

# 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 02/2025**

## Integrative Leib- und Bewegungstherapie bei Patientinnen mit chronischen Schmerzen

*Martin J. Waibel, Aulendorf* \*

Erschienen in: *körper – tanz – bewegung*, Reinhardt-Verlag 1/2024. S. 11 – 21

---

\* 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](mailto: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, *Dipl.-Sup. Ilse Orth*, MSc Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com> ).

# Integrative Leib- und Bewegungstherapie bei Patientinnen mit chronischen Schmerzen

Martin J. Waibel

Die leib- und bewegungstherapeutische Arbeit mit chronischen Schmerzpatientinnen stellt Körper-, Leib-, Bewegungs- und TanztherapeutInnen gerade im klinischen Setting vor besondere Herausforderungen. Zum einen wird das Schmerzgeschehen sowohl von Patientinnen als auch TherapeutInnen häufig eindimensional medizinisch gesehen (explizit und implizit), zum anderen werden die Patientinnen von ihren TherapeutInnen als abweisend, fordernd und wenig einsichtig erlebt. Der chronische Schmerz induziert sowohl bei Patientinnen wie auch ihren TherapeutInnen eine Ohnmacht, die nicht selten zu dysfunktionalen Beziehungsmustern führt. In diesem Beitrag soll ein komplexes Verständnis von chronischem Schmerz mit kreativen Wegen der Diagnostik beschrieben werden. Anhand der „Stressampel“ wird ein einfaches praktisches Modell erörtert, um mit den Patientinnen heilsame Wege zur Linderung und Besserung ihrer Schmerzen einzuschlagen.

## Schlüsselbegriffe

chronischer Schmerz, Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie, Stress

## *Integrative Body and Movement Therapy in Patients with Chronic Pain*

Body and movement therapy work with chronic pain patients poses particular challenges for body-/movement- and dance-therapists, especially in the clinical setting. On the one hand, the occurrence of pain is often viewed one-dimensionally by both patients and therapists (explicitly and implicitly), and on the other hand, patients experience their therapists as dismissively demanding and not very insightful. Chronic pain induces a sense of powerlessness in both patients and their therapists, which often leads to dysfunctional relationship patterns. This article aims to describe a complex understanding of chronic pain with creative ways of diagnosing it. A simple practical model is discussed using the “stress traffic light” in order to initiate healing paths with patients to alleviate and improve their pain.

## Key words

chronic pain, integrative body and movement therapy, body psychotherapy, stress

Die Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen in ihren verschiedensten Ausprägungen hat in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT) und in der

Integrativen Therapie nach Petzold (1993) eine lange Tradition. Bereits in den 1970er Jahren stellte die Orthopädin und Psychosomatikerin Hildegund Heinel (Heinel / Spiegel-Rösing 1978)

moderne Konzeptionen in der Behandlung chronifizierter orthopädischer Beschwerden vor. In den 1990er Jahren entstanden im Rahmen eines fortschrittlichen psychosomatisch-orthopädischen Fachdenkens viele Fachbeiträge (u. a. Heidl 1998; Waibel 1993). Störungsspezifische Ansätze zu chronischen Schmerzen wurden aus der klinischen Praxis in stationärer und in ambulanter Therapie insbesondere im Jahr 2009 (Waibel/Jakob-Krieger) und den darauffolgenden Jahren (Ludwig 2013; Backmann / Waibel 2019; Herkert 2021) u. a. mit traumatischer Genese publiziert. In diesem Beitrag soll ein kurzer Überblick von der Metatheorie des chronischen Schmerzes bis hin zur praktischen Intervention beschrieben werden.

Die IBT als eine „Entwicklungstherapie in der Lebensspanne“ sieht Menschen – genderbewusst – im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum, als informierte Leibesobjekte in der Lebenswelt. Im klinisch-stationären Bereich sind die Betroffenen von chronischem Schmerz mehrheitlich Frauen. Daher habe ich aus genderbewusster Sensibilität die weibliche Sprachform gewählt, denn chronischer Schmerz ist nicht selten ein Ausdruck der Schädigung leiblicher Identität bei Frauen durch Übergriffe in einem langen historischen Prozess der Frauenunterdrückung, Misshandlung, Vergewaltigung etc. Selbstverständlich sind mit jedem Respekt in den Texten Männer und Therapeuten gleichsam gemeint.

### **Ein modernes Schmerzverständnis und komplexe Ursachen**

In einem modernen Verständnis von chronischen Schmerzen (Egle/Zentgraf 2021) müssen wir von einem komplexen Prozess ausgehen, wie sich biologische Ursachen mit seelischen, sozialen und ökologischen Faktoren gegenseitig beeinflussen. Diese Denkweise entspricht am nächsten dem bio-psycho-sozialen Modell von Engel (1977). Selbst bei eindeutig biologi-

schen Schmerzen wie Tumorschmerzen, orthopädischen Schmerzen u. a. wissen wir heute, dass die Stärke der Beschwerden individuumspezifisch ist, sich chronifizieren kann, obgleich die biologische Ursache nicht mehr vorhanden ist, und ebenso oftmals widersprüchlich im Befund (Willert / Wetzel-Willert 1991) und durch seelische und soziale Faktoren wie Stress und Entfremdung bzw. Domestizierung (Orth 1994) getriggert werden kann. Letztendlich kann chronischer Schmerz nur unter dem Blickwinkel eines bio-psycho-sozialen Denkmodells verstanden werden.

Petzold (1993) erweitert dieses Modell und nimmt den Bereich des ökologischen mit auf zu einem bio-psycho-sozial-ökologischen Denkmodells, weil der Mensch aus seinem unmittelbaren Lebensumfeld, seinem Lebensraum, in dem er leiblich eingebettet (*embedded*) ist, nicht herausgedacht werden kann. Das entspricht dem Stand der modernen Kognitionswissenschaften (Stefan 2020; Varela et al. 2016). Auch chronische Schmerzerkrankungen können ökologisch verursacht sein (Ernährung, Luft, Wasser usw.), beispielsweise durch Pestizide, erhöhte Abgaswerte, Wasserqualität u. v. m. Ebenso können sich bestehende Schmerzerkrankungen durch problematische Umweltbedingungen wie z. B. Lärm und ungünstige Wohnverhältnisse verschlechtern.

Um unseren Patientinnen gerecht zu werden, sollte man heutzutage bei chronischen Schmerzgeschehen von einem Zusammenspiel von biologischen, psychischen, sozialen und ökologischen Faktoren in Bezug auf die subjektiv erlebte Lebens- und Leidensgeschichte (Kontext) in der Entwicklung der Lebensspanne des Menschen (Kontinuum) sprechen. In einem modernen Schmerzverständnis sollte dies von der Befunderhebung über die Diagnostik bis hin zur therapeutischen Intervention handlungsleitend sein.

Aus der Sicht der IBT ist Schmerz eine transmaterielle Emergenz des Organismus (Petzold 2011). Darunter verstehen wir, dass materielle

| Biologische Ursachen   | Psychische Ursachen   | Sozial-ökologische Ursachen  |
|--|---|--|
| Anlage und Erbfaktoren   | Defizite & prolongierte Mangelenerfahrungen   | Soziale Synergieeffekte  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>genetische Dispositionen</li> <li>Epigenetik</li> <li>Erbkrankheiten, Missbildungen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vernachlässigung, Verwahrlosung</li> <li>Misshandlung</li> <li>schwere Erkrankungen der Bezugspersonen (z. B. Depression)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Geschwisterrivalitäten</li> <li>Autoritäre und repressive Familienstrukturen</li> <li>problematisch. Erziehungsstile, schwierige familiäre Kommunikationsmuster, soziale Isolation</li> </ul> |
| Erkrankungen   | Konflikte   | Transgenerationale Aspekte   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>frühe Erkrankungen im Kindesalter,</li> <li>div. Erkrankungen in der Lebensspanne (Arthrose usw.)</li> <li>insuffizientes postoperatives Schmerzmanagement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Trennung / Scheidung der Eltern, chronische familiäre Disharmonie und Beziehungskonflikte</li> <li>Störungen wie Feindseligkeit, Double bind, Schuld, Buße etc.</li> <li>Soziale Vergleichsprozesse</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Transgenerationale Weitergabe von Traumata</li> <li>Transgenerationale Identifikation von Lebensereignissen</li> </ul>  |
| Operationen und Unfälle  | Dysfunktionale Lernmodelle  | Globale Kultur- und zeitepochale Einflüsse   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Postoperative Komplikationen und Auswirkungen (z. B. M. Sudeck)</li> <li>Arbeits-, Freizeit- und Auto-unfälle z. B. mit Schleudertraumen</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerz in der Beziehungsgestaltung</li> <li>Familienmitglieder mit chronischem Schmerz, Perfektionismus, hohe Leistungsorientierung</li> <li>Erlernte Hilflosigkeit</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kulturspezifische Verhaltensweisen und Verarbeitungsmechanismen</li> <li>Migration, Krieg, Folter, Flucht</li> </ul>  |
|  | Überforderung / zeitextendierter Stress   | Lebenslage   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Parentifizierung, Pflege von Angehörigen</li> <li>maligne progressive Entwicklung wie frühe Verantwortung und Pflichten (z. B. für Geschwister)</li> <li>Unabkömmlichkeit im elterlichen Betrieb</li> <li>Leistungsorientierung und Selbstüberforderung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prekäre Arbeitsverhältnisse</li> <li>Armut, Arbeitslosigkeit, Verschuldung, Mobbing</li> </ul>  |
|  | Traumatisierungen   | Lebensraum   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, körperliche Züchtigung</li> <li>Misshandlung, Folter, Kriegserfahrungen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Problematische Wohn- und Landschaftsräume, stressreiche Wohnumgebung</li> <li>Negative Umwelteinflüsse (Flughafen, Bahn, Verkehr)</li> </ul>  |
| <p>Klinische Entwicklungspsychologie und Lebenslauforschung<br/>                 Perspektiven: Salutogenese, Pathogenese, Defizitgenese, Ressourcengenese</p>  |   |  |

Alle Abb.: Waibel, M. J. (2023): Körperpsychotherapie bei chronischen Schmerzen. Integrative Leib- und Bewegungstherapie. Schattauer – J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, Stuttgart

Abb. 1: Ätiopathogenese-Modell bei chronischen Schmerzen unter einer bio-psycho-sozial-ökologischen Perspektive

neurophysiologische Verarbeitungsprozesse biochemische und transmaterielle Informationen in Form von motorischen, emotionalen, ikonischen oder sprachlichen Schemata bzw. Narrativen emergieren lassen. Das heißt, Schmerz ist ein Phänomen, das zwar teilweise messbar und sichtbar ist, gerade bei organisch ursächlich bedingten Schmerzen wie einer Nervenläsion (biologistische Sichtweise), aber ebenso nicht konkret fassbar und objektivierbar wie z. B. bei emotionalen, sozialen und ökologischen Schmerzursachen. Das subjektive Schmerzerleben eines Individuums ist ohnehin in seiner Komplexität niemals zu objektivieren. Das könnte auch nicht im Einklang mit unserem metatheoretischen Leibverständnis stehen. Schmerz und Schmerzerleben haben zum einen materielle, organismische Grundlagen (wie alle Lebensprozesse), zum anderen sind sie jedoch mit unseren physikalischen naturwissenschaftlichen Beschreibungen nur begrenzt zu erfassen und damit transmateriell (mehr hierzu findet sich bei Waibel 2023).

Schmerz ist für uns eine spezifische Erlebens-, Erleidens- und Ausdrucksform des Leibes, die sich in unterschiedlichen Phänomenen äußert. In der Therapie ist es unser Ziel, die Phänomene des schmerzhaften Leibes unserer Patientinnen wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und in entsprechenden therapeutisch wirksamen Interventionen zu lindern. Eine umfassende kreative und leibhaftige Anamnese und Diagnostik ist hierbei Ausgangspunkt unseres Handelns. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die mannigfaltigen Ursachen von chronischen Schmerzen.

## **Von der Anamnese bis zur Therapie: Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD) in Form einer Theragnostik**

Wir vertreten, dass Krankheit/Gesundheit im bio-psycho-sozial-ökologischen Verständnis heutzutage aus einer entwicklungsorientierten Sicht (Waibel / Jakob Krieger 2009) in der Lebenslaufforschung unter den Perspektiven der Salutogenese, Pathogenese, Defizitgenese und Ressourcengenese gesehen werden muss. Hierzu verwenden wir in der projektiven kreativen Leibanamnese u. a. das Lebensspanorama nach Petzold (1993) und in der Praxis besonders die Lebenslinie nach Waibel (2022).

Erkenntnisse über die Entstehung chronischer Schmerzerkrankungen werden somit durch umfassende verbale, symbolische und projektive Informationen sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie (Theragnostik) systematisch in einem zirkulären Prozess gewonnen. Wir versuchen mit dieser Vorgehensweise, auf die „Archive des Leibes“ unter einem heuristischen Gedächtniskonzept zuzugreifen. Wir bezeichnen dies als transversales, integrales Leibgedächtnis (Waibel 2022), worin Wahrnehmungen auf der Grundlage der neuronalen bzw. zerebralen Ausstattung des Leibes ganzheitlich und differentiell, multimodal und intermodal bzw. holographisch abgespeichert werden können. Für eine vertiefte Auseinandersetzung verweisen wir hierzu auf das Konzept des informierten Leibes (Petzold 2011). Egle/Zentgraf (2021) verweisen gleichsam auf die sorgfältige bio-psycho-soziale Anamnese, die die biographische Entwicklung hinsichtlich Stress- und Resilienzfaktoren erfassen soll und damit mögliche Einflussfaktoren zur Schmerzentstehung und -verarbeitung verständlich macht. Durch diese erlebte Leibgeschichte, die von unserem Patienten nicht nur in der distanzierten Beschreibung geschildert wird, sondern in Bildern, Symbolen und We-

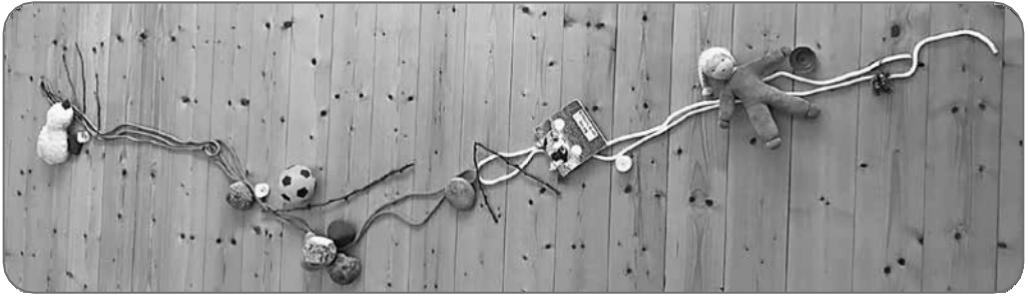


Abb. 2: Lebenslinie u. a. mit Naturmaterialien (nachgestelltes Bild)

gen erspürt, gefühlt und verstanden wird, öffnen sich die Speicher des Leib-Gedächtnisses.

Die Arbeit mit der „Lebenslinie“ ist sowohl in der Gruppen- als auch in der Einzelarbeit besonders gut geeignet, da sie im klinischen Rahmen gut erstellt, bearbeitet und jederzeit wiederhergestellt werden kann. Die Patientinnen legen hierbei zuerst ein oder mehrere Seile auf den Boden. Diese Seile stellen die Lebenslinie von der Geburt bis zum aktuellen Tag dar. Es empfiehlt sich, dass die Patientinnen ausgehend vom aktuellen Tag in kleinen Schritten noch einmal rückwärtsgehend (falls motorisch möglich!) ihre Lebenslinie abschreiten und die Szenen und Bilder vor einem Jahr, vor fünf Jahren, zehn Jahren usw. innerlich aufkommen lassen.

Nun werden beginnend von der Geburt an zunächst die Ressourcen, also die Quellen des Lebens, an einzelne Stationen des Lebensweges an die Lebenslinie gelegt. Diese Ressourcen können mit verschiedenen Gegenständen, die im Bewegungstherapieaum vorhanden sind, dargestellt oder, wenn möglich, auch als Naturmaterialien, z. B. Blüten, Äste usw., gesammelt werden. Die Arbeit an den Ressourcen wird bei allen psychotherapeutischen Methoden und Verfahren gerade bei Patientinnen mit traumatischer Genese als vorrangig und grundlegend betrachtet. In den weiteren Schritten wird dann auf die Konflikte, Defizite, Traumata etc. eingegangen.

Diese Symbolisierung gestattet es den Patientinnen, dass leibhaftig Erfahrenes in Distanz und ohne Differenzierung bzw. ohne genauere Betrachtung ausgedrückt werden kann. Die geschieht dann erst im laufenden Therapieprozess, bzw. manches wird nur schützend abgedeckt.

Die Lebenslinie ist nicht nur eine Aufreihung unverbundener Einzelerlebnisse, sondern diese werden als eine Textur erlebt, deren Muster und Regelmäßigkeiten ins Auge springen und deren Sinn sich dem Betrachtenden ganzheitlich erschließt. Es wirkt selbsterklärend, weil es in den Gegebenheiten des Lebens wurzelt. Der „Sinn“ von Schmerz erzählt sich dann schon häufig aus einer sinngebenden Aneinanderreihung kritischer Lebensereignisse, einem Fehlen und Mangel unterstützender Leiblichkeit und erschöpfter Ressourcen. Daraus können für den Therapieprozess hilfreiche und wirksame Interventionen abgeleitet werden, ohne dabei in vorschnelle monokausale Erklärungen („dieses Trauma bewirkt den heutigen Schmerz“) zu verfallen.

Unsere Vorgehensweise der prozessualen Therapie und Diagnostik (Theragnostik) von der Anamnese bis zur Intervention ist dabei stufenförmig in Rückkoppelungsprozessen angelegt (Abb.3).

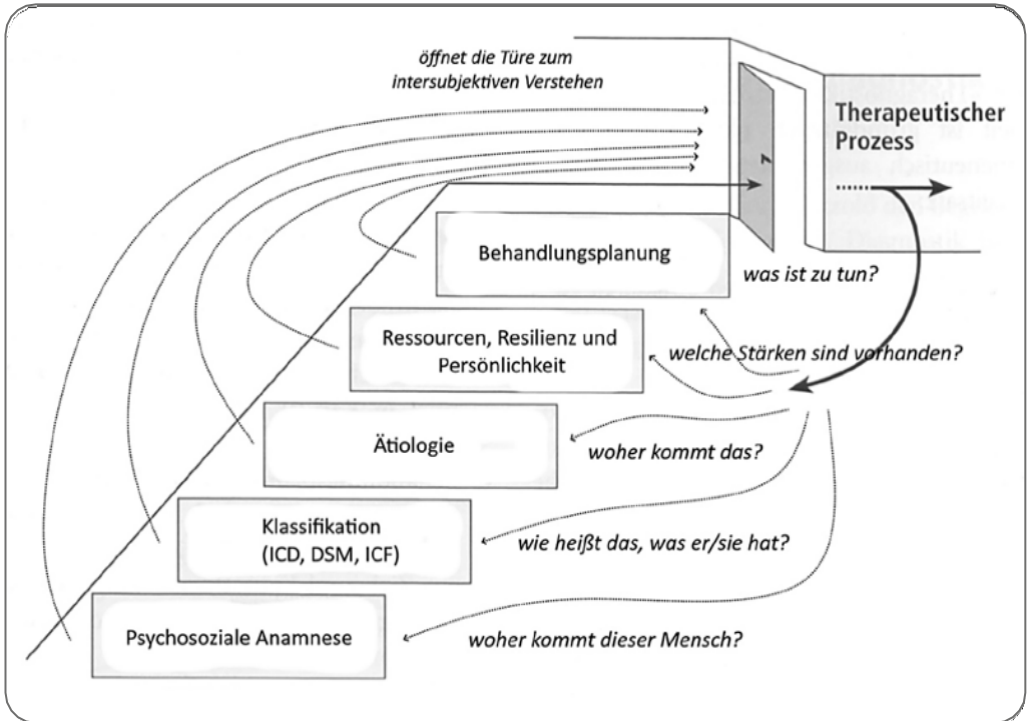


Abb. 3: Die fünf Module der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD)

### Zugang zu PatientInnen mit chronischem Schmerz

Das wichtigste Wirkmoment in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie bei PatientInnen mit chronischen Schmerzserkrankungen ist die therapeutische Beziehung. Wir sehen das nicht anders wie in der gesamten Psychotherapie und -forschung, wo Grawe et al. dies bereits 1994 aufgezeigt haben.

Die grundsätzliche Haltung ist hier die korrespondierende Intersubjektivität. Für uns ist Sein „Mit-Sein“ – der Mensch ist bezogen auf die Welt zum Mitmenschen. Das verbietet von vorneherein eine asymmetrische, distanzierte Haltung zu unseren PatientInnen. Wir gehen davon aus, dass eine „gute“ therapeutische Beziehung von guten zwischen- und mitmenschlichen Qualitäten gekennzeichnet sein sollte (Petzold et. al. 2018). Der therapeu-

tische Raum ist ein „gastlicher Raum“, damit die „erlebte Konvivialität“ (Orth 2011) eine heilsame Qualität entwickeln kann.

Unsere SchmerzpatientInnen haben in der Regel lange Karrieren hinter sich, in denen sie in der somatischen Medizin als schwierige PatientInnen behandelt wurden, teilweise mit dem Hinweis „Sie haben nichts“, „die Beschwerden sind ohne Befunde“ usw. In der Erstbegegnung sind sie daher oft misstrauisch, sehr zurückhaltend und bisweilen abweisend in der Kontaktaufnahme. Nicht selten passiert dann auch hier nochmals eine problematische Psychopathologisierung bei PsychotherapeutInnen in Form von schnellen Zuschreibungen. Dies ist möglicherweise ein impliziter Ausdruck der TherapeutInnen des eigenen Erlebens von Ohnmacht in der therapeutischen Beziehung.

**Beispiel**

Ich versuche, einer 47-jährigen Patientin im Vorbereitungsgespräch zur Integrativen Bewegungstherapie eine paar Informationen zum Ablauf, Sinn und Zweck der Therapie zu vermitteln. Die Patientin ist abweisend, will eigentlich gar nichts dazu hören, möchte nicht in die Gruppe und halte die ganze Therapie auch für sinnlos. Bei Durchsicht der Aufnahmeakte sehe ich viele Vermerke in den Vorbefunden von „mangelnder Krankheitseinsicht“, „keiner Therapiemotivation“, „schlechter Compliance“ usw.

Da es jedoch bei uns in der stationären Therapie üblich ist, dass sie alle Therapien mitmachen „sollte“, wenn es keine ausgesprochene Kontraindikation gibt, vereinbaren wir eine 2-wöchige Eingewöhnungszeit.

Die Patientin spricht auch in der IBT-Gruppe sofort an, dass sie nicht mitmachen möchte und ob sie gleich gehen könne. In der Eingangsrunde der Gruppe erlebt sie nun jedoch viel Mitgefühl und Verständnis für ihr Verhalten. Sie muss auch nicht mitmachen, darf sich einen schönen Raum bauen und kann einfach mal zusehen. Einige in der Gruppe geben ihr aber deutlich zu erkennen, dass sie sehr willkommen sei und sie sich über ihre Anwesenheit freuen (Konvivialität). Aussagen wie „Ich war am Anfang auch so“ kommen aus der Gruppe. Dieser gastliche Raum wirkt. Am Ende der Therapie erzählt die Patientin fast schon rechtfertigend, wie sie immer wieder Entwertungen bzgl. ihrer schmerzhaften Krankheits-symptome vom Hausarzt über den Facharzt bis hin zu orthopädischen Rehaaufenthalten erlebt habe. Dann habe man sie in die „Psychoklatschen“ gesteckt. Eine junge Psychologin habe zu ihr gesagt, sie sei ein desorganisierter Bindungstyp. Das könne man sofort erkennen. Das sei die Grundlage ihrer Beschwerden, und das würden wir hier ändern.

Geuter nimmt in seinen Schriften zur Körperpsychotherapie (2015, 2019) vielfach Bezug auf die verbindende und heilsame Ebene in

der Beziehung zu den PatientInnen, die sich nicht nur als therapeutisches Verhalten beschreiben lässt, „sondern als eine Qualität, mit dem anderen zu sein, und die darauf beruht, sich auf seinen inneren Zustand einzuschwingen“ (Geuter 2015, 230). Die heilsame und fördernde Beziehung in der Therapie, die auf zwischenleiblicher wechselseitiger Empathie aufbaut, und die wohlwollende und ermutigende Persönlichkeit der TherapeutIn können somit von unseren Patientinnen aufgenommen und „eingeleibt“ (Schmitz 2019) werden.

Arbeiten wir mit dem Thema „Schmerz“ in der Gruppe, dann kommt es schnell zu ausführlichen Schilderungen. Patientinnen übertreffen sich gegenseitig in ihren Darstellungen zu Schmerz, über unzulängliche Behandlungen und über Beschämungen durch das Personal. In der therapeutischen Arbeit führt dies unweigerlich in eine „Sackgasse“.

Vordergründig, so konnte ich in der jahrelangen praktischen Arbeit beobachten, ist aber für alle ein gemeinsames Thema: *Stress*. Stress ist nicht nur verantwortlich für die Entstehung chronischer Schmerzen, sondern triggert die Intensität, führt zur Aufrechterhaltung dauerhafter Schmerzen und wird letztendlich eingeleibt bzw. ist mitunter genetisch vorprogrammiert. Egle (2020) beschreibt, wie Stress eine zentrale modulierende Rolle sowohl bei der Schmerzentstehung als auch Schmerzverarbeitung hat. Das Thema „Stress“ ist im Gespräch ein unbefangenes Thema. Darüber ist es einfach, mit den Patientinnen in Kontakt und in eine therapeutische Arbeit zu kommen.

### ***Die Stressampel: ein phänomenologisch-hermeneutisches Modell für Diagnostik und Intervention***

Die „Stressampel“ ist ein sehr einfaches, aber wirksames und für die PatientInnen sehr anschauliches und nachvollziehbares Erfahrungs-



angebot, das gerade auch in Kurzzeitherapien in der Praxis bzw. in der Reha-Psychosomatik gut angewendet werden kann. Es kann ebenso als phänomenologisches Stress-Diagnostikum eingesetzt werden. Die Übung ist einfach durchzuführen und hat eine klar strukturierte Vorgehensweise. Sie funktioniert nach dem Ampelprinzip: grün > gelb > rot.

Man nimmt hierzu drei entsprechend farbige Seile und legt diese in einem Abstand von ca. einem Meter auseinander. Zunächst das grüne, dann das gelbe und schließlich das rote Seil. Somit erhält man drei Räume, in die man eintreten kann: in den grünen Raum (Wohlfühlraum, sicherer Raum), den gelben

Raum (Raum des Stresses, Körperreaktionen) und den roten Raum (sehr gefährlich, Stress wird zum evtl. krankmachenden oder schwer belastenden Begleiter mit Körpersymptomen, chronischen Erkrankungen etc.).

#### Diagnostische Phase

Zunächst bittet man die Patientin, sich dorthin zu stellen, wo sie ihrer Meinung nach gerade im Leben steht. Der Auftrag kann je nach Fokus unterschiedlich formuliert oder spezifiziert werden, z. B.: „Welche Stressintensität herrscht an Ihrem Arbeitsplatz? Wie erleben Sie Stress in Ihrer Beziehung? Welchen Stress erleben Sie, wenn Sie Verwandte einladen?“

*Einspüren/Ausloten:* Die Patientin bekommt genügend Zeit zur Orientierung, zum Ausprobieren und um sich in die Situation einzuloten und ihren Platz zu finden. Die Selbstwahrnehmung wird gefördert durch eine einfühlsame und ruhige Anleitung zur Interozeption (Bauchgefühl, Herz, Atmung, Muskelspannung, Herzschlag). Ebenso soll die Stimmung, die Atmosphäre wahrgenommen werden. Es wird zunächst auf das eigenleibliche Spüren fokussiert (Schmitz 2007).

*Wahrnehmen und Erfassen:* Nun erfolgt ein Bewusstmachen und Aufarbeiten der aktuellen Position durch die Förderung der Selbstbewusstheit der Patientin mit gezielten Hinweisen und Fragen der wahrgenommenen Phänomene durch den Therapeuten. Das sind zum einen die sichtbar gewordenen Mikrobewegungen (Mimik, Motorik, Gestik, Atmung usw.), zum anderen Beobachtungen des aktuellen Standes: „Haben Sie bemerkt, wie Sie die Luft angehalten haben, als Sie sich Richtung roter Linie bewegt haben? Ist Ihnen Ihre Unterkieferspannung bewusst geworden, als Sie in das grüne Feld eingetreten sind? Sie stehen in Gelb und schauen in Richtung Grün, wie geht es Ihnen hierbei?“ Oder: „Sie haben sich ganz schnell an die rote Grenze bewegt.“ Hier liegt somit zum einen ein besonderes Augenmerk auf den Mikrobewegungen des Leibes. Der Leib drückt

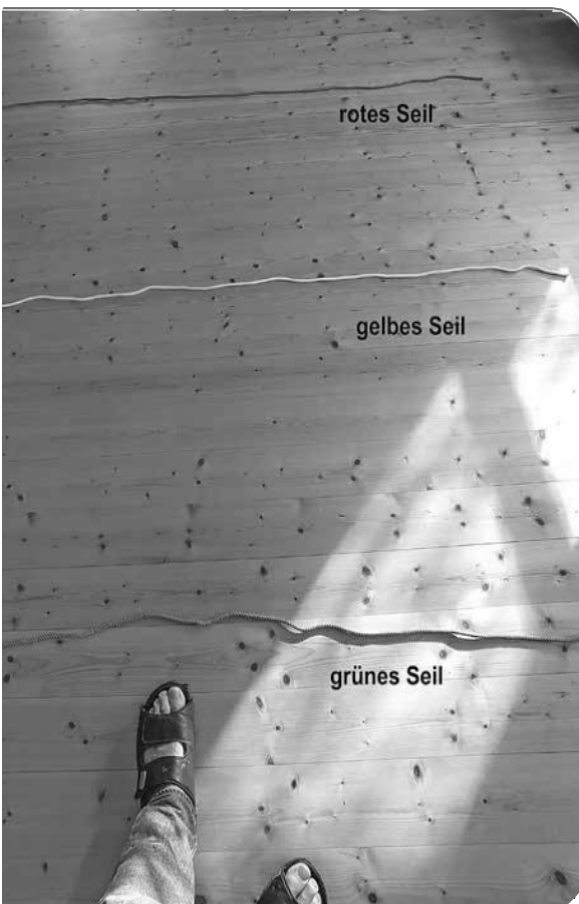


Abb. 4: Die Stressampel

mehr und anderes als das Bewusstsein der Patientin aus. Je nach Therapiestand ist es aber auch zunächst sinnvoll, nur mit dem aktuellen Stand im Raum auf der kognitiven und vorsichtig körperlich-emotionalen Ebene zu arbeiten.

*Wünsche nach Veränderung* können eine weitere gute und hilfreiche Intervention sein, insbesondere in der Anfangsphase, wenn auf keinen Fall zu sehr vertiefend gearbeitet wird, z. B. „Ich möchte mich von Rot wegdrehen und Richtung Grün gehen“ oder „Ich möchte weniger Stress haben“: Was bedeutet das in der Bewegung, und welche Konsequenzen sind damit verbunden?

*Transfer:* Abschließend geht es darum, den Veränderungswunsch in Form der leiblichen Bewegtheit und Bewegung auf das konkrete Leben zu beziehen. „Wie machen Sie das in der Realität, sich von Rot wegzudrehen und sich in Richtung Grün zu bewegen? Was hätte das für Konsequenzen?“

*Schluss:* Es empfiehlt sich immer am Ende einer Einheit, eine ressourcenstärkende Bewegung, Haltung oder Platz einzunehmen (systematische Ressourcenaktivierung, z. B. mit einem neuen Embodiment). „Wie geht es mir eigentlich, wenn ich im grünen Bereich wandeln würde?“

#### Behandlungsbeispiel

Die 43-jährige Patientin betont, als sie in die Gruppe kommt, dass sie eine ganz klare medizinische Diagnose habe, und zwar Fibromyalgie. Hier in der Psychoklinik sei sie falsch, denn Fibromyalgie habe mit der Seele nichts zu tun, das sei eine eindeutige körperliche Erkrankung mit klaren Schmerzpunkten. Sie erklärt die Triggerpoints. Im Internet habe sie auch gelesen, dass besonders „Psychos“ fälschlicherweise daraus eine „Psychodiagnose“ machen würden, und davor solle man sich klar schützen.

Wir arbeiten in dieser Stunde mit dem Thema Stress, und erstaunlicherweise ist sie daran sehr interessiert. Die Stressampel kann sie gut verstehen. „Stress hat ja jeder, und das habe

mit ‚Psycho‘ eigentlich auch nichts zu tun“, so ihre Aussage. Sie kann sich sogar auf eine Übung einlassen, in der es darum geht, was besonders im Alltag für die / den Einzelnen Stress auslöse. Sie sagt: wenn die Verwandten am Sonntagnachmittag zu Besuch kommen. Da hätte sie viel zu tun, sei ungeheuerlich angespannt. Ich frage sie, wo auf der Stressampel sie dann stehe. Sie lacht und sagt „tief in rot“ und stellt sich dort auch gleich hin. Ihre MitpatientInnen sind irritiert über die Leichtigkeit ihrer Aussage und der tatsächlichen Situation, die sie so gar nicht nachempfinden können. Eine Mitpatientin sagt: „Aber da muss es dir doch richtig schlechtgehen, da müsstest du doch starke Schmerzen haben.“ Die Patientin zuckt kurz mit den Schultern, dann wird sie von ihren Gefühlen überwältigt und rennt aus der Gruppe.

Es ist der Beginn einer guten klinischen Therapie, in der sie allmählich ihren eigenen Anspruch an Perfektionismus, negativem Denken und mangelndem Selbstwert erkennen und erspüren kann. Später merkt sie, wenn sie ins das gelbe Feld geht, dass die damit verbundenen Schmerzen stärker werden. Das beeindruckt sie sehr. Ressourcenstärkende Maßnahmen helfen ihr zunächst, um vertiefend die Hintergründe der komplexen Schmerzerkrankung zu erfahren. Sie kann am Ende der Therapie mit erheblich reduziertem Schmerzerleben, mit guten Vorsätzen zur Beziehungsveränderung und einem Hinweis zur ambulanten Psychotherapie entlassen werden. „Psycho“, „rein körperliche Erkrankung“ und die damit verbundenen Entwertungen sind kein Thema mehr.

#### Fazit

Die Schmerz- bzw. Stressregulierung ist bei chronischen Schmerzerkrankungen zumeist mit einer mangelnden bio-psycho-sozial-ökologischen Selbstregulierung verbunden. Die Ursachen hierfür sind in frühen und lebenslaufbezogenen überfordernden Stresserfahrungen

der betroffenen Patientinnen zu suchen, deren leib- und lebensgeschichtlichen Erfahrungen sich unter anderem in epigenetischen Veränderungen manifestieren können (Egle 2020; Brunner 2017). Daher ist auf die Entwicklung und Förderung einer individuell verbesserten alltäglichen Stressregulierung ein besonderes Augenmerk zu richten. Oft geht es zunächst darum, den Patientinnen die Stressursachen bewusst zu machen, diese wiedererleben zu lassen, möglicherweise durcharbeiten und neue wirksame Mittel der Stressregulierung auszuprobieren. In der Körper, Leib- und Bewegungstherapie haben wir hierzu ein riesiges Arsenal an Behandlungsmöglichkeiten.

Mit der Stressampel ist es möglich, augenblickliche Situationen, Belastungen, Krisen, Konflikte vertiefend zu bearbeiten. Für die Schmerzpatientinnen ist es auch eine Möglichkeit, mit dem vorhandenen Stress besser umgehen zu lernen, mit Stresssituationen zu experimentieren, erworbene Ressourcen gezielt einzusetzen oder neue Embodiments zu nutzen, um Situationen besser bewältigen zu können.

## Literatur

- Backmann, U., Waibel, M. J. (2019): Trauma und Schmerz. Überlegungen und therapeutische Ansätze der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) und der Integrativen Bewegungstherapie (IBT). In: [www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=waibel-festgabe-fuer-univ-prof-dr-mult-hilarion-g-petzold-75-geburtstag-homo-absconditus-IBT-01-2019-1.pdf](http://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=waibel-festgabe-fuer-univ-prof-dr-mult-hilarion-g-petzold-75-geburtstag-homo-absconditus-IBT-01-2019-1.pdf), 9.8.2023
- Brunner, J. (2017): Psychotherapie und Neurobiologie: neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, <https://doi.org/10.17433/978-3-17-029970-2>
- Egger, J. W. (2015): Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: ein biopsychosoziales Modell. Springer, Wiesbaden, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5>
- Egle, U. T. (Hrsg.) (2020): Neurobiologische Grundlagen und Risikofaktoren bei stressinduzierten Schmerzzuständen. In: Egle, U. T., Heim, C., Strauß, B., von Känel, R. (Hrsg.): Psychosomatik – neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert: ein Lehr- und Handbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 393–401
- Egle, U. T., Zentgraf, B. (2021): Psychosomatische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. 3. Aufl. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036796-8>
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196, 129–136, <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1959): Psychogenic pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine* 26 (6), 899–918, [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(59\)90212-8](https://doi.org/10.1016/0002-9343(59)90212-8)
- Geuter, U. (2015) Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Springer, Berlin / Heidelberg
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Heinl, H. (1998): Behandlungsergebnisse bei Integrativer Therapie. In: Riedel, H., Hennigsen, P. (Hrsg.): Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Grundlagen – Therapiekonzept – offene Fragen. Selbstverlag der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule“, Blieskastel, 103–138
- Heinl, H., Spiegel-Rösing, I.-S. (1978): Integrative Gestalttherapie und Orthopädie. *Integrative Therapie* 10, 58–65
- Herkert, J. (2021): Integrative Regulation von Spannung / Entspannung (IDR) in der Arbeit mit Schmerzpatient:innen im Bereich der Psychoonkologie. In: [www.fpi-publikation.de/polyloge/30-2021-herkert-j-integrative-regulation-von-spannung-entspannung-idr-in-der-arbeit-mit-schmerzpatientinnen-im-bereich-der-psychoonkologie](http://www.fpi-publikation.de/polyloge/30-2021-herkert-j-integrative-regulation-von-spannung-entspannung-idr-in-der-arbeit-mit-schmerzpatientinnen-im-bereich-der-psychoonkologie), 20.3.2022
- Hölzer, M., Wöller, W., Berberich, G. (2018): Stationäre Psychotherapie. Von der Anmeldung bis zur Entlassung. Schattauer, Stuttgart
- Ludwig, H. (2013): Bewegungstherapie bei chronischen Schmerzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der Integrativen

- Supervision. In: [www.fpi-publikation.de/supervision/04-2013-ludwig-hermann-bewegungstherapie-bei-chronischen-schmerzen-im-rahmen-der](http://www.fpi-publikation.de/supervision/04-2013-ludwig-hermann-bewegungstherapie-bei-chronischen-schmerzen-im-rahmen-der), 20.3.2022
- Orth, I. (2011): Weibliche Identität und Leiblichkeit. Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis. In: Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (Hrsg.): *Ge-wissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben: Werte und Themen moderner Psychotherapie*. Wolfgang Krammer Verlag, Kleinriedenthal, 245–278
- Orth, I. (1994): Der „domestizierte Körper“ – Die Behandlung „beschädigter Leiblichkeit“ in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie 2*. In: [www.fpi-publikation.de/integrative-bewegungstherapie/02-1994-orth-i-der-domestizierte-koerper-die-behandlung-beschaedigter-leiblichkeit-in](http://www.fpi-publikation.de/integrative-bewegungstherapie/02-1994-orth-i-der-domestizierte-koerper-die-behandlung-beschaedigter-leiblichkeit-in)
- Osten, P. (2019): *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)*. Fakultas, Wien, <https://doi.org/10.36198/9783838550886>
- Petzold, H. G. (2011): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. In: [www.fpi-publikation.de/polyloge/08-2011-petzold-h-g-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-in-der-integrativen-therapie](http://www.fpi-publikation.de/polyloge/08-2011-petzold-h-g-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-in-der-integrativen-therapie), 7.7.2023
- Petzold H. G. (1993): *Integrative Therapie*. 3 Bände. Junfermann, Paderborn
- Petzold, H. G. (1988): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Junfermann, Paderborn
- Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (Hrsg.) (2018). *Die Neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie. Band I: Grundlagen Garten- und Landschaftstherapie*. Aisthesis, Bielefeld
- Schmitz, H. (2019): *System der Philosophie – 10 Bände im Schubert*. Verlag Karl Alber, Baden-Baden
- Schmitz, H. (2007): *Der Leib, der Raum und die Gefühle. Um eine Vorrede vermehrte und akt.* Neuaufl. Aisthesis, Bielefeld
- Stefan, R. (2020): *Zukunftsentwürfe des Leibes: Integrative Psychotherapiewissenschaft und kognitive Neurowissenschaften im 21. Jahrhundert*. Springer, Wiesbaden, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27924-0>
- Varela, F.J., Thompson, E., Rosch, E. (2016): *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Rev. Ed. MIT Press, Cambridge / London, <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262529365.001.0001>
- Waibel, M. J. (2023): *Körperpsychotherapie bei chronischen Schmerzen. Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)*. Schattauer, Stuttgart
- Waibel, M.J. (2022): *Integrative Leib- und Bewegungstherapie*. *Schmerz. Therapie 5 (3)*, 122–128, <https://doi.org/10.1055/a-1839-8168>
- Waibel, M. J. (1993): *Integrative Bewegungstherapie bei Wirbelsäulenbeschwerden*. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 38*, 303–310
- Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (2009): *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Schattauer, Stuttgart
- Willert, H.-G., Wetzell-Willert, G. (1991): *Psychosomatik in der Orthopädie*. H. Huber, Bern u. a.



Martin J. Waibel  
MSc Psychotherapie, Dipl.  
Sup., Dipl. Sozialarb. arbeitete in seiner 41-jährigen klinischen Berufspraxis mit unterschiedlichsten Schmerzsyndromen. Sein aktuelles Buch „Körperpsychotherapie bei chronischen Schmerzen“ ist 2023 erschienen.



Martin J. Waibel  
Im Obstgarten 6 | D-88326 Aulendorf  
[info@mjwaibel.de](mailto:info@mjwaibel.de)