

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, 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, 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, Hückeswagen

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 17/2011

„Medizin für die Hosentasche ...“ Emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern im Integrierten Maßregelvollzug

*Klara Kreidner-Salahshour, Ascheberg**

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

Vorwort	3
1. Einleitung	4
2. Ausgewählte Konzepte und Positionen des Integrativen Ansatzes als konzeptueller Rahmen für eine emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie	6
2.1 Der komplexe Leibbegriff in der IBT	8
2.1.1 Verschiedene Leibperspektiven	8
2.1.2 Der „informierte Leib“ – „Komplexes Lernen“ und „Leibgedächtnis“	9
2.1.3 Synchronisierung, Imitation, Empathie – die Bedeutung der Spiegelneuronen in der Bewegungs- und Leibtherapie.....	12
2.1.4 Die hermeneutische Spirale.....	15
2.2 Das intersubjektive Ko-respondenz -Modell.....	16
2.3 Das Konzept zu einer integrativen sozialökologischen Emotionstheorie	17
2.4 Die Integrative Position zum Willensthema.....	19
3. Strafrechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen für die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit psychisch kranken Straftätern	22
3.1 Das multiprofessionelles Team im Integrierten Maßregelvollzug in der Allgemeinpsychiatrie	23
3.2 Motivation im Maßregelvollzug.....	24
4. Konfliktscheue psychisch kranke Straftäter	26
4.1 Diagnosen.....	26
4.2. Anamnesen	26
4.3 Lebensthemen.....	30
4.4 Spezielle Therapieziele der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie.....	31
5. Emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie	33
5.1 Voraussetzungen für die bewegungstherapeutische Arbeit: Einführende Informationen als Grundlage für die Entwicklung von Motivation und Volition.....	35
5.2 Anforderungen an die bewegungstherapeutische Arbeit	36
5.2.1 Die therapeutische Beziehung.....	37
5.2.2 Die therapeutische Gruppe	37
5.3 Inhalte der bewegungstherapeutischen Arbeit	39
5.3.1 Gesten.....	40
5.3.2 Mudras.....	40

6.	Methodische Aspekte der übungszentriert-funktionalen Arbeit in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie	41
6.1	Bewegungslernen, Üben und Erleben in einer Gruppe	42
6.2	Kompetenzen und Performanzen	44
6.3	Veränderungen durch Lernen und Üben	45
7.	Die Anwendung der hermeneutischen Spirale (s. 2.1.4) in der bewegungs- und leibtherapeutischen Arbeit mit Gesten	46
7.1	Wahrnehmen	47
7.1.1	Möglichkeiten der Wahrnehmung im Erlernen und Vollzug von Gesten.....	48
7.1.2	Methodische Überlegungen zur Arbeit mit Gesten unter dem Aspekt der Wahrnehmung	56
7.2	Erfassen	58
7.3	Verstehen.....	60
7.4	Erklären	61
8.	Multiple Stimulierung im Prozess des Erlernens und Umgangs mit Mudras	62
9.	Mentales Training	68
10.	Transfer	69
11.	Möglichkeiten und Grenzen meiner Arbeit als Bewegungstherapeutin	69
12.	Zusammenfassung und Ausblick	71
	Literaturverzeichnis	75

*„Es ist niemals zu spät,
sich selbst zum Projekt zu machen.“
(Hilarion Petzold, Epikur paraphrasierend)*

Vorwort

In der bewegungstherapeutischen Arbeit mit persönlichkeitsgestörten psychisch kranken Straftätern in der Allgemeinpsychiatrie ist mir aufgefallen, dass es unter diesen Patienten durchaus einige gibt, die in der Art „doppelt“ gehandicapt sind, als dass sie neben den für diese Klientel „üblichen“ ungünstigen bzw. schädigenden Entwicklungs-, Sozialisations- und Lebensbedingungen in der Entwicklung ihrer männlichen Identität aufgrund zusätzlicher Einschränkungen wie z.B. Stottern, orthopädische Probleme etc. beeinträchtigt waren. Im Stationsalltag fallen diese Patienten zunächst einmal durch ihre „Unauffälligkeit“ auf: sie meiden Konflikte, halten vordergründig Regeln ein, sind freundlich, leise, ordentlich, passen sich an und erscheinen dadurch auf den ersten Blick „pflegeleicht“. Beim zweiten Blick - z.B. in der Bewegungstherapie - fällt auf, dass sie Sportspiele meiden, ungeschickt im Umgang mit Bällen sind, z.T. verzögert reagieren, sich eher kleinräumig aus der Körperperipherie heraus bewegen, eine gebeugte Haltung haben, häufig unsicher im Blickkontakt sind, sich am Rand der Gruppe aufhalten, gehemmt und ungeübt darin sind, ihre Kraft einzusetzen, wenig und leise sprechen, flach atmen und sich schwer damit tun, in einer Gruppe leiblich präsent in Beziehung zu sein. Ein weiterer Blick eröffnet schließlich Schwächen in der Motorik wie z.B. Probleme in der Koordination und im Gleichgewicht und als psychische Charakteristika Unsicherheit, Angst und Gefühle von Minderwertigkeit und Scham. Der Blick auf die Anamnesen verweist schließlich auf die Bedingungen der Entstehung der psychischen Krankheit.

Diese Beobachtungen und die bislang in Einzelfällen entsprechend darauf bezogene bewegungstherapeutische Arbeit mit dieser speziellen Klientel mit dem Ziel einer Stärkung des Selbstwertgefühls sind für mich der Anlass, detaillierte Überlegungen bezüglich der Möglichkeit einer emotionalen Umstimmung konfliktscheuer psychisch kranker Straftäter über spezielle Bewegungsangebote wie Gesten und Mudras zu entwickeln. Damit soll ein Beitrag zum methodischen Vorgehen störungsspezifischer Praxis in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie (IBT) im Maßregelvollzug als ein Baustein der Rückfallprophylaxe geleistet werden.

1. Einleitung

„Ächte die Tat, achte den Täter!“ ist eine wesentliche Maxime für die Therapie und den Umgang mit (psychisch kranken) Straftätern (Dante in *Schröder, Brendel* 2004, 105; *Stiels-Glenn* 2000, 45).

„Ächte die Tat!“ – das bedeutet Maßregelvollzug, in dem unter anderem, wenn es möglich und notwendig ist, eine Deliktrekonstruktion im Sinne einer Deliktbearbeitung angestrebt wird, um die Tat zu verstehen (*Stiels-Glenn* 2003, 34). Weiterhin kann ein sukzessives Erarbeiten und Erkennen der Verantwortlichkeit für das eigene Handeln entwickelt werden. Um zu „ächtende“ grenzüberschreitende Taten zukünftig verlässlich auszuschließen, ist die Entwicklung und der Erwerb von Aggressionsregulationskompetenz sicherlich ein zentrales Thema in der Therapie von impulsiven Tätern mit Persönlichkeitsstörungen, damit diese ihre unkontrollierten, aggressiven Impulse verlässlich stoppen lernen. (*Höhmann-Kost, Siegele* 2004; *Bloem, Moget, Petzold* 2004). Daneben ist es bei näherem Hinschauen insbesondere für die im Alltag konfliktscheuen psychisch kranken Straftäter ebenso wichtig, Assertivität im Sinne von Durchsetzungskraft und Selbstbehauptung aufzubauen und zu festigen. Als oftmals ehemalige Opfer (*Stiels-Glenn* 2002) müssen diese Menschen in Bezug darauf zunächst einmal lernen, einen eigenen Standpunkt zu entwickeln, diesen bewusst wahr und ernst zu nehmen sowie eigene Bedürfnisse und Interessen in Zukunft konstruktiv zu vertreten, zu verteidigen und Konflikte zu wagen. „Achte den Täter“ bedeutet nicht, die Tat zu entschuldigen oder darüber hinwegzusehen sondern dem zum Täter gewordenen Menschen im therapeutischen Prozess von Mensch zu Mensch mit Wertschätzung zu begegnen und ihm u. a. auch dadurch Bedingungen zu schaffen, die es ihm ermöglichen zu lernen, sich selbst zu akzeptieren und sein Selbstwertgefühl zu steigern. Hier ist eine grundsätzlich humanitäre, den Menschen zugewandte Haltung gefragt und unerlässlich (*Petzold, Orth, Sieper* 2010; *Petzold, Sieper* 2011). Sie steht hinter den Ausführungen und der Praxis dieser Arbeit. Erst dadurch werden wesentliche Voraussetzungen für die Entwicklung von Assertivität geschaffen. Vor diesem Hintergrund sollen Überlegungen zur Möglichkeit des Weges einer emotionalen Umstimmung von dominanten Gefühlen der Scham und Minderwertigkeit hin zur Entwicklung von Selbstakzeptanz und einer Steigerung des Selbstwertgefühls über das Einüben und Praktizieren ausgewählter Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs-

und Leibtherapie mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern im Rahmen des Integrierten Maßregelvollzugs auf einer Station innerhalb der Allgemeinpsychiatrie beschrieben werden. Im Sinne komplexen Lernens werden dazu neben dem Lernen über Bewegung an ausgewählten Gesten und Mudras auch die Bedeutung der therapeutischen Gruppe und Beziehung als wesentliche Faktoren für nachhaltiges Lernen im Sinne einer Veränderung von Haltung und Verhalten berücksichtigt. Das Ziel ist die Entwicklung und Stärkung von Assertivität als Voraussetzung für konstruktive Konfliktfähigkeit im Sinne einer Neuorientierung in der körperlichen, emotionalen und geistigen Haltung. Eine funktionierende Selbstregulation zur Unterstützung der Rückfallprophylaxe soll durch mentales Training und nachhaltiges Üben erarbeitet werden.

Um diese Überlegungen zu leib- und bewegungstherapeutischen Interventionen aus biologischer und sozialökologischer Sicht zu entwickeln, beziehe ich mich dazu in einem ersten Teil auf folgende wesentliche Konzepte der Integrativen Therapie: (1.) Der „informierte“ Leib – „embodied and embedded“, (2.) das intersubjektive Korrespondenzmodell und (3.) das Konzept zu einer integrativen sozialökologischen Emotionstheorie. Zusätzlich wird die (4.) Integrative Position zum Willen und zur Volition deswegen aufgezeigt, weil nur bei entsprechender intrinsischer Motivation die Voraussetzungen für die angestrebten Lern- und Veränderungsprozesse gegeben sind. Im Besonderen werden dazu verschiedene Leibperspektiven, der „informierte Leib“, „komplexes Lernen“ und das „Leibgedächtnis“ zur Differenzierung des komplexen Leibbegriffs in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie im Wesentlichen beschrieben und als Erklärungen für die Entstehung von Persönlichkeit, Identität, von Krankheit und Gesundheit vor dem Hintergrund des Integrativen Ansatzes herangezogen. Gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen des Integrierten Maßregelvollzugs in der Allgemeinpsychiatrie, die spezielle Klientel sowie die darauf bezogenen speziellen Ziele und Inhalte einzelner Phasen der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie zur emotionalen Umstimmung werden daran anschließend beschrieben. Im Einzelnen geht es dabei darum, darauf hinzuweisen, dass es zunächst einmal zwingend notwendig ist, die Patienten darüber zu informieren und aufzuklären, welche Möglichkeiten des Lernens und der persönlichen Veränderung durch die Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie gegeben sind. Damit soll eine Grundlage für die Entwicklung von Motivation zur Therapie und Volition geschaffen werden, damit die Patienten sich zur regelmäßigen Teilnahme an der IBT entscheiden. Als nächstes wird die wesentliche Bedeutung der therapeutischen Beziehung und Gruppe

herausgestellt und danach werden die Möglichkeiten der primär übungszentriert-funktionalen methodischen Arbeit mit Gesten und Mudras in unterschiedlichen Phasen beschrieben.

Als Einstieg in die spürende Bewegungsarbeit gilt die Einübung des aufrechten Standes als grundlegende Haltungskorrektur und Voraussetzung für die darauf aufbauenden weiteren Übungen. Während die daran anschließende Arbeit mit zunächst großen Gesten anhand der Elemente der hermeneutischen Spirale als Erkenntnisprozess im therapeutischen Prozess in der IBT dargestellt wird, liegt der Focus der bewegungstherapeutischen Arbeit mit den kleinen Haltungen der Mudras auf methodischen Schritten, die nachhaltiges Lernen anregen sollen. Aspekte der Partner- und Gruppenarbeit, ein intermediärer Quergang und eine Möglichkeit zu eigenständigem und selbstverantwortlichem Üben werden skizziert. Auf die Bedeutung des Mentalen Trainings als Probehandeln wird verwiesen. Der Transfer in den Stationsalltag wird ebenfalls berücksichtigt. Abschließend werden Möglichkeiten und Grenzen meiner Arbeit als Bewegungstherapeutin angesprochen.

In der Zusammenfassung wird schließlich noch auf die Notwendigkeit der Erhebung katamnestischer Daten hingewiesen, um diese Vorgehensweise als möglichen Baustein der Rückfallprophylaxe zu evaluieren.

2. Ausgewählte Konzepte und Positionen des Integrativen Ansatzes als konzeptueller Rahmen für eine emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie

Die Überlegungen zur emotionalen Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern finden vor dem Hintergrund folgender zentraler Grundannahmen und Positionen des Integrativen Ansatzes statt.

Aufgrund der im Integrativen Ansatz und seiner Körper-Seele-Geist-Weltkonzeption betonten Neuroplastizität des Gehirns (*Petzold 2009c; Lamacz-Koetz 2009*) und der ausdrücklichen Ausrichtung des Integrativen Ansatzes an der Entwicklung über die Lebensspanne (*Petzold 2002*) ist es nie zu spät dazu, „sich selbst zum Projekt zu machen“ (*Petzold 2000h*) und von daher sind auch für Maßregelvollzugspatienten zu jeder Zeit Veränderungsmöglichkeiten gegeben.

Dass diese Täter zu Tätern geworden sind, kann vor dem Hintergrund des Menschenbildes des Integrativen Ansatzes gut nachvollzogen werden, denn darin wird nachdrücklich auf die komplexe Verbundenheit und Entwicklung alles Seienden durch Kommunikation und Interaktion hingewiesen und somit dessen die sozialökologische Ausrichtung deutlich. So lautet die aktuelle anthropologische Grundformel: „Der Mensch - Mann und Frau - wird im Integrativen Ansatz als Körper-Seele-Geist-Wesen gesehen, d.h. als *Leib*, als Leibsubjekt, das eingebettet ist in die Lebenswelt, in ein ökologisches und soziales Kontext-Kontinuum, in dem es mit seinen Mitmenschen seine Hominität und eine Kultur der Humanität verwirklicht“ (Petzold in Waibel et al. 2009, 2).

Zu den biologischen und sozialökologischen Bedingungen für Lernen und damit für Verhaltensänderung im Hinblick auf die menschliche Entwicklung bezieht die Integrative Therapie insbesondere die Positionen von *Vygotsky* und seinen Schülern ein, besonders *Lurija* ist hier wichtig (Petzold, Michailowa 2008a, b; Petzold et al. 1994). Die Bedeutung korrektiver zwischenmenschlicher Erfahrungen in einer therapeutischen Beziehung und in Gruppen wird dadurch ersichtlich, dass dysfunktionale *intramentale* Prozesse durch „Angebote *intermentaler* Alternativen in Mehrpersonensettings (ressourcenorientierte Gruppen- /Netzwerktherapie) ... eines *komplexen Lernens* unter Wertschätzung/Nutzung der Problemlösepotenziale und Selbstregulationskräfte der Klienten“ (Sieper, Petzold 2002, 19) verändert werden sollen.

Als weitere wichtige Grundlage für die Möglichkeit einer emotionalen Umstimmung über Bewegungsarbeit gilt, dass der Integrative Ansatz als „ganzheitliche“ Humantherapie entgegen der abendländischen Kultur- und Geistesgeschichte Körper, Seele und Geist nicht in „Einzelbereiche“ trennt, so dass pädagogische und therapeutische Bewegungs- und Leibarbeit immer den ganzen Menschen anspricht und erreicht (Petzold 2002).

So ist die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Methode der Integrativen Therapie auf die praktische Arbeit mit dem Thymos ausgerichtet ist, d.h. auf die leiblich-emotionalen Regungen, „auf sensomotorische Koordination, komplexes Lernen und damit auf das ‚Leibgedächtnis‘ sowie auf leiblich gegründete Emotionalität (Petzold 1995g), sozioökologische Einbindung und interpersonale, *zwischenleibliche* Interaktion“ (Petzold 2002, 6) und lässt sich von daher nicht auf körperliches, motorisches Bewegen und Lernen reduzieren.

2.1 Der komplexe Leibbegriff in der IBT

Um die Vielschichtigkeit der bewegungs- und leibtherapeutischen Interventionen und deren Wirkung zu verstehen, ist es notwendig, die Komplexität des Leibbegriffs in der IBT aufzuzeigen.

Der menschliche „Leib“ wird als „materiell-transmaterielles Leib-Subjekt in seiner je gegebenen Lebenswelt“ (Petzold 2003, 1060) definiert. Dies ist für therapeutische Interventionen insofern von Bedeutung, als dass nach Petzold der materielle, biologische Körper die organismische Basis für alle Lebensprozesse des Leibes mit seinen psychischen und geistigen Prozessen als Gefühle, Gedanken, Glauben und Willen als *transmaterielle* Emergenzen gesehen werden kann (Petzold 2009c, 38; Lamacz-Koetz 2009) und Leibarbeit von daher entsprechend vielfältige Aspekte hat.

2.1.1 Verschiedene Leibperspektiven

Als Grundlage für die unterschiedlichen Zugänge zum Menschen in der Arbeit mit Gesten und Mudras sollen an dieser Stelle einige der unterschiedliche Facetten und Dimensionen des Leibes, wie sie im Integrativen Ansatz unterschieden werden, zunächst kurz benannt werden. So ist der Mensch Leib in der Zeit, in der er mit seinem Leib durch seine Lebenszeit, seine Lebensspanne geht und dessen Lebenserfahrungen sich im Leibgedächtnis niederschlagen (*memorativer Leib*), die wiederum Grundlage und Bestimmung seines zukünftigen Verhaltens sind. Als Sozialleib ist er ausgelegt auf „Interaktion/Kommunikation/Intersubjektivität mit mehreren Personen in ‚Polyaden‘, ‚sozialen Netzwerken‘, ‚Konvois‘“ (*social body, Rollen-Leib*) (Petzold 2009, 40). Als Sprachleib drückt er sich sowohl über das gesprochene Wort als auch über die Körpersprache („*corps métaphorique*“/Ausdrucksleib) aus.

Der Wahrnehmungsleib (*perzeptiver Leib*) mit Intero-, Proprio- und Exterozeptoren sowie zusätzlich komplexen „funktionellen Verarbeitungssystemen“ (Lurija), ermöglicht das Wahrnehmen und Bewusstwerden von z.B. Atmosphären, Stimmungen, Gedanken und Fantasien. Als *reflexiver Leib* kann der Mensch über sich selbst nachdenken und dadurch Distanz zu Lebenserfahrungen zu gewinnen sowie alternative Sicht- und Verhaltensweisen im Sinne einer *Mehrperspektivität* und auch *Metaperspektivität* zu entwickeln. Der Blick in die

Zukunft unter den Aspekten Gesundheit und Krankheit ermöglicht eine bewusste Gestaltung des Lebens (*Waibel et al. 2009, 9*).

2.1.2 Der „informierte Leib“ – „Komplexes Lernen“ und „Leibgedächtnis“

Die neueren Ausführungen in der Integrativen Therapie zum zentralen Begriff „*Leib*“ helfen nachzuvollziehen, warum Menschen psychisch erkranken können und einige in der Folge durch Grenzverletzungen unterschiedlicher Art straffällig werden. Die Hervorhebung der Einbettung des „*Leibes*“ in die jeweilige Lebenswelt verweist eindrücklich auf die Abhängigkeit von der sozio-ökologischen Umwelt, in der der menschliche Körper/Organismus wahrnehmen, handeln und speichern kann. Durch die Aneignung der Kultur und durch den Prozess der Sozialisation durch Menschen in einer sozialen Welt wird er nach Petzold zu einem „subjektiven Leib“, zu einem „bewegten Leib-Subjekt“, indem er deren Qualitäten, Einflüsse und Eindrücke verkörpert und einleibt sowie kokreativ mit Anderen interagierend schöpferisch gestaltet – in seinem Kontext und in seinem Kontinuum (*interacting subject embodied and embedded*) (*Petzold 2009c, 23*).

Der Mensch als „Leibsubjekt“ ist damit sowohl die biologische, somatische Basis als auch die evolutionäre und autobiografische Geschichte im Sinne des Resultates der Interaktion mit der sozio-ökologischen Umwelt. Dies ist die Grundlage für die jeweiligen sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata/Stile eines Menschen, seien sie nun funktional oder dysfunktional. Diese wiederum bestimmen die fungierenden und intentionalen Interaktionen mit dem Umfeld, bewusst und unbewusst erlebte Inszenierungen und die darin ablaufenden „dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts“ (*ibid.*). Diese Prozesse als Ergebnisse „komplexen Lernens“ werden im „Leibgedächtnis“ gespeichert.

Die Grundlage dieses „informierten Leibes“ ist das Zusammenwirken vom körperlichem Binnenraumerleben – das sind wahrnehmbare Körperfunktionen wie z.B. der Herzschlag - und dem sich selbst Erleben und Erfahren in Situationen in Kontexten. Daraus emergiert ein „personales Leib-Selbst“, aus dem sich ein Ich entwickelt, das über etwas und über sich selbst nachdenken kann sowie eine Identität, die jeweils über gewisse Zeiten hinweg beständig und durch das Gedächtnis gesichert ist. (*ibid.*)

Im beständigen umweltbedingten komplexen Lernen wirken „geistig/kognitives, seelisch /emotionales, körperlich/somatomotorisches, volitives und soziales/sozialökologisches Lernen (Sieper, Petzold 2002, 8) nach dem Prinzip der Synergie (ibid.) zusammen. Laut Hüther (2010) führt Lernen als Neukonstruktion eines neurologischen Musters auf einer Ebene aufgrund der neuronalen Koppelungen und Vernetzungen zu Veränderungen auf allen anderen Ebenen. So hat bereits eine veränderte Körperhaltung Auswirkungen auf alle neuronalen Verschaltungen, die daran gekoppelt sind, z.B. die Emotionen, die sinnliche Wahrnehmung, Einstellungen und Gedanken. Für erfolgreiches Lernen stellen Hüther u.a. eine hinreichend geweckte Aufmerksamkeit, Lernen über viele Sinneskanäle, die Unterstützung der Lernleistung durch positive Gefühle, der persönliche Nutzen des Gelernten und ausreichende Wiederholungen heraus (ibid.). Für den Menschen als soziales Wesen findet Lernen als „Lernen von Anderen, vermittelt Anderer, als Lernen des Anderen“ (Petzold 2002b, 5) immer in sozialen Kontexten statt.

Der Begriff des Leibgedächtnisses (Petzold 1970c, 1981) umfasst sowohl die phänomenologisch-hermeneutische Dimension als persönliches Sinnsystem wie auch die neuronalen und immunologischen Speichersysteme und das genetische Gedächtnis (Petzold 2009a), die alle synergetisch zusammenwirken, wenngleich uns auch nur ein geringer Teil der neuronalen Speichersysteme als *Inhalt* bewusst werden kann. Kognitive, emotionale, motivationale und volitive Inhalte von Lebenserfahrungen werden in ihrem erlebten Kontext von Atmosphären, Bildern, Szenen, Szenenfolgen, Worten mit ihren zugehörigen leiblichen Phänomenen (sensumotorischer, propriozeptiver, autonomer Art) und den sie begleitenden emotionalen Bewertungen (valuations), kognitiven Einschätzungen (appraisals) und den jeweiligen subjektiven, Sinn gebenden Bedeutungen festgehalten. Der Abgleich von aktuellen Informationen oder Lebenserfahrungen auf dem Hintergrund der vorgängigen, im Leibgedächtnis vorhandenen Informationen, Lebenserfahrungen, erfolgt im Sinne der emotionalen Bewertung und kognitiven Einschätzung als Grundlage für jeweilige Handlung (ibid.). Dies weist auf die große Bedeutung der Erinnerungen als solide gebahnte Vernetzungen für die Wahrnehmung der Gegenwart hin. Hüther (ibid.) beschreibt, dass das Gehirn von daher bei jedem neuen Reiz nach bereits abgespeicherten, ähnlichen Erlebensmustern sucht und sie abrufft. Auf diese Weise werden die alten Muster des Erlebens und Verhaltens immer wieder aufs Neue abgerufen und dadurch zusätzlich stabilisiert. So wird ein Mensch, der früh und über lange Zeit körperlich misshandelt wurde, seiner Umwelt gegenüber zunächst einmal sehr wachsam und ggf. misstrauisch sein, weil er, um sich selbst

zu schützen, zunächst einmal sein Umfeld auf mögliche Aggressoren überprüft. Die Stabilität dieser sich entwickelten und sich immer weiter entwickelnden „Autobahnen“ im Gehirn (idem 1997, 9, 77) gibt uns Menschen ein vermeintliches Gefühl einer Sicherheit von „Ich bin so!“, die sich durch entsprechendes Verhalten immer mehr festigt, selbst wenn dieses Verhalten dysfunktional ist.

Werden Erinnerungen bewusst, sind sie immer mit einer Gesamtreaktion des Leibes verbunden, da neuronale Erregungsmuster aus verschiedenen Sinneskanälen miteinander gekoppelt sind (idem 2010). Dazu ein Beispiel: Ein Patient hat im Vorfeld sein Einverständnis dazu gegeben, dass die Therapeutin ihn berühren darf, damit sie im Rahmen des Haltungsaufbaus seine körperliche Haltung taktil korrigieren kann. Während sich die Therapeutin dann dem Patienten nähert, kann es durchaus vorkommen, dass diese Annäherung den Patienten in irgendeiner Art an einen früher erlebten Übergriff durch einen Aggressor erinnert. Es kann die Annäherung an sich, die Annäherungsrichtung, die Annäherungsgeschwindigkeit, die Lichtverhältnisse im Raum, irgendeine Bewegungsqualität der Therapeutin oder was auch immer der Auslöser dafür sein, dass diese Erinnerungen geweckt werden. Dabei werden sowohl die alten Gefühle wie Angst, Verzweiflung, Ohnmacht oder Wut als auch die Atmosphäre oder/und die optischen und akustischen Gegebenheiten dieser alten Szene wach. Entsprechend aktiviert auch eine vielfältige Stimulierung des *Informierten Leibes* mehr Material in den Leibarchiven und führt zu vielfältigen Prozessen der *innersektoriellen Konnektivierung* zerebraler Modalitäten (Lurija 1992, Hüther 2010)

Umgekehrt ist es nun im Integrativen Ansatz und entsprechend im Hinblick auf Arbeit mit Gesten und Mudras für Lern- und Veränderungsprozesse wichtig, das *Multisensorische bzw. Multiperzeptive und Multiexpressive* des Menschen durch Prozesse *multipler Stimulierung* (Petzold, Sieper 2007d) für *korrigierende* und *alternative* Erfahrungen zu nutzen (Petzold 2003a). Insbesondere Eindrücke über mehrere – mindestens zwei – Sinneskanäle führen zu synchronen Erregungsmustern in den assoziierten Bereichen der Hirnrinde - z.B: Ein Patient erarbeitet einen aufrechten Stand und hört sich mit sicherer Stimme in der Gruppe seine eigene Meinung sagen, während er andere Gruppenmitglieder sieht, die ihm dabei wohlwollend zuhören. Werden die daran beteiligten synaptischen Verbindungen zu einem Erregungsmuster gebahnt, indem dieser Patient im Verlauf der Therapie nun häufiger aufrecht stehend mit sicherer Stimme vor wohlwollenden Gruppenmitgliedern seine Meinung äußert und sich daraufhin selbstsicher fühlt, so reicht es später auch außerhalb der Gruppensituation

aus, sich entweder aufrecht hinzustellen oder wohlwollende Menschen um sich herum wahrzunehmen oder seine Meinung zu vertreten, um das gesamte neuronale Netz, das das Gefühl von Selbstsicherheit bewirkt, zu aktivieren. Auch Hüther (ibid., 92) verweist auf dieses Prinzip der „Koppelung von Körperhaltung mit Gefühl, Einstellung oder Denkstil“. Die Neuroplastizität des Gehirns ermöglicht es auf diese Weise, dass neue, alternative Inhalte zu schon vorhandenen - auch dysfunktionalen - Gedächtnisinhalten verankert werden können, wenn performativ, d.h. leiblich handelnd und experimentierend, geübt wird. *Intermediale Quergänge* als Ausdrucksweisen über unterschiedliche Medien wie Bewegung, Farbe, Formen, Töne, Worte ect. festigen zusätzlich den subjektiven Eindruck, den dieser persönliche Ausdruck insbesondere einer neuen, angenehmen, korrigierenden Erfahrung hervorruft. Zu einem Ereignis von „*vitaler Evidenz*“ werden Erfahrungen dann, wenn sie eine „Synergie von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit“ sind (Petzold 2003a, 633). Anschließend, zunächst therapeutisch begleiteter Transfer verankert schließlich diese alternativen Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung oder in der Therapiegruppe als Öffentlichkeit, schafft stabilisierende Erfahrungen.

2.1.3 Synchronisierung, Imitation, Empathie – die Bedeutung der Spiegelneuronen in der Bewegungs- und Leibtherapie

Petzold (ibid.) beschreibt die biologisch begründeten Ansätze der Arbeit am Leib und der Arbeit mit Bewegung in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie folgendermaßen:
- Beim Fokus auf der wahrgenommenen Koordination im „eigenleiblichen Spüren“, einem Begriff, der auf den Leibphilosophen Schmitz zurückzuführen ist, der *Movement Produced Information (MPI)*, gilt die Frage, wie ich mich im leiblichen Selbst erlebe, wenn ich Bewegung, Haltung, Gestik und Mimik – also Nonverbalität – vollziehe (Lamacz-Koetz-Petzold 2009), durch die das Gehirn informiert und entsprechende physiologische Reaktionen bewirkt werden. So führt z.B. allein ein Lächeln zur Erhöhung des Endorphinniveaus und regt die Ausschüttung von Dopamin als Neurotransmitter an. Die Wirkung dieser *Movement Produced Information* durch eine *Bottom-up-Technik* („*from muscle to mind*“) wird nun in der Art genutzt, dass gezielte Haltungen und Bewegungen, in diesem Falle Gesten und Mudras, mit dem Ziel durchgeführt werden, die damit verbundenen Gefühle ggf. erstmalig oder wieder zu erleben.

- Bei den *Mentally imagined Motor-Actions (MIM)* beeinflussen hingegen umgekehrt Imaginationen, Bilder, Vorstellungen und mentale Ansätze die Leiblichkeit in den Aspekten der Gefühle, der Bewegung und des Muskeltonus. Hier verläuft die Richtung, wie z.B. beim Autogenen oder Mentalen Training, im Sinne einer *Top-down-Technik*. „*from mind to muscle*“ z.B. in der Art, dass sich ein Patient vorstellt, in welcher Art er eine Konfliktsituation auf der Station erfolgreich meistert und gemeistert hat. Als Folge dieser Imagination wird er sich danach vom Gefühl her selbstsicherer, körperlich entspannt und erleichtert fühlen.

- Das Phänomen der *Interactional Movement Coordination (IMC)* gilt als biologisches Grundphänomen der Synchronisierung der Menschen untereinander in Kommunikation und Interaktion. Diese Koordination von Aktivität entsteht dadurch, dass Neuronen gleichzeitig und gleichartig feuern (*Steward, Strogatz 1994*). Dadurch werden Bewegung, Mimik, Gestik und die emotionale Lage der Menschen synchronisiert und somit auch z.B. auch die Rhythmik des Sprechens der Beteiligten in übungszentrierter und konfliktorientierter Arbeit (*Petzold ibid.*) in der Therapie. Wenn ich als Bewegungstherapeutin „sanfte“ Gefühle im Umgang mit mir und den Patienten kultiviere und den Patienten entspannt, gelassen, wohlwollend, respektvoll und wertschätzend begegne, so synchronisieren sie sich mit mir und finden allein auch dadurch einen Zugang zu eben diesen „sanften“ Gefühlen. Diese Erkenntnis wird unterstützt durch die „social learning theory“, das „imitation learning“ von *Bandura (1969 a,b; Sieper, Petzold 2002)* und die neuromotorische Koordinationsforschung (*von Host 1973; Post et al. 1998; Schmitt et al. 1990*). Die Neurowissenschaften fundieren dieses Phänomen mittlerweile durch die Entdeckung der „*mirror neurons*“ (*Rizzalotti et al. 1996; Stamenov, Gallese 2002*), durch die wir Menschen alle miteinander verbunden sind. Das Lernen durch Imitation erklärt auch, warum Wahrnehmungen, Bewertungen und Verhaltensmuster über Generationen weitergegeben werden (*Hüther 2010*). So sind z.B. ein identischer Gang, die gleiche Körperhaltung, die Intonation der Sprache, Gestik oder Reaktionen in Konfliktsituationen häufig sowohl bei Kindern, Eltern und Großeltern das Ergebnis von subtilem Resonanz- bzw. Imitationslernen. In der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie im Hinblick auf eine emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras wird diese „unbewusste Informationsverarbeitung“ der Synchronisierung dadurch gezielt genutzt, dass durch die Therapeutin als Modell Haltungen als Gesten und Mudras vorgegeben werden, die nachgeahmt und miteinander ausgeführt werden. Das Ziel ist es, dass zusätzlich zu den beschriebenen Synchronisierungsprozessen über körperliche Imitationen der Gesten und Mudras durch den

Übungsvollzug auch die durch die Übungen angestrebten Gefühle und Wahrnehmungen erfahrbar werden.

Als kombinierte „*Bottom-up/Top-down-Technik*“ gilt die Evozierung von positiven Personeninternalisierungen als „innere Beistände“ - *Evoked Internalized Personalities (EIP)*, insbesondere in schwierigen und Krisensituationen – , durch die ebenso unterschiedliche eigene konstruktive Identitätsdimensionen zur emotionalen Umstimmung aufgerufen und/oder umgesetzt werden können. Sich auf der Station oder später außerhalb der Klinik einem Konflikt zuversichtlich zu stellen, könnte für einen Patienten demzufolge in der Art geschehen, dass er sich über die Mikrobewegung einer selbst gewählten Mudra seines in der IBT erarbeiteten Selbstwertgefühles zunächst einmal bewusst wird, es dann empfindet und sich dann dazu imstande fühlt, seine Meinung und sein Recht zu vertreten.

Spiegelneuronen sind von daher die unverzichtbare Grundlage für die leib- und bewegungsorientierte Therapie des Menschen. Über die Bedeutung der Spiegelneuronen hinaus ist es jedoch wichtig, nach *Lurija (1979)* Lernen als subjektive „cerebrale Gesamtleistung“ zu sehen. Das bedeutet, dass jede Wahrnehmung und Erfahrung auf eine ganz eigene Biografie trifft und von daher entsprechend unterschiedlich bewertet wird und dann auch einen jeweils individuellen Sinn ergibt, denn jeder Mensch ist einzigartig!

So werden im *biopsychosozialen Modell* des Integrativen Ansatzes der neurowissenschaftliche mit dem phänomenologisch-hermeneutischen Diskurs (*Petzold 2001b; Morris 2000*) und der naturwissenschaftliche mit dem kulturwissenschaftlichen Diskurs verbunden. Die Einzigartigkeit eines jeden Subjektes wird hervorgehoben, die sich einerseits durch die materielle und transmaterielle Verschränkung der leiblichen Dimensionen nach Merleau-Ponty und zusätzlich durch komplexe Lernprozesse anhand der Spiegelneuronen, der Wahrnehmung der Welt und der Erfahrungen mit Mitmenschen in der jeweils individuellen Verarbeitung der äußeren Reize gestaltet (*Petzold 2003a*).

Über die Spiegelneuronen in unserem prämotorischen Kortex ist es uns ebenfalls in einem gewissen grade möglich mitzufühlen, was in einem anderen Menschen vorgeht, allein wenn wir den Anderen beobachten. Wenn wir zusätzlich noch die gleiche Körperhaltung einnehmen, wird das Nach- und Einfühlen in den Anderen als Empathie noch intensiver, aber natürlich muss auch noch kulturelles Wissen hinzu kommen, etwa was Genderverhältnisse angeht. Spiegelneuronen sich nicht alles (vgl. *Petzold, Orth 2011*).

2.1.4 Die hermeneutische Spirale

Erkenntnis wird in der Integrativen Therapie über die *hermeneutische Spirale* gewonnen. In der therapeutischen Hermeneutik - wobei Hermeneutik im Griechischen als die „Kunst der Auslegung“ gilt - geht es darum, dass ein Mensch Erkenntnis über sein Verhalten gewinnt, ganz gleich ob die Ursachen eines bestimmten Verhaltens nun in der Vergangenheit oder in der aktuellen Gegenwart liegen. Warum sagt z.B. ein konfliktscheuer Patient einem größeren und stärkeren Patienten nicht, dass im Rahmen des gemeinsamen Küchendienstes zur Vorbereitung für das Mittagessen heute dieser an der Reihe ist, den Tisch zu decken? Liegt es daran, dass er gar nicht weiß, wie er dieses Anliegen am besten an den Mann bringt oder dass er sieht, dass der andere gerade im Moment noch sehr aufgebracht ist, weil er Streit mit einem andern Patienten hatte oder dass er befürchtet, von ihm angebrüllt und verbal bedroht zu werden?

Über den Prozess des Wahrnehmens, des Erfassens, Verstehens und Erklärens kann der Patient im therapeutischen Prozess von den Phänomenen seines Verhaltens zu den Strukturen kommen: in diesem Fall nimmt er u. U. wahr, dass er nichts sagt, keine Stellung bezieht und sich zurückhält - er erfasst sein durch diese Hemmung bedingtes Unwohlsein im Sinne einer ängstlichen Anspannung und eines inneren Rückzugs - er versteht, dass er aktuell wie ein ängstliches Kind wirkt und nicht wie ein erwachsener Mann und kann sich das schließlich erklären, indem er in der therapeutischen Sitzung eine oder mehrere Situationen erinnert, in denen er als Kind in jeweils unterschiedlichem Alter dafür bestraft oder geschlagen wurde, wenn er seinen Willen oder seine Meinung kund getan hatte und es seit der Zeit vorgezogen hat sich zurückzuhalten und anzupassen, um weitere schmerzhaft Übergriffe der jeweiligen Aggressoren zu vermeiden.

Aktives oder passives Wahrnehmen erweitern und schärfen, immer differenzierter die emotionalen Qualitäten einer Situation in ihrer Komplexität und Bedeutung erfassen, den jeweiligen Sinn eines Phänomens immer besser verstehen und schließlich ein Phänomen durch bewusstes Erfassen und Vernetzen im Zusammenhang erklären zu können, führt zu einer vorläufigen Erkenntnis seiner Selbst oder von seiner Lebenswelt, die der Mensch mit Menschen, mit denen er in Beziehung steht, teilt (*Petzold 2003a*). Das bedeutet, dass jemand für diese Situation eine derzeit individuelle stimmige Erklärung findet, die für ihn einen Sinn

macht. Der Prozess der hermeneutischen Spirale kann sich in beide Richtungen bewegen: vor und zurück, zurück und vor.

2.2 Das intersubjektive Ko-respondenz -Modell

Das *Ko-respondenzmodell* als Kernstück des Integrativen Ansatzes stellt die Grundlage der therapeutischen Beziehungen dar. Es geht darum, dass eine Ko-respondenzgemeinschaft, sprich mindestens zwei Menschen, eine „konsensuelle Wahrheit auf Zeit“ (Petzold 2002b) findet und dahinter steht. Konsens kann durch offenes, kontroverses miteinander Reden, durch Gespräche zwischen zwei oder mehreren Menschen entstehen (ibid). Das

Intersubjektivitätsprinzip besagt, dass der Mensch – bewusst und/oder unbewusst- immer auf den Mitmenschen gerichtet ist und durch den Menschen zum Mitmenschen wird (idem). Jeder Mensch als einzigartiges Leib-Subjekt mit Integrität und Würde koexistiert gleichberechtigt im Sinne von „Alles Sein- ist Mit-Sein“, auch „differenzielles Mit-Sein“ (ibid., 35 f).

Wenn Menschen sich auf der Leib-, Gefühls- oder Vernunftebene begegnen, zueinander in Beziehung treten, miteinander in Beziehung sind oder sich auseinandersetzen, entsteht Ko-respondenz als synergetischer Prozess. Dabei kann es sowohl zu einer Verbundenheit durch Konsens, zu Verschiedenheiten im Dissenz als auch zu einem Konsens über den Dissenz kommen. Zentral in diesem Prozess ist die *Intersubjektivität*, die „Zugehörigkeit zwischen Menschen im wechselseitigen Respekt ihrer Würde“ (Schuch 2000, 156). Als wesentlich gilt es dabei, den Anderen in seiner Andersheit (Levinas 1963; Petzold 1996k) anzuerkennen, zu respektieren und wert zu schätzen. *Intersubjektive Ko-respondenz* bedeutet von daher, sich auf dem Boden gegenseitiger Wertschätzung zu begegnen, auszutauschen und voneinander zu lernen – dies gilt auch für die Begegnung in der Therapie mit psychisch kranken Straftätern, die von der Gesellschaft ausgegrenzt werden.

Der therapeutische Prozess, die Begegnung zwischen Therapeutin und Patient sowie die Begegnungen und Beziehungen der Mitglieder einer therapeutischen Gruppe ist durch Intersubjektive Ko-respondenz gekennzeichnet. In diesem Prozess wird ein gemeinsam vereinbartes Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes und Kontinuums betrachtet. Diese „konsensuelle Wahrheit auf Zeit“ (Petzold 2003a, 1050) wird zwischen den Beteiligten immer wieder gesucht, gefunden, ausgehandelt, vereinbart und besprochen - als Interventionen und Ziele, als Sinn in Verständnis, Wort und Tat.

2.3 Das Konzept zu einer integrativen sozialökologischen Emotionstheorie

Da für die eingegrenzte Klientel dieser konzeptuellen Überlegungen eine emotionale Umstimmung angestrebt wird, sollen an dieser Stelle die Aspekte des Integrativen Emotionskonzeptes kurz umrissen werden, die die sozialökologische Perspektive für die Entwicklung von Emotionen entsprechend der anthropologischen Grundformel der Integrativen Therapie betonen.

„ ‚Eigenleibliches Spüren‘ in persönlicher, ‚affektiver Betroffenheit‘ [SCHMITZ 1989] begründet – auch unter evolutionsgeschichtlicher Perspektive [HERNEGGER 1985] - die Daseinsgewissheit des Menschen in der Welt und seinen Bezug zu ihr“ (Petzold 2003a., 607). Grundvertrauen/Geborgenheit, Daseinsgewissheit, Selbst-, Selbstwert- und Lebensgefühl entwickeln sich zentral durch die emotionale Interaktion zwischen dem Baby und dem heranwachsenden Kind und seinen Bezugspersonen und seiner Welt bis zum Ende des zweiten Lebensjahres (*Kontext und Kontinuum*) (ibid). Die jeweilige *emotionale Kultur* im sozioökologischen Kontext des Heranwachsenden bestimmt auch darüber hinaus die Entwicklung der Fähigkeit zu „zwischenmenschlichem Miteinander“ (ibid.), zu *emotionalen Stilen*. Genetisch angelegte emotionale Grunddispositionen als „*Vorläuferemotionen*“ werden“ zu „*Grundemotionen*“ ausgebildet und durch „*emotionale Differenzierungsarbeit*“ des sozialen Umfeldes dann ab dem 12. Monat nach der Geburt über die Lebensspanne hin zu komplexen Emotionen nuanciert und moduliert. Emotionale Sozialisation erfordert „emotionale Sicherheit“, „emotionale Nahrung“ und ko-emotive Resonanzen wie Mitfühlen und Einfühlen.

Gefühle haben *körperliche/physiologische, subjektiv-psychologische, geistig/kognitiv-reflexive, behavioral-aktionale* und *sozialökologische* Komponenten, die sozial und kulturell durch *Kontext* und *Kontinuum* geprägt sind und entsprechend ihres Charakters ausgedrückt werden – in Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung (ibid., 613). Gefühle und Gefühlstönungen werden in unterschiedlichen sozialen Kontexten unterschiedlich bewertet und entsprechend ausgebildet (*life long emotional development and socialisation*) Sie sind entweder Resonanz auf aktuelle Stimulierungen der Umwelt oder Impulse aus der aktuellen Innenwelt – Motivation, Antriebe, Erinnerungen, Fantasien – (ibid., 619). Gefühle sind

lebensalterspezifisch und abhängig vom kognitiven Differenzierungsniveau. Emotionen geschehen zwischen Menschen und sie sind ansteckend.

In Bezug auf psychisch kranke Straftäter erscheint es dabei interessant hervorzuheben, dass die Voraussetzung für „Verantwortungsgefühl“, was ihnen ja aufgrund ihrer Erkrankung abgesprochen wird, ein voll ausgebildetes operatives Denken erfordert und „Pflichtgefühl“ die Fähigkeit verlangt, „sich und sein Handeln in einem übergeordneten sozialen Rahmen zu sehen und die Reaktionen anderer Menschen auf dieses Handeln vorwegnehmen zu können“ (Petzold 2003a, 616), was bedeutet, über die eigenen Bedürfnisse und Impulse hinweg den Anderen zu sehen und sich dessen Lage einfühlen zu können. Hinsichtlich des emotionalen Entwicklungsniveaus werden unter diesem Aspekt massive emotionale Entwicklungsverzögerungen und sogar Entwicklungsstörungen der Täter deutlich.

In Bezug auf die spezielle Zielgruppe der Täter und das Thema dieser Arbeit ist es weiterhin noch wichtig, auf die Entwicklung von Assertivität hinzuweisen. Dazu beschreibt auch Dornes (1997), wie sehr bereits ganz früh die emotionale Entwicklung entscheidend vom sozialen Kontext abhängig ist. Er unterscheidet zwischen *Assertion* als selbstbehauptendes Motivationssystem auf der Grundlage von Exploration und Neugier (ibid.), mit dem der Säugling sich zunächst selbst-aktivierend auf die Umwelt richtet, und *reaktiver Aggression/Aversion*, die zunächst eine Reaktion auf äußerliche Bedrohung ist. Er weist ausdrücklich darauf hin, dass Kinder dann aggressives Verhalten entwickeln, wenn ihr exploratives Verhalten chronisch/häufig/immer wieder kehrend von den Eltern – meist aufgrund mangelnder Empathie – als destruktiv und aggressiv wahrgenommen, bewertet, benannt und entsprechend mit aggressiven Mitteln unterbrochen und unterbunden wird. Zum einen schränken sie dadurch die Selbstbehauptung des Kindes immer wieder ein, zum anderen bieten sie dem Kind Rollenvorbilder für aggressives Verhalten (ibid.) Gelingen hingegen die explorativen Handlungen, so werden positive Affekte wie z.B. Freude als Voraussetzung für die (weitere) Aktivierung von Selbstbehauptung und Neugierde verstärkt.

Im Integrativen Ansatz werden unter den leitenden Grundantrieben die „explorative Neugier“ herausgestellt und der „poietische Gestaltungsantrieb“, den wir bei allen Kindern finden und der für die Sapiens-Menschen zwei zentrale Überlebensprogramme sind (Petzold 2010p) Als wesentlich gilt, dass bereits ein Säugling im Alter von ca. zwei Monaten in Experimenten seine Frustration über die Behinderung seiner zielgerichteten Handlungen durch Ärger mit selbstbehauptendem Charakter äußert. Dadurch zeigt er sein Bedürfnis nach „Wirkmächtigkeit“ um nicht ohnmächtig zu sein (Dornes 1997, 261). Gelingt dies nicht,

reagieren sehr junge Säuglinge bei exzessiver Unlust sowohl mit „Ohnmacht, stummer Verzweiflung oder `Dekompensation`“ im Sinne einer *archaischen Regression* als auch mit Ärger“ (ibid., 262). Instrumentell-aggressive Handlungen von Kindern zwischen neun und achtzehn Monaten, die sich z.B. darauf richten, ein Spielzeug erreichen zu wollen, gelten als assertiv, denn es geht den Kindern dabei nicht darum, einen anderen verletzen zu wollen, sondern das Spielzeug zu nutzen. Chronische Erfahrungen des Versagens und des Ausgelacht Werdens führen bereits bei eineinhalbjährigen Kindern zu einem beschämenden Gefühl, da es sich in seinem Selbst verletzt fühlt. Eine Chronifizierung dieser Scham durch phantasierte Wiederholungen unabhängig von den ursprünglichen Situationen ist von den jeweiligen Beziehungen und Lebensumständen abhängig (Dornes 1997).

Damit wird deutlich, wie sich bereits sehr früh das Gefühl der Scham aus misslungenen Kommunikationen und Interaktionen zwischen Kind und Eltern manifestieren kann.

2.4 Die Integrative Position zum Willensthema

Für die Überlegungen dieser Arbeit sollen nun noch die für mich zentralen Aspekte der integrativen Position zum Willensthema benannt werden, die für die emotionale Umstimmung psychisch kranker Straftäter äußerst relevant sind, denn es gilt als ganz grundsätzlich und wesentlich, dass persönliche Veränderungen nur dann erreicht werden, wenn der Willen dazu und auch der Willen zur Übung vorhanden ist (Petzold, Sieper 2003, und 2007/8)!

Auch Phänomene des Willens sind entsprechend der anthropologischen Grundformel des Integrativen Ansatzes ... „von Enkulturations- und Sozialisationsprozessen maßgeblich bestimmt“ (ibid., 3), denn die Entwicklung nach der Geburt ist „an die beständigen Interaktions-, Spiegelungs-, Synchronisationsprozesse des Gehirns des Säuglings mit den Gehirnen der mit ihm umgehenden `caregiver` gebunden“ (ibid., 3). Auch sie stehen weiterhin „unter den Einwirkungen lebenslanger Sozialisation und erfordern deshalb eine `lifespan developmental perspective`“ (ibid., 8). Das bedeutet, dass Prägungen des Gehirns durchaus auch verändert werden können, wenn der Willen dazu vorhanden ist. So betonen z.B. verhaltenstherapeutische Sichtweisen, der Budo-Sport und auch Dürckheim (1972) wie bedeutend es ist, Fertigkeiten dann zu trainieren, wenn der Hintergrund eines „Willen(s) zur Übung“ (Sieper 2001) gegeben ist. Die neurowissenschaftliche Sicht - z.B. Spitzer (2002) und Hüther (2010) untermauern das übungsbegründete Lernen.

Singer (2003, 29) weist nun nach, dass es **den** „freien Willen“ nicht gibt: „Die Annahme, wir seien voll verantwortlich für das, was wir tun, weil wir es ja auch hätten anders machen können, ist aus neurobiologischer Perspektive nicht haltbar. Neuronale Prozesse sind deterministisch“ und „Ursache für die je folgende Handlung ist der unmittelbar vorangehende Gesamtzustand des Gehirns“, so dass diese Handlung „nicht dem `freien Willen´ unterworfen ist“ (ibid, 32f).

Wenn es folglich **den** „freien Willen“ an sich nicht gibt, so bezieht der Integrative Ansatz dennoch dahingehend Position, dass die Freiheit des Willens zumindest „relativ und differentiell“ (*Petzold, Sieper* 2003, 70) ist, also ein „bedingt freier Wille“ anzunehmen sei (*Petzold, Sieper* 2007/8). Es wird betont, dass es immer noch lohnes- und erstrebenswert ist zu versuchen, ein Bild/Bilder von mir zu gewinnen, an dem/denen ich dann bewusst arbeite (*ibid.*). Denn das kann dann die Grundlage für persönliche *Souveränität* als *Metaziel* einer Veränderung werden, die, entsprechend der menschlichen Einbindung in soziale Kontexte, wiederum stets mit anderen ausgehandelt ist. *Petzold* (2001p in *Petzold, Sieper* 2003, 72) begründet diese Arbeit folgendermaßen: „Es wächst damit *meine* Willensfreiheit, meinen Willen zu nutzen und mein Wollen zu steuern, kovolutiv zu koordinieren und zu verantworten. Es ist damit auch anzunehmen, dass meine nicht- bewussten Willensstrebungen (Impetus des Wollens) auf meine mnestisch archivierte und `dokumentierte´ Willensarbeit zurückgreifen – weil ein fungierender `Metawille´ entstanden ist – und es wächst damit meine Verantwortlichkeit: meinen Mitmenschen gegenüber, der Lebenswelt gegenüber, mit selbst gegenüber“.

Diese Position ermutigt meines Erachtens unbedingt zu dem ersten Schritt der „Willensentscheidung“ als „disziplinierte Arbeit an sich selbst“ (ibid., 62) und insbesondere für die Rückfallprophylaxe psychisch kranker Straftäter erscheint *Souveränität* in der Tat als ein anzustrebendes Metaziel - durchaus im Sinne einer auch aktuell nach wie vor sinnvollen „philosophischen Therapeutik“, auf die sich *Petzold* (ibid., 63) beruft. Mir gefällt der betonte Verweis auf die Bedeutung eines Initials als eine aktive Überwindungsarbeit, in der es darum geht, „sich zu entscheiden, einen neuen Zugang zum Leben zu wagen, den Willen zur Veränderung zu haben, die `Wandlung´ zu wollen“ (ibid., 63). Als Motivation für dieses Bemühen und meiner Meinung nach großartige Unterfangen gilt die Grundannahme: „Das Gute und Rechte ist bei mir“ (*Marc Aurel* in *Petzold, Sieper* 2003, 63). Ziel der *Arbeit an sich selbst* als eine Arbeit am eigenen Wollen (idem) ist die Entwicklung von „*philautie*“, „als (eines) liebevolle(n) Bezug(s) zu sich selbst“ (ibid., 64). Und gerade hier liegt die große

Chance für psychisch kranke Straftäter, die bislang meist kontinuierlich in „nicht-liebevollen Bezügen“ gelebt haben, zunächst einmal zu lernen, mit sich selbst liebevoll umzugehen, „sich selbst ein guter Gefährte zu werden“ (mdl. Aussage einer Lehrtherapeutin/eines Lehrtherapeuten in einem Ausbildungskontext für Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, die genaue Quelle ist unbekannt).

Tröstend und zugleich aufbauend sowie Hoffnung spendend, insbesondere auch hinsichtlich des oftmals großen Leids der Täter, erscheint mir *Petzold's* und *Sieper's* (2003, 64)

Zusammenfassung: „Dem *Wollen*, seiner Pflege, Entwicklung und der Unterstützung kommt in der antiken Therapeutik eine große Bedeutung zu, denn man glaubt an die *Souveränität* des Menschen, der im Einklang mit der `großen Vernunft', dem `Weltenlogos' steht.“

Passend im Hinblick auf die Aufgaben und Ziele des Maßregelvollzugs erscheint der dann der zweite Schritt: „Das *Wollen* muss im *Tun* umgesetzt werden (Demokrit in *ibid*), aus einem Wollen zum sittlichen Leben aus einer `Sorge um sich' (Sokrates in *ibid*) und aus einer moralischen `Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwesen' (Demokrit in *ibid*.)“ (*ibid*, 65).

Erst durch das *Tun* und dessen erleben, kann die eigene Wirksamkeit erfahren werden (*Flammer* 1990; *Schwarzer* 1992). Für dieses *Tun* gibt es komplexe Lernmodelle der Selbststeuerung (*Sieper, Petzold* 2002) und Therapien des Selbstmanagement und der Selbstwirksamkeit (*Bandura, Kanfer*) sowie das Prinzip der *self efficacy* (*Flammer* 1990, *Schwarzer* 1992). Konkret bedeutet das „Tun“, neue Wege in dem Bewusstsein der Bedeutung des ersten Schrittes zu gehen – z.B. indem ein persönliches Veränderungsziel formuliert und die Entscheidung, sich auf eine Therapie einzulassen auch mit dem Erscheinen zur ersten Stunde und zu den folgenden Stunden umgesetzt wird.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt des Wollens ist die Interaktion. Der Mensch lebt immer in Bezug auf etwas oder jemanden, denn entwicklungspsychologisch ist „das Kind ... erst beim Anderen (bei der Mutter, beim Caregiver) bevor es ein Ich ausbildet“ (*Petzold, Sieper* 2003, 39). So gilt in der Integrativen Therapie die Formel - *Du, Ich, Wir in Kontakt/Kontinuum* - , wobei es wichtig ist, dass es die Möglichkeiten gibt, sich anzugrenzen oder abzugrenzen und dass es einen Willen geben darf und soll, Nähe und Distanz auszuhandeln (*ibid*.). Auf der Grundlage dieser Formel erscheint es sinnvoll, das im funktional- übungszentrierten bewegungstherapeutischen Vorgehen eine Übung vom Therapeuten als *Du* vorgegeben wird, die der dann Patient als *Ich* erlernt, in der therapeutischen Beziehung innerhalb einer Gruppe als *Wir* .

Die andere interaktionale Seite des Wollens bedeutet zusätzlich *gemeinsames Wollen*, *koordinierte gemeinsame Willensarbeit*. In der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie wird über „synchronisierte Aktionen“ im Sinne koordinierter Bewegungen zwischen zwei oder mehreren Menschen (z.B. *Petzold* 1988n; *Hausmann, Neddermeyer* 1996; *Höhmann-Kost* 2002) daran gearbeitet. *Libet et al.* (2000) weisen darauf hin, wie wichtig es ist, den Willen zu locken, um gemeinsames Wollen zu stimulieren und in die Performanz zu bringen. Dadurch wird die individuelle Veränderungsmotivation bestärkt und neues Verhalten gebahnt (*Petzold* 2003a, 1082). So geht es in der „*Co-volition*“ um die „Synchronisierung des Wollens und der Zielintentionen im leibtherapeutischen Prozess“ (ibid.). Hier wird noch einmal die Bedeutung des Lernens in einer Gruppe ersichtlich.

Nach *Petzold* (2003, 71) werden unter dem Stichwort „mental training“ oder „mental practise“ (*Annett* 1995) schließlich die komplexen Prozesse der willentlichen Kontrolle von Gefühlen, Gedanken (und der sie begleitenden Mimik und Gestik) sowie „umgekehrt“ die imaginale Beeinflussung und Übung von Motorik in der Bewegungsphysiologie, Psycho- und Neuromotorik u.a. von *Bernstein* (1988) und *Berthok* (2000) seit langem thematisiert. Untersuchungen in Amsterdam unter *Petzold* zeigen deutliche Trainingseffekte für die motorische Performanz durch mental imaginierte Bewegung (*Bosscher et al.* 2000; idem 2001). Dabei sind „intentional imaginierte Bewegungen, Vokalisationen ..., wie Bild gebende Verfahren zeigen, mit starken präfrontalen Aktivierungen verbunden (*Ingvar* 2000)“ (*Petzold, Sieper* 2003, 71). Umgekehrt zeigt „das Training der motorischen Fähigkeiten ... klare Wirkungen auf den Willen in seiner Qualität und der Durchhaltekraft“ (ibid.).

3. Strafrechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen für die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit psychisch kranken Straftätern

Nachdem ich bislang die meines Erachtens für dieses Thema wesentlichen theoretischen Grundlagen des Integrativen Ansatzes stark verkürzt dargelegt habe, beschreibe ich als nächstes die strafrechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen für die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit psychisch kranken Straftätern.

Die Unterbringung eines Täters in einem psychiatrischen Krankenhaus (§63 StGB) erfolgt dann, wenn eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (21 StGB) begangen wurde. In

diesen Fällen ist der Täter bei der Begehung der Tat aufgrund krankhafter seelischer Störungen, tiefgreifender Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder schwerer anderer seelischer Abartigkeit unfähig, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

Die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge dieses Zustands erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Als Rechtsfolge wird in diesen Fällen eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet, wenn dies nicht gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verstößt (§ 62 StGB).

Der Maßregelvollzug wird in Nordrhein-Westfalen zum einen in speziellen Kliniken für Forensische Psychiatrie zum anderen als Integrierter Maßregelvollzug mit eingestreuten Patienten oder aber auf Spezialstationen innerhalb der Allgemeinpsychiatrien durchgeführt. Ausschlaggebend für die Art der Unterbringung sind das Ausmaß der Gefährlichkeit des Patienten sowie seine Fähigkeit, sich unter den gelockerten Sicherheitsbedingungen einer geschlossenen Station in einer Allgemeinpsychiatrie zu führen. Häufig ist die Verlegung aus einer Forensischen Klinik in die Allgemeinpsychiatrie auch ein erster Schritt „aus den Mauern heraus“, um hier, zunehmend gelockert, neues Verhalten in der veränderten, vielfältigeren Infrastruktur der Allgemeinpsychiatrie zu erproben.

3.1 Das multiprofessionelles Team im Integrierten Maßregelvollzug in der Allgemeinpsychiatrie

Das Ziel der Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist es, die betroffenen Patienten und Patientinnen durch die Behandlung und Betreuung (Therapie) zu befähigen, ein in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben zu führen. (vgl. Maßregelvollzugsgesetz [MRVG] Nordrhein-Westfalen [NW] vom 15.6.1999 [GV.402])

Auf der Spezialstation in der Allgemeinpsychiatrie, auf der ich arbeite, sind durchschnittlich 19 Patienten untergebracht. Bis vor ca. drei Jahren waren es sowohl Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als auch Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis, zu einem kleinen Teil zusätzlich mit leichten Minderbegabungen.

Im multiprofessionellen Team arbeiten Ärzte, Psychologen, ein Diplompädagoge und ein Sozialarbeiter, Pflegekräfte, je ein Ergo-, Kunsttherapeut und eine Bewegungstherapeutin sowie ein Lehrer mit jeweils unterschiedlichen Zeitanteilen zusammen. So gestalten sich die pflegerischen und therapeutischen Angebote derzeit folgendermaßen:

Die Pflege gestaltet das Milieu auf der Station, wird als Bezugspflege durchgeführt und bietet Hilfe und Unterstützung zum Erwerb von Alltagskompetenz zusätzlich durch Alltags- Koch- und Freizeitgruppen sowie soziumilieu-therapeutische Maßnahmen an. Die medizinische Betreuung erfolgt derzeit durch die Abteilungsleitende Ärztin. Psychotherapie wird im dyadischen und Gruppensetting, Psychoedukation, soziales Kompetenztraining und eine Mediengruppe werden von den Psychologen angeboten. Ein Diplompädagoge ist neben Einzelbetreuungen auch für Gruppenangebote zu speziellen Themen zuständig und wird stundenweise von einem Sozialarbeiter unterstützt. Ergotherapie wird als Arbeitstherapie im geschlossenen Rahmen sowie als offenes Angebot in einer Werkhalle angeboten. Weiterhin gibt es Ergotherapie als Kreativtherapie sowie Kunsttherapie in der Gruppe sowohl auf als auch außerhalb der Station. Zusätzlich unterrichtet ein Lehrer einzelne Schulfächer, in denen auch spezielle Bildungszertifikate der Volkshochschule erworben werden können. Im Rahmen der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie gibt es Walken und Entspannung, ressourcenorientierte sportliche Aktivitäten sowie IBT im dyadischen und im Gruppensetting. Vor dem Hintergrund des Integrativen Ansatzes wird vom Kunsttherapeuten und mir eine Theatergruppe geleitet. Im Sinne einer interinstitutionellen Integration können daran die Integrierten Maßregelvollzugspatienten und allgemeinpsychiatrische Patienten anderer Stationen gemeinsam teilnehmen.

Die unterschiedlichen Professionen koordinieren ihre jeweilige Arbeit in multiprofessionellen Teamsitzungen. Verlaufs- und Behandlungsplankonferenzen sowie Supervisionen sichern die Qualität der Arbeit mit den Patienten.

3.2 Motivation im Maßregelvollzug

Motivation und Widerstand sind die zentralen Themen im Maßregelvollzug (*Saimne* 2009). Laut gesetzlicher Grundlage ist der Patient nicht zur Therapie verpflichtet (*Kammeier* 2009, 308f). Als Kriterium für die Langzeitbeurlaubung als Folgeschritt der klinischen Unterbringung gilt lediglich, dass vom Untergebrachten zukünftig eine Gefahr für die

Allgemeinheit verlässlich auszuschließen ist. In der jeweils individuell unterschiedlich andauernden Anfangsphase zeigen viele Patienten zunächst einen massiven Widerstand gegen die Freiheit entziehende Unterbringung und reagieren darauf entweder mit Aggressionen, Depressionen oder Verweigerungen im Sinne der *Reaktanz*.

In dieser Arbeit sei lediglich auf die Bedeutung der erforderlichen multiprofessionellen Motivationsarbeit als zwingendes Initial einer erfolgreichen Maßregelvollzugsbehandlung hingewiesen, die es dem Patienten schließlich ermöglichen würde, die Notwendigkeit und die Vorteile der persönlichen Veränderung im Sinne der *Arbeit an sich selbst* zu erkennen und einzusehen. Dennoch soll an dieser Stelle die Frage gestellt werden, wie es gelingen könnte, dass ein Täter die Angst vor einer Veränderung seiner Persönlichkeit in für ihn eine ungewisse und unbekanntere Richtung, die zunächst einmal eine massive Verunsicherung mit sich bringt, überwindet und den Mut, die Bereitschaft und den Willen dazu entwickelt, den meist langwierigen und mühsamen Weg der Therapie als einen Lernprozess einzuschlagen und durchzuhalten? Ist es schließlich eine Anpassung an den Willen der Institution, des Gesetzes als eine Einsicht in die Notwendigkeit, um Freiheit zu erlangen oder ist es der eigene Wunsch und Wille nach, das Wollen von Veränderung durch Lernen, persönlichem Wachstum, nach Souveränität als Möglichkeit eines verstärkt selbst bestimmten Lebens, die den Täter zur Therapie bewegt?

Sicherlich wird als primäre Motivation die Einsicht wirken, dass eine Entlassung aus der Maßregel erst dann erfolgen kann, wenn die Allgemeinheit nicht mehr vor ihm geschützt werden muss, d.h. wenn zu erwarten ist, dass von ihm keine schwerwiegenden rechtswidrigen Taten mehr zu erwarten sind. Eine wirkliche Einsicht in die persönlichen Chancen, die ein „Umlernen“ mit sich bringt und ein persönliches Wollen (*Volition*) von Veränderung in der Form, *sich selbst zum Projekt zu machen*, als intrinsische Motivation erfordert jedoch entsprechende Psychoedukation im Sinne einer Aufklärung über die Möglichkeiten des persönlichen Wachstums, des Lernens und der Veränderung durch Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Krankheitseinsicht, ein Arbeitsbündnis, Compliance sowie Vertrauen in den Prozess und in eine ungewisse Zukunft sind zusätzliche Voraussetzungen dafür, dass der Patient sich kooperativ und konsequent „auf seinen Weg“ begibt, *sich selbst zum Projekt macht*, therapeutische Möglichkeiten und Unterstützung sucht und annimmt. Zweifelsohne ist es von daher für alle Mitarbeiter im multiprofessionellen Team die größte Herausforderung und Aufgabe, die Patienten so zu motivieren, dass sie die Volition zu persönlichem Wachstum entwickeln.

4. Konfliktscheue psychisch kranke Straftäter

Die Beschreibung der speziellen, sicherlich eher kleinen Zielgruppe der psychisch kranken Straftäter, auf die die Überlegungen dieser Arbeit gerichtet sind, erfolgt nun zunächst anhand der diagnostischen Eingrenzung. Danach wird ein kurzer Überblick über die Bedingungen für die Pathogenese entsprechend des Integrativen Ansatzes gegeben. Schließlich wird noch die Bedeutung von Scham als ein Lebensthema dieser Patienten speziell betont.

4.1 Diagnosen

Die Überlegungen zur Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie in dieser Arbeit zielen auf die Menschen ab, deren Diagnosen aus dem Bereich der jeweiligen spezifischen, kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10 F60, F61) stammen. Häufig finden sich Mehrfach- oder Doppeldiagnosen, auch in Verbindung mit Alkohol- oder Rauschmittelabusus.

Dabei soll es im Folgenden nicht um die mehr impulsiven emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen sondern statt dessen um die im Alltag unauffälligen und leisen, angepassten und konfliktscheuen Täter gehen.

4.2. Anamnesen

Im Integrativen Ansatz werden die Entwicklung der Persönlichkeit und die Entwicklung von Krankheit stets in Bezug auf den Lebenslauf (*lifespan development*) betrachtet. So gilt es, neben den genetischen und somatischen Einflüssen und Dispositionen folgende mögliche Belastungsfaktoren zu betrachten: Entwicklungsschädigungen in den ersten Lebensjahren, Mileufaktoren als adverse psychosoziale Einflüsse, Negativkarrieren im Lebenslauf, internale Negativkonzepte, auslösende aktuelle Belastungsfaktoren und diverse negative Einflüsse sowie ungeklärte Faktoren.

- Bei „zeittextendiertem Stress“, „Hyperstress“ und „traumatischen Hypertress“ (Mei van der et al. 1997),
- durch negative Stimulierungskonstellationen im Sinne von *Defiziten, Traumata, Störungen* und *Konflikten* ohne fördernde salutogene Einflüsse als *internale und externale protektive Faktoren* kann es zu pathophysiologischen, maladaptiven kognitiven, emotionalen und volitiven Reaktionsbildungen kommen. Diese Reaktionen können sich auf allen diesen Ebenen als dysfunktionale Muster stabilisieren (Petzold 2002b).
- Täter hatten in der Regel schlechte Entwicklungs- und Sozialisationsbedingen, unter denen sie aufwuchsen und die sie geprägt haben („*social beeing embodied and embedded*“ in *Kontext und Kontinuum*). So wird beim Blick auf die Anamnesen vieler Täter deutlich, dass auch sie früher selbst Opfer waren.
- Häufig gab es kumulative *Traumatisierungen* in Beziehungen und daraus resultierende desorganisierte Bindungen in früher Kindheit (Renn 2006) sowie psychischen und sexuellen Missbrauch (Huber 2004, Stiels-Glenn 2002). Gilligan (1996) beschreibt, dass es statt Liebe, Fürsorge und andere die Entwicklung fördernde Stimulierungen und Beziehungen Ablehnung, Zurückweisung, Geringschätzung, Erniedrigung, Demütigung, Spott (*Defizite, Konflikte, Störungen*) und Angriffe gab.
- Nicht nur in *schwachen sozioökonomischen Kontexten* aufgrund von Arbeitslosigkeit oder eines sehr niedrigen Bildungsniveaus der Eltern findet man
- *problematische familiäre Beziehungskonstellationen* aufgrund von Alkohol- und Drogenabhängigkeit, temporärer oder chronischer Krankheit sowie Tod eines oder beider Elternteile, alleinerziehenden Müttern oder Vätern, schwierigen Patchworkfamilien und problematischen Geschwisterkonstellationen.
- Ein *dysfunktionaler familiärer Kommunikationsstil* in Familien ist oft geprägt durch verbale und nonverbale Gewalt, durch Missachtung psychischer und körperlicher Grenzen. Die Ehepartner respektieren sich selbst nicht gegenseitig, entsprechend auch nicht die Kinder, so dass Entehrungen, Kränkungen, Verletzungen, Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen und Angriffe zu den alltäglichen Erfahrungen eines heranwachsenden Kindes und Jugendlichen gehören (ibid). Die Kinder werden oft, häufig oder täglich Zeugen und sind gleichzeitig die Opfer derartiger Kommunikationsstile und derartigen Verhaltens – z.B. beschimpft und schlägt der Vater die Mutter vor den Augen der Kinder, die Mutter schimpft und wehrt sich oder weint und leidet ect. - das Kind lernt am und leidet unter dem Modell, entsprechend werden dysfunktionale Muster neuronal

- gebahnt und gefestigt, prägen dann die Wahrnehmung und die Bewertung von Situationen (*valuations and appraisals*) und sind in der Folge die Grundlage für eigenes Verhalten.
- Oftmals entwickelt sich eine „Spirale der Gewalt“, in der die ehemaligen Opfer zu Tätern werden wie in dem Fall der psychisch kranken Straftäter. Diese Spirale hat sich bei genauem Hinschauen, z.B. in der Arbeit mit einem Genogramm, oft über mehrere Generationen hinweg entwickelt.
 - Oft suchen diese Kinder früh außerfamiliäre Beziehungen in den Peer-Groups Gleichgesinnter. Hier wird z.T. auch versucht, Schmerzen über frühen Alkohol- und Drogenkonsum zu betäuben, um aus der leidvollen Realität zu fliehen. Meist fehlen konstruktive ressourcenorientierte Einflüsse (*negativer familialer, amikaler und kollegialer Konvoi*).
 - Doch insbesondere Jungen mit Handicaps wie Stottern, Wahrnehmungsschwächen und –störungen, Koordinationsschwächen und –störungen, orthopädischen Problemen und daraus folgenden motorischen Unsicherheiten, Schwächen und Störungen finden keinen Anschluss in den Peer-Groups, werden häufig gehänselt und ausgegrenzt. So sind sie doppelt gehandicapt. Aufgrund ihrer körperlichen und daraus resultierenden oft psychischen Beeinträchtigungen wie Unsicherheit, Angst - und als zusätzliche Auswirkung dann auch Ungeübtheit - sind sie meist „Nieten“ im Sportunterricht und auch in den Schulklassen Außenseiter, weil sie nicht dem „männlichen Ideal“ entsprechen. Sie werden nicht rechtzeitig gefördert, wie es engagierte Eltern anstreben und die Kinder dadurch unterstützen würden. Diese Jungen antworten meist nicht mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten sondern ziehen sich zurück, versuchen sich zu anpassen, ducken und leiden, sind in ihrer kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung verzögert oder gestört.
 - Schlechte Schulleistungen führen auch hier zu Schulabbrüchen, Berufsausbildungen werden nicht angegangen oder abgebrochen, woraus häufig Arbeitslosigkeit resultiert. Die Partnersuche gestaltet sich schwierig oder gelingt nicht, partnerschaftliche Beziehungen sind oft von kurzer Dauer (*Negativkarrieren im Lebenslauf, Muster des Scheiterns an Entwicklungsaufgaben, adverse events, ineffektive Performanzen*).
 - Insgesamt gibt es *zeittextendierte Belastungen* unterschiedlichster Art:
 Z.B. eine alleinerziehende Mutter als Prostituierte, die den Jungen mit Koordinations- und Gleichgewichtsproblemen aufgrund orthopädischer Ursachen und dessen Halbschwester von der Großmutter und dessen zweitem Mann erziehen lässt, um weiterhin ihrem Gewerbe nachgehen zu können. Der Vater ist unbekannt. Nach dem Tod

der Oma erfolgt dann mit ca. 10 Jahren eine Heimunterbringung, dort Suche nach Sicherheit bei der Schwester und deren Freundin, die Schwester wird früh sexuell auffällig. Der Junge kann es nicht fassen, dass seine Schwester ohne Vorankündigung plötzlich dauerhaft von ihm getrennt wird, erlebt die Trennung im Rückblick als zentrales Trauma. Die Schulleistungen sind schlecht, später dann Wechsel in ein anderes Heim zur beruflichen Bildung mit einem starken emotionalen Bezug zum Heimleiter, Grenzverletzungen durch dessen Frau gegenüber dem Jugendlichen. Wechsel in andere Einrichtungen ... und irgendwann dann ein Delikt. Im Maßregelvollzug ist auf der Station ein Mann zu sehen, der „buckelt“, die Treppen nur durch Stütze am Geländer gehen kann, sehr leise redet, sich nicht traut, seine Meinung oder Kritik an anderen innerhalb der Gruppe zu äußern, sich sehr an Pflegepersonal, insbesondere Frauen, mit ruhigen und leisen Stimmen bindet, permanent deren Nähe sucht, selbst nicht laut werden mag, den Dienstplan des Personals genauestens überblickt ...

Oder ein anderes Beispiel: Ein stotternder Ältester von mehreren Geschwistern, der sich mit seinem Handicap bis in die Grundschulzeit hinein mit vertrauten Nachbarkindern in ländlicher Umgebung bei Spielmöglichkeiten in freier Natur gut arrangiert. Der Umzug in eine Nachbarstadt bringt eine neue Schule und als Folge andauernde Hänseleien und Ausgrenzungen durch die neuen Mitschüler mit sich. Die Eltern sind überfordert durch mittlerweile insgesamt sieben Kinder, von denen ein Mädchen geistig behindert ist, so dass der Junge dort keine Unterstützung findet. Subjektiv fühlt er sich gegenüber der behinderten Schwester massiv zurückgesetzt. Der Vater ist autoritär und schlägt. Der Junge passt sich aus Angst an, zieht sich innerlich zurück - zu Hause, in der Schule, später bei der Bundeswehr, an unterschiedlichen Arbeitsstellen. Er traut sich nie, sich zu wehren, sich mitzuteilen, vor anderen zu reden ... landet dann nach einem Delikt im Maßregelvollzug. Dort hat er auf der Station u. a. vor einem körperlich großen, dominanten, minderbegabten Mitpatienten Angst, der ihn unbewusst an seinen Vater erinnert, so dass er sich wiederum nicht traut, seine Meinung zu sagen, sich ihm unterwirft, aus Angst davor, abgelehnt oder geschlagen zu werden – als ein Mann von ca. 1.90 m Länge, mit einer Berufsausbildung, Führerschein, gutem Allgemeinwissen, der anderen Patienten auf der Station intellektuell deutlich überlegen ist. Er traut sich auch nicht, den anderen Patienten zu sagen, dass sie den Müll so in den Abfalleimer werfen sollen, dass die Wand dabei nicht beschmutzt wird ...

- Eine jede Anamnese weist negative Stimulierungen (*chains of advertise events*) unterschiedlichster Art
- über eine lange Zeit (*prolongierte Mangelerfahrungen*) aus,
- ohne dass ausreichende *protektive Faktoren* kompensieren konnten.

4.3 Lebensthemen

Täter haben in dysfunktionalen Kontinuumstraditionen *intermental* komplex gelernt.

Sie wurden im Verlauf ihres Lebens häufig über lange Zeiträume und in unterschiedlichsten Kontexten verletzt, gekränkt und gedemütigt, so dass sie sich dann auch als schlecht, wertlos, nicht liebens- und unterstützenswert fühlen (*intramental*).

- Ihre Selbstachtung ist zusammengebrochen und in der Folge entstand Scham (*Gilligan 1996*).
- *Hilgers (1977)* differenziert als weitere Ursachen dieser Scham u.a. eine Schwäche und Minderwertigkeit gegenüber den eigenen, sicherlich auch den gesellschaftlichen – oft supermännlichen – Idealen (*Genderspezifität*) hinsichtlich Aussehen, Kraft, Wissen, Ansehen, Erfolg, Stolz und Ehre (vgl. auch *Schnack, Neutzling 1990*)
- sowie mangelnde Ich-Kompetenzen im Sinne reduzierter kognitiver Fähigkeiten – oft als Resultat emotional bedingter Lernstörungen - und in der Folge entsprechende Schwierigkeiten in der Bewältigung von Alltagssituationen.
- *Gilligan (1996)* verweist zusätzlich noch auf die Häufigkeit verbaler Inkompetenz, so dass die Tat auch als ein Ausdruck für die innere Not zu sehen ist.
- Subjektive erlebte Demütigungen verletzen den Stolz – wenn es ihn je einmal gegeben haben sollte - und setzen den Selbstwert herab. Ohnmacht gegenüber Aggressoren unterschiedlichster Art lässt die eigene Handlungsunfähigkeit und Hilflosigkeit als Inkompetenz erleben. Menschen fühlen sich hilflos, wenn sie keine Kontrolle über sich selbst und/oder eine Situation in der externen Welt haben oder ausüben (*Flammer 1990*). Während frühe und andauernde persönliche Erfahrungen von Selbstwirksamkeit eine stabile Kontrollmeinung aufbauen (*ibid.*) entsteht durch zahlreiche, immer wieder kehrende unangenehme Ereignisse eine mangelnde Kontrollmeinung als subjektive Meinung darüber, keine Kontrolle über eine Situation zu haben (*ibid.*) und u.a. dadurch ein *negatives Selbstkonzept*. So trauen sich konfliktscheue psychisch kranke Straftäter nicht, z.B. ihren Standpunkt und ihre Meinung gegenüber anderen zu vertreten, nicht nur, weil sie die Situation nicht verändern können, sondern auch deswegen, weil sie glauben, keine Kontrolle über die Situation zu haben – als solide gebahntes neuronales Muster all der Erfahrungen, in denen sie unterlegen waren und ihre Meinung gar nichts zählte. *Flammer (ibid., 75)* weist auch darauf hin, dass „diese Überzeugung der Nicht-Kontrolle

...dazu führen (kann), dass tatsächliche Kontrollmöglichkeiten in der gleichen oder sogar in einer neuen Situation nicht mehr wahrgenommen werden“ (*valuation*).

- Dem „Supermann“- Unabhängigkeitsideal - widerspricht auch ein oftmals kindliches Nähebedürfnis mit einer abhängigen, schwachen Position bezogen auf die Mutter.

Rauchfleisch (1981, 156) beschreibt dies als Resultat einer nicht erfolgten Triangulierung, da der Vater entweder ausgefallen oder willkürlich bzw. unzuverlässig ist

4.4 Spezielle Therapieziele der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie

Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern zielt von daher auf motorisches und emotionales Lernen, auf Förderung und Differenzierung der Wahrnehmung, des nonverbalen und verbalen Ausdrucks und auf Aspekte des kognitiven Lernens ab. Wenn es dem Patienten schließlich zumindest im Ansatz gelingt, sich selbst aus der Distanz zu betrachten (partielle *Exzentrizität*) und wahrzunehmen, wenn dysfunktionale Verhaltenstendenzen im Sinne der Konfliktvermeidung spontan auftreten, so könnte das die Grundlage dafür sein, bewusst zu wählen oder zu entscheiden, ob er sich einem Konflikt stellen will oder nicht (*partielle persönliche Souveränität*). Damit wäre ein wichtiger Schritt in die Richtung einer Neuorientierung getan.

Als Voraussetzung zur Teilnahme an der Bewegungs- und Leibtherapie gilt, wie bereits geschildert, die *Volition*, in diesem Fall der entwickelte Wille, entgegen allen Ängsten vor nicht kalkulierbarer, ungewisser Zukunft persönliche Veränderung anzustreben und abschließend durch kontinuierliches Üben zu erreichen und zu festigen.

Mit dem Ziel einer emotionalen Umstimmung sollen im Speziellen durch das Erlernen und Einüben von Gesten und Mudras neue *motorische Bewegungen* die alten Bewegungsmuster überschreiten/überwinden.

Im Weiteren geht es darum, dass die Hinführung zu eigenleiblich gespürten Regungen und Empfindungen und daraus resultierender Gefühle auf die *Wahrnehmung* des Leibes fokussiert. Wenn das Kind, der Mensch, das Leib-Subjekt sich aufgrund von Überstimulierungen aus Regionen des Leibes zurückzieht (*decarnation*), in denen es sich bereits personifiziert hat (*incarnation*), ist der Leib häufig anästhesiert. Dies geschieht dann, wenn es zwingend notwendig ist, sich zu schützen und zu überleben, wenn *Traumata* oder

sehr schmerzhaft wahrgenommen *Defizite* nicht mehr gefühlt werden sollen. In diesem Fall spricht man von einer *Anästhesierung des perzeptiven Leibes*.

Die Täter präsentieren sich aufgrund ihrer Sozialisationserfahrungen (*Defiziten* in der emotionalen Zuwendung, Ansprache und Differenzierungsarbeit) meist gefühlsarm.

Im *emotionalen Lernen* werden dann die Selbstannahme/Selbstakzeptanz und die Erhöhung des Selbstwertes als Grundlage für die Entwicklung von Assertivität und Selbstwirksamkeit angestrebt. Scham als interne Attribution (*Petzold 2003a*) „ist eine Emotion, die an ein Selbstbewusstsein geknüpft ist. Das Kind schämt sich, wenn es sich in seinem (bewusst gewordenen) Selbst verletzt fühlt“ (*Dornes 1997, 267*). Die Täter sollen sich über neue, alternative, korrigierende und aufbauende Erfahrungen, in denen sie sich schließlich wohl fühlen, ihrer selbst bewusst werden.

In der therapeutischen Gruppe und in der therapeutischen Beziehung als aktueller *Mikrokosmos*, der durch Wertschätzung geprägt ist, soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, da zu sein, sich zu zeigen, sich ohne Scham zu begegnen und zu äußern. Als konkrete Ergebnisse in empirischen Untersuchungen (*Petzold et al. 2002; Steffan 2002*) wird in der Integrativen Therapie „*persönlich erfahrene Wertschätzung*“ in der Behandlung als *wertevermittelnde Sozialisation* betrachtet und betrieben. Aufgrund dieser Erfahrung wird den Patienten von daher sicherlich ein erster, grundlegender Schritt aus dem inneren und äußeren Rückzug heraus ermöglicht.

Ohnmacht bedeutet „ohne Macht“ sein - das sind prägende Erfahrungen der Täter, aktuell und in der Vergangenheit. Die Erfahrung, in der Bewegungstherapie das eigene Erleben und die eigene Gestimmtheit beeinflussen zu können, sich emotional umzustimmen und durch Übung nach Bedarf zu verändern, bedeutet Wirkmächtigkeit - als „die Macht zu wirken“ – auch in Bezug auf eine anzustrebende nachhaltige Perspektive.

Auf eine gelungene Beziehung zu sich selbst kann dann als Folge in der Begegnung und Beziehung zu einem „Du“, einem Gegenüber „bewirkt“ werden, dass der Andere zuhört und respektiert, wenn der eigene „Stand-Punkt“ klar und deutlich „ver-treten“, über einen Sachverhalt ver-hand-elt, eine Lösung aus-ge-hand-elt wird.

Wenn durch Selbst- und Fremdattributionen die erworbenen Kompetenzen und Performanzen anerkannt und wert geschätzt werden, kann sich Stolz entwickeln, der dann auch eine moralische Komponente zu beinhalten vermag. „Ich bin stolz darauf, dass ich mich traue, mich auf eine mir bislang ungewohnte Weise zu bewegen!“ „Ich bin stolz darauf, dass ich mich traue, endlich meine Meinung zu vertreten!“ In der Synchronisation von Gefühlen der

Gruppenteilnehmer könnte es z.B. heißen: „Wir sind stolz darauf, dass wir es schaffen, zu unseren `Schwächen` zu stehen und uns anzunehmen!“ „Wir sind stolz darauf, dass es uns gelingt, uns gegenseitig darin zu unterstützen, kontinuierlich zu üben!“

Zu lernen und zu üben, sich *nonverbal* und *verbal auszudrücken* ist eine Möglichkeit, eindeutiger und erfolgreicher zu kommunizieren. So geht es in der Differenzierung des verbalen Ausdrucks auch darum, gespürte leibliche Regungen benennen zu lernen, wenn aufgrund der defizitären emotionalen Sprachsozialisation eine *Alexithymie* (bezüglich des *expressiven Leibes*) vorliegt.

Sich selbst und auch andere in ihrem So-Sein zu verstehen sowie eigenes Verhalten erklären zu können sind *kognitive Aspekte* des Lernens.

5. Emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie

Das Lebensgefühl prägt unbewusst bis bewusst den gesamten Lebensvollzug. Es wurzelt im Grundvertrauen und dem darauf ruhenden Selbstgefühl. Wenn ein Kind in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen abgelehnt, vernachlässigt oder misshandelt wird, wie es die Lebensgeschichten der Täter immer wieder deutlich machen, wird das *Grundvertrauen* geschwächt, so dass die Entwicklung der *Daseinsgewissheit* und des *Selbstgefühls* gehemmt werden. In der Folge kommt es dann auch zur Entwicklungshemmung von *Selbstvertrauen* und *Selbstsicherheit* (Petzold 2003a) Eine Häufung schlechter Fremdbewertungen (*intermental*) führt dann im zweiten Lebensjahr zu schlechten *Selbstbewertungen* und einem schlechten *Selbstwertgefühl* als *selbstreferentielles Gefühl und Kognition (intramental)* (vgl. *ibid.*).

Für eine emotionale Umstimmung in die Richtung der Steigerung des *Selbstwertgefühls* sind dementsprechend ausreichend kontinuierliche positive Erfahrungen in einem wohlthuenden Klima in förderlichen Beziehungen notwendig. Je mehr positive Informationen von außen und auch von innen aufgenommen werden, desto besser kann eine neue neuronale Vernetzung angebahnt und zunehmend hoch geschaltet werden, denn auch Gefühle sind nutzungsabhängig (Hüther 2010). Werden neue Vernetzungen schließlich performativ geübt und zuverlässig gebahnt und genutzt, werden alte Muster zunehmend überflüssig und dadurch geschwächt. „Use it or loose ist!“ (*ibid.*, 91).

Ausgehend von *Selbstwahrnehmung* und *Selbstempfinden* können *Selbstgefühl* und *Selbstgewissheit* als Selbstbewertung und im Weiteren dann in der wertschätzenden Kommunikation mit und durch die Umwelt ein *Selbstwertgefühl* ausgebildet werden (*Petzold* *ibid.*), denn die *Identität* bildet sich schließlich durch Selbst- und Fremdattributionen, in denen die *Selbst- und Fremdbewertung (appraisals, valuations)* eine entscheidende Rolle spielt (*ibid.*).

Wenn es nun darum geht, die im Vorherigen beschriebenen Gefühle von Scham und Minderwertigkeit, Grundstimmungen von Angst, Frustriertheit, Hoffnungslosigkeit und Wut und das dadurch geprägte Lebensgefühl der konfliktscheuen Täter in die Richtung von Assertivität umzustimmen, so bietet es sich an, in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie aufgrund des komplexen Leibbegriffes nach erfolgter Motivation zur Veränderung zunächst einmal vom Nonverbalen auszugehen (*bottom-up-approach*) und den Körper in einer neuen Art oder wieder zu entdecken (*Selbstwahrnehmung /Selbstempfinden*). *Hüther* (2010, 95) beschreibt, dass das emotionale Befinden durch „Gesten und Veränderungen von Haltungen und Spannungsmustern der willkürlichen und unwillkürlichen Muskulatur, der Faszien und Gelenke, aber auch durch Massagetechniken, durch Veränderungen der Atmung und des Stimmausdrucks“ geprägt wird. *Cantieni* (2010) verdeutlicht anhand einer Versuchsreihe mit „Infrarot-Thermografie“ nach *Berz, Sauer* (in *ibid.*) sehr anschaulich die Wechselwirkung von Körper und Psyche.

Entsprechend können in leibzentrierter Arbeit über Atmung, neue Haltungen, Bewegung, Gestik, Mimik und Laute positive, u.U. sicherlich neue und ungewohnte Gefühle des Wohlbefindens als nonverbale Selbstattribution angeregt und dann gebahnt werden, „wenn es gelingt, die alten Signalmuster vom autonomen Nervensystem, von den Propriozeptoren, die Rückmeldung über die Gelenkstellung und Haltung liefern, und von den Enterozeptoren, die Rückmeldung über die inneren Organe bereitstellen, von den verschiedenen Ezeptoren der Muskeln und der anderen Sinnesorgane zu verändern“ (*Hüther* *ibid.*). Die Wahrnehmung dieser neuen Gefühle und die Übung dieser ungewohnten Bewegungen führen zur Entwicklung eines neuen neuronalen Netzwerkes, das durch weiteres Üben/Nutzen gefestigt wird. Das kann schließlich dazu führen, „sich in seiner Haut wohl zu fühlen“, „im Körper zu Hause zu sein“. Durch zusätzlich über einen längeren Zeitraum sich wiederholende verbale positive Selbstattributionen und wertschätzende Fremdattributionen von Gruppenmitgliedern und der Therapeutin (*intermental*) können die Patienten sich „im Grunde (ihres) Selbst“ festigen (*Petzold* 2003a, 632). Wenn dieses *Grundvertrauen* – auch im Sinne des Vertrauens

in die Zuverlässigkeit des körperlichen, materiellen Organismus (z.B. die bewusste Wahrnehmung der Kontinuität von Herzschlag und Atmung sowie die Stütze des Bodens) - frei gelegt wird und *Selbstgefühl* – in dieser Art des Vorgehens über Wahrnehmung leiblicher Empfindungen und Regungen – entsteht, können *Selbstvertrauen* und *Selbstwertgefühl* durch *Zwischenleiblichkeit*, die den verbalen Austausch impliziert, aufgebaut und gefestigt werden. Gefühle von Wertlosigkeit und Selbstzweifel werden auf diese Weise vermindert und das *Selbstbewusstsein* kann geschärft werden (Petzold et al. 1993). Auf diese Weise ist es aufgrund der *Neuroplastizität des Gehirns* möglich, eine „Selbst-verständlichkeit“ des Daseins auch im fortgeschrittenen Lebensalter zu gewinnen. Wenn es schließlich gelingt, in einer neu gebahnten Stimmung „selbst-verständlich“ da zu sein, sich selbst mehr zu vertrauen und sich wert zu schätzen, ist eine bessere Grundlage dafür gegeben, Herausforderungen zu wagen und zu bewältigen (Petzold et al. 1993, 378 f). Damit wären Voraussetzungen für die Entwicklung von Selbstsicherheit geschaffen, die wiederum als ein Aspekt von Assertivität im Sinne „Durchsetzungskraft, Selbstbehauptung, Standhaftigkeit“ (Hömann-Kost, Siegele 2008, S.8) gilt (ibid.).

Die emotionale Umstimmung erfolgt im Sinne *komplexen Lernens*, in der der Mensch als Ganzes angesprochen wird. Die grundlegende Voraussetzung dafür ist der Willen zur Veränderung (*Volition*), der im Fall der psychisch kranken Straftäter oftmals erst geweckt werden muss. Neue neuronale Erregungsmuster werden über Lernen auf mehreren Leib - Ebenen gekoppelt (Sieper 2001):

- Gesten und Mudras werden als neue *motorische Bewegungen* gelernt.
- *Emotionen* finden Raum, werden benannt, differenziert und umgestimmt.
- Die *Wahrnehmung* des eigenleiblichen Spürens und der Emotionen wird geschärft, die Selbst- und Fremdwahrnehmung werden gefördert.
- Die *Kognition* wird durch das Erkennen und Erfassen von Zusammenhängen sowie durch mentales Training angesprochen.
- *Kommunikation* und *Interaktion* mit den anderen Patienten und der Therapeutin erfolgt in Kontexten des motorischen und emotionalen Lernens sowie in den Reflexionen.
- Der *Wille* zum Lernen, Üben und Durchhalten ist gefragt.

5.1 Voraussetzungen für die bewegungstherapeutische Arbeit: Einführende Informationen als Grundlage für die Entwicklung von Motivation und Volition

Damit psychisch kranke Straftäter eine intrinsische Motivation, den Willen (*Volition*) als ein wirkliches inneres Bedürfnis zu einer persönlichen Veränderung über bewegungstherapeutische Arbeit entwickeln, ist informative Aufklärungsarbeit zwingend notwendig. Selbst wenn es den Patienten irgendwann einmal bewusst werden mag, dass der Weg in die Freiheit als das sehr stark emotional besetzte Ziel nur über den Weg einer persönlichen Veränderung möglich ist, so ist es zusätzlich erforderlich, diesen lohnenswerten Weg der Veränderung zu *persönlicher Souveränität* transparent zu machen, um die Angst vor der Ungewissheit durch die Veränderung zu reduzieren.

Wie ist ein Mensch zu dem geworden, der er ist? Die Aspekte vom „Leib in der Lebenszeit“, vom „*Informierten Leib*“ - *embedded and embodied* – können einerseits als individuelle Themen im psychotherapeutischen Prozess prägnant und dann entsprechend besprochen werden, zum anderen können kurze, in einfache Sprache verfasste Kurzreferate und Schaubilder zu den Themen der menschlichen Entwicklung und Sozialisation, zum Lernen, zur Funktion des Gehirns und zum Zusammenhang der Wechselwirkung von Körper und Psyche den Boden für ein theoretisches Verständnis der Möglichkeiten einer emotionalen Umstimmung über Bewegungsübungen und das Procedere des Übens bereiten. Idealerweise sollte diese thematisch eingegrenzte Information multiprofessionell durch die Professionen Psychotherapie und Bewegungstherapie gemeinsam in einer Gruppe mit Patienten erfolgen, damit „Bewegungstherapie“ - wie leider meistens nicht nur von Patienten - nicht als „Sport“ und „Turnen“ gewertet und abgetan wird, sondern als ernsthafte Möglichkeit des Lernens, der Persönlichkeitsentwicklung verstanden und angenommen werden kann.

5.2 Anforderungen an die bewegungstherapeutische Arbeit

Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionalen Behandlung kann in der Psychiatrie sowohl im dyadischen wie auch im Gruppensetting stattfinden. Neben ausreichend großer Räumlichkeiten und entsprechender materialer Ausstattung ist die therapeutische Beziehung ein wesentlicher Wirkfaktor für einen gelingenden Veränderungsprozess des Patienten /Klienten. Dabei gilt das dyadische Setting entweder als Vorbereitung für die Teilnahme an oder als ergänzende Intensivierung einer Gruppentherapie.

5.2.1 Die therapeutische Beziehung

Intersubjektive Ko-respondenz als Grundlage für Kommunikation und Interaktion, Akzeptanz, Wertschätzung und Respekt der Person des Täters durch die Therapeutin sind die Grundlage für eine gute therapeutische Beziehung (*Wirkfaktor*), denn nur eine vertrauensvolle Beziehung ermöglicht eine korrigierende Beziehungserfahrung. (*Umschreiben eines Skriptes, Verflüssigung eines Narrativs*). Für die primär funktionalen Aspekte der bewegungs- und leibtherapeutischen Arbeit mit Gesten und Mudras ist ein überwiegend zugewandter, *stützender* und *direktiver therapeutischer Stil* sinnvoll.

Eine wesentliche Aufgabe der Therapeutin ist es, in den Therapiestunden einen Rahmen für *Konvivialität* schaffen, in dem die Patienten in einem Beziehungsraum miteinander verbunden und in dem Vertrautheit und Schutz der Integrität gegeben sind, so dass ein zwischenmenschlicher Umgang ermöglicht wird, in dem Würde, Takt, Aufrichtigkeit, Herzlichkeit, Trost und Verantwortung Raum bekommen (*Jakob-Krieger 2009*). Insbesondere im Integrierten Maßregelvollzug in der Psychiatrie gilt es, diesen Raum als Möglichkeit, Neues, Andersartiges entstehen zu lassen, zu schaffen! Die Gewährleistung einer solchen entspannten und angstfreien Atmosphäre ist eine zwingend notwendige Voraussetzung für Lernen und kreative Prozesse (*Hüther 2010*).

Über leibtherapeutische Interventionen des *non-toaching approach* wie freundliche, wohlwollende, verständnisvolle, ermunternde, liebevolle Blicke, über eine Anteil nehmende Stimme, über Gestik, Körperhaltung, Raumkonstellation und Sprache können dem Patienten Sicherheit, Empathie, Verständnis, Unterstützung sowie Anregungen und ein Modell gegeben werden. Manchmal kann es für jemanden eine neue Erfahrung sein, überhaupt angeschaut zu werden. So bietet nach *Petzold et al. (1994a, 458)* „von akzeptierenden Augen angeschaut zu werden“ eine korrektive emotionale Erfahrung.

5.2.2 Die therapeutische Gruppe

Lernen in einer Gruppe ist bei Gruppenfähigkeit der Patienten immer vorzuziehen, da es in der Gruppe die Möglichkeit zu Kommunikation nach mehreren Seiten, zu ausgewählter Öffentlichkeit für Probehandeln und zu *Synchronisierungen* in Bewegungen, Stimmungen,

Kognitionen (ibid.) gibt. Folgende Voraussetzungen für die therapeutische Arbeit in einer Gruppe müssen gegeben sein:

- Klare Regeln als Rahmen bieten Sicherheit für das Verhalten der Gruppenmitglieder in der Gruppe.
- Dazu zählen feste Zeiten mit pünktlichem Beginn und Ende,
- der Erwerb, das Einüben und Einhalten der Regeln der Kommunikation,
- die regelmäßige Teilnahme,
- Entschuldigungen bei Fehlen,
- Respektieren persönlicher Grenzen, Ehrlichkeit.
- Wichtig ist es, dass sich innerhalb der Gruppe keine Banden bilden, sondern dass der Einzelne in seiner Individualität gesehen und angesprochen wird, seinen Raum erhält und sich erfährt.
- Praktizierte Wertschätzung soll das Klima, die Atmosphäre der Gruppe als Ganzes prägen und als zentrale Qualität für die Beziehungen der Patienten untereinander sowie die Beziehung der Patienten zur Therapeutin gelten.
- Dabei ist das konsequent wertschätzende Verhalten der Therapeutin der Ausgangspunkt des Prozesses der Gestaltung des Mikrokosmos „therapeutische Gruppe“. Diesbezügliche Initiative und Verantwortung für die Gewährleistung dieser Qualität sind gefragt und erforderlich, damit die Chance für neue emotionale, korrigierende Erfahrungen und die angestrebte emotionale Umstimmung gegeben ist.
- Wertschätzender Umgang der Patienten untereinander gilt als Regel und Ziel und muss konsequent eingeübt werden.
- Dabei ist sehr wichtig, gewaltfreie sprachliche Kommunikation zu erarbeiten.
- Immer wieder ist dann die *Metareflexion* der erlebten Wertschätzung wesentlich, damit sie bewusst gespürt und interiorisiert werden kann - denn nur dann, wenn ich selbst wiederholt Wertschätzung erfahre, kann ich das auch gegenüber anderen anwenden (*das Intermentale interiorisieren*) – als körperliche Erfahrung und kognitives Wissen!
- Zur gegenseitigen Wertschätzung gehört es auch, dass das, was in der Gruppe erlebt und gesprochen wird, nicht als „Reden über Andere“ außerhalb der Gruppe missbraucht wird, sondern innerhalb der Gruppe bleibt, dass niemand sich über einen anderen lustig macht oder über ihn herzieht. Auf diese Weise kann Vertrauen und Solidarität erfahren werden und es wird es möglich, das Prinzip der *intersubjektiven Ko-respondenz* einzuüben.

- Gruppenrituale geben Sicherheit. So kann die Stunde z.B. mit einer Geste als Gruß und Ausdruck gegenseitiger Achtung - hier wirken wiederum die Spiegelneuronen - beginnen und enden und so kann ein Sitzkreis mit festen Plätzen ein Gefühl von Verbundenheit entstehen lassen.

5.3 Inhalte der bewegungstherapeutischen Arbeit

Inhaltlich sollen schließlich über das Erlernen, Einüben und regelmäßige Praktizieren von Gesten und Mudras als *bottom-up-techniken* mit *movement-produced information* (s. 2.1.3) Emotionen von Scham, Ohnmacht, Minderwertigkeit, Kontrollverlust etc. (Volmer-Brinkmann, Kridner-Salahshour 2008) in die Richtung einer Entwicklung von Selbstakzeptanz, einer Steigerung des Selbstwertgefühls und der Erfahrung von Selbstwirksamkeit umgestimmt werden.

Selbstannahme/Selbstakzeptanz setzt voraus, zunächst einmal sich selbst als Basis des Tuns wahr zu nehmen und zu dem Wahrgenommenen, zu sich selbst „Ja“ zu sagen und damit einverstanden zu sein, wie man (geworden) ist, also sich in seinem So-Sein zu akzeptieren. Sich selbst zu verstehen ist dann die Grundlage dafür, zu einem eigenen „Stand - punkt“ – zunächst einmal im wahrsten Sinne des Wortes – zu kommen. Danach ist möglich, zu anderen Menschen mit anderen Standpunkten in die Welt zu gehen und sich selbst erklären. Sich selbst ernst nehmen, sich selbst wert schätzen und dann von anderen gesehen und wert geschätzt zu werden macht den Selbstwert als flexible Größe, abhängig vom jeweiligen Kontext aus. Der Selbstwert konstituiert sich – wie auch die Identität - durch Selbsteinschätzung und die Fremdeinschätzung sowie Fremdzuschreibungen und ist von daher von einer sozialen Gruppe abhängig und je nach Kontext schwankend (Petzold 2003a). So soll eine positive *Selbstattribution* als Identifikation, eine positive *emotionale Selbstbewertung* als *valuation* im limbischen System und eine positive kognitive Einschätzung als *appraisal* im präfrontalen Cortex (ibid.) in Verbindung mit positiven Fremdattributionen durch die Gruppe und die Therapeutin als Identifizierungen über Selbsterfahrungen zu einer Identität führen, die durch Selbstwert gekennzeichnet ist. Diese Selbsterfahrungen werden in einem bewegungstherapeutischen Prozess ermöglicht, der durch die *hermeneutische Spirale* des Wahrnehmens, Empfindens, Verstehens und Erklärens (s. 2.1.4 u. 5.4.2) geprägt ist.

5.3.1 Gesten

Das Wort Geste leitet sich aus dem lateinischen *gerere* d.h. tragen, ausführen (PPP: *gestum*) ab. Gesten gelten als zeichenhafte Bewegungen bestimmter Körperteile, insbesondere der Hände, Arme und des Kopfes. Sie sind kulturell und gesellschaftlich geprägt, dienen der nonverbalen Kommunikation und werden als Symbole, Zeigegesten und ikonische Gesten genutzt (<http://de.wikipedia.org/wiki/Geste>).

In dieser Arbeit beschreibe ich einige ausgewählte Übungen aus dem Yi Jin Jing und dem Qi Gong als „große Gesten“, in denen aus der Grundhaltung des stabilen Parallelstandes und des Reiterstandes überwiegend unterschiedliche Bewegungen der Arme und Hände in die unterschiedlichen Raumrichtungen innerhalb des persönlichen Raumes vollzogen werden. Yi Jin Jing als eine stets im Zusammenhang mit Qi-Gong-Praktiken weiter entwickelte Übungsfolge, deren Ursprung im 6. Jahrhundert in China liegt, kann körperlich, emotional, energetisch, geistig und allgemein wirken. Insbesondere die Aspekte der Harmonisierung des inneren Gleichgewichtes, die Entwicklung eines guten Körpergefühls, die Steigerung von Vitalität, Wohlbefinden und Lebensfreude und der natürlichen Entwicklung einer inneren Disziplin erscheinen mir für die bewegungs- und leibtherapeutische Arbeit mit den konfliktscheuen psychisch kranken Tätern interessant, denn bei *Sibler* (2007, 189) heißt es „Selbst-Bewusst-Sein, Erfahrung geistig-körperlicher Autonomie: durch die Übungen selbst in der Lage sein, seine Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern“. Auch dadurch werden Aspekte der eigenen Wirkmächtigkeit angesprochen.

5.3.2 Mudras

Mudra kommt aus dem Sanskrit und bedeutet ursprünglich „Siegel“. Als Mudra wird eine symbolische Geste der Hand als Bewegung oder Stellung bezeichnet, die sowohl im Alltag, in der hinduistischen und buddhistischen religiösen Praxis, im Yoga und im indischen Tanz angewendet werden. Im Sanskrit heißt *Mud* zum einen Freude, zum anderen Geste, um den Göttern zu gefallen. Die Bedeutung von *Ra* ist „das was gibt“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Mudra>).

Wenn Mudras als Finger- Augen- und Körperhaltung häufig und voller Überzeugung durchgeführt, d.h. geübt werden, kann das zu den Bewusstseinszuständen führen (*bottom-up-approach* durch *MIC, neurologische Bahnung*), die durch die Mudras bildhaft und symbolisch dargestellt werden (*Hirschi 2003a*). So erscheint es mir nur sinnvoll, „das, was Freude gibt“, als Fingerbewegung mit kulturunabhängiger Wirkung auf die grobstoffliche, körperliche sowie auf die vielen bislang noch unerforschten und dennoch durch Erfahrung gestützten feinstofflichen Ebenen (*ibid.*) zur emotionalen Umstimmung zu nutzen. Bei ausreichend gefestigten neuen neuronalen Verschaltungen liegt den Überlegungen zur emotionalen Umstimmung die Idee zugrunde, diese Mudras schließlich auch als „Medizin für die Hosentasche“ im Sinne von Mikrobewegungen einzusetzen.

6. Methodische Aspekte der übungszentriert-funktionalen Arbeit in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie

Für die angestrebte emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras, die erlernt und dann auch geübt werden müssen, ist die übungszentriert-funktionale Modalität als eine der drei Modalitäten (1. übungszentriert-funktional, 2. erlebniszentriert-agogisch, 3. konfliktzentriert-aufdeckend) der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie (*Petzold 1990*) das Mittel der Wahl. Psychisch kranke Straftäter sind aufgrund ihrer Lebensgeschichte meist wenig differenziert, oft sogar anästhesiert in der Wahrnehmung ihres Leibes und sehr ungeübt und unbewusst in ihrer Haltung und ihrem Bewegungsverhalten, so dass grundlegende Bewegungsmuster zunächst vorgegeben und dann dezidiert erarbeitet und eingeübt werden müssen. Die Einübung einer Haltung und das Einüben neuer Verhaltensweisen gehören ebenfalls zur übungszentriert-funktionalen Modalität wie das jeweilige Wahrnehmen und Besprechen eigenleiblicher Empfindungen und Regungen, Reflexionen und Integrationsarbeit.

Übergänge zu erlebniszentrierter und konfliktzentrierter-aufdeckender Arbeit können in der spürenden Bewegungsarbeit jederzeit spontan auftreten, auch wenn sie nicht intendiert sind. In diesen Fällen gilt es für die Therapeutin, mit dem Patienten gemeinsam zu entscheiden (*intersubjektive Ko-responzenz*) ob es möglich ist, zur übungszentrierten Arbeit zurückzukehren, dem individuellen Erleben im Gruppenkontext den dafür notwendigen Raum zu geben oder später an anderer Stelle- z.B. im dyadischen Setting mit der

Bewegungstherapeutin oder mit dem Psychologen - das intensive individuelle Erleben aufzugreifen und ggf. zu vertiefen.

Im Rahmen der funktional-übungsorientierten Arbeit sollen verbesserte Haltungen und flüssige Bewegungsabläufe erlernt werden. Die damit einhergehende Arbeit mit dem Atem führt zu einer Regulierung von Spannung und Entspannung. Da neben dem Üben und Trainieren stets auch die Wahrnehmung des Bewegungsvollzugs und des Empfindens angeregt und geübt wird, können die Übenden sich zunehmend ihrer selbst bewusst werden und es lernen, sich selbst zu beobachten und dadurch eine *exzentrische Position* zu entwickeln. Dabei werden auch andere Leibebenen (*perzeptiver Leib, memorativer Leib*) angesprochen und beeinflusst.

Motorisches Lernen über Imitationslernen/Lernen am Modell ist für die Zielgruppe der psychisch kranken Straftäter insofern sinnvoll, als dass die emotionale Entwicklung entwicklungspsychologisch vom DU zum ICH geschieht (*Petzold, Sieper 2003*) denn der Säugling sieht sich selbst durch den anderen wobei der Anreiz vom Du kommt. Entsprechend gibt die Bewegungstherapeutin als Modell Bewegungen vor, die dann von den Patienten imitiert werden. Zusätzlich bietet eine vorgegebene Übung insbesondere für Menschen mit wenig differenzierten Bewegungserfahrungen zunächst einmal Sicherheit.

Neues Verhalten auf der Grundlage der erworbenen Kompetenzen wird schließlich im Sinne der Neuorientierung ebenfalls funktional erlernt und eingeübt (*Performanzen*).

6.1 Bewegungslernen, Üben und Erleben in einer Gruppe

Prinzipien der Lernprozesse im Budo (als Kampfkunst) können durchaus auf Bewegungssequenzen wie Gesten aus dem Qi Gong und I Jin Yin sowie Mudras übertragen werden. Beim Imitieren von Bewegungen in allen Feinheiten und bei der Antizipation von Bewegungsabläufen wird die Aktivität der Spiegelneuronen und die Möglichkeiten, die darin liegen, optimal genutzt (*Petzold et al. 2004*). Wiederholtes Vormachen in näheren und weiter entfernten Distanzräumen durch unterschiedliche räumliche Übungskonstellationen führt zur Aktivierung und Nutzung unterschiedlicher Wahrnehmungsmodi als Input für das motorische Lernen.

So geht ein Patient mit dem aktiven Wahrnehmungsmodus (*consciousness-centred*) (ibid.) bewusst mit den Augen zur Bewegung der Bewegungstherapeutin und schaut ganz genau hin, wie sie unterschiedliche Bewegungen vollzieht. Beim rezeptiven Wahrnehmungsmodus (*awareness-centred*) (ibid.) fällt ihm etwas ins Auge, kommt auf ihn zu, wenn er mit anderen gemeinsam im Raum steht und gleiche Bewegungen von mehreren Menschen gleichzeitig ausgeführt werden. Wenn er schließlich selbst bewegt und aus den Augenwinkeln beobachtend in die Mitbewegung geht (*co-consciousness-centred*) (ibid.), kann er seine noch unsicherere Bewegung unmittelbar anpassen bzw. korrigieren.

In Bezug auf die Zielgruppe der psychisch kranken Straftäter werden leibliche /zwischenleibliche *Synchronisierungen* als Vertiefungsaufgaben auf folgenden Ebenen spezialisiert und systematisch genutzt: Die Übungen werden von allen Gruppenmitgliedern gleichzeitig ausgeführt, wodurch die Handlungsabläufe auf der *neuromotorische* Ebene synchronisiert werden und von daher Bewegungserfahrungen in der sozialen Gruppe von diesen Prozessen profitieren. Durch „coemoting“ entsteht auf der *emotionalen* Ebene eine gemeinsame Stimmung: Aufmerksamkeit, Konzentration, Ruhe, eine entspannte Atmosphäre und Wertschätzung. Wesentlich dabei ist, dass der Impuls von der Leiterin/Therapeutin ausgeht, so dass sich die Gruppenmitglieder entsprechend umstimmen oder fein abstimmen müssen! Hier liegt die Chance und die Verantwortung, manchmal auch die Mühe und Anstrengung der Therapeutin, die Situation durch diese sanften und leisen Gefühle emotional zu gestalten. Im Rahmen der vorangegangenen Information und Aufklärung werden gemeinsame Denkprozesse angeregt (*kognitive* Ebene), so dass eine Übereinstimmung im Denken im Sinne von: „Wir sitzen alle im gleichen Boot des Maßregelvollzugs“ als Solidargemeinschaft entstehen kann. Auf der *volitiven* Ebene sollte durch Information und Aufklärung schließlich intrinsische Motivation entwickelt worden sein, so dass die Patienten als Gruppe das Therapieziel der emotionalen Umstimmung erreichen wollen. Damit wäre dann der Wille zum Lernen und Üben gegeben. All diese Ebenen sind in komplexen Prozessen miteinander verbunden. (Petzold 2003a)

Der Vorteil einer Gruppe liegt schließlich darin, dass sich die Kommunizierenden durch eine „Kommunikation nach vielen Seiten“ synchronisieren (Rotondo, Boker 2002).

Da eine Geste Resonanz benötigt, kann sie innerhalb der Gruppe wechselseitig ausgeübt werden, so dass es etwas gibt, was anderen auch gezeigt werden kann. Hier kann neues Verhalten ausprobiert und eingeübt werden!

6.2 Kompetenzen und Performanzen

Bei der emotionalen Umstimmung über Gesten und Mudras geht es in einem ersten Schritt darum, im semantischen Gedächtnis zu speichernde Kompetenzen „als die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Wissensbestände, die zum Erkennen, Formulieren und Erreichen von Zielen erforderlich werden (*Fähigkeiten, Wissen, Probleme, Aufgaben, Ziele*) (zu erwerben) und dann *Performanz* als die Gesamtheit aller Fertigkeiten und Praxen, die zur Umsetzung/Realisierung der Ziele (*Ziele, Können, Fertigkeit, Ergebnis*) mit gutem Erfolg notwendig sind“ (Petzold in Sieper, Petzold 2002, 7)) in einem folgenden Schritt einzuüben. Das bedeutet konkret, zunächst einmal die emotionale Umstimmung über das Erlernen von Gesten zu erleben und zu erlernen und dann anhand kleiner Gesten als Mudras in Verbindung mit Übung und zunächst mentalem Training, in der Gruppe Konfliktsituationen anzugehen und zu meistern bevor eine reale Situation bewältigt werden soll.

Laut Gibson besteht eine „Komplementariät von Lebewesen und Umwelt“ (1979, 124) in der Art, dass die Umwelt *affordances* und *constraints* bereitstellt, in die das Lebewesen eingebettet ist und in der es sich verhält. Petzold sieht vor diesem Kontext „Performanz als ... `umweltangemessene` Handlungssequenz im Rahmen komplexer `Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsmuster` (Petzold 1994a; Petzold et al. 1994, 513-529 in Sieper, Petzold 2002, 7), die im Prozess Information nutzt, verarbeitet und produziert (*performance produced information*)“ (Petzold 2002b) und diese Experimente im prozeduralen Gedächtnis speichert.

So haben Aufforderungen und Beschränkungen durch die gegebenen Sozialisationsbedingungen dazu geführt, dass die Täter Kompetenzen und Performanzen im Sinne von z.B. negativen emotionalen Stilen der Ohnmacht oder Versagensängste entwickelt und erworben haben. Neues Lernen und Verhalten (*Kompetenzen und Performanzen*) wird erst dann möglich, wenn mikroökologische Gegebenheiten beeinflusst und verändert werden (Sieper, Petzold *ibid.*). Der Mikrokosmos der therapeutischen Situation soll nun neue *affordances* durch wertschätzende *Intersubjektivität* und Bewegungserfahrungen durch Gesten bereitstellen, in denen durch Wahrnehmungs- und Handlungslernen „Gefühls-, Volitions-, Kognitions- und Interaktionsdimensionen“ berücksichtigt werden. Durch dieses *komplexe Lernen* können Ereignisse *vitaler Evidenz* (s. 2.1.2) entstehen, die neuronale Veränderungen schaffen.

Erlernen und Üben bezieht sich schließlich in einem weiteren Schritt darauf, aus einem gesteigerten Selbstwertgefühl heraus die eigene Meinung zunächst durch „mentales Training“ und danach im Stationsalltag sukzessiv den eigenen Standpunkt zu vertreten. Hier wiederum festigt jedes diesbezüglich erfolgreiche Verhalten das neu gebahnte neuronale Netz, so dass perspektivisch „aus einem mit zunächst mühsam mit der Machete frei geschlagenen Trampelpfad im Dschungel des Gehirns auf die Dauer eine gut befestigte Straße“ (Hüther 1997, 63f) werden kann.

6.3 Veränderungen durch Lernen und Üben

Lernen als Veränderung kortikaler Landkarten geschieht nach Petzold demnach immer dadurch, dass sich der Mensch aufgrund der Neuroplastizität des Gehirns über die Lebensspanne hinweg mit seiner Umwelt auseinandersetzt – und zwar in den Sequenzen „Wahrnehmen/Differenzieren/Konnektivieren <-> Verarbeiten/Interpretieren/Integrieren <-> Performanz/Handeln/Üben <-> Wahrnehmen/Differenzieren/Konnektivieren“ (Petzold 2003a, 1080). „Lernerfahrungen sind mit Mobilisierungen, teilweise Labilisierungen von Mustern verbunden, in denen sich diese Muster/Schemata/Strukturen verflüssigen, in Perturbationen geraten und so durch die Fluktualisierungen die Chance für Übergänge entsteht, in denen sie sich neu formieren oder ganz neue Muster entstehen. Erschrecken, Irritationen, Verwundern, Erstaunen sind Ausdruck solcher Perturbationen...“ (Petzold 1999r, 1) als Aktivierung der emotionalen Zentren im limbischen System. Entsprechend soll in der Bewegungsarbeit über ungewohnte und neue Bewegungen als Haltungen, Gesten und Mudras Gewohntes gelockert und neue neuronale Verknüpfungen angeregt werden. Durch Üben in Frequenzen von 10 -20 Einheiten von jeweils 45 - 60 Minuten kann schließlich eine Bahnung von Verhalten als Voraussetzung für das Bedürfnis, das Erfahrenen in Zukunft häufiger anzustreben, geschaffen werden.

Was für das Üben als wesentliches Lernziel des Budo gilt, ist ebenfalls für das Einüben von Gesten und Mudras wichtig (Petzold et al. 2004): Die Integration von Gewöhnung als Steuerung des limbischen Systems aus leiblicher Zentrität, in diesem Fall als das Erlernen eines Bewegungsablaufes, und präfrontaler Distanznahmen in Exzentrität im Sinne eines störungsarmen Prozesses als Wissen um die Wirkweisen und daraus resultierenden Möglichkeiten, die bewusst und gezielt einzusetzen und zu nutzen. Die Gleichzeitigkeit

beider Systeme bedeutet „Einheit von Körper und Geist“ – wobei diese Terminologie als unterschiedliche Leibdimensionen im monistischen Sinne zu verstehen ist.

Die heilende Kraft der Übung als Meditation in der Bewegung liegt darin, dass es möglich ist, das eigene Zentrum nicht nur als *Hara* (Dürckheim 1987) oder *Dantien* (Aikodo, Qi Gong) zu finden. Für die Zielgruppe der psychisch kranken Straftäter liegen die Prioritäten in den bereits beschriebenen emotionalen Gestimmtheiten - über den Weg der körperlichen und geistigen Haltung, über Entspannung als Weg aus einer Stressphysiologie heraus, in der Zuführung von Energie für den Körper über Atmung und Bewegung sowie in der Ruhe für den Geist, in dem die Konzentration auf das gegenwärtige Tun gerichtet ist (Petzold et al. 2004). Entspannte „Achtsamkeit“ ist auch eine gute Voraussetzung für neuronale Neubahnungen (Hüther 2010).

Praktisches Üben von Gesten bringt, wie für das Bodo ausführlich beschrieben, zusätzlich ein Erleben von Lebendigkeit und Kraft im Körper als „Strömen von Energie“ (Petzold et al. 2004) durch propriozeptive und interiozeptive Wahrnehmungsphänomene mit sich. So verursacht ein erhöhter kappilarer Blutstrom das Gefühl des Strömens und ein erhöhter Muskeltonus das Gefühl von Kraft. Spannkraft und Vitalitätsempfinden entstehen durch einen Gewebetumor. Ein emotionales Hochgefühl wird u.a. durch Neuropeptide, Enzyme und entsprechende Genregulationen sowie die Aktivierung von Neuromodulationen und Neurotransmittern durch die anregende Wirkung von Dopamin, Glutamat, Endorphinen, und Cortisol ausgelöst. Dadurch kann eine Sensibilisierung des „*eigenleiblichen Spürens*“ als Selbstwahrnehmung angeregt werden. Dies ist dann auch eine Grundlage für eine verbesserte psychophysiologische Selbstregulation (ibid.).

7. Die Anwendung der hermeneutischen Spirale (s. 2.1.4) in der bewegungs- und leibtherapeutischen Arbeit mit Gesten

Beim Erlernen und Einüben der Gesten in der übungszentrierten Modalität soll in der bewegungs- und leibtherapeutischen Arbeit das Prinzip der hermeneutischen Spirale zum Tragen kommen, um ggf. von Bewegungs- und Wahrnehmungsphänomenen ausgehend die Strukturen des jeweiligen Verhaltens verstehen und erklären zu können. Wie das in der bewegungstherapeutischen Praxis im Einzelnen aussehen kann, wird im Folgenden zu den Aspekten der Wahrnehmung, des Erfassens, des Verstehens und Erklärens beschrieben. Die

Elemente der hermeneutischen Spirale können sowohl für Teilaspekte wie auch für eine komplette Übung gelten.

7.1 Wahrnehmen

In einem ersten Schritt soll es in der Bewegungsarbeit zur emotionalen Umstimmung über Gesten und Mudras um die Wahrnehmung im Bewegungsvollzug gehen. Dazu habe ich als vorbereitende Übungen zur Arbeit mit Gesten folgende Übungen aus dem Yi Jin Jing und dem Qi Gong ausgewählt. (Sibler 2007):

- Einüben des Parallelstandes
- Atemübungen
- Meditation im Stehen
- „Die Gelenke lockern“
- Sanfte Streich- und Dehnübungen
- „Den Körper abklopfen“

Diese Übungen finden sich in Variationen auch in unterschiedlichen Budodisziplinen sowie körperorientierten Richtungen. Speziell aus dem Yi Jin Jing kommen hingegen die Übungen, die ich als Gesten ausgewählt habe:

- „Das Qi nähren“
- „Den Riegel schieben“
- „Den Zeigefinder strecken“
- „Drei Pfähle im Grund – in die Ferne schauen“
- „Der lachende Buddha reibt sich den Bauch“
- „Abrunden/Vervollständigen“

Die Begründung für den Einstieg in die Bewegungsarbeit anhand dieser „großen“ Gesten liegt darin, dass eine erste Hinführung zum eigenleiblichen Spüren als wesentlicher Aspekt zur Wahrnehmung des Leibes bei großen Bewegungen deutlich einfacher ist als bei den Fingerhaltungen der Mudras. Aufgrund der *Anästhesierungen des Leibes* (s. 4.4) ist es für die Patientengruppe der Täter meist sehr mühsam zu lernen, den Blick auf eigenleibliches Spüren zu richten und sich überhaupt in Bewegung wahr zu nehmen, da sich das *Leibsubjekt*, insbesondere der *perzeptive Leib*, nicht ungestört entwickeln konnte. Weiterhin zielen die Übungen alle auf einen stabilen Stand als Grundlage für einen eigenen „Standpunkt“, auf eine

Zentrierung und Beruhigung ab. Zusätzlich wird über einige dieser Bewegungen der obere und mittlere vordere und seitliche persönliche Raum eingenommen.

7.1.1 Möglichkeiten der Wahrnehmung im Erlernen und Vollzug von Gesten

Im Folgenden werde ich zunächst die einzelnen Übungen der vorbereitenden „großen“ Gesten, die erlernt werden sollen, und die darin liegenden Wahrnehmungsmöglichkeiten beschreiben. Die Wirkweisen des Qi lasse ich dabei außer Acht, da der Fokus auf die Wahrnehmung individueller, eigenleiblicher Phänomene gerichtet werden soll und die östliche Philosophie für die meisten Patienten zunächst einmal sehr fremd und somit schwer zu erfassen und anzunehmen ist. Dennoch ist es reizvoll, genau auch die energetischen Wirkungen dieser Übungen als intensive Reize zur Unterstützung des Wahrnehmungslernens zu nutzen.

Bereits die *Einübung des aufrechten Parallelstandes* als essentielle Grundlage für eine emotionale Umstimmung muss über einen langen Zeitraum hinweg dezidiert, geduldig und feinspürig erarbeitet werden:

- *Die Füße stehen schulterbreit auseinander, das Körpergewicht verteilt sich zu je einem Drittel auf die Grundgelenke von Großzehe und kleinem Zeh sowie den Fersenballen bei entspannten Zehen, die gebeugten Knie zeigen maximal bis zu den Fußspitzen, das Becken ist so weit nach unten und vorn gekippt, dass der untere Rücken entspannt ist, Gesäß und Bauch jedoch locker sind, die Wirbelsäule kann sich dadurch aufrichten, so dass der Oberkörper, vom Bauch getragen, aufrecht über dem Becken ruht, die Arme hängen locker aus den etwas geöffneten Schulterblättern, der Kopf wird wie von einem „goldenen Faden“ am höchsten Punkt des Scheitel gen Himmel gezogen – der Körper ist wie zwischen Himmel und Erde aufgespannt, die Verlängerung der Füße kann in die Richtung des Erdmittelpunkt und die Verlängerung durch den Scheitel in die Richtung der universalen Unendlichkeit gedacht und visualisiert werden ... -*

Eine sehr gute und differenzierte Beschreibung des aufrechten Standes findet sich bei *Cantieni* (2010, 116 ff).

Im Sinne der „Sensory Awareness“ von *Brooks* (1979) gilt es hier zunächst einmal wahrzunehmen, wo das Gewicht des Körpers auf dem Fuß lastet – ist es mehr vorn, mehr hinten, mehr auf dem linken oder auf dem rechten Fuß? Durch die Verstärkung der Tendenz des Druckes auf die unterschiedlichen Bereiche des Fußes wird der Reiz stärker und die Körperwahrnehmung erleichtert, erst dann kann das Gewicht des Körpers bewusst und

gleichmäßig auf die entsprechenden Punkte verteilt werden. In der Regel führt diese Korrektur der Belastung bereits zu einem ganz neuen Gefühl für den Stand und wird anfangs meist als „falsch“ und verunsichernd erlebt.

Wenn die Tendenz dieser spontanen Belastungen deutlich verstärkt wird, verliert der Übende das Gleichgewicht und es entstehen Bewegungen in die unterschiedlichen Raumrichtungen, was spielerisch exploriert und besprochen werden kann: nach vorn (– ich gehe/bewege mich auf etwas zu, ich nähere mich an), nach hinten (– ich gehe rückwärts, ich weiche zurück-) oder zu den Seiten (– ich weiche aus, nehme Abstand).

Über sanftes Wippen der Knie in unterschiedlichem Ausmaß kann wiederum über die bewusste Wahrnehmung zum Stehen mit leicht gebeugten Knien hingeführt werden. Viele Menschen sind es gewohnt, beim Stehen die Knie durchzudrücken und fühlen sich von daher zunächst sehr unsicher, wenn sie dabei die Knie leicht beugen. Das Erklären und auch das Ausprobieren dessen, dass bei leicht gebeugten Knien eine viel größere Flexibilität für Schritte in unterschiedliche Richtungen gegeben ist, führt meist nach einiger Zeit des Experimentierens zur Einsicht in die Vorzüge dieser Art zu stehen, bedarf jedoch auch einiger Zeit des Übens .

Die Beweglichkeit des Beckens zu entdecken ist vielen Männern zu Beginn meist peinlich und viele versuchen, das mit albernen oder sexualisierenden Bemerkungen zu überspielen. Hier hilft es, auf die Anatomie der Hüftgelenke und der unteren Wirbelsäule zu verweisen und die dadurch gegebenen Bewegungsmöglichkeiten des Beckens nach vorn und hinten sowie zur Seite erforschen zu lassen. Manchmal hilft es auch, ein Bild anzubieten – z.B. das Becken bewegt sich wie eine Kinderschaukel, mal langsam, mal schnell, mal weit mal ganz seicht und pendelt sich in einer mittlere Position ein - . Aus der Basis des Parallelstands heraus wird durch die meist ungewohnte Beckenbewegung die Mitte des Körpers ins Bewusstsein gehoben.

Die Aufrichtung von Oberkörper und Kopf über die Aufrichtung der Wirbelsäule bringt nun zwar meist die gesamte Haltung ins angestrebte physikalische Lot, den übenden Menschen jedoch subjektiv „aus dem Lot“: „Jetzt stehe ich schief!“ „Ich falle gleich nach hinten!“, „Jetzt kippe ich nach vorn!“ „Das kann doch nicht richtig sein!“ sind gängige Kommentare zu diesem Haltungsaufbau (*Labilisierung des Gleichgewichts*).

Anatomische Tafeln zum Skelett können anschaulich Wissen vermitteln. Abbildungen einer optimalen Haltung und Modellvorgaben der Therapeutin geben visuelle Informationen,

Haltungskorrekturen durch die Therapeutin stimulieren die Propriozeptoren, gegenseitige Korrekturen anhand von Partnerarbeit schärfen die Beobachtung und zielen auf ein Miteinander ab. Durch Wiederholungen wird das Ungewohnte schließlich immer vertrauter, wird ein neues neuronales Muster gebahnt.

Die Wahrnehmung *der Atmung* geschieht in einem ersten Schritt durch absichtloses Beobachten des unwillkürlichen Einatmens durch die Nase und Ausatmens durch den Mund im Sinne einer positiven Zuwendung zu sich selbst (*Sibler 2007*), später dann durch Beobachten der Atembewegungen. An welchen Stellen „atmet“ es? Auch hier sind Informationen zur Brust-, Bauch und Flankenatmung sinnvoll, kann beschrieben werden, wie Stress Atmung beeinträchtigt und dass Entspannung zu ruhigerer und gleichmäßigerer Atmung führt. Die eigene Mitte „in die eigenen Hände nehmen“, indem eine Hand unterhalb des Bauchnabels mittig den Bauch locker „anfasset“ und die andere Hand entsprechend am unteren Rücken auf die gleiche Höhe gelegt wird, ist eine schöne Übung, um die leibliche Selbstwahrnehmung anzuregen. Die Wärme der Hände bringt diese Leibregion ins Bewusstsein und der Raum zwischen meinen beiden Händen - bin ich! Verändert sich dieser Raum durch meine Atembewegung? Wenn nicht, kann ich so atmen, dass sich dieser Raum vergrößert? Auf diese Weise kann die Vollatmung im Stand angeregt werden. *Middendorf (1991)* gibt viele Übungsbeispiele für das Atmen. Für eine Einstiegsarbeit mit dem Atem ist es ausreichend, die Wahrnehmung der Atembewegungen auf den Rumpf zu beschränken, fortgeschrittene Arbeit zielt auf die Wahrnehmung weiterer Raumrichtungen ab (*Sibler 2007*). Die Wahrnehmung und Konzentration auf den Bereich des Unterbauches hilft, sich auf die Körpermitte, im Budo, Tai Chi, Qi Gong *Dantien* genannt, zu „zentrieren“. Die Aufmerksamkeit wird vom Außen weg auf sich selbst gerichtet, die Fokussierung auf den Atem lässt keinen Raum für Gedanken, Vergangenheit und Zukunft sondern führt ins „Jetzt“ – bereits auch, wenn es für einen ganz kleinen Moment gelingt! Meditation als Weg in die Mitte durch reine Beobachtung kann auch in dieser Position des zentrierten Stehens angeregt werden. Gemeinsam in Ruhe für anfangs einige Atemzüge einfach „da sein“ kann für alle Übenden zu einer tiefgreifende Erfahrung werden.

Die *Gelenke* können aus dem Parallelstand heraus isoliert bewegt und dadurch *geloockert* werden: die Fußgelenke durch Kreisen bei jeweils einbeinigem Stehen, die Kniegelenke, indem die Hände locker auf die Knie und in beide Richtungen gekreist werden, kreisende

Beckenbewegungen, Schulterkreisen, den Kopf in einem Halbkreis von links nach rechts aus einem verlängerten Nacken heraus bewegen, Handgelenke, Unterarme und Oberarme in beide Richtungen kreisen. Auf diese Weise werden die einzelnen Körperteile und die Bewegungsmöglichkeiten durch die unterschiedlichen Gelenke bewusst. Auch hier kann die Funktion von Kugel- und Scharniergelenken theoretisch erklärt und im Anschluss praktisch erprobt werden! Während zu Beginn die Bewegungsmöglichkeiten vorgegeben werden, kann später Raum für individuelles Experimentieren gegeben werden.

Sanftes Abstreichen des Körpers, am besten angeleitet – von oben nach unten -, als Selbstberührung intensiviert die Selbstwahrnehmung der Körperoberfläche, macht die Körpergrenze bewusst, kann sowohl anregend wie auch entspannend wirken. Von manchen Patienten mag dies als unangenehm empfunden werden.

Während leichter Dehnübungen werden durch Zug die entsprechenden Muskeln spürbar und im Nachspüren der Dehnungen können die entsprechenden Körperteile oder – bereiche als größer, wärmer, weicher, leichter, durchlässiger oder präsenter wahrgenommen werden. Auf der physiologischen Ebene soll dadurch eine Spannungsregulierung angeregt werden, die ggf. ua. mit einer verstärkten Durchblutung der jeweiligen Körperregionen einhergeht.

Den Körper abklopfen, im Vorfeld die Hände wie beim Waschen kräftig reiben, um die Durchblutung zu fördern und die Handmuskeln, Sehnen und Faszien zu massieren, intensiviert die Körperwahrnehmung, wirkt wie eine belebende Massage und lockert die Faszien zwischen Haut und Muskeln, sowohl zwischen den verschiedenen Muskeln als auch zwischen Muskeln und Knochen (idem). Insbesondere das Abklopfen des Rückens kann zu zweit oder zu dritt durchgeführt werden und wird in der Regel als sehr angenehm empfunden. Unbedingt mit dem Partner abzusprechen ist die Intensität des Klopfens und das Auslassen der Bereiche, die nicht „beklopft“ werden sollen, zusätzlich zu den knöchernen Teilen des Rückens.

Bei allen diesen „vorbereitenden“ und den folgenden Übungen können unterschiedlichste Dinge wahrgenommen werden: der organische Körper in seinen Teilen, seinen Bewegungsmöglichkeiten und -grenzen, Leibregionen in unterschiedlichsten Befindlichkeiten, Vorlieben und Abneigungen für Körperteile und Bewegungen, Arten der Selbstberührung, Partner, Berührungen durch Partner – , die Bereitschaft, sich auf die

Übungen einzulassen oder auch nicht, die Konzentrationsfähigkeit und -bereitschaft, die Gesamtbefindlichkeit, die Gedanken, Fantasien, Ängste, Wünsche, die Bewertungen des eigenen und des Verhaltens der anderen ... einfach zunächst einmal als Wahrnehmung, ohne das Wahrgenommene zu bewerten! Als ein wesentliches Moment gilt dabei auch die Entwicklung der Perspektive des inneren Beobachters als Grundlage für die Entwicklung von *Exzentrizität*.

Die bislang beschriebenen Übungen haben selbstverständlich einen unverzichtbaren eigenen Wert, sind darüber hinaus jedoch auch eine sinnvolle körperliche und geistige Vorbereitung für die nun folgenden Übungen, die zunächst entsprechend ihrer allgemein intendierten Wirkungen beschrieben werden. Die jeweiligen Wege und Wirkungen des Qi lasse ich dabei aus, da durch diese Bewegungen als „große Gesten“ nicht das Yi Jin Jing eingeübt werden soll, sondern die Zielrichtung der bewegungs- und leibtherapeutischen Arbeit auf der subjektiven Wahrnehmung und dem subjektiven Empfinden und Erleben im Übungsvollzug liegt. Zu jeder Übung habe ich meine spontanen Assoziationen zu bewegungstherapeutischen Gesichtspunkten notiert.

„Das Qi nähren“:

- *entspanntes, verwurzeltes Stehen,*
- *die Augen leicht geöffnet lassen oder schließen;*
- *durch die Nase atmen, dabei die Zunge an den Gaumen hinter die oberen Schneidezähne legen;*
- *die Hände übereinander (Männer die rechte über die linke, Frauen die linke über die rechte Hand) auf den Bauch, ein wenig unterhalb des Nabels;*
- *während einiger Atemzüge die feine Atembewegung des Bauches unter den Händen wahrnehmen, die allmählich langsamer, tiefer und gleichmäßiger wird;*
- *die Hände danach langsam vom Bauch lösen; den Blick langsam und ungerichtet nach außen lenken (Sibler 2007, 61)*

Diese Übung stammt aus der buddhistischen Tradition. Der Focus auf das ruhige Stehen fördert das Bewusstsein für die Stabilität und das Tragende des Bodens/der Erde und die ungeteilte Aufmerksamkeit, so dass sich die Atmung dadurch vertiefen kann. Auf diese Weise wirkt diese Übung allgemein beruhigend und ausgleichend.

Bewegungstherapeutische Aspekte: „Der Boden/die Erde trägt mich“; „Ich kann mich selbst und jederzeit beruhigen.“ „Ich habe eine Mitte.“ „Ich fühle mich stabil.“

„Den Riegel schieben“:

- *Reiterstand, d.h. ausgehend vom Parallelstand werden einmal die Zehen und dann die Fersen nach außen gedreht, bis die Füße wieder parallel stehen;*
- *die Arme werden waagrecht ausgebreitet, die Hände dabei so abgebogen, dass die Handflächen nach außen zeigen und die gespreizten Finger nach oben zeigen;*
- *während der Kopf nach links gedreht wird, werden zwei Drittel des Gewichtes auf den linken Fuß verlagert und dabei in der Vorstellung etwas mit der linken Handfläche nach links geschoben („den Riegel nach links schieben“);*
- *dabei ist der linke Arm gestreckt, während sich der rechte ein wenig lockert;*
- *im Anschluss daran zwei Drittel des Gewichtes auf den anderen Fuß nach rechts schieben, den Kopf nach rechts drehen und mit der rechten Hand „den Riegel schieben“;*
- *auch hier verändert sich Spannung in den Armen;*
- *die Übung einige Male wiederholen (Sibler 2007, 88)*

Durch die Armhaltung werden die Sehnen in den Fingern und Handgelenken gedehnt und es kann zu einem Kribbeln und/oder Wärmegefühl in den Händen kommen; die Aufmerksamkeit wird auf Oberbauch, Brust, Arme und Hände gelenkt.

Bewegungstherapeutische Aspekte: „Ich breite mich aus, nehme mir Raum“; „Ich kann mit meinen eigenen Händen aus einem sicherem Stand heraus etwas beiseite schieben“; die Hände als Mittel zum „Handeln“ werden bewusst; der Kraftaspekt aus dem sicheren „Standpunkt“ heraus kann wahrgenommen werden...

„Den Zeigefinger strecken“:

- *aus dem Parallelstand mit dem linken Fuß auf der Ferse um 45 Grad nach links drehen, wobei das Gewicht im leicht gebeugten rechten Bein ist und Hüfte und Oberkörper sich mit drehen;*
- *die rechte Hand wird mit nach unten zeigendem Handrücken locker seitlich an die Taille geführt;*
- *bei entspannten Schultern wird die linke Hand vom Brustbein aus so weit nach vorn geführt, dass der Arm fast gestreckt ist;*
- *dabei zeigt der linke Zeigefinger senkrecht nach oben während die restlichen Finger eingerollt sind und der Daumen leicht über ihnen liegt;*
- *der Blick wandert weit in die Ferne über die Fingerspitze hinweg; einige Atemzüge;*
- *danach Wechsel der Position zur anderen Seite (ibid. 136)*

Die Gedanken sollen aus dieser Ruhestellung heraus auf den Zeigefinger gerichtet werden, dadurch zielt diese Übung auf Beruhigung, Entspannung und Zentrierung ab.

Bewegungstherapeutische Aspekte:

Aus dem sicheren Stand in der Basis kann ich mich flexibel nach links und rechts zur Seite wenden. „Ich erhebe den Zeigefinger und zeige mich, setze ein Zeichen.“ „Jetzt hör mir einmal zu!“ – aus einer tiefen Ruhe und Zentrierung heraus.

„Drei Pfähle im Grund – in die Ferne schauen“:

- im Reiterstand das Gewicht bei gebeugten Knien gleichmäßig auf beide Füße verteilen – als ob man auf einem „Pfahl“ sitzt;
- die gestreckten Arme zeigen schräg nach unten; die angewinkelten Hände mit nach außen gedrehten Fingerspitzen stoßen mit den Handflächen nach unten „Pfähle in den Grund“;
- einfinden in diesen Stand über einige Atemzüge bei nach innen gerichtetem Blick oder geschlossenen Augen;
- die Hände dann an den Seiten des Brustkorbes entlang bis zu den Achselhöhlen hochziehen, dabei zeigen die Fingerspitzen bei gebogenen Handgelenken nach innen;
- danach die Hände so eindrehen, dass die Fingerspitzen erst zum Brustkorb und dann nach vorn zeigen während sich die Handflächen dabei nach oben drehen;
- nun die Hände nach vorn stoßen und dabei die Handflächen nach außen drehen, so dass die Handrücken zueinander zeigen und die Arme waagrecht nach vorn ausgestreckt sind;
- wie beim Brustschwimmen Hände und Arme seitlich auseinander schieben, dann im Ellenbogen abbiegen, die Hände anwinkeln und wieder unter die Achselhöhlen führen, auch diesen Teil der Übung einige Male wiederholen;
- zum Abschluss die Hände nach vorn gerichteten Innenflächen gerade nach vorne stoßen, bis die Arme bei entspannten Ellenbogen und Schultern fast gesteckt sind, die Hände so halten, dass durch die abgespreizten Daumen und Zeigefinger ein „Fenster“ mit drei Ecken entsteht;
- über dessen Spitze hinweg in die Ferne schauen;
- in dieser Position Rückbesinnung auf die Mitte und einige Atemzüge lang ruhig und fließend atmen;
- die Übung dadurch beenden, dass die Hände langsam wieder herangezogen, die Handinnenflächen nach unten gedreht und langsam vor Brustkorb und Bauch gesenkt werden (Sibler 2007, 132)

Ausgehend von der tiefen Ruhestellung gibt es eine Bewegung von außen nach innen, die erfrischen und den Verstand klären soll. Es findet eine Stärkung der Muskulatur und Sehnen, Lockerung der Gelenke und Massage der Faszien im Bereich der Hände, Arme und Schultern statt.

Bewegungstherapeutische Aspekte:

Aus dem sicheren Stand heraus erlebe ich meine nach unten gerichtete „Kraft“. Durch die „Schwimmbewegung“ nehme ich mir Raum. Es können Assoziationen zu „vorwärts“ oder zu „durch etwas hindurch“ oder „etwas nach hinten schieben“ entstehen. Beim „Fenster“: „Ich stehe stabil, nehme mir viel Raum und schaue in die Welt“. Die abgeklappte Hand: „Ich grenze mich ab!“ „Stop!“

„Den Verstand klären“ bringt mit sich, klar schauen/blicken zu können.

„Der lachende Buddha reibt sich den Bauch“:

- *sich aus dem Parallelstand mit gestreckten Armen und verschränkten Händen so dehnen, dass die Handflächen nach oben zeigen;*
- *einige Male ruhig atmen und dann die Hände auf den Bauchnabel legen;*
- *von hier aus sanft streichend in immer größer werdenden Kreisen den gesamten Brust- und Bauchraum massieren;*
- *in umgekehrter Richtung wieder kleinere Kreise ziehen bis die Hände wieder auf dem Nabel liegen;*
- *noch einmal eine Zeit lang ruhig atmen. (Sibler 2007, 156)*

Auch diese Übung soll beruhigen und zentrieren und zusätzlich werden die inneren Organe, sowie Brust und Bauch massiert.

Bewegungstherapeutische Aspekte:

Bereits der Name lässt an Fröhliches und Gemütliches denken. Die Dehnung nach oben öffnet die empfindsame und verletzbare Vorderseite. Der obere Bewegungsraum wird genutzt. Sich selbst die empfindliche Mitte sanft zu massieren und sich damit etwas Gutes zu tun ist ein wichtiger Schritt zur Selbstfürsorge. (Babies werden oft von den Eltern am Bauch gestreichelt!)

„Abrunden/Vervollständigen“

- *im Parallelstand werden die gestreckten Arme vor dem Körper gekreuzt und über den Kopf gebracht;*
- *danach fallen die Arme seitlich herab, bis dass die Handflächen auf die Außenseite der Oberschenkel schlagen;*
- *nun die fast gestreckten Arme mit nach oben weisenden Handflächen nach von bis auf die Höhe der Schultern anheben während dabei gleichzeitig die Fersen leicht angehoben werden und die Beine gestreckt;*
- *danach die Hände zur Faust ballen und zur Brust ziehen;*
- *nun werden die Fäuste geöffnet, die Handflächen nach unten gedreht und die Hände langsam vor Brust und Bauch gesenkt;*
- *die Fersen kommen dabei langsam wieder zum Boden zurück und die Knie sind zum Abschluss wieder leicht gebeugt. (ibid., 56)*

Diese Übung bildet den Abschluss nach jeder der vorherigen Übungen, da sie öffnet, erdet und die beim Üben entstandenen Blockaden und Spannungen löst. Zudem kann sich der Atem auf natürliche Weise regulieren.

Bewegungstherapeutische Aspekte:

Die empfindliche, verletzbare Vorderseite wird geöffnet. Es erfolgt eine Dehnung in den oberen Raum, der die eigene Reichweite nach oben deutlich werden lässt. Auch die seitliche Ausdehnung in den eigenen Raum wird spürbar. Die Aspekte „Nehmen“/ „zu mir Nehmen“

und „Loslassen“ können im Schließen und Öffnen der Hände erfahrbar werden. Der Wechsel von Stand/Zehenstand/Stand wird als Wechsel von Sicherheit und Unsicherheit deutlich und dadurch erhält der sichere Stand noch einmal eine besondere Betonung und Bedeutung.

7.1.2 Methodische Überlegungen zur Arbeit mit Gesten unter dem Aspekt der Wahrnehmung

Als nächstes werden wesentliche Schritte zum methodischen Vorgehen in der Arbeit mit den Gesten beschrieben. Nach der Phase der Information und Aufklärung sollten die Patienten, die sich für die Teilnahme an der Gruppe entschieden haben in der ersten IBT- Stunde zum Thema „emotionale Umstimmung“ eine kurze und knappe Einführung in das Qi Gong erhalten, damit verständlich wird, dass diese ausgewählten Übungen bereits eine sehr lange Tradition haben und bei längerem Üben deutlich spürbare kulturunabhängige Wirkungen auf das körperliche, seelische und geistige Wohlbefindens haben (*Kognition*). Dabei werden die Namen der einzelnen Übungen nicht vorgestellt. Falls sich die Teilnehmer der Gruppe noch nicht kennen, erfolgt eine Vorstellungsrunde, bei der auch die jeweilige Motivation zur Teilnahme an dieser Gruppe benannt werden sollte (*Volition*). Die Gruppenregeln (s. 5.2.2) werden besprochen. Eine wohlwollende Begrüßungs- und Abschiedsgeste – z.B. ein freundliches Nicken, ein Heben der Hand, jedem die Hand geben oder eine kleine Verbeugung wie beim Aikido als Zeichen für gegenseitiges Wohlwollen und Respekt -, sollte direkt zu Beginn in der Gruppe erarbeitet, vereinbart und praktiziert werden.

Das Erlernen der Übungen erfolgt dann langsam in kleinen Schritten, indem die Bewegungstherapeutin die Übungen, durchaus in Teilschritten, immer wieder demonstriert und die Patienten die Übungen nach- bzw. simultan mitmachen (*Synchronisierungen*). Die Therapeutin korrigiert Einzelne wohlwollend verbal und/oder taktil (*Wertschätzung*). Wenn die Übungen erlernt sind, kann das wiederholende Üben zur Festigung in unterschiedlichen Konstellationen gestaltet werden:

So bieten sich z.B. Partner- und Kleingruppenkonstellationen an, in denen die Leitung abgewechselt wird. Oder ein Patient leitet die gesamte Gruppe entweder innerhalb einer Kreisformation oder aber frontal vor der Gruppe stehend an. Wechselnde Sozialformen in unterschiedlichen räumlichen Anordnungen erfordern unterschiedliche Wahrnehmungsmodi (s. 5.4.1.1). Eine Bewegung anzuleiten bedeutet, die Verantwortung für eine Situation zu übernehmen, sich zu zeigen und von den Anderen in diesem Moment angeschaut zu werden.

D. h. „Ich werde gesehen!“ „Jemand schaut mich an, schaut zu mir hin, schaut auf mich!“

Wenn jeder immer wieder einmal diese exponierten Positionen einnimmt, kann auch ein jeder erfahren, wie wichtig es ist, mit Bewegungsvollzugsunsicherheiten, -ungenauigkeiten und -fehlern sowohl des jeweiligen Anleiters als auch der Übenden nachsichtig und tolerant umzugehen, so dass es zunehmend möglich wird, sich anschauen zu lassen und selbst wohlwollend zu schauen sowie sicherer im Blickkontakt zu werden.

Hier ist auch die Möglichkeit für die Therapeutin, unterstützend, versichernd und liebevoll zum Patienten hinzuschauen und damit den Blick als leibtherapeutische Intervention zu nutzen, denn viele Patienten haben als Säuglinge keine ausreichenden, befriedigenden Identität stiftenden Blickdialoge (*Petzold 2003a*) mit ihren engsten Bezugspersonen erleben dürfen. Von daher bietet diese Situation für die Patienten, durch das Anleiten einer Übung als Modell im Mittelpunkt zu stehen, dann die Möglichkeit zu korrigieren Erfahrungen, wenn ein respektvoller und wertschätzender Umgang der Patienten miteinander strikt eingeübt und eingehalten wird. Wohlwollend und respektvoll angeschaut und behandelt zu werden, auch wenn man Fehler macht, entspricht nicht den Erwartungen der Patienten, die früher gehänselt und ausgelacht wurden, so dass diese neue Wahrnehmung und Erfahrung nicht zum erwarteten Verhalten passt und somit eine Destabilisierung erfolgt, die wiederum Voraussetzung für Lernen ist. In diesem Fall wird gelernt: „Ich bin auch dann etwas wert, wenn ich etwas falsch mache!“ Durchgängig wertschätzendes Miteinander (*intermental*) kann schließlich verinnerlicht werden (*intramental*, vgl. *Petzold 2001p, 2011b*).

Nach einzelnen Übungssequenzen, ggf. bei Bedarf (Einschätzen der emotionalen Befindlichkeit der TN durch die Therapeutin) werden Reflexionen im Kreis der Gruppe zum Erleben durchgeführt, in denen auch immer wieder die erfahrene Wertschätzung reflektiert werden sollte, damit sie bewusst wird.

Eine Stunde endet schließlich regelmäßig mit einer Abschlussreflexion, in der das, was für jeden Einzelnen in dieser Stunde jeweils wichtig war, und die momentane Befindlichkeit besprochen werden. Insbesondere zu Beginn der IBT - Arbeit sind inhaltliche Vorgaben zur Reflexion noch erforderlich und sinnvoll, da viele Patienten noch sehr undifferenziert in der Selbstwahrnehmung und entsprechend/ zusätzlich sehr undifferenziert im verbalen Ausdruck sind. Mit einem Abschiedsgruß geht die Gruppe dann auseinander.

7.2 Erfassen

Die *multisensorische* aktuelle Wahrnehmung erfolgt jeweils durch die „Brille der Vergangenheit“ (*Leibgedächtnis/neuronale Muster*) und wird einerseits zu früheren Erlebnissen in Bezug gesetzt, andererseits kann anhand aktueller Wahrnehmungen Neues auf der Grundlage der Gewissheit von „Altem“ erkannt werden (*Hüther 2010*).

„Es wird Aktuelles und Vorgängiges in einer einzigartigen Weise ‚gemischt‘, so dass das Perzeptive im Erfassen überstiegen wird“ (*Petzold 2003a, 170*). Wenn ein Patient z.B. in einer Bewegung zum ersten Mal die Qualität *weit* fühlt, setzt er diese Wahrnehmung mit der ihm vertrauten *Engung* in Bezug und würde das neue Empfinden zunächst u.U. als *Nicht-Engung* bezeichnen. So kann er das *Weite* deswegen als *weit* fühlen, weil er weiß, wie es sich *eng* anfühlt.

Neben dem motorischen Lernen und dem Üben der Gesten sollen die Patienten zum differenzierten eigenleiblichen Spüren im Bewegungsvollzug hingeführt werden. Das bedeutet, dass über die Wahrnehmung physiologischer Phänomene hinaus während und nach der Bewegung das Atmosphärische erfasst werden soll. Welche Stimmung erfasst mich im Tun oder danach? Wie fühle ich mich?

Zu Beginn heißt es oft: „Weiß ich nicht!“, „Was soll ich denn spüren, ich spür nichts!“ Oder es sind zunächst meist polare Befindlichkeiten wie „gut“ oder „schlecht“, „ruhig“ oder „unruhig“, „o.k.“ oder „irgendwie komisch/unangenehm“. Von manchen Patienten wird z.B. das sanfte Abstreichen des Körpers als unangenehm empfunden. Die Gründe dafür können unterschiedlich sein: Berührung verstärkt die Selbstwahrnehmung, sie kann den Wunsch nach berührt werden deutlich werden lassen oder kann Anästhesierungen „wecken“ und die eigene Körperlichkeit ins Bewusstsein bringen.

An diese Stelle bedarf es mit dieser Klientel meist einer mühsamen, über eine lange Zeit andauernden Schärfung und Differenzierung der Wahrnehmung von Stimmung, Atmosphäre, Gefühl (*emotionale Differenzierung*) und des verbalen Ausdrucks, denn diese Menschen sind nicht nur emotional und sozial sondern auch verbal verwaorlost, haben keine Sprache für das Wahrgenommene und Gespürte. Wenn, so wie *Rosenberg (2009)* nach *Mey* vorschlägt, dass ein reifer Mensch seine Gefühle vom Repertoire der Töne eines Hornbläusers auf das Ausmaß der Nuancen in den unterschiedlichen Passagen einer musikalischen Symphonie entwickeln soll, so kann man, salopp ausgedrückt, sagen, dass es in der Arbeit mit dieser Klientel darum geht, neben der emotionalen Differenzierung auch von einem sprachlichen

Kindergartenniveau ausgehend zunehmend zu differenzieren (*Nachsozialisation*). Rosenberg (2009) führt z.B. jeweils neunzig Adjektive für die Fälle an, wie wir uns entweder fühlen werden wenn sich unsere Bedürfnisse erfüllen bzw. nicht erfüllen. Teile dieser „Vokabelliste“ ließen sich z.B. auch theoretisch erarbeiten oder als „Gefühlsrad“ aus Tonpapier visualisieren. Einige dieser Wörter seien an dieser Stelle benannt: angenehm, ausgeglichen, befreit, belebt, berührt, beschwingt, bewegt, beruhigt, energisch, entlastet, entspannt, erfreut, erleichtert, friedlich, froh, gelassen, gespannt, gerührt, geschützt, gesammelt, glücklich, kraftvoll, lebendig, leicht, liebevoll, locker, mutig, ruhig, selbstsicher, selbstzufrieden, sicher, still, unbeschwert, wach, weit, zufrieden, zuversichtlich – ängstlich, ärgerlich, angespannt, voller angst, ärgerlich, aufgeregte, - bedrückt, betroffen, deprimiert, einsam, elend, enttäuscht, erschreckt, erschrocken, erstarrt, frustriert, gehemmt, geladen, hilflos, irritiert, mutlos, nervös, niedergeschlagen, traurig, scheu, schüchtern, schwer, unglücklich, unwohl, unzufrieden, verärgert, verletzt, verzweifelt, wütend, zornig (Rosenberg 2009, 63f). Solch eine Differenzierung benötigt ebenfalls eine lange Zeit und ist abhängig von den jeweiligen kognitiven Voraussetzungen und Gegebenheiten der einzelnen Patienten. An dieser Stelle ist es durchaus interessant, einmal anamnestiche Daten bezüglich der Schulkarriere mit dem Lernen im therapeutischen Prozess unter dem Aspekt der Theragnostik zu vergleichen. Als Therapeutin kann ich meine Sprache insofern als leibliche Intervention nutzen, als dass ich den /die Patienten mit Worten „berühre“ - mit wohlwollenden, wertschätzenden, unterstützenden, ermutigenden, mitfühlenden, tröstenden Worten, die ich aus meiner Resonanz auf die Stimmung und Befindlichkeit des/der Patienten entsprechend intoniere. Durch die emotionale Synchronisierung kann ich zusätzlich die Gefühle, die ich beim Patienten wahrnehme benennen, dadurch Sprache anbieten und somit sprachlich sozialisieren.

Bei der Gestimmtheit kann es sowohl um die persönliche aktuelle oder aber auch um die Stimmung gehen, die aufgrund unbewusster Dynamiken durch „Atmosphären und Szenen in der Vergangenheit“ (Petzold 1993, 139) entsteht. Diese Stimmungen können bei einzelnen Patienten Gefühle und Affekte auslösen. Darüber hinaus können auch Gruppenstimmungen entstehen, kann der Raum eine bestimmte Atmosphäre haben, kann „etwas in der Luft liegen“ - z.B. weil es auf der Station Konflikte gegeben hat oder es der erste wunderschöne Frühlingstag ist oder es beim Personal einen hohen Krankenstand gibt und die anwesenden Gesunden überlastet sind All das verursacht Stimmungen, schafft Atmosphären, die zunehmend bewusst wahrgenommen, erfasst, differenziert und benannt werden sollen.

Durch differenziertes Wahrnehmen und Erfassen können *Awareness* und *Consciousness* verbreitert und *Bewusst-heit* und *Bewusst-sein* über Differenzieren, Intensivieren, Konnektivieren als Verbinden, Vernetzen, Verweben und Durchdringen gesteigert werden, so dass Unbewusstes erschlossen werden kann (*Petzold 2003a*).

7.3 Verstehen

Die bislang beschriebenen Übungen lösen bei jedem einzelnen Patienten die unterschiedlichsten Wahrnehmungen, Empfindungen und Gestimmtheiten aus. Im Verstehen wird diese Fülle und Qualität des Erfassten versucht zu differenzieren und zuzuordnen. Um den Sinn zu erfassen, wird versucht durch kognitives Verstehen Prägnanz zu gewinnen - durch u.a. begriffliches Fassen in Worte, um die subjektive Bedeutung intersubjektiv kommunizierbar zu machen (*Petzold 2003a*).

Durch die Fokussierung der Wahrnehmung auf einzelne Aspekte können sich – wie an jeder anderen Stelle der Bewegungsarbeit – bei dem ein oder anderen Patienten die Archive des *Leibgedächtnisses* spontan öffnen, kann übungszentriertes Arbeiten sehr schnell in konfliktorientiertes Vorgehen übergehen. So können schwierige, alte Szenen auftauchen, ebenso Körpersensationen wie Zittern oder ein undefinierbares Gefühl von Angst, Panik etc. In diesen Fällen müsste an diesen Stellen dann entweder in der Gruppe oder ansonsten vertiefend im dyadischen Setting mit dem Bezugstherapeuten oder der Bewegungstherapeutin (je nach Behandlungsaufträgen, Abstimmungen des mutliprofessionellen Teams) zu diesen Erfahrungen gearbeitet werden. Das szenische Verstehen kann jedoch auch in die Richtung der aktuellen Erfahrung gehen: Hier und jetzt „bin ich groß“ „bin ich etwas wert“, „fühle ich mich würdig“ ..., denn in der Aufrichtung ist das Erleben von vielen Qualitäten in Sinne des „ich bin jetzt da!“ möglich!

In der Praxis wird dabei deutlich, dass dieses neue Erleben durchaus „positiver“ Erfahrungen auch verunsichert, weil durch die veränderte Haltung, neue, ungewohnte Gefühle entstehen (Prozess des *MIC* über *Bottom-up-Technik*) – somit ist bereits an dieser Stelle die Übung des aufrechten Standes – auch als gemeinsamer Prozess - über einen längeren Zeitraum erforderlich, damit eine neue Sicherheit ein „neuer/anderer Boden unter den Füßen“ entsteht, als Grundlage für die darauf aufbauenden, weiteren Bewegungen und Erfahrungen.

7.4 Erklären

Wenn Erfasstes und Verstandenes erklärt wird, bekommt es einen Sinn (ibid), der einem anderen Menschen über die Sprache vermittelt werden kann. Dieser individuelle Sinn erklärt sich aus dem individuellen Erfahrungshintergrund und Zusammenhang als „*narrative*“ Erklärung (Petzold 2003a, 175) ohne Anspruch auf immerwährender Gültigkeit. Wesentlich ist, dass Erfahrungen und Gedanken mit der Therapeutin oder zusätzlich mit der Gruppe geteilt werden, denn auf diese Weise bekommen sie, ebenso wie Einsichten, die gemeinsam gewonnen oder erarbeitet werden, eine gemeinsame Realität, die den Patienten oftmals hilft, Leid besser auszuhalten, zu tragen oder gar zu bewältigen (ibid.).

So können an dieser Stelle in der Gruppe frühere schlechte Erfahrungen, strukturelle und aktuelle Unsicherheiten und insbesondere gute Erfahrungen reflektiert und ggf.

metareflektiert werden. Gute frühere und auch aktuelle Erfahrungen zum Thema ermöglichen die Nutzung bzw. die Entwicklung von Ressourcen, die im Sinne der Salutogenese in der Art aufgegriffen und genutzt werden können, dass die Patienten ein Bewusstsein und Kenntnis darüber erlangen, was sie selbst zunehmend bewusst und zielgerichtet dafür tun können, dass sie sich wohl und zufrieden fühlen. Je nach Grad der intellektuellen Möglichkeiten, der vorhandenen Inrospektions- und Reflexionsfähigkeit der Patienten kann an dieser Stelle an der Entwicklung von Exzentrizität gearbeitet werden, indem die Patienten die eigene Geschichte, das eigene Erleben und die eigene Zukunft aus der Distanz betrachten lernen und *über* sich sprechen. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, ist es auch möglich, es bei der Bewegungsarbeit zu belassen.

Das therapeutische Vorgehen im Sinne der *hermeneutischen Spirale* ermöglicht konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern durch die Arbeit mit den großen Gesten und der Atmung in den beschriebenen wertschätzenden therapeutischen Klima grundlegende gute Erfahrungen von Erdung, Stabilität, Aufrichtung, Kraft, Präsenz und Ausdehnung. Dadurch werden der Selbstwert und die Selbstsicherheit erhöht. Die Patienten können erfahren, erproben und einüben, dass sie im Sinne der *Movement-produced-Information* durch die *Bottom-up-Technik* diese neuen Gefühle durch den Bewegungsvollzug immer wieder selbständig aktivieren können. Dazu erscheint es sinnvoll, dass die Patienten dann, wenn sie ihre eigenen umstimmenden Erfahrungen mit den Gesten gemacht haben, eigene Namen für die Gesten finden und in der Gruppe in der Art kommunizieren, dass sie die Geste mit

„ihrem“ Namen vorstellen und vorführen. Auf diese Weise bekommt die Geste eine individuelle emotionale Bedeutung.

8. Multiple Stimulierung im Prozess des Erlernens und Umgangs mit Mudras

Ausgewählte Mudras als „kleine“ Gesten sollen nun in einem nächsten Schritt als *Bottom-up-Techniks* zur emotionalen Umstimmung für den Alltag erarbeitet werden. Damit sie für die Patienten als „Trigger“ für die angestrebten Gefühle auch wirksam werden, sollen die Gefühle über „komplexes Lernen“ als multiple Stimulierung neuronal nachhaltig gebahnt werden. Dazu werden einzelne methodische Schritte aufgezeigt.

Aus der Vielzahl der Mudras, die *Hirschi* (2003 u.2003a) beschreibt und erklärt, habe ich folgende Mudras ausgewählt, die ich für die angestrebte emotionale Umstimmung als geeignet erachte:

„Wonne- Mudra“ – Mudra der inneren Stärke

- „Nehmen Sie beide Arme zur Seite (Schultern etwas nach hinten fallen lassen) und halten die die Hände zu schalen geformt in Brusthöhe. Die Finger liegen aneinander, die Daumen seitlich am Zeigefingergelenk.“ (idem 2003, 57)

Wirkung: Auffüllen der inneren Batterien; Rückenstärkung – auch im übertragenen Sinne

„Tempel-Mudra“ – Mudra für den inneren Kraftort

- „Legen Sie Mittel- Ring- und kleinen Finger beider Hände zusammen. Der Daumen liegt jeweils am Zeigefinger, der rechtwinklig gebeugt ist. Die Außenkanten der Hände und die Daumen liegen aneinander. Massieren Sie mit den beiden Daumen für etwa 30 Sekunden das Brustbein. Die Unterarme bilden dabei eine waagerechte Linie“. (ibid., 60)

Wirkung: Aktivierung des Immunsystems, Vertiefung der Atmung, Stärkung des inneren Gleichgewichtes, der Gelassenheit und Zuversicht

„Auftritts-Mudra“ – Mudra für Selbstsicherheit

- „Beugen Sie Mittelfinger, Ringfinger und kleinen Finger jeweils zur Handmitte hin. Die beiden Daumen- und Zeigefingerspitzen liegen aneinander. Halten Sie die Hände vor die Brust, die Zeigefinger weisen dabei nach außen und die Daumen zur Brust hin. So bilden

Ihre Hände einerseits eine Art Schild vor Ihrem Herzen, andererseits formen Ihre Zeigefinger eine Pfeilspitze, mit der Sie ins Schwarze treffen.“ (Hirschi 2003, 88)

Wirkung: stärkt die Adrenaliendrüsen,

Anregung: Selbstvertrauen als Grundlage für Selbstsicherheit; Herausforderungen als Teil unserer inneren Entwicklung; der Angst ins Auge sehen

„Ego-Mudra“ – Mudra für die Liebe zu sich selbst

- *„Machen Sie mit der linken Hand eine Faust. Dann strecken Sie den linken Zeigefinger nach oben, umschließen ihn mit den Fingern der rechten Hand ... (und) legen die rechte Daumenspitze auf seine Spitze und heben Sie Hände zum (Brustbein in der Höhe des Herzens).“ (ibid., 139)*

Wirkung: stärkt das Immunsystem

Anregung: für einen liebevollen Umgang mit sich selbst sorgen, sich selbst mit großem Respekt begegnen, sich achten und wohlwollend und verständnisvoll mit sich umgehen

„Inspirations-Mudra“ - Mudra der inneren Harmonie

- *„Verschränken sie die kleinen Finger und die Ringfinger beider Hände miteinander. Dann legen Sie die gestreckten Mittelfinger und Daumen aneinander, die beiden Zeigefinger liegen gebeugt auf dem jeweiligen Mittelfinger. Die Hände werden auf Brusthöhe gehalten ...“ (ibid., 147)*

Wirkung: stärkt die Zentriertheit und Harmonie im Inneren, gibt unserem Handeln Kraft

Anregung: Mut zur Polarität aus der Gewissheit heraus, wieder zur eigenen Mitte zurückfinden zu können

„Be-cool-Mudra“ – Mudra gegen die Angst

- *„Legen Sie die linke Hand auf den Magenbereich und halten Sie die rechte mit leicht gespreizten Fingern wie ein Schild auf Brusthöhe vor sich. Die Handfläche weist dabei nach vorn. Wenn Sie ermüden, legen die die rechte Hand auf die linke.“ (ibid., 183)*

Wirkung: Hilfe, um Ängste in den Griff zu bekommen und ggf. zu überwinden

Anregung: die Angst anschauen, sich dazu selbst behutsam an die Hand nehmen; sich selbst auf unterschiedliche Arten stärken, mentales Training mit positiven Bildern

„Trommel-Mudra“ – Mudra gegen Nervosität

- „*Legen Sie bei beiden Händen die Zeigefingerspitze innen an das obere Daumengelenk, so dass die Daumenkuppe auf dem Ziegfingernagel liegt. Die Hände ruhen dabei locker auf den Oberschenkeln, die Handflächen weisen nach unten.*“ (Hirschi 2003, 164)

Wirkung: überschüssige Energie kann abfließen, um bei Nervosität wieder zur Ruhe kommen zu können

„Anti-Panik-Mudra“ – Mudra für innere Stabilität

- „*Legen Sie bei beiden Händen den Daumen an das untere Glied des Mittelfingers. Die Hände ruhen locker auf den Oberschenkeln, die Handflächen sind nach oben gekehrt.*“ (ibid., 167)

Wirkung: stärkt das Immunsystem und baut Stress ab

„Selbstwert-Mudra“ – Mudra gegen Selbst-Sabotage

- „*Legen Sie die Kuppen der beiden Daumen, Zeigefinger und kleinen Finger aneinander. Mittel- und Ringfinger verschränken Sie leicht ineinander. Halten Sie die Hände vor die Brust.*“ (ibid., 169)

Wirkung: dauerhafte Stärkung des Selbstwertgefühls

Anregung: vor dem Universum sind wir alle vollkommen und gleichwertig

Voraussetzung dafür, sich ernsthaft auf die Arbeit mit den Mudras einzulassen, ist, dass die Patienten durch einführende Informationen über Herkunft und Wirkweise der Mudras die Bereitschaft und den Entschluss zur weiteren Arbeit entwickelt haben (*Volition*). Diese Mudras, die im Hinblick auf die angestrebte Steigerung von Selbstwert und Selbstsicherheit ausgewählt sind, werden in der Art präsentiert, dass auf je einem Plakat der Name, die Abbildung und eine kurze Beschreibung der Mudras visualisiert sind (*optische Wahrnehmung; kognitives Verstehen*). Diese Plakate sind entsprechend einer Kunstausstellung übersichtlich an den Wänden des Raumes angebracht und an jeder Station liegt für jeden Patienten ein fester weißer Bogen Zeichenpapier im DIN-A4 Format mit einer Zeichnung der jeweiligen Mudra bereit. Die Patienten haben zunächst einmal die Möglichkeit, die plakativen Darstellungen der Mudras individuell zu betrachten und die kurzen beschreibenden Texte zu lesen.

Um die Fingerhaltungen zu erlernen, finden sich dann alle Gruppenteilnehmer in einem Kreis zusammen, wobei gemeinsam entschieden wird, ob die Gruppe die Übungen im Sitzen, vorzugsweise auf dem Stuhl, oder im Stehen durchführen möchte (*soziale Interaktion; demokratisches Vorgehen; gesehen und gehört werden*). Vorbereitende Übungen zur Beweglichkeit, zur bewussten Wahrnehmung sowie Selbstmassage der Hände und Finger sensibilisieren für die bevorstehenden ungewohnten Bewegungen und Haltungen. Die Therapeutin demonstriert die gewählte Grundhaltung – Stehen oder Sitzen -, die jeweilige Hand- und Fingerhaltung (*optische Wahrnehmung*), beschreibt gleichzeitig die Fingerstellungen einer Mudra und erklärt kurz deren angestrebte Wirkung (*kognitiver Aspekte*). Im Anschluss daran probieren die Patienten diese Mudra gemeinsam aus, erlernen die Fingerhaltung, so dass auf diese Weise schließlich jeder einmal jede Mudra durchgeführt hat (*motorisches Lernen*).

In einem nächsten Schritt sollen die Patienten sich die Mudra auswählen, zu der sie sich in diesem Moment am meisten hingezogen fühlen. Um dies zu erspüren, ist es sinnvoll, gemeinsam einen Moment inne zu halten, sich auf die aktuelle Befindlichkeit zu besinnen, danach schweigend den Blick über die „Ausstellung“ schweifen zu lassen und sich dann von einer Mudra „anziehen“ zu lassen (*emotionaler Aspekt*). Die Patienten begeben sich nun mit ihrer „Karte“ zu ihrem Platz – entweder in die Kreisformation oder an einem bewusst gewählten „sicheren“ Ort und schreiben den Namen dieser Mudra in eigener Gestaltung mit Pastellkreiden oder Wachsmalstiften über die vorhandene Zeichnung (*optische Wahrnehmung, Graphomotorik*). Als eine Möglichkeit, für diese individuell ausgewählte Mudra einen *intermedialen Quergang* (mehrdimensionale Verankerung/ mehrdimensionaler Ausdruck, Arbeit über mehrere Sinneskanäle im Sinne komplexen Lernens) als Möglichkeit des *multiplen Ausdrucks* prägnanter innerer Erfahrungen (*Emotionen*) zu nutzen, sollen folgende methodische Schritte gelten.

Die Patienten lassen den Namen der Mudra einen Moment auf sich wirken. Während sie nun über einige Minuten „ihre“ Mudra *motorisch* halten, soll die Aufmerksamkeit auf die dabei entstehenden Empfindungen, Gefühle, aufsteigenden inneren Bilder als Imaginationen oder Gedanken gerichtet werden, die in Bezug auf die durch die Mudra angestrebte emotionale Qualität stehen – z.B. „Wie fühlt sich für mich *innere Stärke/ der innere Kraftort/ Selbstsicherheit* ect. an?“ „Welches Bild, welche Vorstellung, welcher Geruch, welcher Geschmack taucht u.U. dazu auf?“ Entsprechend dieses persönlichen inneren Bildes (*Imagination*) zum gewünschten, angestrebten Gefühl wird nun die eigene Karte mit den

Stiften *kreativ gestaltet*, so dass die Qualität des subjektiven Empfindens über Farben und Formen oder konkrete Darstellungen ausgedrückt und damit manifestiert wird (*von innen nach außen*). Als nächstes betrachten die Patienten ihre gestaltete Karte und lassen deren Ausdruck (über die *optische Wahrnehmung*) auf sich wirken, so dass dadurch ein neuer Eindruck (*Emotion*) entsteht, dem nun dieses Mal ein individueller nonverbaler *stimmlicher Ausdruck* über einen Ton, einen Summklang und/oder Laut(e) gegeben wird, der nun wiederum *akustisch* wahr genommen werden kann. Zum Abschluss dieser Phase der Selbsterfahrung soll das individuelle Ergebnis von jedem Patienten als *sprachlicher Ausdruck* des Erlebten in einem Satz als *positive Affirmation* (formuliert im Präsens das angestrebte Gefühl) auf die Rückseite der Karte geschrieben werden – z.B. „Frei von Angst kann ich X. sagen, dass er seine schmutzige Wäsche nicht in meiner Zimmerhälfte verstreut!“ (*Kognition*).

In der daran anschließenden Phase soll in Partner- und Gruppenarbeit (*soziale Erfahrungen*) die neuartige Selbsterfahrung (*neue neuronale Vernetzung*) kommuniziert werden und damit eine soziale Realität erhalten (*identitätsstiftend, neuronale Festigung*). Alternative, korrigierende soziale Erfahrungen sollen nachsozialisierend wirken und können zur Grundlage für neues emotionales Erleben und neues kommunikatives und handelndes Verhalten werden. Dazu wird unterschiedlichen Partnern die eigene Mudra mit der Karte, dem Namen und dem Klang/Ton und ggf. – je nach Vertrauen in die Gruppe und von daher freiwillig - der Affirmation präsentiert (*sich zeigen, wohlwollend und respektvoll angeschaut werden*). Anschließend wird die Mudra gemeinsam mit dem Partner durchgeführt, d.h. der Partner ahmt nach (*wert geschätzt werden, die eigene Realität wird respektiert, eine gemeinsame Realität entsteht*). Auch der Partner stellt seine Mudra in entsprechender Weise vor, so dass die Rollen wechseln (*selbst hinschauen, den anderen respektieren, wert schätzen*). In der gleichen Weise präsentiert jeder die eigene Mudra in der Gruppe und führt sie gemeinsam mit der Gruppe durch (Erfahrungen s.o.). Ggf. auftretenden Emotionen wird der entsprechende Raum gegeben. Feedbacks der Gruppenmitglieder untereinander werden angeregt, um die Selbst- und Fremdwahrnehmung und die emotionale und sprachliche Differenzierung zu fördern. Auf diese Weise bekommt das emotionale Erleben im komplexen Lernen im Zusammenhang mit den Mudras *vitale Evidenz*.

Um einen Transfer dieser im therapeutischen Setting erlebten Erfahrung in den Alltag zu ermöglichen, werden die persönlichen „Mudrabilder“ mit einem guten Farbkopierer auf ca EC-Kartengröße verkleinert oder fotografiert und am besten während einer Therapiestunde eigenständig laminiert (*etwas herstellen und handhaben*), so dass sie „für die Hosentasche“

haltbar gemacht werden und bei Bedarf immer wieder einmal angefasst (*haptische Wahrnehmung*) und angeschaut bzw. betrachtet werden können und damit auch als Trigger für das neu erfahrene Gefühl dienen.

Da Mudras über eine gewisse Zeit regelmäßig durchgeführt werden sollen, damit die angestrebten Gefühle zunehmend und verlässlich erfahrbar werden (*neuronale Festigung der neuen Vernetzung*), ist es zusätzlich erforderlich, die Patienten zum Willen zu regelmäßigem Üben anzuregen (*Volition*). Damit die Patienten eigene Ideen einbringen können und selbst Verantwortung für das Üben entwickeln lernen, erscheint es sinnvoll, mit der Gruppe gemeinsam die Kriterien für einen Übungsplan zum individuellen Üben der Mudras im Tagesverlauf zu entwickeln. Kriterien, die im Übungsplan auf jeden Fall enthalten sein sollten, sind die Übungshäufigkeit und Übungsdauer sowie Raum für die dabei auftretende subjektive Befindlichkeit. In welcher Art das Übungsprotokoll dann gestaltet wird und welche zusätzlichen Kriterien berücksichtigt werden, hängt von den Ideen und Bedürfnissen der Gruppe ab. Anhand dieses Planes sollen die Patienten die erarbeitete Mudra zunächst über eine Woche lang regelmäßig üben und den Verlauf protokollieren.

In der nächsten Stunde wird nach der Eingangsrunde jeweils mit einem Partner das Übungsprotokoll der Woche wie in einem Interview besprochen: „Was war schwierig beim Üben, was ist gelungen? Gibt es und wenn ja, welche Veränderungen im Gefühl und im Verhalten?“ (*Partner A: Interesse am anderen, hinhören lernen, Partner B: einüben sich mitzuteilen, emotionale und verbale Differenzierung*). Der Partner berichtet dann in der Gruppe darüber. Partner A zeigt dadurch *Respekt und Verantwortung dem Partner B gegenüber*, Partner B erfährt durch das Interesse der Gruppe *identitätsstiftende Solidarität* und durch A's verantwortungsbewussten Umgang mit seinen Aussagen kann er *Vertrauen* in A entwickeln. Das Gelungene im Übungsprozess wird positiv bewertet (*positive Verstärkung, Stabilisierung des Verhaltens*). Auf diese Weise werden insgesamt drei Mudras, bei Bedarf auch mehr, erarbeitet und sowohl in der Gruppe als auch individuell geübt.

Gemeinschaftliches Üben von jeweils einer Mudra nach Wahl pro Therapiestunde kann als Ritual in der Form stattfinden, dass nach der Eingangsrunde, dem Interview und ggf. der Durchführung einiger großer Gesten als Übungsset oder/und anderer entspannender Übungen an einem guten Platz über 5-10 Minuten die Mudra gehalten wird. Anschließend ist es gut, wenn Raum für den verbalen Ausdruck der dabei auftretenden Erfahrungen gegeben wird. Der persönliche Platz kann z.B. durch schöne Gegenstände (z.B. Naturgegenstände oder persönliche Dinge) gestaltet werden. Denkbar ist es auch, dass in der Ergotherapie ein

persönliches Sitzkissen gestaltet wird. Zusätzlich könnte jeweils ein Patient zu einem Gruppentermin aus dem Klinikpark etwas Pflanzliches für die Raummitte oder einen anderen exponierten Platz des Gruppenraumes mitbringen. Auf diese Weise können Blick und Sinne auf Leben, Natur, Ästhetik, Atmosphäre und Gestaltungsmöglichkeiten und damit auch hier auf Wirkmächtigkeit gelenkt werden.

9. Mentales Training

Im Zusammenhang all dieser Überlegungen zur emotionalen Umstimmung hinsichtlich der Entwicklung der Voraussetzungen für Assertivität ist es sinnvoll, durch mentales Training (s. 2.4) des gewünschten Verhaltens die *Bahnung und/oder die Stabilisierung neuer neuronaler Verschaltungen* anzuregen bzw. zu unterstützen. Der zentrale Gesichtspunkt dieses Prozesses ist zunächst einmal die Motivation und der Willen (*Volition*), das mentale Training als *top-down-approach* als einen zusätzlichen wichtigen Schritt für den Transfer der Bewegungsarbeit in die Realität des Stationsalltags zu nutzen. Als nächstes folgt die Entscheidung, das mentale Training zu beginnen und die entsprechenden Situationen im Geiste immer wieder durchzuspielen, um neuronale Verschaltungen und Vernetzungen zu bahnen und zu festigen.

Grundlagen für dieses Training sind zum einen das erarbeitete leibliche sichere Gefühl und zum anderen die individuellen Affirmationen als Gedanken bzw. Vorstellungen.

Ein Beispiel dafür wäre: Wenn ein Patient eine aufrechte, sichere Haltung oder eine passende Mudra zuverlässig erlernt hat, stellt er sich mental vor, aus der daraus resultierenden positiven psychischen Befindlichkeit und mit der entsprechenden geistigen Haltung seiner positiven Affirmation in eine schwierige Situation auf der Station zu gehen (*Kombination von bottom-up und top-down-approach*) – z.B. den großen und so leicht aufbrausenden Mitpatienten auf der Station, der mit ihm gemeinsam Küchendienst hat, darauf aufmerksam zu machen, dass auch dieser dafür mit verantwortlich ist, dass das schmutzige Geschirr nach dem Essen in die Spülmaschine eingeräumt und anschließend die Anrichten und das Spülbecken gesäubert werden und dieser Dienst für ihn nicht bereits nach dem gemeinsamen Tisch decken beendet ist.

Aus dem sicheren Gefühl heraus, das der Patient durch die erlernte aufrechte Haltung oder durch die eingeübte Mudra und zusätzlich durch die positive Affirmation erzeugen kann (*emotionale Umstimmung*) entscheidet er sich dazu (*Volition*), sich die schwierige Situation genau vorzustellen (*Kognition*) und spielt sie mental so durch, dass er sie durch sein gewünschtes Verhalten erfolgreich gemeistert (*Emotion*) und bewältigt hat. Auf diese Weise wird auch beim mentalen Training komplex gelernt, so dass Selbstwertgefühl, ein stärkeres Selbstbewusstsein und mehr Selbstsicherheit nach einiger Übung schnell selbst durch die „Mikrobewegungen“ der Mudras, die ebenfalls komplex gelernt wurden, abgerufen werden können (*neuronales Netz wird enerviert*). Diese Grundlage für das mentale Training und perspektivisch auch für das reale soziale Verhalten auf der Station oder außerhalb der Klinik ist auf diese Weise durch immer kleinere und unauffälligere Bewegungen, Gedanken oder multisensorische Erinnerungen an den Lernprozess als Trigger für die angestrebten Gefühle gegeben. So können die Gesten der Mudras und auch die kleinen Karten als die Essenz der Erlebnisse von *vitaler Evidenz* im wahrsten Sinne des Wortes durchaus als „Medizin für die Hosentasche“ bezeichnet und genutzt werden.

10. Transfer

Eine zusätzliche Stabilisierung dieser neuen Haltung und eines daraus resultierenden gelingenden Konfliktverhaltens wird erreicht, wenn das Pflegepersonal, die auf der Station anwesenden Therapeuten und andere Patienten entsprechende bestätigende Rückmeldungen in den Gesprächsrunden des Stationsalltags geben.

Darüber hinaus sollten Selbstbeobachtungen des Verhaltens bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, bei Einkäufen, Treffen mit Freunden oder der Familie, in den Stationsrunden, therapeutischen Gruppen- oder Einzelsitzungen geschildert werden, so dass auch in diesen Kontexten bestätigende Rückmeldungen stabilisierend wirken können.

11. Möglichkeiten und Grenzen meiner Arbeit als Bewegungstherapeutin

Als Bewegungstherapeutin in der Allgemeinpsychiatrie in der Behandlung von männlichen Maßregelvollzugspatienten bin ich ein Modell für Bewegungsübungen und Verhalten. Die

Bedeutung des Modells bezieht sich auf die motorische, die emotionale, die geistige, die soziale, die volitive Bewegung - entsprechend des komplexen Bewegungsbegriffs (*Höhmann-Kost* 2009) wobei ich sicherlich in allen Aspekten für die Patienten neue Realitäten im Mikrokosmos der Therapiestunde schaffe und darin die große Chance für neue Erfahrungen der Patienten liegt. Hier gilt es immer wieder, mir die Bedeutung und den Wert meines Verhaltens bewusst zu machen und darauf zu achten, dass ich jeweils offen für die Menschen und die Situation bin.

Als Leiterin einer solchen Patientengruppe bin ich immer auch als Frau in einer therapeutischen Beziehung zu Männern, die entweder ähnlich alt oder jünger bis deutlich jünger sind als ich und zu Beginn der Therapie meist über einen langen Zeitraum hinweg geschlossen untergebracht waren oder noch sind. Das bedeutet, dass es Übertragungen unterschiedlichster Art gibt - wie z.B. die der Mutter, Lehrerin, großen Schwester oder ich stehe als Frau für die unterschiedlichsten Frauenbilder der Patienten -, die ich wahrnehmen und ggf. thematisieren muss. Es gilt, meine Gegenübertragungen bewusst wahrzunehmen: Wer macht mich wann und warum ungeduldig, ärgerlich oder wütend? Wann entsteht Mitleid? Wem möchte ich wann und warum helfen? Wen möchte ich wann und warum bemuttern? Was finde ich an wem attraktiv? Was stößt mich ab? ...

Ich habe die Möglichkeit, dadurch dass ich als Frau in Nähe und Distanz klar reguliert, wohlwollend, einfühlsam, verständnisvoll, selbstbewusst, selbstfürsorglich, konfliktfähig zuverlässig und kontinuierlich in der Interaktion partiell offen anwesend bin, diesen Männern korrigierende Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung mit einer Frau anzubieten, so dass sie ihre oft einseitigen Bilder von Frauen ändern können. Wichtig für meine Psychohygiene und zu Wahrung der Professionalität ist dabei für mich der Austausch mit dem Behandlungsteam - spontan bei Bedarf, in Teamsitzungen und Supervision im Team und bei Bedarf einzeln, um den Überblick über den therapeutischen Prozess zu behalten.

Wesentliche Voraussetzung für meine Arbeit mit den Straftätern ist es, dass ich sie als Menschen achte auch wenn ich ihre Tat ächte. Hilfreich dafür ist mir ganz aktuell noch einmal *Drewermann* (2010, 21) in seinem Vortrag „Von der Unfreiheit des freien Willens“, in dem er u.a. darauf hinweist, wie wichtig es ist, dass wir Menschen uns verantwortlich um diejenigen kümmern müssen, die aus der Gruppe herausgefallen sind, um sie wieder in die Gemeinschaft zurückzuholen anstatt sie auszuschließen. Und wenn sie es nicht schaffen, gemeinschaftsfähig zu werden, so sollen sie zumindest die Wahl haben, sich „anzugrenzen“ (*Petzold* 2009h, 2010p).

Grenzen entstehen dann, wenn meine Angebote und ich als Person für den Patienten zum gegebenen Zeitpunkt nicht passend sind, wenn ich einen Patienten nicht mag und auch Supervision mir nicht ermöglicht, meine Haltung ihm gegenüber zu ändern oder wenn ich mich vom Delikt schrecken lasse. Als Frau liegt meine Begrenzung darin, dass ich nun einmal kein männliches Identifikationsmodell bin und keine Vaterqualitäten bieten kann. Wenn sich von daher Patienten mir gegenüber sehr ablehnend verhalten, gilt es herauszufinden, ob sie zum gegebenen Zeitpunkt überhaupt dazu fähig sind, eine therapeutische Beziehung zu einer Frau aufzunehmen oder ob die Ablösung von weiblichen Bezugspersonen ein derzeit grundlegendes Thema dieses Patienten ist. In diesen Fällen und auch grundsätzlich ist es gerade im klinischen Setting denkbar, dass männliche und weibliche Therapeuten und Therapeutinnen sehr eng kooperieren, so dass die genderspezifischen Aspekte insbesondere in Bezug auf den zweiten Weg der Heilung mit dem Fokus auf Nachsozialisation eingesetzt und genutzt werden können.

12. Zusammenfassung und Ausblick

Zum Abschluss erscheint es mir noch einmal ganz wesentlich zu betonen, dass es erst nach einer bewusst getroffenen Entscheidung der Patienten, sich wirklich verändern zu wollen, möglich ist, die Neuroplastizität des Gehirns als biologische Grundlage und die Bedeutung der sozialökologischen Bedingungen für die Entwicklung und Sozialisation des Menschen, die das Konzept „Leib – embodied and embedded“ des Integrativen Ansatzes ausmachen, zu nutzen, so dass es auch für die Zielgruppe konfliktscheuer psychisch kranker Straftäter im Integrierten Maßregelvollzug mit den Diagnosen F60 und F61 nach ICD-10, bei entsprechender Volition niemals zu spät ist, „sich selbst zum Projekt zu machen“ (*Zitat ... von wem?*).

So wurden unter der Voraussetzung einer entsprechend erarbeiteten volitiven Haltung vor dem theoretischen Hintergrund der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie für diese sicherlich sehr stark eingegrenzte Patientengruppe detaillierte methodische Überlegungen zu einer Möglichkeit der emotionalen Umstimmung von dominanten Gefühlen der Scham und Minderwertigkeit hin zur Entwicklung von Selbstakzeptanz und einer Steigerung des Selbstwertgefühls als Voraussetzung für Assertivität entwickelt. Es wurde beschrieben, wie in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie, die als ein Teil der multiprofessionellen

Behandlung des Integrierten Maßregelvollzugs in der Allgemeinpsychiatrie auch einen Beitrag zur Rückfallprophylaxe leisten soll, unter diesen Umständen anhand übungszentrierter bewegungstherapeutischer Arbeit mit Gesten und Mudras über komplexes Lernen in einer therapeutischen Gruppe eine entsprechende nachhaltige emotionale Umstimmung erreicht werden könnte. Idealerweise wäre diese emotionale Umstimmung dann neben all den anderen Lernerfahrungen im Rahmen der Maßregelvollzugsbehandlung ein weiterer Baustein für die perspektivisch angestrebte Selbstregulation der Patienten.

Das Erlernen und Einüben neuer Körperhaltungen als *Bottom-up-Technik*, die zu neuem psychischem Erleben und neuer Geisteshaltung und damit zu einer veränderten Haltung gegenüber sich selbst und der Umwelt führt, und das mentale Training als *Top-down-Technik*, durchaus auch mit Hilfe individuell erarbeiteter positiver Affirmationen, können sich wechselseitig bedingen und dabei sowohl einzeln als auch gezielt kombiniert für eine intendierte situationsbezogene, initiierende emotionale Umstimmung und durch langfristiges, gezieltes Üben zur stabilisierenden Bahnung der neuen neuronalen Vernetzung perspektivisch zur Entwicklung eines neuen *emotionalen Stils* genutzt werden.

Das Bewegungslernen als *Bottom-up Technik* zielt auf die nachfolgenden Prozesse ab: In einem ersten Schritt geht es nach erfolgter Motivationsarbeit zur Entwicklung von *Volition* um das Erlernen großer Gesten als ausgewählte Übungen aus dem *Y Jin Jing* (Sibler 2007), wobei gemäß der *hermeneutischen Spirale* die Schritte des *Wahrnehmens und Erfassens, des Verstehens und Erklärens* als Grundlage für den therapeutischen Prozess gelten. In einem zweiten Schritt sollen ausgewählte Mudras (Hirschi 2003) anhand multipler Stimulierung komplex gelernt werden. Ein *intermedialer Quergang*, in dem kleine, persönliche „Mudrakärtchen“ entwickelt werden, soll diesen Vorgang unterstützen. Übende Bewegungsarbeit und in einem dritten Schritt schließlich das *Mentale Training* als *Top-down Technik* schwieriger, zu bewältigender Konfliktsituationen im Stationsalltag sollen die neuen neuronalen Muster verlässlich bahnen und festigen, so dass schließlich ein Verhaltenstransfer in den Alltag in der Art erfolgen kann, dass die Patienten tatsächlich selbstbewusst eigene Meinungen und *Standpunkte vertreten* können, sich somit in Auseinandersetzungen wagen und Lösungen *aushandeln*. Dadurch erhielten sie die Möglichkeit, in Konfliktsituationen entscheiden zu können, ob sie ihren Standpunkt in Konflikten vertreten möchten oder es je nach Situation bewusst bevorzugen, sich zurückzuhalten. Auf diese Weise entstünde eine situationsbezogenen *Souveränität*.

Als wesentliche Komponente dieses Lernprozesses gilt die durch die Therapeutin vorgelebte wertschätzende Haltung den Patienten gegenüber und die daraus resultierende praktizierte wertschätzende Interaktion mit den Patienten. Diese Haltung gilt für die Patienten sowohl als Vorbild wie auch als Boden für das Erlernen und Einüben von wertschätzendem Verhalten untereinander. Die Gestaltung dieses Mikrokosmoses des therapeutischen Settings als Aufgabe und Chance ist die Basis für die Atmosphäre, die Interaktionen und das Lernen in der therapeutischen Gruppe als Voraussetzung für die Möglichkeit der *Interiorisierung* eines neuen *emotionalen Stils*. Auf diese Weise können zum einen die über die Bewegungsarbeit mit Gesten und Mudras als *movement produced informations* initiierten Erfahrungen eines erhöhten Selbstwertes als Selbstwahrnehmung und Selbstattribution die Grundlage für die eigene Identifizierung und zum anderen die wertschätzende Identifizierung und Bewertung der anderen als Fremdwahrnehmung und Fremdattribution zu einer neuen Identität führen, die schließlich durch ein erhöhtes Selbstwertgefühl geprägt ist.

Als Ausblick erscheint es durchaus sinnvoll, ein Konzept zu entwickeln, anhand dessen diese Überlegungen real in die Praxis der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern umgesetzt werden können. Ob und wie dann die emotionale Umstimmung durch Gesten und Mudras z.B. in der Realität der Langzeitbeurlaubung oder der Phase der Bewährung greift, müsste im Rahmen einer empirischen Untersuchung herausgefunden werden, die langfristig katamnestische Daten erhebt.

Anzumerken bleibt noch die Frage, inwieweit es im Hinblick auf die empirische Forschung zur Evaluierung therapeutische Prozesse möglich ist, die Komplexität des Mikrokosmos der wertschätzenden „therapeutischen Situation“ als *affordance* für den Patienten in seiner Bedeutung für die vielfältigen interaktionalen Prozesses aller daran Beteiligten zu operationalisieren, um die Variablen dieses Prozesses empirisch zu erfassen. Von daher ist es für mich als Therapeutin sicherlich und auf jeden Fall eine Chance, ein förderliches therapeutisches Klima zu gestalten, wie und ob dieser interaktive Prozess dann jedoch anhand wissenschaftlicher Kriterien zu messen ist, ist wiederum eine andere Frage.

Zum Abschluss sei noch ein letzter, sicherlich wesentlicher, Gedanke benannt:

Spürende Bewegungsarbeit mit dem Schwerpunkt auf der Wahrnehmung lenkt den Focus auf den Moment, auf das Jetzt. Wenn es gelingt, achtsam für den Moment der Gegenwart zu sein und diesen mit einer inneren Haltung von offener Neugier wahrzunehmen, gibt es für den

Übenden die Chance, neu zu sehen, ohne durch alte Sichtweisen eingeschränkt zu sein. Dadurch ergeben sich neue Perspektiven. Spürende, achtsame Bewegungsarbeit mit forensischen Patienten ist eine Möglichkeit, das Lebendige und Lebenswerte des Augenblicks zu entdecken und den Blick von der ersehnten oder manchmal auch unmöglichen Zukunft in Freiheit auf die durchaus lebens- und lohnenswerte Gegenwart des „Lebensprozesses“ – auch wenn sie im Maßregelvollzug stattfindet - zu lenken. Im Hinblick auf die häufig starke *Reaktanz* auf den Freiheitsentzug im Sinne von Depression und Resignation aber auch von Ungeduld und Wut sollte diese Form der spürenden Bewegungsarbeit auch im Integrierten Maßregelvollzug mehr Berücksichtigung finden. Dadurch wird die Entwicklung einer *exzentrischen Position* maßgeblich unterstützt und ergänzt.

Nachwort

Mein Dank gilt an dieser Stelle denjenigen, die mich in diesem Projekt „Graduierungsarbeit“ unterstützt haben: Dr. *Mechthild Sievers*, die mich zunächst einmal dazu ermutigt hat mir zuzutrauen, dieses Projekt zu beginnen, *Cornelia Jakob-Krieger*, die mich darin bestärkte, ein Arbeitstempo zu wählen und einzuhalten, das meiner Lebenssituation entsprach und die diese Arbeit betreut hat, Willi G., mit dem ich viele Gespräche über „die Täter“ führen konnte, Manfred B. und Gisela H. die unterschiedliche Textversionen kritisch gelesen haben, Michael K, der mich bei der abschließenden formalen Gestaltung unterstützt hat und meinem Mann Mohammad, der in den zurückliegenden Monaten viele Aufgaben zu Hause übernommen hat, so dass ich ausreichend Raum und Zeit zum Lesen und Schreiben hatte.

Abschließend ist es mir noch wichtig zu betonen, dass ich es durch das Verfassen dieser Arbeit gelernt habe, *dem Prozess zu vertrauen*. Damit hat sich für mich die Aussage „Der Weg ist das Ziel!“ bestätigt.

Zusammenfassung: „Medizin für die Hosentasche“ – Emotionale Umstimmung über Gesten und Mudras in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern

In dem Beitrag werden Überlegungen ausgeführt, wie die Neuroplastizität des Gehirns als biologische Grundlage und die Bedeutung der sozialökologischen Bedingungen für die Entwicklung und Sozialisation des Menschen, die das Konzept „Leib – embodied and embedded“ des Integrativen Ansatzes ausmachen, für die Arbeit an der Rückfallprophylaxe mit konfliktscheuen psychisch kranken Straftätern im Integrierten Maßregelvollzug in der Allgemeinpsychiatrie mit den Diagnosen F60, F61 nach ICD-10 genutzt werden können. Unter der Voraussetzung, dass eine volitive Haltung, sich verändern zu wollen, bereits vorhanden ist, werden vor dem theoretischen Hintergrund der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie detaillierte methodische Überlegungen zu einer Möglichkeit der emotionalen Umstimmung über Gesten und Mudras von dominanten Gefühlen der Scham und Minderwertigkeit hin zur Entwicklung von Selbstakzeptanz und einer Steigerung des Selbstwertgefühls als Voraussetzung für Assertivität entwickelt.

Schlüsselwörter: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie; Maßregelvollzug; emotionale Umstimmung; Gesten; Mudras

Summary: „Medicin for the pocket“ - Emotional retuning through gestures and mudras in the Integrative movement –and-body-therapy with conflict avoiding offenders

The article takes into consideration how the brain plasticity as the biological basis and the relevance of the socio-ecological conditions for the development and socialisation of the individual, which constitute the concept “Leib – embodied and embedded”, can be utilised in the relapse prophylaxis concerning conflict avoiding mentally ill offenders with the diagnosis F60, F61 under ICD-10 in the forensic psychiatry of a general psychiatric hospital. Under the prerequisite that a volitional attitude to change exists, the Integrative movement-and-body-therapy is the background for detailed methods of how to achieve an emotional retuning through gestures and mudras from the dominant feelings of shame and inferiority to the development of self-acceptance and an increase of self-confidence which is necessary for assertiveness.

Keywords: Integrative movement-and-body-therapy; forensic psychiatrie; emotional retuning; gestures; mudras

Literaturverzeichnis

- Annett, J. (1995): Imagery and motor performance: Editional Overview. British Journal of Psychology 86. 161-167.*
Bandura, A. (1969a): Principles of behaviour modification. New York: Holt.

- Bandura, A.* (1969b): Social learning theory of identification processes. In: *Goslin, D.A.*: Handbook of socialisation theory. Chicago: Rand McNally, 213-263.
- Bernstein, N.A.* (1988): Biodynamik der Lokomotionen: Genese, Struktur, Veränderungen. In: *Pickenhain, I., Schnabels, L.* (Hrsg.): Bewegungsphysiologie von N.A. Bernstein. Leipzig: Johann Ambrosius Barth. 2. Aufl. 21-66.
- Berthok, A.* (2000): The brain's sense of movement. Boston: Harvard University Press.
- Bloem, J., Moget, P., Petzold, H.G.* (2004): Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? – Forschungsergebnisse - Modelle - psychologische und neurobiologische Konzepte. *Integrative Therapie* 1-2, 101-149.
- Boschker, M.S.J., Bakker, F.C., Rietberg, M.B.* (2000): Retroactive interference effects of mentally imagined movement speed. *Journal of Sports Science* 18, 593-603.
- Boschker, M.S.J.* (2001): Action-Based Imagery. On the Nature of Imagined Motor Actions. Enschede/Amsterdam: Print Partners Iskamp.
- Brooks, V.W.* (1979): Erleben durch die Sinne. Sensory Awareness. In der deutschen Bearbeitung von Charlotte Selver. Paderborn: Junfermann. 7. Aufl. 1991.
- Cantieni, B.* (2010): Wie gesundes Embodiment selbst gemacht wird. In: *Storch, Cantieni, Hüther, Tschacher.*(2010) 99-125.
- Dornes, M.* (1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Drewermann, E.* (2010): Von der Unfreiheit des freien Willens. In: *Saimneh, N.* (Hrsg.) (2010), 11-21.
- Dürckheim, K.v.* (1972): Der Alltag als Übung. Bern: Huber.
- Dürckheim, K.v.* (1987): Hara. Die Erdmitte des Menschen. Bern, München, Wien: Scherz Verlag, 13. Aufl.
- Flammer, A.* (1990): Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Gibson, J.* (1979): The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin.
- Gilligan, J.* (1996): Violence. Our deadly epidemic and its causes. New York: Grosset/Putman Books.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R.* (1996): Bewegt sein. Paderborn: Junfermann.
- Hernegger, R.* (1985): Vom Reflex zur Selbststeuerung. München: Pieper.
- Hilgers, M.* (1977): Scham. Gesichter eines Affekts. Göttingen: V & R. 2. Aufl.
- Hirschi, G.* (2003): Mudras. FingerYoga für Erfolg, Kreativität und Wohlbefinden. München: Arkana. Neuauflage 4. Aufl.
- Hirschi, G.*(2003a): Mudras. FingerYoga für Gesundheit, Vitalität und innere Ruhe. München: Arkana. Neuauflage 8. Aufl.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R.* (1996): Bewegt sein. Paderborn: Junfermann.
- Höhmman-Kost, A.* (2002): Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung. Bern: Hans Huber. 2. vollst. überarb. Aufl.
- Höhmman-Kost, A., Siegele, F.* (2008): Auf dem Wege zur Aggressionskompetenz. Perspektiven und Praxis der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: *Fischer, G., Schay, P.* (Hrsg.): Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Holst, E. von* (1973): The behavioral physiology of man and animals. In: *Martin, R.* (ed.): The collected papers of Eric von Holst. Coral Gables: University of Miami Press
- Huber, M.* (2004): Wege der Traumabehandlung. Teil 1 und 2. Paderborn: Junfermann.
- Hüther, G.* (1997): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 6. Aufl. 2004.

- Hüther, G. (2010): Wie embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: *Storch u.a.* (2010) 73-97.
- Ingvar, D. (2000): On volition: a neurophysiologically oriented essay. In: *Libet et al.* (2000).
- Jakob-Krieger, C. (2009): Supervision. In: *Waibel, Jakob-Krieger* (2009). 273-283.
- Kammeier, H. (2009): Zur Behandlung von Gefährlichkeit im Maßregelvollzug. In: *Saimneh, N.* (Hrsg.) (2009) 298-321.
- Lamacz-Koetz, I. (2009): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie. In: *POLYLOGE* 6/2009. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/06-2009-lamacz-koetz-i-neurobiologische-konzepte-und-ihre-bedeutung-fuer-die-int-therapie.html>
- Lamacz-Koetz, I., Petzold, H. G. (2009): Nonverbale Kommunikation in der Supervision und ihre leibtheoretische Grundlage. Wenn Sprache nicht ausreicht - Eine explorative Studie. In: *SUPER ISION: Theorie – Praxis – Forschung* Ausgabe 03/2009 www.fpi-publikationen.de/supervision
- Levinas, E. (1963): *La trace de l'autre*, Paris: Seuil; dt. (1983): *Die Spur des Anderen*. Freiburg: Alber.
- Libet, B. (2000): Do we have a free will? In: *Libet et al.* (2000).
- Libet, B., Freeman, A., Sutherland, K. (2000): *The Volitional Brain. Towards a Neuroscience of Free Will*. Exeter: Imprint Academic.
- Lurija, A. R. (1979): *The making of mind: A personal account of Soviet psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lurija, A.R. (1992): *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbeck.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): *Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. Integrative Therapie* 3, 374-429.
- Middendorf, I. (1984): *Der erfahrbare Atem. Eine Atemlehre*. Paderborn: Junfermann. 7. Aufl. 1991.
- Morris, D. B. (2000): *Krankheit und Kultur: Plädoyer für ein neues Körperverständnis*. München: Verlag Antje Kunstmann.
- Petzold, H.G. (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.* (1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann. 223-290.
- Petzold, H.G. (1981): Therapie in der Gesellschaft (Podiumsdiskussion). *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 1/2, 43-45.
- Petzold, H.G. (1990): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Bd 1-2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. repr.: in Bd II, 3 2003a. 985-1050.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität – ein Metakonzepit für die Modellpluralität, konnektivierende Theoriebildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. In: *Gestalt und Integration* 2, 225-297.
- Petzold, H.G. (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349.

- Petzold, H.G. (1999r): Integrative Supervision – Ideen, Modelle, Konzepte. Vortrag gehalten auf dem regionalen Studientag für Supervision an der Hochschule Den Haag, Abt. Supervision. Abstract: Forum vooheen supervisors. Nieuwsbrief 4, September 1999, 21-23.*
- Petzold, H.G. (2001p): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001, Update 2004, Integrative Therapie 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397. Erw. in Petzold 2011b.*
- Petzold, H.G. (2002): Der „informierte Leib“ – embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 07-2002.*
- Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 02-2002.*
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann. überarb. und ergänzte Neuauflage von 1993.*
- Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Entwicklungsförderung“ (1972 – 2002). Teil I: Gestalt 46 (Schweiz) 3 – 50. Teil II Gestalt 48, 9 -64 (Updating 2006k)*
- Petzold, H.G. (2009): Körper-Seele-Geist-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Psychologische Medizin 1, 20-33.*
- Petzold, H.G. (2009a): Der „Informierte Leib“. In: Waibel,, Jakob-Krieger (2009) 27-44.*
- Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Psychologische Medizin 1, 20-33*
- Petzold, H. G. (2009h): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. „Integrativ-systemische“ Entwicklungstherapie mit Familien im „erweiterten biopsychosozialen“ Modell Integrativer Humantherapie. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2009. Integrative Therapie Heft 2, 2010, 161 -250.*
- Petzold, H. G. (2009k): Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine Ethik und Praxis „melioristischer Humantherapie und Kulturarbeit“ durch Multi- und Interdisziplinarität, Metahermeneutik und „dichte Beschreibungen“ Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 15/2009; repr. in: Petzold, H.G., Sieper, J. (2011): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie. Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer.*
- Petzold, H. G. (2010p): „Brain wizards“, Hochbegabungen – Chance und Schicksal. Über Neugier, poetische Gestaltungskraft, „creating styles“. Überlegungen aus der Integrativen Kindertherapie in Integrative Therapie 2-3, 325-380.*

- Petzold, H.G.* (2011b): „Identität“ und Identitätsarbeit in Psychotherapie und Humanwissenschaften. Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.M., van der* (1994a): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ and „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. *Petzold, H.G.*: Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd.2. Paderborn: Junfermann. 491-646
- Petzold, H.G., Bloem, J., Moget, P.C.M.* (2004): Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven. *Integrative Therapie* 1/2 , 24-100.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J., Outhof, J.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.*(Hg.) (1993c): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung. Bd.1. Paderborn: Junfermann. 345-497 und in *Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a): Integration und Kreation. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A.* (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2/3, 277-355.
- Petzold, H.G., Michailowa, N.* (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Michailowa, N.* (2008b): Aleksandr R. Lurija – ein integrativer Denker, Forscher und Praxeologe. Zum 30. Todestag. In: *Petzold, H.G., Michailowa, N.* (2008a).
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain, S.* (2011): Genderkompetente Supervision. Wiesbaden: VS Verlag .
- Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J.* (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2003): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovoltion – Überlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen. de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 04-2003.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2007a/2008): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Sirius.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2007d): Integrative Willenstherapie. Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (2007a). 341-356.
- Post, A.A., Pijpers, J.R., Bosch, P., Boschker, M.S.* (1979) (Hrsg.): Models in human movement sciences. Proceedings of the second symposium of the institute for fundamental and clinical human movement science. Enschede: PrintPartners Ipskamp.
- Rauchfleisch, U.* (1999): Außenseiter der Gesellschaft – Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Renn, P.* (2006): Gewalttätige Männer: Wie Traumatisierung und desorganisierte Bindung zusammenhängen. *Recht & Psychiatrie* 1, 28-35.

- Rizolatti G., Fadiga, I., Gallese, V. Fogassi, L. (1996): Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3, 131-141.
- Rosenberg, M.B. (2001): Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Gestalten sie ihr Leben, ihre Beziehungen und ihre Welt in Übereinstimmung mit ihren Werten. Paderborn: Junfermann. 8. Aufl. 2009.
- Rotondo, J.L., Boker S.M. (2002): Behavioral synchronisation in human conversational interaction. In: Stamenov, M.I., Gallese, V. (2002).
- Saimneh, N. (Hrsg.): Motivation und Widerstand. Herausforderungen im Maßregelvollzug. Materialien der 24. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie, 4.-6. März 2009. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Saimneh, N. (Hrsg.) (2010): Kriminalität als biografisches Scheitern. Forensik als Lebenshilfe? Materialien der 25. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie, 3. bis 5. März 2010. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmidt, R.C., Carello, C., Turvey, M.T. (1990): Phase transitions and critical fluctuations in the visual coordination of rhythmic movements between people. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance* 16, 227-247.
- Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann.
- Schnack, D., Neutzling, R. (1990): Kleine Helden in Not. Jungen auf der Suche nach Männlichkeit. Reinbeck: Rowolth.
- Schröder, G., Brendel, T. (2004): Affekt-Kontroll-Training. Qigong Dancing. Synergien aus Ost und West. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Schuch, H.W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie* 2-3, 145-202.
- Schwarzer, R. (1992): Self-Efficacy. Thought Control of Action. London: Hemisphere.
- Sibler, H.P. (2007): Stärkendes Qigong: Yi ji jing. Einfache und wirkungsvolle Übungen für den Alltag. Schiedlberg (A): Bacopa Verlag . 3. Aufl. 2007.
- Sieper, J. (2001): Das behaviorale Paradigma und der Begriff des „Komplexen Lernens“ im Integrativen Ansatz klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. *Integrative Therapie* 1, 105-144.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie – Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen. de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 10-2002.
- Singer, W. (2003): Ein neues Menschenbild. Frankfurt: Suhrkamp.
- Spitzer, M. (2002): Lernen, Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Spektrum.
- Stamenov, M.I., Gallese, V. (2002): Mirror neurons and the evolution of brain and language. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co.
- Steffan, A. (2002): Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting. Berlin: Logos.
- Steward, I., Strogatz, S.H. (1994): Gekoppelte Oszillatoren und biologische Synchronisation. *Spektrum der Wissenschaft* 74.
- Stiels-Glenn, M. (2000): „Wir können auch anders“. Training für Gewalttäter mit Ansätzen der Integrativen Soziotherapie in der Bewährungshilfe. Graduiierungsarbeit für den Abschluss der Weiterbildung zum Soziotherapeuten an der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG), Hückeswagen,

- in der Trägerschaft des Fritz-Perls-Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Gesundheitsförderung (FPI), Düsseldorf, Leitung Prof. Dr. Hilarion Petzold.
- Stiels-Glenn, M.* (2002): „Täter – Opfer“ - „Opfer – Täter“. Geschlechtsspezifische Ansätze in der Arbeit mit Straftätern. *Bewährungshilfe* 4, 384 -394.
- Stiels- Glenn, M.* (2003): Straftaten als Traumafolge- ein Widerspruch? In: *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattsschriften* 3, 33.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., Tschascher, W.* (2006): Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. 2. erw. Aufl. 2010.
- Van der Mei, S.H., Petzold H.G., Bosscher, R.J.* (1997): Runningtherapy, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. In: *Integrative Therapie* 23, 374-428.
- Volmer-Brinkmann, S., Kreidner-Salahshour, K.* (2009): Täter und Opfer – Zwei Seiten einer Medaille. Überlegungen zu einer themenzentrierten Arbeit in der Bewegungstherapie am Beispiel von Angriff und Verteidigung mit dem Holzsword. In: *Beudels, W., Hammer, R., Hamsen, R., Kuhlenkamp, St., Volmer, J.* (2009): Bewegung in der Lebensspanne. Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien. 269-282.
- Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C.* (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Waibel, M.J., Petzold, H.G., Orth, I., Jakob-Krieger, C.* (2009): Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT) . In: *Waibel, Jakob-Krieger,* (2009) 1-20.

Internet-Quellen:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Geste>
<http://de.wikipedia.org/wiki/Mudra>