

# Integrative Bewegungstherapie

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

(peer reviewed)

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

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

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

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

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

Ausgabe 01/1997

## Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie Teil 1: theoretische und praxeologische Grundlagen

*Michael Voutta-Voß, Haan \**

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1/1997

---

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

## **Zusammenfassung: Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie**

### **Teil 1: theoretische und praxeologische Grundlagen**

Der Autor gibt einen Überblick über die Geschichte verschiedenster Entspannungsverfahren und der Möglichkeiten im klinischen Setting. Gemeinsamkeiten und Unterschiede als auch eine wissenschaftliche Einordnung der vielfältigen Verfahren in das Theoriesystem der Integrativen Therapie werden vorgenommen.

**Schlüsselworte:** Psychotherapie, Entspannungsverfahren, Entspannungstechniken, Theorie der Entspannung, *Integrative Therapie*.

## **Summary: Relaxation techniques in integrative therapy**

### **Part 1: Theoretical and Praxeologische basics**

The author gives an overview of the history of various relaxation methods and the possibilities in the clinical setting. Similarities and differences as well as a scientific classification of the manifold processes in the theory system of integrative therapy are carried out.

**Keywords:** Psychotherapy, relaxation methods, relaxation techniques, theory of relaxation, *integrative therapy*.

## 1 Einleitung

Bereits vorwissenschaftliche Praktiken gingen davon aus, daß für leibliche Gesundheit eine sinnvolle, ausgewogene Abfolge erhöhter und verminderter Aktivität, von Perioden der Anspannung und Lockerung, Zusammenziehen und Lösung notwendig ist. Dabei stand jedoch ursprünglich eine auf die Alltagsbelastungen bezogene kompensatorisch-hedonistische Komponente im Vordergrund (Vaitl 1993). Entspannungsmethoden wurden jedoch auch schon früh zur Behandlung verschiedener Störungen und Erkrankungen eingesetzt, wenn auch eine systematische Einordnung dieser Verfahren in Gesundheits- und Krankheitslehren fehlte (Ellenberger 1979). Eine Systematisierung der Entspannungsmethoden z.B. nach ihrem **Anwendungsbereich** oder der klinischen Symptomatik liegt bis auf erste Versuche (Davidson und Schwarz 1976) bislang noch nicht vor (Vaitl 1993).

Die Mehrzahl wissenschaftlich begründeter Entspannungsverfahren hat sich im *klinischen* Kontext entwickelt, z.T. im Bereich der physikalischen Therapie bzw. Physiotherapie, z.T. im Bereich der Psychotherapie selbst (Petzold 1988n, 25).

In der Vergangenheit wurde den Entspannungsverfahren jedoch nur ein geringer Stellenwert im psychotherapeutischen Behandlungsprozeß eingeräumt. Sie wurden bestenfalls in einer adjunctiven Funktion begriffen (Voutta-Voß 1991).

Seit Beginn der 60er Jahre wurden verschiedene Entspannungsverfahren dann

sowohl in der Grundlagenforschung als auch im klinischen Einsatz wissenschaftlich umfassend und systematisch untersucht (Stokvis & Wiesenhütter 1977), so daß wesentliche Verbesserungen in der Forschungsmethodik, der Präzisierung der Indikationsstellung und der Effektivitätskontrolle konstatiert werden können

(Lichstein 1988; Vaitl und Petermann 1993).

Im klinischen Bereich werden derzeit recht unterschiedliche Verfahren eingesetzt, um den Zustand der Entspannung zu erreichen, v.a.: Hypnose, Autogenes Training (Schultz 1987), meditative Verfahren, Imaginative Verfahren, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (1938), die "aktive Tonussteuerung" nach Stokvis (1977), die "funktionale Entspannung" nach Fuchs (1974,1986), die Eutonie von Gerda Alexander (1978), die eine Zwischenstellung zwischen Entspannungs-, Bewegungs- und Atemtherapie einnimmt, Methoden aus dem Bereich der Atemtherapie selbst (Middendorf 1984) „Biofeedback“ (Zeier 1990; Vaitl 1993, S.272ff) und auch psychopharmakologische Methoden (Netter 1993) zur Entspannungsinduktion (vgl. auch das Handbuch von Stokvis und Wiesenhütter 1979).

Aber auch relaxierende Begleiteffekte anderer entspannungsinduzierender Zugänge werden zunehmend berücksichtigt, z.B. Hautreizung bei Massagetechniken (Downing 1973; Stadlaender 1985) oder Entspannung durch Hören von Musik.

In der IBT werden inzwischen zusätzlich zur relaxativen Organgymnastik und Isodynamik nach *Petzold* (*Berger* 1971), in die Elemente aus der Eutonie (*Alexander* 1974), der progressiven Relaxation und aus verschiedenen Verfahren der Atem- und Entspannungsgymnastik und -therapie (*Ouspensky*; *Ehrenfried*) eingingen, die meisten der o.g. Verfahren (abgesehen von Hypnose, Biofeedback und den pharmakologischen Methoden), Dehnlagerungen (*Schaarschuch* 1979) und verschiedene atemtherapeutische Verfahren eingesetzt.

Parallel zur wachsenden Anwendung klassischer Entspannungsverfahren (v.a. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Hypnose) im ambulanten und klinischen medizinischen Bereich kam es zur Verbreitung dieser Verfahren außerhalb der Heilberufe im Rahmen der Erwachsenenbildung (z.B. Volkshochschulen), in der Gesundheitsfürsorge (z.B. Kurse der Krankenkassen) und als eklektizistisch verwendete Komponente im "Selbsterfahrungsbereich". Viele Patienten wendeten sich auch unkonventionellen Methoden, "Außenseitermethoden" zu. Neben oft unrealistischen Erwartungen stellte dies häufig eine Reaktion auf die extreme zwischenmenschliche Verarmung zwischen Arzt und Patient dar, auf das Gefühl, dort nicht als ganzer Mensch angenommen zu werden. Besonders bei der oft extrem beziehungsarmen Form, in der z.B. Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung v.a. im ärztlichen Bereich vermittelt werden spiegelt sich die Entfremdung, der "**Objektbeziehungscharakter**" im intersubjektiven Geschehen zwischen Arzt und Patient wider (*Richter* 1981; *Bäumges* und *Petzold* 1983; *Voutta-Voß* 1991).

So ergibt sich bezogen auf den gesamten Anwendungsbereich von Entspannungsverfahren ein breites Spektrum: im einen Extrem **spekulative, theorielose Eklektiker**, die oft mehr oder weniger offen

dem Bedürfnis vieler Patienten nach Abhängigkeit im Rahmen einer "Heilslehre" bereitwillig nachkommen; im anderen Extrem wissenschaftlich kompetente, beziehungsmäßig jedoch häufig extrem abstinente Vermittler von Entspannungstechniken.

Wenn auch viele *Entspannungstechniken* - wie der Begriff ja erst einmal suggeriert - als reine Relaxationstechniken (*Smith* 1988) über imaginative, respiratorische und/oder muskuläre Relaxationsübungen auf die *Senkung* von Spannungszuständen abzielen, so gehen andere hingegen eher auf die Erstarkung eines zu schlaffen Tonus aus, also auf eine Erhöhung des psychophysischen Aktivierungsniveaus. Viele Techniken beinhalten eine kontrastierende Kombination tonusverstärkender und relaxierender Komponenten. Zunehmend werden schulübergreifend nicht mehr nur die somatotropen, d.h. auf körperliche Veränderungen abzielenden Wirkungen der Entspannungsverfahren berücksichtigt, sondern auch die damit zusammenhängenden Veränderungen der personalen Identität erfaßt. Hierzu zählen die Sensitivierung für und die Fokussierung auf körperliche und imaginative Vorgänge, die Akzeptanz für neue leibliche Erfahrungen, der Erwerb von Bewältigungsmöglichkeiten für psychophysiologische Störungen.

In der Integrativen Bewegungstherapie wird die Fähigkeit zur Tonusregulation als eine vitale Grundfunktionen, als eine Voraussetzung für eine harmonische Gestaltung des Leibes angesehen (*Petzold* 1988n,341f; *Höhmnn-Kost* 1991,52). Deshalb wird auch verstärkt auf einen **Eutonos** hingearbeitet, d.h. eine "dynamische", eine "lockere" Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegeladene Gelöstheit darstellt.

"**Tonus**" stellt dabei in der Integrativen Therapie (Petzold 1991,36) ein *metahermeneutisches* Konzept dar; es umfaßt nicht nur *sensorische*, *motorische* oder *viszerale* Spannung oder Entspannung, sondern schließt ebenso *emotionales* und *geistiges* Gespannt - oder Entspanntsein ein.

Dieser umfassenden Zielsetzung entsprechend weit gefaßt bezeichnet **Entspannungstechnik** begrifflich sowohl „tonusregulierende“ *Strukturierungsinstrumente* innerhalb des methodischen Rahmens der Integrativen Bewegungstherapie, als auch in der Behandlungspraxis *Interventionen* mit dem Ziel der Erreichung eines „Eutonos“ ein..

## 2 Theoretischer Hintergrund

Bezogen auf die Anwendung von Entspannungsmethoden kann neben einer "Entmythologisierung und Herauslösung der Entspannungsverfahren aus ihrer Schulenverhaftetheit" (Vaitl 1993,S.16) von einem **Paradigmawechsel** hin zu einer **multimodalen Behandlungstheorie und - praxeologie** gesprochen werden. Dementsprechend werden Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie

- stets in mehrperspektivischer Orientierung an einem **heuristischen integrativen Modell** ausgewählt und eingesetzt, das leibtheoretische Konzepte der Integrativen Therapie und handlungsleitende Modelle der Imaginationsforschung verbindet,
- auf der Grundlage dieses Modells innerhalb des phänomenologisch ausgerichtete **leibdiagnostischen („theragnostischen“)** Herangehens und auch in der **Behandlungsplanung** Rahmen der **prozessualen Therapietheorie** differenziert eingesetzt,
- stets bezogen auf die Qualität der **therapeutischen Beziehung** (Über-

sicht in: Rahm 1993, 327 ff) als Dreh- und Angelpunkt des Behandlungskonzepts eingeordnet.

### 2.1 Heuristisches integratives Modell zur Beschreibung eines Tonuszustandes

Der Tonuszustand eines Klienten läßt sich sowohl aus der Sicht des Klienten selbst (Vorstellungsebenen des Klienten), als auch aus der Sicht des Therapeuten beschreiben. Die Art und Weise, wie der Klient seinen Tonuszustand erlebt, hängt - abgesehen vom Hintergrund der Lebensgeschichte des Klienten (Biografie) und dem aktuellen allgemeinen und der speziellen therapeutischen Kontext eng mit der Funktionsweise seines „**integralen Leibgedächtnisses**“ zusammen. Damit wird im komplexen persönlichkeits-theoretischen Ansatz der Integrativen Therapie (Überblick in: Rahm 1993,91 ff), - neben **Perzeption** (Wahrnehmung) und **Expression** (Ausdruck/Handlung) als weiteren leiblichen Kontakt- und Integrationsfunktionen - der memorative und reflexive **Leib-Funktionsbereich** des Menschen bezeichnet. Dabei werden **Memoration und Reflexion** (Gedächtnis) in der Integrativen Therapie unter mehreren Modellperspektiven betrachtet:

- *neurophysiologisch* wird das Großhirn als materielles Substrat des Gedächtnisses gesehen. Von ihm nimmt man an, daß es Erinnerungen in Form von vernetzten **Engrammen** speichert. Die Bildung und Aktivierung dieser Engramme muß demzufolge über die Sinne stimuliert werden.
- unter *phänomenologischer* Herangehensweise werden folgende **Gedächtnisformen** unterschieden: das **propriozeptive** (eigenleibliche „unmittelbar erfahrbare und erlebbare, auf die Sensorik, Motorik oder das viszerale System gerichtete), das **atmo-**

**sphärische** (Gesamteindruck aller Sinneseindrücke, z.B. "Stimmung" oder "synästhetische Erfahrung", die sich leiblich niederschlagen kann: "Hier in diesem Raum kann ich mich gehen lassen..."), das **ikonische** (abrufbare visuelle Gestalten, Lautikonen oder kinästhetische, z.B. Bewegungsgestalten.), das **szenische** (ganze Sequenzen mit den in ihnen ablaufenden Handlungen) und das **verbal-symbolische** Gedächtnis.

- unter *entwicklungspsychologischer* Sicht wird davon ausgegangen, daß sich das propriozeptive Gedächtnis bereits aufgrund vorgeburtlicher Erfahrungen entwickelt. Atmosphärisches, d.h. synästhetisch-gesamtsinnliches Erfassen und Speichern, zum Beispiel des emotionalen Klimas, führt zur Ausbildung des "atmosphärischen Gedächtnisses". Ungefähr im Alter von Zwei Jahren entwickelt sich demnach dann durch differenziertere Wahrnehmung und Speicherung bedeutungsvoller Bilder das "ikonische Gedächtnis". Das Erfassen und Verstehen von szenischem Geschehen (Ereignis-Beziehungs-Zusammenhängen) führt im Alter von zweieinhalb bis drei Jahren zur Entwicklung des "szenischen Gedächtnisses". Die Gedächtnisentwicklung wird mit Ausbildung des verbal-symbolischen Gedächtnisses abgeschlossen.

Zum Bereich der **Perzeption** werden alle Wahrnehmungsfunktionen des Menschen sowohl in ihren einzelnen Sinnesmodalitäten (Tasten, Schmecken, Riechen, Sehen, Hören, Empfinden, Berühren) als auch in ihren synästhetischen (gesamtsinnlichen) Qualitäten gerechnet, die auch die Grundlage des atmosphärischen Erfassens bilden. In der therapeutischen Arbeit mit kreativen Medien, geleiteter Imagination, Träumen usw. werden diese

Fähigkeiten des synästhetischen, atmosphärischen Erfassens und Transponierens direkt angesprochen und wiederbelebt.

Wie der Mensch auf der Basis seiner Leibfunktionen seinen aktuellen Tonuszustand vorstellungsmäßig erlebt, läßt sich modellhaft durch Netzwerke der von **Repräsentationen von Vorstellungen** abbilden. Jede Entspannungstechnik verwendet in Instruktionen direkt oder indirekt *Vorstellungen*, um zu gezielten Veränderungen auf der Leibebebene zu kommen. Vorstellungen können dabei nach den Ergebnissen der modernen **Imaginationsforschung** keineswegs als bloße innere bewußt wahrgenommenen *Abbildungen* der Wirklichkeit betrachtet werden (Isomorphismus-Modell). Zusammenhänge von Vorstellung und Tonusveränderungen ließen sich mit einer rein **"ikonologischen Betrachtungsweise"** modellhaft nicht genügend erklären. Deshalb mußte die einseitige *perzeptuelle Perspektive* durch die Einbeziehung (experimentell erschlossener) *unbewußt* ablaufende Vorgänge und neuerer Erkenntnisse über *informationsverarbeitende* Prozesse im Menschen erweitert werden.

Neueren Theorien zu imaginativen Prozessen (Übersicht bei Richardson 1983; Pinker & Kosslyn 1983) zielen daher darauf ab, eher formalen Prinzipien ("Beziehungen", "Bedeutungen" oder "Verknüpfungsregeln") anzugeben, mit denen sich darstellen läßt, wie sich - durch die Wahrnehmung nicht mehr unmittelbar erfassbar - **Vorstellungsbilder** herausbilden. Dabei wird die *formale* Charakterisierung von Vorstellungselementen (z.B. visuelle Eindrücke, Symbole und Zahlen) in der Vorstellungsforschung als **Repräsentation** der Vorstellung bezeichnet. Komplexe Vorgänge wie Wahrnehmen, Vorstellen, Erinnern, Denken und Lernen werden danach in einzelne Bestandteile zerlegt und deren Zusammenspiel im Rahmen von In-

formationsverarbeitungsprozessen in Form von **Netzwerken** dargestellt.

Die Betrachtung von Vorstellungen in Form von assoziativen Netzwerken führte zu funktionalen Untergliederungen imaginativer Prozesse in perzeptuelle, semantische, lexikalische und respondente Repräsentationen, auf die jeweilige Entspannungsverfahren in unterschiedlicher Art und Weise Bezug nehmen. Bisher konnten vier wichtige **Klassen von Repräsentationen** empirisch nachgewiesen werden, nämlich die perzeptuellen, semantischen, lexikalischen und respondenten Repräsentationen (näheres in: *Vaitl 1993, 64ff*). **Perzeptuelle Repräsentationen** sind demnach jenen sensorischen Wahrnehmungsinhalten analog, die bei jedem Wahrnehmungsvorgang auftreten. **Semantische Repräsentation** betreffen hingegen eher „Konzepte“, unabhängig von bestimmten sensorischen Wahrnehmungen (z.B. der Hund ist „ein Tier, u.U. Haustier, treu“ etc.) Je mehr derartige semantische Repräsentationen miteinander verknüpft sind, um so komplexer wird das Konzept.

**Lexikalische Repräsentation** bezieht sich wiederum auf andere Quellen als die unmittelbare Wahrnehmungserfahrung oder vorhandene Konzepte (z.B. „die Geschichte des Hundes in der Kultur; der Hund als Traumsymbol“). Semantischen und perzeptuellen Repräsentationen können in Form von Aussagen in ein *Netzwerk* eingebunden sein.

**Respondente (reaktive) Repräsentation** von Vorstellungen zeigen sich z.B. als idiomotorische Bewegungen der Willkürmuskulatur (Carpenter-Effekt): die Vorstellung eines sich bewegenden Pendels führt z. B. zu Begleitbewegungen der Augen. Die psychophysiologische Forschung hat über die idiomotorischen Reaktionen hinaus vor allem die neurovegetativen Reaktionskomponenten (idiovegetative Reaktionen) untersucht und in

Netzwerkmodelle integriert.

Nach diesen Modellen sind Vorstellungen vielgliedrige Netzwerke, bestehend aus zahlreichen, verschiedenen, miteinander verbundenen perzeptuellen und semantischen Repräsentationen.

Nach *Vaitl (1993)* hängt z.B. die Leichtigkeit, mit der Vorstellungen entwickelt werden, von der Verfügbarkeit perzeptueller Repräsentationen ab, während die Bestimmung ihrer Konkretheit auf dem Wissen einer Person beruht, daß eine Verbindung zwischen den perzeptuellen Repräsentationen und dem realen Kontext besteht.

Bezieht man die wichtigsten **leibdiagnostischen Indikatoren** (Abschnitt 2.2) und die **Kontrollüberzeugungen** des Patienten mit ein, d.h. seine Überzeugungen, wie er seinen Tonuszustand beeinflussen kann, läßt sich ein dieser anhand des folgenden Modells erfassen und beschreiben:

Das Modell in Abb. 1, daß den Tonuszustand - z.B. eines Klienten - als Ist-Zustand darstellt, läßt sich analog auch auf die Perspektive des Therapeuten anwenden, wie sich an den Beispielen im folgenden Abschnitt verdeutlichen läßt.

Die **Wirksamkeit von Entspannungstechniken** wird in Verbindung des oben beschriebenen heuristischen Modells mit dem Wahrnehmungs- und Gedächtniskonzepts der Integrativen Therapie dadurch erklärt, daß spezifische Entspannungstechniken durch sukzessive Fokussierung der Awareness auf die unterschiedlichen Kontakt- und Integrationsfunktionen jeweils in spezifischer Weise das "integrale Leibgedächtnis" stimulieren und auf der Grundlage intermodaler Prozesse leibliche Prozesse aktivieren, die mit lokaler oder generalisierter Tonusveränderung verbunden sind.





Die Frage, wie sich eine Entspannungstechnik individuell auswirkt, ist jedoch immer bezogen auf den Gesamtkontext des Klienten und im spezifischen Behandlungskontext zu beantworten. Um - nicht immer benigne - Streueffekte zu vermeiden - ist letztendlich eine genaue biografische Anamnese und Leibdiagnostik zur genauen Indikationsstellung unumgänglich. Gerade dies geschieht in vielen gruppengerichteten Formen der Vermittlung von Entspannungstechniken (z.B. klassische AT-Gruppe) nicht oder nur unzureichend. Implizit liegt in dieser unkritischen Art der Indikationsstellung häufig eine Art "salutogenes Vorurteil" verborgen ("Gut tut es auf jeden Fall, viel Schaden anrichten kann es auch nicht").

## 2.2 Diagnostik

Die Diagnostik bezogen auf die Anwendung von Entspannungstechniken innerhalb des Verfahrens der "Integrativen Therapie" ist intersubjektiv und "prozessual", analysiert - natürlich in an die Fragestellung angemessener Art und Weise - in anamnestischer Zielsetzung den Kontext des Klienten mehrperspektivisch (Petzold 1988d) nach vorhandenen **personalen, sozialen und lebenspraktischen Kompetenzen und Performanzen**. Eine zeitlich extensive Eingangsdiagnostik orientiert sich einerseits an der verbalen Arbeit des **ersten Weges** der Heilung in der "Integrativen Therapie" mit weitgehender Kontrolle durch die intakten Ich-Strukturen. Andererseits vermittelt der Therapeut dem Patienten eben durch diese zeitliche Extensivität und seine Präsenz das Gefühl, "emotional angenommen" zu werden (**zweiter Weg** der Heilung. Dies ist für einen langfristigen Behandlungserfolg wichtiger als kurzfristige instrumentell erzielte Streueffekte, die Abwehrbildungen verstärken können oder Traumata erst produzieren (i.S. von Therapieschäden), die vorher gar nicht vorhanden waren. Der Fokus wird vor allem auf die diffe-

renzierende Analyse der Identitätssäule "Leiblichkeit" gelegt.

**Leibdiagnostisch** wird dabei verstärkt auf verschiedene **Indikatoren** geachtet, die den Einsatz tonusregulierender Techniken sinnvoll machen:

- (1) muskuläre Verspannungen und Erschlaffungen
- (2) blockierte, eingeschränkte und verzerrte Bewegungen aufgrund muskulärer Verspannungen und Erschlaffungen,
- (3) Störungen im Atemmuster,
- (4) Schmerzgefühle und Mißsensationen, für die eine "somatische Ursache" nicht gefunden werden kann,
- (5) psychosomatische Erkrankungen
- (6) somatische, mit tonusmäiger Dysregulation verbundene Grundkrankheiten,
- (7) Mentaler Dauerstreß,
- (8) Hyperaktiver Handlungsstil

Aufbauend auf einer initialen Beziehungsklärung und Klärung des Behandlungskontextes wird eingangs neben der Erstellung einer leibbezogenen biografischen Anamnese (einschließlich somatischer und psychosomatischer Erkrankungen; Symptomwandel) offenbar werdendes Verhalten mittels **Kontextanalyse, Milieuanalyse und Prägnanzanalyse** bewertet. Dabei geschieht die **Prägnanzanalyse** durch das gestalttherapeutische Zentrieren auf die im Augenblick wahrnehmbaren Gefühle ("Was empfinden, fühlen Sie jetzt? Wie erleben Sie das jetzt?").

Es wird erfragt, ob und wie sich die Schwierigkeiten in der Tonusregulation auch im Alltagsleben auswirken, abgeklärt, inwieweit sich die Störungen in der sensumotorischen Koordination zeigen, die sich wiederum in verschiedenen Störungen der Motilität äußern kann, z.B. gestörtes Gleichgewichtsgefühl, räumliche Orientierungsschwierigkeiten, gestörter

Atemfunktion, in Unruhe und Ungleichmäßigkeit der Bewegung, in blockiertem Bewegungsablauf, Störungen der stimmlichen und bewegungsmäßigen Expressivität; Einordnung der vorhandenen Störungen bezogen auf Selbstwertgefühl und Identitätserleben.

Schließlich werden die **Zielvorstellungen** des Patienten herausgearbeitet, d.h. erfragt, welche -positiven wie negativen- Erwartungen er an die Behandlung richtet, und wie er sich den angestrebten Entspannungszustand vorstellt

Um die **eingangsdiagnostischen Informationen** zu vertiefen, bieten sich verschiedene theragnostische Hilfsmittel an (theragnostisch, weil sie nicht nur vertiefende diagnostische Informationen liefern, sondern schon in sich selbst eine tonusregulierende Wirkung haben können):

### **2.2.1 Focussieren der Awareness des Klienten durch diskursive Leibwahrnehmung.**

Um eine basale Ausgangsinformation über die Möglichkeiten des Patienten zu erhalten, seine Wahrnehmung in einer anfangs für ihn fremden Situation auf seinen Leib zu sammeln, erkennen zu können, wie weit er in der Lage ist mit sich selbst in Kontakt zu treten und Störungen oder positive Erfahrungen im Verlauf der Übung mitzuteilen, bietet sich an, eine **diskursive Leibwahrnehmung** anzuleiten, deren Instruktion relativ unpräzise ist, um dem Patienten einen gewissen Interpretationsspielraum zu lassen, wie er die Übung auffaßt und wie er mit sich und im Dialog mit dem Therapeuten umgeht.

### **2.2.2 Leibliche Selbstexploration des Patienten**

Fühlt der Patient sicher genug, erfolgt anschließend an die Auswertung der Ein-

gangsübung ("diskursive Leibwahrnehmung") eine taktile **Selbstexploration** des Klienten durch wahrnehmende Berührung.

### **2.2.3 Anfertigung eines Körperbildes oder einer Körperskulptur**

Eine theragnostische Vertiefung kann erzielt werden, indem man den Patienten anleitet, ein Körperbild anzufertigen, indem er z.B. besonders ent- oder verspannte Regionen in verschiedenen Farben voneinander abhebt. Bei erwachsenen Patienten müssen wegen meist vorhandener Hemmungen und Widerstände ("Zeichenunterricht") dabei Hilfestellungen gegeben werden (z.B. Umfahren der Körperrisse des auf dem Papier liegenden Patienten, die er dann "ausmalt"). Noch schwieriger ist anfangs das anfertigen einer Körperskulptur; die damit evozierten Prozesse erfordern genügend Raum und gründliche Aufarbeitung in einem bimodalen (thymopraktischen) Vorgehen.

### **2.2.4 Studium der Bewegungs- und Ausdrucksphänomene**

Der Therapeut ergänzt für sich die diagnostischen Informationen durch seine eigenen Beobachtungen und achtet darauf besonders auf die oben beschriebenen leibdiagnostischen Indikatoren.

Ob diese Deutungen im Dialog mit dem Patienten mitgeteilt werden, hängt vom Behandlungskontext ab. Im schwerpunktmäßig übungszentriert-funktionalen Vorgehen dienen sie vorrangig der differenzierten Übungsplanung.

### **2.2.5 Explorieren des Körpers des Patienten durch den Therapeuten.**

Eine direkte, mit Körperkontakt verbundene Exploration sollte erst dann erfolgen, wenn sich eine eindeutige und

stabile Therapeutische Beziehung aufgebaut hat.

### 2.3 Beispiel zur Eingangsdiagnostik

**Beispiel 1:** gestörte Tonusregulation aus der Sicht des Klienten

Ein Klient kommt zum Entspannungstraining, weil er, „immer wenn eine Pause, Leerlauf eintritt“, körperlich „völlig unruhig“ werde. Dann spüre er „diese Wellen im Körper, dieses Zittern noch viel deutlicher als sonst“. Dann habe er immer das Gefühl, ihm werde es „in seiner Haut zu eng“. Dann müsse er „immer rastlos umhergehen, auf der Suche nach irgendwas“. Oder aber er werde von „endlosen, fruchtlosen Grübeleien geplagt“, wobei er z.B. „wieder und wieder darüber nachdenke, welche Brötchen er am nächsten morgen kaufen“ werde. Er stelle sich das dann „richtig vor, als wäre ich in der Bäckerei und sehe die Brötchen richtig vor mir“. Wenn er „voll beschäftigt sei“, gehe es ihm „eigentlich immer ganz gut, bis auf „die Wellen im Körper, dieses Zittern“, das er „kaum noch unterdrücken könne“. Die Schwierigkeiten habe er schon „seit dem Studium ansatzweise, so richtig aber erst, seit er vor einem Jahr die Stelle bei der Firma X angetreten“ habe. Manchmal habe er „auch Schwindelsymptome gehabt, aber die Ärzte haben nichts gefunden“. Seine Frau meine „so könne es nicht weitergehen. Du bist ja noch nervöser als Dein Vater“.

**Beispiel 1a:** Beobachtungsebene des Therapeuten

Der Klient sitzt bis auf die Hände, die sich unruhig hin- und her bewegen, unbeweglich da, hat den Kopf zwischen die Schultern gezogen. Hals und Nacken wirken angespannt, der Atem ist flach. Die

Stimme klingt gepreßt. Er läßt keine Gesprächspausen zu. Als er über die neue Arbeitsstelle redet, wirkt er traurig und bedrückt.

Wie erkennbar wird, nehmen Klient und Therapeut die Störungen in der Tonusregulation aus sehr unterschiedlichen, aber auch sich ergänzenden Perspektiven wahr.

Der Klient äußert folgende **Zielvorstellungen** hinsichtlich der Behandlung:

**Beispiel 1c:** Zielvorstellungen des Patienten

Der Klient wünscht sich, „das Zittern“ und das „Grübeln“ loszuwerden, damit er „wie früher wieder alles machen“, sich „wieder voll auf die Arbeit konzentrieren“, wieder „besser schlafen“ könne. Er wolle aber auf „keinen Fall hypnotisiert werden oder so was“.

Die diagnostische Eingangsinformation aus dem Beispiel läßt sich nach dem Modell in Abb.1 darstellen:



### 2.3.1 Auswertung der eingangsdiagnostischen Informationen

Der Klient, der vom Arzt überwiesen wurde, zeigt zwar aufgrund seiner Symptome einen starken Leidensdruck, jedoch wenig „Krankheitseinsicht“: stellt an den Behandler die Erwartung, er möge ihm dabei behilflich sein, die beschriebenen Symptome „loszuwerden“, damit er „wie früher“ weitermachen können. Er fürchtet u.U. einen Kontrollverlust („auf keinen Fall hypnotisiert werden“), zeigt zwanghafte Züge, und signalisiert kein Interesse, evtl. nach den Ursachen seiner Symptome zu forschen. Auch scheint ihm nicht an einer tiefergehenden therapeutischen Beziehung gelegen zu sein, sondern erwartet eher eine „Dienstleistung“ des Therapeuten. Durch seine Beobachtung kommt der Therapeut zu der Vermutung, daß der Klient - abgesehen von den sich „aufdrängenden“ Symptomen, wenig Bewußtheit, wenig „Awareness“ auf der leiblichen Ebene hat. Andererseits zeigt sich der Klient gut in der Lage, bildhafte und szenische Vorstellungen zu entwickeln.

Dem Therapeuten erscheint es nicht sinnvoll ist, die vorliegenden **eingangsdiagnostischen Informationen** z.B. durch das *Focussieren der Awareness des Klienten durch diskursive Leibwahrnehmung* zu vertiefen, da dies aufgrund der Kontrollverlustängste und der instrumentellen Zielvorstellungen des Klienten zu Widerständen führen könnte. Er entschließt sich dazu, die Eingangsdiagnostik vorläufig abzuschließen und sofort mit einer Entspannungstechnik zu beginnen, die den Kontrollüberzeugungen und Erwartungen eher entspricht, z.B. einfachen Anspannungs-Entspannungstechniken.

### 2.4 Vorgehen bei Störungen in der eingangsdiagnostischen Phase

Allein durch die eingangsdiagnostischen Wahrnehmungsübungen wie das bereits beschriebene *Focussieren* der Awareness durch diskursive Leibwahrnehmung fühlen sich Patienten häufig entspannt. Geht dies unproblematisch vonstatten, so kann mit dem Einsatz der Entspannungstechnik fortgefahren werden; treten jedoch Störungen auf, muß der therapeutische Prozeß modifiziert und folgende Punkte geklärt werden:

- Konnte der Patient sich nicht auf die Instruktion einlassen, weil er sich blockiert fühlte, traten Ängste auf (evtl. i.S. einer "negativen therapeutischen Reaktion" mit spannungssteigerndem Effekt), oder lagen evasive Tendenzen vor, wollte er innerlich weg, fühlte er sich "auf dem Sprung", dann sollte das gesamte therapeutische Setting (Indikationsstellung, therapeutische Beziehung) überprüft werden, indem der Hintergrund der Störungen eruiert wird. Manchmal zeigt sich, daß eine Einbindung der tonusregulierenden Technik in ein bimodales Vorgehen (z.B. einer Fokaltherapie), oder sogar, daß eine Maßnahme außerhalb des "psychotherapeutischen Milieus" sinnvoller erscheint.
- Anschließend an die Fragen nach der geeigneten Position (Sitzen, Liegende oder stehen) und dem Schließen bzw. Offenhalten der Augen, kann mit dem Patienten an einer Veränderung in Richtung auf das für ihn günstigste therapeutische Setting gearbeitet werden ("brauchen Sie vielleicht ein Kissen?").
- Fühlte er sich durch "tausend" Gedanken behindert? Das "Abgelenktwerden" ist zu Trainingsbeginn als häufig vorkommendes Phänomen zu erklären. Tauchen jedoch erschreckende oder quälende Gedanken, Phantasien, Szenen auf, so sind ähnli-

che Überlegungen wie oben anzustellen.

- gab es bei bestimmten Leibregionen Schwierigkeiten, konnte sich der Klient sich leiblich wenig prägnant wahrnehmen, gab es Körperteile zu denen er überhaupt keinen Zugang fand, die er überhaupt nicht spürte, empfiehlt es sich vor den komplexeren Techniken awarenesssteigernde Mittel zu verwenden. Dies empfiehlt sich auch, wenn der Pat. zwar immer wieder einen Zugang zu einzelnen Leibregionen findet, aber zwischendurch immer "den Faden" verliert.
- Wurden durch die Fokussierung auf den eigenen Leib Mißempfindungen oder Schmerzen prägnanter und verhinderten das Eintreten eines relaxierenden Effektes, erscheint eher eine Schmerztherapie indiziert.
- Fallen dem Therapeuten durch das Studium der Bewegungs- und Ausdrucksphänomene des Klienten erheblich blockierte, eingeschränkte und verzerrte Bewegungen, muskuläre Verspannungen und Erschlaffungen, Polarisierung, d.h. Verspannungen aufgrund gegengerichteter muskulärer Impulse auf, ist zusätzlich zu den das therapeutische Setting betreffenden Überlegungen der Einsatz anderer funktionaler Methoden wie Bewegungstherapie, Heilgymnastik o.ä. (Klein-Vogelbach 1986) zu reflektieren.

## 2.5 Behandlungsplanung

Die diagnostische Ausgangsinformation liefert Kriterien für die zielgerichtete Auswahl einer spezifischen tonusregulierenden Technik. Liegen erhebliche Mängel oder Verzerrungen von Wahrneh-

mung oder Sensibilität und/oder Abspaltungen im Erleben des Leibes oder von Leibregionen vor, ist wie gesagt vom Einsatz relativ komplexer tonusregulierender Techniken abzusehen. Da bei früh geschädigten Patienten auch ein funktionales und übungszentriert angelegtes Vorgehen eine große "thymopraktische Valenz" entfalten kann, besteht die Gefahr, daß schon ein relativ geringfügiges Einwirken auf Muskulatur und Atmung (PME) oder auf die Empfindung der Tiefensensibilität (AT) im "Leibgedächtnis" festgehaltenen **Szenen** aktivieren und aufgrund der geringen Ichstärke zu maligner Konfluenz führt. Um diesen Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen, bieten sich tonusregulierende Techniken an, die gleichzeitig *identitätsstabilisierend* wirken, indem sie z.B. an der eingangsdiagnostisch betriebenen Fokussierung der Awareness und der *leiblichen Selbstexploration* des Patienten anknüpfen. Diese Techniken stellen relativ leicht nachvollziehbare Schritte auf dem Weg dar, "die Einheit von Selbst und Körper als Leibsubjekt ... wiederherzustellen, die Abspaltung des Körpers oder bestimmter Körperregionen ... zu beheben und Konflikte ...aufzulösen"(Petzold 1977a,S.371) und sind gleichzeitig eine ausgezeichnete Vorbereitung zum Erlernen der komplexeren Techniken. In diesem prozeßorientierten "theragnostischen" Vorgehen zeigt sich der Vorteil der Leibzentriertheit der Integrativen Therapie, in der "Körpersprache und körperliche Kommunikation" (Argyle 1979) in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht aufgenommen (Heinl, Spiegel-Rösing 1978; Küchler, v.Salisch 1983; Rumpf,Schomann 1983) und in Form von leiborientierten Interventionen in der therapeutischen Praxis umgesetzt werden (Petzold 1977a; Petzold, Berger 1974a). Behandlungspraktisch ist zu entscheiden, welches Entspannungstechnik für den Klienten am ehesten indiziert sein könnte, bzw. auf welche Kontaktfunktion die **initiale Fokussierung** der Awareness er-

folgen soll. So kann beispielsweise anfangs

- auf die *Perzeption* fokussiert werden, wobei auf sensumotorisch- propriozeptive Gedächtnisinhalte abgehoben wird,
- auf eine *benigne Atmosphäre* abgezielt werden, wobei das szenischen Gedächtnis stimuliert wird,
- ein memorierbares *Bild* benannt werden, wobei multimodal-ikonische Gedächtnisinhalte stimuliert werden sollen,
- eine memorierbare *Szene* evoziert werden, in Richtung auf Evokation des szenischen Gedächtnisses,
- auf der semantisch-verbalen Ebene ein *Satz* induziert werden,
- eine *expressive* Funktion initiiert werden,
- eine *Handlungsaufforderung* erfolgen

Geleitet von den Ergebnissen der Psychotherapieforschung (Shapiro und Shapiro 1982) erscheint es prinzipiell sinnvoll, Komponenten aus dem Repertoire einzelner Entspannungsmethoden i.S. eines **multimodalen Behandlungsansatzes** systematisch zu verbinden.

Es bietet sich z.B. die Möglichkeit an, verschiedene Entspannungstechniken aufeinander aufbauend curricular in *Analogie* zur ontogenetischen Entwicklung des integralen Leibgedächtnisses (senumotorisch-propriozeptiv, atmosphärisch, multimodal-ikonisch, szenisch, verbal-semantisches Gedächtnis) zu vermitteln. Dabei stehen die relativ einfach zu praktizierenden (mehr auf die sensumotorisch-propriozeptive Dimension abzielenden) Techniken am Anfang der Systematik und die komplexere Gedächtnisleistungen (z.B. verbal-semantische Repräsentation) erfordernden, an ihrem Ende.

Mit welcher Technik eingesetzt wird hängt - neben dem spezifischen Krankheitsbild des Patienten - von der Vorerfahrung des Patienten und seiner - eingangsdiagnostisch abgeklärten - vorhandenen Kompetenz zur Tonusregulation ab. Es bietet sich an, die einzelnen Techniken nacheinander anzuwenden, bis sich (symptomorientiert-reparativ) ein hinreichender tonusregulierender Effekt eingestellt hat. Anschließend kann ggf. mit einer anderen Technik (evolutiv-wachstumsfördernd) weitergearbeitet werden.

### 2.5.1 Beispiel zur Behandlungsplanung

Seinen diagnostischen Erwägungen folgend plant der Therapeut, die Behandlung mit der Progressiven Muskelentspannung zu beginnen, die den Kontrollüberzeugungen und Erwartungen des Klienten eher entspricht. Er geht dabei weniger davon aus, daß der Klient damit seine Symptome vollständig beheben könnte, sieht aber die Möglichkeit, daß der Klient durch die Behandlung im unterstützenden therapeutischen Kontext („den Patienten da abholen, wo er ist“) in einen Prozeß eintritt, der ihn zu tieferen Einlassen in seine Problematik und zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung motiviert.

Im Anschluß an die Progressive Muskelentspannung bieten sich in diesem Falle vor allem ein kombiniertes bewegungs- und atemtherapeutisch fundiertes Vorgehen (siehe 5.5) an, das abschließend um Techniken, die *Szenische Stimulierung* (5.10) verwenden, ergänzt werden könnte.

Zu erwägen wäre auch, die Entspannungstechniken früher oder später in den Rahmen eines

Streßbewältigungstrainings zu integrieren.

### 2.6 Therapeutisches Setting und therapeutische Beziehung

Integrative Therapie erfaßt den Menschen "vom Leibe her" und sieht ihn nicht nur als "reparaturbedürftigen Körper", sondern stellt die Wiederherstellung der körperlichen Integrität in den Kontext einer umfassenden Verbesserung der Fähigkeit zu intersubjektiver Korrespondenz (Petzold 1984i).

Durch den Einsatz von Entspannungstechniken soll die Desintegration von "privater Leiblichkeit" und "entleiblichter Medizin" (vgl. Voutta-Voß 1991) überwunden werden. Das komplementäre Rollenverständnis und -verhältnis von Therapeut und Klient bzw. Klientengruppe (die Beziehungsmodalität, vgl. Petzold 1980g) hat auch für die Einbettung der tonusregulierenden Techniken in den therapeutischen Gesamtprozeß eine wesentliche Bedeutung, da im gesamten Therapiesystem der Integrativen Therapie das Ziel der Erreichung intersubjektiver Korrespondenz herausragt. Der Therapeut muß einen Patienten mit dessen wahrnehmungsmäßigen Defizit, Situation und Geschichte unter "wechselnder Perspektive" und mit "rotierender Optik" (Petzold 1988n,S.446) betrachten, darf aber bei der Arbeit "an den Verspannungen" nicht das Finden und Stabilisieren von Identität als wesentliche therapeutische Grundaspekte außer acht lassen" (Hausmann und Meier-Weber 1990,S. 1088). Deshalb widerspricht auch die verbreitetste Form der Anwendung (der übungszentriert-funktionale Modalität zuzurechnenden) gruppengerichteter tonusregulierender Techniken, in der sich Therapeut als "Helfer und Heiler" und die Klienten als "Hilflose und Kranke" in einer ausschließlich sachlich-funktionalen Beziehung (machen-

Relation) zusammenfinden, in der die wechselseitigen Rollenzuschreibungen statisch, d.h. nur in geringem Maße als über Reaktionen und Gegenreaktionen veränderbar definiert werden, diesem Grundprinzip der Integrativen Therapie.

Eine ausschließliche Orientierung des Therapiekonzepts am medizinischen Krankheitsmodell, das sich in verkürzender, reparativer Zielsetzung nur auf die Behebung und Minderung von Störungen und Defiziten richtet, wird in der IT abgelehnt, da hinter diesen Formen der gruppengerichteten Arbeit nicht das Beziehungskonzept einer interpersonalen Begegnung steht, sondern eher - häufig schon bedingt durch die regressionsorientierte Arbeit - mehr die Qualität einer "Pflegehandlung" sichtbar wird. In der IBT steht deshalb auch zu Beginn jeder Anwendung tonusregulierender Techniken die "Beziehungsklärung": der Klient wird ermutigt, seine Phantasien, Erwartungen und Befürchtungen mitzuteilen und seine positiven und negativen Gefühle gegenüber der Person des Therapeuten oder der Situation zu äußern..." (vgl. Petzold 1977a, S.369). Je mehr tonusregulierende Techniken eine konfliktzentriert-aufdeckende Ausrichtung haben, desto stärker müssen in ihnen Deutung und Beziehung in den Vordergrund gestellt, desto differenzierter muß die therapeutische Interaktion reflektiert und den Phänomenen Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand Beachtung geschenkt werden (vgl. Petzold 1988n,S.185-287).

### **2.6.1 Zur Verwendung von Suggestion und hypnoider Zustände**

In vielen Entspannungstechniken spielen **Suggestion und hypnoide Zustände** eine zentrale Rolle. "Suggestion" meint unter kommunikationstheoretischer Sicht, daß in einer Situation mit Aufforderungscharakter keine Alternativen und Wahlfreiheiten gelassen werden, sondern nur eine Möglichkeit ausgewählt wird (vgl. Gheorghiu 1989). Inhaltlich verstehen wir darunter "die Beeinflussung des Denkens, Fühlens, Wollens oder Handelns eines anderen Menschen unter Umgehung seiner rationalen Persönlichkeitsanteile auf der Grundlage eines zwi-



schenmenschlichen Grundvollzugs, der zur affektiven Resonanz führt"(Stokvis und Pflanz 1961). Entsprechend dem psychosomatischen "zweieinheitlichen Affektgeschehen" (Stokvis 1958) wirkt die Suggestion sowohl auf psychische als auch somatische Funktionen, besonders auf den Muskeltonus, auf das Gefäßsystem und alle vom vegetativen Nervensystem innervierten inneren Organsysteme. "Hypnose" ist hingegen auch *ohne* Suggestion anwendbar (Kossak 1993) und wird dann als reine Entspannung definiert (Edmonston 1989). In Hypnose ist die Reaktionsmöglichkeit auf Suggestionen allerdings deutlich erhöht (Weitzenhoffer 1963). Hypnose als reine Entspannung (ohne Suggestionen) und Autogenes Training erzielen nahezu die gleichen Effekte. Das Autogene Training ist ja von Schultz (1932) aus der Hypnose als zeitökonomischeres und schneller erlernbares Verfahren entwickelt worden. Näheres zu hypnotischer Entspannungsinduktion findet sich bei Kossak (1993). Auch das "Neurolinguistische Programmieren (NLP) stellt eine symptomorientierte Ableitung aus der Hypnose dar (Bandler und Grinder 1975).

Auch die IBT arbeitet mit suggestiven Elementen. Voraussetzung ist aber -neben der geklärten therapeutischen Beziehung-, daß zwischen Patient und Therapeut über die Inhalte und Form der Suggestion vorher ein *Konsens* erarbeitet wird. Dabei sollte auch ein in prä- und periverbaler Kommunikation implizierter Konsens immer explizit gemacht werden: "**Ich** will mit **Dir** hier und jetzt über das und das Thema sprechen"(Petzold 1978c,44).

**bei der DGIB und den  
FPI-Publikationen.  
Nachdruck und  
sonstige  
Veröffentlichung –  
auch auszugsweise –  
nur mit Genehmigung  
der DGIB  
([www.iblt.de](http://www.iblt.de))**

**Hinweis zum  
Copyright: Alle Rechte  
für diesen Text liegen**