

Die Integration der somatischen Dimension in IBP

0. Vorbemerkung

Die folgenden Ausführungen stellen ein vorläufiges Positionspapier zur Arbeit mit der somatischen Dimension, mit dem Körper, in IBP dar. In diesem Sinne entsprechen die Ausführungen nicht einer vom Lehrkörper des IBP Instituts anerkannten Lehrmeinung. Vielmehr soll das Positionspapier einen Ausgangspunkt markieren, von dem aus der AAPT (und später das Teacher Forum) einen Weg zu einem Konsens über die aktuelle Lehrmeinung finden können.

Anlass für das Positionspapier ist einerseits eine gewisse Verwirrung, was denn nun offizielle Lehrmeinung sei und was auch nicht, und andererseits die Tatsache, dass sich die Lehrmeinung am IBP Institut in verschiedenen Punkten von der ursprünglichen, von Rosenberg, Morse und Rand formulierten IBP Lehrmeinung entfernt hat, diese erweitert hat. Sei das durch andere Gewichtungen von Elementen von IBP (Atemarbeit, Arbeit mit Segmenten / Release Techniken), oder sei das durch Integration neuen Wissens (Neurobiologie) / Elementen anderer Therapieansätze (insbesondere Somatic Experiencing (SE), Sexual Grounding Therapy (SGT), Life Span Integration (LI)).

1. Grundlegende Bemerkungen zur Stellung des Körpers in IBP: Das KEKSI Integrationsmodell

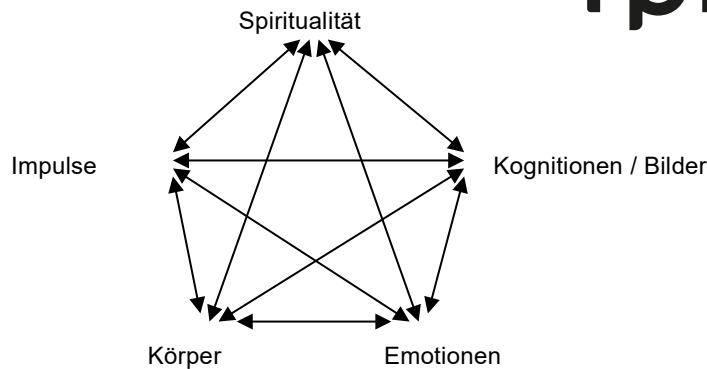
IBP versteht sich als ganzheitliches Therapiemodell, betrachtet den Menschen als ein in verschiedene Seins-Ebenen eingebundenes, bezogenes, verankertes Wesen. Wir unterscheiden:

- personale Dimension (Ich, Selbst)
- interpersonale Dimension (intersubjektive, soziale)
- transpersonale Dimension (spirituelle)

Zum Verständnis der Organisation des Menschen in der personalen Dimension gut geeignet ist das KEKSI-Integrationsmodell: es besagt, dass wir dem Menschen 5 grundsätzliche Seins-Ebenen zusprechen. Manchmal nennen wir diese Ebenen auch Organisations Ebenen oder Erfahrungsebenen. Es sind dies:

- Körperliche Ebene
- Emotionale Ebene
- Kognitive Ebene
- Spirituelle Ebene
- Impuls- oder Behaviorale Ebene

Die Anfangsbuchstaben dieser fünf Ebenen in obiger, bewusst so gewählter Reihenfolge gelesen ergeben das Wort KEKSI. Deshalb nennen wir dieses Integrationsmodell auch KEKSI-Modell.



Die graphische Darstellung in Abb.1 illustriert, wie IBP den Menschen / das Selbst auf personaler Ebene organisiert sieht und wie wir uns die Integration der fünf Organisationsebenen über gegenseitige Vernetzung zu einem Ganzen vorstellen. Bei einem gesunden, gut integrierten Menschen ist jede Ebene mit jeder anderen vernetzt, alle fünf Ebenen kommunizieren permanent miteinander. Wir verstehen den Aufbau dieser Vernetzung in der Entwicklungsphase eines Menschen als zentral für die Entwicklung des Selbst und das reibungslose Funktionieren dieses Netzwerks als unverzichtbare Grundlage zur gesunden Integration der kontinuierlichen persönlichen Lebenserfahrungen ins Selbst.

In der Grafik nicht dargestellt ist die zeitliche Dimension. Das Selbst ist jedoch nichts ab einem bestimmten Entwicklungszeitpunkt Konstantes, nichts Festgefügtes, sondern ein über Zeit sich Veränderndes. Das Selbst steht in kontinuierlichem Fluss, dem Einfluss der fortlaufend stattfindenden Lebenserfahrungen unterworfen, die es lebenslang modifizieren. Es folgt flexibel, elastisch und plastisch den Bewegungen des Lebensflusses. Dass wir uns trotz der relativen Plastizität des Selbst als kontinuierliche Wesen mit einem kontinuierlichen Gefühl von Identität erleben, ist offensichtlich bei kontinuierlich stattfindender Integration gewährleistet und nicht von einer einmal festgefügt Selbststruktur abhängig.

Desintegration versteht sich entsprechend als nicht stattfindende Vernetzung der fünf Ebenen im Rahmen eines die aktuellen Bewältigungsstrategien der Person überfordernden Ereignisses. Im Falle eines traumatisierenden Ereignisses kommt es zu einem heftigen Bruch in der beschriebenen kontinuierlichen Integration der gegenwärtigen Ereignisse, die zum Teil so markant ausfällt, dass die Kontinuität des Gefühls von Identität unterbrochen wird und Betroffene den häufig gehörten Satz aussprechen: „Ich bin seit diesem Ereignis nicht mehr, wer ich vorher war. Ich kenne mich nicht mehr.“

Es ist zu betonen, dass wir die fünf Ebenen als verschiedene Erfahrungsweisen ein und derselben grundsätzlich ganzheitlichen Erfahrung verstehen. Die fünf Ebenen erlauben es dem Menschen, seine Erfahrungen aus verschiedenen Perspektiven zu strukturieren, sie auf verschiedene Weise zu organisieren, was einem bedeutenden evolutionären Vorteil entspricht, indem damit dem Menschen unter den lebenden Wesen eine einzigartige Vielfalt an Orientierungsmöglichkeiten über das gegenwärtige Geschehen und damit eine einzigartige Vielfalt an Reaktionsmöglichkeiten auf die stattfindende Erfahrung zur Verfügung steht.

Dieses Vernetzen erlaubt, dass dieser Mensch seine kontinuierlich erfolgenden Lebenserfahrungen subjektiv erleben, bewältigen, integrieren und nach deren Ende als vergangen erleben, erinnern kann. Auf diese Weise schreibt dieser Mensch ein lückenloses autobiographisches Narrativ. Das gegenwärtige Erleben kann präsent und adäquat erfahren werden und danach zu gelebter und erlebter, integrierter Vergangenheit (Finished Business) werden.

Alle fünf Ebenen interagieren kontinuierlich mit einander, beeinflussen und modifizieren sich gegenseitig. Das bedeutet beispielsweise, dass körperliche Zustände / Empfindungen direkte Auswirkungen auf der emotionalen, der kognitiven, der spirituellen und der behavioralen Ebene haben. Ein Beispiel zu diesem Zusammenwirken: Ein Patient leidet seit einem Unfall an chronischen Schmerzen (somatische Ebene), diese Schmerzen verändern seine Gefühlslage von ausgeglichen zu depressiv,

launisch, ärgerlich (emotionale Ebene), kreieren neue negative Kognitionen wie „Ich kann nicht mehr tun, was mir das Leben lebenswert macht, niemand wird mich so noch wollen“ (kognitive Ebene), lassen den Menschen jedoch zu einem Sucher werden, für den plötzlich Sinnfragen relevant werden (spirituelle Ebene) und verändern mit Sicherheit das Verhalten dieses Menschen (behaviorale Ebene). Umgekehrt, dass Gefühle sich sofort auch in körperlichen Veränderungen niederschlagen. Diese Tatsache kann therapeutisch genutzt werden, indem beispielsweise über gezielte Körperübungen Einfluss auf den aktuellen Gefühlszustand genommen werden kann, oder umgekehrt, dass ein unerwünschter körperlicher Zustand, z.B. Schmerzen, durch die Aktualisierung (imaginative Vergegenwärtigung) von angenehmen Gefühlen positiv beeinflusst werden kann.

Im Folgenden gehen wir, der Zielsetzung dieses Positionspapiers entsprechend, ausführlicher auf die somatische und nur summarisch auf die weiteren Seinsdimensionen des Menschen ein. Auch ist es eine unzulässige Vereinfachung, das ontogenetische Auftauchen der fünf Seinsdimensionen sequentiell darzustellen. In Tat und Wahrheit entwickeln sich diese Erlebensdimensionen zu einem grossen Teil nicht nacheinander sondern zum grössten Teil parallel zueinander. Wir postulieren kein Phasenmodell der Entwicklung der fünf Seinsdimensionen, sondern - analog Daniel Sterns Modell der Entwicklung des Selbstempfindens - ein Stufenmodell zunehmender Komplexität

1.1. Die somatische Ebene: Der Mensch als ein spürendes Wesen

Innerhalb des KEKSI Modells betrachten wir die **somatische Ebene als die basalste, grundlegendste**, was aber nicht gleichbedeutend ist mit wichtiger als die anderen Ebenen. Bezüglich Wichtigkeit sind die fünf Ebenen gleichwertig. Es braucht sie alle, damit Integration gelingen kann. Wir bezeichnen sie als grundlegend, weil sie den Grund legt, auf dem sich bei normaler Entwicklung die vier weiteren Ebenen sukzessive aufbauen. Die körperliche Ebene tritt im Rahmen der ontogenetischen Entwicklung zuerst auf, beginnend mit dem Moment der Zeugung, wenn Eizelle und Spermium verschmelzen. Das entwicklungsmässig früheste, erste Selbst ist nach verschiedenen Autoren ein körperliches Selbst, das sich aus offensichtlichen Gründen allerdings noch nicht artikulieren und noch nicht seiner selbst bewusst werden kann.

William Emerson, Pionier der pränatalen und Geburtspsychologie nimmt an, dass bei gesunder pränataler Entwicklung der Fötus bereits über so etwas wie ein archaisches körperliches Selbstgefühl verfügt. Emerson betrachtet dieses ursprüngliche körperliche Selbstgefühl als wichtigste Ausrüstung des Fötus, um den anforderungsreichen Geburtsprozess gut zu bewältigen, um diesen in aktiver Interaktion mit der Mutter zu gestalten. Wir nehmen an, dass ein in diesem Sinne pränatal körperlich sich gut integrierendes Kind die besten Voraussetzungen mit sich bringt, um die Schritte zur Integration der weiteren KEKSI Ebenen erfolgreich zu bewältigen. Umgekehrt dürfte ein Kind, das bereits in pränataler Zeit heftigem Stress ausgesetzt ist (ungewollt sein / Abortversuch, emotional abwesende oder kranke Mutter, pränatale Toxine wie Alkohol, Drogen) und damit nicht in Ruhe und Frieden seinen entstehenden Körper in Besitz nehmen kann, über keine gute Ausgangslage zur Integration der weiteren KEKSI-Ebenen hat. In einem solchen Fall wird es mit grosser Wahrscheinlichkeit zu kompensatorischen Entwicklungen im Sinne von subjektiv als überlebenswichtig eingestuftem Verhalten, das aber nicht den wahren Selbstbedürfnissen (D.W. Winnicott) dient. Diese Form der Anpassung des Kindes an die elterlichen Bedürfnisse führen oft zu einer übermässig stark ausgeprägten kognitiven Ebene, die sich dann durch rigides, zwanghaftes, narzisstisches Denken auszeichnet. In IBP Terminologie entspricht das einem stark ausgeprägten Schutzstil / Charakterstil.

Wir arbeiten mit der **Hypothese, dass kontinuierliche Integration der Lebenserfahrungen einer funktionierenden körperlichen Integrationsebene bedarf**. Das bedeutet umgekehrt, dass Menschen, bei denen diese Ebene nicht gut funktioniert, Schwierigkeiten haben mit der Integration ihrer Lebenserfahrungen, insbesondere von mit Stress verbundenen Erfahrungen. Und das bedeutet auch,

dass solche Menschen schon mit „normalen“ Lebensanforderungen rasch überfordert sind, diese nicht bewältigen können, nicht in ihre autobiographisches Narrativ einbauen können. Dieser Zustand entspricht einem Teufelskreis: Wegen der fehlenden somatischen Verankerung geraten diese Menschen rascher in Stress und wegen ihres oft chronischen Stresszustandes fällt es ihnen schwerer, somatisch integriert zu sein. Es entsteht eine Spirale, ein eigentlicher Sog in Richtung Desintegration und Krankheit. Entsprechend setzen unsere therapeutischen Bemühungen beim Durchbrechen dieses Teufelskreises an, indem wir versuchen, einem solchen Menschen zu helfen, sich somatisch besser zu verankern. Dieses vordringliche Therapieziel streben wir über drei hauptsächliche Vorgehensweisen an: (1) Aufbau resp. Verbesserung der Körpererigenwahrnehmung. Wir sprechen von besserem Körperkontakt. (2) Aufbau eines kohärenten, adäquaten, positiv besetzten Körperbildes, (3) Erfahren des eigenen Körpers als Ressource.

Körperlich gut integriert zu sein, heisst nicht zwangsläufig, körperlich besonders achtsam oder bewusst zu sein. Die Verankerung im eigenen Körper, das integriert-Sein auf körperlicher Ebene, läuft beim gesunden Menschen fast ausschliesslich unbewusst. Das Gehirn bringt seinem Besitzer sinnvollerweise bevorzugt unbekannte, neue Wahrnehmungen ins Bewusstsein, insbesondere solche, die es mit möglicher Gefahr oder mit Attraktivität assoziiert. Alle anderen, quasi alltäglichen körperlichen Wahrnehmungen bewertet und verarbeitet das Gehirn ohne unser bewusstes Zutun aufgrund der lebensgeschichtlich bis zu diesem Zeitpunkt gemachten Vorerfahrungen. So sind sich gesunde Menschen ihrer körperlichen Wahrnehmungen oft nicht besonders bewusst, was für das Überleben auch nicht nötig und für das Alltagserleben sogar störend wäre. Gesunde können somatisches Bewusstsein jedoch problemlos und rasch erlernen, finden schnell einen Zugang zu ihrem Körpererleben, wenn man sie dazu anleitet. Ganz anders ist das bei körperlich desintegrierten Menschen, denen es ausgesprochen schwer fällt, ihren Körper bewusst wahrzunehmen. Diese Menschen sind von ihrem Körper abgespalten, dissoziiert. Zudem sind Körper und Körperwahrnehmung meist negativ besetzt, werden abgelehnt und gefürchtet. Und das mit gutem Grund, denn für diese desintegrierten Menschen kommt es dem Öffnen einer Pandorabüchse gleich, wenn sie sich für das eigene Körpererleben öffnen. Das stimmt insbesondere für traumatisierte Menschen.

Damit sind wir beim körperpsychotherapeutischen **Modell des Körpers als Container der bisherigen Lebenserfahrungen**. Es ist eine vielfach beobachtete empirische Tatsache, dass wir in unserem Körper Erinnerungen an viele (ev. sogar an alle?) Lebensereignisse aufbewahren. Dies gilt für ressourcenhafte, nährnde Erfahrungen genauso wie für belastende, verletzende bis sogar traumatisierende Erfahrungen. Dass das für verletzende Erfahrungen zutrifft, ist den meisten Menschen sofort plausibel und insbesondere im Bereich Trauma über das Phänomen der Flashbacks hinlänglich bekannt. Wir alle kennen die Erfahrung, dass eine alte Verletzung schlagartig wieder gegenwärtig und schmerzhaft spürbar sein kann, wenn in der Gegenwart ein passender Auslöser (Trigger, Reminder) in Form einer parallelen oder ähnlichen Erfahrung auftritt. Körperpsychotherapeuten kennen diesen Mechanismus in besonderem Masse, weil bei ihrem therapeutischen Vorgehen gezielt auf die Entspannung von chronischen körperlichen Verspannungsmustern hin gearbeitet wird. Über chronisches Anspannen von Muskeln und anderen Körpergeweben hält der Körper Empfindungen und Gefühle, die einen Menschen im Zeitpunkt einer belastenden Erfahrung überfordern, unter Kontrolle, vom bewussten Erleben fern. Damit erspart er dem Menschen im Moment eine schmerzhaft Erfahrung, was insbesondere im Kindheitsalter eine sinnvolle Schutzreaktion darstellen kann. Dieser Schutz, wenn er langfristig aufrechterhalten wird, hat allerdings einen zweifachen Preis. Erstens ist der Körper von nun an mindestens partiell chronisch verspannt und schränkt damit seine Resonanzfähigkeit, seine Lebendigkeit, seine Adaptationsfähigkeit und seine Stresskapazität ein. Und zweitens verbleibt das solchermassen abgekoppelte Ereignis in einer Art erstarrtem, kondensiertem Zustand im Körper, unerlebt und einer Sprengmine vergleichbar, die jederzeit explodieren kann. Wir sprechen im Sinne der Gestalttherapie von Unfinished Business, unerledigten Geschäften oder von Pendenzen, die im

Körper gespeichert bleiben. Pendenzen im Übrigen, die wie alle Pendenzen auf Erledigung warten. Im Sinne des Modells des dem Lebendigen innewohnenden Impulses zu Selbstreorganisation und Selbstheilung, drängt der Körper nämlich unweigerlich seiner Ganzwerdung, das heisst der Heilung unerledigter Erfahrungen entgegen.

Unsere gesammelten Lebenserfahrungen, sowohl die nährenden als auch die stressgeladenen, unerledigten, formen über ihren körperlichen Niederschlag unseren Körper. Die nährenden halten den Körper flexibel, adaptionsfähig und stressresilient, unterstützen effizientes Funktionieren des Körpers. Die unerledigten, belastenden Erfahrungen führen zu chronischen Verspannungen in den Geweben, machen den Körper rigid und beeinträchtigen dessen gesundes Funktionieren. Der Körper enthält und widerspiegelt somit unsere Lebensgeschichte, gleicht einem riesigen Archiv unserer bisher gemachten Erfahrungen. Es ist zentral wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass es nicht primär auf die „objektive“ Art einer Erfahrung (gut oder schlecht, von aussen gesehen) ankommt, sondern darauf ob der Organismus die Erfahrung integrieren kann (Finished Business) oder mit der Integration überfordert ist (Unfinished Business). Eine „objektiv schlechte“ Erfahrung (z.B. ein körperlicher Übergriff) wird, wenn sie voll integriert wird (z.B. durch die erfolgreiche Abwehr des Übergriffs) zu einer „subjektiv guten“ und damit stärkenden Erfahrung. Nicht das Ereignis an sich ist entscheidend sondern die subjektive Reaktion darauf.

Mit den in diesem Kapitel gemachten Ausführungen wollen wir die herausragende, wie gesagt Grundlegende Bedeutung der körperlichen Seinsdimension des Menschen betonen.

1.2. Die emotionale Ebene: Der Mensch als ein fühlendes Wesen

Erst mit zunehmender Differenzierung des Gehirns (insbesondere des limbischen Systems mit den beiden Amygdalae) kommt die nächste KEKSI Ebene zum Tragen, die emotionale. Mit dem Auftauchen der Fähigkeit, sensorische Erfahrungen (Empfindungen, engl. *sensations*) zusätzlich mit einer emotionalen Tönung (Gefühlen, engl. *feelings*) zu versehen, eröffnen sich dem sich entwickelnden Kind ganz neue Möglichkeiten der Orientierung über und der Adaptation an gegenwärtiges Geschehen. Ab welchem Zeitpunkt Kinder emotionsfähig sind, ist eine offene Frage. Mit einiger Wahrscheinlichkeit setzt diese Fähigkeit aber schon in der pränatalen Lebensphase ein. Mit Sicherheit können Ungeborene Stress wahrnehmen und darauf reagieren. So wurde beobachtet, wie Ungeborene bei ultraschallgesteuerten Fruchtwasser Punktionen mit einer Beschleunigung von Puls, Atmung und Motorik reagieren, untrüglichen Zeichen einer Aktivierung des Stresssystems. Es wurde sogar festgestellt, dass Ungeborene aktiv versuchen, der Schmerz verheissenden Punktionsnadel auszuweichen. Ob sie dabei auch bereits Gefühle, beispielsweise Angst, erleben, ist noch ungeklärt. Selbstverständlich könnte ein solches Verhalten auch rein reflektorisch vermittelt werden. Bei regressiven therapeutischen Arbeiten mit pränatalen Inhalten, erleben Patienten regelmässig heftige Angst bis Panik, teilweise Wut, Resignation. Das regressive Erleben 1:1 auf die frühkindliche Situation zu übertragen und die in der regressiven Situation auftretenden Emotionen als Zeichen dafür zu werten, dass die Patienten diese Gefühle auch schon damals in der Originalszene erfahren haben, scheint eine gewagte Hypothese. Eher wahrscheinlich scheint, dass die Patienten ihre damalige Situation im Moment des Wiedererlebens in der Regressionssituation mit aktuellen, quasi erwachsenen Gefühlen assoziieren. Das ist ganz offensichtlich therapeutisch hilfreich zur Integration von pränatalem Unfinished Business, kann aber nicht als Beweis pränataler kindlicher Emotionen gewertet werden, wie das in Kreisen pränataler Therapeuten allzu leichtfertig geschieht.

IBP Emotionstheorie

Es gibt bisher keine ausformulierte Gefühlstheorie in IBP. Diese Arbeit ist noch zu leisten. Ausgangspunkte werden dabei wohl die klassischen Gefühlstheorien sein. Diese postulieren 8 primäre Emotionen und sekundäre Gefühle. (Es ist eben gezeigt worden, dass die Theorie der dem Menschen

angeborenen acht Grundemotionen (Wut, Freude, Ekel, Überraschung, Trauer, Angst, xxx) nicht haltbar ist. Das transkulturelle Auftreten dieser als Grundemotionen betrachteten Emotionen konnte nicht bestätigt werden. Mindestens einige von ihnen sind nicht von allen Kulturen lesbar und sind deshalb eher erlernt.

Entwicklungsgeschichtlich entscheidend ist die Integration des menschlichen Gefühlsspektrums. Kleinkinder müssen lernen, Gefühle anderer zu erkennen und die eigenen Gefühle wahrzunehmen, ernst zu nehmen und auszudrücken (nonverbal und später auch verbal). Diese Funktionen werden als Affektregulation zusammengefasst. Sie ist eine entscheidende Funktion, um im Leben Befriedigung, Intimität, Liebe erfahren zu können. Niemand kommt mit idealer Fähigkeit zur Affektregulation aus der Zeit der kindlichen Entwicklung heraus. Immer sind gewisse Gefühle teilweise oder ganz unintegriert. Entsprechend ist Integrieren entfremdeter Gefühlsqualitäten ein vordringlicher Grund, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen und einer ihrer Hauptinhalte. Es hat sich gezeigt, dass die Integration entfremdeter Gefühle am leichtesten möglich ist, wenn es gelingt, die Aufmerksamkeit von Patienten auf ihre jeweiligen Körperempfindungen zu lenken, die zu einer Gefühlsqualität gehören. Hier zeigt sich ein weiteres Mal die unverzichtbare Rolle der körperlichen Ebene zur Integration menschlichen Erlebens. Jeder Affekt, jedes Gefühl zeichnet sich durch eine typische Kombination von körperlichen Empfindungen aus. Das (Wieder-)Erkennen dieser Empfindungs-Kombination, erlaubt es einem Menschen, ein Gefühl zu erkennen und darüber hinaus, es zu benennen (zu symbolisieren), womit es auch verbal kommunizierbar wird. Eltern können ihrem Kind bei der Integration von Gefühlen nur so weit helfen, als sie selbst diese Gefühle integriert haben, das heisst, sich mit ihnen wohl fühlen. Von den Eltern nicht integrierte Gefühle (z.B. Wut, Trauer, Angst, Freude), bleiben wahrscheinlich ungespiegelt oder sogar aktiv abgewertet, wenn das Kind sie zu auszudrücken versucht. Damit können sie vom Kind nicht nur nicht ins persönliche Affektrepertoire integriert werden, sondern sie und die mit ihnen notwendigerweise einhergehende Aktivierung des ANS müssen vom Organismus aktiv kontrolliert, verdrängt, vermieden werden. Das führt zwangsläufig zu substantieller Selbstentfremdung mit Abspaltung, Projektion, Ausagieren und anderen Formen defensiven Umgangs mit Gefühlen. Mitunter ein Hauptgrund für psychische und somatische Beschwerden und ab einem bestimmten Ausmass einhergehend mit Schwierigkeiten in nahen, intimen Beziehungen.

Die Anforderungen an Eltern gelten analog für PsychotherapeutInnen: sie müssen das Spektrum der Gefühle möglichst umfassend integriert haben, um Patienten den therapeutischen Experimentierraum anbieten und diesen auch bei heftigeren Gefühlen halten zu können, der diesen Patienten erlaubt, ihre desintegrierten, abgewehrten, ausagierten Gefühle authentisch ausdrücken, zu erleben und auf diese Weise langsam mit ihnen vertraut zu werden (= sie zu integrieren).

1.3. Die kognitive Ebene: Der Mensch als vernünftiges, denkendes, planendes und zu Selbstreflexion fähiges Wesen

Im Verlaufe der Ontogenese entwickeln wir Menschen als dritte Ebene unsere kognitiven Fertigkeiten, also unsere Fähigkeit, zu denken, zu planen, die Umwelt und das Selbst bewusst wahrzunehmen.

Psychotherapeutisch besonders relevant ist dabei die Fähigkeit zur Selbstreflexion, wozu wir zu einer partiellen Ichspaltung fähig sein müssen. Diese erlaubt es uns, gleichzeitig beobachtendes Ich (innerer Zeuge, engl. *witness*) und beobachtetes Ich zu sein. Die Witness-Funktion ist eine unabdingbare Voraussetzung für zentrale Techniken von IBP: insbesondere für Achtsamkeit / Gewahrsein (engl. *awareness*) von Empfindungen, Gefühlen, Gedanken, Intuitionen, inneren Bildern, Impulsen / Bewegungen und Analysieren von eigenen Fühl-, Denk- und Verhaltensmustern. Ebenso benötigen wir die Witness-Funktion für Techniken des Self-Parenting, bei denen sich der innere Erwachsene um das bedürftige innere Kind kümmert und ihm in der Kindheit vermisste und verpasste Gute Eltern Botchaften Erfahrungen von Zugehörigkeit, Liebe, Anerkennung, Wertschätzung etc. vermittelt.

Eine entscheidende Funktion der kognitiven Ebene betrifft die Konstruktion des Selbstbildes, und - als ein Teil des Selbstbildes - das Körperbild. Körper- und Selbstbild werden von unserem Gehirn aus den lebensgeschichtlichen Erfahrungen abgeleitet (konstruiert). Sie haben damit eminent subjektiven Charakter und widerspiegeln nicht notwendigerweise die realen damaligen Verhältnisse. Von zentral prägender Bedeutung sind dabei die frühen Objektbeziehungserfahrungen, also die Art und Weise wie unsere frühesten Bezugspersonen, in der Regel die Eltern, auf unsere frühkindlichen Bedürfnisse nach Sicherheit, Nahrung (physische und emotionale), Schutz, emotionalem Einschwingen (engl. *emotional attunement*) / adäquater Spiegelung unseres kindlichen Erlebens, Eigenraum etc. eingegangen sind oder diese missachtet bis verletzt haben. Je nach Gelingen oder Misslingen dieses Zusammenspiels zwischen werdendem Selbst und Betreuungspersonen, resultieren für das Kind basale Ressourcen / ein gut integriertes Selbstempfinden mit wenig „falschem Selbst“ (D.W. Winnicott) oder basale Selbst-Verletzungen / ein wenig integriertes Selbstempfinden mit beträchtlichem falschem Selbst (= beträchtliches Ausmass an Unfinished Business aus dem Ursprungsszenario (überflutender oder verlassender / defizitärer Art; und beträchtliches Ausmass an defensivem Verhalten (Charakterstil) und kompensatorischem Verhalten (Agency)).

Von Michael Balint stammt das in IBP eingegangene Konzept der Grundstörung (engl. *Basic Fault*), unter dem Balint die psychischen Überreste mangelhafter Kindererziehung versteht. Auf das ganzheitliche IBP Modell extrapoliert können wir den Basic Fault definieren als die Summe der aus den frühesten Verletzungen des Selbst resultierenden Residuen. Die Verletzungen des Selbst betreffend beide in IBP beschriebenen Arten kindlicher Verletzungen, also sowohl Überflutungserfahrungen (= mangelnder Respekt vor Bedürfnis nach Eigenraum) als auch Verlassenheits-/Defiziterfahrungen (=mangelnde Erfüllung von Bedürfnissen nach Kontakt, Anerkennung, Zugehörigkeit).

Die Verletzungsresiduen manifestieren sich auf allen fünf Seinsebenen. Auf der kognitiven Ebene zeigen sich diese Residuen in Form negativer Glaubenssätze (Einschärfungen, Gebote, Verbote) das Selbst betreffend. Der Basic Fault beschränkt sich aber nicht auf die kognitive Ebene, sondern zeigt sich genauso auf der somatischen, der emotionalen, der spirituellen sowie der Verhaltensebene. Auf der somatischen Ebene manifestiert er sich über chronische Spannungs- und Haltungsmuster, die ab einem gewissen Ausmass über Zeit fast zwangsläufig zu körperlichen Beschwerden führen werden. Auf der emotionalen Ebene manifestiert sich der Basic Fault auf zwei hauptsächliche Weisen. Einerseits über ein anhaltend depressives Lebensgrundgefühl, mit charakteristischem Leeregefühl (die angstmachende „leere Leere“, engl. *empty void*). Andererseits über einen für eine bestimmte Person typischen, regelmässig auftauchenden, meist sehr bedrängenden Gefühlskomplex, der sich durch Gefühle von Scham, Schuld, Leere, Unwert, Minderwertigkeit, Falschsein, Nicht-Ok-sein, Schlechtsein, Unerwünschtheit etc. auszeichnet. Die Transaktionsanalyse spricht in diesem Zusammenhang von Lieblingsgefühlen (engl. *racket-feelings*), weil Betroffene diese Gefühle mit einer Ausenstehende (z.B. Therapeuten) irritierenden und befremdlichen Treue und Regelmässigkeit „aufsuchen“. Das hat zu tun mit der sehr weitgehenden Identifikation einer Person mit ihrem Basic Fault und dem mit ihm verbundenen Gefühlskomplex, der untrennbar mit dem Selbstbild verbunden ist. Deshalb ist dieser Gefühlsort – scheinbar paradoxerweise, weil subjektiv mit allenfalls extremem Leiden verbunden – auch mit einem Gefühl von Vertrautheit und Heimat assoziiert und entsprechend attraktiv. Desidentifikation mit dem Basic Fault ist folglich ein wichtiger Schritt bei der Arbeit mit dem Basic Fault („Ich habe einen Basic Fault, aber ich bin nicht mein Basic Fault“). Spirituell äussert sich der Basic Fault hauptsächlich mit innerer Leere, fehlendem Sinn und unterbrochenem Bezug zum und fehlendem Aufgehobensein im Grösseren Ganzen. Auf der Verhaltensebene schliesslich äussert sich der Basic Fault über Verhaltensweisen, die nicht erwachsenen, den wahren Interessen des Selbst entsprechenden Zielen dienen, sondern infantilen Zielen. Dafür typische Verhaltensmuster sind Wechsel zwischen Selbstüberhöhung (Grandiosität) und Selbsterniedrigung (Selbsthass), Manipulation, Projektion,

Vermeidung, Selbstaufgabe, Isolation, Kompensationswünsche / Anspruchsverhalten (scheinbares Recht auf Wiedergutmachung).

Der Basic Fault ist von zentraler Bedeutung, weil er die Stabilität, respektive Instabilität des Selbst und dessen Anfälligkeit für Fragmentierung zum überwiegenden Teil determiniert. Das Erkennen des Basic Fault ist besonders schwierig, weil er in der Regel nicht auf ein einzelnes erinnerbares Trauma zurückzuführen ist, sondern auf mehr oder weniger subtile Verletzungen kindlicher Grundbedürfnisse, deren konsequentes Auftreten so prägend wirkte. Der Basic Fault wird, wie schon Freud sich ausdrückte, nicht kognitiv erinnert. Die Erinnerung an ihn äussert sich über den anfangs völlig unbewussten Zwang zu seiner Wiederholung in aktuellen Beziehungen. Erkennen des eigenen Basic Fault und seiner starken Tendenz zum Wiedererleben / zur Reinszenierung in aktuellen Beziehungen, seine Bearbeitung sind eine Kernaufgabe von Psychotherapie, insbesondere bei Patienten mit instabilem Selbst und den üblicherweise damit einhergehenden chronischen Schwierigkeiten mit nahen Beziehungen. In der Therapie kann (muss) dieses Wiederholungsphänomen genutzt werden, weil sich der Basic Fault unweigerlich im Verlauf der Therapie in der Übertragungsbeziehung reinszenieren wird.

Auch für die Arbeit am Basic Fault ist die somatische Dimension entscheidend. Zu spüren, wie dieser im Körper gespeichert ist, aktiv gehalten und sogar aktiv reinszeniert wird („ich mache mit mir selber, was früher mit mir gemacht worden ist“), zu erkennen, wie Körper (und Geist) fast masochistisch-zwanghaft immer wieder in den Basic Fault zurück wollen, ist der Schlüssel zu seinem Verarbeiten, zur Desidentifikation mit ihm, zum Erkennen, dass ich einen Basic Fault habe, aber nicht mein Basic Fault bin.

Einschub:

Es ist eine verlockende Idee, im Sinne von Ausgewogenheit zwischen pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive ein positives Gegenstück in Analogie zum Basic Fault Komplex zu formulieren. Dieses bestünde aus dem Niederschlag der prägendsten nährenden frühkindlichen Erfahrungen (Ressourcenerfahrungen) auf den fünf Seinsebenen: Dieser Komplex – man könnte ihn Basic Resource Komplex nennen, oder etwas romantisch Basic Treasure Komplex – zeigt sich auf körperlicher Ebene (Wohlbefinden = Jack Lee Rosenbergs Sense of Wellbeing), emotionaler Ebene (Ausgeglichenheit, positives Lebensgrundgefühl, Gelassenheit, Zuversicht), kognitiver Ebene (positive Glaubenssystem das Selbst betreffend), spiritueller Ebene (Geborgenheit in und Verbundenheit mit dem Grösseren Ganzen) und Verhaltensebene (Verhaltensweisen, die erwachsenen, primären Bedürfnissen des Selbst entsprechen und diese in einen guten Kompromiss mit den Bedürfnissen anderer bringen). Dieser Basic Ressource Komplex begründet eine basale Selbststärke, Stressresilienz.

1.4. Die spirituelle Ebene

Das Verständnis des Menschen als spirituelles Wesen ist Inhalt einer weiteren Arbeitsgruppe des Ausbildungsausschusses Psychotherapie.

Die spirituelle Dimension des Menschen beinhaltet Themen wie „Der Mensch in einem grösseren Ganzen“, „Das wahre Wesen des Menschen“, „Der Sinn des Lebens“ etc.

Angesichts der Tatsache, dass IBP für sich sehr selbstverständlich in Anspruch nimmt, die spirituelle Dimension des Menschen in seinem Therapiesystem integriert zu haben, „eine fundamental transpersonal ausgerichtete Psychotherapieform zu sein“ (von Jack, Beverly, Andrea mit etwa diesen Worten sehr betont), ist es erstaunlich, wie wenig diese spirituelle Dimension ausgebaut ist, mit konkreten Vorstellungen und daraus abgeleiteten integrierenden Übungen. Andrea Juhan war die einzige in unserem Teacher staff, die in diesem Bereich explizit tätig gewesen ist. Sie hat das auf eine persönliche, ihr gemässe Art gemacht. Dieser Freiraum war Andrea auch bewusst gewährt worden, in

Ermangelung eines ausformulierten Curriculums zur Vermittlung der transpersonal-spirituellen Dimension. Das hat für die Studierenden teilweise gut funktioniert, zum Teil aber auch eine rechte Ratlosigkeit hinterlassen. Nun da Andrea nicht mehr als IBP Ausbilderin zur Verfügung steht, ist der richtige Moment gekommen, eine konsensfähige Lehrmeinung in diesem Bereich zu entwickeln. Denn grundlegendste Fragen sind völlig ungeklärt, beginnend bei der basalsten diesbezüglichen Frage „Was verstehen wir unter Spiritualität?“. Gut, dass die Arbeitsgruppe sich nun dieser Fragen annimmt, damit wir in absehbarer Zeit klarer sagen können, was es für uns bedeutet, und was es auch nicht bedeutet, wenn wir sagen, IBP integriere auch die spirituelle Dimension des Menschen.

1.5. Die Impuls- oder Verhaltensebene: Der Mensch als Handelnder

Die Impulsebene ist diejenige Ebene, auf der der auf körperlicher Ebene empfangene, auf emotionaler und kognitiver Ebene mit Bedeutung versehene und im Abgleich mit den Vorerfahrungen bewertete sensorische Input zu einer Reaktion des Organismus führt. Der Reizreaktionszyklus (vergl. die ausführliche Darstellung in: Fischer, Markus: Kommunikation, Mobilisation und Dissoziation, die drei grundlegenden Strategien zur Stressregulation; www.ibp-institut.ch) kommt an dieser Stelle in seine exekutive, reaktive Phase; es wird eine adaptive Handlung ausgelöst. Die Reaktion hat zum Ziel, den Organismus möglichst optimal an die aktuelle Situation, den aktuellen Reiz, die aktuelle Herausforderung zu adaptieren. So sollte das jedenfalls sein und ist es in der Regel bei psychisch gesunden Personen auch. bei psychisch Kranken kann man jedoch nicht davon ausgehen, dass deren reaktive Handlungen wirklich wahren Interesse der Person liegen würden. Allzu oft handeln psychisch gestörte Personen nicht aus wirklichem Selbst-Respekt. Ein Beispiel dafür ist eine Patientin, die immer wieder traumatisiert wird, weil sie keinen Zugang zu Fluchtverhalten hat, dieses mit Feigheit assoziiert und stolz ist, dass sie den Kampf der Gerechten führt und auch dann zu Kampfverhalten Zugriff nimmt, wenn eindeutig absehbar ist, dass dieses nicht zum Erfolg führen wird, sondern im Gegenteil in einer schmerzhaften Niederlage mit nachhaltigen körperlichen und psychischen Schäden enden wird.

Unser Handlungsspektrum beschränkt sich auf drei prinzipielle Strategien, die drei Stufen in der Evolution von Reiz- respektive Stressbewältigung entsprechen:

(1) Kommunizieren: gemeint ist unser spezifisch menschliches, vorwiegend verbales Kommunizieren und wird vom ventral vagalen Anteil des ANS vermittelt, dem sog. Sozialen Nervensystem. Es ist dies die evolutionsmässig jüngste, quasi modernste Stressbewältigungsstrategie. Sie zeichnet uns Menschen speziell aus, ist hoch entwickelt und erlaubt subtilstes Aushandeln, Klären, auf einander Eingehen, Kompromissfindung, Gefühlsausdruck etc.. Sie muss erlernt werden, ist also vom elterlichen Vorbild abhängig. Sie ist umso zugänglicher, je mehr der Organismus in Homöostase ist. Unter Stress fährt das Gehirn diesen Modus zunehmend zurück und greift auf die übrigen zwei Modi zurück.

(2) Mobilisieren: bedeutet den Körper in Bewegung setzen und wird vom Sympathicusanteil des ANS vermittelt und entspricht dem evolutionsmässig mittelalterlichen System zur Stressregulation. Die erste Stufe von Mobilisation besteht im Orientierungsreflex (auch Überraschungsreflex genannt), der auftritt, wenn der Organismus etwas Neuem, Unbekanntem begegnet, v.a. wenn sich um etwas potentiell Bedrohliches oder Attraktives handelt. Der Orientierungsreflex beinhaltet eine Reihe physischer und emotionaler Reaktionen: Ausrichten der Sinnesorgane auf die Reizquelle (Kopfdrehung, Pupillenweitung, Ohren schärfen), Pulsbeschleunigung, Atemanhalten. Allenfalls wird die Angstreaktion gestartet. Die zweite Stufe von Mobilisation besteht in der Aktivierung von Kampf- oder Fluchtverhalten. Geht die Bewegung des Organismus auf das Reiz-Objekt zu, so entspricht das Kampfverhalten, Aggression (Aggression nicht nur im Sinne von Überlebenskampf sondern auch im Sinne von Begegnung, Auseinandersetzung). Das Ziel von Kampf ist Unschädlichmachung eines Angreifers oder – bei einem attraktiven Reiz-Objekt – Kontaktaufnahme. Erfolgreiches Kampfverhalten wirkt sehr stärkend über die Erfahrung „Ich kann mich mit Erfolg zur Wehr setzen“, Resp. „Ich kann Kontakt machen, wenn ich das will.“ Führt die Bewegung vom Reiz-Objekt weg, so ordnen wir das dem

Fluchtverhalten zu. Ziel von Flucht ist ein sicherer Ort, wo keine Bedrohung herrscht. Erfolgreiche Flucht stärkt das Selbst durch die Erfahrung „Ich kann mich retten, in Sicherheit bringen, wenn es nötig ist.“

Mobilisation

(3) Immobilisation: bedeutet Erstarrung, Lähmung des motorischen Systems, Einfrieren der Bewegung (deshalb auch Totstellreflex genannt, oder mit dem englischen Ausdruck *freeze*-Reaktion). Die Erstarrungsreaktion ist häufig gepaart mit Dissoziation, worunter man allgemein Abspalten von körperlichem Empfinden und / oder emotionalem Erleben vom bewussten Erleben versteht. Es wird vom sogenannten dorsal vagalen System des ANS vermittelt und entspricht der evolutionsmässig ältesten Strategie zum Umgang des Organismus mit Stress. Ähnlich einer Stromsicherung stellt es den Organismus ruhig, wenn ein gewisser Stresslevel überschritten wird.

Bei einem Grossteil von Unfinished Business, das psychotherapeutisch bearbeitet wird, geht es darum im Moment des aktuellen Ereignisses inkomplett gebliebene Bewegungsimpulse zu komplettieren, also nachträglich zu vervollständigen (finishing unfinished business) und damit zu integrieren. Das ist eine Arbeit, die vorwiegend auf somatischer Ebene stattfindet, stattfinden muss, damit sie funktioniert. Das heisst somatische Präsenz in Form von aufmerksamem Gewahrsein von Impulsen und Bewegungen steht im Zentrum dieser Arbeit. Wir benutzen ein Modell, das einen Bewegungsablauf in fünf Phasen einteilt: (1) Impuls zur Bewegung, (2) Kraftaufbau in den zu beteiligenden Muskelgruppen, (3) Beginn der Bewegung, (4) Durchziehen der Bewegung, (5) ins Ziel bringen der Bewegung und Bewegungsabschluss. , um sicherzustellen, dass eine Bewegung vollständig durchlebt und damit integriert wird. Die fünf Phasen sind

1.6. Die intuitiv-imaginative Ebene

Die imaginativen und die intuitiven Fähigkeiten des Menschen sind im Integrationsmodell der kognitiven Ebene zugeordnet, obwohl sie klar eigenständige Charakteristika aufweisen, die sich mit den traditionell als kognitiv eingestufteten Fertigkeiten nicht decken. Den Dimensionen von Imagination und Intuition wird hier gesondert Raum gegeben, um zur Diskussion zu stellen, ob eine / beide so eigenständig und bedeutsam sind, dass sie im bisher aus fünf Ebenen bestehenden Integrationsmodell eine eigene Ebene einnehmen sollen, das Modell damit sechs- oder sogar sieben-dimensional wird. Imagination bezeichnet die Fähigkeit, innere Bilder zu produzieren. Obwohl klar ist, wie bedeutsam, dass diese Fähigkeit für das psychische Befinden eines Menschen ist, wird erstaunlicherweise diese Fähigkeit kaum thematisiert und in Psychotherapie Ausbildungen nur selten gelehrt. Dabei gibt es so bedeutsame Befunde wie die Erkenntnis, dass all unser Denken, unsere Sprache an die Fähigkeit gebunden ist innere Bilder zu entwickeln. Symbolisierung von konkreten Gegenständen und abstrakten Begriffen ist offenbar auf die Fähigkeit, innere Bilder zu schaffen, angewiesen. Gewisse Formen von Legasthenie scheinen mit einer Schwierigkeit, für abstrakte Begriffe innere Bilder zu schaffen, zusammen zu hängen. Entsprechend wird diese Störung dadurch angegangen, dass dem Kind geholfen wird, abstrakte Begriffe mit Bildern zu assoziieren (Davis Methode).

Überhaupt scheint Imagination eine Grundfunktion des psychischen Funktionierens zu sein und viele therapeutische Ansätze arbeiten damit, Patienten dabei zu helfen, störende innere Bilder (z.B. traumatische Residuen, Intrusionen) zu verarbeiten und / oder durch neue heilsame Bilder zu ergänzen. In IBP beruht das Konzept der korrigierenden Erfahrung auf diesem Ansatz: wir ermöglichen es dem Organismus, den störenden Originalfilm, bei dem der Patient sich als nicht erfolgreich (ausgeliefert, hoffnungslos, machtlos, festgefahren) erlebt, durch einen oder mehrere neue Filme zu ergänzen (ergänzen ist nicht gleich ersetzen; der korrigierende Film löscht den alten Film nicht!), in denen er sich erfolgreich mit der Herausforderung auseinandersetzt. Die Wirkung solch korrigierender imaginativer Erfahrungen ist immer wieder verblüffend. Patienten finden damit nicht selten zurück zu Gefühlen von Selbstwirksamkeit, Kraft, Sicherheit, Hoffnung. Und das obwohl am destruktiv wirksamen Originalfilm gar nicht gearbeitet wurde.

Imagination scheint ein Hauptagens, wenn nicht sogar *das* Hauptagens von psychischen Veränderungen zu sein.

Während Imagination noch als Denken in Bildern verstanden werden kann und damit dem Denken einigermassen nahe steht, ist Intuition deutlich weiter weg von Denken, ja das Denken im Sinn von Logik ist sogar hinderlich für intuitive Fertigkeiten. Logisches Denken fokussiert, konzentriert, verengt die Aufmerksamkeit, einem Teleobjektiv vergleichbar. Intuition hingegen verlangt das Gegenteil, eine offene aufmerksame Haltung (engl. *open attention*), bereit auch unerwartete, überraschende „Informationen“ aufzunehmen. Diese Funktion gleicht der Betrachtung des Feldes durch ein Weitwinkelobjektiv, das sich der Weite öffnet auf Kosten von Schärfe und Detailinformation. Eine gewisse Unschärfe wird in Kauf genommen, um für Eindrücke, Impulse jeder Art offen zu sein. Eine zwar auf eine Fragestellung ausgerichtete Haltung, die jedoch keine einengenden Vorstellungen bezüglich einer Antwort enthält.

2. Anatomie und Physiologie des Körpers

Anatomie und Physiologie des Körpers werden gemäss aktuellen Curricula nicht gelehrt. In den Anfangszeiten von IBP in der Schweiz war das noch anders. Der Bewegungsapparat, also Skelett und quergestreifte, willkürliche Muskulatur, waren Teil des Curriculums, mit anatomischen Tafeln, Selbst-exploration, Einüben. Die Studierenden hatten danach wenigstens eine grobe Ahnung, wie der Bewegungsapparat funktioniert, wie die beteiligten Strukturen heissen. Jack selber benutzt die Namen von Muskeln regelmässig, wenn er beispielsweise Release Techniken (RTs) anwendet oder Self Release Techniken (SRTs) instruiert. Auch in *Das Geheimnis der Intimität* wird recht viel anatomisches Wissen vermittelt.

Warum ist das in unserem Curriculum verschwunden? Es hat sich damals gezeigt, dass das Wissen um die anatomischen Begriffe bei den Studierenden nicht nachhaltig geblieben ist. Und dass es zur Anwendung der RTs und SRTs auch nicht wirklich nötig ist. Man kann die meisten RTs und SRTs gut anwenden, auch ohne genau zu wissen, welche Muskeln beteiligt sind und wie sie genau verlaufen. Das heisst nicht, dass es nicht besser ist, diese Kenntnisse zu haben und dass man damit diese Techniken noch besser anwenden kann. Eine Ausnahme bildet die Instruktion des Beckenrollens, für die die Kenntnis des Iliopsoas Muskels unabdingbar erscheint.

Parallel zu dieser Entwicklung begannen neue Erkenntnisse, neurobiologische und traumatherapeutische, ins Curriculum zu „drängen“, nicht nur weil sie spannend und therapeutisch ganz offensichtlich relevant sind, sondern speziell auch deshalb, weil sie erlaubten, das Modell von IBP zu raffinieren, zu subtilisieren, das was Jack schon immer machte subtiler zu verstehen und differenzierter anzuwenden. Insbesondere das dank Stephen Porges inzwischen viel detailliertere Verständnis von zentralem und autonomem Nervensystems, hat diese Möglichkeiten eröffnet. Ebenso sind Peter Levines Modelle der Wirbel / Vortices (Trauma- und Heilungswirbel genannt von Levine; verallgemeinernd Unfinished Business Wirbel und Ressourcenwirbel genannt von mir) und des therapeutischen Pendelns zwischen den Wirbeln eine enorme Bereicherung für IBP.

Als weiterer Punkt kommt dazu, dass sich die energetische Arbeit am / mit dem Körper bei vielen IBP Ausbildnern tendenziell vom segmentalen Modell weg entwickelte. Ich habe das schon vor Jahren in Gesprächen mit IBP Ausbildnern erfahren, unter anderen auch von Andrea Juhan. Das Arbeiten mit den Segmenten, das aktive Vorgehen mit RTs und SRTs rückte bei vielen von uns in den Hintergrund zugunsten von mehr Arbeit mit Awareness / Achtsamkeit, Erforschen von Inhalten von Blockaden anstelle von Öffnen derselben mittels RTs und SRTs.

Diese Entwicklung der langsamen Veränderung von Jacks ursprünglicher Arbeitsweise geschah zuerst in den Praxen unserer AusbilderInnen und fand ihren Ausdruck zunehmend in der Art des Lehrens. Insbesondere begannen die Demositzungen anders auszusehen: weniger Arbeiten im Liegen, weniger sympathicotones Atmen, weniger bis kaum noch RTs /SRTs. Das hat zum unguten Ergebnis geführt, dass unsere Studierenden diese Art des Arbeitens nicht mehr wirklich verinnerlicht haben, was sicher ein Verlust ist, da es nach wie vor eine sehr wirkungsvolle und nachhaltige Vorgehensweise ist, wenngleich lange nicht für alle Patienten geeignet oder notwendig.

Mein persönliches Statement als mögliche Diskussionsgrundlage: Die Arbeit mit Segmenten, Ladungsatmen, RTs und SRTs muss weiterhin im Curriculum drin sein und gelehrt werden, wieder vermehrt und bewusster. Es geht nicht um einen Grabenkrieg zwischen Vertretern und Gegnern des Ladungsatmens, sondern um differenzierte Integration der beiden Vorgehensweisen. Beides muss gelehrt werden. UND es muss klar vermittelt werden, welche Indikationen und Kontraindikationen es speziell für das sympathicotone Vorgehen gibt. Ohne dieses Wissen ist die Arbeit mit ladenden Techniken undifferenziert und potentiell gefährlich: es kann Patienten in den Freeze jagen, Traumawiederholung bewirken, beinhaltet das Risiko psychotischer Entgleisungen bei Personen mit wenig Selbststruktur. All das habe ich persönlich erlebt in Workshops mit Jack und Beverly, und niemand hat es beanstandet, respektive Beanstandungen wurden nicht ernst genommen. Jack und Beverly gingen meiner Meinung nach in dieser Hinsicht zu stereotyp vor, indem sie allen Kursteilnehmern (die eben teilweise auch Patienten sind, d.h. Entwicklungs- und adulte Traumatisierungen in sich tragen) Ladungsatmen „verordneten“. Ob das aktuell immer noch so ist, kann ich nicht beurteilen.

Hier haben wir dank dem inzwischen differenzierteren Verständnis des ANS subtile diagnostische Mittel zur Hand, um einschätzen zu können, welche Art des Atmens, sympathicotone oder parasympathicotone, bei welchem Patienten in welcher Situation fruchtbar sein kann und welche riskant bis gefährlich. Jack macht diese prinzipielle Unterscheidung nicht. Die parasympathisch wirkende Bauchatmung kommt bei ihm zwar auch vor als SRT für das Bauchsegment. Aber das Modell des subtilen Einpegelns des Ladungszustandes innerhalb eines „therapeutischen Bereiches“ zwischen Homöostaseniveau und Immobilisations-Dissoziationsniveau (nicht zu tief, sonst ist keine emotionale Beteiligung vorhanden, nicht zu hoch, sonst besteht Freeze-Gefahr) ist in der ursprünglichen Form von IBP und ihren zwei Lehrbüchern nicht enthalten. Das hat historische Gründe (das Wissen war noch nicht verfügbar), das mag persönliche Gründe haben (Jacks Temperament?, seine Ausrichtung auf Effizienz?) und das könnte auch damit zu tun haben, dass Jack viel mit Studierenden und anderen relativ gesunden Menschen arbeitet(e) und kaum mit Menschen mit schwereren Pathologien (Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Menschen mit substantiellen Selbststrukturdefiziten, PTSD), wo der beschriebene differenziertere Umgang mit Ladungsatmen / RTs und SRTs notwendig ist.

3. Anatomie und Physiologie des ZNS und des ANS

Hier verweise ich auf meinen ausführlichen Artikel zu diesem Thema, zum download verfügbar auf unserer Website (<http://www.ibp-institut.ch/ueber-ibp/artikel-zum-download>): Fischer, Markus: Kommunikation, Mobilisation, Dissoziation: Psychotherapeutisches Arbeiten mit dem Autonomen Nervensystem und seinen drei grundlegenden Modi zur Stressregulation

4. Ladung / Operationalisierung von Ladung

In Körper, Selbst und Seele gibt es eine Skala von Symptomen / körperlichen Erscheinungen, die einigermassen mit bestimmten Ladungszuständen korrelierbar sind:

XXXXXXXXXXXXXX

5. Das Unfinished Business Konzept auf der somatischen Ebene

Gleicher Verweis wie unter 3.

6. Geschichte von IBP, Jack Lee Rosenbergs IBP

Jack hat IBP entlang seines eigenen inneren Weges und aufgrund desselben entwickelt. Er hat sich kontinuierlich persönlich sehr aktiv entwickelt, aufgrund von innerem Druck und Leiden auch entwickeln *müssen*). Dabei hat er seine eigenen Erfahrungen kontinuierlich auch aus der professionellen Perspektive / auf einer Metaebene reflektiert und diese Erkenntnisse genutzt, um sein eigenes psychotherapeutisches System zu entwickeln. Leitlinie war ihm dabei immer die Frage „Was nützt? Was ist das therapeutische Element, das Veränderung / Gesundung / inneres Wachstum bewirkt?“ Entsprechend den verschiedenen Therapieformen, die er für sich selbst nach einander, immer für einige Jahre in Anspruch genommen hat, hat er Elemente aus verschiedenen therapeutischen Richtungen / aus verschiedenen spirituellen Traditionen zu einem neuen Ganzen integriert. Die wichtigsten Bausteine entstammen der Gestalttherapie, der Reichschen Körperpsychotherapie, der Objektbeziehungstheorie, der Selbstpsychologie.

Faszinierend erscheint mir dabei immer wieder, mit welcher Treffsicherheit Jack Elemente identifiziert und für IBP ausgelesen hat, die sich Jahre später als wissenschaftlich nachweisbare, anerkannte Wirkfaktoren herausstellten. Fast alles was in den letzten 20 Jahren zu - meist auch wissenschaftlich begründeten - psychotherapeutischen Trends wurde, ist in Jacks ursprünglichem IBP System enthalten, nicht immer elaboriert, aber doch im Ansatz vorhanden:

- Ganzheitlichkeit (nicht nur denkbare sondern erlebbare) im Sinne von Integration der menschlichen Seinsdimensionen (neuerdings als KEKSI Modell visualisiert und differenziert)
- Körperorientierung
- Hier-und-Jetzt Orientierung
- Notwendigkeit von erfahrungsorientiertem Vorgehen / Aktualisierung
- Awareness / Achtsamkeit
- Ressourcenfokus: Die Gute-Eltern-Botschaften als Ausgangspunkt zur Arbeit mit korrigierenden Erfahrungen, zur Integration positiver Kognitionen
- Meditation
- spirituelle Verankerung als zentrale menschliche Dimension
- Intersubjektivität als therapeutische Haltung im gleichzeitigen Bewusstsein der Realität von Übertragungsgeschehen
- tiefenpsychologischer Ansatz mit Betonung der frühen Objektbeziehungen / der Bedeutung der frühen Bindung
- integriertes Selbst / Kernselbst / Reifung der Selbststruktur als Ziel gelingender Entwicklung
- emotionale Arbeit innerhalb von Containment (vs. unkontrollierter Katharsis)

- Bedeutung der Sexualität
- Life Span Perspektive
- ...

Was auch immer in den letzten 20 Jahren in der Psychotherapieszene aufgekommen ist, fast immer konnte ich feststellen: „Ja klar, haben wir bereits in IBP, vielleicht noch nicht voll ausgearbeitet, aber im Ansatz vorhanden.“

Wenn ich mir das vergegenwärtige, so kommen immer wieder Staunen und Ehrfurcht vor Jacks Leistung auf, und ein Gefühl dafür, was es heisst, Pionier zu sein: einem Weg zu folgen, der stark von Intuition geprägt ist, jenseits von anerkannten Mainstreams, neugierig und spielerisch, mit der Fähigkeit Unfertiges und noch Unzusammenhängendes in einer Art Schweben zu halten, vertrauend, dass da einmal etwas Ganzes zusammenkommen wird, auch wenn das womöglich über lange Zeit nicht wirklich absehbar ist. Ich sehe diese Qualitäten bei Künstlerfreunden von mir und finde sie in Biographien wegweisender, visionärer Menschen, die das Unbekannte, das Unfertige, das Neue zu denken (und wohl noch mehr zu erfüllen) in der Lage sind und getrauen. Jack ist zweifellos so ein Pionier und Visionär. Und unsere Aufgabe als nächste IBP Generation sehe ich darin, dieses mit so erstaunlich vielen therapeutisch wirksamen Elementen versehene Gebäude dort weiter zu entwickeln, wo Elemente erst in Ansätzen vorhanden sind. Und, das darf unter der Flagge von „integrativ“ sicher auch sein, neue überzeugende Elemente mit einzubauen. Passen wir dabei gut auf, dass wir Jacks Werk in seiner Kohärenz und Stringenz erhalten und uns als bescheidene und respektvolle Nachkommen erweisen. Es soll nicht so rauskommen wie bei der Sagrada Familia Kathedrale in Barcelona, wo Gaudis Vision und unvollendet gebliebene Bauarbeiten mindestens teilweise durch seine das Werk vollenden wollenden Nachkommen mit Füßen getreten wird (man schaue sich beispielsweise die inzwischen fertig gestellte Hauptfassade mit ihren plumpen Figuren im vermeintlichen Gaudistil an!).

7. Energie Ansatz / Segmente / Containment / Katharsis

„Das Energiekonzept und die mit ihm zusammenhängenden Konzepte der Körpersegmente, der energetischen Blockaden, des Ladungs-Entladungszyklus und des Containment, sowie das Arbeiten mit Entspannungstechniken (Release Techniken) sind zentrale Grundlagen der Integrativen Körperpsychotherapie IBP und bilden historisch den Ausgangspunkt für unser Selbstverständnis als körperbezogene (somatische) Psychotherapierichtung.“ (Zitat aus unserer FSP-Eingabe, 2003). Mit diesem Credo bezieht sich IBP wie alle Körperpsychotherapien auf den Vater des körperorientierten Ansatzes, Wilhelm Reich, der als erster die Zusammenhänge zwischen körperlichen Spannungen und psychischem Geschehen systematisch untersuchte und beschrieb. Damit schuf Reich die Grundlage für ein differenziertes Verständnis des Zusammenwirkens von Soma und Psyche, für psychosomatische respektive somatopsychische Zusammenhänge.

Von Reich stammt das Konzept der Lebensenergie (Orgonenergie), wobei auch Freud bereits ein energetisches Modell formuliert hat mit dem Libido-Konzept. Reichs Orgonkonzept ist stark beeinflusst von östlichen Vorstellungen einer grundlegenden Lebensenergie (Prana), die alles Leben ermöglicht und durchströmt. Er assoziierte psychische Beschwerden und deren somatische Korrelate in Form von Verspannungen mit behindertem Strömen der Lebensenergie an spezifischen Stellen des Körpers. Dabei zeigte sich eine besondere Auffälligkeit, indem diese von ihm Blockaden genannten verspannten Stellen eine starke Tendenz hatten, sich sogenannten segmentartig zu manifestieren, also sich innerhalb einer oder mehrerer horizontal angeordneter Körperscheiben auszubreiten. Reich postulierte - in auffallender Ähnlichkeit zum Chakrasystem - sieben Körpersegmente (Becken inkl. Beine, Bauch, Zwerchfell, Thorax inkl. Arme, Hals, Mund, Augen). Das Segmentensystem bewährt und bestätigt sich im therapeutischen Alltag kontinuierlich. Die sehr oft segmentale Ausdehnung von

energetischen Blockaden ist offensichtlich, was natürlich auch direkte Auswirkungen auf das therapeutische Vorgehen hat (segmental wirksame Entspannungstechniken).

Reich eröffnete mit seinen Erkenntnissen neue, über die Gesprächsebene hinausgehende, eben körperbezogene therapeutische Interventionsmöglichkeiten durch direktes Bearbeiten der körperlich sich manifestierenden Abwehrstrukturen, die von ihm als Charakterpanzer bezeichnet wurden. Er benutzte direkte hands-on-Arbeit, während dann seine Schüler (v.a. Alexander Lowen mit seiner Bioenergetik) mehr und mehr zu indirekter Körperarbeit übergingen. Rosenberg arbeitete anfangs ebenfalls mit Release Techniken (RTs) zur hands-on-Bearbeitung von Spannungsmustern / Blockaden (siehe die Videos mit Maureen und John). Später änderte er sein Vorgehen grundlegend, nachdem verschiedene Körpertherapien ein breites Angebot wirksamer Selbst-Entspannungstechniken (Self Release Techniken, SRTs) entwickelt hatten. Rosenberg liess sich vor allem von Moshe Feldenkrais inspirieren, baute einige seiner Übungen in IBP ein. Denn die SRTs boten gegenüber den RTs offensichtliche Vorteile an: Anregung des Patienten zu mehr Selbstverantwortung; Stärkung des Gefühls von Selbstwirksamkeit beim Patienten; Reduzierung der Gefahr von Überflutung / von negativer Übertragung / von Traumawiederholung / von Abhängigkeit. Es zeigte sich bald, dass hands-on-Arbeit kaum je nötig ist und dass SRTs den Zweck des Öffnens von Blockaden genauso gut erfüllen, und das erst noch schonender, dosierter, patientenverträglicher, mehr im Sinne von inside-out-Vorgehen. Trotzdem ist es wichtig, dass IBP TherapeutInnen zu jedem Segment zwei bis drei hands-on-Techniken kennen und anwenden können, denn es gibt doch ein paar gute Indikationen für ihre Anwendung.

Das energetische Modell, mit dem IBP grundlegend arbeitet, weckt immer wieder viel Widerstand bis Ablehnung unter anderen Psychotherapieschulen. Diese Auseinandersetzung, z.T. fast mit der Heftigkeit eines Glaubenskrieges geführt, läuft selbst unter den körperorientierten Schulen. So wendet sich George Downing sehr pointiert gegen ein energetisches Verständnis des Menschen. Eine Interview Untersuchung zum Thema „Was verstehen KörperpsychotherapeutInnen unter (Lebens)Energie“ der EABP Schweiz vor ca. 10 Jahren hat im Übrigen ein extrem heterogenes Ergebnis erbracht, mit äusserst subjektiv gefärbten Vorstellungen, von klar esoterisch bis zu hoch wissenschaftlich quantenphysikalisch reichend. Die Studie wurde nicht öffentlich publiziert, da sie der Körperpsychotherapie keinen Dienst erwiesen hätte.

Das Energiekonzept ist westlich naturwissenschaftlich schwierig zu untermauern, weil die postulierten, subjektiv leicht identifizierbaren energetischen Phänomene zwar teilweise auch einer objektiven direkten Beobachtung zugänglich sind, der diesen zugrunde liegende Fluss der Lebensenergie, respektive Nichtfluss im Falle von Blockaden, aber nicht messbar ist, jedenfalls nicht mit naturwissenschaftlich anerkannten Mitteln (komplementärmedizinisch gibt es eine Fülle von Techniken und Apparaten, die das angeblich tun). Mit der neurobiologischen Revolution, die gerade im Gange ist, scheinen Möglichkeiten aufzutauchen, der Lebensenergie auch mit objektiven Mitteln auf die Spur zu kommen. Candace Pert spricht in diesem Zusammenhang vom Fluss der Neuropeptide, den sie in direkten Zusammenhang mit dem Fluss der Lebensenergie bringt. Womit sie sich allerdings auch massiv Kritik von vielen ihrer Wissenschaftskollegen eingebrockt hat. Das Verständnis des autonomen Nervensystems in seiner Funktion zur Stressregulation ergibt eine Möglichkeit, auf einer wissenschaftlich einigermaßen gesicherten Ebene über gewisse energetische Phänomene sprechen zu können.

Unabhängig von der wissenschaftlichen Unschärfe und Brisanz des (Lebens)Energiebegriffs, ist dieser in der alltäglichen IBP-Praxis äusserst hilfreich. Einmal mit dem Energiekonzept vertraut, ist es für Patienten sehr hilfreich und meistens sofort plausibel. Es ist entsprechend gut nutzbar zum Erfassen und Einordnen subjektiver Erfahrungen, zum Verfolgen des therapeutischen Geschehens, zur Entscheidung über therapeutische Interventionen und zur Kommunikation des Erfahrenen. Und dies alles auf allenfalls sehr subtilen Ebenen von Erfahrung.

IBP arbeitet mit einem Containment Modell. Dieses versteht den menschlichen Organismus als einen pulsierenden Körper, der in der Lage ist eine bestimmte Menge an Energie zu halten, zu beherbergen. Blockaden / chronische Spannungsmuster engen den Körper ein und behindern dessen Fähigkeit, frei zu pulsieren im Rhythmus des Atems (zwischen Inspiration und Expiration), im Rhythmus des Herzens (zwischen Systole und Diastole), im Rhythmus der Craniosacralflüssigkeit (zwischen Flexion und Extension), und weiterer Körperrhythmen. Containment Modell meint, dass die therapeutische Arbeit so ablaufen soll, dass Blockaden nachhaltig gelöst werden, wodurch der Körper-Container flexibler / freier pulsierend und die Energie, die ins Verspannen investiert war, befreit wird und für mehr Lebendigkeit, effizienteren Umgang mit Stress etc. zur Verfügung steht. Damit dies geschehen kann müssen die somatischen Blockaden ganzheitlich bearbeitet und gelöst werden. Das heisst, sie dürfen nicht einfach mit somatischen Öffnungstechniken aufgebrochen werden, sondern es muss das ursächliche, quasi darunter liegende Unfinished Business „gefinished“ / vervollständigt werden, durch Spüren ungespürter Empfindungen, durch Fühlen und Ausdruck ungefühilter und unausgedrückter Emotionen. Es war ein fataler Fehler vieler Körperpsychotherapeuten der 1970er und 1980er Jahre, als sie in der Anfangseuphorie über die Möglichkeiten zur körperlichen Bearbeitung der Abwehr, ihr Vorgehen auf das einzige Ziel des Durchbrechens des Charakterpanzers ausrichteten. Auf dem Boden des Verständnisses von Charakterstil als Schutzstil ist klar, dass das bei Personen mit wenig gefestigter Selbststruktur nicht gut gehen konnte. Dieses stereotype Vorgehen brachte sogenannt kathartisches Vorgehen in Verruf, so dass heute das Katharsis-Modell (Förderung von heftigem emotionalem Ausdruck) oft als ungutes Gegenstück zum Containment Modell verstanden wird. Von Freuds ursprünglichem Verständnis von Katharsis ausgehend ist diese Verteufelung des kathartischen Vorgehens nicht gerechtfertigt: Katharsis bedeutet zuerst einmal so viel wie heftiger Gefühlsausdruck. Dieser ist nicht per se zu verdammen, sondern es sind die Bedingungen zu beachten, unter denen Katharsis therapeutisch wirksam und heilsam sein kann. Die Bedingungen an den Klienten sind: Präsenz / intakter Kontakt zum eigenen Selbst, Aufrechterhalten einer Witnessposition. Das erlaubt der Person, auch heftigste Gefühle gewinnbringend zu durcharbeiten, diese Gefühle zu erleben / zu haben, und nicht sich in diesen Gefühlen zu verlieren / von ihnen weggeschwemmt und überwältigt zu werden.

8. Anamnese und Körpergeschichte

Die Erhebung der Anamnese im Rahmen einer IBP-Therapie soll auch die Erhebung der Körpergeschichte beinhalten, also der körperlichen Leiden des Patienten. Es macht Sinn, dies in systematischer Form anhand einer Vorlage zu tun. Diese kann chronologisch oder / und nach Organsystemen geordnet sein. Die sicherste Variante besteht im kombinierten Vorgehen, zuerst in chronologischer Reihenfolge Krankheiten / Unfälle / Hospitalisationen / Operationen ab Schwangerschaft und Geburt bis in die Gegenwart. Danach zur Sicherheit noch Erfragen von Krankheiten nach Organsystemen: Herz und Kreislauf, Atemwege und Lungen, Magen-Darmtrakt, Harnwege, Genitaltrakt, Skelett und Muskulatur, Gehirn und Nervensystem, Sinnesorgane, Haut und Haare, Hormonsystem, Blutsystem. Aus unserer Perspektive ist es wichtig, möglichst alle Ereignisse zu erfassen und nicht (wie in der Medizin oft der Fall) nur offensichtlich schwerwiegendere Ereignisse aufzulisten. Scheinbare Bagatellen entpuppen sich nämlich nicht so selten als durchaus schwerwiegend. Klassisches Beispiel ist die Mandelentfernung (Tonsillektomie), die sich nicht selten als heftiges Trauma mit gravierenderen Folgen herausstellt, die allerdings nicht darauf zurück geführt werden.

Die Erhebung der Körperanamnese wird seit dem Ausscheiden von Marjorie Rand und Jack und Beverly aus unserem Teacherteam weniger systematisch gelehrt. Da müsste wohl Gegensteuer gegeben werden, um sicher zu stellen, dass nicht relevante anamnestische Angaben verpasst werden.

9. Körperaspekte bei Befunderhebung und Diagnostik (Body reading; Typologie aufgrund von somatischen Merkmalen)

Einige Körperpsychotherapieschulen haben das sogenannte Body Reading entwickelt und systematisch gelehrt, also das Erkennen von chronifizierten somatischen Mustern (Haltungs-, Bewegungsmuster, Atemmuster). Das wurde (wird?) am fast oder ganz nackten Körper gemacht, zum Teil mit Hilfe eines mindestens körperhohen Spiegels, damit der Patient sich auch selbst betrachten kann. Hintergrund dieses Vorgehens bildet das Verständnis des Körpers als Verkörperung (Embodiment) der bisherigen Lebensgeschichte des Patienten und seiner Reaktionen (Bewältigungsstrategien) auf diese: Anatomie als dynamischer, auch stark emotionaler Prozess, Anatomie verleiht dem Selbst eine spezifische Identität (Stanley Keleman: Verkörperte Gefühle). Keleman formulierte aus dieser Arbeit eine Typologie mit verschiedenen charakteristischen Strukturen: Die rigide, die verdichtete, die aufgeschwollene, die kollabierte Struktur.

IBP macht kein konsequentes Body Reading, obwohl Jack den Körperbau und v.a. das Atemmuster von Klienten bewusst betrachtet und erfasst, um so Hinweise auf Diagnose (Charakterstil) und sinnvolle Interventionen zu erhalten. Jack hat das aber nicht in seinen Lehrplan übernommen, seine frühen Schüler haben das am Rande mitbekommen, aber nicht aktiv geübt.

Es scheint diskussionswürdig, ob Body Reading nicht etwas schulungswürdiges Instrument wäre. Es würde IBP noch mehr zu einer spezifisch körperorientierten Therapieform machen. Wir müssten uns allerdings nach externen Ausbildnern umsehen, da innerhalb von IBP niemand Body Reading auf hohem Niveau unterrichten könnte.

10. Körperorientierte therapeutische Interventionen; was gehörte zum IBP Inventar / was soll aktuell dazu gehören?

IBP verfügt über ein breites Spektrum körperorientierter therapeutischer Techniken. Jack hat es immer wieder verstanden, Techniken anderer therapeutischer Ansätze, insbesondere der Gestalttherapie aufzunehmen und sie durch deren Erweiterung in die somatische Dimension effizienter zu machen. Beispiel: Zweistuhldialog wird wesentlich wirksamer und v.a. auch nachhaltiger, wenn während des Dialogs konsequent nach somatischen Reaktionen gefragt wird und so die Botschaften wirklich integriert werden.

Im Folgenden eine Auflistung der wichtigsten körperorientierten Techniken in IBP

10.1 Körperwahrnehmung / Körperbild

Die Schulung der Körperwahrnehmung ist das A und O einer IBP Therapie. Sie beginnt in der ersten Therapiesitzung und hört etwas überspitzt formuliert nie auf, indem konsequent und kontinuierlich die somatische Ebene immer wieder angesprochen wird. O-Ton Marjorie Rand in der ersten Ausbildungswoche: „The two most important and most frequent questions in IBP are: What do feel in your body? Where do feel this in your body?“ und „We are interested in what, where and how you are feeling, and not so much in why?“

10.2 Aktualisierung im Hier und Jetzt

Aktualisierung im Hier und Jetzt ist ein anerkannter unspezifischer Wirkfaktor von Psychotherapie (Grawe K.). Sie besteht darin, das Problem des Patienten in die aktuelle Hier und Jetzt Situation der therapeutischen Situation zu bringen, um vom „Darüber reden“ zum Erleben zu gelangen. Damit wird die Bildung neuer neuronaler Netzwerke nachhaltig stimuliert. Problemaktualisierung beinhaltet fast notwendigerweise körperorientiertes Vorgehen. Oder umgekehrt: körperorientiertes Vorgehen führt fast zwangsläufig zur Problemaktualisierung, macht diese einfacher zugänglich.

10.3 Embodiment von Emotionen, Denken, inneren Bildern, Spiritualität

Kern des Integrierens desintegrierter Inhalte in IBP ist die permanente Vernetzung der KEKSI-Ebenen, wobei der wichtigste Anteil darin besteht, konsequent die Körperebene anzusteuern. Vergleiche dazu die Ausführungen in Kapitel 1.

10.4 Grounding / Zentrierung

Grounding (Erdung) und Zentrierung sind zentrale IBP Techniken, die das In-den-Körper-kommen sehr unterstützen.

Grounding zielt auf die Installierung eines guten Fuss-Boden-Kontaktes mit der damit zusammenhängenden Ausrichtung des Körpers entlang der Schwerkraft. Sie erlaubt Orientierung im Raum (unten-oben, vorne-hinten, links-rechts), stärkt das Gefühl der Verankerung mit der Erde und verhilft zu Kongruenz mit dem Selbst. Über die somatische Dimension hinaus, haben Grounding-Übungen integrierende Wirkungen auf allen anderen KEKSI Ebenen. Das garantiert allerdings nicht, dass diese Übungen immer zu einem Wohlgefühl führen. Sie führen zur persönlichen Wahrheit, zum Spüren dessen, was ist. Damit können sie subjektiv auch zu einer Verschlechterung des Befindens führen, insbesondere wenn die Person damit vom indifferenten Dissoziationszustand in einen präsenten Zustand kommt und plötzlich unangenehme Gefühle spüren muss, von denen sie im dissoziierten Zustand verschont war. Nicht alle Patienten erkennen das als Fortschritt, so wie der Patient der meinte: „Jetzt fühle ich mich zwar richtig schlecht, aber ich fühle mich wenigstens wieder, spüre, dass ich lebe!“

Zentrierung wird oft mit Grounding gleichgesetzt, meint aber etwas anderes. Zentrierung fokussiert auf das Körperzentrum in der Bauchregion (Hara, Tanden) und nicht primär auf Bodenkontakt. Zentrierung führt mehr zu einer Einkehr, Sammlung in sich selbst. Sie erlaubt Orientierung zwischen Innen- und Aussenwelt und führt ebenfalls zu mehr Selbstkongruenz und meist Beruhigung auf allen KEKSI-Ebenen (Ausnahme wie bei Grounding im Falle von Herauskommen aus Dissoziation).

Grounding und Zentrierung sind Konzepte der Bioenergetik, ein Stück weit in IBP aufgenommen aber nicht ganz klar fester Bestandteil des IBP Curriculums. Je nach Ausbilderin werden sie gelehrt oder nicht. Ein klareres Einbetten dieser wertvollen Konzepte und Techniken in IBP scheint mindestens diskussionswürdig.

10.5 Ressourcenarbeit / Pendeln zwischen den Vortices

Die Verankerung von Ressourcen auf körperlicher Ebene und die Technik des Pendelns zwischen Ressourcen- und Unfinished Business Wirbel ist über die Traumarbeit von Peter Levine (Somatic Experiencing SE) bei uns in der Schweiz ab ca. 1999 ins IBP Curriculum gekommen. Frühere schweizerische IBP Generationen (Gruppen A und B) haben das noch nicht gelernt. Für diejenigen die diese Arbeit kennen und benutzen, sind diese Modelle und Techniken nicht mehr wegdenkbar. Sie erlauben sehr subtiles und dosiertes (Levine nennt es „titriertes“) Bearbeiten von Unfinished Business, mit dem die Gefahr von Abgleiten in unproduktive Dissoziation minimiert werden kann.

10.6 Atmung

Der Einbezug von Ladungsatmen in den Therapieprozess ist ein absolutes Kernstück von IBP, auf dem Jack seine Methode entwickelt hat: „If you are not breathing your clients, you are not doing IBP!“ ist ein Satz von Jack. Er hat bei seinen Patienten, wohl fast ausschliesslich recht gut Selbst-strukturierten Menschen, die wohltuende, integrationsfördernde Wirkung der Ladungsatmung, verbunden mit den SRTs beobachtet.

Die kontroversen Fragen zum Thema Ladungsatmen sind in Kapitel 2 diskutiert.

10.7 RTs, SRTs, Sustaining Integration Set, Atemwelle

Das in 10.6 eben Gesagte trifft in gleicher Weise für den Stellenwert der RTs, der SRTs, der Sustaining Integration Exercises (oder Sustaining Constancy, wie Jack und Beverly das nun nennen) zu. Kein Zweifel, diese Techniken sind äusserst wertvoll, speziell wenn sie differenziert und klar indiziert eingesetzt werden und wenn Kontraindikationen beachtet werden, bei denen sie Desintegration fördern könnten.

Der grosse Wert von Sarahs Atemwelle ist zweifelsfrei gegeben. Über deren Position im IBP Curriculum muss diskutiert werden, hauptsächlich aus zeitlichen Gründen. Hat die Atemwelle so viel Platz im Curriculum, dass die Studierenden sie nicht nur auf Stufe Selbsterfahrung kennen lernen, sondern dass sie sie auch anleiten können.

10.8 Einsatz von körperlicher Berührung in IBP, Nachnähren

(Text noch ausstehend)

10.9 Arbeit mit Präsenz, Grenzen, Kontakt

Die Arbeit mit Grenzen, Präsenz und Kontakt ist für die meisten Patienten die erste klar erkennbare Körperarbeit in einer IBP Therapie. Sie beinhaltet tiefgehende menschliche Grunderfahrungen, speziell die der Erlaubnis zu einem Eigenraum. Daneben vermittelt sie die Erkenntnis über Präsenz und Nichtpräsenz auf allen KEKSI-Ebenen: Somatische Präsenz, emotionale Präsenz, kognitive Präsenz, spirituelle Präsenz, behaviorale Präsenz. Und im interpersonalen Bereich dann natürlich auch soziale Präsenz.

Selbst wenn inzwischen offenbar auch andere Psychotherapieschulen mit „Schnurkreisen“ arbeiten, ist die Grenzarbeit unverändert ein Spezifikum von IBP, in der Aussenwahrnehmung womöglich sogar *das* Spezifikum von IBP. Ein sehr überzeugendes, wie mir in jedem Einführungskurs immer wieder bestätigt wird. Die somatoemotionale Verankerung der Erlaubnis, sich seinen eigenen Raum zu nehmen, wirkt als Startpunkt und Boden für eine neue Art des im Leben seins, auf dem sich das Selbst organisch und gut verankert entfalten kann.

10.10 Imagination (neue Filme, Gute Eltern Botschaften, korrigierende Erfahrungen)

Auch die imaginativen Techniken, mit denen wir arbeiten, sind eminent körperorientiert, in dem wir Imaginieren als erlebtes Visualisieren verstehen und entsprechend anleiten. Patienten sollen nicht nur in innere Bilder hineingehen (Visualisieren), sondern sie sollen diese Bilder beleben, etwas spüren (Körperebene) und fühlen (Emotionsebene). Dadurch wird Imaginieren therapeutisch wirksam, wird es vom Gehirn als Erfahrung gewertet, mit entsprechendem Potential zur Neubildung von neuronalen Netzwerken.

11. Körperorientierte Prozessüberwachung und Prozesssteuerung

Verschiedene IBP Tools sind bestens geeignet, den therapeutischen Prozess zu überwachen (Monitoring), sich zu orientieren (von der Mikro- bis zur Makroebene) und zu steuern. Alle diese Tools sind mindestens teilweise körperbezogen, erlauben es also, den somatischen Prozess zu erfassen und mit den anderen Ebenen zu vernetzen (vgl. dazu auch die Bemerkungen in der FSP Eingabe S.54-59). Jacks Hauptaugenmerk während des therapeutischen Prozesses liegt, wie er es selbst ausdrückt, beim „tracking of aliveness“.

- 11.1 Monitoring mit Bug und Core Bug Modell**
- 11.2 Monitoring mit dem KEKSI Modell**
- 11.3 Monitoring mit dem Aktivierungs Modell (ANS Zyklus)**
- 11.4 Monitoring mit dem Modell des Pendelns**
- 11.5 Monitoring mit dem Modell der Vertiefung**
- 11.6 Monitoring mit Tracking of Aliveness**

12 Körperarbeit und Regression, Arbeiten im Sitzen / Liegen

13 Indikationen und Kontraindikationen für Körperarbeit / Atemarbeit

14 Die Bedeutung der Ernährung

15 Der Einfluss von Medikamenten, Drogen auf körperorientiertes Arbeiten Kompetenz

Copy please! Bitte unter Angabe der Autorenschaft und Quelle.