

10 Budothérapie – ein körper- und bewegungstherapeutischer Weg in der Psychothérapie

Frank Siegele

„Mein Geist regt sich nicht, wenn meine Beine ihn nicht bewegen“ (Michel de Montaigne).

„Sei stets aufmerksam, gewissenhaft und erfinderisch auf deinem Weg“ (Gichin Funakoshi).

„Über die Integrität eines jeden wacht ein jeder“ (Hilarion G. Petzold).

10.1 Vorbemerkungen

Budo ist der Oberbegriff für alle japanischen Kampfkünste mit ihren wichtigsten Stilen Sumo, Jiu Jitsu, Kyudo, Kendo, Iaido, Judo, Aikido, Karatedo und Ju-Jitsu und bedeutet sinngemäß „die Kunst, das Schwert nicht zu benutzen“ oder auch „die Kunst, den Speer anzuhalten“ (*bu* = den Speer anhalten, den Konflikt beenden, *do* = der Weg).

Budo ist damit im Kern ein Weg des inneren und äußeren Friedens und versteht sich neben der Ertüchtigung des Körpers mittels Ausdauer-, Kraft- und Techniktraining vor allem als *Weglehre* mit dem Ziel der individuellen geistigen Reifung, Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung.

„Geistesschulung ist wichtiger als Technik“, so formuliert es Gichin Funakoshi (1868–1957), der Begründer des modernen Karatedo. Dieses Verständnis von *Kampfkunst als Weglehre* findet sich beispielsweise auch bei den Gründervätern des Judo Jigoro Kano (1860–1938) und des Aikido Ueshiba Morihei (1883–1969). In diesem Sinne wird im Budo als *Kampfkunst* im Gegensatz zum *Kampfsport* jeglicher Wettkampfgedanke abgelehnt, weil es gerade nicht darum geht, im Kampf gegen den andern zu siegen oder zu verlieren, sondern darum, sich selbst auf seinem individuellen Weg zu vervollkommen. Nach Petzold (1993 [651]) ist *Budo* „die Praxis eines Dreiklangs von asiatischer Kampfkunst, Gesundheitsförderung und Bewegungsmeditation, eines ganzheitlichen Weges achtsamer, gesundheitsbewusster und heilsamer Lebensführung und Lebenskunst. In seiner Tiefendimension kann *Budo* ein Pfad persönlicher Entwicklung, schöpferischer Integration, Sinnfindung und engagierter Arbeit in Brüderlichkeit, Mitmenschlichkeit und Frieden werden, ein *Weisheitsweg zu Wesentlichem*“.

So verstanden zielen sowohl Kampfkunst wie auch Psychothérapie in dieselbe Richtung, was mich nach mehr als 10-jähriger budothérapeutischer Entwicklung und Praxiserfahrung in unterschiedlichen Feldern der Psychothérapie dazu ermutigt hat, *Budothérapie* als eigenständige körper- und bewegungstherapeutische Methode in der Psychothérapie zu konzipieren. Dabei wurde ich maßgeblich beeinflusst von der Zusammenarbeit mit der Integrativen Bewegungspsychothérapeutin Annette Höhmann-

Kost, dem Begründer des Affektkontrolltrainings Thomas Brendel und meinem Lehrer in Zenki-Ryu-Karatedo Sensei Helmut Queckenstedt. Meine psychothérapeutische Heimat ist die Integrative Therapie nach Hilarion G. Petzold.

Das Zusammenwirken von Budo und Therapie hat in der Integrativen Therapie eine lange Tradition (Petzold 1974b [647], 1977n[648], 1993 [651]). Petzold, selbst seit seiner Kindheit Budo-Praktizierender, hat bereits Ende der 1960er Jahre Kampfkünste als „ganzheitliche Kampf- und Lebenskunst“ (Petzold 1969c [646]) in der Drogen-therapie eingesetzt. Bitzer-Gavornik (1994 [624]), Bloem, Moget, Petzold (2004 [625]) und Wolters (2007 [667]) weisen in ihren Studien eine allgemeine gesundheitsfördernde und speziell aggressionshemmende Wirksamkeit von Karatedo nach und Tiwald (1981 [665]) sieht in der Ausübung der Kampfkünste einen Weg, um „von der bloßen Bewegungs-Kultur zu einer humanen Bewegungs-Natur zu gelangen“. Soll soziales Miteinander gelingen, muss es darüber hinaus um die Kultivierung von Frieden und Friedfertigkeit, um Respekt und Mitmenschlichkeit, um die Entwicklung und Pflege von „Friedensnarrativen“ (Petzold 2006c [656]) gehen. Aggression hingegen gilt es zu begrenzen, einzudämmen und so zu kontrollieren und zu beherrschen, dass die in der Aggression immanente Grenzverletzung, Gewalt und Zerstörung verhindert werden (Höhmann-Kost, Siegele 2008 [635]). Damit soll nur im Ansatz verdeutlicht werden, worum es bei den Kampfkünsten im Kern geht, nämlich vor allem um einen Weg der geistigen Reifung, die durch körperliches Training im Sinne der „Arbeit an sich selbst“ (Höhmann-Kost, Siegele 2004 [634]) und durch „Übung auf dem inneren Weg“ (Dürckheim 1966/2001 [627]) erreicht wird.

In diesem Beitrag gebe ich einen Überblick über einige, für die therapeutische Praxis relevante Budo-Elemente, um dann anhand von Fallbeispielen zu verdeutlichen, wie Budothérapie bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen wirkungsvoll angewendet werden kann.

10.2 Elemente des Budo und der Budothérapie

10.2.1 Respekt („Reishin“)

Funakoshi (1938/2009 [631]) stellt mit seiner ersten Regel des Karatedo „Vergiss nie: Karatedo beginnt mit Respekt und endet mit Respekt (*Rei*)“ die Bedeutung der Wertschätzung, Würde und Achtung im Sinne der Sorge um die Unversehrtheit und Integrität des andern (vgl. Sieper, Orth, Petzold 2011 [661]) als zentrale Grundhaltung im Budo an vorderste Stelle. Auf der Körper- und Bewegungsebene findet diese Wertschätzung bei allen Kampfkünsten ihren Ausdruck u. a. in der *Verneigung* (*Gassho*). Beispielsweise betritt und verlässt ein Budoka (ein

Kampfkunst-Praktizierender) das Dojo (den Übungsraum) stets mit dem Ritual der Verneigung, womit er diesen Raum als einen besonderen Ort der Selbsterfahrung im Rahmen der Gruppe würdigt. Die Verneigung eröffnet und beendet auch das Partnertraining. Hier stehen sich die Partner gegenüber und begrüßen sich, indem sie sich zu einander hin verneigen. Hier ist der Begriff der *Verneigung* in Abgrenzung zur *Verbeugung* von wesentlicher Bedeutung. Das in der *Verbeugung* inhärente Beugen, Biegen und Verbiegen, was möglicherweise Assoziationen der Unterordnung und Unterwerfung oder maligner Macht-Ohnmacht-Erfahrungen hervorruft, erscheint daher nicht nur im therapeutischen Kontext kontraindiziert. In der Budotherapie erfolgt indes die Verneigung (*ich neige mich dir zu*) mit der inneren Haltung der Zuneigung (*ich bin dir zugeneigt*) und dem Versprechen, den anderen zu schützen und zu beschützen (*ich achte darauf, dass dir nichts geschieht*). Damit erhält die Sorge um den anderen den gleichen Stellenwert wie die Sorge um sich selbst und mündet unweigerlich in die „Sorge um das Ganze“ im Geiste einer „melioristischen Haltung, die für die Integrität von Menschen, Kulturen (und) Lebensräumen engagiert ist (Petzold, Orth, Sieper 2011 [659]).

10.2.2 Aufrechte Haltung („Shisei“)

„Geistesschulung ist wichtiger als Technik“ (Funakoshi 1938/2009 [631]). Denn es kommt immer maßgeblich darauf an, in welcher geistigen Grundhaltung Techniken zur Anwendung kommen, ob das praktizierte Verhalten im Dienste des Friedens oder der Zerstörung steht. Das Training der inneren Haltung (*Ki-gamae*) erfolgt im Budo über den Körper. Getragen von gegenseitigem Respekt zielt die Budo-Praxis gleichermaßen auf Persönlichkeitsentwicklung und Selbstentfaltung, wie auf ein friedfertiges Miteinander in der Gemeinschaft, auch oder gerade dann, wenn es im Mitmenschlichen schwierig wird oder es Probleme zu lösen gibt. Die aufgerichtete Körperhaltung im Stand und in der Bewegung korrespondiert dabei mit der inneren Aufrichtung (bottom-up-approach). Letztlich wird bei allen Körperübungen bzw. Techniken auf die aufrechte Haltung fokussiert, ob im Stand, in der Bewegung oder bei der Meditation, ob beim Angriff oder bei der Abwehr. Darüber erfolgt auf mentaler Ebene die Auseinandersetzung mit sich selbst z.B. über die Frage: Handle ich aufrichtig und aufrecht im Sinne meiner eigenen sowie der gesellschaftlichen ethischen Werte- und Moralvorstellungen? Die exakte Übung der „richtigen“ körperlichen Haltung (*Mi-gamae*) bzw. Technik unterstützt so als „somatischer Marker“ (vgl. Damasio 2001 [626], Storch, Krause 2010 [663]) die neuronalen Bahnungen hinsichtlich persönlicher Entwicklungs- und Veränderungsprozesse.

10.2.3 Sicherer Stand („Hara-ki“)

Der Stand ist der Ausgangspunkt für den ersten bzw. nächsten Schritt. Die *Arbeit am Stand* gründet in der aufrechten Haltung. Um sicher und fest zu stehen, um gefestigt in der eigenen Mitte zu sein, werden verschiedene

Stände geübt. Im *Shizentai*, der natürlichen Grundhaltung, steht man aufrecht entspannt, ruhig, gelassen, absichtslos und bereit, die Dinge zu nehmen, wie sie kommen. Im *Kamae* befindet man sich in der Kampfstellung, zum Kampf bereit, bereit zum Angriff, Ausweichen oder Rückzug. Dieser Stand erfordert eine mittlere Körperspannung bei gleichzeitig hoher Wachsamkeit, er drückt aus: *ich bin zu allem bereit*. Im therapeutischen Feld lassen sich über die *Arbeit am Stand* vielfältige Fragestellungen bearbeiten, wie beispielsweise: Stehe ich auf festem Boden? Welchen Standpunkt vertrete ich? Bin ich selbstständig? Wie standhaft bin ich? Kann ich widerstehen? Bin ich in meiner Mitte? Halte ich die Balance?

Der sichere Stand im Zusammenwirken mit der guten Balance wird so zur Basis für kompetentes Handeln in Bezug auf die Anforderungen des Lebens, oder mit *Laotse*: „Wer seine Mitte nicht verliert, ist unüberwindlich“. Unter *Mitte* ist hier vor allem die innere Ausgeglichenheit und Zufriedenheit, ein sicheres und gelassenes in sich selbst Ruhen sowie „die Kraft, sich selbst zu vertreten“ (Petzold 2003a [702]), zu verstehen. Nach Dürckheim (1967/2005 [628]) liegt die Basis der Haltung darin, „aufrecht, standfest und gesammelt“ zu sein, zentriert im *Hara* (Bauch). *Hara* bezeichnet die Körpermitte, das Zentrum der Kraft. Um ganz in seiner Mitte und in seiner Kraft zu sein, ist es entsprechend wichtig, seinen *Hara* ständig zentriert in einem harmonischen Gleichgewichtszustand zu halten. Der *Hara* wird so auf der körperlichen Seite zum Ausgangspunkt jeglicher Technik, er steuert die Bewegung aus dem Körperzentrum heraus über den korrekt ausgeführten Hüfteinsatz in die gewünschte Richtung und gibt somit einen starken Impuls für die Ausführung einer Arm- oder Beintechnik. Auf der geistigen Seite bedeutet in der eigenen Mitte zu sein, sich sicher in seiner „persönlichen Souveränität“ (Petzold 1998a [654], Höhmann-Kost 2012 [633]) zu fühlen.

Um in Kontakt zu kommen mit der eigenen Mitte, der eigenen Kraft und Wendigkeit, beginnt in der Budotherapie die *Arbeit am Stand* mit dem *Hara-ki*, einer Übung aus dem Zenki-Ryu-Karatedo nach *Queckenstedt*. Aus dem aufrechten, etwa hüftbreiten Stand (*Heiko-dachi*) heraus wird dabei über die richtige Atmung und das Wechselspiel von Anspannung und Entspannung auf die Wahrnehmung der eigenen Mitte (*Hara*) fokussiert, in welcher sich alle *Energie (Ki)*, im therapeutischen Kontext besser alle *Kraft*, versammelt und bereithält.

10.2.4 Form („Kata“)

Im Budo werden festgelegte Bewegungsmuster als *Kata* (Form), in stilisierter Form eines Kampfes gegen mehrere imaginäre Gegner, geübt. Dabei kommt es auf präzise, sichere und kraftvolle Technik, Standfestigkeit, Wendigkeit und vitale Präsenz an. Im Karatedo ist *Kata* von essenzieller Bedeutung. „Karate ist Kata, Kata ist Karate“ (vgl. Ludwig 2001). In der *Kata* verdichten sich Technik und geistige Haltung zum Gesamtkunstwerk der persönlichen Ausdruckskraft. Innerhalb der vorgegebenen Form, die Struktur und Orientierung gibt, entwickelt der Übende gleichwohl seine eigene Form, sucht und findet sich selbst in

seiner persönlichen Kata, als Choreografie der eigenen Lebendigkeit. In der Budotherapie wird das Üben der Kata zur komplexen *Arbeit an der Form*, zur Formung, Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit auf dem jeweils eigenen, individuellen Weg. Bei Shunryu Suzuki (1969/2003 [664]) heißt es entsprechend: „Der Weg, eure Übung auszudehnen, besteht darin, euch so zu offenbaren, wie ihr seid, ohne zu versuchen, jemand anderer zu sein. Wenn ihr sehr ehrlich mit euch selbst und mutig genug seid, dann könnt ihr euch selbst ganz zum Ausdruck bringen“. Eine budotherapeutische Intervention lautet entsprechend: „Übe deine persönliche Kata“.

10.2.5 Kampf („Randori“)

Beim Kampf geht es, wie bereits erwähnt, nicht um Sieg oder Niederlage und nicht um ein Gegeneinander, bei dem der andere als zu besiegender Feind gesehen wird. Vielmehr geht es um ein Miteinander, darum, sich mit Hilfe des anderen zu entwickeln, am anderen zu reifen, also um die *Meisterschaft seiner selbst*. *Randori* ist eine Partnerübung, in der der Kampf unter Einhaltung strikter Regeln gespielt wird. Der freie Kampf erfolgt erst im Fortgeschrittenstadium. In der Anfangsstufe werden festgelegte Techniken im Rollentausch geübt, wobei die Aufgabe des „Angreifers“ nicht nur darin besteht, seine Technik präzise im Ziel zu platzieren, sondern auch darin, den Partner (Gegner) nicht zu verletzen. Das erfordert, intensives Training, höchste Konzentration, die Beherrschung der Technik und die Fähigkeit und Bereitschaft, sich dem Partner anpassen und sich selbst kontrollieren zu können. Zum Schutz des anderen, und letztlich auch zum eigenen Schutz, ist das Üben der Affekt- bzw. Impulskontrolle von zentraler Bedeutung, denn „Budokampf muss ein Kampf sein, bei dem man nicht auf emotionale Weise involviert ist und bei dem Aggressivität ausgeschlossen ist“ (Frantzis 1998 [630]). Die Auseinandersetzung mit sich selbst über die innere Haltung und den eigenen Weg ist grundlegend erforderlich, um die *richtigen* Entscheidungen treffen zu können. Dies verdeutlicht auch die nachfolgende Zen-Geschichte:

Ein großer, harter Samurai ging einmal einen kleinen Mönch besuchen. „Mönch“, sagte er in einem Ton, der sofortigen Gehorsam gewohnt ist, „lehre mich etwas über Himmel und Hölle!“. Der Mönch sah zu dem mächtigen Krieger auf und entgegnete voller Verachtung: „Dich etwas über Himmel und Hölle lehren? Überhaupt nichts kann ich dich lehren. Du bist schmutzig. Du stinkst. Deine Klinge ist rostig. Du bist eine Scham und Schande für die Klasse der Samurais. Geh mir aus den Augen. Ich kann dich nicht ertragen.“ Der Samurai war wütend. Er zitterte, wurde ganz rot im Gesicht, war sprachlos vor Wut. Er zog sein Schwert und hob es in die Höhe, um den Mönch damit zu erschlagen. „Hier öffnet sich das Tor zur Hölle“, sagte der Mönch sanft. Der Samurai war überwältigt. Das Mitgefühl und die Ergebenheit dieses kleinen Mannes, der sein Leben hergab, um ihm diese Lehre zu erteilen und ihm die Hölle zu zeigen! Langsam senkte er sein Schwert, erfüllt von Dankbarkeit und plötzlichem Frieden. „Und hier öffnet sich das Tor zum Himmel“, sagte der Mönch sanft.

Budotherapeutisch bedeutet dies, die Fokussierung auf Affektkontrolle, auf Selbstbeherrschung und „Aggressionsregulationskompetenz“ ([635]). Zur Übung des präzisen Stopps an der Grenze, die zuvor festgelegt wird, eignet sich beim Partnertraining z. B. der Fauststoß (*Zuki*) in verschiedenen Varianten, aus dem Stand oder in Bewegung oder der Schlag mit der Handkante (*Shuto uchi*). Um Angriffen auszuweichen wird eine Schrittfolge, der *Tai Sabaki*, trainiert, mit der man mit einer Drehbewegung die Konfrontationslinie verlässt und die Energie des „Angreifers“ nutzt, um diesen zu kontrollieren, ohne ihn zu besiegen. Der Budokampf zielt insbesondere im budotherapeutischen Sinne auf gemeinsame Weiterentwicklung im Wissen um die Tatsache, dass dafür jeder den anderen braucht. Ohne den anderen ist ein Weiterkommen nicht möglich. Die Verneigung (*Rei*) in Verbindung mit dem dazu ausgesprochenen japanischen Ausdruck *Oss*, verkörpert an dieser Stelle Dankbarkeit für das Engagement des Partners und Wertschätzung gegenüber seinem aufrechten Bemühen um das gemeinsame Projekt.

Um für das partnerschaftliche Miteinander zu sensibilisieren, gibt es zahlreiche Übungen. Hier möchte ich exemplarisch das *Kakie* (auch bekannt unter *Pushing Hands*) erwähnen. Hier stehen sich die Partner in direktem Körperkontakt über die Unterarme gegenüber. Die Aufgabe ist, sich im Stand oder in der Bewegung aus dem Gleichgewicht zu bringen oder beim anderen einen Trefzer zu platzieren, ohne dass dabei der Kontakt der Arme unterbrochen wird. Die budotherapeutische Intervention hierzu lautet: *Probleme (Konflikte) lösen wir gemeinsam im Kontakt*.

10.2.6 Fallschule („Ukemi“)

Geübt werden Falltechniken aus dem Aikido und Judo. Aus budotherapeutischer Perspektive geht es dabei u. a. darum, die Angst vor dem Fallen zu verlieren, was durch die Erfahrung, dass der Fall kontrolliert abgefangen werden kann, möglich wird. „Fallen können, um nicht abzustürzen zu müssen“ (Schröder, Brendel 2004 [660]) ist beispielsweise gerade in der Suchttherapie ein zentrales Thema. Häufig zielen Suchtbehandlungen zu einseitig auf Rückfallprophylaxe, also auf die Vermeidung von Substanzrückfällen. Das ist einerseits notwendig, greift aber zu kurz, weil suchtkranken Patienten die Rückfallerfahrung in der Regel nicht erspart bleibt (vgl. Fischer et al. 2007 [629]). Arbeit am Rückfall findet budotherapeutisch entsprechend als *Rückfallbewältigungstraining* statt. In dem Wissen darum, dass sich der Rückfall früher oder später auf die eine oder andere Weise mit höchster Wahrscheinlichkeit ereignen wird, wird der Rückfall im Training praktisch in Form der Rückwärtsrolle (*Ushiro Ukemi*) in einzelnen Trainingsschritten geübt. Bei dieser Übung ist das Aufstehen, das „Wieder-auf-die-eigenen-Füße-kommen“, die zentrale Erfahrung. Die hieraus abgeleitete Botschaft: „Nicht der Rückfall (das Zurückfallen) ist das größte Problem, sondern das Liegenbleiben (der fortgesetzte Konsum)“ vermittelt Zuversicht und ermutigt zum weiteren Üben.

10.2.7 Atmung („Kokyu“/„Ki“)

Die Atmung spielt bei nahezu allen Budoübungen eine zentrale Rolle, von der Meditation (*Zazen*), über die Technik (*Waza*) bis zum Kampfschrei (*Kiai*). Die synchronisierte Atmung (*Kokyu*) unterstützt bzw. ermöglicht erst die Bewegungsabläufe sowie die Regulation von Anspannung und Entspannung. Ohne *Kokyu* kann die Bewegung, ein Fauststoß zum Beispiel, nicht seine volle Wirksamkeit entfalten. Der Atem erst synchronisiert alle nötigen körperlichen Aktivitäten und fokussiert die Kraft auf ein Ziel. Die Stimmaktivierung erfolgt insbesondere bei Übungen, die den vollen Krafteinsatz erfordern, durch den *Kiai*, der die Technik abschließt.

10.2.8 Meditation („Zanshin“)

„Zuerst übt, sanft auszuatmen und dann einzuatmen. Gemütsruhe liegt jenseits des Endes der Ausatmung. Wenn ihr also sanft ausatmet, ohne dass ihr auszuatmen versucht, dann tretet ihr in die vollständige, vollkommene Ruhe eures Geistes ein“ (Suzuki 1969/2003 [664]). Sich sammeln, zur Ruhe kommen, innehalten, den Blick nach innen richten, ohne Ziel, dabei wach und absichtslos, das ist *Zanshin*, geistige Wachsamkeit. *Zazen*, die Meditationform im Zen-Buddhismus, wird im Budo vor allem als *Mokuso* geübt. Dabei sitzt man zum Beginn und Abschluss des Trainings im Kniesitz mit annähernd geschlossenen Augen, still, in seiner Mitte (*Hara*) ruhend. Aufmerksamkeit und Konzentration sind auf den *Hara* gerichtet, die Atmung verbindet die innere mit der äußeren Welt. Ein immerwährendes Ein und Aus, Geben und Nehmen, Kommen und Gehen, Öffnen und Schließen wird als Grundprinzip des ewigen „stirb und werde“ (*Dürckheim*) evident. Nach *Queckenstedt* ermöglicht die regelmäßige *Zazen*-Praxis die „Erfahrung der Stille hinter den Worten und Bildern und ein Gehaltensein im großen Ganzen, ein Aufgehobensein inmitten des Lebenskampfes (*persönliche Mitteilung* 2013). Still werden bedeutet dabei aber nicht, sich vom Realen zu entfernen, sondern im Gegenteil, hier und jetzt ganz wach zu sein, was folgender Dialog eines Schülers mit seinem Zen-Lehrer verdeutlicht:

„Kann ich selbst irgendetwas tun, um erleuchtet zu werden?“ „Genauso wenig, wie du dazu tun kannst, dass morgens die Sonne aufgeht.“ „Was nützen dann die Übungen, die Ihr vorschreibt?“ „Sicher zu gehen, dass du nicht schläfst, wenn die Sonne aufgeht.“

In der Budotherapie verbindet sich die Praxis des *Zazen* mit dem meditativ-nootherapeutischen Konzept der „komplexen Achtsamkeit“ der Integrativen Therapie (Petzold 1983e[649], [659]). Neurowissenschaftliche Erkenntnisse betonen dabei die besondere Bedeutung der Neuro-motorik als Ansatz für therapeutische Interventionen, die bei der Stimulation von (neuen) Reflexen ansetzen, um so neue Verhaltensmuster durch spezifische Körperübungen gezielt neu zu bahnen (bottom-up-approach). Gleichwohl setzen Veränderungsprozesse (Haltungsänderungen) aber auch an den eigenen Gedanken und Vorstellungen an und

können mittels des „Mentalen Trainings“ (top-down-approach) nachhaltig neu geformt werden.

10.2.9 Übungsraum („Dojo“)

Dojo ist der Raum, „in dem der Weg geübt wird“, ein „Ort der Selbstfindung und Meditation“ (Lind 2004 [642]). Als Ausdruck der Würdigung des Dojos als besonders geschützter Ort, wird das Dojo beispielsweise mit der Verneigung (*Gassho*) betreten und verlassen. Auch innerhalb des Dojos gelten die Etikette und die Regeln des Budo (*Dojokun*): Respekt, Achtung und Demut (*Reishin*), Zuneigung (*Gassho*), regelmäßige Praxis (*Doshin*), Geistesgegenwart (*Zanshin*) und der Geist des Anfängers (*Shoshin*), die die grundlegenden Prinzipien der Partnerschaftlichkeit, der Gegenseitigkeit und des Miteinanders sowie der Einzigartigkeit des Einzelnen und „Andersheit des Anderen“ (Levinas 1963/1983 [641]; Petzold 1996k [652]) würdigen, was auch auf die Schüler-Lehrer-Beziehung zutrifft.

Hiernach verspricht der Schüler, sich dem Weg des Budo ganz hinzugeben, der Lehrer verspricht, den Schüler auf diesen Weg zu führen bzw. ihn auf diesem Weg zu begleiten. Dass es dabei in erster Linie um ein partnerschaftliches Verhältnis handelt, beschreibt Suzuki (1969/2003) [664] so: „Manchmal müsst ihr euch mit eurem Meister streiten. Das ist in Ordnung. Aber ihr solltet versuchen, ihn zu verstehen, und ihr solltet bereit sein, euren Standpunkt aufzugeben, wenn ihr im Unrecht seid. (...) Das ist ehrlich mit euch selbst sein. (...) Für einen Meister ist es wichtig, immer bereit zu sein, sich seinem Schüler zu ergeben. Wenn ein Meister erkennt, dass er im Unrecht ist, kann er sagen: Oh, du hast recht, ich habe mich geirrt.“

Traditionelle, aber überkommene Rituale der Unterwerfung und bedingungslosen Gefolgschaft sind im modernen und westlich praktizierten Budo indes weitestgehend überwunden. Im Sinne der Budotherapie wären diese ohnehin vollkommen inakzeptabel und unter therapeutischen Gesichtspunkten schädlich und in die Kategorie der psychotherapeutischen Kunstfehler einzuordnen.

10.2.10 Übung („Geiko“/„Do“)

Der japanische Begriff für Übung ist *Geiko* und „bedeutet wörtlich übersetzt nachdenken, die Handlung überdenken“. Doch *Geiko* bezieht sich nicht auf eine Übung, die auf technische Fertigkeit zielt, sondern auf eine Übung, die das Ganzwerden des Menschen bezweckt“ (Lind 2004 [642]). Handeln und Nachdenken sind untrennbar miteinander verbunden. Die Bewusstheit dieser Verschränkung des eigenen Handelns und der Absicht, die dahinter steht, fördert die Selbstverantwortung und die Wachsamkeit in Bezug auf die Wahrung der eigenen und der Integrität des Anderen. Wachsam in diesem Sinne seinen Weg gehen bedarf der *Übung des Weges (Do)* in sicheren Zeiten, vor allem im Hinblick auf die Überraschungen, die das Leben bereit hält, denn beim Gehen verändert sich der Weg, wie auch derjenige, der den Weg geht. *Übung des Weges* heißt also, das Notwendige tun, um sich im alltäglichen Leben sicher zu verorten, heißt aber auch, sich

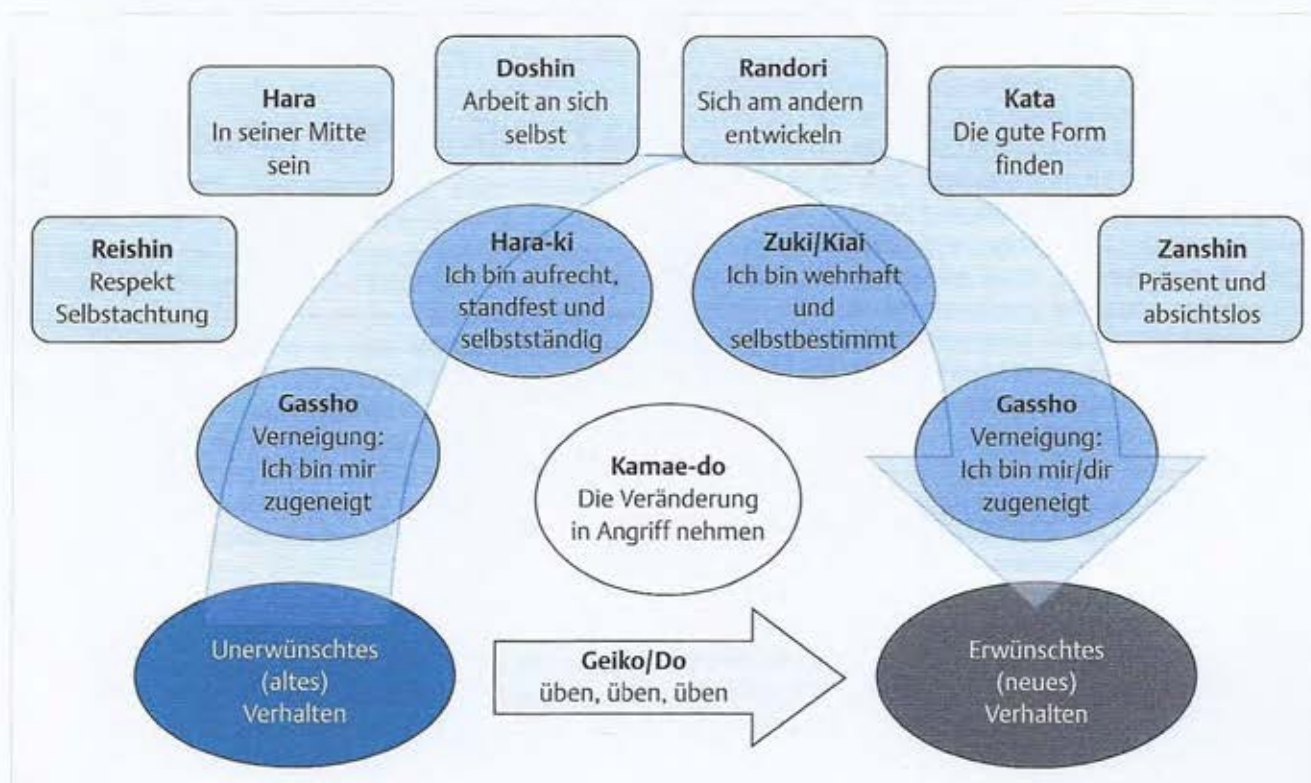


Abb. 10.1 Der Weg der Veränderung. Die Grafik zeigt, welche Faktoren in der Budotherapie für nachhaltiges Lernen bzw. Verhaltensänderungen bedeutsam sind: Um Veränderungsprozesse und den Weg der Übung in Angriff nehmen zu können, bedarf es der eigenen Entscheidungs- und Willenskraft. Die Elemente des Budo dienen in ihrem komplexen Zusammenwirken der Entwicklung der persönlichen Souveränität und der eigenen Haltung, die geprägt ist von Respekt, Achtung und Mitmenschlichkeit und Friedfertigkeit.

vorzubereiten auf das, was vor einem liegt. Die wiederholende Übung (*Geiko*) einer bestimmten Form kann so beispielsweise die Verarbeitung und Überwindung eines persönlichen Problems auf symbolischer Ebene sein, ohne dass dieses psychotherapeutisch konfliktzentriert „aufgearbeitet“ werden muss.

„Was nicht geübt wird, bahnt sich nicht, schleift sich nicht ein, und ohne Habitualisierung haben Veränderungen keinen Bestand“ (Petzold 1968 [645]). Entsprechend kommt der *regelmäßigen* Übung eine besondere Bedeutung zu. Alle Übungen setzen auf der Körper-Leibebene an und sind häufig partnerzentriert. Diese Form der *Arbeit an sich selbst* (Höhmman-Kost, Siegele 2004 [634]) zielt auf den Zuwachs an persönlicher Souveränität, die sich vor allem in partnerschaftlicher und wechselseitiger Erfahrungen entwickelt, also in einem Prozess „intersubjektiver Ko-Responzendenz“ (Petzold 1991a [650]).

► Abb. 10.1 verdeutlicht in der Übersicht, wie die Elemente der Budotherapie in ihrem Zusammenwirken positive Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in Gang setzen und unterstützen können. Ein zentrales Moment ist dabei das Üben. Oder mit *Erich Kästner*: „Es gibt nichts Gutes, außer: man tut es“.

10.3 Indikation

Budotherapie ist vor allem eine psychotherapeutische Methode zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Hierauf fokussiert der vorliegende Beitrag. Budotherapie kommt aber auch in der Gesundheitsprävention, im Gesundheitscoaching, in psychosozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern sowie in Selbsterfahrungsprozessen mit dem Ziel der Persönlichkeitsentwicklung und Entfaltung persönlicher Ressourcen wirkungsvoll zum Einsatz. Die Methode ist im Ansatz ressourcen- und lösungsorientiert, sie ist eingebettet in das interdisziplinär orientierte, schulen- und methodenübergreifende Verfahren der Integrativen Therapie nach Petzold (2003a) [655].

Budotherapie wird spezifisch im Rahmen von stationärer oder ambulanter Psychotherapie und im Bereich der medizinischen Rehabilitation eingesetzt, in Analogie zu anderen klinisch-therapeutischen Methoden wie beispielsweise die Bewegungstherapie, Tanztherapie, Musiktherapie oder Kunsttherapie. Entsprechend lassen sich Indikationen und Kontraindikationen nicht für einzelne Krankheitsbilder erstellen. Vielmehr richten sich Indikation und Kontraindikation nach den spezifischen Therapiezielen und dem individuellen Behandlungsplan. Zunächst unabhängig von einer Diagnose kann Budotherapie beispielsweise indiziert sein zur:

- Antriebssteigerung
- Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Steigerung der Selbstwirksamkeit

- Verbesserung der Affekt- und Impulskontrolle
- Verbesserung des emotionalen Erlebens
- Rückfallprophylaxe und Rückfallbewältigung
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- Motivationsförderung und Willensbildung
- Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit
- Stabilisierung
- Förderung komplexer Achtsamkeit und Aufmerksamkeit
- Stressbewältigung und Spannungsregulation
- Krisenintervention und Krisenprävention

Die Indikation für Budotherapie erfolgt im Rahmen der allgemein gültigen Behandlungsleitlinien für psychische und psychiatrische Erkrankungen. Kontraindikationen ergeben sich entsprechend des individuellen Krankheitsgeschehens und -verlaufs.

10.4 Diagnostisch-therapeutischer Prozess

Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind, neben der individuellen Bewertung, in hohem Maße von der spezifischen Bewertung und Ausdifferenzierung soziokultureller Kontexte abhängig. Diese bestimmen, was als gesund oder krank gilt. Damit ist eine Festlegung auf ein Krankheitsmodell zeitgebunden, vorläufig und eingebunden in intersubjektive Korrespondenzprozesse" (Petzold 2003a [655]).

Die *anthropologische Krankheitslehre* geht von Begriffen der Entfremdung und Verdinglichung, die *anthropologische Gesundheitslehre* von Vertrauen, Zugehörigkeit und Lebendigkeit aus (Leitner 2010 [640]). Im Unterschied dazu bezieht sich die *klinische Krankheitslehre* der Integrativen Therapie auf die *multiplen pathogenen Stimulierungen* wie Überstimulierung (*Trauma*), Unterstimulierung (*Defizit*), inkonstante Stimulierung (*Störung*), widerstrebende Stimulierung (*Konflikt*), die Gesundheitslehre auf *salutogene Stimulierung* und *protektive Faktoren* (Leitner 2010 [640]). Alle Bereiche der Persönlichkeit (Ich, Selbst, Identität) können davon betroffen sein. Krankheit und Gesundheit werden nicht isoliert voneinander betrachtet, da die Persönlichkeit eines Menschen das Resultat aller positiven, negativen und Defiziterfahrungen ist. Sie wird determiniert durch die Interaktion von Schutz- und Risikofaktoren, Resilienzen und Potenzialen, Ketten widriger belastender Ereignisse und Ketten positiver, stützender und schützender Ereignisse. Die Struktur Integrativer Komorbiditäts-Diagnostik enthält nach Osten (2004 [644]) die „Fünf Module“:

- psychosoziale Diagnostik: phänomenologisch-deskriptiv und/oder standardisiert
- Klassifikation nach ICD-10/DSM-IV-TR und ICF
- ätiologische Diagnostik im Entwicklungskontinuum der Lebensspanne
 - Defizite und prolongierte Mangelenerfahrungen
 - Konflikte und andere spannungsreiche Störungen
 - Überforderungen und zeitextendierter Stress
 - Traumatisierungen

- maligne Lern- und Adaptionsmodelle
- sozioökologische und systemische Einflüsse
- Ressourcendiagnostik: longitudinal, querschnittlich und prognostisch angelegt
- Behandlungsplanung

Zu den zentralen Zielen der Behandlung gehört es, kognitive, emotionale, volitive und sozial-kommunikative Fähigkeiten des Patienten, seine perzeptiven, memorativen und expressiven leiblichen Vermögen wieder herzustellen, wo sie beeinträchtigt wurden und sie zu fördern und weiter zu entwickeln, wo sich Entwicklungspotenziale bieten. Die Patienten sollen durch eine Therapie für die biografischen Hintergründe ihrer Schädigungen und Störungen, für dysfunktionale Narrative sensibilisiert werden, damit sie über den damit erfolgten Erkenntnisgewinn ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten aktivieren, ihre konstruktiven Lebenspotenziale entfalten und ihre Lebensentwürfe selbstbestimmt gestalten lernen. Dabei werden im Sinne der integrativen Persönlichkeitstheorie und Entwicklungspsychologie ein stabiles Selbst, ein flexibles Ich und eine konsistente Identität gefördert sowie der Aufbau konsolidierter Sozialwelten, sozialer Netzwerke bzw. Konvois.

Ausgerichtet an einer komplexen Anthropologie des schöpferischen Menschen und an dem Ideal einer Inter-subjektivität, Integrität, Solidarität und Wertschätzung des Anderen fördernden Gesellschaft, kommt gruppen-therapeutischen, narrativen und kreativtherapeutischen Elementen im Integrativen Ansatz besondere Bedeutung zu. Somit spielt auch in der Budotherapie das „Intersubjektivitätsparadigma“ eine zentrale Rolle. Die therapeutische Beziehung wird danach verstanden als „intersubjektives Geschehen und intersubjektives Handeln“ (Leitner 2010 [640]).

10.5 Budotherapeutische Interventionen und Methodik in der Praxis

Nachfolgend wird an anonymisierten Beispielen aus der psychotherapeutischen Praxis die Methodik der Budotherapie bei verschiedenen psychischen Erkrankungen im Verlauf einer Behandlung vorgestellt und erläutert. Am Anfang steht die aktuelle Symptomatik des Patienten, ergänzt um Angaben zur Anamnese und Psychodynamik, soweit diese zum Verständnis des Therapieprozesses erforderlich sind. Die budotherapeutischen Interventionen finden als Körper- und Bewegungsübungen in der Regel im Bewegungsraum (*Dojo*) statt. Dieser ist u. a. ausgestattet mit Matten, Balance-Pads (Schaumstoffkissen zum Gleichgewichtstraining im Stand), Therapiekreiseln, Gymnastikbällen, Meditationskissen, Holzschwertern (*Bokuto*), Langstäben (*Bo*), Kurzstäben (*Jo*), Schlagpolstern (*Makiwara*) und Bruchbrettern.

10.5.1 Diagnose nach ICD-10: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)



Patient Herr S.

Symptomatik

Der 28-jährige Patient Herr S. schildert im Erstkontakt, dass er seit 2 Jahren zunehmend unter starken Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen und Gefühlen der Leere und Hoffnungslosigkeit leide. Früher habe er vielfältige Interessen und Spaß am Leben gehabt. Vor 3 Jahren habe er sein Informatik-Studium abgeschlossen. Seither habe er sich vergeblich um eine Arbeitsstelle bemüht. Er habe immer nur gelegentlich gejobbt, so dass es gerade zum Leben gereicht habe. Aktuell fühle er sich einsam und verlassen, seine Lebensfreude habe abgenommen, er verabrede sich schon seit längerem nicht mehr mit Freunden. Eine Freundin habe er seit Jahren nicht mehr gehabt, die wenigen früheren Beziehungen seien nur von kurzer Dauer gewesen. Er sei „wohl einfach nicht beziehungsfähig“. Zwischendurch habe er vermehrt Alkohol getrunken, um seine Stimmung zu verbessern. Danach habe er sich dann aber immer noch schlechter gefühlt, weshalb er damit wieder aufgehört habe. Vor 6 Wochen habe er versucht, sich mit einer potenziell letalen Dosis Schlaftabletten umzubringen, aus Verzweiflung und weil er im Leben keinen Sinn mehr gesehen habe. Er sei aber wieder aufgewacht. Das habe er als Zeichen gesehen, weiterleben zu wollen und sich Hilfe zu suchen.

Psychodynamik und Symptombildung

Im Alter von 7 Jahren habe der Patient seinen Vater durch einen Motorradunfall verloren. Er sei fortan als Einzelkind bei seiner Mutter aufgewachsen. Der Tod des Vaters sei in der Familie nicht angemessen betrauert worden. Die Mutter habe den Verlust des Vaters nicht überwinden können. Aus Angst, sie könne auch noch ihr einziges Kind verlieren, habe sie den Patienten „keinen Augenblick aus den Augen gelassen“ und ihn „rund um die Uhr mit ihrer Fürsorglichkeit erdrückt“. Um die Mutter nicht zu belasten, entwickelte der Patient offenbar ein ausgeprägtes Streben nach Anpassung und Harmonie, um den Preis einer blockierten Entwicklung seiner Selbstständigkeit und Entfaltung seiner persönlichen Souveränität. Zudem muss er den Tod des Vaters selbst schuldhaft verarbeitet haben, worauf möglicherweise sein defizitäres Selbstwerterleben hinweist. Schule und Studium scheinen genügend Halt und Struktur geboten zu haben, um weiterhin gut funktionieren zu können. Erst mit dem Abschluss des Studiums verliert der Patient scheinbar sein Gleichgewicht und fällt ins Leere.

Setting

Zur Krisenintervention und Stabilisierung wurden für die ersten 2 Wochen tägliche Kontakte verabredet. Im Rahmen des parallel von mir veranlassten psychiatrischen

Konsils erhielt der Patient zusätzlich zur beginnenden ambulanten Psychotherapie eine antidepressive Medikation.

Behandlungsverlauf

Die Psychotherapie umfasste 90 Einzelstunden und erstreckte sich insgesamt über zweieinhalb Jahre bei einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche. In der 6-monatigen Schlussphase erfolgte die Behandlung im 14-tägigen Turnus. Anhand der nachfolgenden Therapieausschnitte wird verdeutlicht, wie der Patient mittels budotherapeutischer Interventionen zunächst eine psychische Stabilisierung erreichen und im weiteren Verlauf von der Stabilität in die Mobilität gelangen kann. Zum Ende der Therapie fand der Patient auf dem Boden positiver Kontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrungen u. a. eine gute Balance zwischen diesen beiden Aspekten.

Stabilisierung/Arbeit am Stand

In den ersten 3 Sitzungen beschäftigen wir uns im Rahmen der Krisenintervention fast ausschließlich mit der *Arbeit am Stand*. Wir gehen zunächst gemeinsam mal kreuz und quer und mal nebeneinander durch den Raum. Derartige Übungen mache ich, wenn auch in der Rolle des „Coachs“, immer mit. In diesem Fall wird dadurch für den Patienten konkret erfahrbar: „Ich gehe meinen Weg nicht alleine, andere sind mit mir, an meiner Seite“. Diese Übung wird von mir im Sinne des „Alter-Ego“ verbal begleitet, etwa mit den Worten: „Ich gehe meinen Weg, ich spüre den Boden unter meinen Füßen, ich bestimme die Richtung und das Tempo.“ Danach fordere ich den Patienten auf, stehenzubleiben und innezuhalten. Der Patient äußert, dass er sich „wackelig“ und nicht sicher auf seinen Beinen fühlt. Ich bringe dieses Körperempfinden mit seiner momentanen Situation in Verbindung, was er bestätigt.

Herr S.: „Ja, das stimmt. Ich fühle mich ohne Halt. Ich weiß nicht, ob ich das alles schaffen kann.“

Ich fordere ihn auf, sich auf das Balance-Pad zu stellen, zunächst mit beiden Füßen, dann abwechselnd im Einbeinstand. Auf einem Bein das Gleichgewicht zu halten, fällt dem Patienten nicht leicht und er benötigt dazu seine ganze Konzentration. Zudem ist die Übung kräftezehrend, da es auch darum geht, an die Grenze seiner Kraft zu gelangen. Wie alle Übungen mache ich auch diese auf dem eigenen Balance-Pad mit, lasse mich dabei im ständigen Wechsel mal vom Patienten führen, mal übernehme ich, entsprechend vorsichtig dosiert, die Führung.

Herr S.: „Oh, das ist anstrengend.“

Therapeut: „Ja, das ist anstrengend. Versuchen Sie es trotzdem weiter.“

Herr S.: „Ich kann nicht mehr.“

Therapeut: „Dann wechseln Sie jetzt das Bein.“

Herr S.: „Okay, aber es ist immer noch ziemlich wackelig.“

Therapeut: „Ja das stimmt, ziemlich wackelig. Ich rücke mit meinem Pad mal etwas näher an Ihre Seite. Wollen Sie meine Hand nehmen, dann stehen wir beide vielleicht etwas sicherer (immer noch im Einbeinstand)?“

Herr S.: „Okay.“

Therapeut: „Und?“

Herr S.: „Gut! Geht besser. Gar nicht schlecht.“

Zwischendurch lösen wir unsere Verbindung und stehen wieder alleine, dann stabilisieren wir uns wieder, indem wir uns an den Händen anfassen. Dann verlässt jeder für sich das Pad mit einem Schritt nach vorne. Ich gebe nun die Anweisung, die Aufmerksamkeit nun vollständig auf den gerade neu gewonnenen stabilen Stand zu richten.

Herr S.: „Fühlt sich stabil an, ich stehe ganz fest und sicher, so ‚platt‘ auf dem Boden, als hätten meine Füße Wurzeln.“ In der Reflexion darüber wird deutlich, dass es dem Patienten gut tut, wenn er sich selbst in seinem Körper spürt, sich in seiner Selbstwirksamkeit erlebt und die Erfahrung macht, dass er „selbst-ständig“ auf eigenen Beinen steht, obwohl er sich zeitweise in „andere Hände“ begibt. Gleichwohl liegt darin die Botschaft und das Versprechen: „Wir stehen das gemeinsam durch.“

Selbstannahme –

„Ich bin mir zugeneigt“

In den folgenden Stunden erweitern wir die *Arbeit am Stand (Hara-ki)* und die *Arbeit am Weg (Doshin)* um die *Arbeit an der Selbstannahme und Sorge um sich selbst (Reishin)*. Zu diesem Zweck führe ich die Verneigung ein, in Verbindung mit einer kurzen Meditation (*Mokuso*). Die Verneigung wird im Stand geübt, was zunächst die Fokussierung auf den sicheren, stabilen Stand (*Hara-ki*) erfordert. Aus dem hüftbreiten Stand (*Heiko dachi*) heraus werden dann die Füße geschlossen zum *Heisoku dachi*. Die Verneigung erfolgt aus dem Becken heraus mit geradem Rücken, die Arme bleiben dabei seitlich am Körper angelegt. Die Verneigung selbst kann nur zart angedeutet oder groß und eher bedächtig erfolgen, je nach psychischer Verfasstheit und Bereitschaft des Patienten. Die Verneigung in Verbindung mit dem erst still memorierten und später hörbar ausgesprochenen Satz „Ich bin mir zugeneigt“ stellte für den Patienten zunächst eine große Herausforderung dar.

Herr S.: „Das ist jetzt aber sehr ungewohnt.“

Therapeut: „Ja, das glaube ich. Sie haben sich im Laufe Ihres Lebens sicherlich schon oft, wenn auch unbewusst, verneigt, aber wohl eher in Verbindung damit, es anderen recht machen zu wollen, in dem Sinne: ‚Ich achte darauf, dass Dir nichts geschieht.‘ Die Kompetenz, andere beschützen zu können, ist sehr wertvoll. Jetzt könnte es zu dem gut und wichtig sein, die Kompetenz zu entwickeln, sich selbst zu beschützen.“

Herr S. (experimentiert weiter mit der Verneigung): „Ja, auf andere habe ich immer geachtet. Ich selber war nie so wichtig. Jetzt geht es um mich, okay, ich versuch’s, das ist schwer.“

Im Verlauf dieser Übung kommt Herr S. auch mit seiner Trauer über den Verlust des Vaters in Berührung, und zwar, als wir die Verneigung als Partnerübung praktizieren. Er erfährt so direkt über die Zuneigung, die ich ihm in der Übung entgegenbringe, dass er diese von seinem Vater nie erfahren hat. Das macht ihn sehr traurig und er weint darüber. Gleichwohl findet er über die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik Zugang zu seinen sanften Gefühlen, was eine Versöhnung mit dem Vater (und mit sich selbst) ermöglicht.

Von der Stabilität in die Mobilität

Im weiteren Verlauf stabilisiert sich der Patient zunehmend. Ihm wird bewusst, dass er nach dem Tod des Vaters nicht genügend Raum hatte, um sich unbeschwert entwickeln zu können. Er beschreibt die familiäre Situation als „eng“, er habe sich nie frei gefühlt und ihm habe die Luft zum Atmen gefehlt.

In dieser Phase der Therapie geht es vor allem um die Themen Selbstwirksamkeit, persönliche Souveränität, Grenzen und Wehrhaftigkeit. Ich übe mit dem Patienten die *„Kata Shingon“*, eine Kata aus dem Zenki-Ryu-Karatedo nach *Queckenstedt*, die von einem Stand-Punkt aus mit den Armtechniken *Haishu-Uke* (Abwehr mit dem Handrücken) und *Gyakuzuki* (Fauststoß) in alle vier Himmelsrichtungen ausgeführt wird. Neben Ablauf und Technik spielen Koordination sowie die Atmung eine zentrale Rolle. Im Wechsel erfolgen langsame Bewegungen (*Haishu-Uke*) während der Einatmung und explosive Bewegungen (*Gyakuzuki*) während der Ausatmung. Der letzte Fauststoß erfolgt mit Kampfschrei (*Kiai*).

Anfangs fällt es Herrn S. nicht leicht, mit einer derart komplexen Bewegungsform zurechtzukommen, aber er lässt sich bereitwillig und mit großem Eifer auf diese Übung ein. Bei fortschreitender Übung, auch zu Hause, entwickelt sich die *Kata* für Herrn S. zum Symbol der „Arbeit an sich selbst“. Es ist die Arbeit an der eigenen guten Form sowie die Arbeit am persönlichen Ausdruck.

Behandlungsergebnis

Herr S. beendet seine Therapie regulär und ist selbst mit dem Ergebnis sehr zufrieden. Das Antidepressivum konnte nach 18 Monaten abgesetzt werden. Herr S. blieb auch ohne Medikation bis zum Ende der Therapie diesbezüglich symptomfrei. Nachdem er zwei mehrwöchige betriebliche Praktika absolviert hatte, fand er eine Anstellung bei einem Software-Unternehmen. Darüber und über den Eintritt in einen Sportverein, in dem er Volleyball und Badminton spielte, knüpfte er neue, nachhaltig tragfähige soziale Kontakte.

10.5.2 Diagnose nach ICD-10: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (F19.20); emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (F60.30)



Patient Herr M.

Symptomatik

Der 42-jährige Patient Herr M. komme auf eigenen Wunsch, weil er Probleme im Sozialverhalten habe, leicht reizbar sei und sich dann respektlos verhalte und auch bei kleinen Konflikten aggressiv und gewalttätig reagiere.

re. Er sei von Beruf Fliesenleger, aber bereits seit 5 Jahren arbeitslos. Seine letzte Stelle habe er verloren, weil er mehrfach betrunken zur Arbeit gekommen sei. Alkohol und Drogen habe er schon als Jugendlicher konsumiert. Unter Alkohol- und Drogeneinfluss sei er häufig gewalttätig gewesen, weshalb ihn vor 8 Jahren seine Frau mit den beiden Kindern verlassen habe. Er habe zur Beschaffung seiner Drogen auch Diebstähle und zuletzt einen Einbruch begangen. Dafür sei er verurteilt worden. Er habe eine Therapieauflage. Um sein Verhalten zu ändern, wolle er nun aber auch von sich aus eine Therapie beginnen.

Psychodynamik und Symptombildung

Herr M. sei mit seinem 5 Jahre jüngeren Bruder in einer äußerst ungünstigen Familiensituation aufgewachsen, mit einem alkoholabhängigen und gewalttätigen Vater, der die Mutter misshandelt und ihn häufig geschlagen habe. Die Mutter habe weder sich selbst, noch die Kinder vor den gewalttätigen Übergriffen des Vaters schützen können. Der Patient habe sich der Willkür des Vaters ausgeliefert gefühlt. Früh auf sich selbst gestellt und mit Schuldgefühlen belastet, weil er die Mutter nicht vor den Übergriffen des Vaters schützen konnte, habe er ein „zweites Ich“ entwickelt. Zu Hause habe er sich angepasst verhalten, in der Schule, draußen auf der Straße und später in seiner Ehe habe er sich „nichts gefallen lassen“. Er sei sehr aggressiv gewesen. Später habe er Kampfsport betrieben, um sich noch besser behaupten zu können. Im Milieu sei er jahrelang ein berühmter Türsteher gewesen. Die Rüstung des gnadenlosen Kriegers kombiniert mit einer Anästhesierung des Leibes mittels psychotroper Substanzen hielt so viele Jahre sein brüchiges Selbst zusammen und schützte ihn vor der bitteren Erkenntnis, dass er einsam und verlassen ist in dieser ungerechten, brutalen und trostlosen Welt.

Setting

Nach 6-wöchigem stationären Entzug erfolgte eine medizinische Rehabilitation als Kombinationsbehandlung unter dem Dach einer Fachklinik für Abhängigkeits-erkrankungen. Die ersten sechs Monate finden als stationäre Maßnahme statt, es folgt eine 4-monatige tagesklinische und daran anschließend eine zwölfmonatige ambulante Behandlung. „Budothérapie“ wird übergreifend und fortlaufend als indikative, halboffene Gruppenbehandlung angeboten. Das budotherapeutische Curriculum beinhaltet die fünf Schwerpunktthemen: Respekt und Achtsamkeit, Schutz und Sicherheit, Wehrhaftigkeit und Kampf, Spannungsregulation und Impulskontrolle, und Meditation. Die einzelnen Trainings beginnen immer auf dem Sitzkissen im Kreis mit einer 2-minütigen Meditation (*Mokuso*). Es folgt eine „Blitzlicht-Runde“ zum aktuellen Befinden der Teilnehmer. Die sich daraus ergebenden Themen werden im Verlauf des Trainings in Feedbackschleifen in der Gruppe besprochen. Das Training wird mit einer 15-minütigen Meditation (*Zazen*) abgeschlossen. Zur Verbesserung seiner Impulskontrolle, seines Selbstwertempfindens sowie seiner sozialen Kom-

petenzen wird Herr M. gleich zu Beginn der Rehabilitation dieser Gruppe zugewiesen.

Behandlungsverlauf

Die budotherapeutische Gruppe findet im klinikeigenen Dojo einmal pro Woche je 90 Minuten statt. Die Gruppe ist gemischtgeschlechtlich im Frauen-Männer-Verhältnis etwa 1:3. Herr M. nimmt regelmäßig über die gesamte Behandlungszeit an dieser Gruppe teil. Lediglich nach einem Substanzrückfall während der tagesklinischen Behandlungsphase fällt er viermal aus, u. a. weil er sich in einer stationären Entzugsbehandlung befand.

Der Einstieg in die Gruppe gestaltete sich für Herrn M. schwierig. Zum einen kam er beim Aufwärmtraining rasch an die Grenzen seiner körperlichen Kraft und Ausdauer, was sich mit seinem Selbstbild des unbesiegbaren Kämpfers kaum vertrug. Zum andern fiel es ihm schwer, über sich und seine Bedürfnisse in den Gesprächs- und Reflexionsrunden zu sprechen. Was ihn die ersten Wochen davon abhielt, aufzugeben und die Gruppe zu verlassen, war sein Leitmotiv: „Das habe ich jetzt angefangen, das ziehe ich jetzt durch.“ Herr M. konnte das Curriculum aufgrund seiner langen Behandlungszeit mehrfach durchlaufen. Hier möchte ich zwei Themenbereiche herausgreifen, die für den Therapieprozess von Herrn M. von besonderer Bedeutung waren.

Die Würde des Menschen ist (un)antastbar

Herr M. war nach kurzer Zeit ein anerkanntes Mitglied der Gruppe. Durch seine Zuverlässigkeit und Ernsthaftigkeit diente er manchen als Vorbild. Wenn er von seinen eigenen Gewalttätigkeiten im Milieu berichtete, rief das bisweilen ehrfürchtiges Staunen hervor. Erst später mehrten sich die Stimmen, die sein Verhalten kritisch hinterfragten. Die Gruppen- und auch die Partnerübungen erlebte Herr M. als großen Gewinn bezüglich seiner sozialen Integration. Die Unbeschwertheit und Leichtigkeit, sowie die selbstverständliche Zugehörigkeit zur Gruppe waren ihm in dieser Weise bis dahin fremd. In dem Maße, wie sich Herr M. von Mal zu Mal immer sicherer und wohler in der Gruppe fühlte, konnte er sich immer weiter auf die Übungen, und darauf, was sie in seinem Inneren auslösten, einlassen. Bei einer Angriffsübung, bei der sich die Partner im hüftbreiten Stand (*Heiko dachi*) im Abstand von etwas mehr als einer Armlänge gegenüberstanden und der Angreifer (*Tori*) einen Fauststoß (*Chokuzuki chudan*) ausführte, den er kurz vor dem Solarplexus bzw. vor dem Kinn (*Chokuzuki jodan*) des Partners (*Uke*), der den Angriff nicht abwehrte, sondern „passiv“ entgegennahm, abstoppte, wurde Herr M. unvermittelt von panischer Angst überflutet, und zwar, als er sich in der Rolle des Angreifers befand. Die Übung aktualisierte vergangene Gewalterfahrungen in Form eines Flashbacks und er war kurz davor, die Übung abzubrechen.

Herr M.: „Ich kann das nicht, ich kann doch nicht zuschlagen, ich will das nicht mehr. Es gibt auch überhaupt keinen Grund, Herrn P. (seinen Übungspartner) zu schlagen, er hat mir doch nichts getan. Ich habe Angst, dass ich die Kontrolle verliere und zuschlage.“

Therapeut: „Wie können Sie es schaffen, die Kontrolle zu behalten?“

Herr M.: „Ich weiß nicht. Ich hab' total feuchte Hände. Ich breche die Übung ab. Ich gehe erst mal raus an die Luft und eine Runde spazieren.“

Therapeut: „Keine schlechte Idee. Gibt es vielleicht auch eine Möglichkeit, hier im Raum und im Kontakt zu bleiben?“

Herr M.: „Weiß nicht. Wie denn?“

Therapeut: „Gehen Sie mal einen Schritt zurück“. (Zu Herrn P.: „Sie bleiben bitte an Ihrem Platz stehen.“)

Therapeut: „Wie ist das, wenn Sie den Abstand zu Herrn P. vergrößern?“

Herr M.: „Immer noch zu nah.“

Therapeut: „Dann gehen Sie jetzt langsam, Schritt für Schritt so weit zurück, bis an den Punkt, an dem Sie sich sicher fühlen. Halten Sie dabei den Blickkontakt mit Herrn P. Geht das?“

Herr M.: „Ja, ich glaube schon.“ (Herr M. vergrößert die Distanz auf ca. 6 Meter.) „Hier geht's, glaube ich. Jetzt bin ich nicht mehr so aufgeregt.“

Therapeut: „Gut, dann setzen Sie jetzt bitte die Übung fort, aus dieser Distanz. Halten Sie möglichst dabei Blickkontakt mit Herrn P. Beginnen Sie ganz langsam, ohne viel Kraft, achten Sie dabei auf Ihre Atmung. Atmen Sie bei jedem *Zuki* ruhig und langsam ein und aus. Auch der *Zuki* kommt erst mal ganz langsam und mit wenig Kraft. Ich stelle mich neben Sie und mache die Übung mit.“

Therapeut (zur ganzen Gruppe): „Bitte üben Sie mit Ihren Partnern weiter. Hören Sie bitte dabei auf mein Kommando. Ich zähle die einzelnen Techniken von eins bis zehn durch. Insgesamt machen wir fünfzig *Zukis* mit kurzen Pausen dazwischen. Achten Sie dabei bitte auch auf den „richtigen“ Abstand zum Partner. Wir beginnen mit der Verneigung. *Rei*.“

Ich beginne laut zu zählen und mache die Übung synchron, auch in Bezug auf die Atmung, an der Seite des Patienten mit. Nach der zehnten Technik erfolgt eine kurze Ausruhphase. Dann folgt der nächste Zyklus, wieder mit zehn Fauststößen. Sehr moderat, aber deutlich erkennbar, steigern sich bis zum fünften und letzten Zyklus Kraft und Geschwindigkeit der Fauststöße. Die Atmung von Herrn M. wird ebenfalls kräftiger und ruhiger. Einige Teilnehmer führen die Technik mit dem Kampfschrei (*Kiai*) aus. Für Herrn M. ist dies zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich. Die Übung endet mit der Verneigung (*Rei*). Danach setzen sich alle Teilnehmer in den Kreis, um die Sequenz zu reflektieren. Für Herrn M. war die Übung u. a. sehr bedeutsam, weil er die Erfahrung machen konnte, dass er auf seinem Weg, vor allem dann, wenn es schwierig wird, nicht alleine gelassen wird, und dass es zwischen den Extremen Zerstörung und Flucht einen Zwischenraum gibt, den er selbst gestalten und kontrollieren kann.

Einige Wochen danach wurde diese Technik erneut geübt, unter der thematischen Überschrift „Macht und Ohnmacht“. Mittlerweile konnte Herr M. die Partnerübung in der Nahdistanz ausführen, auch mit aller Kraft und mit *Kiai*. Die wichtigste Erfahrung für ihn war dabei, dass er sich lebendig und in seiner ganzen Kraft spüren konnte, ohne dass dabei ein anderer zu Schaden kommt. Er hatte sich ganz und gar unter Kontrolle, auch wenn

der Fauststoß zum Kinn des Partner (*Chokuzuki jodan*) ausgeführt wurde. Die Macht-Ohnmacht-Thematik erforderte eine Modifikation dieser Übung, die Ebene der Augenhöhe wurde verlassen. Stattdessen befindet sich nun der „Angreifer“ (*Tori*) aufrecht kniend über dem Partner (*Uke*), der auf dem Rücken liegt. Der „Angreifer“ übt dabei in dieser Position einen leichten seitlichen Druck mit seinen Knien auf den Brustkorb des Partners aus, so dass dieser sich zu allen Seiten hin begrenzt und beengt fühlt. Der Blickkontakt besteht weiterhin, allerdings „von oben nach unten“ bzw. „von unten nach oben“. Der „Angreifer“ führt seinen Fauststoß in Richtung Gesicht des Partners aus. Der Partner hat wie zuvor die Aufgabe, „passiv“ zu bleiben, also keine Abwehrtechniken anzuwenden. In dieser Rolle befand sich Herr M. zuerst. Er hatte volles Vertrauen zu seinem Partner und fühlte sich absolut sicher. In der Rolle des „Angreifers“ machte Herr M. eine ganz andere Erfahrung. Nach dem fünften Fauststoß mit *Kiai* brach er in Tränen aus. Er setzte sich neben seinen Partner verbarg sein Gesicht in seinen Händen, schluchzte und weinte, sein Partner richtete sich auf und nahm ihn in die Arme. In der Reflexion erfuhr Herr M. zunächst viel Mitgefühl, Zuspruch und Solidarität. Durch die Übung wurde ihm das ganze Ausmaß der Gewalt, die ihm angetan wurde und die er anderen zugeführt hat, unmittelbar deutlich. Erstmals empfand er darüber großes Entsetzen, tiefe Trauer und Scham, aber vor allem auch Trost. Diese Trost-Erfahrung half ihm, seinen Hass auf sich selbst und die Welt zu verringern, und er fand zunehmend zu einem versöhnlichen Umgang mit sich und seiner Geschichte. Getragen von der leiblichen Erfahrung entwickelte er eine neue, differenzierte Sicht auf die Gewalterfahrungen in seinem Leben. Sich selbst zu verzeihen, fiel ihm am schwersten. In seinem Willen, alles zu tun, um sich die Fähigkeit der Selbstkontrolle zu erhalten, erschien er indes nachhaltig gestärkt.

Nicht der Rückfall, sondern das Liegenbleiben ist das Problem

Entsprechend des bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodells der Integrativen Therapie handelt es sich bei der Substanzabhängigkeit um eine komplexe, somatische, psychische und soziale, chronisch-rezidivierende Erkrankung, die die Persönlichkeit des abhängigen Menschen, seine Gesundheit sowie sein soziales Gefüge in unterschiedlichem Ausmaße beeinträchtigt, schädigt oder zerstört. Substanzabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese und zeigt abhängig von genetischen Dispositionen, biografischen Schädigungen, der psychosozialen Lebenslage, dem Grad der Chronifizierung und Komorbidität sowie der Ressourcenlage sehr unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen (*Petzold 2006c*). Chronischer Konsum von psychotropen Substanzen löst komplexe Veränderungsprozesse in neuronalen Schaltkreisen aus, die als Spuren früheren Konsums teilweise auch noch lange nach dem Entzug des Suchtstoffes nachweisbar sind. Nach *Kienast und Heinz (2012)* scheint diese neuronale *Bahnung* häufig mitverantwortlich zu sein für den Sub-

stanzrückfall bzw. für die Aufrechterhaltung des Konsums nach erfolgreichem Rückfall. Im Bereich des hirneigenen Belohnungssystems führen Prozesse im sog. Suchtgedächtnis zu Empfindlichkeitssteigerungen, so dass dieses System bei erneutem Suchtmittelreiz oder -konsum eine verstärkte Motivation zum Drogenkonsum auslöst. Ein Suchtgedächtnis im engeren Sinne umfasst darüber hinaus zwanghafte Aspekte der Drogeneinnahme, die einerseits mit einer hippocampalen Gedächtnisleistung und andererseits mit einer Aktivierung orbitofronto-striärer Regelkreise verbunden sein können, die stereotype Verhaltensweisen auch dann aufrechterhält, wenn diese längst ihren angenehmen bzw. subjektiv belohnenden Charakter verloren haben. Aufgrund des interaktiven Geschehens der oft eng vernetzten Hirnregionen und Funktionen und der damit verbundenen vielfältigen Rückkopplungseffekte ergeben sich im negativen Fall Verhaltensmuster, die durch eine erhöhte Rückfallgefährdung durch bestimmte Drogenreize oder den Suchtmittelkonsum gekennzeichnet sind. In gleicher Weise und stets als wechselwirksames Geschehen bewirken positive Erlebnisse über das dopaminerge System Gefühle des Glücks und der Zufriedenheit. Vor diesem Hintergrund gewinnen gerade in der Behandlung Abhängigkeitskranker Ressourcenkonzepte zentral an Bedeutung (Antonovsky 1997, Petzold 1997p, Crawe 2004), denn: *Gelernt wird immer dann, wenn positive Erfahrungen gemacht werden (Spitzer 2007)*, und zwar in der von gegenseitiger Wertschätzung geprägten und ko-kreativen Gemeinschaft und wenn wir stark emotional beteiligt sind.

Beim Ausstieg aus der Sucht bzw. bei der Behandlung einer Suchterkrankung ist der Rückfall die Regel und nicht die Ausnahme. Therapeutisch haben wir uns entsprechend nicht nur mit der Rückfallprophylaxe, die auf die Verhinderung des Rückfalls zielt, sondern auch mit der Rückfallbewältigung zu befassen, also mit der Frage, wie man nach dem Rückfall möglichst rasch und unbeschadet wieder auf die Füße kommt. Budothapeutisch wird die Rückfallbewältigungskompetenz durch die Fallschule erlernt. Zuvor wird jedoch der „Absturz“, der den meisten Patienten aus eigener Erfahrung bekannt ist, z. B. durch den ganzflächigen Aufschlag des Körpers nach vorne auf die Weichbodenmatte simuliert. Die Vorstellung, derart auf dem harten Boden aufzuschlagen, löst in der Regel eine ganze Reihe unangenehmer Gefühle aus. Ferner wird offenkundig, wer derart ramponiert am Boden liegt, bleibt erst mal eine ganze Weile liegen. Von Patienten hört man entsprechend: „Jetzt ist doch eh alles egal, jetzt kann ich auch weitersaufen“. Es geht also darum, das Liegenbleiben zu verhindern.

Die Fallschule gehörte entsprechend für Herrn M. zum Kernprogramm der Budothérapie. Immer wieder wurde das Abrollen nach vorne (*Ukemi*) und nach hinten (*Ushiro Ukemi*) geübt. Herr M. hatte im Laufe der gesamten Behandlung drei Substanzrückfälle, zwei in der Tagesklinik und einen zu Beginn der ambulanten Behandlung. Beharrlich bearbeitete er das Thema Rückfall „auf der Matte“. Er übte das Abrollen, verfeinerte die Technik und fokussierte vor allem auf das „Aufstehen“.

Nach und nach verbesserten sich so seine „Aufstehkompetenzen“. Durch das beständige Üben und die leibhaftige Erfahrung, dass er mittels einer bestimmten Technik und vor allem aus eigener Kraft einen Absturz abfangen und wieder in einen stabilen Stand (*Sochin-dachi*) gelangen kann, stärkte ihn wesentlich in seiner positiven Selbstwirksamkeitserwartung. Die „Arbeit am Rückfall“ stärkte zudem die Fähigkeit, sich selbst zu kontrollieren und sich selbst zu schützen, ein weiterer „Baustein“ zur Regulierung seiner Impulskontrolle.

Behandlungsergebnis

Herrn M. gelang im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Ausstieg aus seiner Sucht. Die Kombinationsbehandlung mit ihren verschiedenen Behandlungssettings über einen ausreichend langen Zeitraum und in Verbindung mit der stationären Krisenintervention nach einem Substanzrückfall schaffte die Grundlage und den Raum für einen positiven Ausstiegsprozess. Insbesondere fand er mit der Budothérapie eine adäquate Form, sich mit seiner Gewaltthematik auseinanderzusetzen. Gerade die unmittelbaren Erfahrungen des Kämpfers mit allen negativen Implikationen wie Machtmissbrauch, Gewalt und Zerstörung halfen ihm bei der Annäherung an die Thematik, u. a. weil er sein eigenes Grauen nicht nur selbst so unverstellt vor Augen hatte, sondern auch, weil er seine Erfahrungen teilen und mitmenschliche Annahme und Trost erfahren konnte.

10.5.3 Diagnosen nach ICD-10: Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) mit parasuizidalem und selbstverletzendem Verhalten (Z91.5)



Patientin Frau K.

Symptomatik

Die 19-jährige Frau K. stellt sich nach 6-monatigem Psychiatrieaufenthalt zur ambulanten Weiterbehandlung in der psychotherapeutischen Praxis vor. Eigentlich habe sie „genug von dem ganzen Gerede“, aber sie sehe ein, dass sie es alleine noch nicht schaffen kann. Sie habe ihre Einweisung selbst veranlasst, weil sie akut suizidal gewesen sei: „Wenn ich nicht in dieser Nacht in die Psychiatrie gefahren wäre, hätte ich mich umgebracht.“ Seit ihrem sechsten Lebensjahr lebe sie alleine bei ihrer Mutter. Der Vater sei nach der Trennung mit seiner neuen Partnerin in eine andere Stadt gezogen, Frau K. habe ihn einmal im Monat übers Wochenende besucht. Sie sei dann vom Vater bis zu ihrem zwölften Lebensjahr regelmäßig sexuell missbraucht worden. Als die Mutter Verdacht schöpfte, habe sie die Kontakte unterbunden. Zum Vater bestehe seither kein Kontakt mehr. Frau K. habe sich all die Jahre über die Schule stabilisiert. Trotz depressiver Krisen verbunden mit Schlafstörungen und häufigen Albträu-

men sei ihr der Schulabschluss mit Abitur gelungen. Danach sei sie in eine Sinnkrise gestürzt, sie habe sich selbst verletzt und mehrmals versucht, sich umzubringen. Vor der Psychiatrieeinweisung habe sie mehrere Monate in der Punkszene gelebt. Frau K. sei durch den Psychiatrieaufenthalt ruhiger geworden und fühle sich jetzt wieder stabiler. Auch habe sie ihren Lebensmut wiedergefunden. Sie leide aber immer noch unter ihren Schlafstörungen, unter quälenden Alpträumen und Flashbacks.

Psychodynamik und Symptombildung

Die Symptomatik der Patientin ist offensichtlich auf ihre traumatischen Erfahrungen zurückzuführen. Zunächst trennen sich die Eltern, was die Patientin in ihrem Grundvertrauen erschüttert und zu Verlust- und Verlassensängsten führt. Dann ist sie den sexuellen Übergriffen des Vaters schutzlos ausgeliefert. Weder von ihrer Mutter noch von der neuen Frau des Vaters erhält sie den notwendigen Schutz. Intrapsychisch ist die Patientin gleichermaßen gefangen zwischen ohnmächtiger Wut und Gefühlen der Scham und Schuld. Um ihr inneres Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, werden narzisstische Wut, Hass, Ohnmacht und Schamgefühle verdrängt und aggressive Impulse im Sinne der Wendung gegen das Selbst abgewehrt. Die Patientin erhält nur wenig Halt, Klarheit und Struktur von Seiten der Erwachsenenwelt, von der sie sich verraten und im Stich gelassen fühlt. In der Gruppe Gleichaltriger hingegen findet sie Halt, Struktur und Sicherheit. In ihrem Klassenverband fühlt sie sich gleichwertig und anerkannt, zudem stabilisiert sie sich über ihre guten Leistungen. Das Ende der Schulzeit scheint ihr geradezu den Boden unter den Füßen wegzuziehen, sie fühlt sich erneut einsam und verlassen, hilflos und schutzlos einer potenziell feindseligen Welt ausgesetzt.

Setting

Nach 6-monatigem Psychiatrieaufenthalt erfolgte eine ambulante Jugendlichen-Psychotherapie als Einzeltherapie mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche, in Krisensituationen häufiger.

Behandlungsverlauf

Die Psychotherapie umfasste 180 Einzelstunden und erstreckte sich insgesamt über vier Jahre. Die nachfolgend beschriebenen Therapieausschnitte sollen aufzeigen, wie Budo-therapie als Stabilisierungstechnik über die Körper-ebene wirkt und wie sich gleichsam der Zugewinn an emotionaler Ausdruckskraft positiv auf die persönliche Souveränität auswirkt. *Persönliche Souveränität* (Petzold 1998a [698]) zielt auf Selbsterkenntnis, Selbstverantwortung, Selbststeuerung und Selbstbehauptung und auf einen respektvollen Umgang miteinander unter Achtung und Wertschätzung der persönlichen Souveränität des anderen und damit unter Wahrung der eigenen sowie der Grenzen des Mitmenschen. Dabei geht es immer gleichermaßen um die *Sorge um sich selbst* (Foucault) als

auch, nach Lévinas, um die *Sorge um die anderen*. Selbstbestimmt handeln beinhaltet somit die Abgrenzung innerhalb des eigenen Raums und gleichzeitig die Angrenzung an die Räume der anderen. An dieser Grenze findet Kontakt, Begegnung und Beziehung statt. Diese Grenze gilt es aber auch zu verteidigen, um den eigenen Raum und sich selbst zu schützen.

Bei sich selbst ankommen

Im Laufe der Therapie wurden diverse *Basisübungen zur Stabilität* (wie im ersten Fallbeispiel) immer wieder geübt: *Arbeit am Stand* (*Hara-ki*) und *Arbeit am Weg* (*Doshin*) in Verbindung mit der *Arbeit an der Selbstannahme und Sorge um sich selbst* (*Reishin*) in Form der Verneigung (*Gassho*). Im nächsten Schritt wurde die Patientin mit dem Schwert (*Bokuto*) vertraut gemacht. Beim *Bokuto* handelt es sich um ein Holzsword, das in seiner Form dem *Katana*, dem Schwert der Samurai nachempfunden ist. Das Schwert symbolisiert in besonderer Weise „die Kraft der Aufrichtung des Menschen gegen den Zug der Schwertkraft, und (...) die Kraft des Durchtrennens und Schneidens“ (Wagner 2002 [666]), nicht des Schlagens. Diese Unterscheidung ist wesentlich, da es nicht darum gehen kann, das „Schlagen“, mit allen Implikationen von Gewalt und Zerstörung, durch Übung zu kultivieren, denn „Schlagen bahnt Schlagen“ (Hömann-Kost, Siegle 2008 [635]). Beim *Suburi*, der Übung mit dem Schwert, geht es vielmehr darum, „Schwert und Körper, in der richtigen Weise koordiniert, bewegen zu lernen“ und es ist dabei insbesondere „auf das Bewahren der Mittelachse zu achten“ (Hoff 2002 [637]). *Suburi* ist eine Bewegungsmeditation, die in stiller Konzentration auf die korrekte Ausführung der Technik und die eigene Mitte (*Hara*) ausgeführt wird.

Die grundlegende Übung hierzu ist die *Jogeburi*. Man steht dabei aufrecht, etwa hüftbreit im leichten Ausfallschritt (*Chudan no Kamae*). Das Schwert wird vor dem Körper, diagonal nach vorne zeigend, gerade so hoch gehalten, dass man noch über die Schwertspitze hinwegsehen kann. Allein diese Haltung, die für sich eigenständig geübt werden kann, verleiht unmittelbar Stabilität, Sicherheit und Würde. Darüber hinaus kann das Schwert, als weitere Übung, über den Kopf bis hinter den Rücken (parallel zur Wirbelsäule) und wieder zurück in die Ausgangsposition geführt werden. Diese halbkreisförmige Bewegung von Händen und Schwert erfolgt exakt über der Mittelachse des Körpers, der dabei zentriert und stets aufrecht bleibt.

Für Frau K. entwickelte sich die *Jogeburi* zur „Herztechnik“. Die Übung wurde für sie nach einer Weile zum täglichen Ritual. Wesentliche Themen wurden hierdurch sichtbar und konnten so bearbeitet werden. Sie entdeckte über *Jogeburi* ihren inneren, stabilen, aufrechten und unverletzten Kern. Diese Erfahrung veränderte ihren Blick auf sich selbst. Zunächst scheu und verwundert begegnete sie sich selbst zunehmend mit Respekt, Schritt für Schritt gewann sie ihre Selbstachtung zurück. Anfangs übte Frau K. zu Hause mit einem imaginären Schwert, bis sie sich entschloss, sich selbst ein *Bokuto* zu schenken. Am *Bokuto* konnte sie sich aufrichten, *Jogeburi*

stärkte sie in ihrer „persönlichen Souveränität“. Diese ist dann erreicht, „wenn es einem Menschen gelingt, auch in schwierigen Situationen, unter äußerem Druck oder bei Belastungen seine innere Ausgewogenheit zu behalten und in Freiheit mit Ruhe, Gelassenheit, und Überzeugungskraft zu reagieren“ (Petzold 1998a [654]).

Der Angst entgegen

Immer wieder reinszenierten sich die Gewalterfahrungen der Patientin in quälenden Albträumen und plötzlich auftretenden Flashbacks, die, konnten sie nicht dissoziativ abgewehrt werden, zu Angst- und Panikattacken sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen führten. Nach etwa dem ersten Jahr der Behandlung fühlte sich Frau K. stabil und sicher genug, um sich mit ihren Traumgehalten weitergehend, auf der Körperebene, auseinanderzusetzen. *Kakie* stellte hierfür die Basisübung dar: paarweise gegenüberstehend (*Heiko-dachi*), im Abstand von einer Unterarmlänge, die Unterarme sind unlösbar miteinander im Kontakt. Dabei versucht man sich durch Druck-, Schiebe- und Zugbewegungen jeweils aus dem Gleichgewicht zu bringen. Wichtig ist hier auch der Blickkontakt, der die Kontrolle über das Geschehen sicherstellt. Hierzu ein kurzer Ausschnitt, nachdem *Kakie* von Frau K. technisch verstanden und bereits eine Weile geübt worden war.

Therapeut: „Gut, und jetzt schauen Sie mir mal während der Übung in die Augen.“

Frau K. (nach einer Weile des Experimentierens): „Das ist komisch, da muss ich immer lachen.“

Therapeut: „Lachen ist gesund. Manchmal hilft Lachen auch über Unsicherheiten hinweg.“

Frau K.: „Das ist es wohl eher. Sie schauen immer so ernst. Das verunsichert mich. Ihr Blick macht mir Angst.“

Therapeut: „Ich konzentriere mich, dann schaue ich immer ernst. Ich finde die Übung sehr schwierig. Wir stehen sehr nahe beieinander, und ich möchte Sie nicht verletzen.“

Frau K.: „Oh ... ja, das stimmt. Aber wenn ich Ihnen in die Augen schaue, habe ich Angst, Sie zu verletzen. Dann kann ich nicht sehen, was meine Arme und Hände machen, die geraten mir vielleicht außer Kontrolle.“

Therapeut: „Kontrolle ist gut! Kontrollieren Sie mich über Ihren Blick. Vertrauen Sie darauf, dass Ihre Arme und Hände das Richtige tun. Behalten Sie mich im Auge. Weichen Sie nicht aus. Auch nicht meinem Blick. Ja ... so ist es gut!“ (Nach einer Weile des Übens) „Wie ist es für Sie?“

Frau K.: „Gut ... in Ordnung. Besser.“

Durch *Kakie* gewann Frau K. die notwendige Sicherheit, um sich auf die weiteren Übungen einlassen zu können. Wesentlich dabei waren die Erkenntnisse, dass „Hinschauen“ sie in ihrer Selbstkontrolle stärkt und dass „Dranbleiben“ und „im Kontakt bleiben“ neue brauchbare Strategien sind.

Ihre Albträume und Flashbacks lösten indes immer noch häufig Angst- und Panikattacken aus, verbunden mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht, die Frau K. in der Therapie thematisierte:

Frau K.: „Ich kann mich dann nicht wehren, ich bin dann völlig erstarrt, wie gefesselt am ganzen Körper. Hilflos, wehrlos. Dann krieg ich Panik. Scheiße. Ich will das nicht mehr.“

Therapeut: „Dann gehen wir jetzt einen Schritt weiter, zur nächsten Übung. Einverstanden?“

Frau K.: „Ich weiß nicht. Wenn Sie meinen.“

Therapeut: „Sie können wie immer stoppen, wenn irgendwas nicht gut für Sie ist. Wir finden dann einen Weg, gemeinsam. Das hat doch bisher meistens gut geklappt. Sie haben die Kontrolle! Und ich helfe Ihnen dabei, sie zu behalten.“

Frau K. (lacht): „Wird schon schiefgehen.“

Therapeut: „Die Panik hat Sie im Griff – habe ich das richtig verstanden? Sie kontrolliert Sie, und das wollen Sie nicht mehr? Sie wollen die Kontrolle übernehmen bzw. behalten?“

Frau K.: „Ja, so etwa. Ich will mich nicht mehr so ohnmächtig und ausgeliefert fühlen.“

Wieder im Abstand von einer Unterarmlänge stehen wir uns in etwa hüftbreiter Schrittstellung (*Hangetsu-dachi* oder *Zenkutsu-dachi*) gegenüber. Ich umfasse mit meiner rechten Hand bestimmt und doch behutsam ihr linkes Handgelenk (*Gyakuhanmi katate dori*).

Therapeut: „Jetzt habe ich Sie im Griff. Wenden Sie noch keine Gegenwehr an. Nehmen Sie zunächst wahr, wie Sie sich dabei fühlen und welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gehen – und sprechen Sie sie aus.“

Frau K.: „Ich bekomme Angst. Wenn Sie stärker drücken, tut das sicher weh. Ich will hier weg, traue mich aber nicht. Wenn ich nicht mitmache, sind Sie bestimmt sauer. Sie stehen viel zu dicht vor mir, das ist mir unheimlich. Ich will, dass es aufhört. Ich kann aber nichts tun, ich bin wie gelähmt. Ich habe Angst.“

Ich löse den Griff, wir setzen uns im Kniesitz gegenüber und sprechen eine Weile über die emotionalen Resonanzen, inneren Bilder und Atmosphären, die durch diese Übung bei Frau K. ausgelöst wurden.

Danach übten wir abwechselnd im Rollentausch verschiedene Angriffs- und Abwehrtechniken aus dem Aikido. Allein dieses „Experimentieren“, das gemeinsame Suchen nach einem Ausweg aus einer vermeintlich ausweglosen Situation erweiterte den Handlungsspielraum der Patientin. Sie fand Wege aus Ihrer Erstarrungshaltung und erlebte sich positiv in ihrer Selbstwirksamkeit. Exemplarisch steht hierfür die Abwehr gegen einen Angriff von vorne, indem beide Handgelenke des Partners gegriffen und festgehalten werden (*Ryote dori*). Bei dieser Abwehrtechnik geht man mit einem Schritt und einer Drehung (*Tai Sabaki*) in den Angreifer hinein und führt ihn mit einer großen Armbewegung über einen Hüftwurf zu Boden (*Koshi Nage*). Der Geworfene rollt nach vorne ab (*Ukemi*) und bleibt so entsprechend unverletzt. Sämtliche Budo-Techniken, die in der Budotherapie praktiziert werden, vermitteln indes stets die Erfahrung, dass Konfliktlösungen konstruktiv, also ohne Zerstörung des anderen, möglich sind, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Kontakts bzw. der Beziehung.

Einen Schnitt machen

Um sich nachhaltig aus alten, dysfunktionalen Mustern zu lösen und um auf der Körperebene einen entsprechenden „somatischen Marker“ (Storch, Krause 2010 [663]) zu setzen, beschäftigte sich Frau K. geraume Zeit mit der Technik des Schwertziehens. Ausgangspunkt

dieser Technik ist der „natürliche Stand“ (*Shizentai*), das Schwert (*Bokuto*) wird mit der linken Hand an der linken Hüfte gehalten, die Schneide zeigt nach oben. Mit der rechten Hand wird das Schwert um 90° mit der Schneide nach außen gedreht und diagonal (*Yoko Giri*) nach vorne oben gezogen (*Naname Nukitsuke*). Während des Ziehens wird das linke Bein zurückgestellt. In der Endposition erreicht die Schwertschneide den imaginären Gegner an dessen Schläfe. Danach wird das Schwert langsam und bedächtig in die imaginäre Schwertscheide zurückgesteckt (*Noto*), das hintere Bein wird wieder nach vorne in die Ausgangsposition (*Shizentai*) gezogen.

Über das Ziehen des Schwertes wurde Frau K. in besonderer Weise deutlich, dass sie selbst es ist, die „Entscheidungen“ trifft, dass sie „einen Schnitt machen kann“ und dass sie dabei geradlinig, klar und bei sich selbst bleiben kann, ohne Verlierer auf irgendeiner Seite, ohne Gesichtsverlust und Beschämung.

Behandlungsergebnis

Im letzten Jahr der Therapie meldete sich Frau K. in einer Aikido-Schule an und trainierte dort regelmäßig zweimal die Woche. Vor allem die Arbeit mit dem Schwert hat zu einer nachhaltigen Stärkung ihrer persönlichen Souveränität geführt. Sie hat gelernt, sich abzugrenzen, sich selbst zu behaupten und für sich einzustehen. Mit zunehmender Selbstakzeptanz traten Schuld- und Schamgefühle in den Hintergrund. Die von gegenseitigem Respekt (*Rei*) getragene therapeutische Beziehung, in der die Patientin sich auf ihre Prozesse einlassen konnte, weil sie stets die Kontrolle über das Geschehen behielt, war neben aller „technischen“ Interventionen sicher als zentraler Wirkfaktor ausschlaggebend für das gute Gelingen der Behandlung.

10.6 Evidenzbasierung

Spezifische Studien zur Wirksamkeit von „Budotherapie als körperpsychotherapeutische Methode“ liegen bislang nicht vor. Wolters (2007 [667]) weist in seiner erziehungswissenschaftlichen Studie zur Wirksamkeit von Budo eine Reduktion von Aggressivität und Gewaltbereitschaft bei inhaftierten Jugendlichen nach. Er spricht in diesem Zusammenhang von „Kampfkunst als Therapie“. Petzold, Bloem, Moget (2004 [658]) sprechen von „Budo und Therapie“ und verweisen auf das positive Zusammenwirken von „Budo als übungszentrierte Modalität“ und „Psychotherapie als konfliktzentrierte Modalität“. In ihrer Überblicksarbeit kommen die Autoren zu dem Schluss, dass „die Ausübung der ‚traditionellen‘ Kampfkunst (vor allem traditionelles Karate) mit ihren ritualisierten, emotionskontrollierenden und wertevermittelnden Arbeitsformen positive psychosoziale Veränderungen für diejenigen bewirken, die diese Sport- und Bewegungsformen praktizieren“. Bitzer-Gavornik (1994 [624]) stellt fest, dass das weitverbreitete Vorurteil, dass die Ausübung von Kampfkünsten die Aggressivität steigert, nicht

haltbar ist. Kleinert und Kleinknecht (2012 [639]) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass „die Art der Vermittlung“ wesentlich dafür verantwortlich ist, ob Kampfkunst mit „mehr oder weniger Aggression assoziiert ist“. Höhmann-Kost und Siegele (2008) [635] beschreiben die positiven Effekte von Budotechniken bezüglich der Affektregulation und Impulssteuerung und kommen zu dem Schluss, dass sich Budo zum Erwerb einer „Aggressionsregulationskompetenz“ in besonderem Maße gut eignet.

Die meisten dieser Studien bzw. Erfahrungsberichte beziehen sich auf die Wirkung von Budo im Zusammenhang mit Aggression und Gewalt. Hier lassen sich zwar vielfältige positive Effekte nachweisen. Eine generelle Aussage über die Wirkung der Kampfkünste in der Psychotherapie lässt sich daraus aber nicht ableiten. Zudem beruht die Wirksamkeit einer Behandlung im Bereich der Psychotherapie nie auf nur einer einzigen Methode oder Intervention. Ohne die Einbettung in ein fundiertes therapeutische Verfahren, wie es die Integrative Therapie mit ihrem zugrunde liegenden Menschenbild darstellt (Petzold 2003a [655], Leitner 2010 [640], Petzold, Orth, Sieper 2011 [659]), ist die *Budotherapie* in der hier vorgestellten Form, als *körper- und bewegungspsychotherapeutische Methode* nicht denkbar.

10.7 Literatur

- [623] Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt-Verlag; 1997
- [624] Bitzer-Gavornik G. Persönlichkeitsveränderungen durch die Auswirkung von Karata-Do, unveröffentlichte Dissertation. Graz: Karl Franzens Universität; 1994
- [625] Bloem J, Moget P, Petzold HG. Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte. Faktum oder Fiktion? Forschung, Aggressionspsychologie, Neurobiologie. Integrative Therapie 2004; 1–2: 101–149
- [626] Damasio A. Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: List; 2001
- [627] Dürckheim KG. Der Alltag als Übung. Bern: Hans Huber; 1966/2001
- [628] Dürckheim KG. Hara. Die Erdmitte des Menschen. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag; 1967/2005
- [629] Fischer M. et al. „Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese)“ – Teil II Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. Sucht aktuell 2007; 2: 37–46
- [630] Frantzis BK. The power of the internal martial arts. Combat secrets of Ba gua, tai chi and hsing i. Berkeley: North Atlantic Books; 1998
- [631] Funakoshi G. Karate-do. Die Kunst, ohne Waffen zu siegen. München: Piper; 1938/2009
- [632] Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2004
- [633] Höhmann-Kost A. Arbeit an der „persönlichen Souveränität“ – Wahrnehmung und Bedeutung für die

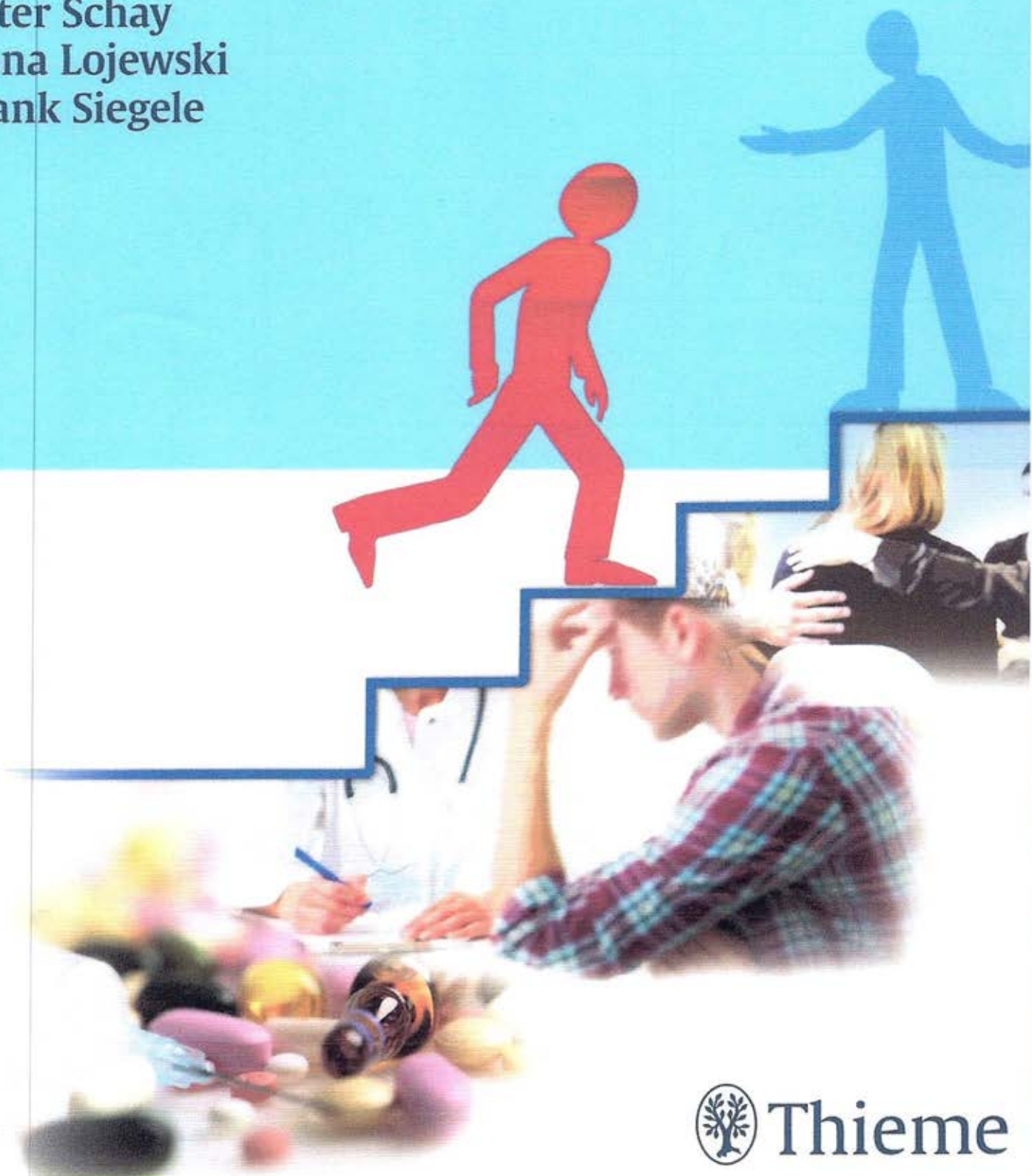
- Praxis der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. *Integrative Bewegungstherapie* 2012; 1: 17–27
- [634] Höhmann-Kost A, Siegele F. „Arbeit an sich selbst“ – Der „Weg der Übung“. *Kampfkünste in der Integrativen Therapie und Supervision Suchtkranker*. *Integrative Therapie* 2004; 1–2: 6–23
- [635] Höhmann-Kost A, Siegele F. Auf dem Weg zur Aggressionsregulationskompetenz. *Perspektiven und Praxis aus Sicht der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie*. *Integrative Bewegungstherapie* 2008; 1: 4–31
- [636] Höhmann-Kost A, Siegele F. *Kampfkünste in der Behandlung von Abhängigkeitskranken*. In: Waibel M, Jakob-Krieger C. *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer; 2009: 257–272
- [637] Hoff FF. *Iai-Do – blitzschnell die Waffe ziehen und treffen*. Berlin: Weinemann; 2002
- [638] Kienast T, Heinz A. *Abhängiges Verhalten bei Suchterkrankungen*. In: Gründer G, Benkert O. *Handbuch der Psychopharmakotherapie*, 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2012: 281–295
- [639] Kleinert J, Kleinknecht C. *Sportliche Aktivität, Aggression und Gewalt*. In: Fuchs R, Schlicht W. *Seeleische Gesundheit und sportliche Aktivität*. Göttingen: Hogrefe; 2012: 272–293
- [640] Leitner A. *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer; 2010
- [641] Levinas E. *Die Spur des anderen*. Freiburg: Alber; 1963/1983
- [642] Lind W. *Der geistige Weg der Kampfkünste*. O.W. Barth; 2004
- [643] Ludwig D. *Okinawa Karate Kata*. Norderstedt: Books on Demand; 2001
- [644] Osten P. *Integrative Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen*. In: Petzold HG, Schay P, Ebert W, Hrsg. *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften; 2004: 221–294
- [645] Petzold HG. *Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie*. Paris: Lic. Arbeit, Institut St. Denis; 1968
- [646] Petzold HG. *Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique*. Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine Paris, mimeogr.; teilweise deutsch in (1974b); 1969c
- [647] Petzold HG. *Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann; 1974b
- [648] Petzold HG. *Die neuen Körpertherapien*. Paderborn: Junfermann; 1977n
- [649] Petzold HG. *Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie*. In: Petzold HG. *Psychotherapie, Meditation*. Paderborn: Junfermann; 1983e: 53–100
- [650] Petzold HG. *Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik*, Bd. II/1. Paderborn: Junfermann; 1991a: 19–90
- [651] Petzold HG. *Abschlussbericht der Tagung „Der Weg ist das Ziel. Psychotherapie und die Kampfkünste“*, in Berlingen, Schweiz vom 17.-19.09.1993, Tagungsdokumentation, Fritz Perls Institut. Hückeswagen; 1993
- [652] Petzold HG. *Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Levinas (1906–1995)*. *Integrative Therapie* 1996k; 2–3: 319–349
- [653] Petzold HG. *Das Ressourcenkonzept in der sozial-interventiven Praxeologie und Systemberatung*. *Integrative Therapie* 1997p; 4: 435–471
- [654] Petzold HG. *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung, Modelle und Methoden reflexiver Praxis*. Paderborn: Junfermann; 1998a
- [655] Petzold HG. *Integrative Therapie, Band 1–3*. Paderborn: Junfermann; 2003a
- [656] Petzold HG. *Konzepte und zentrale Modelle der „Integrativen Therapie“ – Ein „biopsychosozialökologischer“ Ansatz*; 2006c. Im Internet: www.fpi-publikationen.de/polyloge POLYLOGE 09/2006; Stand: 27.04.2013
- [657] Petzold HG. *Aggressionsnarrative, Ideologie und Friedensarbeit – Integrative Perspektiven*. In: Stammeler FM, Merten R, Hrsg. *Aggression, Selbstbehauptung, Zivilcourage. Zwischen Destruktivität und engagierter Mitmenschlichkeit*. Bergisch-Gladbach: EHP – Edition Humanistische Psychologie; 2006h: 39–72
- [658] Petzold HG, Bloem J, Moget P. *Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven*. *Integrative Therapie* 2004; 1–2: 24–100
- [659] Petzold HG, Orth I, Sieper J. *„Sorge um das Ganze“ – Überlegungen zu Fragen der Orientierung und Haltung im Felde der Psychotherapie heute*. In: Petzold HG, Orth I, Sieper J. *Gewissensarbeit Weisheitstherapie, Geistiges Leben. Werte und Themen moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer; 2011: 11–61
- [660] Schröder G, Brendel T. *Affekt-Kontroll-Training. Qi-gong Dancing. Synergien aus Ost und West*. Norderstedt: Books on Demand; 2004
- [661] Sieper J, Orth I, Petzold HG. *Warum die „Sorge um Integrität“ uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie*. In: Petzold HG, Orth I, Sieper J, Hrsg. *Gewissensarbeit Weisheitstherapie, Geistiges Leben. Werte und Themen moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer; 2011: 367–459
- [662] Spitzer M. *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2007
- [663] Storch M, Krause F. *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*. Bern: Hans Huber; 2010

- [664] **Suzuki S.** Seid wie reine Seide und scharfer Stahl. Das geistige Vermächtnis des großen Zen-Meisters. München: Ullstein Heyne List; 1969/2003
- [665] **Tiwald H.** Psychotraining im Kampf- und Budo-sport. Ahrensburg: Czwalina; 1981
- [666] **Wagner W.** AIKI-DO Schwertarbeit in der Psychotherapie. Schettgen P. Heilen statt hauen. Augsburg: Ziel; 2002
- [667] **Wolters J.** Kampfkunst als Therapie. Die sozialpädagogische Relevanz asiatischer Kampfsportarten. Aufgezeigt am Beispiel des sporttherapeutischen Shorinji-ryu Karatedo zum Abbau der Aggressivität und Gewaltbereitschaft bei inhaftierten Jugendlichen, Autorenausgabe. Stade/Hamburg; 2007

Integrative Therapie in der Drogenhilfe

Theorie – Methoden – Praxis in der
sozialen und medizinischen Rehabilitation

Herausgegeben von
Peter Schay
Ilona Lojewski
Frank Siegele





Leben mit der Sucht

So vielfältig die Problemsituationen abhängigkeitskranker Patienten sind, so diversifiziert muss auch das Behandlungsangebot sein. Um eine qualitativ hochwertige und effektive Betreuung suchtkranker Menschen zu gewährleisten, müssen die Behandlungskonzepte in der sozialen und medizinischen Rehabilitation der Lebenssituation jedes Einzelnen angepasst werden. Durchbrechen Sie die Suchtschleife mit individuellen, auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichteten Therapiemethoden. Lernen Sie das breite integrative Angebotsspektrum von Psycho- und Soziotherapie sowie Körper- und Bewegungstherapie kennen.

Aus dem Inhalt:

- ▶ akzeptierende Drogenhilfe und intermittierende Karrierebegleitung
- ▶ integrative Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden und -abhängigen Jugendlichen
- ▶ psychosoziale Betreuung Substituierter
- ▶ ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- ▶ ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen
- ▶ die Bedeutung der Gruppentherapie im Kontext Sucht
- ▶ Komorbidität im Kontext Sucht
- ▶ Polytraumatisierungen und Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Komorbiditäten im Kontext Sucht
- ▶ integrative Budothérapie
- ▶ Lauftherapie
- ▶ konzeptionelle Akzentuierungen zur sozialen und beruflichen Integration abhängigkeitskranker Menschen



Peter Schay, M.Sc. Integrative Therapie, Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Supervisor (FU Amsterdam), Approbation als Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Heilkundlicher Psychotherapeut (HPG), Ausbildungen in Integrativer Psychotherapie, Soziotherapie, Kunst- und Kreativitätstherapie sowie Poesie- und Bibliothérapie am Fritz Perls Institut (FPI), Lehrtherapeut und Kontrollanalytiker am FPI, Gesamtleiter und geschäftsführender Gesellschafter der ambulanten und (teil-)stationären Einrichtungen der Drogenhilfe der Kadesch gGmbH in Herne, freiberuflich tätig in eigener Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie.



Frank Siegele, Integrativer Psychotherapeut (IT), approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (TP), Lauftherapeut, Budothérapeut. Dipl.-Supervisor (FU Amsterdam), Dipl.-Sozialpädagoge, exam. Krankenpfleger. Langjährige Tätigkeit in der ambulanten, tagesklinischen und stationären Suchtkrankenbehandlung. Lehrtherapeut und Lehrsupervisor am Fritz Perls Institut (FPI). Freiberuflich tätig als Psychotherapeut, Supervisor und Coach in eigener Praxis sowie am Institut für Budothérapie (iBT) in Hannover.



Ilona Lojewski, Fachärztin für Psychiatrie und Leitende Ärztin der Klinik am Kronsberg in Hannover: stationäre und tagesklinische medizinische Rehabilitation für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, einschließlich Substitution, Weiterbildung: Suchtmedizinische Grundversorgung, Verkehrsmedizinische Begutachtung, Sozialmedizin.

ISBN 978-3-13-173061-9



9 783131 730619

www.thieme.de