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 01/2016

Behandlungsansatz für die *Integrative Bewegungstherapie* und Sporttherapie mit chronischen SchmerzpatientInnen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer Psychiatrischen Klinik

Ursula Meier Köhler *

* 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).

Inhalt

1. Einleitung 1
2. Akuter und chronischer Schmerz 3
2.1 Definition und Krankheitsbild 3
2.2 Diagnostische Subgruppen 4
3. Integratives Konzept des „informierten Leibes“ 7
3.1 Vom Körper-Seele-Geist-Welt-Problem zum Leibbegriff 7
3.2 Materielle und transmaterielle Wirklichkeit 9
4. Faktoren der Pathogenese aus der Sicht der Integrativen Therapie 16
5. Salutogenese und Ressourcenanalyse 24
6. Integrativen Lerntheorie und Schmerzchronifizierung 28
7. Kernkonzepte der Integrativen Praxeologie 31
7.1 Die therapeutische Beziehung 31
7.2 Der therapeutische Prozess 32
7.3 Prozessuale Diagnostik 34
7.4 Modalitäten 34
7.5 Methode, Techniken, Medien 35
7.6 Formen und Stile 38
7.7 Methodische Ansätze 39
7.8 Therapieziele und Interventionsstrategien 39
8. Behandlungsansatz für eine Integrative Bewegungs- und Sporttherapie bei chronischen Schmerzen im stationären psychiatrischen Setting 46
8.1 Aufbau eines Gruppenprogrammes - Eckpfeiler 46
8.2 Psychosoziale Massnahmen 47
8.3 Umsetzung des Programmes 51
9. Auswertung 55

Zusammenfassung/Summary

Literaturverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Anhang

1. Einleitung

Chronische Schmerzen sind für den Menschen eine grosse Belastung und haben oftmals Einschränkungen im Alltag, Berufsleben und im Umgang mit den Mitmenschen zur Folge. Das subjektive Erleben von Schmerzen kann von aussen betrachtet oft wenig nachvollzogen werden. Wie für den direkt Betroffenen sind chronische SchmerzpatientInnen auch für unsere Gesellschaft eine grosse Herausforderung – für die „Gesundheitsversorgungssysteme“ (Ludwig 2009 in Waibel und Jakob-Krieger, S. 167), die Arbeitgeber und für die Volkswirtschaft. „Die volkswirtschaftlichen Folgen, die allein aufgrund von Rückenschmerzen entstehen sind immens: In Deutschland betragen die Kosten ca. 15-17,5 Mrd. Euro jährlich (…), ca. 53‘610 Frühberentungen werden vorgenommen und 75,5 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage werden verursacht (…)“ (ibid.). Die Autoren und Autorinnen, welche ich in dieser Arbeit zitieren werde, haben sich fundiert, feldübergreifend und Länderübergreifend mit der Thematik *chronische Schmerzen* auseinandergesetzt. Folglich sind die Texte mit vielen Zitaten und Vergleichen angereichert, was den Lesefluss vielleicht etwas erschwert.

Aufgrund persönlicher Erfahrungen mit chronischen Schmerzen sowie mit SchmerzpatientInnen aus der Neurorehabilitation und Psychiatrie und aufgrund meiner Recherchen in diversen Fachgebieten (als Grundlage dienen mir meine Ausbildungen: MA in Englischer Sprachwissenschaft und Literatur, MS in Sportwissenschaften und Sporterziehung, Sporttherapie, Integrative Bewegungstherapie, Modern Dance, CAS Management und andere) versuche ich in dieser Arbeit einen Behandlungsansatz für die stationäre Behandlung von chronischen SchmerzpatientInnen zu erarbeiten, welches Klinik intern als Grundlage für eine praktische Umsetzung dienen soll. In meiner jetzigen Tätigkeit als Bewegungstherapeutin in der Psychiatrie versuche ich, mein Wissen und meine praktischen Erfahrungen aus diesen Forschungsgebieten miteinander zu verknüpfen.

Der psychiatrische stationäre Setting bietet PatientInnen mit chronischen Schmerzerkrankungen aufgrund von Depressionen oder anderen psychischen Leiden eine angemessene Behandlung. Inwieweit das psychische Leiden

(bspw. Depression) durch die Schmerzerkrankung verursacht wurde oder umgekehrt das psychische Leiden die Ursache der Schmerzerkrankung ist, spielt in der Behandlung eine wichtige Rolle. Trotzdem ist in beiden PatientInnengruppen die psychosomatische und psychosoziale Verschränkung ein Kernthema. Im Falle einer ursächlichen Schmerzerkrankung stellt sich immer die Frage, ob die Abklärungen zur Schmerzursache und der Behandlungsbeginn möglichst rasch und umfassend erfolgt sind.

Im Vorfeld dieser Graduierungsarbeit habe ich ein Behandlungsjournal verfasst, das sich auf die mehrmonatige Integrative Sport- und Bewegungstherapie mit einem Schmerzpatienten im Rahmen einer ambulanten Neurorehabilitation bezieht (Meier Köhler 2015; http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html). In diesem Journal habe ich grundlegende Konzepte der Integrativen Therapie sowie der Integrativen Bewegungstherapie ausführlich erläutert. In dieser Graduierungsarbeit werde ich an diversen Stellen darauf verweisen. Die Stellen sind mit einer Fussnote versehen und nicht zitiert, da sie dem Text angepasst wurden.

In einem ersten Schritt werde ich akuten und chronischen Schmerz definieren und verschiedene Subgruppen sowie Klassifizierungsmöglichkeiten aufzeigen. Diesen Klassifizierungen liegen immer Menschenbilder und Vorstellungen über Krankheitsentstehungen zugrunde, weshalb ich mich in einem zweiten Schritt dem Integrativen Konzept des „informierten Leibes“ zuwende. Faktoren der Krankheitsursachen, der Salutogenese sowie Resilienz Faktoren aus Integrativer und neuropsychotherapeutischer Sicht sind Inhalt der anschliessenden Kapitel vier und fünf. Kapitel sechs fokussiert auf die Integrative Lerntheorie, um Erklärungen zur Schmerzchronifizierung zu finden und um Therapieansätze zu finden, die auf Lerntheorie aufbauen. Die Verschränkung von Theorie und Praxis findet im Kapitel sieben in der Darlegung von Kernkonzepten der Integrativen Praxeologie ihren Platz unter Einbezug der Zielorientierung und Nutzung von Strategien und konkrete Interventionen. Im achten Kapitel werden die Eckpfeiler und Inhalte für einen

Behandlungsansatz von chronischen SchmerzpatientInnen im Rahmen eines stationären Aufenthalts im psychiatrischen Setting skizziert. Der Eintritt in die psychiatrische Klinik erfolgte jedoch aufgrund von einem psychischen Leiden.

2. Akuter und chronischer Schmerz

2.1 Definition und Krankheitsbild

„Nach der Begriffserklärung der Weltschmerzorganisation (IASP=International Association for the Study of Pain) ist Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verknüpft ist, oder mit einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/was-ist-schmerz/). Es wird zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden, wobei „akut“ „(…) einen plötzlich auftretenden Schmerz, der nicht für längere Zeit anhält“, meint. Eigentlich ist Schmerz eine protektive Reaktion auf Gefahr (vgl. Wippert und Beckmann 2009, S. 167). Die motorischen Schmerzkomponenten sind „Schutzreflex“ und „Schonhaltung“. Mit diesen Reaktionen versucht der Organismus, eine Schädigung oder weitere Schädigung seiner selbst zu verhindern.

„Wenn Schmerzen ohne einen typischen Auslöser fortbestehen und sich verselbstständigen, verliert der Schmerz seine Warnfunktion und es kommt zur Entstehung einer Schmerzerkrankung, die auch über Monate oder Jahre hinweg andauern kann“ (http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/akute-und-chronische-schmerzen/), - zu chronischen Schmerzen. Schmerzchronifizierung ist aus medizinischer Sicht ein anhaltender Schmerz, welcher länger als sechs Monate anhält (vgl. http://www.neuro.med.tu-muenchen.de/dfns/patienten/Def_chronSchmerz.html) oder immer wiederkehrende Schmerzen, wenn diese an mehr als 15 Tagen im Monat auftreten (vgl. http://flexikon.doccheck.com/de/Schmerz#Chronischer_Schmerz).

Wird ein akuter Schmerz rasch behoben und die Belastung der verschiedenen Körpergewebe physiologisch wirksam gesteigert, sinkt die Gefahr einer Chronifizierung des Schmerzes. „Studien zu postoperativen Schmerzen

(Peters et al. 1992) belegen, dass die Wahrscheinlichkeit, chronische Schmerzen zu entwickeln, geringer wird, je rascher und vollständiger der akute Schmerz behandelt wird (Hoffmann/Franke 2003, 151)“ (in Ludwig 2013, S. 11).

2.2 Diagnostische Subgruppen

Die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) unterteilt die verschiedenen Schmerzzustände in folgende Subgruppen:

R52.- Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert

Inkl.: Schmerz, der keinem bestimmten Organ oder keiner bestimmten Körperregion zugeordnet werden kann

Exkl.: Chronisches Schmerzsyndrom mit andauernder Persönlichkeitsänderung (F62.80)
Kopfschmerz (R51)
Nierenkolik (N23)
Schmerzen: Abdomen (R10.-)
Schmerzen: Auge (H57.1)
Schmerzen: Becken und Damm (R10.2)
Schmerzen: Extremität (M79.6-)
Schmerzen: Gelenk (M25.5-)
Schmerzen: Hals (R07.0)
Schmerzen: Lumbalregion (M54.5)
Schmerzen: Mamma (N64.4)
Schmerzen: Ohr (H92.0)
Schmerzen: psychogen (F45.40)
Schmerzen: Rücken (M54.9-)
Schmerzen: Schulter (M25.51)
Schmerzen: Thorax (R07.1-R07.4)
Schmerzen: Wirbelsäule (M54.-)
Schmerzen: Zahn (K08.88)
Schmerzen: Zunge (K14.6)

R52.0 Akuter Schmerz

R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz

R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz

R52.9 Schmerz, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Diffuser Schmerz o.n.A. (http://www.icd-code.de/icd/code/R52.0.html)

Diese Auflistung von Schmerzdiagnosen nach der ICD-10 Klassifikation macht deutlich, dass diese durch eine Kontextbetrachtung und psychoökosoziale Dimensionen sowie durch die Diagnose verursachten Handlungsdefizite (Einschränkungen in der Performanz) ergänzt werden muss, um eine Integrative Behandlung zur Genesung der PatientInnen in Gang zu setzen.

Eine weitere Möglichkeit, chronische Schmerzkrankheit besser erfassen und behandeln zu können, bietet die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Die ICF betrachtet eine Krankheit unter folgenden Gesichtspunkten:

- Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung
    - Körperfunktionen und –strukturen
    - Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)
- Teil 2: Kontextfaktoren
    - Umweltfaktoren
    - Personenbezogene Faktoren (vgl. ICF 2005, S. 16)

Diese Klassifikation erweitert die Einteilung des ICD-10, indem sie neben den organismischen Faktoren die Handlungsfähigkeit der Person sowie psychosoziale und Kontext Faktoren miteinbezieht. Eine weitere Differenzierung der Subgruppen macht Ludwig im Rahmen einer Studie zur Bewegungstherapie innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von chronischen SchmerzpatientInnen in Deutschland (vgl. Ludwig 2013).

Ludwig hat auf der Grundlage von Forschungsarbeiten von Egle und Nickel (2003) folgende fünf Subgruppen unterschieden (Egle und Nickel 2003, in Ludwig 2013, S. 2 ff):

- **Nozizeptiver oder neuropathischer Schmerz**

„Bei dieser Subgruppe entstehen Schmerzen, wenn periphere oder viszerale Nozizeptoren durch Gewebsschädigung oder starke Beanspruchung stimuliert werden (vgl. Kap. 4). Dies ist z.B. bei Arthrosen oder einer rheumatischen Arthritis der Fall. Neuropathische Schmerzen entstehen durch Schädigungen des peripheren oder zentralen Nervensystems wie beispielsweise infolge von Schlaganfällen oder Rückenmarksverletzungen“ (ibid., S. 2).

- **Maladaptive Bewältigungsstrategien bei nozizeptiv oder neuropathisch bedingtem chronischem Schmerz**

„Das Schmerzerlebnis wird (…) nicht mehr nur durch eine (drohende) Gewebsschädigung ausgelöst, sondern massgeblich von psychischen Faktoren mitbestimmt. Folgende Strategien sind von Bedeutung: Kontrollüberzeugungen (v.a. external-personenbezogene, external-fatalistische), Medikamenten-missbrauch, Katastrophisieren, sekundärer Krankheitsgewinn, Leugnung von Schmerz“ (ibid., S. 3).

- **Psychische Komorbidität bei nozizeptiv oder neuropathisch bedingtem chronischem Schmerz**

„Besteht neben den nozizeptiv oder neuropathisch determinierten Schmerzen zusätzlich eine psychische Erkrankung, so kann diese zu einer Senkung der Schmerzschwelle führen. (…) Die wichtigsten psychischen Komorbiditäten (…) sind Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen“ (ibid., S. 4).

- **Funktionelle Schmerzsyndrome**

„Eine weitere Subgruppe bilden die funktionellen Schmerzsyndrome wie Muskelverspannungen, primäre Kopfschmerzen oder Magenkrämpfe. Sie werden oft durch psychosozialen Stress ausgelöst, der mit einer Überforderung der individuellen Bewältigungsstrategien einhergeht und schliesslich zur Ausbildung psychovegetativer Symptome führt“ (ibid.).

- **Psychische Störungen**

„Für diese Form der Schmerzkrankheit machen Nickel und Egle (2003) ausschliesslich zentrale Prozesse für den peripher empfunden Schmerz verantwortlich. Wichtige psychische Störungen mit dem Leitsymptom Schmerz sind:

  - Somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)
  - Somatisierungsstörung (F 45.0 …)
  - Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.2)
  - Depressive Störung“ (Ludwig 2013, S. 4-6)

Um Kontextfaktoren sowie weitere einflussnehmende Faktoren genauer ausmachen und betrachten zu können, ist die Erörterung von grundlegenden Konzepten zum Menschsein in dieser Welt und Im-Körper-Sein unumgänglich. Daher werde ich mich im folgenden Kapitel dem Integrativen Konzept des „informierten Leibes“ zuwenden.

3. Integratives Konzept des „informierten Leibes“

3.1 Vom Körper-Seele-Geist-Welt-Problem zum Leibbegriff

Durch die Erkenntnisse aus den Bio-, Neuro-, Kognitions- und Sportwissenschaften werden die dualistischen Theorien, wie sie auch Descartes vertreten hatte – nämlich den Geist von Gehirn und Körper zu trennen (vgl. Damasio 2004, 328 ff) – in Frage gestellt. E.R. Kandel hatte diese Erkenntnis aus neurowissenschaftlicher Sicht bereits 1996 formuliert: „Aus diesen Überlegungen folgt, dass es sich bei allen Vorgängen im Gehirn – von den Kommandos für Bewegungen bis zu den intimsten Gedankengängen – um biologische Prozesse handelt“ (in Grawe 2004, 17). „One needs to understand cognition and the mind as fully embodied phenomena“ (Núnez 1999, S.58), denn „all cognition grows from perception and action and remains tied to it, body, world and mind are always united by these common dynamics“ (Iverson u. Thelen 1999, S. 37) (in Waibel und Jakob-Krieger 2009, 34). Die Integrative Therapie wird dieser Verschränkung der biologischen, psychischen und geistigen Vorgänge im Menschen gerecht in der Definition des Leibbegriffes:

> „(Der Leibbegriff) umfasst die körperliche, seelische und geistige Dimension des Menschen mit der Fähigkeit zu sozialer Bindung und seiner Einbettung in das soziale und ökologische Umfeld und in das Zeitkontinuum“(Kuhr und Berger-Jopp 1996, in Petzold und Sieper, S. 507).

Folglich wird der Mensch in seinem Kontext (soziales und ökologisches Umfeld) und Kontinuum (zeitliche Dimension) erfasst – im sogenannten biopsychosozialen ökologischen Kontext:

vgl. : http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S.4

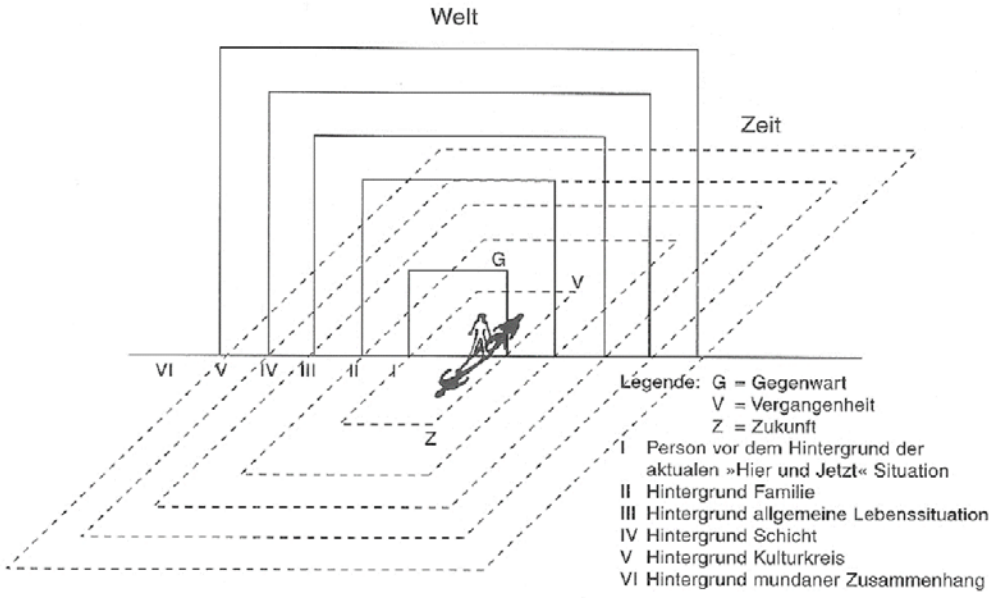

Abbildung 1 Biopsychosozialer Kontext: Mehrebenenmodell (1970) in Petzold 2003, S. 481

Leiblichkeit verbindet den biologischen Organismus (materielle Wirklichkeit) mit den psychischen und geistigen Prozessen (transmaterielle Wirklichkeit) – „In dieser Synergie gründet das Wesen des Menschen als personales Subjekt“ (Petzold 1971l). „Der in Kontext und Kontinuum wahrnehmende und handelnde, bewegte und bewegende ‚Leib als Subjekt‘ ist Teil seiner Lebenswelt. In diese eingebettet gehört er einer ‚Welt der Zwischenleiblichkeit‘ zu, einer Sozialwelt, deren Qualitäten er aufnimmt und verleiblicht und zu deren Möglichkeiten er zugleich ko-kreativ beiträgt, die aber immer auch von einer spezifischen Ökologie – des Zimmers, Hauses, der Landschaft, Region umfangen ist, die – Stadt oder Dorf – spezifisch prägend wirksam wird“ (Petzold 1969c).

Mit anderen Worten ist der Mensch als Leibsubjekt eingebettet (embedded) in seinen Lebenszusammenhang (Kontext) und in die Zeitdimension (Kontinuum) (vgl. Petzold, Sieper 2012). Die Interaktionen mit seiner Umwelt, die den Menschen einerseits beeinflussen und prägen, andererseits auch vom Menschen selbst beeinflusst werden, zeigen die enge Verwobenheit des Leibsubjekts mit seiner Umwelt. Diese Wirkprozesse über die Lebensspanne speichern sich im „Leibgedächtnis“ des Menschen. Petzold spricht von einer Verleiblichung (embodiment) der Erfahrungen, Prägungen, Widerfahrnissen und Handlungen des Menschen. „Lebenserfahrungen inszenieren sich so in

der Charakteristik von Mimik, Haltung usw., aber auch in der spezifischen Art und Weise, Schmerz wahrzunehmen und darauf zu reagieren“ (Ludwig 2013, S.10).

3.2 Materielle und transmaterielle Wirklichkeit

Leiblichkeit umfasst den biologischen Organismus, den Petzold als *materielle* Wirklichkeit definiert, und psychische sowie geistige Prozesse (bspw. Gefühle, Gedanken, Willensakte), welche die *transmaterielle* Wirklichkeit darstellen (vgl. Ludwig 2007, S. 7). Die folgenden Abschnitte gründen massgeblich auf den theoretischen Ausführungen von Petzold und Sieper (vgl. Petzold 2002b, Petzold und Sieper 2012) und Leitner und Ludwig (2015):

Der biologische Organismus (materielle Wirklichkeit) – der Körper des Menschen – umfasst die physiologischen Prozesse (biologische, biochemische, bioelektrische), immunologische sowie genetische Speichersysteme. In den genannten Speichersystemen (Körpergedächtnis) werden Lernprozesse und Erfahrungen festgehalten. Durch die Einbettung des Menschen in Kontext und Kontinuum bilden sich neben individuellen somatomotorischen Stilen auch kulturspezifische somatomotorische Stile aus. Schmerzzustände auf dieser organismischen Ebene drückt ein Patient mit einer für ihn typischen Gestik, Mimik oder Schonhaltung aus. Der Körper reagiert aber auch mit Schutzreflexen, um sich vor Gefahr zu schützen. Parallel dazu zeigt der Mensch - abhängig vom kulturellen und religiösen Hintergrund - ein kulturspezifisches Schmerzverhalten.

Aus körperlichen Prozessen gehen Gefühle, Motive, Willensakte und schöpferische Impulse hervor. Die *transmaterielle* Wirklichkeit (vgl. folgende Abschnitte) umfasst die psychischen/seelischen sowie die geistigen Prozesse. Diese Prozesse führen in jedem Menschen zu individuellen Stilen und Vorstellungen aber auch zu kulturspezifischen und kollektiven Vorstellungen.

„**Seele/Psyche** wird definiert als die in körperlichen Prozessen gründende Gesamtheit aller aktualen Gefühle, Motive/Motivationen, Willensakte und schöpferischen Impulsen, nebst den durch sie bewirkten und im Leibgedächtnis (…) archivierten Lernprozessen und Erfahrungen und den auf dieser Grundlage möglichen emotionalen Antizipationen (Hoffnungen,

Wünsche, Befürchtungen)“ (Petzold 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 38). Diese Prozesse ermöglichen die Entwicklung emotionaler Stile – persönliche als auch kulturspezifische emotionale Stile. Es kann von einer kulturspezifischen Art des Fühlens, Hoffens und Wollens ausgegangen werden. Als persönliche emotionale Stile manifestieren sie sich im *Selbstempfinden*, *Selbstgefühl* und *Identitätsgefühl*. Bei Schmerzen ist dem entsprechend auch das Schmerzerleben subjektiv wie auch kulturspezifischer Art. Es wird uns bspw. bereits im Kindesalter gesagt, was weh tut und was nicht.

„**Geist/Nous** wird definiert als die Gesamtheit aller *aktualen* neurophysiologisch gegründeten kognitiven bzw. mentalen Prozesse mit ihren personenspezifischen, aber auch kulturspezifischen kognitiven bzw. mentalen Stilen *und* den durch sie hervorgebrachte Inhalten *individuelle* (z.B. persönliche Überzeugungen, Glaubenshaltungen, Werte) und *kollektive* (Güter der Kultur, Wertesysteme, Weltanschauungen, Religionen, Staatsformen, Strömungen der Kunst und Ästhetik, der Wissenschaft und Technik), nebst der im individuellen zerebralen Gedächtnis und der im kollektiven, kulturellen Gedächtnis (Bibliotheken, Monumenten, Bildungsinstitutionen) archivierten gemeinschaftlichen Lernprozesse, Erfahrungen und Wissensbestände sowie der auf dieser Grundlage möglichen antizipatorischen Leistungen und Perspektiven (Ziele, Pläne, Entwürfe, Visionen) (Petzold 2009 in Waibel und Jakob-Krieger, S. 38 ff). PatientInnen können sich und ihre Krankheit selber einschätzen und sich ihrer bewusst werden, stehen aber immer auch in einem Spannungsfeld von kollektiven Theorien zur Schmerzchronifizierung, welche die medizinische Fachwelt oder auch religiöse Kreise aufstellen (kollektives Bewusstsein). Folglich sind psychosoziale Faktoren Teil der *transmateriellen* Wirklichkeit und als solche haben sie zentrale Bedeutung für eine mögliche Schmerzchronifizierung (vgl. Kap. 4).

Wie bereits oben angetönt, sind auch *Motivation* und *Wille* (*Volition*) Aspekte der *transmateriellen* Wirklichkeit und sollen hier näher betrachtet werden. „Die Beeinträchtigung oder Unterdrückung individueller Willensäusserungen und Willensstrebungen in sozialen Kontexten, Familie oder Arbeitsleben, schafft Konflikte, bewirkt „sozialen Stress“ und führt zu Auflehnung, Reaktanz,

Widerstand, Aggression. Perpetuiert sich dieses repressive Milieu, sind Resignation, Ohnmachtserleben, Störungen, Krankheiten die Folge“ (Petzold und Sieper 2008, S.7). „Der Wille (…) ist für erfolgreiche Therapien unverzichtbar!“ (ibid., S. 8).

Im Rahmen einer stationären Schmerztherapie können Ziele, Wünsche, Veränderungsprozesse im Verhalten - insgesamt Lebensstilveränderungen - nur eingeleitet oder erreicht werden, wenn die PatientInnen zu solchen Veränderungen motiviert sind und den Willen aufbringen können, diese in die Tat umzusetzen und über längere Zeit durchzuführen. Es sind dies „ (…) drei Kernbereiche der Willenstätigkeit“ – „**Entscheiden**, **Umsetzen** und **Durchhalten**“ (Petzold und Sieper 2008, S. 9). Zu oft habe ich von Therapeutenseite gehört, „…de wot jo gar nöd - was söll ich dänn da therapiere…“ (Der (Patient) will ja gar nicht – was soll ich denn da therapieren). An diesem Punkt ist es zwingend, die Therapieziele zusammen mit dem Patienten zu reflektieren und Gründe für das Nicht-Wollen eines Patienten zu hinterfragen. Teil der Therapie ist immer auch die Psychoedukation und im Rahmen dieser pädagogischen Aufgabe die Bearbeitung von Motivation und Volition – Erlernen und Üben von geeigneten Strategien und die Reflexion, ob vom Patienten gesetzte Ziele kongruent zur Motivation sind. Ebenso sind Kontextfaktoren zu beachten, ob bspw. das therapeutische oder Klinik Setting für die Genesung des Patienten förderlich ist.

Da Motivation und Wille in der Alltagssprache oft als Synonyme benutzt werden, macht es Sinn, die Begriffe voneinander abzugrenzen und deren Inhalte und Einflussgrössen fundierter zu betrachten.

Aus historischen Begebenheiten (vgl. Petzold und Sieper 2008), auf die ich in dieser Arbeit nicht eingehen werde, wurde die Willensforschung in der klinischen Psychologie lange vernachlässigt (Forstmeier 2013, S. 1). Bereits die Definition von *Wille/Volition* und *Motivation* gestaltet sich schwierig. Forstmeier umschreibt (ibid., S. 5): „Motivationsprozesse beziehen sich auf die Ursache oder Gründe des Handelns, die einerseits auf Personenfaktoren zurückgeführt werden können (d.h. Erwartungen und Motive, wie z.B. das Leistungs-, Anschluss- oder Machtmotiv), andererseits auf Situationsfaktoren

(d.h. Anreize der Folgen eigenen Handelns (sog. *Konsequenzerwartungen*, Anmerkung der Verfasserin). Volitionsprozesse beziehen sich auf die Steuerung der Handlung angesichts von Schwierigkeiten bei der Umsetzung“.

Unweigerlich stellt sich da die Frage nach „Urmotiven“ oder „drives“, (ich bevorzuge das Englische Wort, da es bereits Bewegung in eine bestimmte Richtung in sich hat), die dem Menschen innewohnen. Grawe führte diese „Urmotive“ auf menschliche Grundbedürfnissen zurück (Grawe 2004, Kapitel 4). Er zitierte und ergänzte Epsteins vier Grundbedürfnisse (Grawe 2004, S 185 ff):

- Ein Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Kohärenz
- Ein Bedürfnis nach Lust/Unlustvermeidung
- Ein Bedürfnis nach Bindung
- Ein Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz

Grawe erweiterte den Begriff *Kohärenz* von Epstein als *Konsistenzprinzip* (2004, S. 186 ff): „Der Begriff Konsistenz bezieht sich auf einen Zustand des Organismus. Er meint die *Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse*. Die Grundbedürfnisse beziehen sich auf Erfahrungen, die der Organismus in seiner Interaktion mit der Lebensumgebung macht. Ihnen können bestimmte Wahrnehmungen zugeordnet werden, die im Hinblick auf das jeweilige Bedürfnis eine positive oder negative Bedeutung haben. Das ist bezüglich Konsistenz nicht der Fall. Konsistenz bezieht sich auf die Relationen intrapsychischer Prozesse und Zustände untereinander. (…) Man könnte ein „Streben nach Konsistenz“ als ein menschliches Grundbedürfnis bezeichnen“ (ibid.). Die Konsistenzregulation basiert auf *Kongruenz* – die „(…) Übereinstimmung zwischen aktuellen motivationalen Zielen und realen Wahrnehmungen“ (ibid., S. 187). Kommt es zu einer *Nichtübereinstimmung* zwischen den realen Erfahrungen und den aktivierten motivationalen Zielen spricht Grawe von *Inkongruenz* (ibid., S. 190). „Traumatische Inkongruenzerfahrungen haben dauerhafte schädliche Auswirkungen. Sie führen zu einem Überwiegen von Vermeidungsschemata. Diese behindern die Möglichkeiten der positiven Bedürfnisbefriedigung und können so zu einem permanent erhöhten Inkongruenzniveau führen. Dieses geht mit schlechtem Wohlbefinden und

schlechter psychischer Gesundheit einher. Traumatische Inkongruenzerfahrungen können darüber hinaus zu strukturellen und funktionellen Schäden im Gehirn führen und damit die Fähigkeit des Individuums einschränken, spätere Belastungen im Leben positiv zu bewältigen“ (ibid., S. 191/192). Diese Überlegungen von Grawe bestätigen die Notwendigkeit, sich zusammen mit den PatientInnen über Motive und Wille ersthafte Gedanken zu machen und in der Therapie zu verankern, damit die in einer Therapie gemachten Erfahrungen zu einer positiven Bedürfnisbefriedigung führen und in der Folge Vermeidungsschemata verhindern.

Die Handlungssteuerung setzt sich aus verschiedenen volitionalen Kompetenzen zusammen. Es sind Selbstregulations-Kompetenzen sowie Selbstkontroll-Kompetenzen. „Es handelt sich um trainierbare Fertigkeiten wie Aufmerksamkeitslenkung, Selbstmotivierung, Gefühlsmanagement, Selbstberuhigung und Selbstaktivierung, Erfolgsrückmeldung und Misserfolgsbewältigung“ sowie Zielkontrolle, Planungsfertigkeit und Impulskontrolle (Forstmeier 2005, S. 74) „Beim Üben und vor allem Umsetzten der neuen Verhaltensweisen in der Realität treten gewöhnlich Schwierigkeiten auf, wie Motivationsverlust, negative Stimmungen, mangelnde Aufmerksamkeit, Über- oder Unteraktivierung, Vergessen des Zieles, unkonkrete Planung, mangelnde Initiative usw. Alle diese Schwierigkeiten können verhindern, dass der Patient seine Therapieziele erreicht, obwohl er die notwendigen neuen Verhaltens- und Denkmuster kennt“ (ibid., S. 1/2). Bei verschiedenen Krankheitsbildern können spezifische volitionale Defizite ausgemacht werden. Bspw. werden bei einer Depressionserkrankung hartnäckig unerreichbare Intentionen aufrechterhalten (Forstmeier 2005, S. 36/37). Ich erwähne die Depressionserkrankung deshalb, weil die Schmerzerkrankungen häufig eine Depression nach sich ziehen oder parallel dazu entwickeln.

Die Integrative Motivationstheorie greift auf Grundmotive zurück, die ihren Ursprung in der „Bezogenheit des Menschen auf die Welt“, vor allem über die Ebene der Leiblichkeit haben (Überlegungen zur Integrativen Motivationstheorie vgl. Jäkel 2012). Die Ko-existenz und Ko-respondenz des

Menschen mit seiner (Um)welt insbesondere während des Aufwachsens mit dem familialen Umfeld bildet die Grundlage für die Willenssozialisation. „In familialen Polyaden und anderen Gruppenkontexten als sozialen Systemen findet Willenssozialisation statt, z.T. durch den imitativen, spiegelneuronengestützten Mitvollzug kollektiver Willenshandlungen. Kinder lernen, sich auf gemeinsame Ziele, die zu erreichen sind, zu synchronisieren: in **kollektiven Kognitionen** der Zielantizipation, **kollektiven Emotionen** des gemeinschaftlichen Engagements, in **kollektiven Volitionen** der gemeinsamen Entscheidung und des Durchhaltewillens. (…) Ohne Willenskoordination können keine Ziele erreicht werden“ (Petzold, Sieper 2012, S. 158/159). Grundsätzlich sind es dynamische Regulationsprozesse, die dem Willen und Wollen zugrunde liegen (vgl. ibid., S. 195): „Wille und Wollen müssen differenziell mit verschiedenen Gehirnprozessen und ihren emergenten Wirkungen verknüpft werden:

1. Mit bewusstseinsfähigen, intentionalen, kortikalen bzw. präfrontalen Planungs- und Handlungsprozessen und ihrer kognitiven Einschätzung (appraisal),
2. Mit unbewussten bzw. vorbewussten, fungierenden, subkortikalen Gehirnprozessen des emotiven limbischen Gedächtnis- und Bewertungssystems (valuation, amygdaloide Ereignisklassifizierung: z.B. gefährlich/nicht gefährlich).

Auf dem Boden solcher Hirnprozesse entsteht das subjektive, bewusste Erleben von Willen oder Wollen im aktualen Vollzug des Handelns (…).“

An diesem Punkt setzen willenstherapeutische Interventionen an und initiieren Veränderungsprozesse auf neurobiologischer, psychologischer und persönlich-biographischer Ebene (ibid. S. 221/222). Es braucht in der Praxis eine gezielte Förderung der einzelnen volitionaler Kompetenzen (vgl. Kap. 8). Das Fördern von spezifischen volitionalen Kompetenzen erfolgt über das Erlernen von Strategien (vgl. Forstmeier 2005, S. 73 ff). Von Bedeutung sind in der Praxis ebenfalls die Potentiale und Strategien der Therapeutin/des Therapeuten: „Das eigene Bewältigungspotential des Therapeuten, die auf sein Selbst bezogenen Emotionen und Kognitionen bezüglich der Wirksamkeit und Effizienz eigener Kompetenzen und Aktivitäten, wie auch bezüglich

eigener, sozial verfügbarer Ressourcen, haben auf die Einschätzung und Bewertung von Stress und Krisen Hilfesuchender einen nicht zu unterschätzenden Einfluss (Jäckel 2012, S. 163).

Motivation sieht Forstmeier unter individuellen und kulturellen Einflussgrössen (Forstmeier 2005, S. 75). Essentielle Grundlage für Selbstregulation ist die Selbstwahrnehmung, das heisst Emotionswahrnehmung und Motivationswahrnehmung. In der Sprache der Integrativen Therapie liegt die Grundlage im eigenleiblichen Spüren und Wahrnehmen. Das Abgleichen von Motivationen und Zielsetzungen setzt Prozesse des Erkennens und Verstehens voraus, unter anderem eine hohe Reflexionsfähigkeit (vgl. ibid., S. 76).

Anhand des MoVo-Prozessmodells (vgl. Abbildung 2), welches Handlung in einzelne Phasen unterteilt, kann ein Handlungsprozess veranschaulicht werden und aufzeigen, wo Motivation und Volition bedeutsam werden.

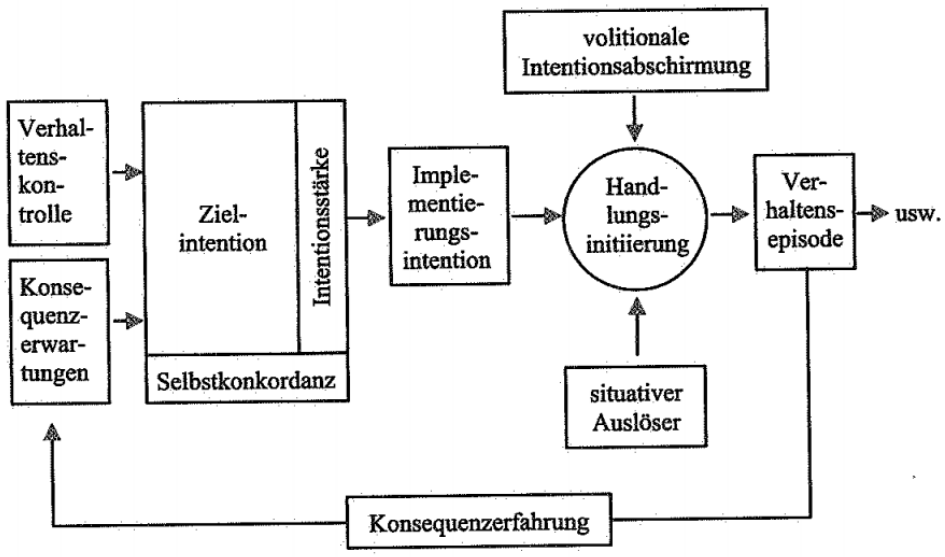

Abbildung 2 MoVo-Prozessmodell (Fuchs 2006, in Göhner und Fuchs 2007, S. 10)

In der Psychoedukation in Bezug auf Motivation und Volition werden Motive, Zielsetzungen, Hindernisse, welche die Zielerreichung verhindern, sowie selbstwirksame Strategien zur Zielerreichung zusammen mit den PatientInnen erarbeitet und in der Praxis erprobt (vgl. Kap. 8.3).

„Der Leib ist damit ein „Synergem“ von *materiellen* und *transmateriellen* (nicht immateriellen!) Informationsströmen (…). Weil Transmaterielles (z.B. ein Gedanke) nie ohne materielle Grundlage sein kann, sehen wir die Idee des „Informierten Leibes“ als *monistischen* Ansatz“ (Petzold und Sieper 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 32). Der Begriff *leibhaftig* drückt dieses Erleben seiner oder ihrer „Selbst-in-der-Welt“ treffend aus (vgl. Petzold in Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 33).

Aufgrund der Verschränkung von Mensch und Kontext müssen „Kontroll-, Selbstwirksamkeits- und Kompetenztheorien durch eine ökologische Perspektive angereichert werden (Sieper und Petzold 2002, S. 7). Kontext kann, soll und wird mitverändert. Das sogenannte „environmental modeling“ (ibid.), „(…) die Beeinflussung von Situationen, Lebenslagen, Lebens- und Sozialwelten auf unterschiedlichen Niveaus (…)“ (ibid.) ist sowohl Teil der Integrativen Therapie als auch eine politische Aufgabe, der wir uns stellen müssen.

4. Faktoren der Pathogenese aus der Sicht der Integrativen Therapie

(vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S. 16 ff)

Grundlage der Ätiologie (Ursache der Entstehung einer Krankheit) in der Integrativen Bewegungstherapie bildet ein umfassendes und ganzheitliches, „**biopsychosozialökologisches Gesundheits- und Krankheitsverständnis“** (Petzold 2015k). Die Definition von Krankheit und Gesundheit unterliegt in erheblichem Masse soziokulturellen Kontexten. „Gesellschaftliche Interessengruppen nämlich bewerten Krankheitsgeschehen, sie bestimmen, was krank ist oder gesund“ (Petzold 2003a, S. 447). Die Ursachen der Entstehung von Krankheit sind multifaktoriell, kontextbezogen und lebenslaufbezogen (vgl. ibid., S. 454). Die Entwicklung und Entfaltung eines Menschen sowie auch die Entstehung einer Krankheit findet in einem soziokulturellen Kontext und über ein zeitliches Kontinuum (Entwicklung in der Lebensspanne) statt.

Das ätiologische Modell der Integrativen Bewegungstherapie in der Lebensspanne differenziert zwischen einer ***klinischen*** sowie einer ***anthropologischen Krankheitslehre*** und der ***Salutogenese*** (Ausdruck von Antonovsky in Petzold 2003, S. 448), welche die einseitige Fixierung auf das Kranksein relativiert. Protektive Faktoren und Ressourcen des Patienten sind ein integrativer Bestandteil einer Betrachtung des Gesundheit/Krankheitsgeschehens über die Lebensspanne. „Gesundheit gründet in Integriertheit, Kohärenz und Zugehörigkeit“ (Petzold 2003, S. 447), die es im Therapieprozess wieder herzustellen und zu fördern gilt.

„Gesundheit wird als eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Vitalität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse (..) zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schliesslich, dass er auf dieser Grundlage seine körperliche, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt persönliche Souveränität und Lebenskunst“ (Petzold 2003, S. 448).

Gemäss der **klinischen Krankheitslehre** führen mehrere Faktoren zum Kranksein - **biologische, psychologische sowie ökosoziale Faktoren** (*multifaktorielle Genese*, Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 51).

Auf biologischer Ebene (*materielle* Wirklichkeit) zeigt sich die Krankheit als somatische (organismische) Störung. Die biologischen Ursachen können Erbfaktoren (genetische Vulnerabilität), Veranlagungen, Erkrankungen oder Unfälle sein (vgl. Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 51-56). Insbesondere sind auch längere Zeiträume der Bewegungseinschränkung oder Immobilität als weitere biologische Ursachen zu erwähnen.

Ausgangsort des peripheren Schmerzes sind Nervenendigungen im Gewebe – sogenannte Nozizeptoren. „Nozizeptoren können durch eine grosse Anzahl von Reizen erregt werden. Diese können einerseits durch die mechanische

oder thermische Reizung an den Nozizeptor herangetragen werden oder sie entstehen z.B. durch Gewebsbotenstoffe (…), die im Rahmen von Entzündungsreaktionen in der Umgebung des Nozizeptors freigesetzt werden“ (Sprenger et al. 2009, in Wippert und Beckmann, S. 168). Diese Gewebsbotenstoffe - auch Entzündungsmediatoren - führen zu einer Sensibilisierung der Nozizeptoren. Durch zeitextendierte körperliche Überlastung und durch wiederholte gewebeschädigende Reizung, kann statt Habituation (Abnahme der Reaktion auf einen Reiz) eine Stimulation der peripheren oder viszeralen Nozizeptoren über die Entzündungsmediatoren folgen (vgl. Ludwig in Waibel und Jakob-Krieger Ludwig, S. 168). Bei länger anhaltenden, starken, peripher ausgelösten Schmerzen kann es folglich zu einer Verstärkung des Schmerzerlebens kommen (vgl. ibid., S. 172). „Die Folge kann sein, dass selbst leichte Reize wie eine leichte Berührung, mäßige Hitze oder Druck plötzlich als starker Schmerz empfunden werden. Hier kann sich die Empfindlichkeit des Schmerzsystems soweit „aufschaukeln“, dass sich eine meist über das Rückenmark vermittelte Schmerz-Überempfindlichkeit entwickelt. Unter Umständen senden diese überempfindlich gewordenen Nervenzellen auch dann Schmerzsignale vom Rückenmark ans Gehirn, wenn aus den entfernter gelegenen Geweben des Körpers (z.B. von einem verspannten Muskel) keine Schmerzsignale mehr im Rückenmark eintreffen“ (http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/akute-und-chronische-schmerzen/). Gleichzeitig verfügt der Körper aber auch über ein Schmerzhemmendes System (sogenanntes Schmerzmodulationssystem), welches die Schmerzwahrnehmung verändern kann. Neben pharmakologischen Strategien können auch „(…) Verfahren wie die Akupunktur, Hypnose, aber auch Ablenkungs- und Entspannungsstrategien (…) zu einer Aktivierung der Körpereigenen Schmerzhemmung und somit zu einer biologisch erklärbaren Schmerzhemmung (führen)“ (Sprenger et al. 2009, S.172). Zentral wirkende Stoffe wie endogene Opioide, Cortisol oder Adrenalin haben entweder eine hemmende oder verstärkende Wirkung auf die Schmerzwahrnehmung (vgl. Ludwig 2013, S.11).

Weiteres Element der Schmerzentstehung ist laut Ludwig (ibid.) die Funktionsweise und Masse der Muskulatur – entscheidend sind ihr

Trainingszustand, *adipöse Voraussetzungen* oder *Atrophie* (Verminderung der Muskelmasse). Wird über längere Zeit eine Schonhaltung zur Vermeidung von Schmerzzuständen eingenommen, führt die anhaltende Immobilität zu einer Atrophie. Bereits kleine orthopädische Traumen können zu Schonhaltungen und Fehlbelastungen und als Folge davon in den bewegungsabhängigen Geweben des Körpers zu einer Unterversorgung führen. Das Muskelgewebe bspw. atrophiert bereits nach wenigen Wochen der Immobilität, wobei das Muskelgewebe die Fähigkeit zur Regeneration besitzt, wenn es adäquat trainiert wird. Immobilität hat neben der Atrophie (strukturelle Veränderung) auch Einbussen der Muskelfunktion (funktionelle Veränderung) zur Folge. Funktionelle muskuläre Einbussen zeigen sich bspw. beim Treppensteigen, bei alltäglichen Verrichtungen wie Putzen, Wäsche aufhängen etc. und eben auch bei der Körperhaltung.

Aus meiner persönlichen Erfahrung möchte ich am Rande auf zwei besondere Muskelgruppen aufmerksam machen – auf die innere Hüftmuskulatur sowie auf das Zwerchfell (Diaphragma). Aufgrund der andauernden sitzenden Körperhaltung verkürzt sich vor allem die innere Hüftmuskulatur, der M. iliopsoas (Hüftbeuger). Der Ursprung dieses Muskels (des M. psoas major) liegt an den Seitenflächen des 12. Brustwirbelkörpers und 1.-4. Lendenwirbelkörpers sowie an den zugehörigen Disci intervertebrales (Bandscheiben) (vgl. Schünke et al. 2011). Der Muskelansatz ist am Trochanter minor des Femurs (Innenseite des Oberschenkelknochens). Durch eine Verkürzung des Hüftbeugers kann es beim ruckartigen Aufrichten (bspw. nach einer längeren Autofahrt oder nach stundenlangem Sitzen im Büro) zu Schmerzen im unteren Rücken kommen, da wo der Muskel seinen Ursprung hat. Die Muskelursprünge werden einfach überstrapaziert. Zu oft wird in der Folge diese Stelle am unteren Rücken mit Schmerzpflastern und Injektionen behandelt, anstatt dass eine adäquate Dehnung der verkürzten Muskulatur sowie der Aufbau einer muskulären Balance zwischen vorderer und hinterer Hüftmuskulatur angestrebt wird.

Das Zwerchfell als wichtigster Inspirationsmuskel senkt sich als eine Art Muskelplatte beim Einatmen und hebt sich (entspannt sich) beim Ausatmen. Seinen Ursprung hat dieser Muskel entlang der Innenseite des Brustkorbes

bis hinunter an den 3. Lendenwirbel sowie die 3. Zwischenwirbelscheibe! Auch dieser Muskel kann übermässig verkürzen, respektive er kann den Tonus bei lange anhaltenden Stresssituationen oder vielen Schrecksituationen nicht mehr vollständig reduzieren. Der Zug auf die Ansätze und Ursprünge des Muskels bleiben konstant erhalten, was schliesslich zu chronischen Schmerzen im lumbalen Bereich des Rückens führen kann. Hier liegt ein Zusammenhang zwischen muskulären Dysfunktionen/strukturellen Veränderungen (materielle Wirklichkeit) und psychischen Erlebnissen (transmaterielle Wirklichkeit). Psychischer Stress kann über eine anhaltende Tonuserhöhung der Zwerchfellmuskulatur zu chronischen Rückenschmerzen führen. Grundsätzlich versucht der Körper bei Gefahr sich zu schützen und zwar über neuronale Schaltkreise, welche nicht Cortex gesteuert sind. Starke Affekte lösen über das limbische System (Amygdala) bereits Kontraktionen der Beugemuskulatur im Körper aus und dieser zieht sich zusammen.

Auf struktureller Körperebene kann man bei einem weiteren Gewebe – dem Knorpelgewebe (Bindegewebe) - nachweisen, dass bereits nach 3-4 Wochen ein Immobilisationsschaden entsteht (Diemer und Sutor 2011, S. 9). Die Regeneration der kollagenen Fasern des Knorpelgewebes ist „wahrscheinlich“ nicht möglich (ibid.). Knorpelgewebe ist abhängig von regelmässigem mechanischem Reiz, damit es ausreichend ernährt wird. „ Für die Entwicklung von Chondroblasten aus den Vorläuferzellen müssen Kompressionsreize wirken. Dieses Prinzip bleibt für den Knorpel zeitlebens bestehen. Anguläre Bewegung ohne Gewichtsbelastung reicht für den Erhalt des Knorpels nicht aus“ (ibid., S. 11). Um folglich die schützende Schicht des Knorpels um die Gelenkflächen zu erhalten, ist eine regelmässige physiologische Gewichtsbelastung notwendig. Eine Zunahme der Dicke des Knorpels wird nach heutigem Forschungsstand nicht möglich sein, wohl aber kann eine Anpassung des Knorpels durch eine *vergrösserte druckaufnehmende Gelenkfläche* entstehen (vgl. ibid., S. 9).

Das Bindegewebe ist in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der Schmerzentstehung gerückt. „Es ist davon auszugehen, dass das Bindegewebe und die faszialen Strukturen eine sehr viel höhere Bedeutung für unsere Gesundheit haben, als bisher angenommen wird (…)“ (Schleip in

Bracht und Liebscher-Bracht 2015, S.29). Schleips Entdeckung war, „(…) dass Faszien von kontraktilen Zellen, so genannten Myofibroblasten, besiedelt sind, die den Faszien die Fähigkeit verleihen, sich unabhängig von der Muskulatur isometrisch zu kontrahieren und zu versteifen“ (ibid., S. 28). Eine Immobilität oder Schonhaltung hat auch eine Funktionseinbusse des Bindegewebes zur Folge. Da es zwar in unserem hektischen Alltag an Bewegung mangelt, so fordern wir doch von unserem Körper schnelle und einseitige Handlungseinsätze (Bsp. Strassenverkehr, Freizeitsport) oder langandauernde Haltungsleistungen, die durch die Beweglichkeits- und Muskeldefizite zu Dysbalancen und Schmerzphänomenen führen können. Eine biomechanische Betrachtungsweise bringt oft erstaunlich viel Klarheit diesbezüglich.

Eine besondere Gruppe von Schmerzpatienten bilden Personen, welche am Arbeitsplatz schweren und dauerhaft einseitigen körperlichen Belastungen ausgesetzt sind. Die Abnutzung und Fehl- oder Überbelastung von Körperstrukturen kann zu degenerativen Veränderungen und funktionalen Einschränkungen und folglich auch zu chronischen Schmerzen führen.

Die weitaus grössere Gruppe von SchmerzpatientInnen ist nicht schweren körperlichen Belastungen ausgesetzt und leidet trotzdem unter vergleichbaren organischen Schmerzen wie die gerade beschriebene Gruppe. Fatale Auswirkungen haben auch lang anhaltende Schmerzzustände, bei welchen **keine** klaren organismischen Schmerzursachen auszumachen sind. Immobilität - bedingt durch den Schmerz - führt zu Dekonditionierung und leider oft zu einem Hinauszögern von bewegungstherapeutischen Interventionen. Auftauchende Ängste und Verunsicherungen (psychosoziale Faktoren) verstärken dieses Hinauszögern und die chronische Schmerzerkrankung verselbständigt sich (vgl. folgende Abschnitte).

Auf der psychologischen Ebene (transmaterielle Wirklichkeit) tritt Kranksein als Störung des Erlebens und Verhaltens in Erscheinung. Psychische Ursachen können Konflikte, Störungen, Traumata oder Defizite sein. Dysfunktionale Lern- und Adaptionsmodelle (*internale Negativkonzepte, Negativkarrieren, critical life events*) respektive Erfahrungen damit und zeitextendierter Stress oder Überforderung zählen ebenfalls zu den

psychischen Ursachen von Kranksein (vgl. Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 51-56). Ergebnisse der Schmerzchronifizierungsforschung (Melzach, 1999) zeigen, „(…) dass nicht alleine der nozizeptive sensorische Einstrom entscheidend für die Schmerzwahrnehmung und –chronifizierung ist, sondern dessen kognitive und affektive Verarbeitung“ (Ludwig 2013, S. 10).

Auf der ökosozialen Ebene (transmaterielle Wirklichkeit) kommt es zu einer pathogenen Mensch-Umwelt-Passform. Die ökosozialen Ursachen liegen in schwierigen Bedingungen des Lebensraums und der Lebenslage, in „ungesunden“ sozialen Netzwerkeinflüssen (*pathogene Stimulierungen, Fehlen von kompensatorischen oder substitutiven Entlastungen durch soziale Supportsysteme*) sowie globalen, kulturellen und zeitepochalen belastenden Voraussetzungen (vgl. Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 51-56). Interessanterweise „spielen rein physikalische Belastungen für die Chronifizierung offenbar eine untergeordnete Rolle. Beispielsweise Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz hat einen weitaus grösseren Einfluss auf das Auftreten von Rückenbeschwerden“ (Ludwig 2013, 11).

Die Krankheitsursachen auf psychologischer und ökosozialer Ebene sind *transmateriellen* Prozesse, auch *psychosoziale* Faktoren – Faktoren aus dem Kontext und Kontinuum, welche die Psyche beeinflussen. „Psychosoziale Faktoren werden heute übereinstimmend von Schmerzforschern als eine der wesentlichsten Risikofaktoren für die Schmerzchronifizierung angesehen“ (Lieb 2007, in Ludwig 2013, S. 12). Aus verschiedenen Forschungsarbeiten zu chronischen Rückenschmerzen fasst Ludwig die essentiellen Variablen zur Schmerzchronifizierung zusammen: Allgemeiner *Disstress** (privat oder beruflich, Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, Wahrnehmung hoher Arbeitsanforderungen, Zeitdruck, geringes Autonomieerleben), *Depressivität* und *Angst*, *maladaptive schmerzbezogene Kognitionen*, *Copingverhalten* (nichtverbaler Ausdruck, ausgeprägtes Durchhalteverhalten), primärer und sekundärer *Krankheitsgewinn*, Verhalten von Ärzten, Einfluss von *Lebensschicksalen* (vgl. Ludwig 2013, S. 12 ff).

* „Stress führt zunächst einmal zu einer Stimulation des zentralen noradrenergen und des peripheren sympathischen und adrenomedullären (SAM) Systems (…). Hierdurch lässt sich eine erhöhte Aktivität der lumbalen Rückenstreckmuskulatur erklären, (…) die wiederum zu

Verspannungen und Schmerzzuständen im Lumbalbereich führen kann. Erst wenn die Bewältigung der Stresssituation nicht gelingt und das subjektive Überforderungsgefühl anhält, kommt es zu einer lang anhaltenden Aktivierung der o.g. Systeme, die sich wechselseitig soweit aufschaukeln, dass schliesslich auch die HPA-Achse (Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) aktiviert wird. Diese führt zu einer massiven Kortisolausschüttung durch die Nebennierenrinde (…). Lang anhaltende hohe Kortisolspiegel führen zu einem verstärkten Abbau von Proteinen im Muskel (Schmerzen infolge einer Myopathie), einem verminderten Kalziumeinbau in den Knochen (Schmerzen durch Osteoporose) und einer Suppression des Immunsystems (erhöhte Infektanfälligkeit) (…). Ausserdem kann es infolge einer Hippokampusschädigung zu einer verstärkten Schmerzwahrnehmung kommen (…)“ (Ludwig 2013, S. 12/13). Neben den oben genannten Auswirkungen des hohen Kortisolspiegels, was einer langfristigen Umstellung des Stoffwechsels auf Dauerstress dient, wird eine erhöhte Glukosebereitstellung erwirkt (vgl. Horn 2012). Hohe Glukosewerte im Blut triggern die Insulinproduktion und verändern eventuell sogar die Blutzuckerverträglichkeit in Richtung Insulinresistenz oder Insulin Mangelproduktion (Diabetes mellitus Typ 2) (vgl. Brunner 2015).

Die **Anthropologische Krankheitslehre** der IBT spricht einerseits von multipler Entfremdung vom eigenen Leib, von den Mitmenschen, von der Lebenswelt, von der Arbeit und von der Zeit. Andererseits kann auch eine Verdinglichung zu Destruktion und Desintegration, zur Beschädigung der Integrität, des sozialen Kontextes sowie des ökologischen Lebensraumes führen (vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S.17).

Die Kernfaktoren der Anthropologischen Gesundheitslehre **Lebendigkeit** und **Zugehörigkeit** werden dadurch beeinträchtigt (vgl. Petzold, Schuch 1991/2016). Im Zuge der Technologisierung und der rasanten Entwicklung der elektronischen Medien und Hilfsmittel verändern sich unsere Lebensgewohnheiten und Lebensräume mit einer rasenden Geschwindigkeit. Diese Lebensbedingungen führen unter anderem zu einem Bewegungsmangel, „(…) ein wesentlicher Risikofaktor für zivilisationsbedingte Erkrankungen“ (WHO 2010, in Ludwig 2013, S. 18). „Um aber einen bewegungsaktiven Lebensstil ausprägen zu können, braucht man auch „gute ökologische Räume“ (Petzold 2006p) wie Parks, Feld-, Wald- und Wiesenlandschaften oder auch Spielplätze, die einen fördernden Charakter haben (vgl. Petzold 2014h, Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013). Fehlen solche

anregenden Lebensräume oder wurde die Sensibilität der Menschen für solche Räume in ihrer Lebensgeschichte nicht entwickelt, dann stellt dies einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor auch für die Entwicklung chronischer Schmerzen dar“ (ibid.). Deshalb ist die Beeinflussung mikrokontextueller Gegebenheiten wichtiger Bestandteil für Lernprozesse und Verhaltensänderungen. Die Diskussion um kontextuelle Gegebenheiten hat, wie oben erwähnt, auch eine politische Dimension. Gesellschaftliche Normen, wie bspw. mit Krankheiten, dysfunktionalen Verhaltensweisen oder Andersartigkeiten in einer Gesellschaft umgegangen wird, schlagen sich in politischen Haltungen nieder und prägen kontextuelle Gegebenheiten mit. Konkrete Überlegungen zur positiven Beeinflussung des Mikrokontextes wären bspw.: „Wo ist der passende Standort für eine Psychiatrische Klinik, wie verlaufen die Resozialisierungsbemühungen im Anschluss an eine stationäre psychiatrische Rehabilitation, welche Chancen zur beruflichen und sozialen Reintegration bestehen, wie wird zwischen Klinik und Kontext kommuniziert, welche Haltung nimmt die Gesellschaft gegenüber psychiatrischen Patienten ein – ist die Gesellschaft ausreichend informiert?

5. Salutogenese und Ressourcenanalyse

Nach Betrachtung der Krankheitsverursachenden Entwicklungen in der Lebensspanne ist eine Analyse von **Ressourcen** (vgl. Petzold 1997p) - Stärken und „Quellen des Lebens“ - und individuellen **Resilienzen** (Petzold, Müller 2004c, Petzold 2012b, Petzold 2007a) von hoher Bedeutung, um gezielt mit chronischen Schmerzen und grundsätzlich mit schwierigen Lebensumständen umgehen zu können. Die ressourcenorientierte Therapie ist insbesondere neuropsychologisch begründbar. Etwas Problematisches wirksam zu hemmen heisst, Wünschenswertes zu aktivieren und bahnen. Damit dies gelingt, muss der Therapeut beim Patienten „ (…) an das anknüpfen (…), was beim Patienten schon da ist, denn anderes kann er nicht aktivieren und bahnen. (...) Der Therapeut muss sich mehr damit befassen, was er fördern will und wie er das am besten könnte, als damit, was er beseitigen will“ (Grawe 2004, S. 108).

Um die Ressourcen systematisch zu eruieren greife ich auf das Integrative Ressourcenmodell zurück, welches sich auf die fünf Säulen der Identität stützt (vgl. folgende Abbildung) und auf die Integrative Lerntheorie (Kap. 6).

Das Integrative Ressourcenmodell basiert auf den fünf Säulen der Identität – Leiblichkeit, Soziales Netz/Sozialwelt, Arbeit/Leistung/Freizeit, materielle Sicherheiten, Werte – , welche im Behandlungsjournal ausführlich beschrieben werden (vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S.21 ff).

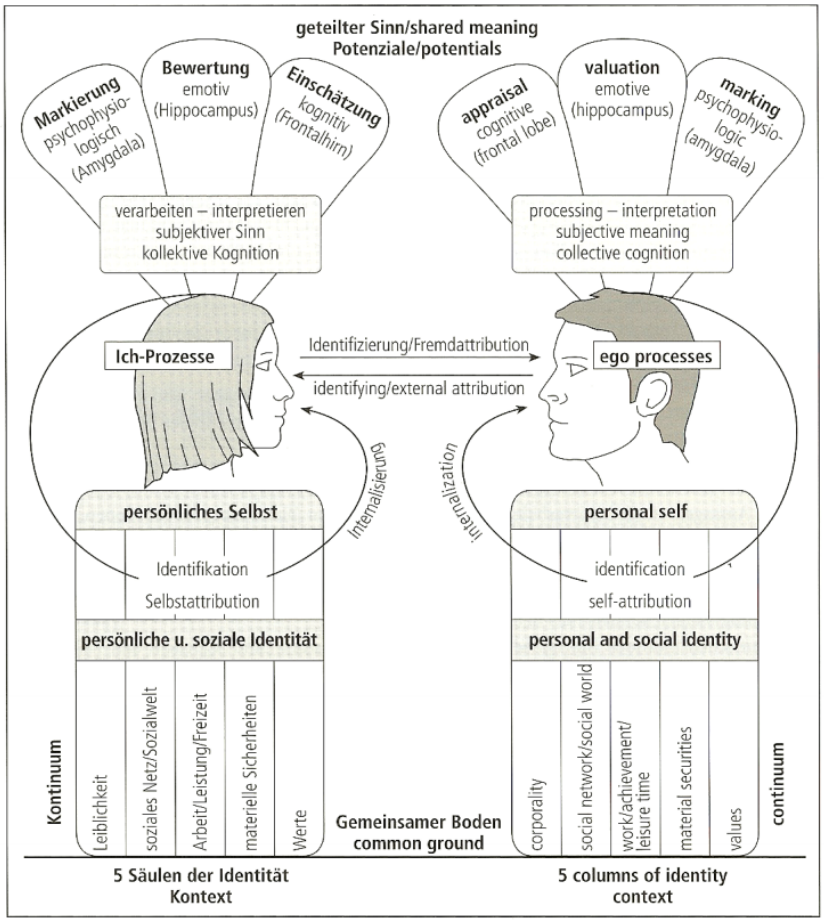

Abbildung 3 Integratives Ressourcenmodell (in Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 58, nach Petzold 2003, S. 73)

Es stellen sich folgende Fragen: Auf welche Ressourcen hat der Patient in der Vergangenheit zurückgegriffen? Ist er sich dieser Ressourcen bewusst? Wie bewertet er seine persönlichen Stärken? Welche sind im jetzigen Zeitpunkt zu aktivieren und welche unterstützen? Gibt es Ressourcen, die der Patient hat,

aber nicht nutzt? Welche Ressourcen oder Resilienzen muss er sich neu erarbeiten und üben, um die momentan schwierige Lebenssituation zu bewältigen? Welche Fremdressourcen stehen ihm zur Verfügung? (vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html ., S. 22).

Es stellt sich auch die Frage, wie der Patient die Situation einschätzt und wie er sie emotional bewertet. Ehlert erklärte, dass die Resilienz durch eine grössere Anzahl vorangehender Belastungssituationen sinkt und erweiterte die Liste an Einflussgrössen für Resilienz um folgende Komponenten: Förderlich für die Resilienz sind Schutzhormone wie Oxytocin, ein Gefühl von Kohärenz und Selbstwirksamkeit sowie eine hedonistische Emotionsregulation („gute Stimmung“ aufrechterhalten zu können). Diese Komponenten entspringen Prozessen der Internalisierung und Fremdattribution, die zur Verarbeitung und Interpretation von Informationen im Gehirn ebenfalls relevant sind (vgl. Abbildung 3). Eine grosse Herausforderung bilden Nonverbalität des Patienten aufgrund von kulturellen oder sozialen Zugehörigkeiten. Grundsätzlich muss eine verständliche Sprache zwischen PatientIn und TherapeutIn im Therapieprozess gefunden respektive erarbeitet und immer wieder mit Hilfe von Rückfragen präzisiert werden.

All diese Komponenten ermöglichen, das komplexe Bild der Identität des Patienten sowie seiner „Lebenslage“ im umfassenden Sinn und seinen chronischen Schmerzzustand im Speziellen zu erfassen und im therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Identität im biopsychosoziologischen ökologischen Kontext ist kein statischer Zustand, da jede Veränderung des Kontextes eine Anpassung von Verhalten oder Denkweisen zur Folge hat. Identität wird aus Interaktion gewonnen und sich selber erkennt der Mensch durch die soziale Praxis (vgl. Sieper und Petzold 2002, S. 5). Die Therapie versucht durch die Bereitstellung eines angstfreien, wertschätzenden, kreativen und kooperativen Kontextes den PatientInnen zu ermöglichen, Verhaltensmuster wahrzunehmen, diese zu reflektieren, neue zu kreieren, zu üben und ins Alltägliche zu übertragen.

Dabei ist auch die Versprachlichung – Prozesse teilweise verbal ausdrücken zu können – Teil von Verarbeitungs- und Handlungskompetenz.

„In der Integrativen Therapie sehen wir therapeutische Veränderungen als Lernprozesse an, die durch das Synergieprinzip verbunden sind. Dabei wird Lernen als ein mehrdimensionaler Vorgang angesehen, der Veränderungen auf verschiedenen Ebenen bewirkt, nämlich Veränderung der körperlichen, der psychischen, der sozial-interaktionalen und der kognitiven Struktur“ (Petzold 1996a, S. 77).

6. Integrativen Lerntheorie und Schmerzchronifizierung

Voraussetzung für Entwicklung ist die Veränderbarkeit von Verhalten, was nur möglich ist durch die Neuroplastizität des Gehirns, die beim Menschen gemäss den modernen Neurowissenschaften über die Lebensspanne vorhanden ist (vgl. Grawe 2004, S. 23). Entwicklung findet im Laufe des gesamten Lebens statt („lifespan development"), „(…) wobei neben Tendenzen zur Selbstaktualisierung Impulse zur Entwicklung des Menschen aus dem sozio-ökologischen Kontext zum Tragen kommen – „interacting Leib – embodied and embedded" (Petzold 2009, in Kreidner-Salahshour 2012, S. 22). Diese biopsychosoziale ökologische Orientierung der Integrativen Therapie führt auch im Bereich von „Lernen und Verhalten" zu einem komplexen Ansatz. Die verschiedenen Dimensionen der menschlichen Wirklichkeit - Körperlichkeit, emotionale Regungen, soziale Interaktionen, geistige Strebungen - die miteinander verbunden sind, sich gegenseitig bedingen und aufeinander einwirken, machen das Lernen zu einem komplexen Geschehen (Sieper und Petzold 2002, S. 9). „Deshalb ist „geistig/kognitives, körperlich/somato-motorisches, volitives und soziales/ökologisches Lernen, d.h. **komplexes Lernen** notwendig, wenn der Mensch sich entwickeln will" (ibid., S. 9). In den Bereichen der Soziotherapie, der klinischen Therapie und der Agogik als Basisorientierungen geht es um „(…) die Beeinflussung von *Verhalten* im weitesten Sinne und um komplexe Prozesse des Lernens" (Sieper und Petzold 2002, S. 3). Jede Lebensstilveränderung bedingt Verhaltensänderungen und somit Lernprozesse.

Bei chronischen Schmerzkrankheiten liegt es auf der Hand, dass Verhaltens- und Bewegungsmuster reflektiert, zeitweise auch labilisiert und verändert werden müssen, um einen Heilungsprozess zu initiieren und eine Annäherung an eine Homöostase erreichen zu können, da diese dysfunktionalen Muster Teil der Krankheitsursache oder Verstärkung des Leidens sind.

Lernen und Erkennen wird in der integrativen Therapie anhand der hermeneutischen Spirale - als Weg des Erkenntnisgewinns – erklärt und mit den PatientInnen durchschritten (vgl. Abbildung 4).

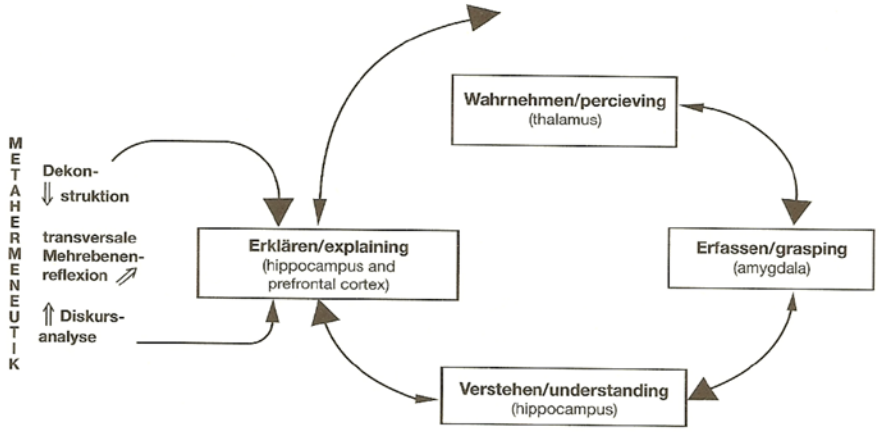

Abbildung 4 Hermeneutische Spirale, Petzold 2003, S.68

Durch den Prozess des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens versucht die Therapeutin beim Patienten/der Patientin ein Sich-Seiner-Selbst-Bewusstwerden zu initiieren (persönliche Selbsterfahrung). Die Arbeit besteht in einem Wahrnehmen (eigenleiblichen Spüren), Erfassen und Reflektieren bestehender Bewegungs- und Handlungsmuster und anschliessend im „Ausprobieren" alternativer Bewegungs- und Handlungsmuster. Diese neuen Muster gilt es, in der Folge im gewohnten Kontext auszuprobieren, zu üben und zu konsolidieren (alltagspraktische Selbsterfahrung) – es geht um das Zusammenwirken von *Kompetenzen* und *Performanzen.* Sieper und Petzold (2002, S. 7 ff) machen folgende Unterscheidung zwischen Kompetenz und Performanz: *Kompetenz* ist die „(…) Gesamtheit aller Fähigkeiten und Wissensbestände, die zum Erkennen, Formulieren und Erreichen von Zielen erforderlich werden (…) und Performanz ist die Gesamtheit aller Fertigkeiten und Praxen, die zur Umsetzung/Realisierung der Ziele (…) mit gutem Erfolg notwendig sind".

Durch die Verschränkung von organismischer (materieller) und transmaterieller Wirklichkeit sind auch Lernprozesse auf biologischen Grundlagen wie auch auf der Grundlage von Kultur und globaler Realitäten zu betrachten.*

* "Eine umfassende Konzeption von Lernen und Verhalten findet sich bei *Lev. S. Vygotsky* (…) und seinen Schülern und Mitarbeitern (*Lurija, Leontiev, Gal'perin* u.a.) sowie den „Vätern nonlinearer, dynamischer Systemtheorien" wie *A. Ukhtomskij* – er befasste sich mit der Frage der dominanten Themen (*dominata*) in der zerebralen Verarbeitung komplexer Informationen

– und *N.A. Bernstein* – er arbeitete über die neuromotorische Steuerung komplexer Bewegungen und dem damit verbundenen Problem der Freiheitsgrade. Zwischen den beiden Gruppen gab es natürlich vielfältige Verbindungen“ (Sieper und Petzold 2002, S. 18).

Eine Verschränkung von physiologischen Lernprozessen und mentalen Lernprozessen, die beide beständig neue Informationen generieren - nämlich einerseits „*movement produced information*“ und andererseits „*mentalization poduced information*“ (…) (vgl. Petzold 2009 und 2002j in Waibel und Jakob-Krieger, S. 41). Diese Informationen führen zu Neuorganisationen im Menschen – zum *informierten Leib* - und werden via *neuronale*, *immunologische* und *genetische* Speichersysteme im sogenannten *Leibgedächtnis* festgehalten (vgl. ibid., S. 42 ff).

„Lernen durch Erleben und Handeln und Lernen durch Einfühlen und Verstehen muss in Interaktionen mit Menschen und im Umgang mit Dingen – beides wird durch konkrete Kontexte bestimmt – zu einem komplexen Erfahrungslernen verbunden werden“ (Petzold 1968a, S. 12 in Sieper und Petzold 2002, S. 7). Folglich ist der Kontext, in dem gelernt wird, bspw. der Therapiekontext ebenfalls von Bedeutung und muss vom Therapeuten/der Therapeutin als solcher gestaltet werden.

Aus den Forschungsergebnissen zur neuronalen Plastizität geht hervor, „(…) dass das Üben einer einfachen motorischen Aufgabe über 10 bis 20 Minuten pro Tag erst nach drei Wochen zu einer nachweisbaren Veränderung in den betreffenden Hirnbereichen führte. (…) Sporadisches und relativ kurzes Aktivieren von Prozessen bewirkt kein langfristiges Lernen. Nur intensive Bahnung der erwünschten Abläufe führt dazu, dass sie eine strukturelle Grundlage im Gehirn erhalten“ (Grawe 2004, S. 139). „(…) die Möglichkeit besteht, dass viele der heutigen therapeutischen Bemühungen, hartnäckiges Problemverhalten zu verändern, deshalb nicht zu besseren Erfolgen führen, weil die Einwirkungen zwar im Prinzip richtig, aber nicht intensiv und massiert genug sind“ (ibid., S. 140).

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff der *Spiegelneurone* zu erwähnen als Teil der materiellen Wirklichkeit (vgl. oben). Diese Neuronen im prämotorischen Kortex (Broca-Zone) werden nicht nur aktiv, beim Ausführen bestimmter Handlungen sondern auch während andere bei dieser Handlung beobachtet werden (vgl. Sieper und Petzold 2002, S. 23/24). Daraus kann ein

Lernen durch Imitation als Teil einer „cerebralen Gesamtleistung“ betrachtet werden (ibid.). „Es handelt(e) sich offenbar um Prozesse, in denen motorische Nachahmung einerseits und der polylogische mimisch-gestische, prosodisch-vokale und protoverbale (…) und irgendwann auch verbale Austausch von Informationen andererseits, eine Grundlage für intracerebrale Konnetivierungen und Kommunikationen bildete (…)“ (ibid.). Diese Erkenntnisse bestätigen das *Lernen durch Polyloge* – in Kontext und Kontinuum.

Das Integrative Lernkonzept auf der Grundlage des *informierten Leibes* folgert für die Therapieansätze: „Menschen als multiperzeptive und multiexpressive Wesen brauchen eine multiple Stimulierung in der Zwischenleiblichkeit interpersonaler Beziehung, um sich in Prozessen „dynamischer Regulation“ steuern zu können, um Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewinnen und um Entwicklungspotentiale kreativ nutzen zu können“ (Petzold 2009 in Waibel, 27). Somit ist es Aufgabe der Therapie, Bedingungen zu schaffen, „ (…) etwa durch die Gestaltung von Kontexten und die Konstellierung von „affordances“ („auffordernde Handlungsmöglichkeiten“ (Petzold und Sieper 2002, S. 11)), die Lernvorgänge ermöglichen und fördern“ (ibid., S. 11).

7. Kernkonzepte der Integrativen Praxeologie

7.1 Die therapeutische Beziehung*

Die Therapeutin, das Therapeutenteam, die Klinik mit ihren Mitarbeitenden und die Mitpatienten bilden während der Rehabilitation einen Mikrokontext (Hintergrund, vgl. Abb.1) für den Patienten, welcher Nährboden für positive Lern- und Veränderungsprozesse sein soll. Grundlage für diese Prozesse ist eine gelungene Ko-respondenz zwischen Patient und Therapeut.

*vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S. 5

„***Ko-respondenz*** ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls-, und Vernunftsebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes/Kontinuums."
„Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von ***Konsens/Dissens***, der in ***Konzepten*** Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen werden und für diese zur Grundlage für ***Kooperation*** werden."
„Voraussetzung für Ko-respondenz ist die in der prinzipiellen ***Koexistenz*** alles Lebendigen gründende, wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird (…)" (Petzold 2003, S. 117).

In der IBT ist das Ko-respondenzmodell das Herzstück sowohl der Metatheorie als auch der Praxeologie (vgl. Petzold 1996, S. 179).

7.2 Der therapeutische Prozess*

Der Integrativen Bewegungstherapie (IBT) liegt ein vierstufiges Strukturschema zu Grunde, das *Tetradisches System* (Petzold 1996, S. 80 u. ff. und vgl. Abb. 2), welches bei der Therapieplanung sowie zur Durchführung einer einzelnen Therapiesitzung als Orientierungshilfe dient. Die IBT ist ein prozessorientiertes Verfahren und somit ist auch der Therapieprozess im Sinne der „heraklitischen Spirale" ein schöpferischer, kontinuierlicher, spiralförmiger und ko-respondierender Prozess. Auch hier ist das Schema als Strukturhilfe zu betrachten und „(...) nicht als starre sequentielle Ordnung" (ibid.).

Initialphase

In der Initialphase versucht die Therapeutin ein „stimulierendes" motivierendes Klima herzustellen, um den Raum für den Patienten und sein Anliegen zu öffnen und ihn zur gezielten Exploration einzuladen.

Der Aufbau einer tragenden Beziehung zwischen Patient und Therapeutin, die Ko-respondenz steht im Mittelpunkt. Der biopsychosoziale Kontext (vgl. Abbildung 1) und zwölf Leib- und Bewegungsphänomenologien (vgl. Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 49/50) werden ausgelotet.

*vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S. 26 ff.

Aktionsphase

In der psychotherapeutischen Arbeit ist in dieser Phase einerseits eine konfliktzentrierte Ausrichtung zur Verarbeitung von traumatischen Situationen vorrangig. Andererseits kann der therapeutische Prozess eine erlebniszentrierte Ausrichtung haben. Ziel dieser Ausrichtung ist das Explorieren. „Im Unterschied zur Katharsis, durch die bestehende Konfliktfelder aufgelöst werden, besteht der therapeutische Effekt der *peak experience* im Freisetzen neuer Denk-, Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten“ (Petzold 1996, S. 88).

Emotionale Erfahrungen bilden die Basis für *Prägnanzerlebnisse* (Aha-Erlebnisse, vgl. ibid.), die - gefolgt von kognitiver Bearbeitung - ein gezieltes Transfertraining zur Veränderung von Verhalten, wie es in den nächsten beiden Phasen des tetradischen Ablaufs geschieht, ermöglichen (vgl. ibid., S. 89).

Integrationsphase

In dieser Phase wird eine „Rückschau auf die Prozesse in der Aktionsphase geleistet (...)“ (ibid.). Die kognitive Bearbeitung erlaubt bspw. eine Analyse von bisher nicht bewusst wahrgenommenen Verhaltensmustern, von fixierten Glaubenssätzen oder Narrativen (festgeschriebenen Handlungsfolgen, vgl. Petzold 1996, S. 96), die in offene und lebendige Geschichten (Narrationen) verwandelt werden und somit vom Patienten eigenverantwortlich gesteuert werden können. Der Patient gewinnt rationale Einsicht in seine Sache.

Phase der Neuorientierung

„Im Zusammenwirken (Synergie) von emotionaler Erfahrung in der Aktionsphase und rationaler Einsicht in der Integrationsphase vollzieht sich zuweilen spontan eine Verhaltensänderung (...). In anderen Fällen wird aus Erfahrung und Einsicht bewusst die Konsequenz für eine Verhaltensänderung gezogen“ (Petzold 1996, S. 98). Nun werden neue Verhaltens- und Bewegungsmuster erprobt und geübt, und der Patient kann sich im Arbeits- oder Alltagssetting neu orientieren. Wichtig erscheint mir die regelmässige

Rücksprache mit dem Patienten über die gemachten Erfahrungen in der ambulanten Therapiesitzung, damit dieser nicht vorschnell kapituliert, wenn die neuen Verhaltensweisen Widerstand im gewohnten Umfeld hervorrufen oder dieses erwünschte Verhalten schwierig aufrecht zu erhalten ist.

7.3 Prozessuale Diagnostik*

„Diagnostik ist im integrativen leib- und bewegungstherapeutischen Verständnis das Gewinnen von Informationen, Erkenntnissen und Zusammenhängen über den Patienten im fortlaufenden therapeutischen Prozess“ (Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 46/47).

H.G. Petzold spricht von einer *Theragnostik* (Petzold 1974, in Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 47). Therapie und Diagnose folgen dem *Heraklitischen Prinzip*, des bereits oben erwähnten spiralförmigen Prozesses des Erkenntnisgewinns (vgl. Abbildung 4, Hermeneutische Spirale) durch Reflexion (Initialphase), zum Lernen und Handeln (Aktionsphase), zur Bildung konsensgegründeter Konzepten (Integrationsphase) und zum Verändern (Neuorientierungsphase).

7.4 Modalitäten

Die Vorgehensweisen oder Modalitäten in der Integrativen Bewegungstherapie definieren Petzold und Sieper (1996, S. 508) folgendermassen:

„Die *übungszentriert-funktionale Modalität* ist auf die Förderung und Verbesserung psychophysischer Funktionen gerichtet. „Sie fördert das Körpererleben, die Bewusstheit und den Bezug zur eigenen Leiblichkeit, die Sensibilität und Entspannungsfähigkeit, die „richtige“ Atmung und Bewegung.“

Die *erlebniszentriert-stimulierende Modalität* ist auf die Förderung von Spontaneität und Kreativität, die Ausdrucksfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit gerichtet. Die *konfliktzentriert-aufdeckende Modalität* ist auf das Auffinden und Einsichtig-Machen von in den Leib verdrängten Konflikten gerichtet.“ Zu ergänzen sind die netzwerkzentrierte und medikamentengestützte Modalität (vgl. Sieper und Petzold 2002, S. 8).

*vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S. 7

Die PatientInnen verstehen unter Bewegungstherapie in der Regel ein übungszentriertes-funktionales körperliches Training, wo Kraft, Beweglichkeit und Koordination verbessert werden. Im besten Fall wird in diesem Training die Förderung der Sensorik sowie des Gleichgewichts miteinbezogen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Leiblichkeit wird gerne vermieden. Schwachpunkt dieser Modalität ist auch die häufige Orientierung an den Defiziten (vgl. Ludwig 2013, S. 55). Aus diesem Grund sind geschickte Übungen oder Settings in der Bewegungstherapie zu schaffen, die ein erlebniszentriert-stimulierendes und konfliktzentriert-aufdeckendes Vorgehen zulassen.

7.5 Methode, Techniken, Medien

(vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S. 30-34)

Methode

H.G. Petzold definiert und beschreibt „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (Petzold 1996) und verschiedene Modalitäten als methodische Ansätze der Integrativen Bewegungstherapie (vgl. Petzold 2012h, 2014i):

1. Weg	Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung
2. Weg	Nachsozialisation, Grundvertrauen stärken
3. Weg	Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung
4. Weg	Solidaritätserfahrung, Metaperspektive, Engagement, Empowerment

In der praktischen Arbeit mit dem Patienten verlaufen diese vier Wege nicht immer geordnet hintereinander, sondern oft auch parallel oder sie überschneiden sich. Die medikamentöse Behandlung ist eine mögliche Modalität des Heilungs- und Förderungsprozesses (Petzold 2009).

1. Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung

„Bei diesem Weg geht es um Heilung (…) und Persönlichkeitsentwicklung (…) durch den Gewinn „komplexen Bewusstseins“ und die Konstituierung von Sinn durch „Bewusstseinsarbeit“, d.h. durch mehrperspektivische Einsicht, durch Erfahrungen von „vitaler Evidenz“, durch intersubjektive Ko-respondenz“ (Petzold 1996, S. 218). „..Unbewusstes oder Noch-nicht-Bewusstes oder Erstmal-Bewusstes, aber Verdrängtes (…)“ wird wahrgenommen, erfasst und als „erlebter Sinn“ verstanden (ibid., S. 219). Dieser Prozess macht das Erklären von Zusammenhängen möglich. Sinnhaftigkeit und Bedeutungssinn entwickeln sich gemäss der hermeneutischen Spirale über das *eigenleibliche Spüren* (Wahrnehmungen über die Sinne), das *atmosphärische Erfassen*, *szenische Verstehen,* das *kognitive Durcharbeiten* zur Umsetzung und Transfer in den Alltag mit anschliessendem intensiven Üben (vgl. Ilse Orth, Seminar Supervision).

2. Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation, Grundvertrauen stärken

„Bei diesem Weg geht es um Nachsozialisation zur Restitution von beeinträchtigtem Grundvertrauen und um die Wiederherstellung von Persönlichkeitsstrukturen (…)“ (ibid., S. 236). Die Arbeit fokussiert auf eine Veränderung *dysfunktionaler Narrative* und versucht neue und für den Patienten förderliche und heilende Erfahrungen zu ermöglichen. Sie schliesst aber auch die „(…) Bereitstellung emotional abgestützter Bewältigungsmöglichkeiten (Coping), wo Menschen mit irreversiblen Schädigungen fertig werden müssen (…)“ (ibid.), mit ein. Die Therapeutin versucht im Rahmen therapeutischer Möglichkeiten eine „Nachnährung“ zu gewährleisten (vgl. ibid., S. 241). „In der „Integrativen Bewegungstherapie“ nehmen wir gezielt den Körperdialog auf, um **Grundvertrauen** zu kräftigen, **Zugehörigkeitsgefühl** als Gegengewicht zu Entfremdungstendenzen zu bestärken und zu entwickeln, um das natürliche körperliche Explorationsverhalten (…) wieder in Kraft zu setzen und damit das Vertrauen in die eigenen Leiblichkeit und die natürliche Hingewandtheit zum Leibe des anderen (…) wieder zu ermöglichen und einen **Neubeginn** anzustossen“ (Petzold 1996, S. 242).

3. Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung

„Bei diesem Weg geht es um die Erschliessung und Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale (…) durch Bereitstellung einer „fördernden Umwelt“ mit neuen und/oder alternativen Beziehungs- und Erlebnismöglichkeiten, in denen die Grundqualitäten: Wachheit, Wertschätzung, Würde und Wurzeln erfahrbar werden“ (ibid., S. 250). Der Patient wird in den Therapien auf die Umsetzung von Neuerlerntem vorbereitet, sodass er im alltäglichen Umfeld seine „Hausaufgaben“ machen kann. Durch intensives Üben können neue Muster verankert werden.

Aus neuropsychologischer Sicht findet in dieser Phase eine Neubahnung statt. „Es müssen neue neuronale Erregungsmuster herausgebildet werden (…). Diese Aktivierung der neuen neuronalen Erregungsmuster muss möglichst oft wiederholt werden, sonst werden die neuen neuronalen Verbindungen nicht fest genug gebahnt“ (Grawe 2004, S. 55-56). Dabei sind, wie bereits oben erwähnt, sowohl die förderliche Kontextgenerierung als auch die neuropsychologisch fundierte Problembearbeitung zentral (vgl. ibid., S. 140 und Braunbarth 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 72 ff.).

4. Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung, Metaperspektive, Engagement, Empowerment

„Der vierte Weg will die sozialen Kompetenzen fördern und helfen, die in der Therapie erlebten Solidaritätserfahrungen im alltagspraktischen Empowerment durch andere und für andere zu erweitern. Dies ermöglicht Abbau der Hilflosigkeit und Gewinn von Kontrolle und Selbstwirksamkeit. (…) Hier werden familiäre, berufliche und andere gesellschaftliche Systeme zum Thema“ (Braunbarth 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 73).

In diesen vier Wegen der Heilung und Förderung finden sich wichtige therapeutische Wirkfaktoren – *14 Heilfaktoren* - (nach Petzold und Sieper 1996, S. 314 ff.), die ich im Folgenden kurz zitieren möchte:

1. Einfühlendes Verstehen: Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung
2. Emotionale Annahme und Stütze: Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe
4. Förderung emotionalen Ausdrucks: Zeigen von Gefühlen, Sprechen über Gefühle
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen

6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens: positive Prozesse in der Therapie ermöglichen (vgl. Abbildung 4)
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen

Techniken

Die Techniken innerhalb der Integrativen Bewegungstherapie sind Wahrnehmungs- und Sensibilitätsförderung (eigenleibliches Spüren), Atemtechniken, Selbstregulationstechniken, Entspannungsverfahren, vielfältige Bewegungstrainings, Kraft- und Koordinationstraining, Flexibilitätstraining (insbesondere im Umgang mit Belastungen), Imaginationstechniken und Mentaltraining, Organisationstechniken und Erkenntnisgewinn durch Psychoedukation über Themen der Ernährung, Schlafhygiene, Rhythmisierung und Strukturierung des persönlichen Alltags und Ideen zur lebenspraktischen Umsetzung.

Medien

Im Rahmen einer integrativen, kreativen Persönlichkeitsdiagnostik und -therapie können kreative Medien wie Farben, Ton, Bewegungen mit verschiedenen Hilfsmitteln oder Naturmaterialien die Persönlichkeit des Patienten oder Klienten umfassender hervorbringen. Die Bewegung in der örtlichen Landschaft zählt ebenfalls zu den hilfreichen Medien.

7.6 Formen und Stile

„Stile sind Qualitäten und Muster der Interventionen im Rahmen der Methode“ (Waibel, Petzold, Orth, Jakob-Krieger 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 4). Die Qualität ist beispielsweise deutend, zugewandt, aufdeckend oder stützend, um nur einige Beispiele zu nenne (vgl. ibid.). Die Integrative Bewegungstherapie nutzt das Setting der Einzel- oder Gruppentherapie. Sie findet auch in der Form einer Familien-, Paartherapie oder in offenen, halboffenen oder geschlossenen Gruppen statt (vgl. ibid.).

7.7 Methodische Ansätze

Methodische Ansätze sind bspw. die Ausdauertherapie, Budokünste, Entspannungstherapie, Medizinische Trainingstherapie (MTT), Integrative Bewegungs- und Sporttherapie und Tanztherapie.

„Integrative Bewegungstherapie (IBT) ist eine ganzheitliche *Methode* der Krankenbehandlung und Persönlichkeitsentwicklung, in der psychotherapeutische, leibtherapeutische und bewegungsagogische Massnahmen auf dem Hintergrund eines Integrativen Theoriekonzeptes verbunden werden“ (Petzold 1970, in Petzold und Sieper 1996, S. 505). „Als psychotherapeutische Methode wird sie *konfliktzentriert-aufdeckend* angewandt, als leibpädagogischer bzw. bewegungstherapeutischer-psychomotorischer Ansatz *übungszentriert-funktional* und/oder *erlebniszentriert-stimulierend*, je nach Indikation und Ausrichtung (klinisch, rehabilitativ, präventiv, heilpädagogisch, persönlichkeitsbildend, kreativitätsfördernd) (vgl. Kap. 7.4). Immer verbindet die IBT verbale und nonverbale, aktionale und symbolische Kommunikations- und Interaktionsformen“ (Petzold 1970, in Petzold und Sieper 1996, S. 505). Integrative Bewegungstherapie umfasst „biologische Interventionen im Sinne multipler Stimulierungsangebote und dynamischer Regulation, psychologische Interventionen im Sinne intersubjektiver Ko-respondenzprozesse sowie soziale Interventionen im Sinne sozialer Netzwerkaktivierung (…)“ (Bauder und Waibel 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 189).

7.8 Therapieziele und Interventionsstrategien

Die Therapieziele setzen sich zusammen aus Zielen, die der Patient als solche definiert hat. Ziele, die auch aus der Perspektive der Erkrankung Sinn machen. „Weder die Wahl der Therapieziele noch den Ablauf der einzelnen Therapiesitzungen kann ein Neuropsychotherapeut dem Patienten überlassen. Er muss zwar in allem den Konsens des Patienten haben und alles, was er (der Therapeut/die Therapeutin, Anmerkung der Verfasserin) tut, muss mit den motivationalen Zielen des Patienten vereinbar sein, aber er muss die Verantwortung für die wichtigsten therapeutischen Entscheidungen übernehmen. (…) Er muss wie ein guter Anwalt des Patienten sein. Verantwortung dort übernehmen, wo der Patient auf seinem jetzigen Stand

damit überfordert wäre, aber den Patienten informieren und in die Entscheidungen einbeziehen, soweit es auf dem jeweiligen Stand der Therapie möglich ist. Das gilt für die Planung der Therapie im Ganzen und für die Gestaltung jeder einzelnen Sitzung“ (Grawe 2004, S. 432).

Auch bei PatientInnen, die eine ausgedehnte stationäre Behandlung im Psychiatrischen Setting machen, sind regelmässige Zielvereinbarungen und eine Kontrolle der Zielerreichung wichtig. Grawe formulierte, dass „(…) Neuropsychotherapie als ein geplantes, strukturiertes Vorgehen aufzufassen ist“ (Grawe 2004, S. 432).

Die Ziele werden in **krankheitsbestimmte**, **kontextbestimmte, Persönlichkeitsbestimmte Ziele** und **Globalziele** (übergeordnete Ziele) unterteilt (vgl. Petzold 2003, S. 504 vgl. auch Petzold, Leuenberger, Steffan 1998):

Krankheitsbestimmte Ziele sind für SchmerzpatientInnen meist eine Schmerzreduktion (mit dem Wunsch einer vollkommenen Restitution), Strategien finden, um mit chronischen Schmerzen umgehen zu können und eine Kompetenzerweiterung in Bezug auf Schmerzentstehung und deren Beeinflussung (Krankheitseinsicht). Es ist immer auch Ziel der Bewegungstherapie, Körperhaltungen oder Bewegungen zu finden, die keinen Schmerz auslösen, und diese als positive Körpererfahrung mit positiven Emotionen zu nutzen. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird auf diese Weise von den Schmerzen weg gelenkt, und es können neue schmerzfreie, ökonomische Bewegungsmuster und später Verhaltensmuster erlernt und geübt werden. Neben der kognitiven Krankheitseinsicht ist das Verständnis für die schmerzhaften Abläufe im Körper ebenfalls wichtiges Ziel und fordert Nachsicht und Geduld vom Patienten gegenüber sich selbst. Zentrale Zielsetzung ist immer auch das Verhindern einer Depression (Prophylaxe).

Im Rahmen der **krankheitsbedingten Ziele** muss in der Therapie auch der Überempfindlichkeit gegenüber Schmerz Rechnung getragen werden, indem jede weitere Sensitivierung zu vermeiden ist. Um dieses Ziel zu verfolgen, ist es essentiell, dass der Patient seine Schmerzgrenzen exakt kennenlernt und bei jeder Trainingseinheit diese Schwelle nicht überschreitet (positives

Coping). Dies führt zu einer verbesserten leiblichen Bewusstheit und Selbstregulation (vgl. Ludwig 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 178). Insbesondere ein regelmässiges Ausdauertraining (unterhalb der Schmerzgrenze) hat wissenschaftlich belegt einen schmerzlindernden Effekt (ibid.). Falls ein Schwimmbad vorhanden ist, bietet sich das Ausdauertraining im Wasser an, da durch den Auftrieb im Wasser mit weniger Eigengewicht effektiv trainiert werden kann (vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S. 25).

Kontextbestimmte Ziele umfassen den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt, Arbeitsfähigkeit, die Möglichkeit zu sportlichem Tun mit Freunden und Kollegen und die Reintegration in den Alltag. Eine Veränderung und individuelle „Rhythmisierung" alltäglicher Verrichtungen und Phasen der Erholung ist oft essentiell, um dysfunktionale Verhaltensmuster zu ersetzen.

Persönlichkeitsbestimmte Ziele (vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S. 25/26) werden vor allem vom Patienten/der Patientin definiert. Es kann sinnvoll sein, als Therapeutin Ziele wie das Wiederfinden von Lebensfreude und innerer Zufriedenheit, das Ermöglichen von eigenleiblichem Spüren ohne Angst vor dem Schmerz im Hinterkopf zu haben und konkret fassbare Ideen, wie das im Alltag der PatientInnen aussehen könnte. Ich fasse die persönliche Weiterentwicklung, den Umgang mit persönlichen Grenzen und die Reflexion der eigenen Erwartungshaltung und von Glaubenssätzen (5. Säule der Identität) ebenfalls ins Auge. Sich selber motivieren können und die Volition aufzubringen, sind weitere Zielsetzungen. Wie Sieper und Petzold es ausdrücken: „sich selber zum Projekt zu machen" (Sieper und Petzold 2002, S. 9) und sich als Co-Spezialisten zusammen mit den TherapeutInnen in eigener Sache ernst nehmen.

Globalziele fokussieren auf die „Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext" (Petzold 2003, S. 504-505). Als Leitkonzept der Integrativen Therapie steht die Souveränität des Menschen –

wobei diese nicht uneingeschränkt ist – als Ausdruck von Integrität und Freiheit mit seiner Fähigkeit zur Selbststeuerung und Selbsterkenntnis im Zentrum (Petzold, Sieper 2012, S. 250 ff). Dieses Leitkonzept impliziert eine therapeutische Grundhaltung, die vom Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ getragen ist (ibid., S. 204). Für den Patienten bedeutet dieses globale Ziel unausweichlich eine Lebensstilveränderung, sobald dysfunktionale und krankmachende Muster, welche die Integrität und Freiheit des Patienten bedrohen, bearbeitet werden müssen. PatientInnen haben oft die Vorstellung, es müsse nach der Krankheit wieder so sein wie vorher. Der Zustand vor der Krankheit wird einerseits geschönt und andererseits wird nicht erkannt, dass vielleicht vorhergehende Situationen, Ereignisse, Gewohnheiten und Verhaltensmuster zur Krankheit beigetragen haben.

Zielsetzungen der Integrativen Bewegungstherapie lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

> „Den Leib wieder wahrnehmungs-, kontakt- und handlungsfähig zu machen, seine perzeptiven, expressiven und memorativen Fähigkeiten wiederherzustellen, wo immer sie im Laufe von Sozialisationsprozessen verloren oder beschädigt wurden, ist das Ziel der therapeutischen Behandlung.“ (S. 507/8)
>
> „Die leib- und bewegungstherapeutische Behandlung nutzt multiple Stimulierungen über den *perzeptiven* (Wahrnehmungsangebote), *expressiven* (Ausdrucksmöglichkeiten), *memorativen* (biografische Arbeit) und *reflexiven* (Selbstbewusstheit) Leib.“ (Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 61)

Klinische Interventionen

(vgl.: http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html , S 28 ff)

Eine Intervention ist per definitionem ein Eingriff, der mit Machtausübung und Kontrolle verbunden ist. „Interventionen sind deshalb - *im therapeutischen Setting* (Anmerkung der Autorin) - nur vertretbar, wenn sie partizipativ geplant und durchgeführt werden und „Interventionsmacht“ synarchisch verwaltet wird“ (Petzold 2003, S. 502). Interventionen gehen von oben genannten Zielen aus. Klinische Interventionsstrategien sind Heilen (Curing), Stützen (Supporting)

und Bewältigen (Coping) und richten sich auf die Prophylaxe, die Erhaltung, die Restitution, die Entwicklung, die Daseinsbewältigung, die Amelioration (Veränderung der Infrastruktur) und Repräsentation (politische Interventionen) (vgl. Petzold 2003, S. 504/505). „Strategien, die Salutogenese und Potentiale fördern, sind Erweiterung/Enlargement, Bereicherung/Enrichment, Ermächtigung/Empowerment“ (vgl. Kreidner-Salahshour 2012, S. 23). Dazu gehört auch die Theorievermittlung und Diskussion mit dem Patienten als Interventionsstrategie.

Auf die Schmerzreduktion oder Schmerzmodulation bezogen, ist eine Strategie, über neuronale Schaltkreise den Schmerz positiv zu beeinflussen (Heilung). Das heisst, die durch Schmerzen oder auch durch Ängste verursachten Stressreaktionen über die HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) müssen vermieden werden. „Damit dieser Hemmungsprozess gelingen kann, sollten die Patienten in einen emotionalen Zustand gebracht werden, der mit Angst möglichst unvereinbar ist“ (Ludwig 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 181). Durch vertrauensvolles, wertschätzendes Klima in den Therapien, durch einfühlendes Verstehen und emotionale Anteilnahme und Stütze wird dies möglich.

Auch eine Erregungen der Amygdala und die dadurch verursachte Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses muss wenn möglich vermieden werden. Aufmerksamkeit wird einerseits durch Ängste und Bedrohungen „erobert“ (ibid., S. 183), was unweigerlich geschieht bei länger dauernden Schmerzerlebnissen, die eine selbständige Bewältigung des Alltags bedrohen, andererseits auch von starken motivationalen Zielen (durch eine Aktivierung des Dopaminsystems) (vgl. Grawe 2004, S. 77).

In der Therapie wird versucht, die starken motivationalen Ziele in den Zielfokus zu rücken, indem „(…) man den Patienten so oft wie möglich Wahrnehmungen anbieten sollte, die eine positive Bedeutung für seine wichtigsten motivationalen Ziele haben. Solche bedürfnisbefriedigenden Wahrnehmungen lösen positive Gefühle beim Patienten aus, sodass er infolgedessen eher bereit ist, neue, bisher vermiedene Erfahrungen zu machen oder sich mit für ihn problematischen Inhalten zu beschäftigen

(Ludwig 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 184 aus Grawe 2004, S. 127 ff.). In der Folge wird die Absorbierung der Aufmerksamkeit durch den Schmerz verhindert (Grawe 2004, S. 107).

Grundsätzlich hielt Grawe fest: „Wo immer neue Wahrnehmungs- und Denkweisen, neue Reaktionen auf emotionale Situationen, neue Coping- und Bewältigungsfähigkeiten aufgebaut werden sollen, um problematische zu ersetzen, zu hemmen und zu verdrängen, kommt es entscheidend darauf an, dass dies in einen positiven motivationalen und emotionalen Kontext eingebettet geschieht“ (ibid., S. 140). „Für eine bewusste, eigenmotivierte Mitwirkung muss der Patient genau informiert sein, was das Ziel der wiederholten Übungen/Bahnungen ist, wieso sie zu Wirkungen führen werden, die ihm selber wichtig sind, und worauf es bei ihrer Durchführung ankommt“ (ibid.).

Zweites grundsätzliches Anliegen ist die Bewältigung der momentan schwierigen Lebenssituation. Lebenspraktische und pragmatische Hilfestellungen bilden deshalb ebenfalls Teile der Bewegungstherapie.

Dritte Strategie ist, von der Daseinsbewältigung ins schöpferische Gestalten der Persönlichkeit und ihres Kontextes im Bereich des Möglichen vorzudringen, sodass der Patient/die Patientin neue Möglichkeiten wahrnimmt und seine/ihre Kreativität mit Freude nutzt und damit auch Selbstwirksamkeit bei sich erlebt. Kreativität ist, auf alte Situationen neu zu reagieren und auf neue Situationen adäquat zu reagieren (Ilse Orth 2013, Seminar Supervision, EAG-FPI).

Bei jeder Intervention sollen die neuropsychologischen wissenschaftlichen Grundlagen zur Schmerztherapie berücksichtigt werden. Das heisst laut den Empfehlungen von Klaus Grawe (2004, S. 107 ff.):

- „Den Patienten mit möglichst vielen Wahrnehmungen versorgen, die einen positiven Wert für seine wichtigsten motivationalen Ziele haben
- Explizite Aktivierung wichtiger positiver motivationaler Ziele des Patienten, die ihn in eine möglichst starke Annäherungsorientierung bringen
- Gestaltung der Therapiesituation, dass die positiven Fähigkeiten und Ressourcen, die der Patient in die Therapie mitbringt, zum Zuge kommen

- Auslösung möglichst vieler positiver Emotionen
- kognitive Vorbereitung: Was kann passieren, was kann ich dann machen
- Einüben positiver Selbstäusserungen und angstbewältigender Gedanken (..)“.

Diese Empfehlungen von Grawe müssen in Bezug auf die „Dosierung“ von Wahrnehmungsstimuli und positiver Emotionen dahin angepasst werden, dass es zu keiner Reizüberflutung kommt und Emotionen für den Patienten von höchster Relevanz sind. Letztlich geht es um erfahrbare Selbstwirksamkeit und das Leben persönlicher Souveränität (vgl. Petzold, Orth 2014).

Da die Amygdala auf „ängstliche, wütende und ärgerliche Gesichter“ (Grawe 2004, S. 93) besonders stark reagiert, ist dem Gesichtsausdruck der Therapeutin ebenfalls Beachtung zu schenken. „Wir können auf Grund dieser Befunde sicher sein, dass in einer Psychotherapie die Amygdala des Patienten auf jedes kleinste Zeichen von Ärger in der Mimik des Therapeuten reagiert, auch wenn dieser Gesichtsausdruck nur sehr kurz war und vom Patienten gar nicht bewusst registriert wurde“ (ibid.). Folglich ist das aufmerksame Beobachten des eigenen Ausdrucks und das eigenleibliche Spüren bei der Therapeutin ebenfalls eine wichtige Intervention.

Aufgrund der Wichtigkeit von förderlichen Kontextbedingungen sowie basierend auf den Erkenntnissen „komplexen Lernens“ und aus persönlichen Erfahrungen ist für mich Lachen und Wohlbefinden wichtiges Ziel einer gelingenden Therapie und Teil jeder Therapiesitzung (Integrativer Ansatz der „movement produced information“ in Petzold 2003, Bd. III, S. 1074 ff).

Die Integrative Therapie versucht, ein Massnahmenpaket zu schnüren, welches sich am Heilprozess orientiert und laufend angepasst wird, und stimmt die Interventionen und Massnahmen als „therapeutisches Curriculum“ und noch weiter gefasst als „Behandlungsbündel“ auf die Lebenslage der PatientInnen ab (Petzold 2014i, S. 15). Dieses Behandlungsbündel sollte auch eine moderne medikamentöse Mitbehandlung ins Auge fassen (ibid.).

8. Behandlungsansatz für eine Integrative Bewegungs- und Sporttherapie bei chronischen Schmerzen im stationären psychiatrischen Setting

8.1 Aufbau eines Gruppenprogrammes - Eckpfeiler

Aus einer biopsychosozialen ökologischen Perspektive wird deutlich, dass das Massnahmenpaket multimodal und komplex und individuell gestaltet werden muss. Dies setzt voraus, dass das Behandlungsteam bereichsübergreifend und integrativ/ko-kreativ zusammen arbeitet. „Menschen als *multiperzeptive* und *multiexpressive* Wesen brauchen *multiple Stimulierung* in der Zwischenleiblichkeit interpersonaler Beziehung, um sich in Prozessen „dynamischer Regulation“ steuern zu können, um Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewinnen und um Entwicklungspotenziale kreativ nutzen zu können“ (Petzold 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 27).

Neben den Integrativen Bewegungstherapeutischen Ansätzen sind bei Schmerzpatienten flankierende Massnahmen wie psychiatrische und/oder psychotherapeutische Therapien, Manuelle Therapien sowie eine Psychoedukation von Bedeutung. Teil der Psychoedukation sollte aus meiner Sicht die Schulung und Selbsterfahrung von volitionalen und motivationalen Strategien sein. Als hilfreich erweisen sich Arbeitsblätter und Bewegungsjournale, die von den PatientInnen ausgefüllt und bearbeitet werden können, um Prozesse und Erkenntnisse analog einem Tagebuch festzuhalten.

Mit einer *stationären Rehabilitation im Umfang von 8-12 Wochen* ist es möglich, eine nachhaltige Verhaltens- und Lebensstilveränderung zu erwirken und den Patienten zu einem bewegungsaktiven Lebensstil hinführen zu können. Aufgrund des so genannten *Legacy Effektes* (Modul Diabetes-Erkrankungen 2015, Universität Bern, vgl. http://www.preventivecardio.insel.ch/de/aus-weiter-und-fortbildung/uni-bern-module/diabetes-erkrankungen/) wird auch im Anschluss an eine stationäre Behandlung – auch bei einer anschliessenden Unterbrechung des Trainierens

– eine gewisse strukturelle und funktionelle Verbesserung der Körperfunktionen aufrechterhalten.

Psychotherapeutische oder psychiatrische Einzel- und Gruppentherapien sind besonders bei zu Grunde liegenden Traumas als eine engmaschige Begleitung während des Rehabilitationsprozesses wichtig. Diese werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

8.2 Psychosoziale Massnahmen

Integrative Bewegungstherapie (inkl. Tagebuch und Bewegungsprotokollen), Sporttherapie (Ausdauertherapie und MTT), Kunsttherapie und Musiktherapie, Ergotherapie, Netzwerkarbeit und Integration, Physiotherapie und Physikalische Therapie, Mentaltraining und Entspannungstherapie sowie das Erarbeiten von Willensstrategien und Unterstützung durch den Sozialdienst zur Wiedereingliederung sind psychosoziale Massnahmen, die den Schmerzpatienten begleiten werden. Diese psychosozialen Massnahmen als „Bündel von Massnahmen“ (Petzold 2014j) sollen eingesetzt werden - abgestimmt auf Motive und Neigungen des Patienten/der Patientin - um eine multimodale Behandlung der chronischen Schmerzerkrankungen zu ermöglichen.

Für das Behandlungsangebot werde ich in den folgenden Abschnitten die Integrative Bewegungstherapie und die Psychoedukation herausgreifen und mit konkreten Ideen zur Umsetzung exemplarisch festhalten.

Integrative Bewegungstherapie in der Praxis

Integrative Bewegungstherapie ist multimodal und findet als „(…) biologische Interventionen im Sinne **multipler Stimulierungsangebote** und **dynamischer Regulation**, **psychologische Interventionen** im Sinne intersubjektiver Ko-respondenzprozesse sowie soziale Interventionen im Sinne **sozialer Netzwerkaktivierung**“ im Rahmen eines Rehabilitationskonzeptes (…) statt“ (vgl. Bauder und Waibel 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 189-190).

Aus meiner Erfahrung ist es sinnvoll, zu Beginn eines stationären Aufenthalts einige Einzelsitzungen zu vereinbaren neben den Gruppenangeboten. Die

Einzelarbeit ist sehr effizient, um den PatientInnen möglichst rasch Hilfsmittel und Strategien sowie Aufgaben zum Üben von selbstwirksamem Tun zu vermitteln. Innerhalb der Einzeltherapien ist es mir wichtig, Haltungs- und Gangmuster aus orthopädischem und biomechanischem Blickwinkel mit zu beachten, und physiologische Muster, die dem momentanen Schmerzzustand des Patienten Abhilfe schaffen, zu trainieren. Während diesen Haltungs- und Gangübungen wird im Gespräch rasch deutlich, wo die Zusammenhänge zwischen Bewegungsmustern und der Emotionaliät oder bestimmen Erfahrungen – positiver oder negativer Art – liegen. Nicht von ungefähr drücken wir über unsere Sprache Bedeutungsvolles aus: „Wie **geht** es Dir?“ oder Schweizerdeutsch „Wie **goots**, wie **staats**?“ (Wie geht’s, wie steht’s?) Daraus wird ersichtlich, dass das Stehen und Gehen sowie die Körperaufrichtung wichtige Parameter für den Ausdruck des leiblichen Befindens und für Wohlergehen oder Missempfinden sind. In Gegensatzerfahrungen wie spontanem Rückwärtsgehen – wobei hier bewusst der Richtungscharakter einer Vorwärtsbewegung, wie er in unserem Kulturkreis als Erfolg- und Gewinn bringend proklamiert wird, ausgeschaltet wird – oder Gehen im Zeitlupentempo werden psychosoziale und kulturspezifische Normvorstellungen oder Zwänge aufgedeckt und können bearbeitet werden. Der Einsatz von weiteren kreativen Medien wie zeichnerisches Festhalten, eine Beschreibung oder ein stimmlicher Ausdruck von körperlich Erfahrenem unterstützen den Prozess. Manchmal ist eine Körperberührung im Sinne einer Wahrnehmungsförderung oder einer Stütze heilsam. Und immer wieder muss dem Patienten/der Patientin deutlich gemacht werden, dass diese Verhaltens- und Bewegungsmuster, welche zum momentanen Zeitpunkt dysfunktional sind und Schmerzen verursachen, zu einem vergangenen Zeitpunkt zum Schutz der eigenen Person als Reaktion auf Bedrohung oder Not gedient haben und wir ihnen nun dankbar gegenüber stehen. Mit diesem Respekt gegenüber den Schutzfunktionen wird das einstmals „verminte Feld“ zurückgelassen und neues Terrain beschritten. Auf der Suche nach vorhandenen Ressourcen wird oft deutlich, dass viele Eigenheiten der PatientInnen auf dem neuen Terrain ganz gut verwendet werden können. Es kommt auch Freude auf, wenn die PatientInnen

entdecken, wie kreativ das Arbeiten an sich selbst – als ein „sich-selbst-zum-Projekt-machen“ (vgl. oben) – gestaltet werden kann.

Die Bewegungsarbeit findet sowohl in der Bewegungstherapie als auch in der Sporttherapie als eine oszillierende Bewegung zwischen materieller und transmaterieller Wirklichkeit statt. Es liegt im Ermessen und in der Verantwortung der Therapeutin, wie diese Wirklichkeiten miteinander zu verbinden sind und in welchem Moment der Fokus darauf gerichtet wird.

Als Gruppenangebote dienen sporttherapeutische Angebote wie Ausdauertherapie (kardiovaskuläres, pulmonales Ausdauertraining) in Form von Nordic Walking oder Wandern (vgl. auch Waibel und Petzold 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 81-97) sowie Medizinische Trainingstherapie (MTT) und Bewegungstrainings nach Liebscher und Bracht (Bracht und Liebscher-Bracht 2015), welche auch für die organismischen Rehabilitationsziele hilfreich sind. Der Einsatz von Elementen aus dem Yoga, Tai Chi, Qi Gong oder die Budotherapie bringen positive Effekte in der Schmerztherapie, da diese Verfahren eine dynamische Regulation fördern und die transmateriellen Anteile sowie das psychische Leiden miteinbeziehen. Für den Transfer von Bewegungsformen in den Alltag bewähren sich *Bewegungsrituale*, die eine überschaubare Form der körperlichen Betätigung ermöglichen (Bsp. Kata aus der Budotherapie, Sonnengruss aus dem Yoga). „Wenn man Patienten vermittelt, dass schon ein zwei- bis dreimaliges moderates Bewegungsprogramm (schnelleres Gehen, Nordic Walking, Schwimmen etc.) für eine halbe Stunde pro Woche sehr effizient bei Depression helfen kann bzw. dass auch mannigfache andere gesundheitliche Wirkungen erzielt werden können, erlebt man häufig Erstaunen“ (Waibel und Petzold 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 84). Neben dem systematischen Konditionsaufbau und physiologischen Training legt die Integrative Bewegungstherapie Wert auf positive soziale Erfahrungen, auf ökopsychosomatisches Naturerleben (Petzold 2006p) und ein „spielerisch-improvisatorisches“ Bewegungs- oder Lauferleben (vgl. Petzold, Sieper 2012, S. 231). In den Gruppenangeboten können kollektive Willensentschlüsse – „die 2 Kilometer schaffen wir zusammen!“ – sowie kollektive volitionale

Persistenz (Petzold, Sieper 2012, S. 232) –„Wir halten jetzt da durch!“ – unterstützend wirken.

Gleichzeitig fordert Bewegungstherapie mit chronischen SchmerzpatientInnen eine starke Berücksichtigung der Dimension des persönlichen Erlebens, da das Schmerzerleben als qualvoll und Existenzbedrohung erlebt wird. Entspannungsmethoden, Achtsamkeitsübungen und Imaginationsübungen sind positive Erlebnisbereiche und können durch regelmässiges Üben neue Wege im Umgang mit chronischen Schmerzen eröffnen und gleichzeitig die Schmerzmodulation in Richtung Reduzierung von Schmerzerleben beeinflussen (vgl. Ludwig 2013, S. 58). Eine umfassende Darstellung des Integrativen Therapieansatzes zur Euthymen Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition findet sich in Petzold, Moser und Orth (2012). „Therapie und Gesundheitsförderung müssen den Menschen seiner „Natur“- gemäß ganzheitlich und differentiell ansprechen mit all seinen Sinnen, denn er ist ein multiperzeptives Wesen, und sie müssen all seinen Ausdrucksmöglichkeiten Raum geben, denn er ist ein multiexpressives Wesen, das auf Eindruck mit Ausdruck reagiert“ (ibid., S. 12).

Essentiell ist die Regelmässigkeit und physiologische Steigerung innerhalb der Bewegungsprogramme, das Verbalisieren und Transferieren von Erkenntnissen ins alltägliche Handeln. Um Neubahnung zu ermöglichen und neue Abläufe zu verankern, ist eine hohe Intensität an Übung und Konsolidierung innerhalb des Behandlungsprogrammes notwendig. Dabei sind einerseits die sport- und trainingswissenschaftlichen Grundlagen und andererseits die evidenzbasierten Ergebnisse aus Studien zur Ausdauertherapie zu beachten.

Psychoedukation

Aus der Sicht der Integrativen Therapie fügt sich zum therapeutischen Handeln ein pädagogischer Auftrag – die Gesundheitserziehung (Psychoedukation) mit dem Ziel einer „sinnvollen, gesundheitsfördernden Lebensführung“ (Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 17).

In Gruppenvorträgen (Theorie als Intervention) kann einerseits Wissen vermittelt werden und andererseits können die PatientInnen sich im geschützen Rahmen über ihre persönlichen Erfahrungen austauschen und auch gegenseitig motivieren. Die Gesundheitsberatung ist individuell und in der Gruppe zu organisieren, damit auf spezifische Komorbiditäten und persönliche Anliegen eingegangen werden kann. Ein Willenstraining über das Erarbeiten von hilfreichen Strategien sowie das Herausarbeiten von persönlichen Motiven kann anhand der Gruppentherapie zur Förderung volitionaler Kompetenzen (**GFVK**) umgesetzt werden (vgl. Kap. 8.3). Grundlage bildet die Vorgehensweise der Integrativen Willenstherapie, die bei dysfunktionalen Regulationsprozessen willenstherapeutische Massnahmen festlegt. Probleme, Ressourcen und Potenziale werden erhoben sowie Ziele in Ko-operation mit den PatientInnen erarbeitet und abgestimmt. In gleicher Weise werden Mittel (Methoden, Techniken, Medien, Strategien) ausgewählt (vgl. Petzold, Sieper 2012, S. 227 ff). „Nach solchen Vorbereitungen kann man daran gehen, Massnahmen umzusetzen, die die Prozesse „dynamischer Regulation“ in funktionaler Weise fördern – sei es mit dem Ziel einer Restitution dysregulierter Steuerung, sei es mit dem Ziel einer Optimierung und Entwicklung der regulatorischen Kompetenz und Performanz des Systems“ (ibid., S. 228).

In Bezug auf Wissensvermittlung sowie Fakten über Bewegungs- und Ausdauertherapie und deren Wirkfaktoren ist es sinnvoll, wenn die zuständige Bewegungstherapeutin, welche über die exakten physiologischen, trainingswissenschaftlichen und psychomotorischen Prozesse Bescheid weiss, die Aufklärung und Wissensvermittlung gegenüber den PatientInnen übernimmt. Eine reine Animation von Seiten der zuständigen Pflege und Betreuung zum Mitmachen verfehlt Ziel und Wirkung bei chronischen SchmerzpatientInnen und depressiven PatientInnen.

8.3 Umsetzung des Programmes

Die Regelmässigkeit und Dichte der therapeutischen Interventionen ist aus meiner Erfahrung wichtig bei einer nachhaltigen Behandlung von chronischen Schmerzen. „Die Grundsätze für ein strukturiertes Ausdauerprogramm (regelmässige Teilnahme, persönliches Entschuldigen beim Therapeuten bei

Nichtteilnahme etc.) müssen daher allen Verantwortlichen bekannt sein und eingehalten werden. Depressive Patienten haben aufgrund ihrer Symptomatik gerade in der Eingangsphase grosse Probleme mit Bewegung bzw. vermeiden körperliche Aktivität. Bis die Wirkung der Ausdauertherapie einsetzt, benötigt der Patient Fremdmotivation“ (Waibel und Petzold 2009, in Waibel und Jakob-Krieger, S. 84).

Struktur und praktische Anleitungen werden in sporttherapeutischen Behandlungsprogrammen anschaulich umgesetzt. Diese Programme sind keine psychiatrischen Behandlungskonzepte, dienen aber hier als Hilfsmittel für eine mögliche Umsetzung für den Behandlungsansatz mit chronischen SchmerzpatientInnen, welches mit Inhalten einer psychiatrischen Behandlung multimodal zusammengesetzt werden muss.

Ich möchte deshalb an dieser Stelle drei praxisorientierte Gruppenprogramme für Lebensstilveränderungen hin zu einem bewegungsaktiven Lebensstil erwähnen und ein Gruppentherapieprogramm zur Förderung volitionaler Kompetenzen:

- Rehabilitation für Diabetiker in der Schweiz (**diafit**); UMK Kompetenznachweis 12 Wochen-Kurskonzept im Rahmen des Moduls Diabetes-Erkrankungen 01.2016 (CAS Bewegungs- und Sporttherapie, Universität Bern) (vgl. Anhang 1).

- **MoVo-Lisa**: Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. „LISA“ steht für Lebensstil-Integrierte Sportliche Aktivität (Beispiel einer Intervention: UMK Kompetenznachweis (Transferbericht) im Rahmen des Moduls „Psychologie in der Sport- und Bewegungstherapie“ 05.2015 (CAS Bewegungs- und Sporttherapie, Universität Bern) (vgl. Anhang 2).

  „Dieses Programm ist von uns speziell für Patienten im Setting der stationären Rehabilitation entwickelt worden und umfasst drei Einheiten (zwei Gruppengespräche und ein kurzes Einzelgespräch mit jedem Teilnehmer), die in einem Zeitraum von etwa acht Tagen durchgeführt werden“ (Göhner und Fuchs 2007, S.6).

- Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (**GRIP**)

Das Programm umfasst eine multimodale Behandlung mit folgenden Zielen: „Erhöhung des Aktivitätsniveaus, der Abbau inadäquaten Krankheitsverhaltens, die Steigerung des Kontrollerlebens und der Abbau von Angst und Depressivität. Im körperlichen Bereich gehören hierzu i.d.R. eine Steigerung der allgemeinen Fitness, die Verbesserung der kardio-vaskulären und pulmonalen Kapazität, die Verbesserung der Koordination und Körperwahrnehmung sowie die Verbesserung der Eigenkontrolle hinsichtlich der individuellen Belastungskapazität. (…) Da Rückenschmerz und Arbeitsplatz i.d.R. eng verknüpft sind, umfasst die Behandlung auch die Berücksichtigung der beruflichen Faktoren (…)“ (Hildebrandt et al. 2003, S.5).

- Gruppentherapie zur Förderung volitionaler Kompetenzen (**GFVK**) von Forstmeier (2005, S. 73 ff):

Das Erarbeiten von Willensstrategien soll ein integraler Bestandteil des Massnahmenpaketes sein. Zum Aufbau eines gesundheitsschützenden Verhaltens ist es sinnvoll, Motivationen herauszukristallisieren und Strategien zur Volition zu erarbeiten und zu erproben. „Die Bedeutung von Willensakten beim Lernen wird oft nicht beachtet“ (Sieper und Petzold 2002, S. 9). Um negative Kognitionen, dysfunktionale Kontrollüberzeugungen und destruktive Verhaltensmuster zu verändern sowie Lebensstilveränderungen zu bewerkstelligen, muss der Wille aufgebracht werden, sich mit seiner Innenwelt und seinen eigenen Tiefen auseinanderzusetzen (vgl. Petzold, Sieper 2012, S. 255). Die angestrebte Souveränität des Menschen als Ausdruck von Freiheit, die mit Selbsterkenntnis, Selbststeuerung und dem Aufbau von positiven kognitiven Stilen einhergeht, führt über einen Weg, der mit eigenem und kollektivem Wollen (PatientIn und TherapeutIn) eingeschlagen werden muss.

„Während motivationale Interventionen auf die Herausbildung einer starken und selbstkonkordanten Zielintention fokussieren, zielen volitionale Interventionen auf eine Stärkung der Kompetenz zur Umsetzungsplanung und Intentionsabschirmung“ (Göhner und Fuchs 2007, S. 15):

Typische Beispiele für *motivationale Interventionen* sind:

- (a) Herstellen von Problembewusstsein (etwa durch Information und Aufklärung)
- (b) Induktion eines genau abgestimmten Bedrohungserlebens (…)
- (c) Abwägen der Vor- und Nachteile des alten und neuen Verhaltens (…)
- (d) Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung (Herstellen von Situationen, in denen die Person sich selbst als kompetent und wirksam erlebt)
- (e) Prüfung der Selbstkonkordanz (Klärung der Frage, inwieweit die Zielintention verfolgt wird, weil andere das wünschen oder weil man es selbst will) und
- (f) Reflexion der Konsequenzerfahrungen (Welche Erfahrungen habe ich mit dem neuen Verhalten bereits gesammelt? Haben sich meine Erwartungen erfüllt?)

Zu den *volitionalen Interventionen* lassen sich die folgenden Massnahmen zählen:

- (a) Selbstbeobachtungstraining (…)
- (b) Bewusstes Einsetzen von Implementierungsintentionen, etwa in Form kleiner Was-Wann-Wo-Wie-Pläne
- (c) Antizipation der kritischen inneren und äusseren Hindernisse, die das Zielverhalten gefährden könnten. (…)
- (d) Entwicklung geeigneter Gegenstrategien, um mit diesen Hindernissen so umgehen zu können, dass sie nicht zum Verhaltensabbruch führen (ibid.)

Diese Interventionen werden auf dem Hintergrund der Integrativen Willenstherapie in die Praxis umgesetzt. „Der Verstehensrahmen, der dem Patienten geboten wird, sein Einbeziehen in den Prozess der Therapieplanung, der Zielfestlegung und der Zielüberprüfung stärkt die Selbstwirksamkeit. Der Wille, sich zu belohnen, Leistung und Zielverwirklichung anzuerkennen, die „erfahrene Wertschätzung des Therapeuten“ (fremdattributiv erlebt) auch nutzen zu können, um „Wertschätzung sich selbst gegenüber“ (selbstattributiv) zu entwickeln, wird thematisiert und systematisch aufgebaut. Selbstliebe muss man wollen, oftmals gegen internalisierte Muster der „Selbstentwertung“, die gehemmt werden müssen (Grawe 2008), dadurch dass man sie unterbricht, durch Distraktoraktivitäten von ihnen ablenkt und sie durch andere positive, „selbstreferentielle Kognitionen, Emotionen und Aktionen“ (Petzold 2003a) in situ ersetzt“ (Petzold, Sieper 2012, S. 238).

9. Auswertung

Die Behandlung von chronischen SchmerzpatientInnen respektive die Kooperation mit ihnen verlangt aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes einen multimodalen Ansatz, ja ein „Bündel von Massnahmen“ und somit eine feldübergreifende enge Zusammenarbeit im Behandlungsteam. „Die Diskussionen zwischen angrenzenden Feldern müssen in der Tat geführt werden, damit diese Felder selbst, damit die Disziplinen, *scientific communities* und *communities of practitioners* als solche lernen. Und diese Prozesse beginnen erst - feldübergreifende, disziplinverbindende Professionen, konnektivierende Polyloge stehen in den Anfängen. Neues Wissen ist erforderlich, das ist klar, da es sich als notwendig erweist, - nicht nur in Form unspezifischer Beieffekte – ***gezielt (korrektives) Lernen auf der Ebene neurophysiologischer Lernprozesse zu fördern*** (Sieper und Petzold 2002, S. 33).

Damit diese Lernprozesse nachhaltig sind, braucht es eine gewisse Dichte, Dauer und Intensität der Therapieangebote. Eine acht bis zwölf Wochen dauernde stationäre Behandlung ermöglicht den PatientInnen, einen destruktiven Lebensstil geprägt von dysfunktionalen Bewegungsgewohnheiten und Verhaltensweisen zu verändern und hin zu einem gesundheitsfördernden und –schützenden Verhaltens zu konsolidieren. In Anlehnung an verschiedene Sporttherapeutische Programme und Volitionsstrategien werden sportwissenschaftliche Erkenntnisse in einen neuropsychologischen und Integrativen Therapieansatz in der Behandlung von chronischen SchmerzpatientInnen verwirklicht. In Bezug auf Zielsetzungen und Zielerreichung sowie in Bezug auf die Förderung motivationaler und volitionaler Kompetenzen und Strategien besteht aus meiner Sicht Handlungsbedarf im Psychiatrischen Setting.

Die gesamte Klinik – regionale und örtliche Gegebenheiten, Gebäude, Mitarbeitende, Infrastruktur sowie Mitpatienten bilden einen Mikrokosmos, einen – dafür ist zu sorgen! - fördernden Kontext, um positive Veränderungen und persönliche Lernprozesse in Gang zu bringen. Diese Sichtweise setzt einerseits einen hohen Anspruch an Kooperation und Ko-respondenz zwischen den Fachgruppen und Mitarbeitenden der Klinik voraus und

andererseits sind Bindungskompetenzen und –performanz der Behandelnden und Betreuenden in einer Klinik Kernthema.

Da die Bindung und Einbindung in den Kontext für PatientInnen von höchster Relevanz ist und auch in der Integrativen Therapie als „Ko-respondenz“ ein Grundstein einer gelingenden Patient-Therapeut-Bindung darstellt, ist die innerklinische Zusammenarbeit im Sinne der Integrativen Ko-respondenz essentiell. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sind Konzepte zur Zusammenarbeit im weitesten Sinne zu erarbeiten und in der Praxis zu verankern. Bisher habe ich an meinen verschiedenen Arbeitsstellen wenig professionelle Konzeptarbeit in diese Richtung erlebt. Die „gute Atmosphäre“ ist zwar immer ein Thema, wird aber abhängig gemacht von wenigen „Integrationsfiguren“ – von Mitarbeitenden, die mit grossem Einsatz versucht haben, „das Ganze zusammenzuhalten“ – als „die gute Seele“.

Aus meinen Recherchen und Erfahrungen geht für mich hervor, dass die erfolgreiche Behandlung von chronischen SchmerzpatientInnen eine langdauernde, intensive und kostspielige Arbeit ist. Eine aktive politische Gestaltung von „guten Lebensräumen“, kooperativen Arbeitsplätzen und einladenden Begegnungsräumen und Begegnungsmöglichkeiten könnten vielleicht als präventive Möglichkeit ausgelotet werden, um Menschen diese leidvollen Erfahrungen mit chronischen Schmerzen und den daraus resultierenden Komorbiditäten zu ersparen.

Zusammenfassung: Behandlungsansatz für die Integrative Bewegungs-therapie und Sporttherapie mit chronischen SchmerzpatientInnen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer Psychiatrischen Klinik.

Vorliegende Graduierungsarbeit beschreibt die Integrative Bewegungs- und Sporttherapie mit chronischen SchmerzpatientInnen als Teil der psychosozialen Behandlung innerhalb des psychiatrischen Settings. Die Graduierungsarbeit beinhaltet eine ausführliche Darlegung der Integrativen Konzepte zur Leiblichkeit, zur Integrativen Lerntheorie sowie zu theoretischen und praxeologischen Konzepten der Integrativen Schmerztherapie. Feldübergreifende Erkenntnisse aus den Sportwissenschaften, der Motivations- und Volitionsforschung und der Neuropsychologie ergänzen den Integrativen Behandlungsansatz.

Schlüsselwörter: Integrative Bewegungs- und Sporttherapie bei chronischen Schmerzen, Motivation und Volition, Neuropsychotherapie, psychosoziale Faktoren bei Schmerzchronifizierung

Summary: Integrative Movement Therapy and Sports Therapy as part of an inpatient psychiatrical treatment for patients suffering from chronic pain

The diploma theses describes Integrative Movement and Sports Therapy for patients suffering from chronic pain while taking part in a psychiatric inpatient treatment. Integrative Movement Therapy is part of a bundle of psycho-social interventions. The diploma theses focusses on concepts on Integrative learning theory, on crucial Integrative theoretical and practical concepts, on Integrative Movement Therapy for pain disorders and the basic concepts for body and soul. Research results from the fields of sports science, motivation and volition as well as from neuroscience complement the Integrative approach.

Keywords: Integrative Movement and Sports Therapy for chronic pain disorders, motivation and volition, neuroscience, psychosocial factors in chronic pain disorder

Literaturverzeichnis

Aposhyan, S. (1998): Natural Intelligence: The Application of Body-Mind Centering to Psychotherapy. Boulder, Colorado: Susan Aposhyan.

Bauder, M., Waibel, M.J. (2009): Somatoforme Schmerzstörungen. In *Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C.* (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcen-orientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. 187-201.

Bracht, P., Liebscher-Bracht, R. (2015): Der SchmerzCode. Mellrichstadt: Druckerei Mack.

Braunbarth, I. (2009): Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bei Depression. In *Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C.* (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcen-orientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. 65-80.

Brunner, A. (2015). Werkzeuge in der Diabetes-Therapie: Nicht-insulin Antidiabetica. Nachdiplomlehrgang DIAfit-Therapeuten, Universität Bern.

Carbone, M., Jung, J. (Hrsg.) (2012): Friedrich Nietzsche, Die Kunst der Gesundheit. Freiburg im Breisgau: Verlag Karl Alber.

Damasio, A.R. (2004): Descartes‘ Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. Berlin: List Verlag (Ullstein Buchverlage).

Diemer, F., Sutor, V. (2011): Praxis der medizinischen Trainingstherapie I. Stuttgart: Thieme Verlag.

Ehlert, U. (2012): „Was es wirklich ausmacht..“ – Resilienz aus wissenschaftlicher Sicht. In *Militärakademie an der ETH Zürich*: Psychische Widerstandskraft – Wesentliche Faktoren und Konsequenzen für die militärische Ausbildung und Führung. *MILAK Schrift Nr. 14*. Birmensdorf: Schriftenreihe der Militärakademie an der ETH Zürich.

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (Hrsg.) (2010): BehandlungsJournale: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit: Sabine Römer: Behandlung eines

depressiven Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten in der Integrativen Therapie.

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (Hrsg.) (2012): BehandlungsJournale: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit: Klara Kreidner-Salahshour: Langzeittherapeutische Psychosebehandlung – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung.

Flammer, A. (2005): Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. Bern: Verlag Hans Huber.

Forstmeier, S. (2005): Willenstraining. Förderung volitionaler Kompetenzen in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation. Berlin: WiKu-Verlag.

Fuchs, R. (2007): Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung.

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. *Rehabilitation 51*, 259-268

Gellert et al. (2012): Affective and health-related outcome expectaties for physical activity in older adults. *Psychology & Health, 27 (2)*, 816-828.

Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Göhner, W., Fuchs, R. (2007): Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hildebrandt, J. et al. (2003): Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP). Das Manual. Berlin: congress compact verlag.

Horn, F. et al. (2012): Biochemie des Menschen. Das Lehrbuch für das Medizinstudium. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kuhr, I., Berger-Jopp, A. (1996): Integrative Bewegungstherapie. In *Petzold, H., Sieper, J.* (Hrsg.): Integration und Kreation, Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung. Bd. 1. 505-514.

Leitner, A., Ludwig, H. (2016): Leib versus Körper in körper- und

bewegungsorientierten Therapiemethoden - Erkenntnisse der Integrativen Therapie über den "informierten Leib". In: Körper - Tanz - Bewegung, 4. Jg. 2016: S. 29-38. reinhardt-verlag.de.

Ludwig, H. (2009): Chronische Schmerzen. In *Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C.* (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcen-orientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer. 167-186.

Meier Köhler, U. (2015): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit einem chronischen Schmerzpatienten während einer ambulanten Neurorehabilitation. http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/meier-koehler-u-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-mit-einem-chronischen-05-2015.html

Orth, I., Petzold, H.G. (1996): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In *Petzold, H., Sieper, J.* (Hrsg.): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann Verlag. Bd. 1. 93-116.

Orth-Petzold, S. (2016): Einige Aspekte zum Einfluss der Ernährung auf die Psyche des Menschen. Polyloge 06/2016. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/orth-petzold-aspekte-zum-einfluss-der-ernaehrung-auf-die-psyche-des_menschen-gruene-texte-06-2016.pdf

Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Petzold, H. G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken – Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgabeni.html.

Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. In: *Petzold, Orth, Sieper,* 2014b und bei: http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php

Petzold, H. G. (2014h): Depression ist grau! – die Behandlung grün: Die “neuen

Naturtherapien". Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. Green Care 4/2014 Textarchiv 2014. http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php

Petzold, H. G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung" und die „14 Wirkfaktoren" als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung - Komplexe Humantherapie III Textarchiv Jg. 12/2012. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012h-integrative-therapietransversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf

Petzold, H. G. (2012b): „Natürliche Resilienz" – Wieder aufstehen nachSchicksalsschlägen. In: Bonanno, G., Die andere Seite der Trauer. Bielefeld: Edition Sirius; Aistheis. S. 219-272. Bei: http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-hilarion-g-2012b-natuerliche-resilienz-und-bonannos-trauerforschung.html

Petzold, H.G. (2006p): Oekosophie, Oekophilie, Oekopsychosomatik. Materialien zu ökologischen Stress- und Heilungspotentialen – die Sicht der Integrativen Therapie. Bei: http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/sonstiges/petzold-2006p-oekosophie-oekophilie-oekopsychosomatik-stress-heilungspotential-gruene-texte-04-2015.pdf

Petzold, H.G. (2003): Integrative Therapie, Band 1-3. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib" – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002 http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html und in *Petzold* (2003a): Integrative Therapie Bd. III, 1051-1092.

Petzold, H.G. (1997p/2007a): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. Integrative Therapie 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold, H. G.* (1998a/2007a): Integrative Supervision. Wiesbaden: VS Verlag, S. 353-394.

http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system.html

Petzold, H.G. (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris, mimeogr. ; teilweise dt. bei : Petzold 1974l.

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: *Petzold* (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen, S.142-188; http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html

Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung" und "Lebensstilveränderung" in: Psychologische Medizin, Heft 3, 18-36 und 4, 42-59 und in: Textarchiv 2012. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf

Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Psychotherapie Forum 4, 185-196. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-mueller-2004c-integrative-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie-protektive-faktoren.pdf

Petzold, H. G., Orth, I. (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität" - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014. http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-

petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenlicher-souveraenitaet.html

Petzold, H.G., Orth, I. (2008): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalisierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. in: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 593-653. - http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-orth-i-2008a-der-schiefe-turm-faellt-nicht--weil-ich-das-w-i-l-l.html

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Orth, I. (2013): Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie – Naturtherapeutische Gedanken, „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. Polyloge 20/2013. http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/20-2013-petzold-h-orth-petzold-s-orth-i-2013a-freude-am-lebendigen-umgang-mit-natur.html

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): “Leiblichkeit“ als “Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: *Petzold, H.G.* (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, **243-321**. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf

Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Zwischen Freiheit und Determination. Band I. Bielefeld und Locarno. Edition Sirius. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_sieper_2008_integrative_willenstherapie_teil2.pdf

Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (1996): Integration und Kreation, Bd. 1. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Petzold, H.G., Schuch, W.(1991): Der Krankheitsbegriff im Entwurf der

Integrativen Therapie. In: *Pritz, A., Petzold, H.G.* (1991): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Paderborn: Junfermann, 371-486. Und Polyloge 2/2016.

Richter, J. (2013): Schmerzen verlernen. Berlin Heidelberg: Springer- Verlag.

Rytz, T. (2010): Bei sich und in Kontakt. Anregungen zur Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung. Bern: Hans Huber Verlag.

Schünke, M. et all. (2005): Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Stuttgart: Thieme Verlagsgruppe.

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html. Gekürzt in *Leitner, A.* (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Spitzer, M. (2000): Geist im Netz: Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

Sprenger, T. et al. (2009): Physiologische und pathophysiologische Grundlagen von Schmerz. In Wippert, P.-M., Beckmann, J. (Hrsg.): Stress- und Schmerzursachen verstehen. Gesundheitspsychologie und – soziologie in Prävention und Rehabilitation. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 167-174.

Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C. (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcen- orientierte Praxis.

Stuttgart: Schattauer.

Waibel, M.J., Petzold, H.G. (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In *Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C.* (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcen-orientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer, 81-97.

World Health Organisation (WHO) (2005): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI der WHO.

Wippert, P.-M., Beckmann, J. (Hrsg.) (2009): Stress- und Schmerzursachen verstehen. Gesundheitspsychologie und – soziologie in Prävention und Rehabilitation. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.) (1982): Duden. Fremdwörterbuch. Mannheim: Bibliographisches Institut.

http://www.dgss.org/startseite : Deutscher Schmerzfragebogen

http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f40-f48.htm: ICD-10

http://www.icd-code.de: ICD-10

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/05.html : Bundesamt für Statistik, Schweizerische Eidgenossenschaft

http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/was-ist-schmerz/

http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/akute-und-chronische-schmerzen/ (Autoren: **Roman Rolke und Hans-Günter Nobis)**

http://www.neuro.med.tu-muenchen.de/dfns/patienten/Def_chronSchmerz.html
Definition chronische Schmerzen

http://flexikon.doccheck.com/de/Schmerz#Chronischer_Schmerz :
Definition chronische Schmerzen

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf : ICF, Fassung 2005

http://www.who.int/classifications/icf/en/: ICF, WHO Klassifikation

http://www.schmerzzentrum.ch/_pdf/pressetexte/2006-06-02_gesundheit-sprechstunde_studie.pdf

http://www.preventivecardio.insel.ch/de/aus-weiter-und-fortbildung/uni-bern-module/diabetes-erkrankungen/

TV-Sendung: Puls srf.ch vom 09.03.2015

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Biopsychosozialer Kontext: Mehrebenenmodell (1970) in Petzold 2003, S. 481 8

Abbildung 2 MoVo-Prozessmodell (Fuchs 2006, in Göhner und Fuchs 2007, S. 10). 15

Abbildung 3 Integratives Ressourcenmodell (in Waibel und Jakob-Krieger 2009, S. 58, nach Petzold 2003, S. 73) 25

Abbildung 4 Hermeneutische Spirale, Petzold 2003, S.68 29

Anhang 1

12 Wochen Kurskonzept Diabetesrehabilitations-Programm

Ursula Meier Köhler, Januar 2016

Voraussetzungen:

- Zielgruppe: ambulante Diabetesgruppe (12 Teilnehmer) mit 10 DM2 und 2 DM1.
- Alter: 2 Personen 40 Jahre und der Rest 50 plus.
- Gymnastikraum mit div. Material, (Lehrschwimmbecken (Hubboden) mit Material) und Aussengelände (mit Finnenbahn) vorhanden.

Umsetzung UMK:

- Drei feste Gruppenangebote pro Woche: „Bewegung & Koordination“ (BeKo), MTT, Ausdauertraining (Nordic Walking oder Ausdauergeräte im MTT); Dauer der Lektionen: 50 Minuten.
- Die Inhalte der verschiedenen Gruppenangebote werden mit Absicht wiederholt, damit „Üben“ erlernt werden kann und Sicherheit beim eigenen Tun gefördert wird.
- 6 Vorträge zur Wissensvermittlung und praktischen Umsetzung (Skript zu den Vorträgen wird an die TeilnehmerInnen abgegeben).
- Zwei individuelle Beratungen: zu Beginn des Kurses (persönliche Zielsetzungen, Vorlieben und ev. Erschwernisse), gegen Ende des Kurses (Zielüberprüfung und Transfer in den eigenen Alltag).
- Blutzuckermessung **vor und nach** jeder sportlichen Tätigkeit und Blutzuckerwerte abfragen!
- Immer wieder Raum geben für Selbstwahrnehmung beim sportlichen Tun, für das Formulieren der Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung sowie von persönlichen Erkenntnissen (Borg-Skala alleine greift diesbezüglich zu kurz).

	Inhalte / Schwerpunkte	**Ziele**
Wo.1	**BeKo** Kennenlernspiele (Namen lernen); einfache Schrittfolge erlernen (Jiffy Mixer), dann zu Musik (Tempi variieren, dann zu irischer Volksmusik) – zuerst im Schwarm, dann zu zweit, dann im Kreis mit Partnerwechsel. **Krafttraining** Einführung in die MTT (Trainingsgrundsätze für Kraftausdauer erklären); Geräte nach Anleitung ausprobieren; Trainingsblatt ausfüllen lernen; 1-2 individuelle Übungen erlernen.	Integration in neue Gruppe; Namen lernen. Ins Bewegen kommen zur Musik. Koordination und kardiovask. Training. Positiver Kontakt mit Fitnessgeräten. Selbstkontrolle durch Trainingsblatt.

	Ausdauertraining Ausdauergeräte in der MTT erklären (Sitzvelo, Motomed, Stepper, Laufband) und ausprobieren (festhalten auf Trainingsblatt). ➢ Erinnerung für **nächste** Stunde: Outdoor-Bekleidung für Nordic Walking mitbringen! **Vortrag 1 (zusammen mit Arzt)** 12 Wochen Kursprogramm vorstellen. Vorstellen der TrainingsleiterInnen und der TeilnehmerInnen. Durchführungsorte bekanntgeben. Notwendigkeit der Blutzuckermessungen vor und nach dem Sport, physiologische Zusammenhänge zwischen Insulin/Sport/ Medikamenten erklären. Folgeerkrankungen erklären. Notfälle selber erkennen und Einführung des Notfallkoffers. (Individuelle Beratungstermine vereinbaren.)	Auswahl des passenden Trainingsgerätes. Gerät selber einstellen können. Verständnis für Sport. Persönliche Blutzuckerwerte und Anpassung der Medikamente beim Sport kennen. Sekundärprophylaxe. Notfallkonzept kennen.
Wo. 2	**BeKo** Kennenlernspiele (Namen wh., etw. Persönliches); Rep. Schrittfolgen und Jiffy Mixer; Arm- und Handbewegungen zu den Schrittfolgen (inkl. Schnippen, Klatschen etc.); auf 8 Schläge der Musik zu zweit ein Muster machen und vorzeigen, dann in Abfolge integrieren. Einführung der Borg-Skala. **Krafttraining** 4-5 Stationen in MTT in 2 Serien und mit 12-15 Wh und einer individuellen Übung am Boden auf Matte. **Ausdauertraining** Nordic Walking Einführung (Stockführung, Armhaltung, Handling des Stocks); zusammen Areal kennen lernen; ev. 2er Américaine; Aufmerksam machen auf Natur – alle Sinne ansprechen.	Festigen von Gelerntem. Verstärkung der kardiovask. Belastung durch schwierigere Koord. Kreativität und Selbstwirksamkeit fördern. Selbsteinschätzung via Borg-Skala. Kraftausdauer an den Geräten und am Boden. Selbständiges Handling können. Ausdauertraining als Intervalltraining. Naturerlebnis.

	Erste individuelle Beratung Persönliche Zielsetzungen; Vorlieben, Schwierigkeiten, Wünsche.	Individuelle Motivation und Strategien der Volition erfassen.
Wo. 3	**BeKo** Einführung Trainingsprogramm nach Liebscher&Bracht (LNB; BeweglichkeitsKräftigung BasisForm Übungen) – Übungen 0-3. **Krafttraining** 5-6 Stationen (2 Serien, 12-15 Wh.); Bodenübungen. **Ausdauertraining** Nordic Walking (Sternlauf: 6 Posten anlaufen – 1 Buchstabe auf Karte holen und Wort zusammensetzen); Gymnastik mit Stöcken. **Vortrag 2** Strukturierung des eigenen Alltags: ➢ Ist-Zustand erfassen (Tagesablauf, Mahlzeiten, Gewohnheiten) ➢ Versuchsziel skizzieren: Bewegung einbauen (Bsp. Gehen statt Fahren zum…; Schrittzähler kennen lernen; Gymnastikprogramme als Apps oder am Fernseher; Trainingspartner finden) ➢ Eine Möglichkeit für einen Tages/Wochenplan schriftlich festhalten.	Beweglichkeit, Fitness, Haltungsschulung, Körperwahrnehmung verbessern. Wh. Ausdauer mit Wettkampfcharakter. Gymnastik im Freien. Selbstreflexion. Selbstwirksam werden durch das Erlernen von Planungsstrategien und praktische Ideen zur Umsetzung in den Alltag erarbeiten. Strukturierung von Kurzzeitzielen.
Wo. 4	**BeKo** Wh LNB und Fortsetzung der BasisForm Übungen (4-6). Einführung der Solo-EngpassDehnungen (Prinzip der Antagonistischen Gegenanspannung – aktive Dehnung – isometrische Anspannung des Agonisten – passive, dann aktive Verstärkung der Dehnung; vgl. Ausbildung Lehrer-C LNB Motion 2015). **Krafttraining** 5-6 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.); Bodenübungen. **Ausdauertraining** Nordic Walking: spielerische Formen nach Marco Leist (Modul diafit) in der Gruppe und zu zweit einführen. Trittsicherheit auf verschiedenen Geländeformen üben.	Ibid. oben. Neurophysiologische Prinzipien des Dehnens erlernen. Durchhaltevermögen steigern. Ibid.. Spass am Gehen im Freien fördern. Sicherheit auf unebenem Gelände verbessern.

Wo. 5	**BeKo** Neue Bewegungsfolgen im Raum – am Boden, in die Höhe, in alle Richtungen (Zentrierung und Experimentieren mit Dezentrierung und Fallen). Ökonomisches vom Boden oder Sitzen Hochkommen üben. Kraftausdauerbodenübungen. **Krafttraining** 5-6 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.) (mit Hilfe von Wackelkissen die Übungen erschweren); Bodenübungen. **Ausdauertraining** Nordic Walking: spielerische Formen nach Marco Leist in der Gruppe und zu zweit einführen. Neue Gegend in der Gruppe erkunden. Mit Uhr festhalten, wie lange am Stück gegangen werden kann. **Vortrag 3** Thema Motivation und Volition (vgl. Modul Psychologie, CAS Bewegungs- u. Sporttherapie Uni Bern); Synergy-Map zur Visualisierung von Zielen (vgl. WB Martin Eppler, Informationsmanagement und Kommunikation) (Strukturierung von Langzeitzielen, Priorisierung von Zielen, wichtige aber unbeliebte Ziele mit angenehmen Dingen verbinden etc.).	Furcht vor Gleichgewichtsverlust und Stürzen mindern durch Sturztraining und bodennahes Bewegen. Übungen für Zuhause ohne Trainingsgeräte. Ibid.. Verankern einer Lebensstilveränderung in Form von Bewegung im Freien. Visualisierungshilfen zur Verbesserung des Selbstmanagements.
Wo. 6	**BeKo** Bewegungsfolgen im Raum wh und erweitern. Ökonomisches Bewegen bei Alltagsbewegungen erarbeiten und üben. Wh Jiffy Mixer und neue koordinative Schritt- und Bewegungsfolgen. **Krafttraining** 6-8 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.) (mit Hilfe von Wackelkissen die Übungen erschweren); Bodenübungen. **Ausdauertraining** Nutzung der Ausdauergeräte im MTT Raum und Schulung in Bezug auf Pulsmessung, Belastungssteigerung, Blutdruckveränderung bei	Förderung des Bewegungsbewusstseins auch bei alltäglichen Verhaltensmustern. Gedächtnistraining. Muskuläre Koordination verbessern. Belastungssteigerung. Angst vor Messgeräten mindern. Selbstwirksamkeit fördern.

	verschiedenen Belastungen.	
Wo. 7	**BeKo** Wh LNB (0-6) und Fortsetzung der BasisForm Übungen (7-9). Fortsetzung der Solo-EngpassDehnungen. **Krafttraining** 6-8 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.); Bodenübungen variieren. **Ausdauertraining** Nutzung der Ausdauergeräte im MTT Raum. Vergleich der gemessenen Werte von letzter Woche. **Vortrag 4** Ernährungsgewohnheiten und Diabetes. Wissenschaftlicher Input und Erfahrungsaustausch im Plenum. Erarbeiten eines praktischen Bsp. zum Ausprobieren. ➢ Nachfragen, ob spezielle Interessen im Rahmen der Vortragsreihe bestehen.	Ibid.. Variationen im Kleinen. Trainingsentwicklung und –fortschritt erkennen und festhalten. Theorie-Praxis-Verschränkung in Bezug auf die Ernährung bei Diabetes.
Wo. 8	**BeKo** Wh LNB (0-6) und Fortsetzung der BasisForm Übungen (10-12). Fortsetzung der Solo-EngpassDehnungen. Kopie der Übungsabfolge BasisForm an die TeilnehmerInnen abgeben. **Krafttraining** 6-8 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.) (andere Reihenfolge der Kraftübungen!); Sprungübungen; Geschwindigkeit verändern. **Ausdauertraining** Nutzung der Ausdauergeräte im MTT Raum. Vergleich der gemessenen Werte von letzter Woche.	Ibid.. Situativ-variable Verfügbarkeit von Erlerntem üben. Ibid..
Wo. 9	**BeKo** Gymnastik mit Theraband zu Musik (Bandstärke individuell; Wiederholungen 12-15) (je nach Übung das Band an der	Kraftausdauer mit Hilfsgerät.

	Sprossenwand festmachen). **Krafttraining** 6-8 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.). Fragebogen ausfüllen mit folgender Fragestellung: In welchen Alltagsbewegungen oder –handlungen spüre ich, dass ich mehr Kraft/Ausdauer habe? **Ausdauertraining** Nutzung der Ausdauergeräte im MTT Raum. Vergleich der gemessenen Werte von letzter Woche. ➢ Vorbesprechung der Halbtages-Wanderung für kommende Woche – Gepäckliste, Topographie, SBB Reservation **Vortrag 5** Zusammenhang zwischen Vegetativem Nervensystem und endokrinologischer Aktivität – konkrete Beispiele. Einführung in verschiedene Entspannungstechniken (Autogenes Training als Bsp. für Autosuggestion, Progressive Muskelrelaxation, Tai Chi, Budo, Atemtherapie) – Theorie und ein Praxisbeispiel zum Erleben. Liste von Anbietern im Umkreis.	Ibid.. Erkennen, was das Training bewirkt – Motivationsförderung durch positiv veränderte Konsequenzerwartungen. Ibid.. Theorie-Praxis-Verschränkung. Entspannungstechniken kennenlernen.
Wo. 10	**BeKo** Gymnastik mit Theraband (Übungen alleine und zu zweit). Kopie einer kurzen Übungsabfolge an die TeilnehmerInnen abgeben. ➢ Ankündigung der Fussgymnastik kommende Woche! **Krafttraining und Ausdauertraining/Ausflug** Je nach Witterung: Wanderung von 2-3 Stunden (Aufstieg zu Fuss und Abstieg per Bahn). ➢ Ankündigung des Nordic Walking für kommende Woche!	Ibid.. Kraftdosierung bei Partnerübungen. Gruppenerlebnis zur Teamentwicklung. Idee für Alltag. Angst vor Ausflügen minimieren.
Wo. 11	**BeKo** Fussgymnastik ohne Schuhe und Socken; mit Zeitungsblatt Koordination fördern (Blatt mit Füssen zusammenlegen, auseinander zupfen, auf kleinstmöglichem Fetzen stehen etc.); zu zweit ein Zeitungsblatt: je 1 Fuss auf gleichem Blatt – anderer Fuss auf Boden und zusammen vw gehen – dann Partnerwechsel. „Tanz der Füsse“ zu Musik.	Förderung von Sensorik, Greiffkt., Gleichgewicht Beweglichkeit. (Prophylaxe Neuropathie) Kooperationsförderung. Rhythmus finden.

	Krafttraining 6-8 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.). Training individuell anpassen – Maximalkraft oder Sprungkrafttraining. Fragebogen im Plenum besprechen. **Ausdauertraining** Nordic Walking: spielerische Formen nach Marco Leist. „Bekannte Runde“ in passenden Zweier- oder Dreiergruppen machen. **Vortrag 6** Bedeutung des Gruppenerlebnisses zum Thema machen (Ausflug, Kleingruppen im Training, „Schicksalsgemeinschaft“ im diafit – in Zweiergruppen, dann im Plenum. Fortsetzung der Trainings besprechen. ➢ Vereinbaren von zweitem Beratungsgespräch.	Kraftausdauer. Erkenntnisse mitteilen und in der Gemeinschaft seinen Platz finden. Selbstsicherheit durch Wiederholung. Teamerfahrung. Gruppendynamik erkennen, um Fortsetzung des „bewegten Alltags“ nach dem diafit Programm sicher zu stellen.
Wo. 12	**BeKo** Einfache bis schwierige koordinative Schritt- und Bewegungsmuster sowie Überkreuzbewegungen (vgl. Kinesiologie) ohne und mit Musik (Tempi variieren). Mit Seil als Hilfsmittel: Bewegungsfolgen mit Springen über Seil etc. Wh. „Tanz der Füsse“ Eigenes Koordinationsmuster erfinden – „Bewegung, die mir liegt..“ **Krafttraining** 6-8 Stationen (2-3 Serien, 12-15 Wh.) oder individuelles Training. Trainingsblätter mitnehmen, falls im Anschluss an einem anderen Ort trainiert wird. **Ausdauertraining** Nordic Walking: spielerische Formen nach Marco Leist. Selbständige Zeitmessung. Zeitspanne des Gehens am Stück mit Woche 5 vergleichen. **Zweite individuelle Beratung** ♦ Zielüberprüfung und Transfer in den eigenen Alltag ♦ Besprechung der körperlichen Entwicklung durch das 12 Wochen Programm, des eigenen Wohlbefindens, des Handling der Krankheit	Kardiovaskul. Training. Intensivierung mit Zusatzaufgaben. Gedächtnisförderung. Kreativität fördern. Sicherheit im Krafttraining. Dokumente für Fortsetzung bei Wechsel. Ibid.. Entwicklung erfassen. Zielüberprüfung. Abgleich zwischen damaligem und jetzigem

	♦ Auswirkungen auf den Alltag zuhause/in der Familie – was ist jetzt anders? ♦ Auswirkungen auf das weitere soziale Umfeld, Beruf, Freizeitverhalten ♦ Feedback zum 12 Wochen Programm via Fragebogen – was war gut, was muss verbessert werden?	Ist-Zustand. Persönliche Motivation und Umsetzung zur Fortsetzung des Trainings formulieren können. Überprüfung des Programmes und der Leitung des Programmes.
CAS Bewegungs- und Sporttherapie bei Herz-, Gefäss- und Diabetes-Erkrankungen der Medizinischen Fakultät der Universität Bern		

Anhang 2

Kompetenznachweis Modul „Psychologie in der Sport- und Bewegungstherapie“,

Transferbericht, innerhalb des CAS Bewegungs- und Sporttherapie bei Herz-, Gefäss- und Diabetes-Erkrankungen“ der Medizinischen Fakultät der Universität Bern

Ursula Meier Köhler, Juni 2015

1. Einleitung

Im folgenden Transferbericht wird die Integrative Bewegungstherapie mit einer jungen Frau punktuell beschrieben mit dem Fokus auf die motivationalen und volitionalen Aspekte. Die theoretischen Grundlagen stammen aus der Lehrveranstaltung der Universität Bern (Modul „Psychologie in der Bewegungs- und Sporttherapie“ vom 1. und 2. Mai 2015) sowie aus den Texten, die im Literaturverzeichnis angegeben sind.

1.1 Institution der Durchführung

Die Einzelsitzungen von jeweils 60 Minuten fanden in der Gruppenpraxis „Raum für Zeit“ in Wil SG statt. Diese Praxis ist spezialisiert auf Bewegungstrainings sowie auf physikalische und energetische Behandlungen im Bereich Wellness und Fitness. Seit Mai 2015 ergänze ich das Team mit der Integrativen Bewegungstherapie, Sporttherapie und Beratung. „Integrative Bewegungstherapie (IBT) ist eine ganzheitliche Methode der Krankenbehandlung und Persönlichkeitsentwicklung, in der psychotherapeutische, leibtherapeutische und bewegungsagogische Massnahmen auf dem Hintergrund eines Integrativen Theoriekonzeptes verbunden werden“ (Kuhr, I. und Berger-Jopp, A. (1996) in Petzold H. und Sieper, J. Integration und Kreation, S. 505).

1.2 Kurzbeschrieb und Zielsetzungen der Klientin

Die anschliessende Beschreibung der Klientin beinhaltet für diesen Transferbericht relevante Informationen und nicht die breitgefächerte, psychosoziale Anamnese und Persönlichkeitsdiagnostik, wie sie in der integrativen Bewegungstherapie Standard ist.

Rebecca* ist 19 Jahre alt und besucht zum jetzigen Zeitpunkt die Maturaklasse. Sie ist sozial sehr engagiert und verfügt über eine überdurchschnittliche Intelligenz. Sie hat einen feingliedrigen Körperbau und eine wohlproportionierte Figur. Sie kämpft ab und an mit ihrem niedrigen Blutdruck und leidet regelmässig unter Migräne. Sie weist

einen sicht- und tastbaren Hartspann der Nackenmuskulatur auf. Sie meinte, dass sie sich oft „etwas einklemme“ im Nacken und als Folge davon im oberen Körperdrittel ungenügend beweglich sei und Schmerzen habe. Eine ärztliche Diagnose liegt nicht vor. Ein MRI wurde vor ungefähr sieben Jahren wegen eines Kopfsturzes vom Pferd im Kopfbereich gemacht und als unauffällig eingestuft.

Die Klientin hatte während ihrer Kindheit Kunstturnen gemacht, war in ihrer Freizeit gerne draussen, mit dem Fahrrad und mit den Tieren unterwegs. Seit einigen Monaten besucht sie wöchentlich eine Yoga-Gruppenlektion (Dauer 75 Minuten) zusammen mit einer Freundin. Das Schulturnen der vergangenen Jahre empfand Rebecca als ein „Muss“; sie war wenig begeistert davon und fand oft einen Grund, während diesen Stunden zu fehlen. Eine Ausnahme bildete das Cross-Fit-Training, welches der Turnlehrer in einer der letzten Turnstunden vor den Maturaprüfungen mit den Schülerinnen durchführte. Diese Art des Bewegens forderte sie heraus und machte ihr Spass. Insbesondere das sportliche Miteinander ohne den Konkurrenzkampf fand sie toll.

Rebecca kam mit den folgenden Zielvorstellungen in die Bewegungstherapie:

- Weniger Migränevorfälle
- Regelmässig mit Spass Sport treiben
- Sich im Körper wohl fühlen
- Bessere Fitness haben

*Der Name der Klientin wurde anonymisiert. Die Klientin hat die Zustimmung zu diesem Transferbericht gegeben.

2. Theoretische Grundlagen zu den gewählten Interventionstechniken

Aufgrund der gemachten sportlichen Erfahrungen und dem deutlichen Widerstand gegen ein regelmässiges Bewegungstraining, den die Klientin im Schulturnen aufgebaut hatte, setzte ich bei Rebecca bei der Motivation zum Sporttreiben an (Interventionsstrategie “Die Entscheidung auf der Waage“). Von Relevanz erschien mir auch der anstehende Übergang von der Schule in eine weiterführende Ausbildung, was in Bezug auf das sportliche Tun einen Umbruch bedeutet. In einem zweiten Schritt beschäftigten wir uns mit den Hindernissen und Schwierigkeiten, die ihr ein regelmässiges sportliches Tun wiederholt verunmöglicht hatten (Interventionsstrategie „Strategien gegen Fallgruben“). Die zwei Interventionstechniken werden auf dem Hintergrund des Motivations-Volitions-Prozessmodells von R. Fuchs (2007) kurz erläutert (siehe Kap. 2.2 und 2.3).

Die Auswahl von zwei Interventionstechniken (anstelle von einer) gründet darauf, dass neben der Klärung der Motivationslage die Hindernisse und deren Überwindung während den Gesprächen mit der Klientin in den Vordergrund traten. Um mit der Klientin nicht im „Darüber-Reden“ stecken zu bleiben, wurden auch Bewegungsideen geplant. Diese Planung und die unterstützenden Interventionsstrategien dazu sind aber nicht Inhalt des vorliegenden Transferberichts.

2.1 Motivations-Volitions-Prozessmodell

Zur Realisierung eines gesundheitsfördernden Lebensstils und damit verbunden zur Initiierung und späteren Aufrechterhaltung regelmässiger Sportaktivität, sind sowohl motivationale als auch volitionale Prozesse relevant. Leider fokussieren Gesundheitsprogramme vorwiegend auf die Stärkung der Motivation und vernachlässigen die volitionalen Anteile. Volition umfasst „(…) jene Prozesse der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle (…), die es dem Menschen ermöglichen, auch dann ihre Absicht in die Tat umzusetzen, wenn äussere oder innere Hindernisse auftreten“ (Fuchs (2007), S.317). Im unten abgebildeten Motivations-Volitions-Prozessmodell wird deutlich, dass der Aufbau und die Aufrechterhaltung regelmässiger Sportaktivität „(…) im Wesentlichen von fünf psychologischen Faktoren abhängig ist, nämlich vom Vorliegen einer starken Zielintention (Intentionsstärke), von einer möglichst hohen Selbstkonkordanz dieser Zielintention, von realistischen Implementierungsintentionen, von wirksamen Strategien der Handlungskontrolle (*Verhaltenskontrolle*; Anmerkung der Verfasserin) und Intentionsabschirmung und schliesslich von der Existenz positiver Konsequenzerfahrungen mit dem neuen Verhalten“ . (Fuchs (2007), S.318).

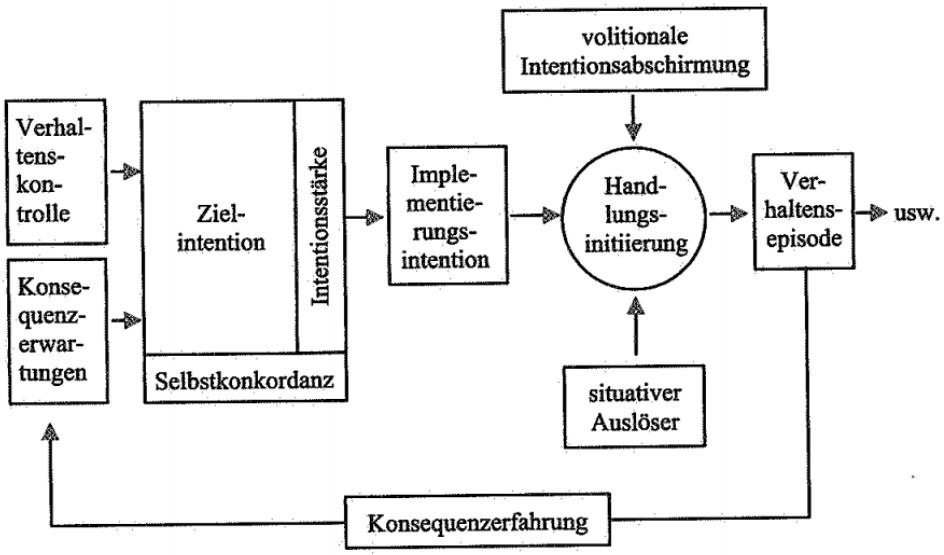

Abbildung 1: MoVo-Prozessmodell (Fuchs (2007))

Mit Hilfe des vorliegenden Modells werden die ausgewählten Intentionsstrategien, die während der Bewegungstherapie mit Rebecca zum Einsatz kamen, näher erklärt.

2.2 Interventionsstrategie „Die Entscheidung auf der Waage“

Die Motivation zum Sporttreiben steht in starkem Zusammenhang mit den **Konsequenzerwartungen** (vgl. Abb. 1). Konsequenzerwartungen sind spezifische, individuelle Erwartungen, die auf ein bestimmtes Verhalten folgen sollen. Eigene Überzeugungen und Glaubenssätze bestimmen massgeblich die Konsequenzerwartungen. Diese können sowohl positiv als auch negativ gerichtet sein. Aus der Forschung geht hervor, dass kurzfristige Konsequenzerwartungen

günstiger sind für Verhaltensänderung als längerfristige Konsequenzerwartungen (vgl. Schmid, J. (2015) „Die Entscheidung auf der Waage“, S. 6). Von hoher Bedeutung sind die wissenschaftlichen Ergebnisse bezüglich der affektiven Konsequenzerwartungen. Im Gegensatz zu den physischen Konsequenzerwartungen haben affektive einen höheren Einfluss auf die Bewegungsintention und insbesondere einen positiven Einfluss auf die körperliche Aktivität. Körperliche Konsequenzerwartungen haben keinen Einfluss auf die Sportaktivität (vgl. Schmid, J. (2015) „Die Entscheidung auf der Waage“, S. 8).

Folglich ist es beim Erarbeiten von individuellen Vor- und Nachteilen von Sportaktivität wichtig, individuelle Konsequenzerwartungen der Klientin zu reflektieren und die emotionale Bedeutung oder den emotionalen Gewinn neben den körperlichen Vorteilen von Sportaktivität besonders hervorzuheben.

2.3 Interventionsstrategie „Strategien gegen Fallgruben“

Diese Interventionsstrategie unterstützt die Klienten bei der Identifikation und im Überwinden von Hindernissen, um die Sportaktivität auch wirklich umzusetzen. Im MoVo-Prozessmodell sind die Anknüpfungspunkte sichtbar bei der **Verhaltenskontrolle** und bei der **volitionalen Intentionsabschirmung**. Um eigenes Verhalten zu verändern (Verhaltensmodifikation) sind zwei Techniken hervorzuheben: **Stimuluskontrolle** und **Konsequenzkontrolle** (vgl. R. Fuchs (2003) in Schmid, J. (2015). „Strategien gegen Fallgruben“, S. 5 und folgende). Das eigene Verhalten wird einerseits über positive Stimuli (förderliche Hinweisreize, die zur körperlichen Aktivität auffordern) in Richtung einer gesundheitsfördernden Sportaktivität moduliert. Dies kann auf einer kognitiven, körperlichen, sozialen oder räumlich-materiellen Ebene geschehen. Andererseits hängt die Motivation zur Bewegung - wie bereits oben erwähnt - von Konsequenzerwartungen auf ein bestimmtes Verhalten hin ab. Diese Konsequenzen können gezielt verändert werden durch Techniken der positiven Verstärkung (d.h. erwünschte Zustände treten ein), durch negative Verstärkung (d.h. unerwünschte Zustände verschwinden) und durch ein Vermeiden von Bestrafung (d.h. unerwünschte Folgen werden systematisch ausgeschaltet) (vgl. Schmid, J. (2015). „Strategien gegen Fallgruben“, S. 9).

3. Anwendung der Interventionstechniken

Ich hatte mit Rebecca zwei fest vereinbarte 60-minütige Sitzungen durchgeführt und anschliessend alle zwei bis drei Tage kurze Gespräche bezüglich der Umsetzung der Interventionen geführt. Die Sitzungen mit Rebecca fokussierten auf drei Hauptbereiche:

1. auf Reflexion des momentanen Zustandes
2. auf der Erörterung der Zusammenhänge mit ihrem gesundheitlichen Befinden
3. auf der Förderung der Selbstwahrnehmung ihrer Eigenleiblichkeit (auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene).

Ich ermunterte Rebecca, „sich selbst zum Projekt zu machen“ (Petzold) und Verantwortung für dieses Projekt zu übernehmen. Die „doppelte Expertenschaft“

(Petzold) und die vertrauensvolle Beziehung zwischen Rebecca und mir als Therapeutin sowie das kooperative Erarbeiten der Interventionsstrategien bildeten den Boden für die fruchtbare Zusammenarbeit und die gelungene Umsetzung der zeitlich nahen Ziele.

3.1 Anwendung der Interventionsstrategie „Entscheidung auf der Waage“

Ich lotete zusammen mit Rebecca zu Beginn unseres therapeutischen Gesprächs aus, wie sie sich zurzeit im Körper „zu Hause“ fühlt und welche Vorstellungen und Wünsche sie hat in Bezug auf Veränderung. Sie schilderte mir auch die momentane prekäre motivationale Lage in Bezug auf Sportaktivitäten und auf das „sich bewegen“ überhaupt. Durch die regelmässig auftretenden Schmerzen im Nackenbereich und im Kopf nach sportlicher Betätigung, hat sie sich immer weniger bewegt. Auch zu Hause meinte sie, verbringe sie die meiste Zeit im Sitzen (gleichzeitige Nutzung von elektronischen Medien). Auf meine Empfehlung hin, hat sie parallel zu unseren Sitzungen ihre Stoffwechsellage bei einer Vitalstofftherapeutin in Zürich austesten lassen und folgt zurzeit einem Leberregenerationsprogramm. Des Weiteren hat sie eine Osteopathin aufgesucht, um die Nackenproblematik nochmals von einer anderen Seite anzugehen. Beide Heilverfahren zeigen bereits nach kürzester Zeit schon positive Resultate.

Rebecca hatte sich trotz den unangenehmen Erlebnissen im Schulsport und den dadurch ausgelösten Kopf- und Nackenschmerzen für ein Erarbeiten und Durchführen eines nachhaltigen Bewegungsprogramms entschieden. Im Gespräch erarbeitete sich Rebecca die „Pros“ und „Kontras“ für ein regelmässiges körperliches aktiv sein und füllte das dafür vorgesehene Arbeitsblatt (vgl. Vorlesung „Die Entscheidung auf der Waage“; Arbeitsblätter) aus (siehe Anhang). In Bezug auf Rebeccas Konsequenzerwartungen geht Rebecca davon aus, dass sie durch die Sportaktivität mehr Fitness gewinnt, sich im Körper wohler fühlt und vielleicht die Migränevorfälle minimieren kann. Wichtigste Konsequenz der Sportaktivität ist für sie das freundschaftliche Miteinander und zusammen Spass haben, das sie beim sportlichen Tun erwartet (affektive Konsequenzerwartung). Durch die positiven Erfahrungen beim sportlichen Tun im Freien in ihrer Kindheit war sie motiviert, eine Sportaktivität in der Natur zu suchen und auszuüben.

Wie bereits in der Einleitung (vgl. Kapitel 1.2) erwähnt, konnte Rebecca auf eine Vielfalt von positiv erlebten Bewegungsaktivitäten während ihrer Kindheit zurückgreifen. Die lebhaften Schilderungen bilden einen emotional reichen Boden für die Motivation, um mit heutigen Bewegungsideen daran anzuknüpfen. Ihre heutigen Bewegungsideen sind, bei schönem Wetter regelmässig das Fahrrad zu benutzen, um zur 5 km entfernt gelegenen Kantonsschule zu gelangen, am Wochenende mit ihren Freundinnen zwei bis dreistündige Wanderungen zu machen, wöchentlich das Yogatraining und ab September 2015 an der Universität Zürich das CrossFit-Training des ASVZ zu besuchen.

3.2 Anwendung der „Strategien gegen Fallgruben“

Rebecca hat bereits mehrere Strategien zur Überwindung ihrer eigenen Barrieren erfolgreich angewandt. Das Besuchen des Yogakurses zusammen mit Rebeccas Freundin ist ein sozialer Stimulus, der die Sportaktivität unterstützt. Die räumliche Nähe zum Wohnort ist ein räumlich-materieller Stimulus, weil der Kursort (Yoga) ohne grossen Aufwand erreicht werden kann. Sie darf dazu auch das elterliche Auto benutzen (räumlich-materieller Stimulus). Auf kognitiver Ebene haben die Ausführungen über den Zusammenhang von Nackenverspannungen und häufigem Sitzen und konzentriertem Bedienen von elektronischen Geräten die Klientin erreicht. Sie macht regelmässig kleine Bewegungspausen während dem Lernen und geht raus in die Natur, um mit dem Fahrrad oder zu Fuss mindestens 30 Minuten pro Tag aktiv zu sein.

Um den geplanten Übergang an die Universität Zürich in Bezug auf kontinuierliche körperliche Aktivität zu bewältigen, hat sie sich das CrossFit-Training des ASVZ genau angesehen und ist motiviert, dieses Programm mit vorausgehendem Functional Movement Screen (FMS) (vgl. http://portal.asvz.ethz.ch/sportangebot/fitnessundausdauer/Seiten/Cross Fit.aspx) in Anspruch zu nehmen.

Eine kurze psychotherapeutische Intervention war nötig für die Modulation einer ihrer negativen Konsequenzerwartungen. Um mit Freundinnen Aktivitäten zu planen, muss sie sich verabreden. Da das Telefonieren für Rebecca aus früheren Erfahrungen unerwünschte Folgen, vor allem Ablehnung zur Folge hatte, tat sie sich schwer damit. Sie hatte Angst, ihr nicht sichtbares Gegenüber emotional nicht genau einschätzen zu können. Durch ein Training der Verhaltensänderung durch Rollenspiel und mentaler Verankerung eines neuen Verhaltens, durch das Erörtern einer Gesprächstaktik sowie Diskussion über Verantwortung in der Gesprächsführung konnten ihre Blockaden erfolgreich angegangen werden. Sie konnte kurzfristige Verabredungen übers Telefon umsetzen. Wenn ihre Freundinnen bereits verplant waren, wich sie auf Familienangehörige aus oder machte sich alleine auf den Weg.

Auch diese Strategien wurden von Rebecca auf dem Arbeitsblatt schriftlich festgehalten (siehe Anhang). Identifikation der Hindernisse und Ideen zur Überwindung dieser kritischen Momente, um trotzdem körperlich aktiv zu sein, wurden für sie dadurch fassbarer und modulierbar.

4. Überprüfung der Verhaltensänderung

Die Tatsache, dass sich Rebecca während den Vorbereitungen für die Maturaprüfungen wieder regelmässig zu bewegen begann, ist durch ihre verbesserte Stimmungslage wahrnehmbar. Eine sich anbahnende Migräne konnte sie sogar während einer schriftlichen Maturaprüfung durch Haltungsänderung und durch ihren Willen abwenden.

Ein regelmässiger kurzer Austausch über das Gelingen des Bewegungsprojektes hole ich alle 2-3 Tage bei ihr ein. Ich habe ihr den Vorschlag gemacht, ein Bewegungstagebuch inklusive Festhalten von Schmerzzuständen zu führen, habe dazu aber noch keine Rückmeldung von ihr erhalten.

Das Fahrrad hat sie regelmässig für den Schulweg benutzt, und mit Ausnahme von einem Wochenende hat sie ihre geplanten Wanderungen an jedem Wochenende durchgeführt und genossen.

Ihr Engagement für die eigene Gesundheit zeigt sich auch darin, dass sie sich über verschiedene Heilverfahren Unterstützung holt und daraus die Konsequenzen für ihren Alltag zieht (Vitalstoffprogramm und osteopathische Behandlungen).

5. Schlussfolgerungen für zukünftiges Handeln

Das schriftliche Festhalten vom Therapieprozess auf den Grundlagen des Moduls hatten Klarheit und Bestimmtheit für die Klientin zur Folge. Mir persönlich hat die Arbeit mit Arbeitsblättern einen guten Überblick über meine Interventionen mit der Klientin ermöglicht.

Als kritischen Punkt habe ich erlebt, dass wenige Bewegungsideen für eine erste Planung mehr sind als eine Überhäufung von möglichen sportlichen Aktivitäten – auch wenn dies zuerst nur in der Vorstellung geschieht. „…in kleinen Dingen gewinnen, gestalten, Autonomie erleben, Veränderungen initiieren, Konsequenzen bewerten, Einschränkungen akzeptieren“ (Bauder, M. und Waibel, M.J. (2009) in Waibel und Jakob-Krieger, S. 194) – dieser Ansatzpunkt der integrativen Bewegungstherapie wurde mir im Therapieprozess deutlich bewusst. Ich übe mich in Zukunft in Geduld, um meinem Gegenüber die Zeit zur persönlichen Entwicklung zu gewähren.

Ich habe soeben gemerkt, dass ich meine Bewegungspause während den letzten drei Stunden unterlassen habe…

Literaturverzeichnis

Bauder, M. und Waibel, M.J. (2009). Somatoforme Schmerzstörungen. In Waibel, M.J. und Jakob-Krieger, C. (Hrsg.). Integrative Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer.

Fuchs, R. (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In Fuchs, R. et al. (Hrsg.). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.

Kuhr, I. und Berger-Jopp, A. (1996). Integrative Bewegungstherapie. In Petzold, H. und Sieper, J. (Hrsg.). Integration und Kreation, Bd. 2. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Schmid, J. (2015). Modul Psychologie in der Bewegungs- und Sporttherapie: Einführung. „Entscheidung auf der Waage“. „Strategien gegen Fallgruben“. Universität Bern.

http://portal.asvz.ethz.ch/sportangebot/fitnessundausdauer/Seiten/CrossFit.aspx