

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale 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 biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

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

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

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

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

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

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

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 27/2017

**Integrative Leibtherapie - Thymopraktik,
die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl
Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG**

*Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Düsseldorf (1993e/2017).**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (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>). Diese Arbeit hat die Sigle 1993e und ist erschienen in: *Petzold, H.G., Sieper, J.*(1993a): Integration und Kreation, Bd. 2, Paderborn: Junfermann, S. 519-536.

Zusammenfassung: Integrative Leibtherapie - Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl – Konzepte und Weiterbildung

Der Text stellt in kompakter Form Konzepte nicht-reichianischer, körperorientierter (Psycho)therapie vor, wie sie am FPI - EAG von *Petzold, Orth, Heint* unter dem Namen „Thymopraktik“ – die Arbeit mit tiefen Emotionen und Empfindungen durch „eigenleibliches Spüren“ – entwickelt wurde und gelehrt wird.

Schlüsselwörter: Leib, Thymopraktik, körperorientierte Therapie, Integrative Bewegungsarbeit, Integrative Therapie

Summary: Integrative Body Therapy – Thymopractice, Working with Corporeality, Movement and Emotionality – Concepts and Training

This concise text is presenting concepts of Non-Reichian body oriented (psycho)therapy as it has been developed by *Petzold, Orth, Heint* under the name „Thymopraktik“ and is taught at FPI - EAG . It is work with deep emotions and sensations by „bodily self experiencing“.

Keywords: Phenomenal Body, Thymopractice, Body Oriented Therapy, Integrative Movement Work, Integrative Therapy

„... es gibt keine körperlichen und keine seelischen Leiden, sondern beides ist dasselbe“
(Georg Groddeck).

Definitionen:

»Thympopraktik ist die Praktik des thymos, der Umgang mit Regungen und Empfindungen des Leibes mit den dazugehörigen Emotionen, Stimmungen, Gedanken, Begriffen, Bewertungen, Volitionen, Phantasien und Erinnerungen in ihrer Bezogenheit auf Szenen, Ereignisse, Menschen, soziale Zusammenhänge. Thympopraktik ist in diesem Sinne ganz eigentlich beziehungsorientierte, 'leibgegründete Emotionsarbeit' in Kontext und Kontinuum und zielt auf den differenzierten Umgang mit Empfindungen, Gefühlen, Stimmungen und den zugehörigen Kognitionen und Verhaltensweisen« (Petzold 1970c, 1).

»Integrative Leib- und Bewegungstherapie als „Thympopraktik“ ist ein Verfahren phänomenologisch und tiefenhermeneutisch begründeter Behandlung, die den Menschen in seiner Ganzheit, seiner körperlichen Realität, seinen seelischen Regungen, seinen geistigen Strebungen und seinem sozialen und ökologischen Eingebundensein zu erreichen sucht. Sie gründet auf der anthropologischen Annahme, daß der Leib als ganzer die Person ist. Ihre Praxis besteht deshalb in der gezielten und theoriegeleiteten Beeinflussung von Haltungen, Verhalten und sozialen Kontexten, d. h. von somatomotorischen, emotionalen, kognitiven und sozialen „Stilen“ des Leib-Subjektes im Rahmen einer therapeutischen Beziehung. In dieser arbeiten Therapeut und Patient zusammen daran, *S i n n* zu erfahren, *m i t e i n a n d e r E i n s i c h t* zu gewinnen und ein Klima herzustellen, in dem „korrigierende emotionale Erfahrungen“ und „alter-

natives Erleben“ möglich werden, so daß Krankheit geheilt, Leiden gelindert, Gesundheit aufgebaut und persönliches und zwischenmenschliches Wachstum gefördert wird« (Petzold).

Die Entwicklung „komplexer Bewußtheit“, der perzeptiven, memorativen und expressiven Fähigkeiten und Fertigkeiten des Leibes, wo immer sie beeinträchtigt oder verloren wurden, ist eines der Hauptziele der Behandlung, die in Sonderheit auf die Veränderung von Verhaltensformen und von Persönlichkeitsstrukturen gerichtet ist, wie sie sich z. B. in muskulären Verspannungen, dysfunktionalen Atmungs-, Bewegungs- und Kommunikationsmustern als Niederschlag pathogener biographischer Erfahrungen zeigen.

Diese Zielsetzungen können erreicht werden durch kognitive Neu- oder Umbewertungen durch einsichtsorientiertes Durcharbeiten von Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellationen, Widerständen, Abwehrmechanismen, durch Prozesse der Nach- und Neusozialisation, z. B. im Sinne „emotionaler Differenzierungsarbeit“ und durch Solidaritätserfahrungen, Interventionen, die auf der Grundlage einer konsistenten Theorie von Gesundheit und Krankheit stehen müssen. Sie erfordern eine elaborierte Praxeologie der Deutung und Erlebnisaktivierung, weiterhin körperorientierte, psychologische und sozio-kommunikative Methoden, Techniken und Medien, und sie umfassend konfliktzentriert-aufdeckende, erlebniszentriert-stimulierende, übungszentriert-funktionale Modalitäten des therapeutischen Prozedere. Die Breite des praxeologischen Ansatzes befähigt leiborientierte Therapeuten mit dem physischen, phänomenalen und dem sozialen Leib zu arbeiten, d. h. dem Leib-Subjekt in seiner Totalität.

LEIBLICHKEIT

Die „Integrative Therapie“ verstand sich seit ihren ersten Ansätzen als ein leiborientiertes Behandlungsverfahren. Mit dem Leibbegriff wurde der Versuch unternommen, den Dualismus und die Innen-/Außentrennung zu überwinden, die die traditionelle Psycho-Therapie und Psychosomatik schon von der Begrifflichkeit her bestimmten. Dies war kein einfaches Unterfangen. Sie stand einerseits in der Tradition der philosophischen Leibphänomenologie – hier sind als Gewährsmänner *G. Marcel*, *M. Merleau-Ponty*, *H. Plessner*, *F.J.J. Buytendijk* und *H. Schmitz* zu nennen –, aber auch in einem tiefenpsychologischen Diskurs, der an *Ferenczis* „aktiver und elastischer Technik“ und am kreativen, ganzheitlichen „ES-Konzept“ von *Georg Groddeck* ausgerichtet ist (*Heinl* 1986; *Knappe-Richter* 1989), durch den *Groddeck* (1923, 1982, 1987, 1988) im Gegensatz zur *Freud*-schen Doktrin vom „schlechten ES“ einen Begriff bereitstellte, mit dem das Leib-Seele-Problem überwunden werden sollte. „Das ES umfaßt bewußt und unbewußt, Ich und Triebe, Körper und Seele, Physiologisches und Psychologisches. Dem ES gegenüber gibt es keine Grenzen zwischen Physischem und Psychischem. Beides sind Äußerungen des ES, Erscheinungsformen“ (*Groddeck*). Genauso wird in der Integrativen Therapie das „phänomenale Leib-Selbst“ gekennzeichnet. *Freud* hatte die geniale Intuition *Groddecks* in diesem Punkte nicht verstanden (vgl. Brief vom 5.6.1917, *Freud, Groddeck* 1970); er lieb – wie die Psychoanalyse insgesamt – dem dualistischen Diskurs verhaftet. Der Leib als „*transmaterielle*“ Wirklichkeit (von Perzeptionen, Informationen, Memorationen), die ihren Grund im *materiellen* Substrat des lebendigen Organismus hat, ist die Basis aller Lebensprozesse, die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt und damit der Anfangspunkt und Endpunkt des Lebens und allen therapeutischen Handelns (*Iljine* 1942). Eine solche Auffassung, die eine – im Sinne von *Popper* – Interaktion zwischen materieller und transmaterieller

Welt affirmiert, also einen *emergenten, differenziellen und interaktionalen Monismus* vertritt, hat nicht nur in philosophischer Hinsicht Bedeutung, sondern steht als anthropologische Hintergrundtheorie für die Praxis des integrativen therapeutischen Ansatzes. Sie hat also behandlungspraktische Konsequenzen, nicht zuletzt die, daß wir eine „*Integrative Therapie*“ vertreten und nicht nur eine integrative *Psychotherapie*, die mit psychologischen Mitteln psychische Probleme zu beeinflussen sucht. Der Mensch als Leib-Subjekt muß in allen Dimensionen der Leiblichkeit (Körper, Seele, Geist, Soziales, Ökologisches) berührt werden, nur dann wird er nicht fragmentiert, nur dann können wir von einer *ganzheitlichen* und zugleich *differenziellen* Therapie sprechen. Die *Berührung* (*Eisler* 1991) ist in einem umfassenden Sinne zu verstehen. Sie hat zuerst eine genuin leibliche Qualität: Haut an Haut. Aber auch emotionales Berührtsein, ein Mitschwingen ist gemeint, weiterhin auch ein Gepacktsein von einem faszinierenden Gedanken, von einer Idee, die mich ergreift, und natürlich das Berührtsein von einem Menschen, dessen Schicksal betroffen macht, das mich in tiefster Seele und tiefstem Herzen – also im Kern *leiblich* – berührt. Seelisches ist nicht leibentoben. Es ist ohne Leiblichkeit eigentlich nicht denkbar, es sei denn, wir verweisen die Seele ausschließlich in den Bereich metaphysischer Unsterblichkeitsvorstellungen und machen sie dadurch ungreifbar und unzugänglich. „Betroffenheit in tiefster Seele“ ist ein eminent leibliches Geschehen und nur als solches be-greif-bar.

Mit all diesen Fragen befassen wir uns in der Integrativen Therapie in konzeptueller und in interventiver Hinsicht. Der Leib als *Archiv* und *Chronik* meiner Geschichte, der alle Widerfahrnisse des Lebens – gute wie belastende – in sich aufgenommen hat, der Haltungen *eingeleibt* hat, Rollen *verkörpert*, wird im therapeutischen Handeln der Ort, an dem Veränderung geschehen muß, genauso wie er in widrigen Lebensereignissen der Ort war, an dem sich Probleme eingegraben, niedergeschlagen haben bis hin zur Deformierung von Leiblichkeit.

So wird es erforderlich, je tiefer biographische Schrecken in den Leib eingegraben sind, je basaler die zwischenleibliche Kommunikation in der Primärgruppe gestört war, ganz konkret den Leib mit in die Behandlung einzubeziehen, nicht nur im Sinne einer „Körpertherapie“, die auf die Beeinflussung organismischer, physiologischer Prozesse gerichtet ist, sondern als Therapie, die darum weiß, daß man einen Menschen berührt, wenn man einen **L e i b** anfaßt (Dürckheim 1974) und nicht nur oder überwiegend einen Organismus, *human flesh and blood* und nicht *meat, chair humaine* und nicht *viande*. Der **L e i b** als der Ort, in dem die Lebensgeschichte mit ihren positiven und negativen, pathogenen und salutogenen Ereignissen eingeschrieben ist, der *chains of adversive events* und *chains of protective factors* ausgesetzt war (Petzold, Schuch 1991; Petzold, Goffin, Oudhof, dieses Buch), muß in einer ganzheitlichen Behandlung in spezifischer Weise „in die Hand genommen“ werden, und dies nicht in physiotherapeutischer Absicht, zentriert auf muskuläre Verspannungsmuster, sondern als subjektive Realität eines Menschen, der konkret erfüllt ist von Regungen, Empfindungen, Bewegungen, *emotions*. Diese drücken sich in Mimik und Gestik, in Haltung und Bewegung aus, und das verlangt eine Praxis, die Verbales und Nonverbales, Materielles und Transmaterielles zu verbinden weiß: *Thymopraktik*, der *praktische* Umgang mit den leiblichen Regungen, dem *thymos*, der sich regt, bewegt in den Ausdruck drängt.

BEWEGUNG

Durch die grundsätzliche Intentionalität des Leibes, der mit seiner sensorischen und motorischen Ausstattung auf die Welt gerichtet ist, von dem Faktum her, daß der Leib als lebendiger auch stets bewegter, emotiver, sich bewegender ist – das Atmungsgeschehen macht dies deutlich – von der ständigen Mitbewegung mit den Geschehnissen des Feldes her, wird es notwendig, einen „*relationalen Bewegungsbegriff*“ zu konzipieren, der nicht nur den Organismus als

Initiator von Bewegung sieht, sondern diese aus der *Konvergenz vielfältiger Kräfte im Feld* entstehen läßt. Der Organismus ist Teil des Feldes, der Leib ist Teil der Szene, und da dieser Kontext nie statisch ist, vielmehr in ständiger Bewegung, sind die Bewegungen des Leibes und seine E-motionen stets *kommutibel*.

Die Leibtheorie der Integrativen Therapie ist damit in ein komplexes Geflecht sich wechselseitig bedingender Bezüge gestellt: einerseits über das ontologische Koexistenzaxiom von *Gabriel Marcel*, andererseits über die phänomenologische Wahrnehmungstheorie *Merleau-Pontys*, der auf die Verschränkung von leiblicher Wahrnehmung und wahrnehmbarer Lebenswelt mit dem Konzept des „*être-au-monde*“ abstellt, und schließlich über die ökologische Theorie der Wahrnehmung von *Gibson*, in der durch die Beiziehung der Ansätze von *Bernstein* und ihre Ausarbeitung durch *Turvey, Kugler, Kelso, Schmidt* o. a. Sensorik, Motorik, Emotion/Motivation und Ökologie verschränkt sind. Der Bewegungsbegriff der Integrativen Therapie ist daher nicht nur ein *sensu-motorischer*, er ist ein *e-motionaler* und ein auf *kognitive „fluency“* gerichteter. Er ist deshalb nicht eindimensional auslegbar, sondern komplex und vielschichtig, ein *Synergem*, wie das Phänomen der Bewegung im ökologischen und sozialen Rahmen selbst. Er ermöglicht *Differenzierungen* und verlangt nach *Integration*, ja er lebt aus der Dialektik dieser beiden Größen (Petzold 1991a). Der Leib als lebendiger, als bewegter, bewegender, sich bewegender, als wahrnehmender, fühlender und handelnder verlangt zwingend die Überschreitung statischer Deskriptionsmerkmale. Als „Leib in der Zeit“, der wächst, reift, aber auch abnimmt und vergeht, ist er Ausdruck der generellen *Lebensbewegung*, an der er partizipiert, und zwar auf unterschiedlichen Niveaus und in unterschiedlichen Qualitäten. Bewegung als Lokomotion, als Fortbewegung einer physikalischen Masse im Raum, Bewegung als sensumotorische Verschränkung, Bewegung als inneres Bewegtsein, wie es im Wort „*e-motio*“ deutlich wird, Bewegung als „*geistige Beweglichkeit*“ oder „*social movement*“,

das sich in konkreten leiblichen Hinwendungen und Abwendungen zeigt, bietet einen Verständnishintergrund für die Explikation therapeutischen und pädagogischen Handelns „vom Leibe her“. Leibtherapie kommt ohne Verständnis von Bewegung nicht aus, Bewegungstherapie nicht ohne Verständnis von Leiblichkeit. Es handelt sich um zwei Wirklichkeiten, die sich wechselseitig auslegen und in ihrem Zusammenwirken die Möglichkeiten bieten, den Menschen als ganzen in seiner sozialen und ökologischen Realität zu verstehen. So wird neben dem „*integrativen und differentiellen Leibbegriff*“, wie er in der Integrativen Therapie entfaltet wurde (Petzold 1985g), auch ein „*integratives und differentielles Bewegungskonzept*“ zur Grundlage leib- und bewegungstherapeutischen Handelns gemacht werden müssen (idem 1989h; Meijer 1988). In einem solchen Ansatz wird die Bewegungslehre nicht von der Bewegung als abstraktem Handlungsablauf her entwickelt, sondern von der Bewegung als subjektivem Handlungsvollzug in einer gegebenen lebensweltlichen Realität. Diese Perspektive unterscheidet die *Bewegungslehre* der Integrativen Therapie von der Bewegungslehre bestimmter tanztherapeutischer (z. B. *Laban*), gymnastischer (z. B. *Bodé*), sportpädagogischer (z. B. *Rieder*) Orientierungen, die die „Bewegung als solche“ betrachten und sie – zum Teil im Bezug auf die funktionale Anatomie und Biomechanik – zur idealtypischen Form stilisieren, zu „gesunden, natürlichen, richtigen Bewegungsabläufen“, die sich das kranke, unnatürliche, fehlbewegende Subjekt anzueignen habe. Mit einem solchen Hintergrundkonzept werden dann manche Verfahren geradezu zum Prokrustesbett für die Patienten und Klienten, die sich in eine solche *Bewegungsnorm*, eine solche normierte Vorstellung von Bewegung einpassen müssen. Diese Perspektive der Thymopraktik, der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie steht auch Orientierungen zurückhaltend gegenüber, die von der Vorstellung einer „authentischen Geste oder wahrhaftigen Bewegung“ ausgehen, erfüllt von „wahren Gefühlen“, und dabei in der Gefahr stehen, „normierte Authentizität“

oder „kalibrierte Wahrhaftigkeit“ zu produzieren, weil das Moment der kulturellen und sozialen Vielfalt von Bewegungsqualitäten nicht ausreichend berücksichtigt wird. Der ökologische, soziale, kulturelle Raum gestaltet durch seine Charakteristik, seinen „*Aufforderungscharakter*“ (*Lewin*) seine „*demand quality*“ (*Koffka*) oder sein „*Strukturgerüst*“ (*Arnheim*) Bewegung, ja die Charakteristik der Leiblichkeit mit.

Die *Morphogenese* ist unlösbar mit dem morphogenetischen Feld verbunden (*Sheldrake*, *Weiss*), die Gestalt wird von ihrer Bezogenheit auf den Hintergrund mitbestimmt (vgl. *Petzold* 1990b). *Gibsons* Konzept der „*affordances*“, die bestimmende Qualität des Umfeldes für Bewegungsgestalt und personale, leibliche Gestalt und Lebensform, hat für die Integrative Therapie und ihre leib- und bewegungstherapeutische Praxis eine große Bedeutung. Vor diesem Hintergrund soll versucht werden, sich durch drei, bestimmte Aspekte betonende und sich ergänzende, teilweise überschneidende Definitionen dem Phänomen Bewegung anzunähern:

»Menschliche *Bewegung* ist die aufgrund der genetisch vorgegebenen, sensumotorischen Organisation des Körpers und seinen ökologischen, sozialen und kulturellen Prägungen und Eingebundenheiten ausgebildete *Lebens- und Ausdrucksform eines konkreten Subjekts*, die es durch den Aufforderungscharakter (*affordance*) eines gegebenen Kontext/Kontinuums in jeweils einzigartiger Weise aktualisiert.«

»In der *Bewegung* zeigt sich die Befindlichkeit der biographisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen im Zusammenspiel (*commotilité*) mit den Gegebenheiten seiner Situation und seiner Geschichte, an die er sich *autoplastisch* anpaßt, in die er sich *ideoplastisch* einpaßt oder die er kooperativ in *alloplastischer* Weise verändert.«

Autoplastische Bewegungen sind nicht unbedingt als destruktiv oder negativ zu sehen, weil Leiblichkeit und Bewegungspotential über eine Plastizität verfügen, über eine gewisse Formbarkeit, die allerdings zur Deformation degenerieren kann (*Petzold* 1990b), indem das Leib-Selbst fremdbestimmte Gestaltungsimpulse in einem Maße absorbieren muß, die seine Identität disfigurieren und seine Potentiale verküppeln.

Ideoplastische Bewegungen geben den Aktivitäten des „Ich“ Spielraum. Sie stellen die selbstbestimmten Formungsprozesse in das Zentrum, Impulse, die nicht nur als Widerfahrnis erlitten werden, sondern eine aktive Eigengestaltung des Selbst und des Kontextes erkennen lassen.

Alloplastische Bewegungen wirken gestaltend in die Welt als die Situationen und Gegenstände formende Aktivitäten des *Selbst* und des *Ichs* in kooperativen Unternehmungen mit anderen Subjekten. Natürlich ist auch hier eine Gefährdung gegeben, wenn die Gestaltung der Welt eine deformierende Qualität gewinnt. Das geschieht meist, wenn nicht mehr wahrgenommen wird, daß Leib und Welt *koexistieren*, daß sie *in einer Textur verwoben sind*, und eine kolonisierende Alloplasie auch immer in destruktiver Weise auf den Leib des Gestalters zurückgeschlagen wird, weil sie Verdinglichung, Entfremdung, Devolution produziert (Petzold 1986h). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen kann noch eine weitere Bestimmung von *Bewegung* versucht werden:

»In der *Bewegung* liegen die Möglichkeiten des Leibsubjektes, sich unter Ausschöpfung der Potentiale seiner Wahrnehmung, Mobilität, Expressivität, seiner Einbildungskraft, Gefühle, Stimmungen, Bedürfnisse im sozialen und ökologischen Kontext zu artikulieren, ja zu transzendieren, um die Welt – in *Interaktion* mit ihr – in *funktionaler, kommunikativer* und *ästhetischer* Hinsicht *kokreativ* zu gestalten.«

In *funktionaler Hinsicht* erledigt Bewegung zu leistende Arbeit, in *kommunikativer Hinsicht* vermittelt sie Informationen, in *ästhetischer Hinsicht* ermöglicht sie die Gestaltung vorfindlicher Materialien in einer Weise, daß sie eine künstlerische Ausdrucksqualität gewinnen. In diesen drei genannten Situationen verbindet Bewegung vorgegebene Realität in einer „kokreativen“ Art und Weise (Petzold 1990b; *Ilijine* 1990), die strukturierte Zusammenhänge erkennbar werden läßt und den ihnen innewohnenden *Sinn* sichtbar macht; denn Sinn scheint nur in Zusammenhängen auf (Luhmann 1968), und unter der Perspektive der Bewegung sind solche Zusammenhänge nichts Statisches, sondern in lebendiger Bewegtheit, „im Fluß“, „im Prozeß“.

Wo immer Leib- und Bewegungsarbeit sich dieser prozeßhaften Qualität von Bewegung in ihren verschiedenen Dimensionen entzieht, kommt es auf Dauer zu Stauung, zum Verlust von Lebendigkeit und letztlich zum Tod.

Die zuletzt aufgeführte Charakterisierung von Bewegung eröffnet über die Dimensionen „*funktional, kommunikativ, ästhetisch*“ einen Zugang zu den vielfältigen Ansätzen der Bewegungslehre, die wir aus dem Bereich der Biomechanik kennen, welche zumeist die *funktionalen Dimensionen* von Bewegung untersucht, oder aus Tanz, Sport- und Tanzpädagogik, welche sich mit den *kommunikativen* und *ästhetischen* Aspekte von Bewegung befassen. Die Mehrzahl der Bewegungslehren gehen von idealtypischen *funktionalen* und/oder *ästhetischen* Vorstellungen von Bewegungsabläufen oder Bewegungsqualitäten aus. Es werden damit diagnostische und pädagogische bzw. therapeutische Parameter vorgegeben.

Im Hinblick auf ästhetische Vorstellungen ist evident, daß bei ihnen zeit- und kulturgebundene Einflüsse in einem Maße zum Tragen kommen, daß eine übergreifende allgemeine Bewegungslehre auf diesem Hintergrund nicht zu erarbeiten ist.

Ästhetiktheoretische Konzepte führen zu „idealtypischen“ Bewegungsmustern, die in *diagnostischer* Hinsicht als Konsequenz haben, daß man „vom Subjekt abstrahierte Bewegungen“ diagnostiziert, also feststellt, ob die beobachtete Bewegung der Idealvorstellung entspricht oder nicht (etwa im System *Labans*), was in *intervenativer* Hinsicht pädagogische Maßnahmen erfordert, durch die sich der Bewegende dem Idealtypus annähert. Bei funktionalanatomisch bzw. biomechanisch fundierten Bewegungslehren ist es durchaus möglich, eine „allgemeine Theorie“ zu gewinnen, die einen allgemeinen Gültigkeitsanspruch verlangen kann. Für eine Bewegungslehre im Rahmen psychotherapeutischer Bewegungsarbeit, klinische Bewegungstherapie bzw. Psychomotorik kann eine solche Theorie allenfalls für den „übungszentriert-funktionalen“ Bereich einigen Ertrag bringen, denn es kann wiederum nicht darum gehen, Bewegung

„als solche“, losgelöst vom konkreten Subjekt, seiner Biographie und seiner soziokulturellen Situation zu bestimmen, zumal die subjektive Ausgestaltung eines Bewegungsvollzuges, selbst wenn er unter funktionsanatomischer Perspektive „optimal“ verläuft, eine große Varianz aufweist. Für Bewegungen, die vom Ideal abweichen oder gar in mehr oder weniger großem Maße dysfunktional sind, wird im therapeutischen Kontext sehr bald einsichtig, daß die Bewertung solcher „Abweichungen“ von der „idealen Form“ ohne eingehende Wertung der lebensgeschichtlichen Dimensionen und des Lebenszusammenhanges für therapeutische Aufgabenstellungen nicht ausreichend ist. Psychodiagnostische, d. h. entwicklungs- und persönlichkeitsdiagnostische Perspektiven einbeziehende Maßnahmen werden unverzichtbar. Bei vielen Systemen, die funktionale und ästhetische Momente verbinden, kommt es letztendlich zu der Situation, daß es in der *Bewegungsdiagnostik* bzw. *Bewegungsanalyse* um die Feststellung geht, ob eine Bewegung gemäß der Idealvorstellung von *Laban*, *Alexander*, *Feldenkrais* usw. durchgeführt wird – nicht mehr und nicht weniger –, ob sich also ein Individuum gemäß dem Konzept des jeweiligen Ansatzes bewegen kann. Wenn dabei die funktionalanatomischen und biomechanischen Grundlagen noch schwach ausgeprägt sind (bei *Alexander*), so kann eine solche Bewegungslehre nur einen eingeschränkten klinischen Wert haben. Eine „allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung“, wie sie *Buytendijk* (1956) aufgrund funktionsanatomischer Überlegungen und phänomenologischer Analysen vorgelegt, bietet einen Zugang zum „Phänomen Bewegung“ und in besonderer Weise die Möglichkeit, daß subjektive Momente und soziokulturelle Faktoren durch die Phänomenbetrachtung mit Bezug auf einen konkreten Menschen und eine je spezifische Situation angemessen interpretiert und gewertet werden. Die im phänomenologischen Zugriff unter Bezug auf spezifische Beobachtungsparameter gewonnenen Daten können dann im Prozeß einer intersubjektiven Hermeneutik, d. h. einem Zusammen-

arbeiten zwischen Therapeut und Patient, auf ihren *Sinn* und ihre *Bedeutung* hin ausgewertet werden. Nur dann können übungszentriert-funktionale Interventionen, die mehr als vom Klienten unverstandene Bewegungs- und Haltungskorrekturen sind, greifen. Die Patienten können das „Lebensphänomen Bewegung“ begreifen. Sie sehen, daß ihre *Bewegungsform* und ihr *Bewegungsstil* Ausdruck ihrer *Lebensform* und ihres *Lebensstils* sind. Ein solches Verständnis von Bewegung macht deutlich, daß rein physiologische, biomechanische, funktionale Sichtweisen grundsätzlich überschritten werden müssen. Die *Sinnstruktur von Bewegung*, ihre Bedeutungsdimension – und dies ist nicht nur für die „nonverbale Kommunikation“ auszusagen, da der Sinncharakter der Bewegung durch seine Einlassung in Kontexte immer auch Bedeutungen freisetzt – kennzeichnet die kognitive, emotionale und soziale Qualität von Bewegung. Die sensumotorische Verschränkung gibt der sinnhaften Wahrnehmung immer eine Bewegungsqualität mit. Der Begriff „Sinn“ trägt in sich stets eine Bewegungskomponente (vgl. *Uhrzeigersinn*, *Drehsinn*, *sens unique*), das Moment einer Orientierung in Kontext/Kontinuum, in Raum und Zeit. Bewegung ist *Verlaufsgestalt* innerhalb des spatio-temporalen Rahmens, ist also über ihre sinnhafte Orientierung hinaus sinnhaft.

Wie stark dabei auch affektive Dimensionen miteinbezogen werden müssen, macht die unlösbare Verflechtung von *Gefühl*, *Bewegung* und *Ausdruck*, *Emotion*, *Motion* und *Expression* klar, und auch die Verflechtung mit dem Bereich des *Kognitiven* wird augenfällig, wenn man den Ursprungskontext in den Blick nimmt, der für viele kognitive Begrifflichkeiten eine motorische Dimension aufweist: *be-greifen*, *er-fahren*, *er-fassen*, *ver-stehen*, *be-deuten* (mit dem *düt*, dem Zeigefinger, hinweisen). Es kommt damit wieder das grundsätzlich relationale Moment von Bewegung in den Blick: „Leib in Bewegung“, der sich orientiert, den Raum durchmißt mit allem, was dieser enthält, den Raum, der keineswegs als statischer, ruhender Rahmen gesehen werden darf, sondern der

selbst bewegt ist, in Bewegung ist, wodurch eine *Kommotibilität* zwischen Leib und Raum, Raum und Räumen entsteht. Diese Bewegung ist synchron und dissipativ, rhythmisch und arhythmisch, kontinuierlich und diskontinuierlich. Das macht ihre Lebendigkeit aus, weil sie an den Bewegungen des Lebens partizipiert, denen die *thymoi*, die Gefühlsregungen, unmittelbar entfließen.

THYMOPRAKTIK

Thymopraktik ist eine spezielle *methodische* Zugangsweise im Rahmen des *Verfahrens* der „Integrativen Therapie“, die ja bekanntlich über verschiedene *Methoden* als Interventionsmöglichkeiten verfügt. *Methoden* wiederum haben spezifische Techniken und Medien im Repertoire. Integrative Bewegungs- und Leibarbeit, Thymopraktik setzt einen besonderen Fokus dort, wo die Worte nicht mehr greifen, wo der „sprachlose Raum“ beginnt, die Sprache der Blicke, der Gesten, der Mimik, der Berührung in Bewegung. Dabei wird die Sprache nicht ausgegrenzt. Sie wird immer wieder herbeigeholt und beigezogen, aber es kommt das *Präverbale*, *Periverbale* und *Transverbale* – das, was noch nicht ausgesagt werden kann, mit-gesagt wird, das Nicht-mehr-Sagbare oder Unsagbare – mit in die therapeutische Aktion.

Auf diesem Hintergrund kommt in der Integrativen Therapie in Einzel- und Gruppenbehandlung den bewegungs- und leibtherapeutischen Interventionen eine große Bedeutung zu, und dies nicht nur aufgrund des generellen anthropologischen Hintergrundkonzeptes, nach dem der Mensch Leib-Subjekt und somit unser therapeutischer Ansatz insgesamt ein leibgerichteter ist, sondern auch in spezifischer Hinsicht: Es handelt sich um eine Therapie, in der die „wechselseitige Berührung“ und die „Berührung aus der Berührtheit“ (Petzold 1970c; Eisler 1991) ein konstitutives Element ist (Petzold, Orth 1991). Gesten des Trostes, Haltens und Bergens gehören zu regressionsorientierten Sitzungen, leibmetaphorische Interventionen (z. B. jemandem „den Rücken stärken“, indem man

den Rücken mit der Hand stützt) gehören zum Standardrepertoire integrativer Behandlungstechnik. Therapeuten greifen dabei auf die „natürlichen Gesten“ des Trostes, der Zuwendung, des Stützens und der Linderung zurück, oder sie verwenden dabei die genetisch vorgegebenen Muster des Umsorgens, Bemutterns/Bevaterns, die aus dem Umgang mit Babys und Kleinkindern als „*intuitive parenting*“ (Papousek, Papousek 1981) bekannt sind. Oder sie verwenden Verhaltensweisen, wie wir sie aus dem liebevollen Umgehen von Eltern mit ihren Kindern kennen, ein „*sensitive caregiving*“ (Vyt 1989, 1992), das spontane, leibliche Gesten einschließt (Petzold 1990e, 1993c).

Über diese *generellen Körperinterventionen* hinaus verfügt die Integrative Therapie über ein breites Repertoire von spezifischen, leiborientierten Behandlungsmethoden, und hier wird sie im eigentlichen Sinne *Leibtherapie* (in der begrifflich unscharfen therapeutischen Umgangssprache „*Körperpsychotherapie*“ oder „*körperorientierte Psychotherapie*“ o. ä.). Im Integrativen Ansatz wurde eine methodische Vertiefung vorgenommen: einmal in Richtung einer bewegungsorientierten Methode, der „*Integrativen Bewegungstherapie*“ (vgl. dieses Heft, *Kuhr, Berger*), zum anderen in Richtung eines Behandlungsansatzes im direkten Körperkontakt, der „*Thymopraktik*“. Sie will Ereignisse, die „in den Leib hinein“ verdrängt wurden und in Mustern der Verspannung, Erschlaffung, in eingeschränkter Atmung und Bewegung körperlichen Niederschlag fanden, zu psychosomatischer Symptomatik führten (Heiml, Spiegel-Rösing 1978; Heiml 1990; Petzold, Hundertmark, Teegen 1986) therapeutisch spezifisch angehen und durch leibliche Mobilisierung „emotionale Differenzierungsarbeit“, *Anästhesierungen* des *perzeptiven Leibes*, *Inhibierungen* des *expressiven Leibes* und *Amnesierungen* des *memoriativen Leibes* aufheben.

Dieser Ansatz wurde Ende der sechziger Jahre von *Hilarion Petzold* in der Arbeit mit kleinen Kindern, dissozialen Jugendlichen, psychiatrischen Patienten und z. T. mit gerontopsychiatrischen Patienten entwickelt und „*Thymo-*

praktik“ genannt (Petzold 1970c, 1975e) als praktische Handhabung leiblicher Regungen. Im Rahmen des FPI's wurde dieser Ansatz ausgearbeitet und in theoretischer und praktischer Hinsicht erprobt. Dr. med. *Hildegund Heint* (1990) konnte in die leibtherapeutischen Praxis ihre langjährige ärztliche Erfahrung, insbesondere aus dem Bereich der Psychosomatik und der Orthopädie einbringen. Von *Ilse Orth* (1992) wurde aufgrund ihrer atem-, leib- und kreativitätstherapeutischen Erfahrung der Aspekt der Thymopraktik weiter ausgebaut, der im Konzept der „ko-kreativen Leiblichkeit“ (Orth 1992; Petzold 1970c; *Iljine* 1990) umrissen ist.

Thymopraktik gründet in einer „klinischen Entwicklungspsychologie“ (Petzold 1990e, 1991a, 1992d, 1993) und einer differenzierten Emotions- (idem 1993b) und Gedächtnistheorie (idem 1992c), die an das Leibkonzept rückgebunden sind. Einige Grundpositionen seien kurz zusammengefaßt:

Der lebendige Vollzug der Lebenserzählung (Biosodie), des Lebensdramas, wie er sich in den zwischenmenschlichen Interaktionen und in der leiblichen Weiterfahrung realisiert, wird von Perzeptoren ganzheitlich und differentiell aufgenommen. Es erfolgt ein zerebrales „processing“ in „mentalenen Prozessen“, und das Material wird monomodal und multimodal gespeichert (Petzold 1992a). Wahrnehmung und Speicherung beziehen sich aber nicht nur auf den Eindruck, sondern auch auf die leiblichen Resonanzen: hormonale Ausschüttung, Herzschlag, Atemfrequenz, muskuläre Verspannungen und das damit verbundene leibliche Ausdrucksverhalten. Diese „inneren Szenen“, die Teil der äußeren Szene sind, werden gleichfalls archiviert, Gutes wie Schlechtes, Lustvolles wie Schmerzliches. Dies aus subliminalen und supraliminalen Wahrnehmungen entstehenden *Archivalien* – sie sind z. T. unbewußt, aber auch „conscious“ bzw. „aware“ oder doch bewußtseinsfähig – können demnach zum Teil *ichbewußt* erinnert werden (*aktive Memoriation*), sich als Erinnerung *mitbewußt* vollziehen (*fungierende Memoriation*), sie können aber auch *vorbewußt*, ja *unbewußt* bleiben (idem 1991a) und

nur durch gleichförmige und ähnliche Auslöser erinnert werden (*reminiscence, retrieval*), oder sie bleiben gänzlich im Unbewußten verschlossen, sind in der Qualität ihrer Erfahrungsstruktur so weit vom Erwachsenenleben und der Struktur seiner Memoriationen entfernt, daß sie unzugänglich bleiben, nicht erfaßt werden können oder sich nur auf der Ebene von Leibatmosphären und in bestimmten Gefühlen oder in Form von Monumenten, d. h. Symptomen mit mehr oder weniger starkem Krankheitswert, äußern können, z. B. in somatischen bzw. psychosomatischen Symptomen, Symptomen im sozial-kommunikativen Bereich (Kontaktstörungen, Distanzlosigkeit) und Symptomen im Bereich der existentiellen Verfaßtheit (Verlust von Sinn, Werten, Normen, starre Fixierung von Überzeugungen, Glaubenshaltungen, spirituelle Orientierung). Somatische bzw. psychosomatische *Monumente* sind dabei am sinnfälligsten. Andererseits sind die hinter ihnen stehenden *Atmosphären* auch oftmals besonders schwer zugänglich. Wenn sich das *Trauma*, die *Störung*, der *Konflikt* oder das *Defizit* (Petzold, *Schuch* 1991) manifestiert haben, zeigt sich damit eine Geschichte von gescheiterten Lösungsversuchen. Die Speicherung der Extro- und Propriozeptionen von den Zeiten früher, fötaler Entwicklung an führt zur Ausbildung des „Leibes“ als „*Personalisierung*“ des individuellen *Körpers*. Der Organismus als biologisches Substrat der Person wird von *Personalität* und natürlich *Sozialität* durchtränkt. Mimik, Gestik und Haltung gewinnen einen persönlichen „Stil“. Der Mensch beginnt, sich leibhaftig kennenzulernen, und wird dadurch zum *Subjekt*. Der Individuationsvorgang gründet im Prozeß der „*Inkarnation*“, die wesentlich im zwischenleiblichen Zusammenspiel der frühen Sozialisation gründet, d. h. in der durch „*Koinkarnation*“ beginnenden Entwicklung des „Leib-Subjekts“. Sie kann nun gelingen oder mißlingen, abhängig von der Qualität und Intensität des koinkarnativen Geschehens. Gerade ein Mangel an körperlicher Zuwendung, an emotionaler Wärme, an Berührung, an Bewegungsspielen, an multipler, sensorisch-perzeptueller, motorischer, emotionaler, kogni-

tiver, sozialer Stimulierung, oder aber der Einfluß verwirrender Impulse lassen gestörte **Koinkarnationen** und **Inkarnationsdefizite** entstehen. Der Mensch wird in seiner Wahrnehmung diffus. Er kann zu sich und zu anderen wenig in Kontakt treten, kann sich nicht gut spüren usw. Wir sprechen dann von einer „**schwachen Inkarnation**“, wohingegen die Förderung der persönlichen Entwicklung durch ausreichende und angemessene multiple Stimulierung in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu einer „**starken Inkarnation**“ führt. Das Leib-Subjekt spürt sich dann gut, Selbst- und Fremdwahrnehmung sind differenziert ausgeprägt, es „fühlt sich wohl in seiner Haut“, es „hat Boden“, einen guten Bezug zu seiner Leiblichkeit, ist zu „Zwischenleiblichkeit“ fähig, zu emotionaler Erlebnisfülle und -tiefe. *Körperbild* und *Selbstbild* sind prägnant. Eine „fördernde Umwelt“ (*Winnicott*) hat zur Ausbildung einer gesunden, ressourcenreichen Persönlichkeit mit einer Fülle von Potentialen (im Sinne der Salutogenese; *Antonovsky* 1979) geführt. Personale Leiblichkeit ist prägnant. In Mimik, Gestik, Sensibilität und Expressivität läßt sich die spezifische Eigenart der „fleischgewordenen Person“ ausmachen: ein „bestimmtes Lächeln“, ein unverwechselbarer Gang, ein lebendiger, kräftiger Händedruck, wache Augen, eine facettenreiche Mimik. Alle Bereiche des *Körpers* sind durch „*Einleibungen*“ (*H. Schmitz*) beseelt, personalisiert. Eine solche „**starke Inkarnation**“ ist nicht ungefährdet. Sie kann durch Traumata, Mißhandlungen, Unterstimulierung beschädigt werden, so daß „**Dekarnationen**“ eintreten können. Diese sind von „**Inkarnationsdefiziten**“ dadurch unterschieden, daß sich schon vorhandene Kompetenzen und Performanzen (*Petzold* 1983i, 1988n, 586 – 589) zurückbilden, daß sich der *Leib* gleichsam aus dem *Körper* zurückzieht, der zwar in seiner organismischen Funktion noch unversehrt ist – auf Dauer können sich aber auch organpathologische Befunde einstellen –, der aber dann unbelebt, matt, blaß und leblos wird: Augen, die „tot“ sind, ein Gesicht, das „erstarrt“ ist, eine Haltung, die „verknöchert“ ist, eine Ausstrahlung,

die „stumpf“ ist. Dieser Mensch wirkt irgendwie „unlebendig“. Sein emotionales Leben ist wie abgestorben. Er ist völlig starr, funktioniert nur noch wie ein Automat, wie eine Maschine. Als ob in ihm alles erstorben wäre. Derartige **Dekarnationen** können den ganzen Leib oder einzelne Teile (abgestorbene Hände) oder Organe (hartes, steinernes Herz) bzw. Sinne (taube Ohren) erfassen. Diese Symptome verweisen auf **Dekarnationsphänomene** und/oder **schwache Inkarnationen** bzw. **Inkarnationsdefizite** hin, wohingegen Wendungen wie „sensible Hand“, „Feinhörigkeit“, „wacher Blick“, „gute Nase“, „sprechende Mimik“ bei einem Menschen, der eine „lebendige und gute Ausstrahlung“ hat und „das Herz auf dem rechten Fleck“, auf eine „**starke Inkarnation**“ verweisen. Die *Leibmetaphorik* der deutschen Sprache erschließt uns die Dimension des „*corps métaphorique*“ (*Petzold* 1988n, 36-37), des Leibes, der von der Sprache durchdrungen ist und dessen Ausdruckskraft in die Sprache gedrungen ist und sie mitgeprägt und geformt hat bis in die kognitive Begriffe hinein (er-fassen, be-greifen, er-fahren). Es liegen hier für „eine Hermeneutik der Körpersprache“, ein Verständnis des „sprechenden Leibes“, ungehobene Schätze, die für die praktische, therapeutische Arbeit, aber auch für das Verständnis von Pathogenese und Salutogenese, d. h. auch für die Phänomene der „**Inkarnation**“ bzw. „**Koinkarnation**“ und ihrer Gefährdungen (**Inkarnationsdefizite**, **Koinkarnationsstörungen**, **Dekarnationen**), eine Vielfalt von Möglichkeiten psychotherapeutischen und thymopraktischen Handelns erschließen, die aber auch eine spezifische Methodik erfordern.

Die methodische Grundstruktur der spezifischen, leibtherapeutischen Arbeit wurde in den *Modalitäten*: „*übungsorientiert-funktional*“, „*erlebnisorientiert-stimulierend*“, *konfliktorientiert-aufdeckend*“ umfassend ausgearbeitet. Der *übungsorientiert-funktionale* Interventionsbereich zielt auf die Förderung der organismischen Balance von *Anspannung* und *Entspannung*, *Engung* und *Weitung* und auf die Fähigkeit, immer wieder eine Mittellage zu stabilisieren, einen *Eutonus*.

Er ist auf eine flüssige Beweglichkeit, auf die Förderung von Elastizität und Spannkraft gerichtet, das Ermöglichen einer uneingeschränkten, fülligen Atmung. Die Möglichkeiten der Entspannungsverfahren, der Atemtherapie, physiotherapeutischer Behandlungstechnik werden hier für die Praxis herangezogen. Dabei ist von Interesse, daß dieses Interventionspektrum auch in der *konfliktzentrierten* Arbeit, in Sitzungen, in denen leibliche Auswirkungen traumatischer Erfahrungen unter großer emotionaler Beteiligung aufbrechen, eingesetzt werden kann, da eine blockierte Atmung verhindert, daß die mit einer biographischen Situation verbundene Emotion sich entfalten kann und kathartische Abreaktionen und *emotionale Differenzierungsarbeit* möglich werden.

Thymopraktische Intervention heißt etwa, daß im verbalen, emotionalen Bericht des Patienten auf seine Haltung, die muskuläre Spannung, das Atemgeschehen geachtet wird und funktionale Interventionen eingesetzt werden, um z. B. einen Zustand der Verkrampfung, der Erstarrung zu lösen.

Die *erlebniszentriert-stimulierende* Modalität der Thymopraktik zielt auf das Vermitteln alternativer leiblicher Erfahrungen ab und ermutigt, mit neuen Erlebens- und Ausdrucksformen zu experimentieren, also das persönliche Spektrum zu erweitern. Spielerische Sequenzen in der Leibarbeit, Wahrnehmungs- und Ausdrucksexperimente bestimmen die therapeutische Arbeit. Dabei wird das Repertoire der Thymopraktik wiederum von leibbezogenen Interaktionsformen bestimmt, wie wir sie aus dem Spiel zwischen Eltern und Kindern oder unter Geschwistern kennen. Weiterhin wird auf den Fundus der „*sensory awareness*“, der Pantomime, der Bewegungstherapie zurückgegriffen. Die erlebnisaktivierende und stimulierende Arbeit greift dabei durchaus auf biographisches Material, auf „benigne Szenen“ der Lebensgeschichte zurück, auf Erfahrungen von Spiel und Spaß.

In der *konfliktzentriert-aufdeckenden* Modalität wird ein „Durcharbeiten am Leibe“ angestrebt, d. h. es wird mit „kognitiven Stilen“, „emotionalen Stilen“, „sensumotorischen Stilen“

und interaktionalen bzw. „sozial-kommunikativen Stilen“ gearbeitet. Insbesondere die biographischen Formungen des Leibes als zugleich *materieller* und *transmaterieller* Realität durch Berührungen, Blicke, also durch emotionale Mikroklimata bzw. Atmosphären, finden Beachtung. Projektive und evokative Techniken der Thymopraktik kommen dabei zum Einsatz, wie z. B. das „Selbstportrait“, die „body charts“, die „relationalen Körperbilder“, die „Ton-Skulptur“, die „Bewegungsskulptur“ (Petzold, Orth 1991a, b).

Die Methoden projektiver Leibdiagnostik sind ein Spezifikum der Thymopraktik. Sie eröffnen einen Weg, der über die leibphänomenologische Arbeit hinaus zu einer Tiefenhermeneutik des Leibes und seiner Symbolik (Heinl 1985) vordringt und damit die obsoleten Charaktertypologien, die im „body reading“ (Lowen 1958) reichianischer und neo-reichianischer Verfahren erfaßt werden sollen und die vorwissenschaftliche Energiethorie (Russelman 1988) dieser Verfahren überflüssig macht. Der *Leib als Geschichte*, als *Archiv* für alles, was einem Menschen im Laufe seines Lebens widerfahren ist, als geformter und formender wird in einer *Archäologie* dieser Formungsprozesse vernehmbar, begreifbar, dem Subjekt selbst-verständlich.

In der konkreten leibtherapeutischen Arbeit verwenden wir den „*non touching approach*“, mit dem wir „indirekt“ über die Imagination, die Phantasie, die Erinnerung Leibzustände evozieren (*top-down-approach*) – von der matten Empfindung bis zum vitalen Erleben in autonomen Körperreaktionen. Wir verwenden aber auch den direkten Körperkontakt, indem die „*receptive Hand*“ die Befindlichkeit des Körpers exploriert und die „*interventive Hand*“ Stimulierungen setzt (*bottom-up-approach*), zum Leibe „spricht“, ihn versichert, stützt, aber auch hervorlockt, anregt, ja zuweilen provoziert. Dabei ist jede Berührung zum einen *physikalischer Stimulus* (Wärme, Gewicht, Druck, Vibration) zum anderen *mitmenschliche Geste* (des Stützens, der Zuneigung, der Ermunterung) und schließlich *Übertragungshandlung* (als Geste des Vaters, Berührung der Mutter etc.). Dem

Übertragungs/Gegenübertragungsgeschehen in der zwischenleiblichen Interaktion kommt deshalb eminente Bedeutung zu, denn in kaum einem anderen Verfahren der Therapie spielen die Strebungen des Unbewußten eine so große Rolle wie in den leiborientierten Ansätzen, die die Ebenen des „archaischen Leib-Selbst“ berühren und frühe, „prävalent-pathogene Milieus“, aber auch benigne, salutogene Erfahrungen unmittelbar erfassen können, indem sie den Leib konkret *be-greifen*, das aber heißt, ihn im *atmosphärischen* und *szenischen Kontext* zu situieren. Jede leibliche Haltung, Zuwendung oder Abneigung, ist bezogen auf einen anderen Leib, ist eingebettet in eine Situation. *Leib, Szene, Atmosphäre sind nicht zu trennen* (Petzold 1982g). Dem „Paradigma der Körpermonade“, mit ihrem in sich geschlossenen energetischen Regulationssystem, wie es die theoretische Konzeptualisierung von Reich bis Perls kennzeichnet, wird ein „Paradigma der Zwischenleiblichkeit“ gegenübergestellt: der Leib als *Intentionalität* (Merleau-Ponty 1966), der Leib in *Relation* (Tamboer 1985, 1991), der Leib als *Geschichte* (Petzold 1981e). Öffnen sich die „Archive des Leibes“, so entlassen sie Atmosphären und Szenen, und diese sind das Zentrum tiefenhermeneutischer Arbeit in der *Thymopraktik*. Es gilt nicht, muskuläre Verspannungen isoliert zu betrachten, sondern einen bedrohten Leib in einer bedrohlichen Szene. Der *Sinn* solcher Szenarien erschließt sich in der Verschränkung der „Sprache der Worte“ und der „Sprache der Gesten“. Die Zentrierung auf sprachliche *Bedeutung* wird überstiegen, und es werden ikonische und szenische Sinnstrukturen hinzugewonnen. Der „*dialogue toniqué*“, die Sprache der Berührungen und die Botschaft durch Mimik und Gestik eröffnen einen fulligeren Sinn, in dem Inneres und Äußeres verschweißt sind (Waldenfels 1976) und die Welten des Sozialen und des Organismischen nicht mehr dualistisch aufgespalten, sondern integriert sind in der *Einheit von Leib und Lebenswelt*, in welcher der Mensch als „*être-au-monde*“ in ökologischer und mitmenschlicher Verbundenheit zunehmend sich selbst verständlich wird.

Ein solch komplexer therapeutischer Ansatz, wie ihn die „Integrative Leibtherapie“, die thymopraktische Arbeit im Rahmen der Integrativen Therapie darstellt, erfordert eine über die bloße *Psycho*-Therapie hinausgehende Qualifikation. Sie verlangt das Beherrschen prozeßorientierter Arbeit sowohl auf der verbalen Ebene als auch auf der nonverbalen Ebene. Um diese Fähigkeiten (*Kompetenzen*) und Fertigkeiten (*Performanzen*) zu entwickeln und zu fördern, wurde in Zusammenarbeit von *Ilse Orth, Hilmarion Petzold* und *Hildegund Heintl* ein Weiterbildungscurriculum konzipiert, in dem leibtherapeutische Selbsterfahrung, das Erlernen von thymopraktischen Methoden und die theoretische Reflexion integrativ-leibtherapeutischer Arbeit verbunden werden. Das Curriculum richtet sich an ausgebildete Psychotherapeuten verschiedener Schulen mit entsprechender Berufserfahrung und psychotherapeutischer Praxis, um ihnen auf dieser Grundlage eine Erweiterung ihres Handlungsspektrums und eine Vertiefung ihres therapeutischen Zugangs zum Patienten zu ermöglichen.

In der 2 bis 2½ Jahre miteinander arbeitenden Lerngemeinschaft einer fraktioniert tagenden Ausbildungs- und Selbsterfahrungsgruppe wird – dem didaktischen Prinzip des integrativen Ansatzes gemäß – die thymopraktische „Methode durch eben diese Methode“ gelehrt und erlernt. Neben den Kompaktseminaren muß eine persönliche leibtherapeutische Behandlung als „dyadische Therapie“ durchlaufen werden, eine Art leiborientierter Lehranalyse. Weiterhin wird durch die Supervision eigene leibtherapeutische Arbeit begleitet, um einen hohen professionellen Standard zu gewährleisten. Das Curriculum wurde auf Initiative von *Ilse Orth* konzipiert und zum erstenmal von *H. Heintl* und *H. Petzold* und *I. Orth* unter Beiziehung von thymopraktisch geschulten Kollegen (*Dr. Leitner, Dr. Ramin, Dr. Schneewind, Dr. Tsomplektsis*) und Gastdozenten anderer leibtherapeutischer Schulen im Jahre 1988 durchgeführt; bislang fünfmal.

Die Struktur des Curriculums und sein didaktisches Prinzip ist darauf gerichtet, kollegiales

Lernen zu fördern und die Professionalität der Teilnehmer, die ja ausgebildete Therapeuten sind, zu nutzen. So beginnt relativ früh übende Arbeit in Dyaden und Triaden.

Die themenzentrierte Ausrichtung der Seminare ermöglicht es, spezifische Inhalte kompakt zu vermitteln, wobei gleichzeitig aber die dynamischen Prozesse des einzelnen und der Gruppe die Grundlage dieser Arbeit bilden. Es finden sich folgende Seminare:

1. Leiblichkeit – Konzepte der IKT
2. Prägung, Haltung und Körperstruktur – Konzepte der Leibdiagnostik – Diagnostik I
3. Konzepte der Leibdiagnostik II
4. Konfliktzentrierte Leibtherapie
5. Regressionsarbeit
6. Körpersprache und nonverbale Kommunikation
7. Physiologie und Krisen in der Leibtherapie
8. Erlebniszentrierte Einführung in die funktionale Anatomie
9. Leibtherapie und Psychosomatik
10. Traumkörper – Leib und Symbolisierung
11. Supervision
12. Differentielle Leibtherapie

Die Weiterbildung in „Integrativer Leibtherapie/Thymopraktik“ ermöglicht den in der Regel verbal orientierten Psychotherapeuten verschiedenster Schulen – Psychoanalytikern, Psychodramatikern, Gesprächstherapeuten, Gestalttherapeuten etc. – in kompakter Form nicht nur eine *Methode* zu erwerben, sondern

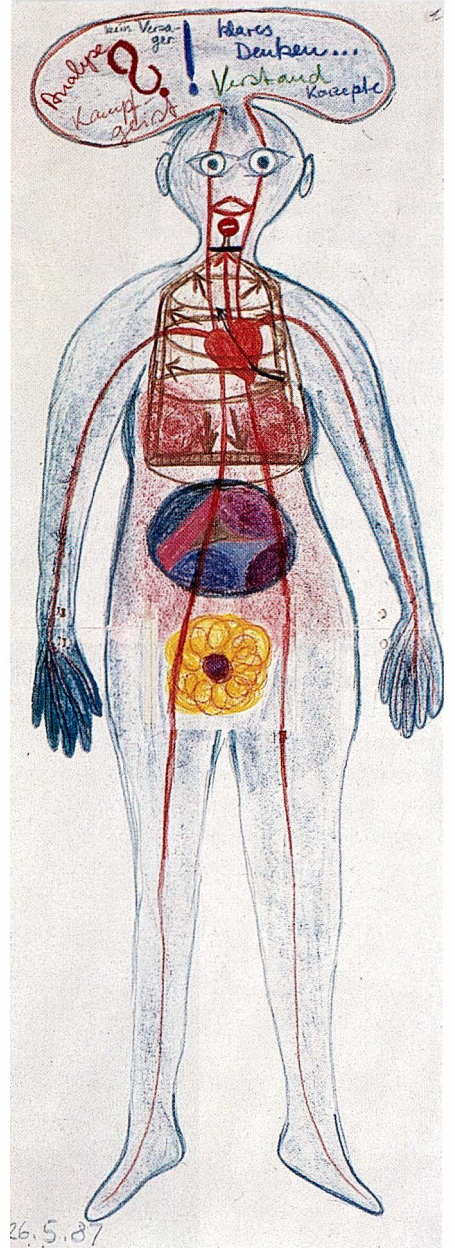
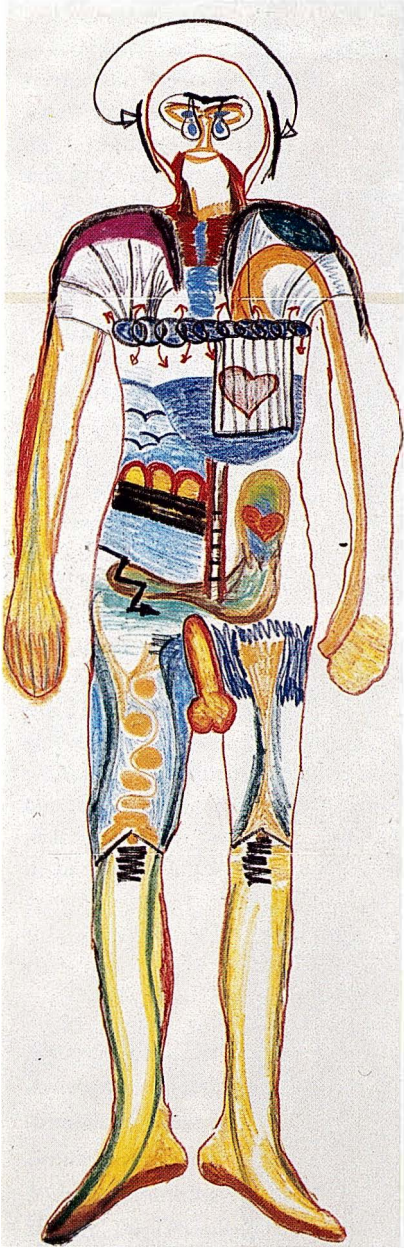
einen erweiterten Verständnishorizont für Therapie zu gewinnen, nämlich „vom Leibe her“ Menschen zu behandeln, d. h. an ihrer Basis anzusetzen, an der Grundlage ihrer Subjektivität. Psychotherapeuten erhalten damit eine Möglichkeit, ihre Patienten besser zu begreifen, zu erfassen und ihnen über die Vermittlung kognitiver Bedeutung hinaus einen „sinnenhaften Sinn“ zu erschließen, ihnen neben dem aktiven Zuhören und einer klaren Aufmerksamkeit eine „leibliche Präsenz“ zu bieten, in der – gerade für Menschen mit Schädigungen in der Zeit vor der Verbalsprache, im Frühbereich ihrer Entwicklung – Prozesse des *Nachnehmens* geschehen können, *parentage* und *reparentage*. Dies sind Dimensionen therapeutischen Handelns, die bei der wachsenden Zahl „frühgeschädigter“ Menschen für den in Klinik und freier Praxis arbeitenden Therapeuten zunehmend unverzichtbar werden.

Die Integrative Leibtherapie ist ein sehr differenzierter Ansatz, eine Methode, die bald 25 Jahre alt ist, und das ist für die psychotherapeutische Traditions- und Schulbildung und die Entwicklung eines klinisch erprobten *body of knowledge* nicht sehr lang, aber auch nicht gerade kurz. Sie befindet sich in einem für ein therapeutisches Verfahren sehr spannenden Stadium, in dem schon ein breiter Fundus von Wissen vorhanden ist, aber es noch viel zu entdecken gibt, und genau darin liegt die Faszination der Thymopraktik.

LITERATUR

- Alexander, F.M., Der Gebrauch des Selbst, Kösel, München 1988.
- Antonovsky, A., Health, stress and coping, Jossey Bass, London, San Francisco 1979.
- Arnheim, R., Kunst und Leben, De Gruyter, Berlin 1978.
- Bernstein, B., Bewegungsphysiologie, J.A. Barth, Leipzig 1975.
- Bode, R., Ausdrucks-gymnastik, München 1922.
- Bode, R., Das Lebendige in der Leibeserziehung, München 1926.
- Bode, R., Aufgaben und Ziele der Rhythmischen Gymnastik, München 1933.
- Buytendijk, F.J.J., Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung, Springer, Berlin, Heidelberg 1956.
- Dürckheim, K. von, Vom Leib, der man ist, in: *initiatischer und pragmatischer Sicht*, in: *Petzold* (1974j) 11-27.





- Eisler, P., „Berühren aus Berührtheit“ in der Integrativen Leibtherapie, *Integrative Therapie* 1-2 (1991) 85-116.
- Feldenkrais, M., *Bewußtheit durch Bewegung*, Suhrkamp, Frankfurt 1978.
- Ferenczi, S., Die Elastizität der psychoanalytischen Technik, Bausteine III, 1927/1928, 380-398.
- Ferenczi, S., *Ohne Sympathie keine Heilung*, Fischer, Frankfurt 1988.
- Freud, S., *Groddeck, G.W.*, Briefwechsel, Fischer, Frankfurt 1970.
- Gibson, J.J., *The ecological approach to visual perception*, Houghton-Mifflin, Boston 1979.
- Groddeck, G.W., *Das Buch vom Es* (1923), Limes, Wiesbaden 1961.
- Groddeck, G.W., *Vorträge*, 3 Bde., Stroemfeld/Roter Stern, Frankfurt 1982, 1987, 1988.
- Heinl, H., Körper und Symbolisierung, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 227-232.
- Heinl, H., *Groddeck und die Integrative Leibtherapie*, in: *Groddeck Almanach*, Stroemfeld/Roter Stern, Basel, Frankfurt a. M. 1986, 179-185.
- Heinl, H., Störungen in der Arbeitswelt als Ursache psychosomatischer Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane, in: *Willert, H.-G.* (Hrsg.), *Psychosomatik in der Orthopädie*, Huber Verlag 1990.
- Heinl, H., *Spiegel-Rösing, I.*, Integrative Gestalttherapie und Orthopädie, *Integrative Therapie* 10 (1978) 58-65 und *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 10 (1981).
- Ilijine, V.N., *Das therapeutische Theater*, Sobor, Paris 1942 (russ.).
- Ilijine, V.N., Kokreation – Die leibliche Dimension des Schöpferischen, in: *Petzold, Orth* (1990a) 203-213.
- Kugler, P.N., *Kelso, J.A.S., Turvey, M.T.*, On the concepts of coordinative structures as dissipative structures: 1. Theoretical lines of convergence, in: *Snelmach, G.E., Requin, J.* (eds.), *Tutorials in motor behavior*, North-Holland, Amsterdam 1980, 3-47.
- Kugler, P.N., *Kelso, J.A.S., Turvey, M.T.*, On the control and coordination of naturally developing systems, in: *Kelso, J.A.S., Clark, J.E.* (eds.), *The development of movement control and coordination*, Wiley, Chichester 1982, 5-78.
- Knappe-Richter, H., G.W Groddeck. Die Krankheit als kreative Äußerung des ES, *Fragmente*, Okt. (1989) 135-141.
- Koffka, K., *Principles of gestalt psychology*, Kegan, Paul French, London 1935.
- Laban, R.v., *Der moderne Ausdruckstanz*, Heinrichshofen Verlag, Wilhelmshaven 1981.
- Laban, R.v., *Die Kunst der Bewegung*, Heinrichshofen Verlag, Wilhelmshaven 1988
- Lewin, K., *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*, Huber, Bern 1963.
- Lowen, A., *Physical dynamics of character structure*, Grune & Stratton, New York 1958.
- Luhmann, N., *Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen*, Mohr, Tübingen 1968.
- Marcel, G., Leibliche Begegnung, in: *Petzold* (1985g) 15-47.
- Meijer, O., *The hierarchy debate. Perspectives for a theory and history of movement science*, Free University Pres, Amsterdam 1988.
- Meijer, O., *Roth, K.*, *Complex movement behavior*, Elsevier, Amsterdam 1988.
- Merleau-Ponty, M., *La structure du comportement*, Gallimard, Paris 1942; dtsh.: *Die Struktur des Verhaltens*, de Gruyter, Berlin 1976.
- Merleau-Ponty, M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris 1945; dtsh.: *Phänomenologie der Wahrnehmung*, de Gruyter, Berlin 1966.
- Orth, I., *Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie*, in: *Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th.*, *Lindauer Texte*, Springer, Heidelberg 1992.
- Papousek, H., *Papousek, M.*, Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen, *Sozialpäd. Prax. Klin.* 3 (1981) 229-238.

- Petzold, H.G., *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopraxique et éducation corporelle comme intégration*, Paris 1970c.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., *Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 2/3 (1975e) 115-145; erweitert in: *Petzold* 1977n; revid. (1988n 341-406).
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapie*, Junfermann, Paderborn 1977n.
- Petzold, H.G., *Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit*, 1981e, in: *Bachmann, C.*, *Kritik der Gruppendynamik*, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G., *Theater – oder das Spiel des Lebens*, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1982g.
- Petzold, H.G., *Mit alten Menschen arbeiten*, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G., *Zur Psychodynamik der Devolution*, *Gestalt-Bulletin* 1 (1986h) 75-101.
- Petzold, H.G., *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2*, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zum „komplexen Bewegungsbegriff“ und zum Konzept der „Kommutilität“ in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studentagung „Klinische Bewegungstherapie“, 6. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam, 1989h; repr. *Integrative Bewegungstherapie* 2 (1991) 25-39 und als: „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zu einem Bewegungsbegriff und zur Kommutilität, in: *Petzold* (1993a) 1337-1348.
- Petzold, H.G., „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.
- Petzold, H.G., „Entwicklung in der Lebensspanne“ und Pathogenese, Vortragsfolge auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychosomatik“, 22. – 23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam, 1990e; erw. in: *Petzold* (1992a) 649-775.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie*, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. III/2: Klinische Theorie*, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., *Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie*, *Gestalt und Integration* 1 (1992c) 100-109.
- Petzold, H.G., *Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“*, *Integrative Therapie* 1/2 (1992d) 1-10.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Gesammelte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxecologie*, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., *Psychotherapie und Gefühl*, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Petzold, H.G., *Psychotherapie und Babyforschung*, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold, H.G., *Hundertmark, K., Teegen, F.*, *Allergischer Schnupfen. Perspektive zur Genese und Therapie*, *Integrative Therapie* 1/2 (1986) 49-75.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Die neuen Kreativitätstheorien*, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Körperbilder in der Integrativen Therapie – Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik*, 1991a, *Integrative Therapie* 1/2 (1991) 117-146.

- Petzold, H.G., Orth, I.*, Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit erwachsenen Patienten, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1991b; als: Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie, 1991b, *Energie & Charakter* 1. Teil, 4 (1991) 136-158, 2. Teil, 5 (1992) 100-115; repr. *Petzold* (1993a) 1151-1199.
- Petzold, H.G., Pritz, A. (Pritz, Petzold)*, Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1991.
- Petzold, H.G., Schnuch, W.*, Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: *Pritz, Petzold* (1991) 371-486.
- Russelman, G.H.E.*, Der Energiebegriff in der Bioenergetik. Eine kritische Abhandlung, *Integrative Therapie* 1 (1988) 4-40.
- Schmitz, H.*, Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik, Junfermann, Paderborn 1989.
- Salvesbergh, G.J.P.*, The development of coordination in infancy, Elsevier, Amsterdam 1993.
- Schmidt, R.A.*, Motor control and learning: A behavioral emphasis, Human Kinetics Press, Champaign, Illinois 1982.
- Schmidt, R.A.*, Motor and action perspectives on motor behavior, in: *Meijer, Roth* (1988) 3-44.
- Sheldrake, A.R., Bohm, D.*, Morphogenetic fields and the imlicate order, *ReVision* 5 (1982) 41-48.
- Tamboer, J.W.L.*, Mensbeelden achter bewegingsbeelden: Kinanthropologische analyse vanuit het perspectief van de Lichamelijke Opvoeding, De Vrieseborch, Haarlem 1985.
- Tamboer, J.W.L.*, Relationsmodalitäten statt Leib-Seele-Verhältnisse, *Integrative Therapie* 1-2 (1991) 58-84.
- Turvey, M.T., Kugler, P.N.*, Ecological approach to perception and action, in: *Whiting, G.T.A.*, Human motor actions: *Bernstein* reassessed, North-Holland, Amsterdam 1984, 373-412.
- Vyr, A.*, The second year of life as a development turning point: Implications for sensitive caretaking, *European Journal of Psychology of Education* 2 (1989) 145-158.
- Waldenfels, B.*, Die Verschränkung von innen und außen im Verhalten, *Phänomenologische Forschungen* II, Alber, Freiburg 1976.
- Weiss, P.*, Principles of development, Holt, New York 1939.