

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, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

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

Ausgabe 02/1998

Körpererfahrung - Philosophische, historische,
gesellschaftliche und psychologische Aspekte

Andrea Radant, Münster *

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 2/1998

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

Zusammenfassung: Körpererfahrung - Philosophische, historische, gesellschaftliche und psychologische Aspekte

Die Autorin beschreibt anhand maßgeblicher Autoren den Begriff der Körpererfahrung und den Begriff des Leibes unter philosophischen, historischen und gesellschaftlichen Aspekten.

Schlüsselworte: Psychotherapie, Körpererfahrung, Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Leib, Körper, Philosophie des Leibes.

Summary: Body Experience - philosophical, historical, social and psychological aspects

The author describes the concept of body experience and the concept of the body under philosophical, historical and social aspects by means of authoritative authors.

Keywords: Psychotherapy, body experience, integrative physical and physical therapy, body, bodies, philosophy of the body.

Einleitung

In unserer westlichen Gesellschaft steht das Körperliche seit Jahren hoch im Kurs. Der Bogen dessen, was das Körperliche umfaßt kann geschlagen werden von Aerobic bis Yoga und beschreibt dabei eine nahezu unüberschaubare Menge von Arten der Auseinandersetzung bzw. Beschäftigung mit dem Körper. Hierbei werden sowohl objektive - das Körper-Haben, der funktionale Körper - als auch subjektive - das Leib-Sein, der erlebende Leib¹- Dimensionen angesprochen. Die Einzigartigkeit der Körpererfahrung besteht darin, daß jeder Mensch zugleich Ausgangspunkt und Gegenstand der Erfahrung sein kann. Der Körper bildet die materielle Basis der Selbsterfahrung und ist das Bindeglied zwischen Selbst und Umwelt. So lernt das neugeborene Kind durch den Körper zunehmend zu unterscheiden zwischen Ich und Nicht-Ich (Umwelt) und über die Bewegungsmöglichkeiten des Körpers erfährt es sich selbst und die Welt. Die Körpererfahrung bleibt ein Leben lang ein Teil der Selbsterfahrung und rückt mal mehr, mal weniger in den Vordergrund.

Philosophische Aspekte

Die Leib-Seele-Problematik² hat innerhalb der Philosophie eine lange Tradition.

¹ zur Unterscheidung "Körper" und "Leib" vgl. PETZOLD 1988, 31ff

² "Leib" meint hier nicht den Leib in der Begrifflichkeit der Integrativen Therapie, sondern den Leib als menschlichen Körper

Grundsätzlich lassen sich zwei Betrachtungsweisen unterscheiden. Der Dualismus sieht Körper und Seele als voneinander getrennt an. Der Geist ist eine immaterielle Entität. Je nach Denkart beeinflusst das eine das andere, bzw beides wird als gleichwertig betrachtet. Der Monismus betrachtet Körper und Seele als zwei Aspekte einer Entität. Die Schwerpunktsetzung reicht von 'alles ist Seele' über einen Interaktionismus von Körper und Seele bis zu einem 'alles ist Körper'.³ Es bleibt der Eindruck, dass die abendländische Philosophie den Geist höher bewertet als den Körper, mitunter wird ihr auch eindeutige Körperverachtung zugeschrieben.

Jenseits der Diskussion um das Leib-Seele-Problem gibt es eine Richtung in der Philosophie, die sich mit dem Körper/Leib als einem Grundphänomen menschlicher Existenz befasst.⁴ Eine immer wiederkehrende Unterscheidung ist die, zwischen dem Körper, den man hat und dem Leib, der man ist: Der physische und der psychische (beseelte) Körper, der lebende und der erlebte Körper. Der subjektive, erlebte Leib ist die Grundlage der Existenz. Das innere Erleben verbindet das Individuum mit sich selbst, schafft Identität.

"... bin ich mein Leib. Das heisst, dass dieser Leib nicht wie ein Werkzeug betrachtet und gehandhabt werden kann; Mein Leib ist nie Objekt unter anderen, sondern die Voraussetzung aller denkbaren und möglichen objektiven Verhaltensweisen und aller Wahrnehmungen im

³ vgl. BUNGE 1984; GRUPE 1985

⁴ vgl. PETZOLD 1988

Objektiven. ... Wird dieser Leib, als der ich inkarniert lebe, objektiviert, so erscheint mein Körper, das Missverständnis des Leibes. Dieser Körper kann, wie die imaginäre Seele, die ihn informieren soll, in beliebiger Weise objektiv betrachtet, klinisch untersucht und chirurgisch amputiert werden. Diesen Körper habe ich. Ich bin aber mein Leib.”⁵

Ohne ein Leibsein, ohne leibliche Identität zerfällt nach MARCEL (1986) die innere Einheit des Menschen und er wird reduziert auf ein Körperhaben. Er sieht in dem Körper ein Instrument des Ichs, welches Träger des Willens ist. Im Kranksein entfällt diese klare Gegenüberstellung: Ist das Ich krank (seelische Erkrankung), kann es nicht mehr über den Körper verfügen und dem Körper fehlt ein ihn bestimmendes Subjekt. Ist der Körper krank (somatische Erkrankung), leidet das Ich an der eingeschränkten Verfügbarkeit des Instruments Körper. Man kann also sagen, dass in der Krankheit die Einheit von Selbst und Körper, das reibungslose Zusammenspiel dieser zwei Bereiche gestört ist. In gesunden Tagen zeigt sich die Einheit von psychischem und somatischem Ich besonders in der Willkürmotorik, den gekonnten, automatisierten Handlungen. Erst in der Bewusstmachung eines Bewegungsvollzugs oder des körperlichen Befindens wird diese Einheit aufgehoben.⁶

Eng verknüpft mit dem Aspekt der Leiblichkeit und der durch den Leib erfahrbaren Identität/Subjektivität sind die Aspekte der Bewegung und Haltung, der Wahrnehmung und des Handelns. Im Rahmen des Selbstkonzeptes⁷, sowie in der Auseinandersetzung mit der Umwelt gehören Bewegung und Haltung, Wahrnehmung, und Handlung zu den elementarsten Verhaltensfunktionen. Diese sind Formen des Verhaltens, die immer ein Subjekt voraussetzen, das sich im Bezug auf die Welt (eine konkrete Situation) verhält.

⁵ MARCEL 1988, 16

⁶ vgl. PLÜGGE 1988

⁷ vgl. PAULUS 1982

Sie sind sinnvoll, zielgerichtet und erklärbar.⁸ Und auch hier wird die Doppelfunktion des Körpers deutlich: Er ist Medium zur Welt und Anker des Ichs in der Welt.⁹

Gesellschaftliche Aspekte

Der Körper/Leib gewinnt eine etwas anders gewichtete Bedeutung, betrachtet man ihn aus einer gesellschaftlichen Perspektive. Hinter sozio-kulturellen Normen und Werten verschwindet der individuelle Leib, hervor tritt der “social body”.¹⁰ Gemeint ist damit die Verobjektivierung und Verdinglichung des Körpers nach Massgabe einer jeweiligen Kultur. Der Körper/Leib bleibt auf der Strecke in einer Gesellschaft, die sich unabhängig macht von körperlichen Eigenschaften, die die Kontrolle, Normierung und Unterdrückung von Körperausdruck favorisiert. Der persönliche Leib zieht sich zurück ins Private oder wird stellvertretend erlebt in Kino, Theater, Literatur.

Der Körper als Medium, der ein Individuum mit seiner Umwelt verbindet - in der anthropologischen Grundposition des PETZOLD'schen Ko-respondenz-Modells¹¹: 'Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Kontext' wird die Rolle des Körpers als Medium sehr deutlich - wird jenseits der o.g. sozialen Bedeutung nicht sehr ernst genommen. Körperausdruck - der ja Erfahrung und damit auch Körpererfahrung voraussetzt - spielt heutzutage eine oft untergeordnete Rolle. Im alltäglichen Leben vertraut man zunächst vor allem der Sprache als Form des Ausdrucks und der Kommunikation. Die gesellschaftliche, industrielle und kulturelle Entwicklung hat zu einem Prozess der Körperdistanzierung¹² geführt: Die Entstehung von Berufen wie Kaufmann,

⁸ vgl. BUYTENDIJK 1956

⁹ vgl. MARCEL 1988

¹⁰ vgl. KLEIN 1984, 7

¹¹ vgl. PETZOLD 1991a

¹² vgl. RITTNER 1986

Techniker, Wissenschaftler führte zu einer Höherbewertung der Kopfarbeit gegenüber der Körperarbeit; der technische Fortschritt ermöglicht einen minimalen Zeitaufwand und Energieverbrauchenden Bewegungseinsatz für maximale Effekte: statt ein Kaminfeuer vorzubereiten und anzuzünden braucht nur noch der Thermostat auf die gewünschte Temperatur eingestellt zu werden. Eine Wandlung der Sinneshierarchie hat zu einem Übergewicht des Visuellen geführt - Schmecken, Riechen, Fühlen, Tasten spielen eine untergeordnete Rolle im Leben der meisten Erwachsenen und leider auch vieler Kinder. RITTNER sieht als wichtigste Folge dieser Körperdistanzierung die Fähigkeit, das Ich vom Körper trennen zu können. Angesichts der Nähe des Ichs zum Körper, bzw. der Verschmelzung des Ichs im Körper und der Bedeutung des Körpers für die Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung erscheint dies geradezu paradox: das Allernächste wird zum Fremden gemacht. In der heutigen Gesellschaft ist also offensichtlich eine maximale Distanzierung des Körpers erreicht, was sich laut RITTNER zeigt in der Entfunktionalisierung seiner Eigenschaften, der Verdrängung des Körpers aus der Interaktion und einer mangelnden Synchronität von Körperausdruck und Selbstausdruck. Die Folgen sind stressbedingte Krankheiten, psychosomatische Leiden, Herzerkrankungen.

Körpererfahrung

Begriffsklärung

Körpererfahrung ist die Umschreibung eines relativ komplexen und vielschichtigen Gebildes: die Erfahrung, die man macht und der der eigene Körper bzw. das Bild das man von ihm hat als Basis und Quelle dient. Es geht darum, wie ein Individuum seinen Körper erlebt, welche Beziehung er/sie zu ihm hat, mit ihm umgeht. Körpererfahrung ist immer auch Selbsterfahrung und hat damit einen Bezug zu Persönlichkeitsmerkmalen.. Erfahrung mit und über den Körper kann Ver-

halten erklären und voraussagen.¹³ Der Körper ist Grundlage der Ich-Findung und dadurch bedeutend für die psychophysische Gesundheit: Ein Mangel an vielfältiger, positiver Körpererfahrung wirkt sich negativ auf die allgemeine Gesundheit aus.

Die Begriffe, die sich finden, sobald man beginnt, sich in das Thema Körpererfahrung einzulesen, sind nicht nur zahlreich, sondern in einigen Fällen meinen gleichlautende Begriffe unterschiedliche Dinge. So umschreibt der Begriff 'Körperschema' nach HEAD (1920) nur das Bild, das jemand von sich hat in einem neurologischen Sinn (haptisch, perzeptiv-kognitiv), während SCHILDER (1923) diesen Begriff bereits um eine persönlichkeitspsychologische Komponente erweitert. WERNER dagegen benutzt mehrere Begriffe synonym: body percept, body schema, body image und bezeichnet sie als "dynamic entity"¹⁴, wobei der Begriff 'body percept' als Oberbegriff gilt.

Eine grobe Einteilung, wie sie sich auch in BIELEFELDS (1986) Strukturmodell wiederfindet, ergibt sich in der Unterscheidung von Aspekten der Körpererfahrung, denen in erster Linie funktionelle, autonom reifende Fähigkeiten zugrunde liegen (Betonung des Neurophysiologischen), und solchen, bei denen die persönlichen Erfahrungen und Bewertungen eine Rolle spielen (Betonung des Subjektiv-Individuellen, Emotionalen).

Historischer Abriss

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Körpererfahrung findet sich seit Anfang des Jahrhunderts. HEAD (1920) und SCHILDER (1923) führten als erste die Begriffe Körperschema und Körperbild ein. Für HEAD ist das Körperschema (KS) ein rein neurophysiologisches Konzept und meint eine vorbewusste, physiologische Funktion der afferenten Reizverarbeitung. ein stän-

¹³ vgl. PAULUS, 1982

¹⁴ WAPNER/WERNER, 1965, 4

diger Zustrom sensibler Afferenzen (haptisch, kinästhetisch, propriozeptiv) wird gespeichert und verarbeitet und liefert so ein Bewusstsein vom Körper, seiner Lage im Raum, der Lage der Körperteile zueinander und ermöglicht eine Orientierung am und im Körper. Neurologische Störungen (cerebrale oder periphere Läsionen) können dazu führen, dass bestimmte Körperbereiche nicht mehr empfunden werden. Es kann aber auch der umgekehrte Fall eintreten, wie das Phantomgliedphänomen zeigt: Nach Verlust eines Körperteils bleibt dennoch das Bewusstsein von diesem Körperteil und es wird tatsächlich noch gefühlt. Dies ist nach BENTONS¹⁵ Ansicht ein Hinweis darauf, dass das Bewusstsein der Körperlichkeit primär von der Organisation gemachter Erfahrungen abhängig ist und weniger von aktuellen Sinnesreizen.

SCHILDER (1923) bezieht sich in seiner Abhandlung über das KS ausdrücklich auf HEAD und erweitert es um eine psychodynamische Komponente:

“... Bewusstsein vom eigenen Körper, die Anschauung des eigenen Körpers und die Verwertung dieser Anschauung im Handeln. ... Als Körperschema bezeichne ich das Raumbild, das jeder von sich selber hat. ..., dass dieses Schema in sich enthalte die einzelnen Teile des Körpers und ihre gegenseitige räumliche Beziehung zueinander.”¹⁶

Bezüglich des KS unterscheidet er optische, taktile und innervatorisch-kinästhetische Anteile (Schemata), betont jedoch die Bedeutung des Visuellen. Das Vorhandensein und Verwerten dieser Schemata (Körperbilder bzw. Körper-raumbilder) ist von wesentlicher Bedeutung für Bewegung und Handlung - ohne sie können Bewegungen nicht geplant und initiiert werden. Darüberhinaus hat SCHILDER (1935) das Thema der Körpererfahrung (KE) um eine persönlichkeitspsychologische Komponente erwei-

tert, indem er sich auf FREUD und seine Theorie des Körper-Ichs bezieht: In frühen Entwicklungsstufen ist das Ich vor allem körperlich). Anders als FREUD meint er jedoch, dass ein KS vorhanden sein muss, bevor eine libidinöse Besetzung einzelner Körperteile erfolgen kann.¹⁷

Die Beschäftigung mit der Körpererfahrung war in den Anfängen ausschliesslich krankheitsbezogen (Neurologie, Psychiatrie). Es waren vor allem FISHER & CLEVELAND (1958; 1968; FISHER 1986) die den Begriff ‘body image’ (Körperbild) prägten und die Auseinandersetzung mit dem Thema auf nicht-pathologische Bereiche erweiterten. Sie entwickelten geeignete Messverfahren und setzten KE in Bezug zum Selbstkonzept. SECORD & JOURARD (1953) postulierten als erste einen Zusammenhang zwischen dem Aspekt der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem Selbstkonzept. Auf ihre Beiträge wird in den folgenden Abschnitten genauer eingegangen.

In den vergangenen Jahren haben sich einige Autoren bemüht, die Vielzahl und Vielfalt der Beiträge zur KE zu strukturieren.¹⁸ Eine erste Gruppe von Autoren befasst sich mit KE als Prozessen der Informationsaufnahme und -verarbeitung: Wahrnehmung, Vorstellung, Kognition, Kenntnisse. Die zweite Gruppe betrachtet KE als emotional bewertende Prozesse: Meinungen, Überzeugungen, Erfahrungen, Verhältnis Individuum - Körper. Nahezu alle Autoren betonen dabei, dass es zwischen diesen beiden Bereichen gegenseitige Einflussnahmen gibt:

“ It is doubtful that any aspect of body experience can be said not to be significantly affected by personality vectors. Thus even the simplest of judgements about one’s body size are probably tou-

¹⁵ in: PAULUS, 1982

¹⁶ SCHILDER, 1923, 2

¹⁷ vgl. hierzu auch DALTO, 1987

¹⁸ vgl. PAULUS, 1982; BIELEFELD 1986

ched by personal values.”¹⁹

Die Zuordnung im Rahmen dieses Themaufnisses entspricht der jeweiligen Schwerpunktsetzung der Autoren.

Wahrnehmungspsychologische Ansätze

Streng genommen fallen unter diese Rubrik nur jene Ansätze, die sich mit dem Körper als materielle Basis der Wahrnehmung befassen: Lage, Grösse, Proportionen, räumliches Stellungs- und Beziehungsgefüge, Vorstellung von, Wissen und Kenntnisse über den Körper. Die Wahrnehmung ist jedoch immer subjektiv:

“ ... when people begin to scan their bodies, they become unusually involved with emotional issues that can affect their perceptions. The total body and its major aspects have special ego-involving connotations and attention focused on any body target may elicit defensive responses that affect how they will be perceived.”²⁰

Damit weist FISHER darauf hin, dass es kaum möglich ist, das Kognitive vom Affektiven zu trennen - es besteht immer eine Art Einmischung des Selbst. Nach BIELEFELD (1986) fallen die vornehmlich perzeptiv-kognitiven Leistungen in Bezug auf den eigenen Körper in den “Funktionsbereich Körperschema”²¹, aber auch er weist darauf hin, dass hier Überschneidungen stattfinden:

“Im konkreten Handeln jedoch, das immer ganzheitlich verläuft, sind Wahrnehmungen und Empfindungen, sind neurophysiologische und phänomenal-erlebnishaft Prozesse nicht voneinander zu trennen.”²²

PAULUS (1982) fasst unter diesen Bereich alle Prozesse der Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung körperlicher Erfahrungen. Nach AJURIAGUERRA (1965) geht es hier um den Körper als Subjekt/Objekt kogni-

tiver Aktivitäten in Gegensatz zum Körper als Gegenstand affektiver (erfahrbarer) Aktivitäten. SHONTZ (1969) macht ebenfalls die Unterscheidung in kognitiv und affektiv: Das Körperschema umfasst alle Strukturen, die die afferenten, sensorischen Informationen weiterverarbeiten: Innerhalb einer hierarchischen Anordnung von Aspekten der KE bilden die ‘body schemata’ die Basis, auf der ‘body values’ und ‘body concepts’ aufbauen.²³ Später hat SHONTZ (1975) sein Konzept differenziert: Auf der untersten Ebene finden sich nach wie vor die Körperschemata (kognitive Repräsentationen des eigenen Körpers). Es folgt die Ebene des Körperselbst, das die Körperwerte mit einschliesst (Erfahrungen ermöglichen eine Differenzierung zwischen eigenem und fremden Körper, dabei vermitteln sich auch Körperwerte). Die dritte Ebene bildet die Körperphantasie (Auffassungen über den eigenen Körper). Das Körperkonzept (formales Wissen über den Körper, unabhängig von direkten körperlichen Erfahrungen) umfasst die vierte Ebene. Der Ansatz von SHONTZ ist damit auch ein Versuch, den Komplex ‘Körpererfahrung’ zu strukturieren. Dabei dürften die unterste und die oberste Ebene dem ‘Körperschema’, die beiden mittleren Ebenen dem Bereich ‘Körperbild’ nach BIELEFELD entsprechen.²⁴

Der Begriff des Körperschemas im engeren Sinn hat besonders in der Bewegungslehre und der Bewegungstherapie - hier vor allem in der Psychomotorik - eine grosse Bedeutung.²⁵ Vor dem Bewegungsvollzug ist es notwendig, dass man eine (Raum-) Vorstellung vom Körper bzw. den einzelnen Körperteilen in ihrer Anordnung besitzt. Die qualitative Ausprägung des KS bedingt die Bewegung. Nach BUYTENDIJK (1956) ist das KS ein schematisches Bild unseres Körpers, das uns nicht bewusst ist und es bildet das

¹⁹ FISHER, 1986,2

²⁰ FISHER, 1986, 38

²¹ BIELEFELD 1986, 18

²² BIELEFELD 1986, 32

²³ SHONTZ, 1969, 207

²⁴ vgl. BIELEFELD, 1986, 15ff

²⁵ zsfbd BAUMANN,1986

Medium, in dem die Kinästhesie die Einzelbewegungen koordiniert. BUYTENDIJK betont ebenfalls den individuellen Aspekt in der Ausbildung des KS im Wirkungsgefüge Selbst-Umwelt und die Möglichkeiten der lebenslangen Veränderungen des KS. Die Entwicklung des KS beruht auf der Erfahrung und ergibt sich in handelnder Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die Ausbildung des KS ist abhängig von extero- und interozeptiven Informationen. Das KS wirkt als kognitives Muster im Bewegungsvollzug, wenn Bewegung verstanden wird als Synthese von sensorischen Informationen und strukturellen Bedingungen des Körpers. Das KS ist umso artikulierter, je grösser die Feldunabhängigkeit, d.h. die perzeptiv-kognitive Fähigkeit, differenzierte Strukturen zu erkennen und sich klar von der Umwelt absetzen zu können.²⁶

Persönlichkeitspsychologische Ansätze

In den persönlichkeitspsychologisch orientierten Ansätzen zur Körpererfahrung (KE) geht es in erster Linie um den in BIELEFELDS Modell beschriebenen Bereich des Körperbilds. Hiermit ist nicht das faktische (medizinisch-biologische) Wissen über den eigenen Körper oder die Orientierung am und im Körper angesprochen, sondern der Körper als Ausdruck eines Ichs in der Welt. Der Körper ist der Kern, die Basis für die Persönlichkeitsentwicklung. Bereits in den ersten vier Lebensmonaten lernt der Säugling durch propriozeptive und kinästhetische Informationen, zu unterscheiden zwischen Ich und Nicht-Ich. Die Verwurzelung im Körper ist wesentlich für die Entwicklung von Identität. Körpererfahrung kann nicht als eigenständiges Konstrukt betrachtet werden, sondern muss immer im Zusammenhang mit dem Selbst gesehen werden. Körpererfahrung ist ein Teil der Selbsterfahrung und zeigt als solche Beziehungen zu Persönlichkeits-

merkmalen.²⁷

Einen der wichtigsten Beiträge lieferten FISHER & CLEVELAND (1958; 1968) und FISHER (1986) mit dem Konzept der Körperausgrenzung (body boundary). Damit beschreiben sie das Ausmass, in dem ein Individuum sich als von der Umwelt abgegrenzt oder ihr gegenüber als ausgegrenzt erlebt. In Anlehnung an psychoanalytische und persönlichkeitspsychologische Theorien sehen sie Qualitäten des Beziehungsgefüges, in denen ein Kind mit seinen Bezugspersonen eingebunden lebt als entscheidend für die Herausbildung der erlebten Ausgegrenztheit an. Das Erfahren, Erleben des eigenen Körpers sehen sie als eine Replik der allgemeinen Erfahrungen, die ein Individuum im Laufe seiner Sozialisation macht. Somit kann das Erleben des Körpers als Co-produkt bedeutsamer Persönlichkeitsentwicklungen angesehen werden. Die Bedeutung der Körperausgrenzung liegt darin, daß die Erfahrung des Vertrauens in den eigenen Körper, die erlebte körperliche Integrität und Identität eine bleibende Grundlage bilden für später sich entwickelnde Konzepte wie Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Identität.²⁸

“Overall a picture has emerged of the individual with definite boundaries as more active, independent, autonomous, communicative, and also more likely to channel excitation to the exterior (effector) layers of the body than the individual with indefinite boundaries.”²⁹

FISHER (1986) hat desweiteren auch das Konzept der Körperbewusstheit (body awareness, body prominence) entwickelt und empirisch unterlegt. Er geht davon aus, dass der Körper und seine Regionen während der Sozialisation bestimmte denotative und conotative Bedeutungen erlangen. Besonders in der frühen Entwicklung verlassen sich Kinder in ihren Ent-

²⁶ vgl. BAUMANN, 1986, 170

²⁷ PAULUS 1982; 1986

²⁸ vgl. auch PAULUS 1982

²⁹ FISHER & CLEVELAND, 1965, ?

scheidungen auf Informationsquellen des "Inneren Milieus"³⁰ und FISHER ist der Meinung, dass körperliche Standards zur Situationseinschätzung nie ganz verloren gehen. So stellte er z.B. fest, dass es bezüglich der Körperbewusstheit tendenziell geschlechtsspezifische Unterschiede gibt³¹. Während Männer eher intrapersonale Bezüge (Selbstbezug) für das Erleben ihrer Körperbewusstheit und die Bewertung ihrer Körperlichkeit heranziehen, lassen Frauen überwiegend interpersonale Bezüge, also Beziehungen und Urteile anderer Menschen gelten. Weiterhin fand er für Frauen mit hohem erlebter Körperausgrenzung (hoher Barriere-Wert), dass sie sich durch selbstgesteuertes Verhalten auszeichneten und gleichzeitig ein hohes Mass an Körperbewusstheit aufwiesen. PAULUS (1982; 1986) hat in seinen Arbeiten den Zusammenhang von Körpererfahrung und Selbsterfahrung ebenfalls hervorgehoben. Seiner Meinung nach kann KE nicht als eigenständige Kategorie betrachtet werden, sondern muss immer im Zusammenhang mit dem Selbst, der Persönlichkeit gesehen werden. Im Rahmen einer Selbsttheorie liefert auch die KE wichtige Informationen: (1) Zuschreibung von Körpereigenschaften, (2) Beziehung zum eigenen Körper, (3) Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Welche Bedeutung der KE innerhalb einer Selbsttheorie zukommt, hängt von der individuellen Lebensgeschichte ab, von realisierten lebensthematischen Bezügen, von Zielprojektionen, von realisierbarer Körpererfahrung und Lernmöglichkeiten. Der Körper im Sinne eines Leib-Subjekts ist nicht etwas Feststehendes, sondern eine dauernd im Wandel begriffene (Un-)Ordnung - diese Sichtweise eröffnet das Feld für vielfältige therapeutische Interventionen:
"Kann die Akzeptierung der eigenen Person als ein wesentliches Ingredienz eines

³⁰ PAULUS, 1982, 64

³¹ vgl. Literaturüberblick in FISHER 1986

psychisch gesunden Lebens gelten, wird die Akzeptierung des eigenen Körpers und seine Integration ins Selbsterleben als ein Teilaspekt dieser gesamten Akzeptierung betrachtet, so können Massnahmen, die dazu dienen, dem Individuum zu helfen, seinen eigenen Körper zu akzeptieren und ihn als integriert in sein Leben zu erfahren, dazu beitragen, dass ein Individuum sein Selbstwertgefühl absichern, eine optimale Lust-Unlust-Balance erhalten und seine gewonnenen Erfahrungen effektiver und effizienter in der Bewältigung seines Lebens einsetzen kann."³² Gerade die persönlichkeitspsychologischen Ansätze der Körpererfahrung lassen die Nähe zu Grundpositionen der Integrativen Therapie³³ erkennen. Dies wird deutlich in der Wertigkeit, die dem Körper und der Körpererfahrung in der Entwicklung von Identität und Persönlichkeit und der Bedeutung für die Gesundheit von den hiergenannten Autoren zugeschrieben wird. Auch Aspekte wie die Abhängigkeit von äusseren Faktoren (Umwelt, Meinung anderer, Normen und Werte) und die lebensgeschichtliche Verankerung der KE, sowie die Rolle der Körpererfahrung und des Körpererlebens für die Lebensplanung finden Berücksichtigung.

Das Strukturmodell von BIELEFELD

BIELEFELD's Modell ist meiner Meinung nach der bislang gelungenste Versuch, den Gesamtkomplex Körpererfahrung zu strukturieren und verständlich zu machen. Es beinhaltet alle in den vorher-

³² PAULUS 1982, 204

³³ vgl. hierzu die anthropologischen Grundformeln: "Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld" und "Der Mensch ist ein Leib-Subjekt in der Lebenswelt." (PETZOLD, 1988,185f); auch sei hier hingewiesen auf das Korrespondenzmodell PETZOLD's, seine Begriffe Ko-existenz und Kontinuität (PETZOLD 1991a).

gegangenen Abschnitten dargestellten Aspekte der Körpererfahrung:³⁴ Der Gesamtkomplex (body experience) umfasst alle im Laufe der individuellen und gesellschaftlichen Entwicklung gemachten Erfahrungen mit dem eigenen Körper. Diese können sowohl kognitiv als auch affektiv sein. BIELEFELD unterscheidet die zwei Teilbereiche 'Körperschema' (body scheme) und 'Körperbild' (body image). Zwischen beiden Bereichen gibt es wechselseitige Einflussnahmen.

Körperschema umfasst den neurophysiologischen Aspekt aller perzeptiv-kognitiven Leistungen bezüglich des eigenen Körpers: (1) Körperorientierung (body orientation), d.h. die Orientierung in und am eigenen Körper mit Hilfe der Extero- und Interorezeptoren (Oberflächen- und Tiefensensibilität, kinästhetische Wahrnehmung); (2) Körperausdehnung (body size estimation); (3) Körperkenntnis (body knowledge), d.h. faktisches Wissen über Bau und Funktion des Körpers (Körperbegriff, Körperwahrnehmung, Körpervorstellung).

Der Bereich Körperbild beinhaltet den psychologisch-phänomenalen Aspekt der Körpererfahrung mit seinen emotional-affektiven Leistungen im Bezug auf den eigenen Körper. In diesen Bereich fallen: (1) Körperbewusstsein, d.h. die psychische Repräsentation des eigenen Körpers im Bewusstsein, die auf den eigenen Körper gerichtete Aufmerksamkeit (synonyme Begriffe: Körperbewusstheit, body awareness, body consciousness); (2) Körperausgrenzung (body boundary), d.h. die Fähigkeit, die Körpergrenzen, den Körper als eindeutig von der Umwelt abgegrenzt zu erleben; (3) Körper Einstellungen (body attitudes) umfasst alle auf den eigenen Körper, besonders das Aussehen, aber auch die Leistungen gerichteten Einstellungen und Bewertungen, wie z.B. Grad der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (body satisfaction, body cathexis).

³⁴ BIELEFELD, 1986, 17

Bei dem dargestellten Strukturmodell handelt es sich nicht um eine wissenschaftlich eindeutige Strukturierung, sondern vielmehr war es ein Anliegen des Autors

„..ein plausibles Modell der Identifikation und An- bzw. Zuordnung abgrenzbarer Teilkomplexe zu erstellen, welches die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper (aus bewegungswissenschaftlicher Sicht) sowohl aus wissenschaftstheoretischer wie auch aus praktisch-anwendungsorientierter Sicht voranzutreiben hilft.“³⁵

Körpererfahrung und psychische Erkrankungen

Bei dem überwiegenden Teil psychischer Erkrankungen kommt es zu einem Ungleichgewicht zwischen Selbst und Körper: Was sich in gesunden Tagen als (unbewusst) funktionierende Einheit darstellt, gerät aus dem Gleichgewicht.

„Ich kann also, genau gesprochen, nicht sagen, dass ich einen Körper habe, aber die geheimnisvolle Verbindung, die mich mit meinem Körper eint, ist die Wurzel aller meiner Möglichkeiten zu haben. Je mehr ich mein Körper bin, desto mehr an Wirklichkeit wird mir verfügbar, existieren die Dinge doch nur, sofern sie mit meinem Körper in Kontakt stehen, von ihm wahrgenommen werden. Hier aber, so scheint mir, liegt das Wesen der seelischen Erkrankung, dass die existentielle Einheit von Selbst und Körper gestört oder verlorengegangen ist. Für den Patienten wird die Welt, die Wirklichkeit unverfügbar, er verliert das Bewusstsein seiner selbst als Existierender, er vermag keinen Kontakt - oder nur einen gestörten - nach aussen zu anderen zu finden.“³⁶

Viele psychisch Kranke sind an Bewegungsarmut und einem reduzierten Körperausdruck zu erkennen. Die Folgen sind Kontaktverlust und erschwerte Kommunikation. FISHER (1986) nennt

³⁵ BIELEFELD, 1986, 29

³⁶ MARCEL, 1953 zitiert nach JORASCHKY, 1983, 13

besonders neurotische und psychotische Krankheitsbilder, in denen Störungen des Körperbildes von Bedeutung sind. Bei Formen der Depersonalisation liegt eine gestörte Körperwahrnehmung zugrunde und der eigene Körper wird als fremdes Objekt angesehen. Die Intensität des Erlebens reicht dabei von momentanen Empfindungen bis zu chronischen Entfremdungsgefühlen (Gefühle von Depersonalisation können auch bei "Normalen" auftreten, z.B. bei Ermüdungs- und Erschöpfungszuständen). Das Gefühl, sich selbst fremd zu sein, unlebendig oder schattenhaft, geht oft einher mit einer Entfremdung der menschlichen und sachlichen Umwelt (Derealisation), die sich aus dem Zusammenhang von Selbst- und Umwelterfahrung ergibt.³⁷ Bei anderen psychotischen Krankheitsbildern kommt es zu Störungen der Ich-Grenzen, die Körpergrenzen verändern sich, oft ergeben sich bizarre Körpererfahrungen. Der eigene Leib kann nicht mehr in das Ich-Bewusstsein integriert werden. Es finden sich bei neurotischen und psychotischen Krankheitsbildern ganz bestimmte Bewegungs- und Ausdruckscharakteristika, wie unecht, affektiert, impulsiv, aggressiv, infantil, theatralisch (neurotisch) oder verlangsamt, avital, kraftlos, bizarr, eckig, gehemmt, unsicher, apathisch (psychotisch).³⁸ Besonders im Zusammenhang mit schizophrenen Menschen wird oft von sehr ungewöhnlichen Körpererfahrungen berichtet. JORASCHKY (1983) und FISHER (1986) stellen jedoch übereinstimmend fest, dass es zwar eine Vielzahl von Körpererfahrungsstörungen in diesem Bereich gibt, die Ergebnisse von Untersuchungen aber eine erstaunliche Inkonsistenz aufweisen und sich diese Gruppe nicht von anderen Diagnosegruppen unterscheidet. JORASCHKY gibt auch zu bedenken, dass Patienten Schwierigkeiten haben, ihre Körpererfahrungen zu beschreiben und daher in der

Literatur oft nur besonders krasse Fälle zu finden sind.

FISHER (1986) beschreibt desweiteren die Hypochondrie als psychotisches Krankheitsbild, in dem es zu stark verzerrten Körperempfindungen kommen kann: Völlig gesunde Körperregionen werden als krank wahrgenommen oder es kommt zu übertriebenen Empfindungen bei nur geringfügigen Beeinträchtigungen. Generell lässt sich feststellen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine geringere Zufriedenheit mit dem eigenen Körper aufweisen.³⁹ Ferner ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers auch stimmungsabhängig: Depressive Stimmungen können dazu führen, dass man die eigenen Körperproportionen falsch einschätzt.⁴⁰ So fanden NUTZINGER & SLUNECKO (1991), dass die Körperwahrnehmung und das Körperbild von adipösen Frauen im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen sich auf eine verzerrte perzeptive und emotionale Selbstwahrnehmung stützt. Sie überschätzten selektiv eigene Körperdimensionen, konnten jedoch neutrale Wahrnehmungsobjekte korrekt einschätzen. Darüberhinaus zeigten sie eine negative Einstellung zum Körper, die enge Zusammenhänge mit der Dimension Depression aufwies. Ähnliches fanden auch MORI & MOREY (1991) in einer Studie mit depressiven Frauen. Sie berichten, dass Depression dazu führen kann, dass Frauen ihr Körperbild zu sehr von externem Feedback abhängig machen und bei falschem, negativen Feedback ihre Körpergröße eher überschätzten. Auch GRUBB e.a. (1993) kommen in einer Untersuchung von Frauen mit Essstörungen zu dem Ergebnis, dass Depression und Überschätzen des Körpergewichts signifikant miteinander korrelieren.

Körper und Depression

Wie bereits im vorangegangenen Ab-

³⁷ vgl. JORASCHKY, 1983

³⁸ vgl. DEIMEL, 1983

³⁹ vgl. SCHWAB & HARMELING, 1968

⁴⁰ vgl. TAYLOR & COOPER, 1992

schnitt angesprochen, scheint es einen Zusammenhang zu geben, zwischen Depression und negativen Körpererfahrungen, bzw. -empfindungen. Dies wird auch in einer Beschreibung der depressiven Symptomatik sehr deutlich, besonders wenn man die Verbindungen von Körpererfahrung und Selbsterfahrung und der Integration der Körpererfahrungen in das Selbstkonzept berücksichtigt.

HAUTZINGER (1981) unterscheidet fünf Manifestationsebenen der Symptomatologie: (1) die emotionale, gekennzeichnet durch Traurigkeit, Leeregefühl, Verzweiflung, Mangel an positiven Gefühlen und Empathie, häufiges Weinen; (2) die motivationale, gekennzeichnet durch Passivität, Vermeidungsverhalten, Rückzug, erhöhte Abhängigkeit von anderen, Lähmung des Wünschens und Wollens; (3) die kognitive, gekennzeichnet durch negative Selbstwahrnehmung, negative Selbstbewertung, negative Erwartungen bezüglich Zukunft und Umwelt, Hoffnungslosigkeit, Entscheidungsunfähigkeit, Übergeneralisierungstendenzen, Lernschwierigkeiten, selektives Erinnern negativer Erfahrungen, Mangel an Konzentration und Aufmerksamkeit; (4) die körperlich-vegetative, gekennzeichnet durch Schlafstörungen, endokrine Veränderungen, Verdauungsbeschwerden, Appetitverlust, Gewichtsveränderungen, Libidostörungen, Vitalempfindungsstörungen, vielfältige Schmerzempfindungen bis hin zu psychotischen Symptomen; (5) die verhaltens-motorische, gekennzeichnet durch Verlangsamung der Motorik, Mimik und Gestik, verlängerte Reaktionszeiten, Flucht- und Meideverhalten, reduziertes Aktivitätsniveau, sozialer Rückzug, Zunahme des klagenden, hilfesuchenden Verhaltens.

Meiner Meinung nach beschreibt das Modell HAUTZINGERS sehr umfassend die Auswirkungen depressiver Erkrankungen auf den Menschen im Sinne eines Körper-Seele-Geist-Subjekts in seinem

sozialen und ökologischen Kontext.⁴¹ Der Bezug zu den unterschiedlichen Aspekten der Körpererfahrung wird auf allen Symptomebenen deutlich.

Ausgehend von der Bedeutung der Körpererfahrung für die psychophysische Gesundheit und die Persönlichkeitsentwicklung wird weiterhin deutlich, dass in der Behandlung depressiver Erkrankungen neben psychotherapeutischer und pharmakologischer Therapien auch unterschiedlichste Formen von körperbezogenen Therapien ihren Platz haben (müssen). So ist z. B. der Ansatz der Running-Therapie mittlerweile weit verbreitet und gut erforscht. Laufen wirkt sich in den meisten Fällen positiv aus weil eine Vielzahl von Faktoren zusammenkommen: das Gefühl, etwas geleistet zu haben, den eigenen Körper spüren, der soziale Aspekt, die Natur bewusster wahrnehmen, etwas für die Fitness tun etc. Entspannungsverfahren, Atemübungen können eingesetzt werden, ebenso wie Übungen zur Körper- und Bewegungswahrnehmung wie sie die Konzentrierte Bewegungstherapie und die Integrative Bewegungstherapie kennen. Dies kann sowohl auf funktionalem, als auch erlebnisorientierten und konfliktzentriertem Niveau geschehen.

Schlussbemerkung

Abschliessend möchte ich anmerken, dass es in den letzten Jahrzehnten eine deutlich erkennbare Berücksichtigung des Leibes in der Therapie psychisch und psychosomatisch kranker Menschen gibt. Die Tendenz ist eindeutig: den multimodalen Ansätzen, dem Individuum angepasst, gehört die Zukunft.⁴² Damit rückt etwas in den Blickpunkt des Interesses, was es vor langer Zeit schon einmal gegeben hat: Ganzheitliche Behandlung wie sie auch die asklepiadischen Tempel der griechische Antike kannten.

Meine eigenen Erfahrungen in der Arbeit

⁴¹ vgl. PETZOLD, 1988

⁴² vgl. hierzu Integrative Therapie 3/97

als Integrative Bewegungstherapeutin in unterschiedlichen Bereichen - Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatische Orthopädie und Forensische Psychiatrie - sind derart, dass mir gerade die Tatsache, dass ich immer auch mit dem phänomenologischen Leib arbeite, den Zugang zu den Patient/innen, ihren Lebenserfahrungen, günstigen wie ungünstigen Verhaltensmustern und Kernproblemen sehr erleichtert. Ärztliche und psychologische Kollegen, die in der Regel Patienten an mich delegieren, schätzen die Zusammenarbeit, denn die Bewegungspsychotherapie hat meistens einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Therapie, die Entwicklung von Patienten. Und das trifft für alle Modalitäten der IBT zu: funktional, erlebnisorientiert, konfliktorientiert. Dem gegenüber stehen allerdings immer wieder auch Äusserungen von Kollegen, in denen meine Arbeit eher belächelt wird, oder man sich darüber wundert,

dass in meinen Therapiestunden mitunter viel geredet wird. Diese entstehen allerdings aus relativer Unkenntnis der Möglichkeiten und Auswirkungen körperintegrativer Therapien. Für mich bedeutet das, neben meiner therapeutischen Tätigkeit, einen eher kleinen Teil meiner Arbeitszeit der Aufklärung und innerbetrieblichen Weiterbildung zu widmen: den Kollegen und Mitmenschen versuchen, zu verdeutlichen, dass die Erfahrungen ihres Lebens immer auch Erfahrungen ihres Leibes sind; dass neben dem Verstand auch der Körper-Leib etwas zu sagen hat und es wertvoll ist auf seine Botschaften zu achten.

Literatur bei der Autorin

Anschrift der Autorin:

Andrea Radant
Hollenbecker Str. 27
48143 Münster

Bibliographie zur Integrativen Bewegungstherapie Stand: 12/1998

Wir fordern aller LeserInnen auf, am Aufbau einer umfassenden Bibliographie zur Integrativen Bewegungstherapie mitzuwirken. Wir wollen darin alle relevanten Artikel und Bücher aufnehmen, die sich mit der Integrativen Bewegungstherapie befassen bzw. wo die IBT vergleichend erwähnt wird. Auch unveröffentlichte Titel und Werke sollen mitaufgenommen werden. Insbesondere bitten wir um Mitteilung neuer Titel von Graduierungsarbeiten. Die Einteilung erfolgt nach dem Aufbau des "Tree of Science". Die Auflistung wird nach dem HARVARD-System aufgebaut. Nach Möglichkeiten werden Vornamen ganz ausgeschrieben um so männlich/weibliche AutorIn kenntlich zu machen.

Meldungen an: IBT-Redaktion, IBT-Bibliographie, c/o M.J. Waibel, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf

I. Metatheorie

Gieseke Claus: Männliche/weibliche Identität in der IBT, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 1/92, Aulendorf 1992

Heinzi W.: Metatheoretische Grundlagen für ein Verständnis der Leiblichkeit in der Psychotherapie .Anthropologisches Perspektiven zwischen Phänomenologie und Hermeneutik (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1991,441 Seiten

Höhmman Annette: Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Bewegungstherapie, in: Integrative Bewegungstherapie 1/1994, Aulendorf 1994

Petzold Hilarion: Der heilende Kraft des Schöpferischen, in: Integrative Bewegungstherapie 1/93, Aulendorf 1993

Petzold Hilarion (Hrsg.): Leiblichkeit, Junfermann, Paderborn 1985

Petzold Hilarion: Leben ist Bewegung. Überlegungen zum "komplexen Bewegungsbegriff" und zum Konzept der "Kommutilität" in der Integrativen Bewegungstherapie, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 2/91, Aulendorf 1991

Petzold Hilarion: Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychotherapeu-

tischer Behandlung, in: Krankengymnastik Nr. 11/1990, Pflaum, München 1990
Petzold H.: Einige Überlegungen zu einem differentiellen und integrativen Bewegungskonzept, in: Integrative Bewegungstherapie Nr 2/92, Aulendorf 1992
Sheleen Laura: Bewegung in Raum und Zeit - Zum Sinn von Tanz und Bewegung in der "Expression Corporelle", in: Integrative Therapie Nr. 1/1983, Junfermann, Paderborn 1983
Schwarberg Christian: Psychotherapeutische Falldarstellung unter dem Aspekt der Phänomenologischen Perspektiven von Hermann Schmitz. Von den "Inseln" zur Einheit des Leibes (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1988, 50 Seiten

II. Realexplikative Theorien

Eickstedt-Schmauch, v. Doris: Die frühkindliche Bewegungsentwicklung und ihre mögliche Problematik (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1983, , 49 Seiten
Eisler Peter: Berühren aus Berührtsein (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1990, 38 Seiten
Haren van Werner: Integrative Leib- und Bewegungstherapie als körperorientierte Bewegungspsychotherapie, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/98, Aulendorf 70-82
Höhmnn-Kost Annette/ Kost Rudolf: Die Integrative und die Konzentrierte Bewegungstherapie im Vergleich. Bericht aus der Arbeitsgruppe bei der Jahrestagung der Integrativen Bewegungstherapie 1996, in: Integrative Bewegungstherapie Nr 2/96, Aulendorf 1996
Olbrich Ingrid: Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Bewegen, Wahrnehmen, Spielen, Sprechen, Integrative Arbeit mit Kindern mit Sprachproblemen, in: Gestalt und Integration Nr. 2/91-1/92, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1991
Orth Ilse: Heilung durch Bewegung. Überlegungen zu Diagnostik, Indikation und Therapeutik in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, in: Integrative Bewegungstherapie Nr 2/96, Aulendorf 1996
Petzold Hilarion: Ein integrative Modell früher Persönlichkeitsentwicklung als Beitrag klinischer Entwicklungspsychologie zur Psychotherapie in: Integrative Therapie 1-2/1992, Junfermann, Paderborn 1992
Radant Andrea: Körpererfahrung. Philosophische, historische, gesellschaftliche und psychologische Aspekte, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/98, Aulendorf 59-69
Stemme G.: Die frühkindliche Bewegungsentwicklung und ihre mögliche Problematik (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1983, 49 Seiten

III. Praxeologie

III.1. Alte Menschen

Bachmeier-Bischof: Senientanz und Integrative Bewegungstherapie. Ein Vergleich (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1987, 43 Seiten
Mei van der Sikko Henk: Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric, in: Integrative Bewegungstherapie 1/93 Teil 1 und 2/93 Teil 2, Aulendorf 1993
Petzold Hilarion, Berger A.: Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen in: Integrative Therapie Nr. 3/4 1978, Junfermann, Paderborn 1978

III.2. Budokünste

Bettinaglio Antonio: Integrative Bewegungstherapie und Aikido in der Behandlung psychiatrischer Patienten, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 2/93, Aulendorf 1993
Geißler M.: Qigong Yangsheng und Integrative Therapie, in: Integrative Bewegungstherapie 2/1995, Aulendorf 1995
Glitscher G. u.W.: Der Prozeß ist das Ziel. Elemente aus Aikido/Gestalttherapie und der Arbeit mit kreativen Medien als Methode zur Teamentwicklung, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 1/1994, Aulendorf 1994
Saldern M.v.: Budo und Gewalt, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 2/93, Aulendorf 1993
Roth S.: Aikido mit Drogenabhängigen, in Integrative Bewegungstherapie Nr. 2/93, Aulendorf 1993

III.3. Institutionen - Berufliche Identität

Struck Ulrike: IBT in der Schule, in: Integrative Bewegungstherapie 1/92, Aulendorf 1992
Uffelmann Peter: Berufliche Identität, in: Integrative Bewegungstherapie Nr 1/92, Aulendorf 1992
Waibel Martin J.: Wüstenpfade und Alleen . Wege der Identität in der psychosomatischen Klinik, in: Integrative Bewegungstherapie Nr 1/92, Aulendorf 1992

Waibel Martin J.: Gemeinsamkeiten statt Trennung . Integrative Ansätze von Gymnastik, Krankengymnastik und psycho-physischer Bewegungstherapie in der Klinik, in: Integrative Bewegungstherapie 2/91, Aulendorf 1992
Weiß Bernward: Psychotherapeutische Kompetenz und psychotherapeutische Vorberufe. Ein berufspolitisches Forum, Integrative Bewegungstherapie Nr 1/96, Aulendorf 1996
Wolfensberger-Baumgartner Tess: Die Bedeutung der Bewegungstherapie in der stationären Psychotherapie, in: Integrative Bewegungstherapie 1/1995.

III.4. Kinder

Fink M.: Integrative Therapie mit hyperaktiven Kindern, in: Gestalt und Integration Nr.1/92-2/91, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1991
Hartleib-Schaffrath, Renate: Die Behandlung von Kindern mit leichten Hirnfunktionsstörungen (MCD) nach Konzepten der Integrativen Therapie (Graduiierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1992, 29 Seiten
Herzig-Graf Ida: Integrative Bewegungstherapie und Aikido für sehbehinderte Kinder, in: Integrative Bewegungstherapie Nr 2/92, Aulendorf 1992
Junghäni Muriel: Rituale in der Kinder- und Jugendlichentherapie, Integrative Bewegungstherapie, Aulendorf 7 (1997) 1/97, 4-17
Lüpertz Renate: Rhythmische Elemente in der kindertherapeutischen Arbeit der Integrativen Bewegungstherapie (Graduiierungsarbeit) 1990, Fritz Perls Institut, Hückeswagen, 13 Seiten
Steinig B.: Elemente der Integrativen Bewegungstherapie und kreativer Medien zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung des Vorschulkindes im Kindergarten (Graduiierungsarbeit), Fritz Perls Institut , Hückeswagen 1987, 55 Seiten
Waibel Martin J.: Gummimännchen und Schlangenkönigin - Haltungsgymnastik für Kinder, Humboldt, München 1994
Wipf R.: Wenn Blicke töten könnten ... Zur Schuldfrage in der Psychomotorik (Graduiierungsarbeit), 40 Seiten, Fritz Perls Institut ,Hückeswagen 1987.

III.5. Methoden - Techniken - Geschichte

Abresch Jürgen: Anregungen zur Arbeit mit Seilen in der Integrativen Therapie, in: Integrative Therapie Nr. 4/1993, Junfermann, Paderborn 1993
Breton Annick, Fuchs Stephan: Noli me tangere -velim me tangas. Berührung in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/98, Aulendorf 48-58
Briner F.: Integrative Tanztherapie, in: Integrative Therapie Nr. 2/1977, Junfermann, Paderborn 1977
Dauber Heinrich: Atem und Bewegung. Eine Einführung in die Gestaltpädagogik (Graduiierungsarbeit), Fritz Perls Institut ,Hückeswagen 1990, 124 Seiten
Drefke Helma: Die Integrative Bewegungstherapie und ihre Bedeutung in der Ausbildung von Sportlehrern und Bewegungswissenschaftlern (Graduiierungsarbeit), Fritz Perls Institut ,Hückeswagen 1990 19 Seiten
Fuchs Stephan, Breton Annick: Noli me tangere -velim me tangas. Berührung in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/98, Aulendorf 48-58
Genton-Keller Ursula: Lebensraumpanorama, Istzustand und Veränderungswünsche, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 2/92, Aulendorf 1992
Heinl Hildegund: Therapie vom Leibe her - körperbezogene Behandlung in der Praxis, in: "Integration und Kreation", Junfermann, Paderborn 1993
Jordi Anneliese: Integrative Bewegungstherapie und Physiotherapie, Physiotherapie - Zeitung des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes, 4 (1994)
Kirchman E., Moderne Verfahren der Bewegungstherapie. KBT, IBT, Rhythmische Bewegungstherapie, Integrative Therapie Beiheft Nr. 2 (vergriffen), zu erhalten über Kopie bei Fritz Perls Institut Hückeswagen
Koop Ingrid Ingeborg, Weiterbildung in Integrativer Bewegungstherapie in Lima Peru, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/97-1/98, Aulendorf 39-42
Kuhr I., Berger-Jopp A.: Integrative Bewegungstherapie, in: Petzold/Sieper (Hrsg): Integration und Kreation,.., Junfermann, Paderborn 1993
Niggemeyer V.: Inwieweit ist es möglich, in die Rekreationsarbeit Integrative Bewegungstherapieansätze einfließen zu lassen? -Aufgezeigt anhand der Volkshochschularbeit (Graduiierungsarbeit 1986), Fritz Perls Institut, Hückeswagen, 30 Seiten
Petzold H., Berger A.: Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie in: Integrative Therapie Nr 2/1978, Junfermann, Paderborn 1978
Petzold H., Orth I., Integrative Leibtherapie. Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl am FPI und EAG, in: Petzold/Sieper (Hrsg.): Integration und Kreation,Junfermann, Paderborn 1993

Petzold H., Schneewind U.: Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie, Junfermann, Paderborn 1986

Reichel Gusti: ... mit Hand und Fuß Gesammelte Erfahrungen mit der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie: Bildungsarbeit - Drogentherapie - Psychotherapie (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1991, 23 Seiten

Roth S.: Aikido - eine Auseinandersetzung auf dem Hintergrund der Integrativen Therapie (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut Hückeswagen 1990, 21 Seiten

Rütschi-List Gaby: Bewegungstherapeutische Interventionen zur Verdeutlichung von Gruppenprozessen, in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 1/92, Aulendorf 1992

Stolze H.: Wege zu den leiborientierten Therapie, in: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, Springer Verlag 1991

Temme Margarete: Tanz in der Integrativen Bewegungstherapie (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1988, 48 Seiten

Voutta-Voß Michael, Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie Teil 11A, Theoretische und praxeologische Grundlagen, Integrative Bewegungstherapie 7 (1997) 1/97, Aulendorf 27-40

Voutta-Voß Michael, Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie Teil 2, theoretische und praxeologische Grundlagen, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/97-1/98, Aulendorf 27-38

Wetzels Ch.: Nonverbale Kommunikation durch Tanz. Tanz als kreative Therapie (Graduierungsarbeit), Fritz Perls Institut, Hückeswagen 1981, 103 Seiten

Wörmer-Aigmüller Alfons: Möglichkeiten thymopraktischer bzw. psychosomatisch orientierter Behandlung in der Integrativen fokalen Kurzzeittherapie (IFK), in: Integrative Bewegungstherapie Nr 2/96, Aulendorf 1996

Zorr, Dörte Maria: Entwicklung der Bewegungstherapie im Osten Deutschlands, in: Integrative Bewegungstherapie 2/1994, Aulendorf 1994

III.6. Psychiatrie - Neurologie - Frühe Schädigungen

Bettinaglio Antonio: Bewegungstherapie in der Psychiatrie, in: Integrative Bewegungstherapie 1/1995

Briner F., Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Psychiatrischen Klinik in: Integrative Therapie Nr 2-3/1981, Junfermann, Paderborn 1981

Eberz Manfred: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie im Arbeitsfeld der neurologischen Rehabilitation, in: Krankengymnastik 46 (1994) 9, Pflaum Verlag, München, 1183-1196

Gresser Ruth: Bewegungstherapie in einer psychiatrischen Klinik, in: Integrative Bewegungstherapie 2/91, Aulendorf 1991

Greven Claudia: Möglichkeiten und Grenzen Integrativer Tanztherapie in der Psychiatrie, in: Willke, Höltel, Petzold, (Hrsg.) , Tanztherapie, Junfermann 1991

Hausmann-Hartmann, Bettina: Integrative Kurztherapie mit Psychotikern (Graduierungsarbeit), FPI-Hückeswagen 1983, 69 Seiten,

Hausmann Brettina: Arbeit mit Seilen in der Integrativen Bewegungstherapie mit Psychosepatienten, in: Integrative Therapie Nr. 2/3 1987, Junfermann, Paderborn 1987

Herzer-Kleffner Anette: Integrative Bewegungstherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis, in: Integrative Bewegungstherapie Nr 2/96, Aulendorf 1996

Höhmman-Kost A.: Die funktionale und erlebnisorientierte Integrative Bewegungstherapie dargestellt an einem Gruppenbeispiel aus der Psychiatrie - Theorie, Erfahrungen, Übungen, Graduierungsarbeit 1988, 110 Seiten, FPI-Hückeswagen

Krietsch-Mederer S., Bewegungstherapie mit einer Gruppe von Langzeitpatienten in einem psychiatrischen Krankenhaus in: Integrative Therapie Nr. 4/1975, Junfermann, Paderborn 1975

Schad Christine: Berührung aus Berührtheit. Eine Kasuistik aus dem Bereich früher Schädigungen sowie therapeutische Ansätze mit der Methode der Integrativen Bewegungstherapie, Integrative Bewegungstherapie, Aulendorf 7 (1997) 1/97, 18-26

Schneewind U.-J., Der Umgang mit der emotionalen Zerrissenheit - Zur Behandlung von Borderlinepatienten in der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, in: Gestalt und Integration Nr. 2/91-1/92, FPI Publikationen, Düsseldorf 1991

Temme S., Ansätze für die Zusammenarbeit von Integrativer Körpertherapie und bestehenden Therapieformen an einer psychiatrischen Tagesklinik, Graduierungsarbeit 1986, 114 Seiten, FPI-Hückeswagen

Uffelman P., Integrative Bewegungstherapie mit jugendlichen Borderline-Patienten in: Integrative Bewegungstherapie Nr. 2/92, Aulendorf 1992

Ullmann R.: Die bewegungstherapeutische Behandlung von jugendlichen Borderline-Patienten in der Integrativen Bewegungstherapie in: Integrative Therapie Nr. 1/1989, Junfermann, Paderborn 1989

Waibel M.J., Borderline-Erkrankung und Integrative Bewegungstherapie. Geschichte, Diagnose, Genese und vergleichende Ansätze in Klinik und Praxis dargestellt anhand einer Fallbeschreibung

und ergänzender kasuistischer Beispiele, Integrative Bewegungstherapie Nr 1/96, Aulendorf 1996

III.7. Psychosomatik - Psychotherapie

Bauder Monika, Naturerleben - Integrative Bewegungstherapie in Gruppen im klinischen Kontext mit einem ressourcenorientierten Ansatz, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/97-1/98, Aulendorf 4-13

Herold Mechthild: Integrative Bewegungstherapie mit Schwerkranken im ländlichen Umfeld. Ein Interview, Integrative Bewegungstherapie 5 (1995) 2, Aulendorf, 56-61

Leitner A., Leibzentrierte Fokalintervention in der Klinik, Graduiierungsarbeit, 21 Seiten, FPI-Hückeswagen 1989

Orth I., Der domestizierte Körper - Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie, Integrative Bewegungstherapie Nr. 1/94, Aulendorf 1994

Rütschi-List G.: Der Schmerzpatient in der Bewegungstherapie. In: Krankengymnastik Nr. 12/1988, Pflaum Verlag, München 1988

Voutta-Voß Michael: Integrative Therapie bei Seh- und Blickkontaktstörungen, Integrative Bewegungstherapie 5 (1995) 2, Aulendorf, 48-55

Waibel M.J., Das Kreuz mit dem Kreuz - Integrative leib- und bewegungstherapeutische Ansätze in der Therapie bei Beschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule, Graduiierungsarbeit 1992, 30 Seiten, Teile veröffentlicht in: Integrative Bewegungstherapie bei psychosomatischen Wirbelsäulenbeschwerden in: Praxis der Psychosomatik und Psychotherapie, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, New York 1993

Waibel M., Grenzerfahrungen - Möglichkeiten der Abgrenzungsarbeit in der klinischen Kurzzeittherapie anhand des Ko-respondenzmodells mit der Integrativen Bewegungstherapie, in: Integrative Bewegungstherapie 1/93, Aulendorf 1993

Waibel M.J., Integrative bewegungstherapeutische Kurzzeittherapie bei chronischen Wirbelsäulenerkrankungen, (unveröffentl. Vortrag) Wittlich 1994, überarbeitet in : Krankengymnastik 47 (1995) 6, Pflaum-Verlag, München 1995, 815-822

III.8. Schule

Hanfland Jutta, Bewegung in der Schule - Arbeit mit einer Grundschulklasse und ihrem Lehrer mit den Methoden der Integrativen Bewegungstherapie, 68 Seiten, Graduiierungsarbeit, FPI-Hückeswagen 1986

Lippert-Lutz Chr., Körper und Schule: Die Rolle der Integrativen Bewegungstherapie in der Gestaltpädagogik, Graduiierungsarbeit, 91 Seiten, FPI-Hückeswagen 1987

Mehl J., Einwirkungen von körper- und bewegungszentrierten Interventionen auf das Körperschema, Körper- und Selbstbild von Lernbehinderten, 135 Seiten, Graduiierungsarbeit 1987, FPI-Hückeswagen

Rocholl M., Integrative Bewegungstherapie an der Schule für Sprachbehinderte, Graduiierungsarbeit 1991, 45 Seiten, veröffentlicht in : Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Teil I, Heft 3/1992, Teil II Heft 4/1992 und in: praxis der Psychomotorik 20 (1995) 1, 13-17

III. 9. Sonstiges (Migration ...)

Lütticken Martha, Integrative Bewegungstherapie mit Migranten, Integrative Bewegungstherapie 8 (1998) 2/97-1/98, Aulendorf 14-26

III.10. Sucht

Genton-Keller U., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit HIV-infizierten Drogenabhängigen, Graduiierungsarbeit 1991, 32 Seiten, Teile veröffentlicht in : Integrative Therapie Nr. 1/1989, Junfermann, Paderborn 1989

Herweg A., Methoden Integrativer Bewegungstherapie in der Arbeit mit suchtkranken Frauen, Graduiierungsarbeit 1988, 67 Seiten, FPI-Hückeswagen

Kombächer J., Integrative Bewegungstherapie in der Behandlung von Alkoholkranken, Graduiierungsarbeit 1978, 38 Seiten, FPI-Hückeswagen

Müller-Faessler E., Integrative Bewegungstherapie in Gruppen mit alkoholabhängigen Menschen - Ein Erfahrungsbericht aus dem Therapiezentrum Meggen, Graduiierungsarbeit 1989, FPI-Hückeswagen 1989

Rinast M., Drogenabhängigkeit: Zu ihren Ursachen und zu Möglichkeiten ihrer Behandlung durch Integrative Bewegungstherapie, Graduiierungsarbeit 1979, 10 Seiten, FPI-Hückeswagen

IV. Übergreifende Werke

Behrendt Ines, Die neuen Körpertherapien - ein Methodenvergleich, 83 Seiten und Anhang, Graduiierungsarbeit, FPI-Hückeswagen 1978

Friedmann E.D., Laban, Feldenkrais, Alexander, Junfermann, Paderborn 1988

Höhmnn-Kost A., Bewegung ist Leben - Integrative Bewegungstherapie in der Praxis, Junfermann, Paderborn 1992
Petzold H., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (2 Bände), Junfermann, Paderborn 1988
Petzold H. (Hrsg.), Themenschwerpunkt: Verfahren psycho-physischer Atem- und Bewegungstherapie, Integrative Therapie Nr. 2/1978, Junfermann, Paderborn 1978
Petzold (Hrsg.), Themenschwerpunkt Leib- und Bewegungstherapie, Integrative Therapie Nr. 1/1989, Junfermann Verlag, Paderborn 1989
Petzold H. (Hrsg.), Themenschwerpunkt Leib, Phänomen, Struktur, Integrative Therapie Nr 2-3/1981, Junfermann, Paderborn 1981
Petzold H. (Hrsg.), Themenschwerpunkt: Leib-Seele-Problem, Leibtherapie und Psychosomatik, Integrative Therapie 1-2/1991, Junfermann, Paderborn 1991
Petzold H., Integrative Therapie (3 Bände), Junfermann, Paderborn 1993
Petzold H. (Hrsg.) Neue Körpertherapien, Junfermann, Paderborn ?
Petzold H., Orth I., (Hrsg.), Die neuen Kreativitätstherapien (2 Bände), Junfermann, Paderborn 1991
Petzold H. (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974,
Petzold H., Sieper J., Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993
Teichmann W., Schwermut, Depressionen, Melancholie, Ehrenwirth-Verlag 1992
Waibel M.J., Rückenbeschwerden - Ganzheitliche Hilfe, Econ, Düsseldorf 1994
Willke E., Hölter G., Petzold H. (Hrsg.), Tanztherapie - Theorie und Praxis, Junfermann, Paderborn 1991