter *Übertragung* verstehen wir die „*unbewusste Vergegenwärtigung ‚alter‘ Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, dass die Gegenwart verstellt wird und die Realität des anderen nicht gesehen werden können. Übertragungen verhindern Intersubjektivität. Deshalb gilt: ‚Wo Übertragung war, muss Beziehung werden.‘*“ (Petzold, Ramin 1993, 1128)

Der Patient hat potentiell ein größeres Übertragungsrisiko als der Therapeut, da er in der Regel bisher nicht die Möglichkeit der intensiven biografischen Bearbeitung und Bewusstwerdung ätiologischer Zusammenhänge hatte, wie es der Therapeut innerhalb seiner therapeutischen Ausbildung hat (Frühmann, Petzold 1994). In der Integrativen Therapie wird deshalb Wert auf langjährige Eigentherapie gelegt, innerhalb derer das eigene Gewordensein, Defizite und Schädigungen des angehenden Therapeuten durchgearbeitet werden, um späterer Übertragung und „blinden Flecken“ vorzubeugen. Natürlich ist es illusorisch, hiermit den Anspruch an Vollständigkeit zu verbinden, sodass auch beim erfahrenen Praktiker immer die Gefahr einer „*Übertragung des Therapeuten*“ besteht. Dem wird versucht, durch Supervision und kollegialen Austausch gegenzusteuern. Ein unbewusstes Ausagieren von Übertragungen durch den Therapeuten hat für den Patienten natürlich besonders gravierende negative Auswirkungen, da auch bei größtmöglicher Intersubjektivität und Transparenz aufgrund der verschiedenen Rollen und des Settings ein Machtgefälle gegeben ist und der Patient diesen Übertragungen besonders ausgeliefert ist.

Unter der *Gegenübertragung* wird hingegen die „*bewusste oder bewusstseinsfähige Resonanz des Therapeuten auf das, was ihm der Patient entgegenbringt*“ verstanden. Sie ist wichtiges diagnostisches und handlungsleitendes Medium für den Therapeuten.

Beim Einsatz von IDR innerhalb des klassischen psychotherapeutischen dyadischen Settings sehe ich bezüglich der Übertragungsdynamik insbesondere folgendes Problem:

In dem Moment wo ich als Therapeutin Anleitung und Übung in den psychotherapeutischen Prozess einbringe, wird vorausgesetzt, dass es einen veränderungswürdigen Zustand gibt, an dem der Patient durch „Übung“ etwas verändern kann. Es liegt auf der Hand, dass damit Eltern- oder Lehrerübertragungen aktualisiert werden können. Ist der Patient an einem Punkt der Therapie, wo er noch in negativen Selbstkonzepten, Selbstbeschuldigung und Abwertungen verstrickt ist, kann er diese Intervention eventuell als Bestätigung hierfür ansehen. Gelingt es ihm nach einer gewissen Zeit nicht, die angestrebte Entlastung zu spüren, versperren ihm Widerstände den Weg zum eigenleiblichen Spüren oder greift er die Anregung des Patienten zum Umsatz in den Alltag nicht auf, kann dies dem Prozess der Selbstabwertung oder dem inneren Konflikt zwischen Anpassungsgeboten und Rebellion neue Nahrung gegeben. Auch aus diesem Grund stehen die traditionellen analytischen Schulen der Integration übender Elemente in die Therapie meist skeptisch gegenüber.

Vielleicht hat der Widerstand gegenüber wohlgemeinter „Entspannungsanleitung“ in bestimmten Phasen der Therapie oder für diesen Menschen besondere Bedeutung. Vielleicht macht die erhöhte Anspannung, die „Alarmbereitschaft“ noch Sinn, vielleicht löst die Intervention „den eigenen Atem zu spüren“ noch zu viele beängstigende Bilder und Szenen aus, vielleicht aktualisiert die Anleitungssituation Bilder unempathischer und fordernder Eltern oder Lehrer, vielleicht rückt plötzlich erstmals im therapeutischen Geschehen ein ungewollter Leistungsaspekt in den Fokus. All dies gilt es zu beachten und mitzubedenken, wenn Übungen angeboten werden. Es ist deshalb unerlässlich, gegenüber diesen und anderen Übertragungsaspekten sensibel zu sein und sie angemessen in den Korrespondenzprozess einfließen zu lassen. Der Patient hat sich eben nicht in einen Volkshochschulkurs begeben, um Entspannungstechniken zu lernen, es geht hier um eine sensible und angemessene Einbettung entsprechender Interventionen in einen psychotherapeutischen Prozess. Der Therapeut muss sich darüber klar sein, dass die Gefahr besteht, durch eigene Übertragungen die Dynamik zu verkennen und mit Kränkung oder Ärger auf entsprechende Widerstände des Patienten zu reagieren oder zu übersehen, dass der Patient „Übungen“ und Anleitungen über sich ergehen lässt, da es ihm nicht möglich ist, den gespürten Unwillen zum Ausdruck zu bringen.

Ein weiterer Aspekt ist die Beachtung des richtigen Zeitpunktes für das Angebot. In Zeiten, in denen der Patient den Therapeuten besonders in der sorgenden Elternrolle anfragt, in denen der therapeutische Prozess mehr durch regressive Elemente geprägt ist, können Interventionen die übenden Charakter haben, zu Überforderung führen. Sie können das Gefühl auslösen, letztlich doch wieder allein gelassen zu werden und die Verantwortung für Schmerz und Anspannung übernehmen zu müssen, was zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht möglich ist.

Es ist deshalb von großer Wichtigkeit, den Prozess zu reflektieren und eine angemessene Vorbereitung und Einbettung in den therapeutischen Prozess vorzunehmen, um einer negativen Übertragungsdynamik vorzubeugen. Der Patient sollte schon an einem Punkt sein, wo ihm der Ausdruck von negativen Gefühlen gegenüber dem Prozess oder dem Therapeuten möglich ist, die Beziehung sollte stabil und tragfähig sein und dem Patienten sollte es bereits selbstverständlich sein, dass das therapeutische Vorgehen in Intersubjektivität unter Einbezug von Korrespondenzprozessen abläuft. Dann kann davon ausgegangen werden, dass die Nachbearbeitung der Übungen und die Integration und Neuorientierung gewinnbringend verläuft und Elemente aus der IDR den Patienten in seinem Entwicklungs- und Gesundheitsprozess in positiver Weise unterstützt.

5.3 Methodik

Innerhalb des IDR-Systems werden in der Regel drei Basisansätze der Entspannung angewendet:

- Muskuläres Entspannungstraining
- Mentales Entspannungstraining
- Respiratorisches Entspannungstraining

5.3.1 Muskuläre Entspannung / Bottom up from muscle to mind

Wichtiges Ziel dieses Ansatzes ist die Verbesserung der eigenleiblichen Wahrnehmung, insbesondere der Wahrnehmung von Muskelspannung. Dies schließt kinästhetische und propriozeptive, aber auch emotive Prozesse ein. In unserer auf die Wahrnehmung äußerer Prozesse fokussierten Welt, gerät die Aufmerksamkeit für unsere seelisch-leiblich-körperlichen Prozesse schnell in den Hintergrund. Der Mensch „übersieht“ die eigene Grenze, die Sensibilität für die eigene Über-Anstrengung, Über-Forderung und Über-Spannung kann verloren gehen. Diese Sensibilität kann uns sogar hinderlich erscheinen, für das Bestehen in der Welt, für die Erreichung unserer Ziele und für die Bewältigung eines komplexen Alltags. Eng hiermit verbunden ist sicher auch eine Verdrängung „ineffektiver“ Emotionen, was häufig eine Verschiebung emotionaler Energien auf die körperliche Ebene zur Folge hat, was sich eindrücklich in Somatisierungsstörungen ausdrücken kann.

Eine der klassischen Methoden, die mit dem Wechsel von muskulärer Spannung und Entspannung eine Verbesserung der Sensibilität zu erzielen sucht, ist die Progressive Muskelentspannung von

Jacobson. In der Integrativen Therapie hat sich mittlerweile allerdings eine *modifizierte Form des PMR* durchgesetzt, da die im *PMR* eingesetzte starke Anspannung der Muskulatur laut *Petzold* (2000) gerade zu einer Verstärkung der pathogenen Fehlspannung führen könnte. Innerhalb des IDR wird deshalb an der „Spürgrenze“ gearbeitet, d.h. die Anspannung geschieht nur so stark, dass ein deutlicher Unterschied zur Entspannung wahrgenommen wird. Des Weiteren werden physiologische Prozesse genutzt, die dem Menschen ohnehin *als natürliche „Spannungsregulation“* zur Verfügung stehen, hier aber verbunden mit der bewussten Wahrnehmung der körperlich-leiblichen Prozesse: Sich Strecken, Gähnen, mit weit geöffnetem Mund, ein bewusstes Aufatmen u.ä. führt zu einer unmittelbaren Entlastung und einem Gefühl der Befreiung. Dies wird systematisch unterstützt, geübt und wieder als bewusst eingesetzte Regulationstechnik verfügbar gemacht. Seit ich diese „Methode“ am eigenen Leibe erfuhr, war ich überrascht, wie wenig ich sie bisher bewusst eingesetzt hatte. Es ist auch für Patienten wohltuend zu erleben, dass sie etwas bereits „zur Verfügung“ haben, sie es nur bewusster und häufiger nutzen könnten.

Eng verwandt mit dem Dehnen, Räkeln und Strecken ist das *Stretching*. Durch das *Stretching* kann sowohl eine Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit erzielt werden, als auch eine unmittelbare Wirkung auf die verkürzten Muskeln, Sehnen und Bänder erfolgen. Verbunden mit einer bewussten, langsamen Ausführung und entsprechender Aufmerksamkeit für die leiblichen Vorgänge bezeichnet es *Abresch* als

„*DAS Mittel der Wahl*“, da „*chronische Verspannung außer durch ‚Stress‘ auch durch die verkürzten Faszien selbst aufrecht erhalten werden, sich nach situativ erfolgreicher Entspannung allein schon deswegen wieder neu spannen*“. (2003, 163)

Das *Stretching* kann sich sowohl auf die größeren Muskelpartien beziehen, so wie man es auch aus dem Sport kennt, oder sich eher in kleineren Muskelbereichen abspielen. Häufig kommt ein langsames und bewusstes Spreizen der Finger, verbunden mit einer tiefen Ausatmung oder ein Dehnen der Halsmuskulatur, verbunden mit Drehungen des Kopfes zum Einsatz. So ergeben sich kleine Spür- und Übungseinheiten, „*Quick-Relax*“, die der Patient ohne großen Aufwand im Alltag wiederholen und üben kann.

Neben der *aktiven Dehnung* kommen auch *passive Dehnungen* der Muskulatur zum Einsatz. So kann zum Beispiel mit Tennisbällen oder Stäben gearbeitet werden, die der Patient im Liegen oder Stehen an einer Wand an bestimmten Muskelpartien anlegt, um dann mit individuell variierendem Druck und im Kontakt mit dem eigenen Spürsinn, eine Dehnung verspannter oder schmerzender Muskelpartien einzuleiten.

Aber nicht nur die Entspannung wird in den Blick genommen, sondern auch die *Vitalisierung*. Für einen ausgewogenen Balancezustand ist der sogenannte Etonus anzustreben, eine entspannte aber nicht erschlaffte Haltung. Im IDR werden Vitalisierungen z.B. über „das Händewaschen“, ein Reiben der Handflächen, das Reiben des Gesichtes, einer „Ohrmassage“ oder ein Abklopfen einzelner Körperpartien erzielt. Sich selbst bewusst zu berühren und zu spüren, sich mit liebevoller Achtsamkeit „aufzuwecken“ kann eine tiefe Selbst-Erfahrung sein.

Auch eine Verbindung bestimmter *Körperhaltungen und Bewegungen* mit dem Ausruf von Lauten und insbesondere mit der Verbindung zu bestimmten Vorstellungen kann zu einem Ansteigen einer angenehmen Grundspannung führen. Es ist für jeden Patienten indikationsspezifisch zu entscheiden und gewichten, welche Übungen vorgenommen werden.

5.3.2 Mentale Entspannung/Top down from mind to muscle

Der Einsatz autosuggestiver Techniken ist seit langem als Möglichkeit bekannt, Fehlspannungsprozesse positiv zu beeinflussen. Das *Autogene Training* nach *Schulz* ist hier wohl der bekannteste und ein weit verbreiteter Ansatz.

Im IDR wird vom gleichen Grundprinzip ausgegangen, d.h. wir versuchen über mentale Vorstellungen, das Vegetativum und die Muskulatur zu beeinflussen. Hierbei kommen Imaginations- und Visualisierungstechniken zum Einsatz, aber auch der Einsatz von „Entspannungsformeln“. Darüber hinaus nutzen wir in der Integrativen Therapie häufig die entspannende oder vitalisierende Wirkung von Farben und Musik. Durch die reale oder visualisierte Arbeit mit Farben kann ein Einfluss auf seelisch-leiblich-körperliche Befindlichkeit genommen werden.

Seit einiger Zeit setzt sich die Erkenntnis durch, dass die angeleiteten oder autosuggestiven Imaginationen und Visualisierungen nicht unbedingt innerhalb eines „tiefen Trancezustandes“ stattfinden müssen, um entsprechende Wirkungen zu erzeugen. Gerade, wenn die Gefahr einer

malignen Regression besteht, sind die Übungen eher mit offenen Augen und „niederschwellig“ durchzuführen, um Kontrollverlust und Fragmentierung zu vermeiden. Der Patient soll ja gerade lernen, wie er wieder zu einer verbesserten Kontrolle seiner körperlich-seelischen Vorgänge gelangen kann, wobei tiefere Trancephänomene kontraproduktiv sein können.

Wichtig sind Interventionen, die zu einer Installation „heilender Atmosphären“ führen. Hierbei gilt es über Stimme, Blicke, Gestik und allgemein über Korrespondenz versichernde Atmosphären zu fördern, die beim Patienten zu Entängstigung und Entspannung führen können. Mit Hilfe des Therapeuten kann der Patient wieder einen verbesserten Zugang zu seinen Selbstheilungskräften herstellen und lernen über angenehme und hilfreiche Vorstellungsbilder zur Entlastung zu finden und das Erleben von Überforderung zu reduzieren. Innerhalb des IDR kommen beispielsweise die folgenden Imaginationen/Visualisierungen zum Einsatz:

- Entspannungsreise durch den Körper
- Ein sicherer Ort
- Ein innerer Beistand/Helferfigur/Schutzgeist
- Szenische Imaginationen, die Wohlgefühl und Freude auslösen
- Naturimaginationen
- Schutzräume
- Bewegungsimaginationen
- Heilende Farben, Klänge

Je labiler der Patient ist, desto mehr die Gefahr eines „Abdriftens“ besteht, umso strukturierter und regressionsbegrenzender sollte die Anleitung vollzogen werden.

In den humanistischen Therapien wurde immer schon viel mit „inneren Bildern“ gearbeitet, bestimmte therapeutische Verfahren haben sich ganz auf diesen Ansatz fokussiert, wie bspw. das *Katathyme Bilderleben*. Besonders dann, wenn Menschen in ihren Manifesten erschüttert wurden, was durch traumatische Ereignisse, aber auch eine Kumulation alltäglicher Belastungen gegeben sein kann, ist es wichtig, wieder heilende Atmosphären aufzubauen, die emotional umstimmen und die kaum noch verfügbaren Ressourcen stärken (vgl. auch Reddemann 2002, Huber 2005). Die neurobiologische Forschung der jüngeren Zeit vertieft unsere Erkenntnisse darüber, wie sehr „innere Bilder“ unser Erleben und Handeln bestimmen, wie Hüther (2005) eindrücklich darlegt:

Wie die Hirnforscher in den letzten Jahren zeigen konnten, ist die Art und Weise, wie ein Mensch denkt, fühlt und handelt, ausschlaggebend dafür, welche Nervenzellverschaltungen in seinem Gehirn stabilisiert und ausgebaut und welche durch unzureichende Nutzung gelockert und aufgelöst werden. Deshalb ist es alles andere als belanglos, wie die inneren Bilder beschaffen sind, die sich ein Mensch von sich selbst macht, von seinen Beziehungen zu anderen und zu der ihn umgebenden Welt, und nicht zuletzt von den seiner eigenen Fähigkeit, sein Leben nach seinen Vorstellungen zu gestalten. (2005, 9)

Aufgrund unseres wachsenden Wissens darum, wie sehr geistig-seelisch-körperliche Prozesse miteinander verwoben sind, wird im IDR konsequent die Tatsache genutzt, dass unsere Vorstellungsbilder auf den körperlichen Spannungszustand zurückwirken und diesen beeinflussen können.

Um einen möglichst guten Transfer in den Alltag zu gewährleisten, ist es auch beim Ansatz der mentalen Entspannung wichtig, kurze, leicht zu erlernende Vorstellungsbilder, mentale „Ruheinseln“ erfahrbar zu machen. Dies schließt nicht aus, im therapeutischen Kontext auch längere „Phantasiereisen“ einzusetzen, um entsprechende Entspannungserfahrungen zu vertiefen.

Wie bereits gesagt sind die Auswahl und Schwerpunktsetzung bei den Übungen indikationsspezifisch zu gewichten. Da wir aber stets das *Empowerment* und die Erfahrung von *Selbstwirksamkeit* beim Patienten im Blick halten sollten, ist es wichtig, möglichst bald zu der Erfahrung zu verhelfen, dass die spannungsregulative Wirkung auch zu Hause, am Arbeitsplatz, eben im alltäglichen Leben zu erreichen ist und nicht von der Anwesenheit des Therapeuten abhängt. Dies wirkt motivierend, stärkt das Selbstvertrauen und macht neugierig auf Zukünftiges.

5.3.3 Respiratorische Entspannung/*Bottom up from breathing to mind and muscle*

Das Einbeziehen des Atems in entspannungstherapeutische Arbeit ist weit verbreitet. In den Heiltraditionen und Übungspraktiken des Fernen Ostens ist die Wahrnehmungsschulung bezüglich der Atmung zentral, die Atmung wird wesentlich mit dem Qi, der Lebensenergie in Verbindung gebracht. Die Verbindung des Menschen mit der Welt, die Austauschprozesse, die lebensnotwendig sind, Reinigung und Entgiftung, Anspannung und Lösung, all dies und vieles mehr geht mit der Atmung einher. Der Mensch kann eine Zeit lang ohne Nahrung, sogar ohne Wasser überleben, ohne Sauerstoff nicht. Die Atmung ist der zentrale Lebensvorgang, die Grundlage aller physiologischer Prozesse, in der Regel geschieht dieser Prozess unwillkürlich.

Middendorf (1995, 8.Aufl.) beschreibt die folgenden acht körperlichen Ebenen, die durch den Atem beeinflusst werden:

- Sauerstoffversorgung der Gewebszellen
- Ausscheidung des im Gewebsstoffwechsel entstandenen Kohlenmonoxids
- Energiestoffwechsel
- Bedeutung für den Säure-Basen-Haushalt
- Wirkung der Atembewegung auf die Muskulatur
- Wirkung auf die Bauchorgane
- Wirkung auf den Lymphkreislauf
- Wirkung auf das Herz und den Blutkreislauf

Die Auswirkung all dieser Aspekte auf die neuronalen, hormonellen und endokrinologischen Ebenen und damit auf die Gefühle leuchtet unmittelbar ein.

Für den entsprechend geschulten Therapeuten lassen sich an der Art, wie ein Mensch atmet, wichtige diagnostische Schlüsse ziehen. Eine Stress- und Angstphysiologie, jeder heftige Affekt ist unmittelbar auch an der Atmung erkennbar. Umgekehrt wirkt sich die Art, wie wir atmen auf unsere leiblich-seelischen Empfindungen aus.

Im entspannungstherapeutischen Kontext gilt es nun, den Patienten den Atem „erfahrbar“ zu machen und allmählich Möglichkeiten aufzuzeigen, wie über eine sanfte Veränderung der Vorgänge mehr Wohlbefinden, Entspannung oder Schmerzreduktion erzielt werden kann. Atemarbeit bedeutet immer eine intensive Hinwendung zum Selbst und ist mit einer Bereitschaft zum Hinspüren und sich Einlassen verbunden. Hierbei ist wichtig, dass der Patient von Anfang an eine Achtung seiner bisherigen, individuellen Art zu atmen erfährt. Es geht nicht darum die „bessere“ oder einzig richtige Atmung zu vermitteln, was wiederum ein Gefühl von „Falschsein“ verstärken kann, sondern zunächst einmal mit Achtung und Aufmerksamkeit dem eigenen Atemrhythmus zu begegnen. Jeder Leistungsdruck ist hier selbstverständlich kontraindiziert. Schon die Hinwendung zum Atem, das ruhige Beobachten führt häufig zu einer Veränderung, meist einer Vertiefung der Atmung. Hierbei kann das Vorstellungsbild des „Sich atmen zu lassen“ hilfreich sein. Die Erfahrung, sich Überlassen zu können, ohne eigenes Zutun und ohne Anstrengung „versorgt zu werden“ ist oft eine überraschende Erkenntnis und kann schon heilsame Erfahrung sein.

Eine vertiefte und ruhige Atmung geht mit psychophysiologischen Prozessen einher, der parasympathische Anteil verstärkt sich, „Aufatmung“ und Beruhigung setzt ein. Diese Vorgänge werden fokussiert, mit Bewusstheit erlebt und sensibilisieren den Patienten für Regenerations- und Entspannungsabläufe.

In weiteren Übungen wird der Atem dann allmählich gezielter beeinflusst. Hier bieten sich Vorstellungsbilder an, wie die, den Atem zu bestimmten Stellen des Körpers zu „senden“, innere Räume zu erspüren und sich ausdehnen zu lassen. So kommt es durch eine Verbindung mentaler und körperlicher Prozesse zu einer vertiefenden Erfahrung, die seelisch-leibliche Dimensionen umfasst.

Eine wirkungsvolle Übung bei Schmerz- und Spannungszuständen ist die, mit der Einatmung den Atem in die entsprechende Körperregion zu senden, diese mit reinigenden, heilenden Energien zu versorgen und Altes, Verbrauchtes, Schmerzendes mit der Ausatmung „auszuleiten“. Diese Übung kann auch mit der Vorstellung kombiniert werden, dass angenehme Farben den Atem begleiten und heilend wirken.

Auch die Vorstellung, den Atem über die eigenen Grenzen hinaus zu erweitern, beispielsweise über den Scheitel hinaus, kann hilfreich sein, um eine vertiefte Atmung mit dem emotionalen Erleben von Ausdehnung und Weitung zu verbinden.

Das Erleben einer vertieften Zwerchfell- oder Bauchatmung ist unmittelbar mit dem Erleben von Beruhigung und Entspannung verbunden und wirkt in der Regel entängstigend.

Dennoch kann gerade durch die Atemarbeit, aufgrund des vertieften „Sich-Spürens“ und „Fließen-Lassens“, emotionales Material evoziert werden, was im therapeutischen Handeln sorgfältig bedacht werden muss. Auch hier gilt der Grundsatz, das Maß der Stabilität und Regulationsfähigkeit des Patienten bei der Auswahl der Übungen zu bedenken, um die Gefahr ängstigenden Erlebens oder Kontrollverlust zu vermeiden. Hier bietet aber gerade das dyadische Setting gegenüber der Gruppe nicht nur die Möglichkeit sehr differenzierten Vorgehens, sondern auch die Chance zur therapeutischen Bearbeitung des evozierten Materials. Diese Möglichkeit ist in anderen Settings, in denen atemtherapeutische Elemente zum Einsatz kommen nicht unbedingt gewährleistet.

Die Kombination des atemtherapeutischen Vorgehens mit dem mentalen und körperlichen Entspannungsansatz bietet innerhalb des IDR-Systems Möglichkeiten der Vertiefung und verbindende Erfahrungen.

Einen reichen Schatz an atemtherapeutischen Übungen, (auch in der Kombination mit mentalen und körperlichen Übungen) unter Anleitung aber auch kurzer Übungen für den Alltag bietet das Werk *Middendorfs* (1995, 8.Auflage). Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, hierauf näher einzugehen.

Nach der skizzierten Ausführung dieser drei Möglichkeiten entspannungstherapeutischer Arbeit im IDR-System dürfte klar geworden sein, dass es hier nicht darum geht, den Patienten eine bestimmte Übungsstruktur nach einem festen Ablauf anzubieten, sondern dass genügend Raum bleibt, auf die Vorlieben und Abneigungen des Einzelnen einzugehen und so eine möglichst gute Passung zwischen Mensch und Übung zu erreichen. Es darf und soll herausgefunden werden, „was mir liegt“. Hierin sehe ich eine besondere Chance des IDR-Systems.

5.3.4 Weitere Methoden der Entspannungstherapie und IDR

Wie weiter oben dargestellt lassen sich neben den hier ausgeführten entspannungstherapeutischen Ansätzen weitere ausmachen: Die *physikalischen Entspannungen*, die überwiegend in krankengymnastischer Praxis zum Einsatz kommen, manuelle Therapien, Massagen und Bäder erfordern eine spezielle Ausbildung, über die der Psychotherapeut in der Regel nicht verfügt. Deshalb sind meines Erachtens die Eröffnung dieser Zugänge für den Patienten durch kollegiale Zusammenarbeit und ein Netzwerk, welches bei Bedarf genutzt werden kann, wichtig. Dies bietet bei entsprechender Indikation Chancen für den Patienten durch die Kombination verschiedener Professionen.

Ebenso ist die Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen und Heilpraktikern als Chance und nicht als Konkurrenz zu verstehen, um gegebenenfalls *substanzinduzierte Entspannung* und insbesondere *Schmerzreduktion* zu erzielen.

Ein weiterer Bereich ist das *Biofeedback*, welches meiner Erfahrung nach aber häufig mit „medizinisch-technisch“ assoziiert ist und welchem Vertreter psychodynamischer Therapieverfahren häufig mit Skepsis begegnen.

Beim Biofeedback werden normalerweise nicht bewusstseinsfähige physiologische Parameter wie bspw. der Hautwiderstand, Herzschlag und anderes über Sensoren registriert und an einem Bildschirm sichtbar gemacht. Hierdurch kann der Patient ein „Feedback“ erhalten, wie er durch bestimmte Übungen entsprechende physiologische Abläufe verändern kann. Dieser Ansatz kann dazu führen, dass durch entsprechendes Training eine verbesserte Regulationskompetenz erarbeitet werden kann, die der Patient dann im Alltag gezielt einsetzen kann. Der Indikationsbereich ist vielfältig. Dennoch scheuen insbesondere die psychodynamisch orientierten Therapeuten häufig vor dem „Technikeinsatz“ zurück, vermutlich auch, da eine Fixierung des Patienten auf die technischen Abläufe im Gegensatz zu den inneren Prozessen befürchtet wird. Einen neueren Ansatz beschreibt *Servan-Schreiber* (2005) mit dem sogenannten *Herzkohärenz-Training*. Er verweist auf verschiedene Wirksamkeitsstudien und verbindet mit dem *Herzkohärenz-Training* implizit den Anspruch, insbesondere das limbische System und damit das emotionale Erleben zu beeinflussen. Interessant erscheint mir dabei der Verweis auf ein „Herz-Hirn-System“,

d.h. einer engen Verbindung und wechselseitigen Beeinflussung der Herzaktivität und den hirnhysiologischen Abläufen. Das Herz (zum Darm, vrgl. Osten, 2001, 192) verfügt

„nicht nur über ein eigenes, halbautomatisches Nervensystem, sondern sondert auch Adrenalin ab, das es freisetzt, wenn es seine Kapazitäten voll ausschöpfen muss. Zudem schüttet es das Hormon Noradrenalin aus, das den Blutdruck reguliert, und kontrolliert dessen Freisetzung. Und es sondert Oxytocin ab, das Liebeshormon....All diese Hormone wirken unmittelbar auf das Gehirn ein. Zu guter Letzt lässt das Herz den gesamten Organismus an den Veränderungen in seinem ausgedehnten elektromagnetischen Feld teilhaben, das man noch in einigen Metern Entfernung vom Körper nachweisen kann, dessen Bedeutung man jedoch noch nicht kennt.“ (Servan-Schreiber, 2005, 52) vrgl. auch Reddemann, 2004, 38)

Im Herzkohärenz-Training wird nun die Verbindung zwischen diesem „kleinen Gehirn des Herzens“ und dem „emotionalen Gehirn“ genutzt. Die Beeinflussung zielt allerdings nicht auf die Herzschlagfrequenz, sondern auf den Rhythmus des Pulses, die Intervalle zwischen den Herzschlägen, die nie gleich sind und die sich auch über emotionale Zustände verändern. Angestrebt wird eine Kohärenz im Gegensatz zu Chaos, d.h. eine Ausgewogenheit zwischen Beschleunigung und Bremsen, die im Monitor als eine ausgewogene Wellenlinie sichtbar wird. Diese Balance wird durch eine „Herzmeditation“ angestrebt:

Die Aufmerksamkeit wird zunächst nach innen gelenkt, die Atmung einbezogen und die Herzgegend fokussiert. Mithilfe einer Kombination von atemtherapeutischen und mentalen, imaginativen Techniken wird versucht, ein Gefühl des Wohlbefindens zu evozieren, welches insbesondere, aber nicht ausschließlich auf die Herzregion ausgerichtet ist. Über diese Übung lässt sich relativ rasch, wie ich selbst bei einer Demonstration miterleben konnte, eine Beeinflussung der Herzkohärenz erzielen. Bei wiederholter Übung scheint sich diese Beeinflussung immer leichter herstellen zu lassen, sodass es im Alltag zu einer Möglichkeit kommt, sich bei Bedarf zu regulieren. Meines Erachtens bietet so eingesetztes Biofeedback, eventuell in modifizierter Form, durchaus die Möglichkeit, die Selbstwahrnehmung und das eigenleibliche Spüren zu vertiefen. Für bestimmte Patienten, die die Sicherheit und die Kontrolle über eine objektive Außeninstanz, den Monitor, hilfreich erleben, könnte hier meines Erachtens eine weitere gute Möglichkeit zum Erlernen einer besseren Regulationskompetenz liegen.

5.3.5. Kombination der einzelnen Ansätze

Wie bereits dargestellt, halte ich die Möglichkeit der individuellen Gewichtung und Kombination der unterschiedlichen Entspannungstechniken für eine der Stärken des IDR-Ansatzes. Es besteht die Möglichkeit, je nach Indikation und der besonderen Voraussetzungen des Patienten, sehr unterschiedliche Interventionen anzubieten. Patienten, bei denen zunächst eine eher funktional-übungsorientierte Vorgehensweise sinnvoll erscheint, kann eine erste Erfahrung von Entlastung und Spannungsreduktion über leichte Dehn- und Streckübungen in Kombination mit Aufmerksamkeitslenkung auf die Atmung ermöglicht werden. Zum Teil wird es dann möglich sein, erlebniszentrierte Ansätze wie Imaginationsübungen oder vertiefende atemtherapeutische Interventionen anzuschließen oder auch kreativtherapeutische Elemente in die Arbeit einzubeziehen. Ob innerhalb des psychotherapeutischen Settings der Einsatz von IDR-Elementen eher eine kürzere Episode bleibt oder sich dieses Element der Therapie als längerfristig bestimmend herausstellt, wird am Prozess zu entscheiden sein.

Eine erste Erfahrung von Entlastung, Selbstwirksamkeit und ein Gefühl von Entspannung ist bereits nach wenigen Stunden erreichbar. Bezüglich der Frage der Generalisierbarkeit und der Möglichkeit einer tiefgreifenden psychophysiologischen Basisumstellung ist sicher ein Transfer in den Alltag unumgänglich. Es erscheint sinnvoll neben den IDR-Elementen, die in der Therapie zum Einsatz kommen, nach Möglichkeiten zu fahnden, insgesamt zu einem bewegungsaktiveren Lebensstil zu finden. Durch das verbesserte Spüren der eigenen inneren Prozesse wird es dem Patienten dann auch leichter fallen, hier Möglichkeiten zu erforschen, die dem eigenen Stil entsprechen. Sei es nun das regelmäßige Lauftraining oder das Erlernen von Yoga, Aikido oder eines anderen östlichen Übungsweges.

6. Aus der Praxis

6.1 Allgemeine Erfahrungen

Im Allgemeinen nehmen Patienten meiner Erfahrung nach, bei entsprechender Indikation und Einführung, Elemente des IDR-Ansatzes gut an. Insbesondere die achtsame Hinwendung zum Leib, zur Atmung und die harmonisierende und ausgleichende Wirkung von Imaginationen führen immer wieder zu „Erkenntnissen“ und „Umstimmungen“, die als hilfreich erlebt werden. Die Patienten zeigen sich oft erstaunt darüber, dass sie hier in „kleinen Spürmomenten“ der eigenen Befindlichkeit näher kommen, als in Kursen von Autogenem Training oder anderen Entspannungsverfahren, mit denen manche Erfahrung haben. In den meisten Fällen finden diese Entspannungselemente eine natürliche Einbettung in den therapeutischen Prozess, meist in der Aktionsphase. Oft habe ich den Eindruck, dass durch diese Interventionen auch ein zu „kopflastiger“ Prozess ausgeglichen wird und Wahrnehmungen, Erkenntnisse und Zukunftsentwürfe, „leibliche Anbindung“ finden.

Neben anderen Konfliktfeldern und Problemen ist es häufig das Überforderungserleben im Beruf und in der Familie, welches ein Gefühl des „Ausgebranntseins“ und der Entfremdung hervorruft. Dies bewusst leiblich zu spüren und die Erfahrung zu machen, dass eine Gegensteuerung möglich ist, wird in der Regel als ausgesprochen hilfreich und letztlich stärkend erlebt und führt manchmal auch zu einer längerfristigen Umstellung von Lebensgewohnheiten.

Dennoch kann nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass dies von jedem Menschen so erlebt wird, weshalb ein individuelles und differentielles Vorgehen wichtig ist. Im Folgenden möchte ich auf den therapeutischen Prozess mit einer Patientin eingehen, der mir deutlich auch die „Grenzen“ des Einbezugs von IDR in den therapeutischen Prozess vor Augen führte.

6.2 Fallbeispiel

6.2.1. Symptomatik und Anamnese

Die Patientin fand mit einer depressiven Symptomatik und einem Gefühl von Überforderung und Orientierungslosigkeit den Weg in die Praxis. Die allein erziehende Mutter von zwei Töchtern befand sich in Trennung von ihrem Mann und in einer Lebenssituation, die ihren vollen Einsatz forderte. Neben den Überforderungs- und Verzweiflungsgefühlen, schilderte sie Schlafstörungen und Erschöpfung, starke Anspannung und ein geringes Selbstwertgefühl.

Sie erlebe es als sehr großes Problem, dass sie sich immer wieder sehr unsicher bezüglich eigener Entscheidungen fühle. Immer wieder verliere sie den Anschluss an ihre Gefühle, sodass das, was ihr gestern noch richtig erscheine, heute nicht mehr nachvollziehbar für sie sei. So gehe es ihr auch mit der Entscheidung zur Trennung, mit ihrer beruflichen Situation und in den Fragen der Erziehung ihrer Kinder.

Die attraktive Patientin wirkte auf den ersten Eindruck ausgesprochen kompetent, dynamisch und durchsetzungsfähig, sodass diese Schilderungen erst nach und nach für mich spürbar wurden. Auffallend war eine sehr gepresste Stimmlage und eine starke Anspannung in der Mimik, wenn sie in emotionale Anspannung geriet.

Biografisch bedeutsam erschien mir vor allem, dass die Patientin gemeinsam mit einem behinderten Bruder aufwuchs, sodass sie immer wieder Schuldgefühle bezüglich des Umsatzes eigener Interessen und egoistischer Strebungen erlebte. Ihre Eltern beschrieb sie als hilfsbereit, zugewandt und wenig konfliktbereit. Sie habe sich häufig von den Eltern genötigt erlebt, auf den Bruder Rücksicht zu nehmen und sich manches Mal in ihren Bedürfnissen übersehen gefühlt. Der Vater sei darüber hinaus sehr auf Harmonie bedacht gewesen und habe sie moralisch häufig unter Druck gesetzt.

Erst im Verlauf der Anamnese gab die Patientin eher beiläufig an, dass sie unter erheblichem nächtlichen Zähneknirschen leide und sie fast jeden Morgen mit Schmerzen im Nacken und der Gesichtsmuskulatur aufwache. Die Patientin gab an, „sie habe das vergessen, weil es für sie schon so normal sei“. Unter diesem Problem leide sie bereits seit Jahren. Es stand außer Frage, dass die

Patientin einen großen Teil ihrer psychischen Anspannung über den Körper zum Ausdruck brachte und sich hier offenbar eine chronifizierte Stressphysiologie manifestiert hatte.

6.2.2 Psychodynamische Hypothesen

Zusammenfassend ergaben sich folgende psychodynamische Hypothesen:

Die Patientin befand sich aktuell offenbar in einer Krise, die wesentlich mit der Entscheidung zur Trennung und den damit verbundenen Anforderungen an eine Neuorientierung zusammenhing. Diese Situation aktualisierte offenbar ihre tiefgreifende Unsicherheit bezüglich der Wichtigkeit und Richtigkeit eigener Entscheidungen, Schuldgefühle ob „egoistischer“ Motive und Versagensängste. Die Schuldgefühle wurden durch den Druck der Eltern, die den Entschluss zur Trennung missbilligten, die Sorge um die Kinder und die Notwendigkeit, nun selbst ihr Leben in die Hand zu nehmen, noch verschärft. Darüber hinaus erlebte die Patientin auch einen inneren Konflikt zwischen ihrer Sehnsucht nach eigenständiger Lebensführung und einer liebevollen Partnerschaft einerseits und Versorgtwerden und Sicherheit auf der anderen Seite. Die innere Anspannung führte einerseits zu einer depressiven Entwicklung andererseits reagierte die Patientin mit einer Zunahme ihrer körperlichen Anspannung, die sich durch eine Verstärkung ihres nächtlichen Zähneknirschens ausdrückte.

So wurde die Frage der körperlichen Anspannung neben dem erlebten seelischen Leiden schon früh Thema innerhalb der Therapie.

6.2.3 Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung

Zu Beginn der Therapie spürte ich bei der Patientin ein großes Bemühen, sich „zusammenzureißen“ und nicht klagend zu erscheinen. Sie neigte dazu, Beschwerden zu bagatellisieren und Interventionen meinerseits, insbesondere solche, die in Richtung Selbstfürsorge gingen, in Frage zu stellen und sie als nicht durchführbar und übertrieben zu erleben. Von Anfang an schien es sehr wichtig, die Patientin in ihren kompetenten Anteilen anzuerkennen und zu stärken, da sie von der Angst, sich schwach zu zeigen, bestimmt war. Neben der Angst, dann nicht mehr funktionieren zu können, äußerte sie mehrmals die Angst, zu sehr „Nabelschau“ zu betreiben, sich selbst „zu wichtig zu nehmen“ und sich „weltfremd“ nur noch mit ihren „Wehwehchen“ zu beschäftigen. Offenbar hatten die frühen Funktionsgebote der Eltern und die Erfahrungen als Schwester eines behinderten Bruders dazu geführt, dass die Patientin strenge Vorgaben verinnerlichte, sich selbst nicht zu wichtig nehmen zu dürfen und letztlich „die Zähne zusammenzubeißen“.

Diesem Bemühen, sich stark und belastbar zu präsentieren, stand das Erleben wiederholten Kontrollverlustes entgegen. Die Patientin habe mehrmals erlebt, in Situationen, in denen sie sich kritisiert und in Frage gestellt gefühlt habe, keine Kontrolle mehr über ihre Gefühle gehabt zu haben und in Tränen ausgebrochen zu sein, was ihr besonders im beruflichen Kontext sehr zu schaffen mache. Sie müsse sich oft unglaublich anstrengen, die Kontrolle aufrecht zu erhalten. Dieses Phänomen fand offenbar auf der leiblich-körperlichen Ebene in Form der übertriebenen Kieferspannung und des Zähneknirschens Ausdruck.

Ich erlebte die Patientin in Situationen, in denen sie im Kontakt mit ihren Gefühlen von Angst, Überforderung und Schwäche war, häufig auch klagend und lamentierend, was sich insbesondere über die immer leiser werdende Stimme und mangelnde Stimmmodulation ausdrückte.

In der Gegenübertragung spürte ich häufig das Gefühl, mich als kompetent und funktionstüchtig erweisen zu müssen, die Patientin bei einer raschen Problemlösung unterstützen zu müssen und mich nicht mit „Kinkerlitzchen“ aufhalten zu dürfen. Immer wieder blitzte bei mir auch Ärger darüber auf, dass die Patientin meinen Angeboten zu mehr Selbstfürsorge mit so viel Widerstand begegnete.

Das Erleben der Patientin, „auf andere mehr zu hören als auf sich selbst“ erschien mir sehr bedeutsam für die weitere Gestaltung und das Gelingen der therapeutischen Beziehung. Ich spürte deutlich ihre Angst, sie könne von mir manipuliert und damit „im Funktionieren“ geschwächt werden. Auf der körperlichen Ebene hatte ich häufig den Impuls „tief durchzuatmen“ und spürte verstärkt Anspannungen im Schulter-Nacken-Bereich. Darüber hinaus erlebte ich teilweise Verwirrung bezüglich der Ambivalenz von Kompetenz und „gestandener Frau“ einerseits und eines klagenden, überforderten und in hohem Maße verunsicherten „Kindes“ andererseits.

6.2.4 Therapieziel

Als Therapieziel nannte die Patientin den Wunsch, wieder besser ihren Aufgaben nachkommen zu können, und vor allem eine Befreiung von ihrer quälenden Unsicherheit bezüglich ihrer Entscheidungen. Sie höre mehr auf andere als auf sich selbst. Als Angst bezüglich des therapeutischen Prozesses nannte sie ihre Sorge, die Therapie könne sie „noch weiter runterziehen“ oder „weltfremd“ machen.

Die Möglichkeit, ihre körperlichen Beschwerden zu reduzieren, erschien ihr gering, da sie hier schon alles ausprobiert habe, mehrmals Zahnärzte gewechselt habe, „ihr könne da wohl keiner helfen“. Es war in dieser Phase wichtig, der Patientin einige Informationen bezüglich des Zusammenhanges zwischen seelischem und körperlichem Erleben zu vermitteln und auch auf die Möglichkeit des Einbezuges von „Entspannungsübungen“ in den psychotherapeutischen Prozess hinzuweisen.

So einigten wir uns schließlich auf folgende wesentliche Ziele für die Therapie:

- Der eigenen inneren Stimme mehr zu vertrauen, weniger beeinflussbar zu werden.
- Sich selbst wichtiger als bisher zu nehmen und den eigenen Wahrnehmungen zu vertrauen.
- Die körperliche Anspannung zu verringern und Möglichkeiten zu erforschen, hier besser gegensteuern zu können.
- Dem eigenen Gewordensein mehr Verständnis entgegenzubringen.
- Sich in sozialen Situationen, die dies erforderten, besser emotional regulieren zu können.
- Die mit der Neuorientierung verbundenen Aufgaben zu bewältigen.

6.2.5 Therapieverlauf

Ich werde mich im Folgenden auf die wesentlichen Phasen beschränken, die mir für die gegebene Fragestellung relevant erscheinen und unter dem Fokus des Einsatzes von IDR-Elementen den Behandlungsverlauf skizzieren.

Die Therapie war in den ersten Wochen wesentlich von der Klärung und Stärkung der therapeutischen Beziehung bestimmt. Darüber hinaus standen Realprobleme im Vordergrund, wobei die Patientin mich in einer stützenden, ermutigenden und strukturierenden Funktion nutzen konnte. Bezüglich der körperlichen Anspannung wuchs der Leidensdruck weiter, die Patientin erlebte sich morgens zerschlagen mit starken Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich, ihre Knirscherschiene beiße sie regelmäßig kaputt. Sie fühlt sich diesbezüglich hilflos, wütend und am Rande ihrer Kräfte.

Meine „Spürangebote“ innerhalb der Stunden konnte sie zunächst nur schwer annehmen. Sie könne sich nicht auf sich konzentrieren, „spüre nichts“ oder nur Anspannung. Es erschien mir in dieser Phase besonders wichtig, die Patientin hier nicht noch mehr unter Druck zu setzen, sondern ihr immer wieder zu vermitteln, dass diese Anspannung derzeit eben Ausdruck ihrer Befindlichkeit sei und sie darin zu unterstützen, die verschiedenen Fassetten dieser Anspannung zunächst einfach wahrzunehmen. Von Beginn an verbanden wir diese Wahrnehmung mit Aufmerksamkeitslenkung auf die Atmung, was die Patientin als wohltuend erlebte. Ein sehr kleinschrittiges Vorgehen in Korrespondenz und Akzeptanz der Widerstände erwies sich als sehr wichtig, sodass die Patientin allmählich besser loslassen konnte.

Im Verlauf der Stunden kristallisierte sich neben anderen Themen immer wieder folgendes heraus: Die Patientin erlebte die Hinwendung zu ihren eigenen inneren Prozessen immer wieder als Bedrohung ihrer Funktionstüchtigkeit und als Angst vor „Verweichlichung“. Erst ganz langsam konnte sie hier erste Schritte wagen und sich erlauben, körperliche und seelische Spannungszustände zu erspüren. Meine Interventionen bestanden aus niederschweligen Angeboten, eine Aufmerksamkeitslenkung zu bestimmten körperlichen Regionen, das Unterstützen von „Aufatmung“ und dem Lösen von Kieferspannung.

Nach einiger Zeit bezogen wir leichte Stretching- und Dehnübungen der Schulter-Armregion ein, verbunden mit Atemübungen. Allmählich konnte die Patientin sich auch auf kurze Imaginationsübungen einlassen, sich wohltuende innere Räume gestalten, sich zumindest innerhalb „innerer Bilder“ für Momente erleichtert und unbeschwerter zu erleben.

Als die Patientin begann, sich auf diese Hinwendung zu innerem Erleben einlassen zu können, nahm ganz allmählich ihre Wahrnehmung für körperliche Spannungszustände zu. Korrespondierend

erlebte sie sich erstmals in Auseinandersetzungen sicherer, sie begann der eigenen Wahrnehmung mehr zu trauen, was sie motivierte.

Erstmals berichtete sie in den Stunden, dass ihr tagsüber aufgefallen sei, wann sie die Zähne zusammengebissen habe, dass sie versuche, mehr Pausen einzubauen und die eigenen Erschöpfungsgrenzen zu respektieren. Wir erarbeiteten einige der sogenannten Quick-Relax-Übungen, die sie im Alltag einzusetzen begann. Eine Entspannungs-CD (aus *Abresch*, 2003), die ich ihr empfohlen hatte, setzte sie gelegentlich abends ein, allerdings waren ihre Widerstände hier nach wie vor groß. Sie habe einfach nicht die Ruhe, „sich diese Zeit zu nehmen“.

Die kurzen, niederschweligen Angebote, wie Gähnen, Dehnen, Strecken, Handübungen und insbesondere Atemübungen konnte sie hingegen gut integrieren und annehmen. Erfreulicherweise begann ihre Hoffnung zuzunehmen, doch noch etwas an ihren Schmerzen verändern zu können und sie fahndete nach alternativen Möglichkeiten der Behandlung. Hier erlebte sie meine Weigerung, dieses Problem zu bagatellisieren und die beständige Ermutigung, ihre Beschwerden ernst zu nehmen, letztlich als hilfreich. Sie erinnerte unter Tränen wie häufig sie sich von anderen nicht ernst genommen gefühlt habe, wie sehr sie als Kind darunter gelitten habe, das ihre Beschwerden und „Wehwehchen“ angesichts der Behinderung des Bruders bagatellisiert worden seien. Dies nicht nur zu wissen, sondern zu spüren, überraschte sie, sorgte aber letztlich dafür, dass sie sich selbst wieder mehr wahr- und ernstnahm. Schließlich wechselte sie zu einem Zahnarzt, der sich auf diesem Gebiet spezialisiert hatte und begab sich parallel in manuelle Therapie. Erstmals seit langem fühlte sie sich „gut versorgt“.

Im weiteren Verlauf der Therapie bemerkte sie nun zunehmend, dass ihr der Zugang zu den eigenen Gefühlen und körperlich-leiblichen Phänomenen leichter fiel. Die Sicherheit bezüglich der eigenen Wahrnehmung wuchs, wenn auch nicht ohne Rückschritte und Phasen von Zweifeln. Im Laufe einer schweren Krise, die sich aufgrund einer äußerst schwierigen beruflichen Situation ergab, verlor die Patientin dann über Wochen wieder den Zugang zu den bis dahin erarbeiteten Fortschritten. Sie reagierte in der Krise mit „Verweigerung“, erlebte jede Intervention bezüglich leiblich-körperlicher Spannungszustände als Bedrohung, sie versuchte nur noch „sich zusammenzureißen“, es gelang nicht, sich von alten Bewältigungsmustern zu lösen. Hier erwies es sich für mich als große Herausforderung, diesen Weg der Patientin anzunehmen und dem mit Ruhe und Gelassenheit zu begegnen. Die Patientin spürte in dieser Phase allerdings intensiv, wie sehr sie sich selbst überforderte und wie sich diese Überforderung in einer heftigen Zunahme der körperlichen Symptomatik zeigte.

Erst mit Beruhigung und Lösung der Krise fand die Patientin dann allmählich wieder mehr Zugang zu ihren Kompetenzen der Spannungsregulation, allerdings zeigte sich eine deutliche Fixierung in der Angst, nicht mehr funktionieren zu können, wenn sie sich zu sehr mit der eigenen leiblichen Befindlichkeit beschäftigte.

Letztlich gestand sie mir, dass es für sie in dieser Phase äußerst wichtig war, von mir in ihrem Weg akzeptiert zu werden. Das Gefühl, in der Überforderung „verstanden und mit dem eigenen Umgang akzeptiert zu werden“, war ihr hier wichtiger und hilfreicher als ein Gegensteuern über entspannungstherapeutische Interventionen. So konnte ich in dieser Phase der Therapie eindrücklich erfahren, dass die Patientin sich ihren Therapiezielen (sich bezüglich der eigenen Wahrnehmung und Haltung sicherer zu werden, sich als weniger beeinflussbar zu erleben) auf eine ganz eigene Art annäherte und letztlich die Patientin und der Prozess entscheidet, „was hilft“.

Auch wenn die Patientin im weiteren Therapieverlauf wieder stärkeren Zugang zu den erarbeiteten Möglichkeiten der Spannungsregulation fand, ließ sich letztlich ihre Angst vor einer Schwächung ihrer Funktionstüchtigkeit nicht völlig auflösen. Es wurde uns beiden eindrücklich klar, dass der Weg zu mehr Entspannung, Selbstfürsorge und Regulationsfähigkeit ein kleinschrittiger Prozess werden würde, der nicht mit der Therapie enden würde.

Die Patientin hat wesentliche Einsichten in die Ätiologie der skizzierten Dynamik gewinnen und leibhaftig spüren können, wie sich ihr Gewordensein, ihre inneren Überzeugungen und Bewältigungsstrategien auf die leiblich-körperliche Ebene auswirken. Sie hat erste Erleichterung erlebt und eine Neugier gewonnen, zukünftig nach Möglichkeiten Ausschau zu halten, wie sie den begonnenen Prozess außerhalb der Therapie fortsetzen kann und sie kann sich selbst ihre Vorsicht, ihre Bedenken und ihr Misstrauen erlauben, womit sie ihrem Ziel „sich selbst ernst zu nehmen“ letztlich näher kommen konnte.

7. Ausblick

Wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Einbezug von IDR-Elementen in das „klassische“ psychotherapeutische Setting, ist meines Erachtens eine sehr indikationsspezifische Vorgehensweise und die Beachtung der individuellen Gegebenheiten beim Patienten. Hierbei ist von einer Grundhaltung der Alterität auszugehen und darauf zu achten, dass nicht unterschwellig ein undifferenzierter Anspruch von Seiten der Therapeutin einfließt, „Entspannung ist immer gut“. Der Patient in seinem bisherigen Gewordensein ist ernst zu nehmen, seine eventuellen Widerstände ebenso. Eines der obersten Ziele sollte es sein, dass der Patient sich hier angenommen fühlen kann und dass allmählich eine Erfahrung von Selbstwirksamkeit einsetzen kann. Gerade hier liegt meines Erachtens der Vorteil des Einbezuges von entspannungstherapeutischen Elementen in den psychotherapeutischen Prozess. Die Widerstände, die aktualisierten Affekte, die Historie der Erfahrungen mit eigenleiblichem Spüren einzubeziehen, eröffnet Möglichkeiten, die weit über den Einsatz von Übungen hinausgehen. Die Verbindung des eigenleiblichen Spürens mit mnestischen, volitiven und kognitiven Prozessen birgt die Chance für tiefgreifende Entwicklungsprozesse. Die Achtsamkeit für diese Prozesse zu stärken ist sicher ein wesentlicher Schlüssel.

Dennoch ist auch festzuhalten, dass die eine Stunde in der Woche, die in der Regel zur Verfügung steht, meist nicht ausreichen kann, um dauerhafte Umstellungsprozesse zu erzielen. Die Therapie kann hier den Anstoß geben, Neugierde, Motivation und Zukunftsperspektive eröffnen, aber letztlich wird der dauerhafte Erfolg doch von regelmäßiger Übung und einer langfristigen Umstellung hin zu einem bewegungsintensiveren, spannungssensibleren Lebensstil abhängen. Wenn es uns allerdings gelingt, Patienten für diese Prozesse zu sensibilisieren, rechtfertigt dies sicher den Einsatz von „übenden Elementen“ in die Psychotherapie, auch und gerade in den psychodynamischen Ansatz. Eine Haltung, die für den Integrativen Ansatz selbstverständlich ist, für die enge Auffassung von Psychotherapie, wie sie von den Psychotherapierichtlinien letztlich noch einmal zementiert wurde, aber sicher eine Herausforderung darstellt.

Entscheidend wird es auch hier sein, Wirksamkeit nachzuweisen, Psychotherapieforschung anzuregen und durch die Vernetzung unterschiedlicher Wissensbestände, insbesondere aus der neurobiologischen Forschung, neue Wege zu gehen.

8. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird der Ansatz der Integrativen Differentiellen Relaxation (IDR) unter Einbezug spezifischer Konzepte der Integrativen Therapie und aktueller stresstheoretischer Aspekte vorgestellt. Es erfolgt eine Standortbestimmung des IDR-Ansatzes bezüglich der allgemein üblichen Entspannungsverfahren wie bspw. Autogenes Training und Progressive Muskel-Relaxation. Die Spezifika des Ansatzes werden dargestellt und es wird der Frage von Möglichkeiten und Grenzen der Einbettung in das dyadische psychotherapeutische Setting nachgegangen. Hierbei wird insbesondere auf die Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte fokussiert, die es zu beachten gilt, wenn „übende Elemente“ in das psychotherapeutische Setting einbezogen werden.

Die theoretischen Ausführungen werden durch ein Fallbeispiel aus der Praxis der Autorin ergänzt.

Summary:

This text discusses Integrative Differential Relaxation (IDR) in relation to specific Integrative Therapy and stress-theoretical aspects. It follows a localization of the IDR approach within traditional relaxation techniques such as autogenic training and Progressive Muscle Relaxation (PMR).

The discussion outlines the specifics of IDR and addresses its options and limits within the dyadic psychotherapeutic settings. In particular it focuses on conceptual questions of transference and countertransference relative to exercising elements as part of psychotherapy.

In conclusion the author applies the theory to a case study.

Keywords: Integrative Differential Relaxation – “Informed body” - Stresstheory – transference/countertransference – IDR in a case study

9. Literatur

- Abresch, J. (2003): Zähneknirschen, Zähnepressen, Kiefer- und Kopfschmerz. Gießen: Mondstein-Verlag.
- Dilling, H., Freyberger, H.J. (1999): ICD-10, Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber.
- Frühmann, R., Petzold, H. (1994): Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen. Paderborn: Jungfermann.
- Grund, O., Richter, K., Schwedland-Schulte, G. (2004): Das „komplexe Leibkonzept“ der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 30/3 (2004) 216-236.
- Höhmman-Kost, A. (2002): Bewegung ist Leben, Integrative Leib- und Bewegungstherapie – Eine Einführung. Bern: Hans Huber.
- Huber, M. (2005): Der innere Garten, Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Paderborn: Jungfermann.
- Hüther, G. (2005): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 5. Auflage.
- Hüther, G. (2005): Die Macht der inneren Bilder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jakob-Krieger, C., Petzold, H.G., Schay, P., Wagner, M. (2004): Laufen streichelt die Seele. *Integrative Therapie* 30/1-2 (2005) 150-175.
- Lamacz-Koetz, I. (2001): Neuronale Anbahnung und ihre mögliche Bedeutung für die Integrative Therapie. *Integrative Therapie* 27/3 (2001) 247-266.
- Lambelet, H. (1994): Hinter den Augen lächeln. Körperübungen zum Entspannen und Wohlfühlen. Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Middendorf, I. (1995): Der erfahrbare Atem. Paderborn: Jungfermann. 8. Auflg.
- Osten, P. (1996): Kreative Wahrnehmung, kreativer Ausdruck, Methoden und Wirkweisen der Integrativen Kunsttherapie. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 7 (1996) 145-160.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: UTB-Reinhardt. 2. Auflage.
- Osten, P. (2001): Kopf und Bauch: Ein ungleiches Paar? *Integrative Therapie* 27/1-2 (2001) 191-195.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1991): Die neuen Kreativitätstherapien. 2 Bde. Paderborn: Jungfermann.
- Petzold, H.G. (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien, Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3Bde. Paderborn: Jungfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993): Integration und Kreation, Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Paderborn: Jungfermann. 2 Bde.
- Petzold, H.G., Beek, Y., Hoek, A. (1995). Grundlagen und Grundmuster intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion. In: Petzold, H.G. (Hrsg.) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd II. Paderborn: Jungfermann.
- Petzold H.G. (1997): Frühe Schädigungen-späte Folgen? Bd.1. Paderborn: Jungfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Paderborn: Jungfermann.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“. *Integrative Therapie* 26/2-3 (2000) 75/203-230/102.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius. 2 Bde.
- Reddemann, L. (2002): Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer bei Klett-Cotta. 6. Auflage.
- Reddemann, L. (2004): Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Freiburg: Herder Verlag. 5. Auflage.
- Schuch, W.H. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrative Psychotherapie“. *Integrative Therapie* 26/2-3 (2000) Seite 145-202.
- Servan-Schreiber, D. (2004): Die neue Medizin der Emotionen. München: Kunstmann.
- Sibler, H.-P. (1994): Yi Jin Jing. Gesundheit lernen, Stärke entwickeln. Freiburg im Breisgau: Verlag Hermann Bauer.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (Hrsg.) (2000): Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze. Erweiterte deutsche Ausgabe hrsg. von Märtens, M., Petzold, H.G.
- Yalom, I.D. (2004): Liebe, Hoffnung, Psychotherapie. München: btb

10. Anhang

Abbildung 1:

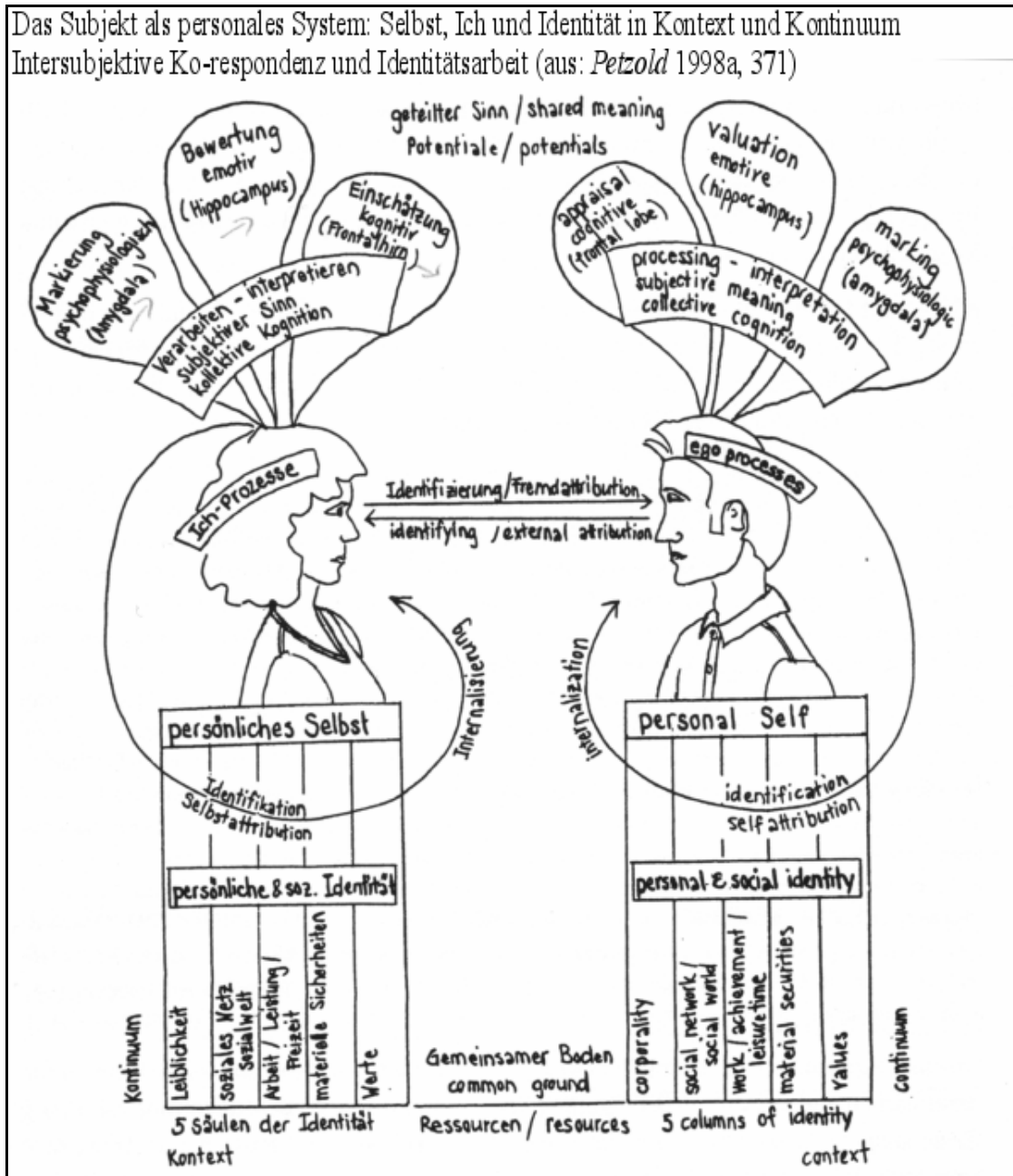


Abbildung 2:

Multifaktorielle Genese von Gesundheit und Störungen bzw. Erkrankungen (aus: Petzold, Steffen 2000)

