

Integrative Bewegungstherapie

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

(peer reviewed)

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

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

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückes-
wagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

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

Ausgabe 04/2009

**Ausdauertherapie als übungszentrierte Modalität im
Rahmen der IBT zur kognitiven, emotionalen und
körperlichen Spannungsregulation/Selbstregulation**

Martin J. Waibel, Aulendorf *

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1/2009-2010

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

Zusammenfassung: Ausdauertherapie als übungszentrierte Modalität im Rahmen der IBT zur kognitiven, emotionalen und körperlichen Spannungsregulation/Selbstregulation

Ausdauertherapie ist im funktional-motorischen oder wie in der IBT benannt, der übungszentrierten Modalität, eine moderne Form bewegungs(psycho)therapeutischer Arbeit. Sie wirkt nicht nur unterstützend zur verbalen Psychotherapie sondern es werden hier oft erste Zugänge zur körperlichen Selbsterfahrung, zum emotionalen Erleben, verbesserter Eigenreflektion des Verhaltens in sozialer Bezogenheit, geschaffen. Insbesondere können verschiedene Techniken der Selbstregulation/Spannungsregulation systematisch geübt werden.

Schlüsselworte: Ausdauer, Sport und Psyche, Ausdauertherapie, Lauftherapie, Spannungsregulation, Selbstregulation, Integrative Bewegungstherapie.

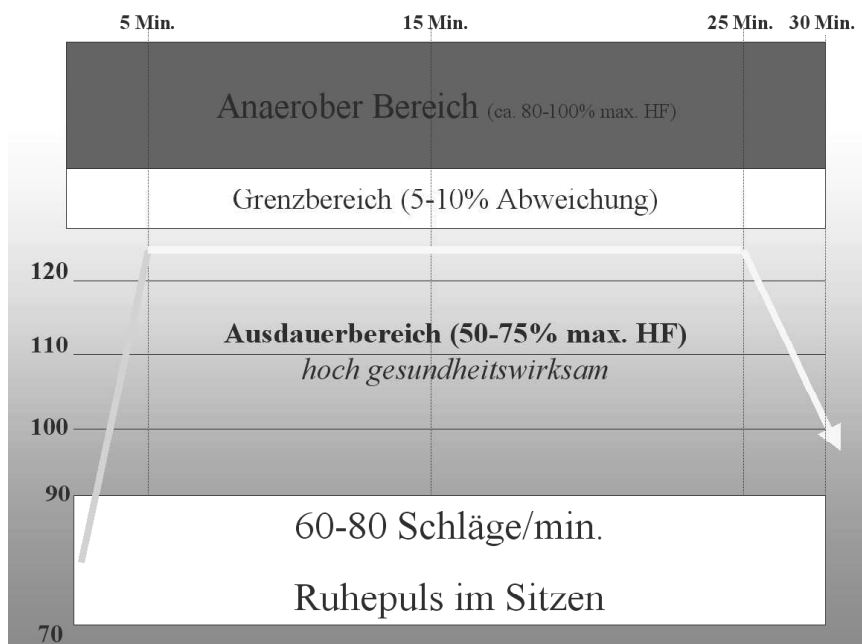
Summary: Endurance therapy as a exercise-centered modality within IBT for cognitive, emotional and physical tension regulation / self-regulation

Endurance therapy is named in functional motor or as in IBT, the exercise-centered modality, a modern form of movement (psycho) therapeutic Job. It not only helps to verbal psychotherapy but it will be here are often first approaches to physical self-experience, to emotional experience, improved self-reflection of behavior in social relation, created. In particular, different techniques of self-regulation / voltage regulation be practiced systematically.

Keywords: endurance, sports and psyche, endurance therapy, running therapy, tension regulation, self-regulation, integrative movement therapy.

1. Einführung

Moderate Ausdauertherapie ist heutzutage die Wahl der Methode bei der Bewegungsaktivierung in der klinischen Arbeit, denn wir haben es nicht nur bei älteren, sondern auch schon bei jungen Patientengruppen mit erheblicher Immobilität und damit verbundenen geringen kardialen Belastungspotentialen, zu tun. Dies zeigt sich z.B. bei geringen Eingangsbelastungswerten von 50 - 75 Watt. Bei ansonsten guter körperlicher Gesundheit wird hier schon die max. aerobe Trainingsherzfrequenzgrenze erreicht. Ebenso häufig sind erhöhte Ruhepulswerte mit weit über 100 Schlägen/min. keine Seltenheit. Auf der anderen Seite haben wir Patienten, die durch übersteigerte Bewegungsaktivitäten bzw. Bewegungsstress eine nur ungenügende Selbsteinschätzung für eine gute aerobe Ausdauerbelastung haben. Bei beiden Gruppen hat sich eine differenzierte Ausdauertherapie neben der funktional-motorischen Aktivierung vor allem auch aus bewegungs(psycho)-therapeutischen Gesichtspunkten, sehr bewährt.



Im nachfolgenden Text werden verschiedene praktische Möglichkeiten der klinischen Ausdauertherapie, bei unterschiedlichen seelischen Erkrankungen, erörtert. Sie können dem Leser Hilfen und Anregungen bieten, wie die Ausdauertherapie in Innenräumen effektiv eingesetzt wird. Viele der unten beschriebenen Techniken wurden in jahrelanger klinischer Arbeit zusammen mit KollegInnen gefunden und praktisch erprobt. Daher gilt vorab dem Team der Bewegungs- und Physiotherapeuten in der Schussental-Klinik der besondere Dank für den intensiven und lebendigen Austausch.

Die theoretischen und praxeologischen Grundlagen zur Ausdauertherapie wurden bereits in Waibel/Jakob-Krieger 2009 in verschiedenen Kapiteln bzgl. störungsspezifischer Anwendung, publiziert. Hier sollen nur die wichtigsten Aspekte, wenn notwendig, erwähnt werden.

2. Was verstehen wir unter moderater Ausdauertherapie?

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

2.1. Richtige Belastung in der Ausdauertherapie

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

2.2. Formel für die Berechnung optimaler Ausdaueraktivität

Männer

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

Frauen

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

Ein Beispiel:

Ein 47-jähriger männlicher Patient.

220 minus 47 = max. Herzfrequenz von 173.

Davon 50 % ergibt einen Eingangspulsschlag von 87 und eine obere aerobe Pulsgrenze (75%) von 130, sprich: dieser Patient soll sich in allen seinen aeroben Bewegungsaktivitäten mit einem Puls von 87 - 130 bewegen.

Die Patienten werden geschult diese Werte selbstständig zu berechnen und diese häufig in Therapie und Freizeit zu messen. Ziel ist es, sich nicht an der Obergrenze zu bewegen, sondern im Laufe des klinischen Aufenthaltes den „persönlichen Wohlfühlbelastungsbereich“ zu finden. Dieser liegt häufig zwischen der 60% - 70% Marke. Wöchentlich (am Anfang täglich) überprüft werden soll die

2.3. Ruheherzfrequenz im Sitzen

Diese beträgt im Normbereich 60 - 80 Schläge/min. Ein Toleranzbereich bis 90 Schläge/min. ist zu akzeptieren.

In der klinischen Praxis finden wir häufig bei psychosomatischen Erkrankungen Ruhepuls-Herzfrequenzen von weit über 100 Schläge/min. Werte von 120 - 130/min. sind keine Seltenheit! Wenn keine internistischen Erkrankungen vorliegen, gilt es hier, die Patienten zu beruhigen. Im Laufe der Therapie sinkt die Ruheherzfrequenz beträchtlich, was eine hohe Motivation der Patienten für die Ausdauertherapie weckt („*Ich kann die Wirkungen messen*“). Wir klären die Patienten im Sinne stresstheoretischer Überlegungen darüber auf, was mögliche Ursachen für die hohen Werte sind.

Hier werden nun für den Innenbereich einige effektive Techniken beschrieben, die auf verschiedene Störungsbilder angewendet werden können:

Im Trainingsraum bietet sich eine pulsüberwachte Ausdauertherapie hervorragend an, da der Patient genau seine Leistungsfähigkeit messen kann. Warming Up, Belastungsphase und Cool-Down Phase werden immer geübt. Patienten sollen neben der eigenen Selbsteinschätzung vor allem auch den Umgang mit körperlicher Belastung unmittelbar erfahren, i.S. eines Feed-Backs über die Pulsmessung.

Ziele: Verbesserung der allgemeinen und körperlichen Belastungsfähigkeit, Spannungsregulierung über Aktivität, Finden eines eigenen guten Rhythmus, emotionale Regulierung durch gleichmäßige körperliche Belastung, Selbstkontrolle durch Pulsuhr i.S. eines Feedbacks, Erfahrung eines positiven Körpergefühls.

3. Die drei wichtigen Übungsphasen in der Ausdauertherapie

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

3.1. Warming up

Langsames Einstimmen, langsames In-Gang-kommen bis zum Erreichen der 50% Grenze. Patienten probieren mittels Pulskontrolle aus, ab welcher Geschwindigkeit sie in den aeroben gesundheitsfördernden Ausdauerbereich eintreten. Insbesondere soll die Erfahrung gemacht werden, mit wie wenig Bewegung dieser Bereich erreicht werden kann. Auf Transfers in den Alltag wird hingewiesen (etwas schneller zu Arbeit gehen, schnellerer Sonntagsspaziergang, leichte Steigung etc., „Der Alltag als Übung“). Bei einem

erheblichen Teil der Patienten haben wir jedoch schon Ruhepulswerte, die weit über dieser 50% Marke der max. HF liegen. Wir beruhigen hier und fordern zu sanfter Mobilität auf. Für die Patienten ist es sehr motivierend, wenn sie nach einigen Wochen das erfolgreiche Ergebnis der Ausdauertherapie, durch die sinkenden Werte des Ruhepulses dokumentiert, erleben (bis zu 40 Schlägen/min.). Auf die stressphysiologische Bedeutung, wie in Petzold 1997 beschrieben, weisen wir in einfachen Erklärungen hin. Das Sinken der Ruhepulswerte im Laufe eines 4 - 6 wöchigen Klinikaufenthaltes um bis zu 25% und mehr, ist dabei keine Seltenheit.

3.2. Belastungsphase:

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

3.2. Cool-Down-Phase

Entschleunigung, Runterregulieren, systematisches Langsam-Werden bis zum Gehen im eigenen Atemrhythmus, z.B. Qi-Gong Gehen im Ein- und Ausatemrhythmus. Sehr leistungsorientierte Patienten haben bei dieser Cool-Down-Phase große Probleme. Sie sind sehr gut in der Beschleunigungs- bzw. Anspannungsphase aber nahezu unfähig sich selber zu entschleunigen. Für diese Patienten ist die Cool-Down-Phase eine ganz wichtige Übung. Durch die objektiven Messgeräte sehen sie unmissverständlich wie ihr Puls steigt aber nur schwer herunterkommt. Gleichzeitig kann die eigene ich-syntone An-Spannung nun zum erstenmal als „nicht mehr normal“, sondern als „Anspannung, mit der Unfähigkeit zur Entspannung“, erlebt werden. Hier fragen wir die Patienten, ob sie ein solches Verhalten auch aus ihrem Alltag kennen?

Übung: Wir schalten „den Gang“ runter!

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

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

4. Techniken zur Spannungs- und Selbstregulation

Kommen wir nun zu einigen interessanten Techniken der Spannungs- und Selbstregulation in der Belastungsphase. Diese stellen ein Kernstück moderner integrativer Ausdauertherapie dar und zeigen den Unterschied zu einem rein funktional-motorischen Training auf.

Wir haben diese theoretisch bekannten Ansätze des eigenleiblichen Spürens (Petzold 1993, 1080ff.) der IBT unterteilt.

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

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

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

Übungen:

- **Gehen mit intensivem Fußabdruck** verbessert die Erdung und stärkt die eigene Willenskraft, hier kann man auch Tierbilder einbauen (wie Elefantengang, besser noch dynamischer Gang einer Gazelle, Leoparden etc.).
- **Aufrichtung der Körperhaltung** verändert die Stimmung (z.B. stolzes Gehen, Gehen wie ein König, Goldmedaille etc.)
- **verschiedene Gangarten** ausprobieren und die Umstimmungen spüren (Schlendern, Marschieren, Hetzen, Flanieren etc.). Dieses Erleben führt zur Erfahrung der Selbstwirksamkeit (ich bin meinen Stimmungen nicht nur ausgesetzt).
- **Leichtigkeit, Schwünge**, bis hin zum Tanzen etc., kann auch mit Musik untermalt werden (Rondo Veneziano, spanische Titel etc.)
- **betontes Gehen im Kreuzgang** verbindet linke und rechte Gehirnhälfte, fördert die Koordination und „ordnet“
- **Hüpfen**: ich nenne es inzwischen ein intensives Antidepressivum, weil es Freude evoziert
- **Konkurrenz-Traben**: eine gute Form um z.B. bei Antriebsarmut richtig in Gang zu kommen. Hierbei versucht man so schnell wie möglich mit einem Mitpatienten zu gehen (also immer ein Fuß muss Bodenkontakt haben, nicht „galoppieren“ - das wäre joggen). Dabei will man schneller als der Andere sein. Kann man auch als „Trabrennen“ von einer Turnhallenwand zu anderen machen.

Wir nutzen auf diese Weise den Körper um positive Emotionen und Kognitionen sowie allgemeinem Wohlbefinden und Antrieb zu fördern. Die wissenschaftlichen Grundlagen für diese Arbeit sind neben Publikationen von Petzold sehr einfach im

Buch Embodiment (Storch et. Al.) beschrieben. Lohnt sich zu lesen, gibt weitere gute Anregungen.

Wenn Patienten in der Integrativen Bewegungstherapie vor einem schwierigen unlösbaren Problem, einer verfestigten Einstellung oder vor einer wichtigen Entscheidung stehen, fordere ich sie auf, dieses Problem mitzunehmen und einfach mal alleine zu laufen oder zu gehen. Hier zeigen sich nicht selten durch die Bewegungsaktivierung erste Ansätze für Lösungen.

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

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

Beispiele von vorgegebenen Vorstellungen sind:

„sich vom Wind tragen oder schieben zu lassen“,
das „Aufgehen“ in einer schönen Landschaft, Phantasiebilder, Gehen am Meer, Gehen beim Sonnenaufgang

Sehr hilfreich ist, wenn man vor Beginn der Gruppe die aktuelle Befindlichkeit einstufen lässt, z.B. in einer Abstufung von 1- 10. 1 wäre schlechte Befindlichkeit, 10 optimale Befindlichkeit. Nach der halbstündigen Ausdauerinheit wird die Befindlichkeit wieder abgefragt und mit dem Ausgangswert verglichen. Die Stimmungsunterschiede zwischen Anfang und Ende zu erleben, ist für die Patienten wichtig und unterstützt die Selbstregulation.

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

4.3. Interactional Movement Coordination (IMC): *Mitbewegung*

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

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

Hier steht das Erlernen einer weiteren wichtigen Fähigkeit im Vordergrund:

mit einem langsameren Partner gehen (sich synchronisieren), nicht das Tempo steigern und trotzdem einen eigenen guten Belastungspuls zu erreichen. Hierzu nehmen wir die langsamsten Geher einer Gruppe mit den schnellen „Stressläufern“ zusammen und lassen diese einen guten gemeinsamen Rhythmus finden, zunächst im Tempo des langsamen

Läufers, dann im Tempo des schnelleren Läufers, dann in einem Kompromiss zwischen diesen beiden Geschwindigkeiten. Schließlich soll der schnellere Läufer sich an den langsameren anpassen und durch geeignete körperliche Mehraktivierung ein gutes aerobes Aktivitätsniveau erreichen. Dies erreicht er nicht durch Geschwindigkeit nach *vorne* sondern durch Joggen nach *oben* in die Vertikale bzw. Hüpfen neben dem langsamen Geher. Eine wunderbare Übung für Paare: Sehr aktive Männer lernen hier die Erfahrung, wie gut es ist auch mal langsamer zu gehen, wie man mit einer „langsamen“ Frau gehen kann und trotzdem gute Pulswerte erreicht und wie man vor allem die eigene Stressaktivitäten bewusster erleben kann.

4.4. Evoked Internalized Personalities (EIP): personale Beistände

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

Das machen wir uns zu Nutze, indem wir Patienten auffordern, in schwierigen Situationen gute Vorbilder, ressource persons, Beistände, „innerlich“ aufzurufen (top down), ja in ihre Haltung zu gehen, ihre Mimik „aufzusetzen“, um so zu Umstimmungseffekten zu kommen (z. B. von Mutlosigkeit zu Zuversicht und Mut).

Innere Vorbilder (z.B. Athleten) können einen begleiten, um die Willenskraft zu stärken bei Antriebslosigkeit, nahe Menschen, die Halt und Zuversicht ausstrahlen, können einen innerlich begleiten etc.

Weitere schöne Techniken sind im Buch von Bauer (2007) „Die Seele läuft mit“ nachzulesen.

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

Kompaktcurriculum Integrative Lauftherapie und Ausdauertraining

Zielgruppe: SuchttherapeutInnen, Mitarbeitende in Psychiatrie und Rehaeinrichtungen, Bewegungs- und Sporttherapeuten, Mitarbeitende in Kinder- und Jugendlichen- einrichtungen, Gruppentherapeuten, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Pflegekräfte, Ärzte usw.), alle an Lauftherapie Interessierten.

Form: 3 Blockseminare à 3 Tage

Beginn: 01. - 03. Oktober 2010

Leitung: Andrea Naujoks (Suchttherapeutin und Supervisorin), Robert Gottschalk (Supervisor und Coach, Langjährig im Berufsradspport tätig, mehrfacher Marathonfinisher)

Ort: Beversee

INFO: FPI, Bettina Ellerbrock Email: ellerbrock@eag-fpi.de

5. Zusammenfassung

Ausdauertherapie ist im funktional-motorischen oder wie wir es nennen, der übungszentrierten Modalität, eine moderne Form bewegungs(psycho)therapeutischer Arbeit. Sie wirkt nicht nur unterstützend zur verbalen Psychotherapie sondern es werden hier oft erste Zugänge zur körperlichen Selbsterfahrung, zum emotionalen Erleben, verbesserter Eigenreflektion des Verhaltens in sozialer Bezogenheit, geschaffen. Insbesondere können verschiedene Techniken der Selbstregulation/Spannungsregulation systematisch geübt werden.

Diese können dann in den anderen Gruppen der Psychotherapie im klinischen Setting weiter aufgearbeitet werden. In der Ausdauertherapie findet immer nur eine kurze Selbst-Reflektion (wie sind sie heute mit ihrem Puls zurechtgekommen? wie war ihr Anspruch und wie die Realität (Puls) heute usw. ?).

Eine weitergehende verbale Aufarbeitung könnte von einem gruppenspezifisch geschulten Therapeuten vorgenommen werden. Häufig greifen wir jedoch die gemachten Erkenntnisse in verschiedenen Situationen (z.B. IBT-Stunde, Teamvisite, Bewegungsberatung, Physiotherapie etc.) auf.

Literatur:

Bauer M. Die Seele läuft mit. Die meditative Laufschule für Fitness und innere Harmonie. München: Integral 2007.

Burtscher-Wäger M. Bewegen und Handeln in eigener Sache - Kreatives Laufen für Frauen vor dem Hintergrund ausgewählter Kernsätze der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. Abschlussarbeit zum Universitätslehrgang Bewegungstherapie. Krems: Donau Universität Krems 2005.

http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/psymed/abschlussarb/burta2.pdf (Seite vom 18.04.2008).

Hollmann W., Strüder H. Sportmedizin. Schattauer 2009.

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

Petzold H. Integrative Therapie (3 Bände). Junfermann 1993. Seite 1080-1089.

Rüegg J. C. Mind and Body. Wie unser Gehirn die Gesundheit beeinflusst. Schattauer 2010.

Waibel MJ, Petzold H. Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen in:

Waibel MJ, Jakob-Krieger C. Integrative Bewegungstherapie. Schattauer 2009. 81-97.



Autor:

Martin J. Waibel

Im Obstgarten 6

88326 Aulendorf

info@mjwaibel.de

Nicht müde werden
sondern dem Wunder
leise
wie einem Vogel
die Hand hinhalten.

Hilde Domin

Hilde Domin, Gesammelte Gedichte. S. Fischer, Frankfurt am Main, 1987