



Methodenidentifikation METID

Bewegungs- und Körpertherapie

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | Methodenbezeichnung | 3 |
| 2. | Kurzbeschreibung der Methode | 3 |
| 3. | Geschichte und Philosophie | 4 |
| 3.1 | Geschichte | 4 |
| 3.1.1 | Ursprung | 4 |
| 3.1.2 | Reformbewegung und der Einfluss von Elsa Gindler | 6 |
| 3.1.3 | Die Entwicklungen ab 1940 | 7 |
| 3.1.4 | Entstehung der funktional orientierten Bewegungstherapie | 8 |
| 3.1.5 | Bewegungstherapie, Körpertherapie, Körperpsychotherapie heute | 8 |
| 3.2 | Philosophie..... | 8 |
| 4. | Grundlegende theoretische Modelle | 9 |
| 4.1 | Menschenbild | 9 |
| 4.2 | Gesundheitsverständnis..... | 10 |
| 4.3 | Therapeutisches Verständnis | 10 |
| 5. | Formen der Befunderhebung | 12 |
| 5.1 | Allgemeines..... | 12 |
| 5.2 | Methodenspezifische Befunderhebung..... | 13 |
| 5.3 | Abschluss der Befunderhebung..... | 14 |
| 5.4 | Evaluation | 14 |
| 6. | Therapiekonzept | 15 |
| 6.1 | Therapieansatz und -ziele..... | 15 |
| 6.1.1 | Arbeitstechnik..... | 15 |
| 6.1.2 | Interventionen | 16 |
| 6.1.3 | Ziele..... | 21 |
| 6.2 | Fokus..... | 26 |
| 6.2.1 | Ressourcen | 26 |
| 6.2.2 | Resilienz..... | 26 |
| 6.2.3 | Selbstermächtigung | 27 |
| 6.2.4 | Abgrenzung zur medizinischen Tätigkeit | 27 |
| 6.3 | Gestaltungsprinzipien..... | 27 |
| 6.3.1 | Therapeutische Beziehung und Dialog | 27 |
| 6.3.2 | Therapeutische Haltungen und Lösungsorientierung | 28 |
| 6.4 | Prozessphasen | 29 |
| 6.4.1 | Prinzip des Prozesses..... | 30 |
| 6.4.2 | Begegnen | 30 |
| 6.4.3 | Bearbeiten | 30 |
| 6.4.4 | Integrieren | 31 |
| 6.4.5 | Transferieren | 31 |
| 7. | Grenzen der Methodenausübung / Kontraindikationen | 31 |
| 8. | Methodenspezifische Kompetenzen | 32 |
| 9. | Methodenspezifische Ressourcen | 32 |
| 9.1 | Erforderliche Kenntnisse | 32 |
| 9.1.1 | Theoretisches berufsspezifisches Wissen | 32 |
| 9.1.2 | Kenntnisse über Bewegung und die praktische Arbeit | 34 |
| 9.2 | Erforderliche Fertigkeiten | 35 |
| 9.3 | Erforderliche Haltungen | 36 |
| 10. | Positionierung | 36 |
| 10.1 | Bezug der Methode zur Alternativ- und Schulmedizin | 36 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 10.2 | Abgrenzung der Methode zu anderen Methoden und Berufen..... | 37 |
| 10.2.1 | Körperpsychotherapie | 37 |
| 10.2.2 | Kunsttherapie, Fachrichtung Bewegungs- und Tanztherapie..... | 37 |
| 10.2.3 | Alexandertechnik..... | 37 |
| 10.2.4 | Feldenkrais..... | 38 |
| 10.2.5 | Organisch-rhythmische Bewegungsbildung Medau | 38 |
| 10.2.6 | Eutonie Gerda Alexander..... | 38 |
| 11. | Umfang und Gliederung des methodenspezifischen Teils der Ausbildung in Bewegungs- und Körpertherapie | 39 |
| 11.1 | Dauer der Ausbildung | 39 |
| 11.2 | Inhalt und Umfang der methodenspezifischen Ausbildung..... | 39 |
| 11.3 | Wahlfächer | 39 |

1. METHODENBEZEICHNUNG

Bewegungs- und Körpertherapie

2. KURZBESCHRIEB DER METHODE

Seit der Mensch existiert, drückt er sein Befinden, seine Gefühle und Gedanken körperlich mit Bewegungen, Gesten und mit Mimik aus. Ende des 19. und anfangs des 20. Jahrhunderts begannen sich Psychoanalytiker, Tänzer, Schauspieler und Bewegungsfachpersonen verschiedenster Herkunft mit den körperlichen und seelischen Zusammenhängen zu befassen und entwickelten daraus diverse Bewegungs- und Körpertherapiekonzepte. Ihr Fokus lag auf Selbstausdruck, Selbstexploration und Selbstverwirklichung. Die Behandlung von funktionellen und psychosomatischen Beschwerden trat zunehmend in das Bewusstsein von Ärzten.

Neuste wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Neurobiologie, Medizin, Psychologie, Soziologie, Entwicklungspsychologie und Bewegungswissenschaft fliessen kontinuierlich in die Konzepte, Methodik und Didaktik der Bewegungs- und Körpertherapie ein. Das komplexe Zusammenspiel des Körper- und Bewegungsausdrucks des Individuums wird betrachtet. Diesem liegen die Prägung und Entwicklung von der embryonalen Phase bis zum aktuellen Zustandsbild zu Grunde. Die Biografie und die Körpergeschichte werden in die methodenspezifische Befunderhebung miteinbezogen. Ergänzend dienen Systeme zur Analyse von Bewegungen (Raum, Kraft, Antrieb, Form, Phrasierung, Beziehung, etc.).

Durch Bewegung äussert sich der Mensch und zeigt, was in ihm lebt und wirkt. Die Bewegungs- und Körpertherapie fokussiert auf den Körper und seine Bewegungen in funktioneller, seelischer, geistiger und sozialer Hinsicht sowie auf das Wiederentdecken von natürlichen Bewegungen. Genaue Beobachtung umfasst die nichtsprachlichen Signale wie Körperhaltung, Koordination, dynamische Bewegungsqualität, Bewegungsfluss, Bewegungsrichtung und Bewegungsausdruck. Die Therapeutin/der Therapeut registriert verbale und körperliche Äusserungen der Klientin/des Klienten wie z.B. Blickrichtung, Mimik, Gestik, Tonfall, Sprache. Die Qualität einer Bewegung in Abhängigkeit des eigenen augenblicklich inneren Erlebens wird gemeinsam erfasst und analysiert. Der Körper und das Bewegungsgeschehen sind in ihrer ganzen Vielschichtigkeit auf der perzeptiven (sinnliche Wahrnehmung), affektiv-emotionalen, kognitiven und psycho-motorischen Ebene erfahr- und erlebbar.

Die Bewegungs- und Körpertherapie fördert die Selbstbestimmung und Genesung durch individuelle und den Entwicklungsschritten angepasste bewegungstherapeutische Interventionen. Sie unterstützt die Wahrnehmung, Entfaltung und Stärkung der Selbstregulation der Klientin/des Klienten. Die Interventionsmöglichkeiten und Arbeitstechniken für den Bewusstseinsprozess und die Sinnggebung der inneren und äusseren Bewegungen sind vielfältig, z.B. Improvisation/Komposition, Gestaltung der Bewegung, Exploration, Imitation, Führen/Folgen, Berührung. Die therapeutische Herangehensweise kann je nach gemeinsam formulierter Zieldefinition übungszentriert-funktional, erlebniszentriert-stimulierend, konfliktzentriert oder lösungsorientiert sein. Die verschiedenen therapeutischen Haltungen (stützend, strukturiert, führend, schützend, konfrontierend, fordernd) sollen die Klientin/den Klienten unterstützen und motivieren, regelmässig und angepasst aktiv zu werden und selbstverantwortlich zu handeln. Wohlwollend und einfühlsam eingesetzt, fördern sie angemessene Lernschritte, den Eigenkontakt und den Bezug zum Umfeld. Die Klientin/der Klient erfährt, welche Wirkung eine Bewegung oder eine Handlung entfaltet.

Mit der Verankerung der veränderten Verhaltensweisen und selbstverantwortlichem Umgang hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens kann die Therapie abgeschlossen werden.

3. GESCHICHTE UND PHILOSOPHIE

3.1 GESCHICHTE

3.1.1 Ursprung

Der körperliche Ausdruck von Befinden, Gefühlen und Gedanken ist eine ursprüngliche und schöpferische Eigenheit des Menschen. Mit Beginn des 20. Jahrhunderts lag der Fokus von Bewegungsschaffenden auf Selbstaussdruck, Selbstexploration und Selbstverwirklichung. Psychoanalytiker begannen die Zusammenhänge zwischen Bewegung und unbewussten Motiven zu erforschen. Als erster Körperpsychotherapeut gilt **Georg Groddeck** (1866–1934), der als einer der ersten die Meinung vertrat, dass die Heilung eines Patienten physisch wie psychisch erfolgen müsse. Er gilt daher als „Vater der Psychosomatik“. Im Unterschied zu **Sigmund Freud** (1856–1927) ist bekannt, dass Groddeck vor allem Menschen mit funktionellen und psychosomatischen Beschwerden behandelte. Der ungarische Psychoanalytiker **Sandor Ferenczi** (1873–1933) wurde stark von ihm beeinflusst. Er beobachtete das körperliche Agieren seiner angeblich hoffnungslosen „Fälle“ in der Behandlung und fand so Zugang zu präödüpalem oder präverbalem Erleben. Er begann, mit körperbezogenen Interventionen zu experimentieren und interpretierte Mimik, Gestik, Haltung und Verhalten als Sprache des Unbewussten.

Wilhelm Reich (1897–1957) rückte ab den 1930er Jahren den Körper immer mehr in den Mittelpunkt seiner analytischen Arbeit. Er gründete eine eigenständige körperpsychotherapeutische Richtung, die er anfangs Vegetotherapie nannte. Er *„stellte fest, dass charakterliche Haltungen oft mit bestimmten Körperhaltungen einhergingen. Ähnlich wie Ferenczi die Körpersprache eines Patienten beachtete, beschrieb er schon in*

der ersten Auflage seiner ‚Charakteranalyse‘, also noch bevor er mit der körperbezogenen Behandlung begann, sehr genau die Körpersprache seiner Patienten, die er dann im Kontext ihrer Lebensgeschichte deutete.“¹

Das Erforschen, Entwickeln und Darstellen von Theorien und Modellen von psychophysischen Zusammenhängen fand ebenfalls bei den künstlerisch, tänzerisch Schaffenden Einzug.

François Delsarte (1811–1871) hatte auf Grund von Beobachtung menschlicher Interaktionen eine Technik für Schauspieler entwickelt, die Emotionalität mit einem Bewegungssystem verbindet. Ihn interessierte besonders die Verbindung von Sprache – Musik – Bewegung sowie die Verbindung zwischen Empfindung und körperlichem Ausdruck. **Mary Wigman** (1886–1973) studierte beim Schweizer Komponisten und Musikpädagogen **Emile Jaques-Dalcroze** (1865–1950) rhythmische Gymnastik und anschliessend bei **Rudolf von Laban** (1879–1958) Tanz, bei welchem sie später auch unterrichtete. 1920 eröffnete sie eine eigene Schule für modernen Tanz in Dresden und nach dem 2. Weltkrieg eine Ausdruckstanzschule in Berlin.

Sie betrachtete den Körper des Menschen als spirituelles Medium. Immer wieder erfuhr sie den Tanz als etwas neu zu Gestaltendes, als etwas, das sich aus dem augenblicklich inneren Erleben entwickelt, als ein Dialog mit sich selbst im Hier und Jetzt. Als eine der ersten Tanzschaffenden entwickelte Mary Wigman eine Prozessarbeit. Diese Arbeit unterteilte sie in drei Phasen: Erstens „Einsetzen des Willens“, Zweitens „die nüchterne Arbeit“ und Drittens „Bildung der tänzerischen Form, Verdichtung bis zur seelisch erfüllten Form“. Es entsteht eine Tanzgestalt, indem jeglicher individuelle Ausdruck in eine Sprache des Tanzes mündet, in der jegliches privates Ich-Erleben überpersönlicher Ausdruck wird.

Mary Wigman gehörte zu den ersten Schülerinnen von Emile Jaques-Dalcroze. Dieser zählt ebenfalls zu den Pionieren des modernen Tanzes. Seine Arbeitsweise verdeutlichte die Wechselbeziehung zwischen der musikalischen, körperlichen und emotionalen Erfahrung. Diese wurde sowohl in der Musikerziehung wie auch in der rhythmischen Gymnastik vertieft.

Rudolf von Laban war Tänzer, Choreograf und Tanztheoretiker ungarischer Herkunft. Sein tanzpädagogisches Konzept zielte auf das Wiederentdecken von natürlichen Bewegungen. Sein System der Bewegungsanalyse ermöglichte es, die Bewegungsfaktoren *Schwerkraft, Raum, Zeit* und *Fluss* miteinander in Verbindung zu bringen. In seinen letzten Jahren in England entwickelte er die Bewegungsnotation, bekannt unter dem Namen „Labannotation“. Diese wurde zur wesentlichen Grundlage der zeitgenössischen amerikanischen Tanzwissenschaft und Tanzpädagogik. Die Labannotation dient sowohl zur Aufzeichnung von Choreografien und Bewegungsabläufen als auch zur Interpretation von Bewegungen, was für die therapeutische Arbeit von grossem Nutzen ist. Labans Schülerin **Irmgard Bartenieff** (1900–1981) führte Labans Lehre weiter zur „Laban Movement Analysis“. Dieses System beschreibt eine psychologische Systematik (Eukinetik) und untersucht die dynamischen Qualitäten der Bewegung im Zusammenhang mit dem mental-emotionalen Zustandsbild. Eine Werteskala von Bewegungsqualitäten und Bewegungsthemen dient zur Differenzierung.

¹ Röhrich, F. (2009). Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. In: Joraschky, P., Loew, T., Röhrich, F. Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik. Stuttgart: Verlag Schattauer, 25-34, S.58

Das Kestenberg Movement Profile (KMP) oder Kestenberg Bewegungsprofil wurde von **Judith Kestenberg** (1910–1999), Psychiaterin und Psychoanalytikerin, entwickelt. Es integriert verschiedene Bewegungskonzepte und ist ein mikroanalytisches Forschungsinstrument zur Beschreibung, Notation, Kategorisierung und Untersuchung nonverbalen Bewegungs- und Ausdrucksverhaltens. Komplexe Bewegungen werden in 10 Rhythmen mit 64 Einzelitems, die auch kombiniert auftreten, qualitativ und quantitativ erfasst. Die verschiedenen Systeme geben Aufschluss über intrapsychische Prozesse wie Affekte und Bedürfnisse, Temperament, Lernstile und Bewältigungsmechanismen. Das KMP wird in der Therapie zur Diagnostik und für Interventionen noch heute eingesetzt; es gibt Hinweise auf die Stärken und Ressourcen einer Person.

3.1.2 Reformbewegung und der Einfluss von Elsa Gindler

In Europa bildete sich bereits vor dem Zweiten Weltkrieg eine eigenständige Bewegungskultur. Eine Pionierin in der Verbreitung der natürlichen, rhythmischen Bewegungserziehung und -entfaltung war **Dore Jacobs** (1884–1979). Das ab 1920 entstandene Bewegungskonzept wird heute noch angewandt. *„Im Deutschen Gymnastikbund schliessen sich 1925/26 Menschen zusammen, die die Problematik des blossen mechanischen Übens für den Menschen erkennen und versuchen, Bewegung als Erfahrung und Erleben nahe zu bringen.“*² Eine für viele nachkommenden Generationen bedeutende Pionierin war **Elsa Gindler** (1885–1961), die bei **Hedwig Kallmeyer** (1884–1948) „Harmonische Gymnastik“ gelernt hatte. Sie erkannte *„die Zwecklosigkeit des mechanischen Übens und begann, ihr Augenmerk auf das Spüren und Erleben des Erfahrbaren zu richten. Sie beschäftigte sich nicht mehr mit den einzelnen Körperteilen, ihr Ziel wurde das ‚Wachwerden des ganzen Menschen‘...“* Sie *„entwickelte keine Übungen und genaugenommen auch keine Methode.“*³

Gindler erforschte nicht die Psyche, sie interessierte sich, „wie“ etwas gemacht wurde, oder „wie“ man sich hinderte, etwas zu tun, z.B. im Zusammenhang mit dem Atem. *„Dennoch war ihre Arbeit nicht nur körperlicher, sondern auch seelischer Natur, da sie die Qualität einer Bewegung in Abhängigkeit vom Kontakt zu sich selbst ansah. Denn, wie sie sagte, bewegt sich der Mensch und nicht der Körper.“*⁴ Die Aufmerksamkeit der Klientin/des Klienten wird auf die innere Erfahrung gelenkt und diese in Sprache gebracht.

1924 begegnete Gindler dem Musiker und Pädagogen **Heinrich Jacoby** (1889–1964). Es folgte eine intensive Zusammenarbeit und Kurstätigkeit in Deutschland und in der Schweiz, z.B. zu Themen wie „Bewusste Zustandsempfindungen“, „Machen – Geschehen-Lassen“ oder „Zweckmässiger Gebrauch von Füßen und Beinen“. Gindler hinterliess wenig schriftliches Material, doch ihre Schüler und Schülerinnen sind äusserst zahlreich. Zu ihnen zählen bekannte Namen wie **Sophie Ludwig** (1901–1997) (engste Mitarbeiterin, Herausgeberin von Schriften), **Charlotte Selver** (1901–2003) (Sensory Awareness), **Carola H. Speads** (1900–1999) (natürliche Atmung), **Emmi Pikler** (1902–1984) (selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes), **Elfriede Hengstenberg** (1892–1992) (Bildung und Entfaltung durch Bewegung), **Lily Ehrenfried** (1896–

² Willke, E. (2007). Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S.37

³ Moscovici, HK. (1989). Vor Freude tanzen, vor Jammer halb in Stücke gehen. Pionierinnen der Körpertherapie. Frankfurt a.M.: Luchterhand Literaturverlag GmbH, S.20

⁴ Röhrich, F. (2009). Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. In: Joraschky, P., Loew, T., Röhrich, F. Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik. Stuttgart: Verlag Schattauer, 25-34, S.60

1995) (Heilgymnastikerin). Ebenfalls zu den Schülerinnen von Elsa Gindler zählt die Psychologin und Psychoanalytikerin **Laura Perls** (1905–1990).

3.1.3 Die Entwicklungen ab 1940

Auf Elsa Gindler sowie auf Wilhelm Reich, Georg Groddeck und Sandor Ferenczi beruft sich auch die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Der Name stammt von **Helmut Stolze** (1917–2004), der die Methode mit der Gindler-Schülerin **Gertrud Heller** weiterentwickelte und 1958 an den Lindauer Psychotherapiewochen vorstellte. Ab 1963 arbeitete er mit **Miriam Goldberg** (1926–2000) zusammen, die ihrerseits wieder einen sehr grossen Wirkungskreis in Israel und Europa hatte. Die KBT versteht sich als eine leiborientierte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapiemethode. Unmittelbare Sinneserfahrungen werden verbunden mit psychoanalytisch orientierter Bearbeitung. Sie nutzt Wahrnehmen und Bewegen als Grundlage für Empfinden, Fühlen, Denken, Sprechen und Handeln.

Hilarion G. Petzold (*1944) legte, zusammen mit **Johanna Sieper** (*1940), seiner „**Integrativen Therapie**“ psychologische und physiologische Bewegungswissenschaften, Entwicklungspsychologie der Motorik, physiologische und neurowissenschaftliche Bewegungsforschungen der sowjetischen Psychologie und Neuromotorik zu Grunde. Der Integrative Ansatz der Bewegungstherapie basiert auf der Leibphilosophie, der phänomenologisch-psychologischen Wahrnehmungs- und Bewegungslehre und der phänomenologischen Psychiatrie.

Um Zugang zu unbewussten Anteilen der Persönlichkeit zu finden, begannen Tänzerinnen/Tänzer, Pädagoginnen/Pädagogen Methoden der Beobachtung und der Verwendung von Bewegung zu entwickeln. Dazu gehören **Franziska Boas** (1902–1988), **Marian Chace** (1896–1970), **Trudi Schoop** (1903–1999), **Liljan Espenak** (1905–1988) und **Mary Whitehouse** (1911–1979). Franziska Boas war Tänzerin, Perkussionistin und Anthropologin für Tanz. Sie arbeitete tänzerisch mit psychisch kranken Kindern und hinterliess Schriften, die von ihrer Auseinandersetzung mit Psychologie und Tanz zeugen. Die in Modern Dance ausgebildete Marian Chace beobachtete, dass ihre Tanzstunden als Lebenshilfe genutzt wurden. Ihre neue Behandlungsmethode wurde in Gruppen für Erwachsene eingesetzt und „Dance for Communication“ genannt. Trudi Schoop gestaltete schon als Jugendliche Tänze, die nicht auf einer Tanztechnik basierten, sondern aus eigenem Erleben und Beobachtungen stammten. Ihre Form der Therapie basiert auf ihren künstlerischen Erfahrungen und auf ihrer Bewegungsarbeit mit psychotischen Patientinnen und Patienten. Liljan Espenak, Schülerin von Mary Wigmann, arbeitete mit neurotischen und psychotischen Patientinnen/Patienten und mit retardierten und geistig behinderten Kindern. Der Ansatz von Mary Whitehouse gründet in der Psychologie von C.G. Jung. Ihre Arbeit ist unter dem Begriff „Authentische Bewegung“ oder „movement in depth“ bekannt und wurde später durch **Janet Adler** und **Joan Chodorow** weiterentwickelt.

Es folgte eine zweite Generation von Therapeutinnen/Therapeuten, die über eine Tanzausbildung verfügte und sich in Psychotherapie weiterbildete. Zu ihnen zählen u.a. **Erma Dosamantes-Alperson**, **Penny Lewis-Bernstein**, **Elaine V. Siegel** und **Elke Willke**. Elaine Siegel weist auf die Notwendigkeit hin, die Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit verbal zu klären und mit der psychoanalytischen Interpretation zu verbinden. In ihrer Arbeit legt sie grossen Wert auf Übertragung und Gegenübertragung. Elke Willke verfügt über Ausbildungen in modernem künstlerischem Tanz und in Tanz- und Gestalttherapie. In zahlreichen Publikationen setzt sie sich mit theoretischen

Konzepten und Grundlagen der Interventionen und mit der Wirkung von Bewegungs- und Körpertherapie auseinander.

3.1.4 Entstehung der funktional orientierten Bewegungstherapie

Es bestehen verschiedene Bewegungskonzepte für die funktional orientierte Bewegungstherapie, deren Gemeinsamkeit die ganzheitliche Betrachtung des Menschen ist. Eine Pionierin ist die Schweizerin **Bet Hauschild-Sutter** (1914-2016). Die Wurzeln ihrer **Psychosomatischen Funktionslehre** liegen in der Bewegungsentwicklung, im Tanz, in der Gymnastik und in der Psychologie. Zentral ist die bewusste Wahrnehmung des Körpers und seiner Vorgänge in der Wechselwirkung von Bewegung und Atmung, Spannung und Gelöstheit. *„Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen ihrem eigenen Bewegungsantrieb folgen und ihre persönlichen Ressourcen mobilisieren, was die Kreativität und die Eigeninitiative fördert und das Selbstwertgefühl steigert.“*⁵ Vor allem Menschen mit somatischen, psychosomatischen und/oder psychischen Problemen finden zu dieser Bewegungsrichtung.

3.1.5 Bewegungstherapie, Körpertherapie, Körperpsychotherapie heute

Heute gibt es etwa 200 verschiedene Ansätze der Bewegungstherapie, Körpertherapie und Körperpsychotherapie auf der Grundlage ganz unterschiedlicher Schulen. Dabei wird die Bedeutung der körpersprachlichen Elemente als therapeutisches Kommunikationsmittel sehr unterschiedlich eingeschätzt.

Die Arbeit von Gindler, Reich, Perls und Petzold hatte vielfältige Auswirkungen auf die Bewegungs-, Tanz-, und die Körperpsychotherapie. In der Praxis lässt sich die Grenze zwischen den verschiedenen Therapierichtungen nicht klar ziehen, da jegliche Körperarbeit auch immer die Seele berührt. Entscheidend ist, was mit welchen Mitteln behandelt wird. Die Bewegungs- und Körpertherapie arbeitet vorwiegend mit den Mitteln des Körpers wie Spannung, Gleichgewicht, Körpergefühl, Rhythmus, Raumempfinden, Atmung, Bewegungsimpulsen, Koordination, usw.

Das im Jahr 2004 in Kraft gesetzte Berufsbildungsgesetz (BBG) trägt dem Wandel in der Berufs- und Arbeitswelt Rechnung. In der Folge entstanden neue Berufe, die sich aus historisch gleicher Abstammung weiterentwickelt haben, wie die Bewegungs- und Tanztherapie (reglementiert im Bereich Kunsttherapie), sowie die Bewegungs- und Körpertherapie (reglementiert im Bereich Komplementärtherapie). Die beiden Berufe weisen unterschiedliche Schwerpunkte, Begrifflichkeiten und Herangehensweisen auf. Nachfolgend wird die Bewegungs- und Körpertherapie im Bereich Komplementärtherapie genauer beschrieben.

3.2 PHILOSOPHIE

Die Bewegung und der Körper haben bedeutende Anteile an der verbalen und nonverbalen Ausdrucksweise. Sie zeigen, was im Individuum lebt und wirkt. Alles was ein Mensch unternimmt, tritt durch Bewegung in Erscheinung.

Das griechische Ursprungswort für Therapie beinhaltet sowohl den Aspekt des Heilens und Behandelns, wie auch den Aspekt des Erziehens und Pflegens. In der Bewegungs-

⁵ Pittini, C., Bezzola H. (2011). Der bewegte Körper. Entfaltung und Entwicklung. Bern: Verlag Hans Huber, S.7

und Körpertherapie werden die Aspekte der Entwicklungsförderung, der Persönlichkeitsbildung und der Ganzheitlichkeit berücksichtigt. Diese Sichtweise hat sich in der westlichen Welt um die Jahrhundertwende durch die Integration des neurobiologischen, medizinischen, psychologischen, soziologischen und entwicklungspsychologischen Wissens entwickelt. Der Blick auf die Genesung und die Stärkung der Selbstregulation der Klientin/des Klienten prägen den therapeutischen Prozess. Bewegungswissenschaft, Psychoanalyse und Entwicklungspsychologie lieferten wichtige Bestandteile für die Konzeptentwicklung und die Prozessarbeit in der Bewegungs- und Körpertherapie. Ihre Theorien basieren auf Erkenntnissen aus der bewegungs- und psychogenetischen Reifung des Säuglings bis zum alternden Menschen.

Der Mensch erlebt seinen Körper subjektiv, unmittelbar und schafft somit einen Realitätsbezug zum Sein im Moment. Über das Nervensystem werden bewusste (sensorische) und unbewusste (sensible) Sinnesreize in den Gehirnzentren erfasst. Es erfolgen motorische, affektive und kognitive Reaktionen, die zu Integrations- und Anpassungsprozessen führen. Die sinnlichen Erfahrungen werden in der Bewegungs- und Körpertherapie u.a. über das Körperbild, das Körperschema und das Körpererleben betrachtet. Vorstellungen, Überzeugungen, Sichtweisen, sowie die Einstellung zum eigenen Körper gestalten das Körperbild. Gemäss dem Prager Psychiater **A. Pick** beschreibt das Körperschema die Zuordnung der Körperteile untereinander und in Bezug auf den umgebenden Raum. Der andauernde Vorgang der Integration und Synthese aller an der resultierenden Erfahrung beteiligter Aspekte des Körpererlebens wird u.a. als „Befinden“ gedeutet. Dieses verändert sich im Laufe eines Lebens kontinuierlich und ist teilweise als hinderlich wahrnehmbar. Die Therapeutin/der Therapeut erforscht gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten die Beschwerden auf funktioneller, emotionaler, mentaler und sozialer Ebene. Mit Hilfe der Fachkompetenz der Therapeutin/des Therapeuten und der Selbstkompetenz der Klientin/des Klienten findet die bewusste Veränderung ungünstiger Bewegungs- und Handlungsmuster sowie die Integration positiver Veränderungen in den Alltag statt. In Zusammenarbeit mit der Therapeutin/dem Therapeuten erarbeiten die Klientinnen/Klienten die Fähigkeit, selbständig zur körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit hinzuwirken.

4. GRUNDLEGENDE THEORETISCHE MODELLE

4.1 MENSCHENBILD

Die Prägung des Menschen beginnt bereits in der embryonalen Phase. Der Fötus begreift das Innen und Aussen und nimmt Grenzen wahr. Die Wahrnehmungen im Mutterleib ermöglichen den Aufbau des inneren Bildes vom Selbst und des Körperschemas. Im Laufe des Lebens wird das innere Bild über den Körper, das Selbst und die Mitmenschen weiter ausgebildet, geprägt und verändert. Erfahrungen an Leib und Seele werden im Gehirn gespeichert und über den Körper zum Ausdruck gebracht. Über die Körperwahrnehmung wird das Denken, Fühlen und Empfinden geschult und beeinflusst. In der Bewegungs- und Körpertherapie werden Beeinträchtigungen dieser Entwicklungen sicht- und erfahrbar.

Das limbische System im Grosshirn regelt die zentralen Überlebensreaktionen und unsere Gefühle. Es kontrolliert die Regelkreise des psychischen Wohlbefindens und einen Grossteil der Körperphysiologie: die Herzfunktion, den Blutdruck, die Hormonbildung, das Verdauungs- und das Immunsystem. Die Interventionen der Bewegungs-

und Körpertherapie wirken ihrerseits auf diese Regelkreise. Das komplexe Zusammenspiel von Körper- und Bewegungsausdruck, Körperhaltung, Kopfhaltung, Mimik, Blickkontakt, Bewegungen und der Gebrauch von Händen, Armen, Schultergürtel, Beinen, Bewegungsrichtungen, Sprache und Stimme in Interaktion mit dem Lebensumfeld zeigen die Einzigartigkeit des Individuums.

Die Bewegungs- und Körpertherapie unterstützt die Selbstbestimmung durch individuelle, den Entwicklungsschritten angepasste Bewegungsinterventionen. Sie fördert die Wahrnehmung und die Entfaltung der Klientin/des Klienten. Je empfindungsfähiger ein Mensch wird und lernt, sich mit dem allmählich Aufgedeckten zu befreunden, öffnet sich ihm langsam der Weg zu umfassenderem Erleben und tieferer Beziehung zu sich selbst, seinen Mitmenschen und den Tätigkeiten im alltäglichen Leben. Durch diesen Wahrnehmungsprozess werden die eigenen Fähigkeiten und das Vertrauen in den Genesungsprozess weiter gefördert und gestärkt.

4.2 GESUNDHEITSVERSTÄNDNIS

Die Bewegungs- und Körpertherapie kennt keine scharfe Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit; die beiden Zustände fließen kontinuierlich ineinander und werden vom Individuum sehr unterschiedlich wahrgenommen und bewertet.

Das Gesundheitsverständnis der Bewegungs- und Körpertherapie basiert im Wesentlichen auf dem Resilienz-Prinzip (Widerstandsfähigkeit, Fähigkeit zu Beweglichkeit und Flexibilität) und dem Kohärenzgefühl. *„Es geht um das Erleben von wörtlich ‚Zusammenhänglichkeit‘, um ein Grundbedürfnis nach Stimmigkeit, das laut neuen neurobiologischen Erkenntnissen in uns angelegt ist.“*⁶ Dabei handelt es sich um drei zentrale Komponenten: *Verstehbarkeit* (die soziale Fähigkeit, was einem begegnet zu beurteilen), *Handhabbarkeit* (die Wahrnehmung der geeigneten Ressourcen, um Anforderungen zu begegnen), *Bedeutsamkeit* (das Vertrauen, dass es sich lohnt, in die Lösung von Problemen und Anforderungen zu investieren). Die Interventionen der Bewegungs- und Körpertherapie, die später detailliert beschrieben werden, setzen beim Resilienz-Prinzip und dem Kohärenzgefühl an.

Krankheitsphänomene werden auf der motorischen, psychischen und sozialen Ebene betrachtet. Vertraut wird auf das Prinzip der Reorganisation des Organismus aus eigener Kraft. Mit Unterstützung der Therapeutin/des Therapeuten entstehen bei der Klientin/dem Klienten Veränderung und Genesung auf der Basis von Wahrnehmung, Erfahrung und Empfindung.

Das Bewusstsein des eigenen Körpers wird mit den unter Ziff. 6.1.1 beschriebenen Arbeitstechniken geweckt.

4.3 THERAPEUTISCHES VERSTÄNDNIS

Der Körper und das Bewegungsgeschehen sind in ihrer ganzen Vielschichtigkeit auf der perceptiven, affektiv-emotionalen, kognitiven und psycho-motorischen Ebene erfahr- und erlebbar. Funktionale und freie Bewegung sensibilisiert die Wahrnehmung und öffnet die Sinneskanäle. Angeleitete Bewegungssequenzen und persönlich gefärbte Bewegungsformen fördern die Selbstwahrnehmung. Die bewusst selbst initiierte

⁶ Kummer I. (2015). Wandlungen – Aufbruch in die Jahre 50 plus. Verlagsgruppe Beltz, Weinheim, S.43

Bewegung ist entscheidend für die Bildung von Verhaltensmustern und die Bewusstwerdung von Interaktions-, Reaktions- und Reflexmustern. Die Aufmerksamkeit für körperliche Empfindungen sowie das Fokussieren auf die Körperhaltung, die Qualität und die Funktionalität der Bewegung fördern die Wahrnehmung und der Selbstregulierungsprozess wird angeregt. Aufkommende Gefühle, Erinnerungen, Szenen und Bilder werden von der Therapeutin/dem Therapeuten in den Bewegungsprozess miteinbezogen. Der Körper und seine Bewegungen in Selbst- und Fremdbetrachtung wirken als komplexes Zusammenspiel. Von der einfachen Bewegung bis zur komplexeren Gestaltung kann verbal und nonverbal Bezug genommen werden auf den eigenen Körper. Die Unmittelbarkeit des Erlebens und die daraus resultierenden Bewusstseinsprozesse führen zum Erkennen von schädlichen und förderlichen Verhaltensweisen und Lebensumständen. Das Ziel ist, ein Gleichgewicht des Wohlbefindens zu erreichen, ohne den zwingenden Anspruch auf komplette Beschwerdefreiheit zu erheben.

Die Bewegungs- und Körpertherapie verfügt über vielfältige Interventionsmöglichkeiten und Arbeitstechniken. Dabei gibt es verschiedene Herangehensweisen. Wesentliche Bestandteile der Therapie sind unterschiedliche Bewegungs-, Verhaltens- und Interaktionselemente. Dazu gehören Bewegungsdynamik, Bewegungsform, Bewegungsrichtung, Körperausdrucksprozesse, Berührungselemente, Gebärden, Gestik, Haltung, Mimik, Stimme, etc.

Im weitesten Sinne beruhen die Denkmodelle auf Elsa Gindler und Rudolf von Laban. Die Qualität einer Bewegung hängt vom Kontakt zu sich selbst ab. Spezifische Fragestellungen sowie das Arbeitsinstrument der Bewegungsanalyse werden zur Erfassung des Erlebens eingesetzt.

Die Bewegungs- und Körpertherapie ist konzeptuell aufbauend ausgerichtet nach den Arbeitstechniken: übungszentriert-funktional, erlebniszentriert-stimulierend, konfliktzentriert und lösungsorientiert. Die vielfältigen Interventionen, welche unter Ziff. 6.1.2 ausführlich beschrieben werden, ergänzen sämtliche Arbeitstechniken.

Die **übungszentriert-funktionale** Arbeitstechnik dient der Körperwahrnehmung und der Körperbewusstheit. Sie schafft den Bezug zum eigenen Erleben und erhöht die Achtsamkeit gegenüber dem Körper. Die verbal angeleiteten Bewegungen basieren auf der Bewegungsentwicklung des Menschen, d.h. sie beinhalten alle koordinativen Bewegungen vom Liegen bis zur Fortbewegung.

Die **erlebniszentriert-stimulierende** Arbeitstechnik fokussiert auf die entstehenden Bewegungsimpulse, die auf einen Gedanken oder auf eine Emotion hin erfolgen. Die unbewusste Bedeutung einer Bewegung oder einer Handlung wird gemeinsam auf der Ebene des körpersprachlichen Ausdrucks betrachtet und dessen Symbolgehalt erfasst und verdeutlicht.

Bei der **konfliktzentrierten** Arbeitstechnik handelt es sich um eine direkte Herangehensweise. Die zum Vorschein gekommenen Themen werden vertieft bearbeitet. Fundamentale Lebensthemen wie der Umgang mit Geborgenheit, Grenzen, gesundheitsbeeinträchtigtem Umgang mit dem eigenen Körper, Ablösung, Umgang mit Impulsivität, Gewalt, etc. stehen im Mittelpunkt.

In der **lösungsorientierten** Arbeitstechnik geht es um die Integration der wiedergewonnenen Ressourcen und Resilienzfaktoren. Auf das frühzeitige Erkennen von Warnsignalen und die Fähigkeit, adäquat reagieren zu können, wird besonders geachtet.

Die Arbeitstechniken werden in Ziff. 6.1.1 mit Praxisbezug genauer beschrieben.

Die therapeutische Herangehensweise kann je nach gemeinsam formulierter Zieldefinition eine der oben beschriebenen Arbeitstechniken oder eine Kombination davon beinhalten. Die verschiedenen Techniken der Bewegungs- und Körpertherapie unterstützen und motivieren die Klientin/den Klienten, regelmässig und angepasst aktiv zu werden und selbstverantwortlich zu handeln.

Die Klientin/der Klient bewertet gegenwärtige Situationen auf der Basis von gemachten Erfahrungen. Ein erstes Ziel kann sein, die aktuelle Problematik erträglicher zu machen und die Akzeptanz zu erhöhen und erst in einem zweiten Schritt eine Bewertungskorrektur anzustreben. Eine bewusste erste Wahl für den Beginn des Therapieprozesses kann gerade deshalb die übungszentrierte-funktionale Arbeitstechnik mit den passenden Interventionen zur Stabilisation sein. In einem zweiten Schritt werden, je nach Kohärenzgefühl der Klientin/des Klienten, gemeinsam weitere Arbeitstechniken und Interventionen ausgewählt. Ausserdem stellt sich die Frage nach Vorstellungen und Verhaltensweisen, welche das Wohlbefinden positiv oder negativ beeinflussen. Glaubenssätze (z.B. ich traue das meinem Körper nicht zu), die das Erleben bewerten und steuern, werden in ihrer Bedeutung gemeinsam erfasst und umgestaltet. Neu gewonnene Denk-, Bewegungs- und Handlungsmuster sind eine wichtige Voraussetzung für die Widerstandsfähigkeit und Motivation zur Integration. Das Erkennen von Widerstand, therapierrelevantem Krankheitsgewinn und destruktiven Lebensmustern (z.B. Sabotage, Blockade, Abwertung, negative Überzeugung) fördert eine positive Lebenshaltung. Lebenssouveränität und Gestaltungskraft werden positiv beeinflusst durch die gewonnene Selbstermächtigung.

Die Klientinnen/Klienten erfahren, welche Wirkung eine Bewegung oder eine Handlung entfaltet. Das Wahrnehmen, Deuten und Erlernen von neuen Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten unterstützt die Selbstfürsorge (z.B. Anzeichen von Rückenverspannungen erkennen, mit Übungen oder angemessenem Verhalten reagieren) bevor es zu einem gravierenden Ereignis kommt (z.B. Lumbago, Diskushernie). Dadurch können die Klientinnen/Klienten ihren Gesundungsprozess aktiv und eigenverantwortlich mitgestalten. Die neuen Möglichkeiten (z.B. aufrechtere Haltung, fließender Bewegungsablauf, Bewegungsvielfalt, verbesserte koordinative Fähigkeiten, neuronale Vernetzungen) erweitern ihre individuellen Ressourcen und Resilienzfaktoren. Ihre erhöhte Achtsamkeit soll sie auch nach Abschluss der Therapie frühzeitig erkennen lassen, wann sie Hilfe in Anspruch nehmen sollten.

5. FORMEN DER BEFUNDERHEBUNG

5.1 ALLGEMEINES

Die Befunderhebung beginnt mit einem Gespräch, welches das Anliegen der Klientin/des Klienten, seine aktuelle Situation (körperlich, psychisch, sozial) und die bisherigen Erfahrungen bezüglich seiner Beschwerden erfasst. Ein besonderes Augenmerk gilt den vorhandenen bzw. fehlenden Ressourcen, Strategien und Resilienzfaktoren. Die Therapeutin/der Therapeut erkundigt sich nach parallel laufenden Therapien und Behandlungen (z.B. Schulmedizin, psychiatrische Behandlung, Medikamente, Psychotherapie, Komplementärmedizin und –therapie, Kunsttherapie). Falls für den Verlauf der Therapie sinnvoll, wird mit dem Einverständnis der Klientin/des Klienten eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt.

Liegt eine ärztliche Überweisung oder Verordnung vor, werden bereits vor der eigentlichen Befunderhebung die vom Arzt übermittelten Daten in das weitere Vorgehen mit einbezogen.

5.2 METHODENSPEZIFISCHE BEFUNDERHEBUNG

In der methodenspezifischen Befunderhebung werden Biografie und Körpergeschichte erfragt und in der Klientendokumentation schriftlich festgehalten. Die Bewegungsanalyse erfasst Bewegung und ihre Variationsmöglichkeit (z.B. Kinesphäre, Raumrichtung, Dynamik oder Formfluss), ihre Qualität und die Körpersprache. *„Bewegung offenbart sich im Raum und während der Zeit. ... Analysiert wird die Bewegung in ihrer körperlichen (Anatomie) und motorischen (Bewegungsrepertoire-Eigenschaften) Bedingtheit.“* ... *„Die konstituierenden Elemente der Bewegung werden zunächst voneinander getrennt erfasst und dann im bewegungsanalytischen Befund wieder aufeinander bezogen.“*⁷

Der Befund dient im Wesentlichen als Basis für die Formulierung des Behandlungsziels und kann folgende Punkte beinhalten:

- Körperlicher Bereich
 - Körperbild (eigene Betrachtung von aussen)
 - Körperschema (Eigenwahrnehmung von innen, Sinnesempfindung)
 - Körperhaltung
 - Körperliche Ressourcen
 - Bewegungsordnung und Bewegungsverhalten (geordnet, ungeordnet)
 - Atmung, Atemmuster
 - Beweglichkeit und Kraft
 - Koordinative Fähigkeiten
 - Sensomotorische Kontrolle
 - Körperliche Belastbarkeit
 - Spannungsfluss (Muskeltonus, Spannung und Entspannung, Dynamik, Rhythmus, Krafteinsatz)
- Seelisch-mentaler Bereich
 - Innere Ressourcen
 - Bewusstsein über sich selbst und die aktuelle Lebenssituation
 - Selbstakzeptanz und Selbstwert
 - Wahrnehmung und Empfindung
 - Emotionalität
 - Normen, Werte und Haltungen
 - Mentale Belastbarkeit
 - Regenerationsfähigkeit
 - Verhaltens- und Lebensmuster
 - Selbst- und Fremdansprüche

⁷ Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (2012). Grammatik der Körpersprache. Ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum Embodiment, Stuttgart: Verlag Schattauer, S.309

- Sozialer Bereich
 - Soziale Kompetenzen
 - Interaktionsmöglichkeiten
 - Äussere Ressourcen (z.B. Beziehung zur Natur, Freizeitaktivitäten)
 - Soziales Beziehungsnetz und dessen Ressourcen (Familie, Freundeskreis, usw.)
 - Erwerbstätigkeit und materielle Ressourcen (Beruf, finanzielle Mittel, Wohnsituation, usw.)

5.3 ABSCHLUSS DER BEFUNDERHEBUNG

- Information

Die Therapeutin/der Therapeut informiert über die allgemeinen Bedingungen, die therapeutischen Ziele, die Möglichkeiten und Grenzen der Methode, Risiken und die voraussichtliche Dauer der Therapie. Sie/er erklärt die Arbeitsmethode und macht die Qualifikationen transparent. Die wichtigsten Kontaktdaten werden erfasst.

- Therapieziel und Planung

Die Therapeutin/der Therapeut stellt keine Diagnosen im medizinischen Sinn. Sie/er klärt die Motivation der Klientin/des Klienten, holt deren/dessen klare Einwilligung zur Therapie ein und entscheidet, ob Gruppen- und/oder Einzelsetting sinnvoll sind. Gemeinsam werden Therapieziele definiert (Richt-, Grob- und Feinziele) sowie Therapieumfang, voraussichtlicher Zeitaufwand, Sitzungsintervalle, Standortbestimmungen und Kosten vereinbart. Im Bedarfsfall werden auch die Art und der Umgang mit Fachinstitutionen und –personen sowie mit Bezugspersonen geklärt.

5.4 EVALUATION

Die Evaluation dient der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. In regelmässigen Abständen erfolgt eine gemeinsame Standortbestimmung und Überprüfung der Behandlungsziele. Die Sicht der Klientin/des Klienten wird als wichtige Information in die Gesamteinschätzung miteinbezogen.

In der Bewegungs- und Körpertherapie verlaufen die Therapieprozesse nicht linear von der Zielformulierung zu den Interventionen und Techniken. Je nach Reaktion und Integrationsmöglichkeit der Klientin/des Klienten können sich Veränderungen bezüglich Zielen, Inhalt und Technik aufdrängen. Der Anspruch auf ein zielgerichtetes Arbeiten bleibt bestehen, es muss jedoch von einem rückkoppelnden Prozess ausgegangen werden, bei dem Ziele, Arbeitstechniken und der therapeutische Rahmen modifiziert werden können. Bei einer Standortbestimmung wird dieser Prozess gemeinsam überprüft, wobei die Wirksamkeit für die Einhaltung oder Veränderung von Zielen, Themen oder Techniken wegweisend ist. Wichtig ist auch, zu überlegen, wie Veränderungen in den Alltag transferiert und integriert werden können.

Der Therapieprozess, Veränderungen von Zielsetzungen, von Befinden und Erleben der Klientin/des Klienten sowie Standortbestimmungen werden dokumentiert.

6. THERAPIEKONZEPT

6.1 THERAPIEANSATZ UND -ZIELE

Die Bewegungs- und Körpertherapie fokussiert auf den Körper und seine Bewegungen in funktioneller, seelischer, geistiger und sozialer Hinsicht. Genaue Beobachtung beruht auf den nichtsprachlichen Signalen wie Körperhaltung, Koordination, Bewegungsfluss, Bewegungsausdruck (z.B. hochgezogene Schultern, Kopfhaltung, Blickrichtung, Kontaktaufnahme). Gespräche ergänzen und differenzieren die nonverbalen Äußerungen und ermöglichen, diese in einen biografischen Zusammenhang zu bringen.

Das gemeinsam definierte Ziel wird getragen von einer bewusst gewählten therapeutischen Haltung. Die Arbeitstechniken und Interventionen bauen auf der Bewegungsanalyse und der methodenspezifischen Befunderhebung auf.

6.1.1 Arbeitstechnik

Je nach Indikation, Situation und Ausrichtung wird mit einem übungszentriert-funktionalen, einem erlebniszentriert-stimulierenden, einem konfliktzentrierten oder einem lösungsorientierten Schwerpunkt gearbeitet, wobei die Übergänge fließend sind. Die Wahl der Technik ist abhängig von der Beziehungsqualität und –dauer zwischen der Klientin/dem Klienten und der Therapeutin/dem Therapeuten. Zur Sicherung des Vertrauens ist es unabdingbar, den Prozess gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten zu gestalten.

Folgende Arbeitstechniken werden angewandt:

- Übungszentriert-funktional

Einzelne angeleitete wiederholbare Bewegungsabläufe ermöglichen es, den Körper in seiner Form und Funktionsweise kennenzulernen sowie das Zusammenspiel von Muskeln, Knochen, Gelenken, Bindegewebe, etc. im Kontext neu zu erfahren. Die Übergänge von einem Bewegungsablauf zum nächsten sind zentral. Koordinative Bewegungen und Gleichgewichtsschulung, die nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch die psychische Stabilität fördern, werden trainiert. Die Atmung sowie die ökonomische Haltung und Bewegung werden geschult. Diese Technik fördert die Fähigkeit zur Regulierung von Spannung und Entspannung und unterstützt dadurch die körperliche Leistungs- und Belastungsfähigkeit. Die Klientin/der Klient erforscht neue Bewegungsmuster, automatisiert diese, aktiviert alte verdeckte natürliche Bewegungsmuster aus der frühen Kindheit und integriert sie ins Körperbild. Blockaden in Bewegungs-, Haltungs-, Handlungs-, Denk- und Gefühlsmustern verdeutlichen sich und werden erkennbar. Dies weckt Bewegungsvielfalt, Bewegungsfreude und ein Gefühl für Bewegungsqualität. Vielfältige Techniken wie Sensibilitäts- und Entspannungsarbeit (aktiv/passiv), Erarbeiten von Bewegungsabläufen, von Bewegungsritualen oder die Atemarbeit stehen zur Verfügung. Musik kann ergänzend dazu dienen, die Qualität einer Bewegung zu beeinflussen oder angeleitete Schrittfolgen im Raum bis zur individuellen, schöpferischen, persönlich gefärbten Bewegung zu unterstützen. Der funktionale Ansatz wird im laufenden Therapieprozess oft eingesetzt und kann in eine erlebnisorientierte Arbeitsweise überleiten.

- **Erlebniszentriert-stimulierend**

Die Erlebnisfähigkeit wird unterstützt und geschult durch spielerische Auseinandersetzung mit spezifischen Bewegungsthemen wie Imagination, freie oder themen-zentrierte Bewegungsimprovisation. Oft kommen Materialien, wie Tücher, Stäbe, Kissen, Bälle, Seile, Naturgegenstände, Bilder, Musik, Gedichte, Alltagsgegenstände, formbare Gegenstände, Farbe, Matten, Stühle, Gewichte zum Einsatz, die zum Explorieren, Experimentieren und Entdecken von Ungewöhnlichem und Neuem anregen. Das Material kann als Symbolträger dienen, ermöglicht eine neue sinnliche Erfahrungsebene und regt eine vertiefte Selbstwahrnehmung an. Persönliche Kräfte, unerwartete Spielräume, Wünsche und Bedürfnisse – vergangene, gegenwärtige, zukünftige – werden bewusst. Dabei können schmerzhaft Gefühle zum Vorschein kommen. Positive Erfahrungen im „Hier und Jetzt“ sind bedeutend und geben dem krankmachenden Teil ein Gegengewicht. Der Fokus dieses Ansatzes liegt bei der Hinführung zum persönlichen Potential, den individuellen Ressourcen und den eigenen Stärken.

- **Konfliktzentriert**

Die stimulierenden, erlebnisaktivierenden Interventionen können kontroverse Gefühle sichtbar machen. Konflikte und dahinter liegende, verdrängte und unbewusste Themen können aufgegriffen und bearbeitet werden. Oft handelt es sich um Defizite, Traumata, widerstrebende Gefühle und andere unerkannte physische und psychische Beeinträchtigungen sowie Abwehrmechanismen als Ausdruck eines Konflikts. Bei dieser Arbeit ist es besonders wichtig, dass es zu keinen weiteren physischen und psychischen Verletzungen und Überbelastungen kommt. Das frühzeitige Erkennen einer drohenden Überforderung der Klientin/des Klienten ist erforderlich. Die Therapeutin/der Therapeut berücksichtigt die Belastungsfähigkeit und Resilienz.

- **Lösungsorientiert**

Die Vertiefung konflikthafter Themen beinhaltet auch das Angebot von unterstützenden Lösungsansätzen. Die Therapeutin/der Therapeut stimmt die Arbeitsweise auf die Befindlichkeit, die Ressourcen und die Resilienz der Klientin/des Klienten ab. Die Lösungen werden integrierbar, in den Alltag transferierbar und führen zu einem gesunden und selbstbestimmten Leben.

6.1.2 Interventionen

Für die gemeinsam definierten Therapieziele werden verschiedene Interventionen genutzt, mit dem Ziel, die Genesung zu fördern und die Selbstregulation zu stärken. Die Interventionen sind das Kernstück der Bewegungs- und Körpertherapie. Die Therapeutin/der Therapeut begleitet eine Intervention emotional, kognitiv und körpersprachlich und passt die weiteren Vorgehensweisen laufend an. *„Der diagnostische Blick bleibt während der Interventionsentwicklung fortwährend bestehen und steuert die Durchführung.“*⁸

Jede Anleitung, jede Übung dient einem konkreten Ziel. Interventionen werden variabel je nach Therapieverlauf und Arbeitstechnik kombiniert. Es gibt in der Bewegungs- und Körpertherapie keine fixierten Bewegungsabläufe oder –techniken. Die Wahl hängt in erster Linie mit den physischen und psychischen Voraussetzungen zusammen, mit der therapeutischen Beziehung und mit dem Ziel, welches mit der Klientin/dem Klienten

⁸ Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (2012). Grammatik der Körpersprache. Ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum Embodiment, Stuttgart: Verlag Schattauer, S. 243

erarbeitet und immer auch wieder überprüft wird. Z.B. bringt ein 80-jähriger Mensch mit multiplen physischen Einschränkungen andere Voraussetzungen mit als ein 20-jähriger Mensch, der vielleicht unter verschiedenen Stresssymptomen leidet. Dies fordert von der Therapeutin/dem Therapeuten Kreativität und Fachwissen.

- **Bewegungsschulung**

Die Bewegungsabläufe sind auf die Klientin/den Klienten und das Beschwerdebild angepasst und richten sich nach den konkreten Beeinträchtigungen. Von sanften langsamen Bewegungen verschiedener Körperteile (z.B. fliegend, schwebend wie eine Feder) bis hin zu schnellen, aktivierenden Bewegungen, die frei gestaltet, spielerisch oder in einem festen Ablauf sein können, wird herausgefunden, was genau die momentan gewünschte Regulation unterstützt. Die Klientin/der Klient richtet den Blick nach innen und gestaltet die Bewegung in Grösse, Zeit und Intensität mit. Ein Bewegungsablauf, der z.B. schnell, langsam oder staccato ausgeführt wird, hat unterschiedliche Wirkungen auf eine Person. Je nach Beschwerdebild und momentaner Stimmung werden unterschiedliche Dynamiken angewandt. Das Wahrnehmen und das Wiedererlernen von Gelöstheit und gesunder Spannung durch ursprünglich angelegte Bewegungen (z.B. Wiegen, Rollen, Schwingen, Schütteln, Springen) werden gefördert. Die Klientin/der Klient formuliert die Wahrnehmungen und Empfindungen, die ein Bewegungsablauf ausgelöst hat. Durch die bewusste und gezielte eigene Beobachtung ist der Mensch in der Lage, Veränderungs- und Genesungsprozesse aktiv selbst einzuleiten. Sie/er erhält dadurch die Kompetenz, zur eigenen Gesundheit beizutragen.

- **Gestaltung von Bewegung**

Körperliche oder seelische Erlebnisse werden mittels Bewegung in eine sichtbare Form gebracht. Die Anleitung könnte z.B. lauten, runde oder schwingende Bewegungen auszuführen oder den Raum in einer bestimmten Art zu benutzen (z.B. gerade, diagonale oder runde Wege wählen, schreitend, gehend, hüpfend, rollend, kriechend, etc.).

Der Fokus kann dabei auf ein konkretes Thema gerichtet oder es können innere Bilder, Wünsche, Erlebnisse, Emotionen bearbeitet werden. Gestaltungsserien über einen längeren Zeitraum geben Aufschluss über die Entwicklung eines Themas und über die Art und Weise des Veränderungs- und Verarbeitungsprozesses. Wie und was ein Mensch anders oder neu ausdrücken könnte, lässt sich mittels Bewegungsgestaltung unmittelbar erfahren (z.B. geht ein Mensch den Wänden entlang oder wagt er sich in den Raum, wie bewegt er sich im Raum, in welcher Körperhaltung).

Das Bewegungssystem von Laban und andere bereits genannte Bewegungskonzepte dienen gleichzeitig zur Anleitung wie auch zur Analyse von Bewegungen. Fragestellungen können sein:

- Welcher Körperteil bewegt sich? Welcher Körperteil bleibt passiv? Wie und wo wird der Bewegungsimpuls im Körper gespürt?
- In welche Richtung im Raum geht die Bewegung? Welcher Raum wird gemieden?
- Wie wird die Bewegung ausgeführt? Wie zeigt sich der Bewegungsantrieb? (z.B. energievoll, heftig, kraftvoll, kraftlos, leicht, luftig, widerstrebend)
- Wie ist der zeitliche Ablauf einer Bewegung (Phrasierung)? (z.B. schnell, langsam, stotternd, zögerlich)

- Welchen Bezug hat die Klientin/der Klient zu eigenen Körperteilen, Gegenständen? Welchen Bezug meidet sie/er? Kann sich eine Person selber berühren und wenn ja, wie? Wie geht die Person mit Material, z.B. einem Seidentuch um?
- Welchen Bezug hat die Klientin/der Klient zu Personen? Nimmt die Klientin/der Klient Kontakt mit der Therapeutin/dem Therapeuten oder einem Gruppenmitglied auf und wie zeigt sich dieser Kontakt?

- Exploration

Die Klientin/der Klient erkundet – unter Anleitung – die Möglichkeiten und Grenzen bestimmter Körperpartien oder Materialien (Stab, Tuch, Feder, etc.). Fragestellungen können sein: welche Empfindungen, Emotionen, Gedanken, Assoziationen löst die Berührung beim Ertasten eines Materials aus? Oder was verändert sich in der Wahrnehmung durch die Art der Ausführung einer Bewegung oder eines Bewegungsablaufs (z.B. ob eine Bewegung impulsiv, sanft, kräftig, leicht, schnell oder langsam ausgeführt wird). Die Bedeutsamkeit des Erlebten wird nach der Explorationsphase gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten geklärt und in den bisherigen Prozess eingeordnet.

- Improvisation / Komposition

Improvisation ist ein spielerischer, kreativer, explorationsfördernder Umgang mit Bewegung. Es gibt die freie Improvisation (ohne Thema) oder die inhaltsgebundene oder themenzentrierte Improvisation. Dabei können funktionelle Bewegungsmöglichkeiten, Alltagshandlungen, bestimmte Körperbereiche, Bilder, Emotionen, Träume, usw. zum Einsatz kommen. Bereits die Anleitung, eine kleine Bewegung selbständig auszuführen und sie räumlich und rhythmisch zu verändern, ist eine Form der Improvisation. Es wird ein Thema vorgegeben, zu dem die Klientin/der Klient die eigene Bewegung selber gestaltet (z.B. Armbewegungen mit dem Handrücken oder mit der Handfläche voran). Die Imaginationskraft ist dabei wichtig und sie wird mit der Klientin/dem Klienten gemeinsam besprochen und gewählt (z.B. die Vorstellung, sich auf einem Rasen, in einem Sumpf, auf warmer Erde zu bewegen, usw.) In der Komposition wird ein Bewegungsablauf wiederholt und zu einer Choreografie gestaltet. Beides verlangt Selbständigkeit und Eigeninitiative. In der Regel wird die Klientin/der Klient mit Übungen oder konkreten Themen auf die Improvisation vorbereitet. Die Improvisation kann die Klientin/den Klienten mit bewussten oder unbewussten Empfindungen und Emotionen in Berührung bringen. Sie/er drückt sie in Bewegung aus, lässt sie sichtbar und somit gestaltbar werden.

Improvisation und Komposition sind einmalig, nicht wiederholbar und daher flüchtig. Deshalb ist es wichtig, das Erlebte in Sprache oder visuell festzuhalten, um das Erfahrene dauerhaft sichtbar zu machen.

- Imitation

Bewegungsabläufe werden nachgeahmt; es gibt Vorbilder und Nachahmende. Imitation ermöglicht die Erweiterung von Bewegungsmöglichkeiten und Bewegungsqualitäten, was wiederum neue Handlungsspielräume und Erlebnisweisen eröffnet. Es gibt verschiedene Formen der Imitation, die sich inhaltlich unterscheiden, wie Nachahmung von technischen Abläufen und Bewegungsformen, Empathische Nachahmung, Nachahmung von Mimik und Gestik oder Nachahmung von Rollen.

Die nachahmende Bewegung wird vorwiegend in Gruppen angewandt. Wichtige Fragen dabei sind, was bewirkt dies beim Nachgeahmten, was beim Nachahmer (z.B. Verantwortungsgefühl, Vertrauen, Widerstand). Damit sind neue Erkenntnisse

über sich selber verbunden. Mögliche Erfahrungen können erweiterte Bewegungsmöglichkeiten, Verständnis, Abwehr, etc. sein.

- Führen/Folgen

Diese Technik ist eine Mischform von Improvisation und Imitation. Sie wird wechselseitig zwischen zwei Personen und/oder Gruppen durchgeführt. Die führende Partei soll sich so bewegen, dass die andere folgend imitieren kann. Die Partei, die folgt, übernimmt die Bewegungen laufend. Dieses Setting fordert gegenseitige Abstimmungs-, Einstellungs- und Anpassungsprozesse. Sie verstärkt das Verantwortungsgefühl, gibt aber auch viel Einblick in die Bewegungsqualität und -variabilität sowie die Nutzung des Raums. Das Stehen an Ort, die gewählten Wege im Raum, die Raumhöhe und -tiefe, die Bewegungen nach vorne, hinten und seitlich sagen etwas aus über das Befinden und „im-Leben-bleiben“ der Klientin/des Klienten. Mut, Ängstlichkeit, soziale Angepasstheit oder Unangepasstheit, Einfühlsamkeit etc. können sichtbar werden. Die eigenen Grenzen, Überforderung und Stressmuster werden erleb- und sichtbar.

- Rituale und Ritualisierung

Diese sind durch Struktur, Funktion und Verlauf genau definiert. Es handelt sich um weltliche Rituale, die eine Ordnung herstellen, Struktur, Sicherheit und Zugehörigkeit geben. Rituale bieten Klientinnen/Klienten, die aufgrund fehlender oder brüchiger innerer Strukturen klaren äusseren Halt benötigen, eine sinnvolle Stütze. In der Regel werden Rituale von der Therapeutin/dem Therapeuten vorgegeben. Sie können jedoch auch durch Klientinnen/Klienten in der Einzelstunde oder als Gruppen-Rituale selber entwickelt werden. Rituale und Ritualisierungen fördern in Gruppen den sozialen Zusammenhalt. Beispiele für Rituale können (bei jedem Setting) ein identischer Beginn und identischer Abschluss der Therapiestunde sein (z.B. stehend im Kreis) oder eine wiederholbare gleiche Schrittfolge mit oder ohne Unterstützung von Musik.

- Berührung

Bewegung und Berührung sind grundlegende Bedürfnisse des Menschen und im zwischenmenschlichen Kontakt zentral. Kontakt- und Berührungssituationen ermöglichen es, sich zu spüren. Berührung dient in der Bewegungs- und Körpertherapie als Kommunikationsmittel und kann pflegend, fürsorglich, haltend, behandelnd, fordernd, usw. sein. Sie dient zur Verdeutlichung oder Unterstützung einer Haltung und Bewegung (z.B. Kopfhaltung, Gelenkfunktion wie Schulter- oder Ellbogenhaltung). Sie kann verschiedene Qualitäten haben wie sanft, stossend, ziehend, stützend, schüttelnd, klöpfelnd, etc. Das Empfinden und die Wahrnehmung der Art und Weise der Berührung, ob sie der Klientin/dem Klienten behagt oder sich unangenehm anfühlt, wird im gemeinsamen Austausch gegenseitig dargelegt und nach Erklärungen gesucht. In der Bewegungs- und Körpertherapie erfolgt die Berührung über die Kleidung. Jede Berührung ist in den therapeutischen Prozess und die therapeutische Beziehung eingebettet. „Diese Beziehung muss bei Berührungseingriffen eindeutig, tragfähig und sicher sein.“⁹ Ein gefestigtes Vertrauensverhältnis und das ausdrückliche Einverständnis der Klientin/des Klienten werden vorausgesetzt. In jedem Fall müssen die Berührungen dem Wohle der Klientin/des Klienten dienen. Es liegt in der Verantwortlichkeit der Therapeutin/des Therapeuten, sich auf

⁹ Willke, E. (2007). Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S.257

kein grenzüberschreitendes Verhaltensmuster einzulassen. Auf allfällige Signale der Ablehnung wird sorgfältig geachtet.

- Atmung

Die Atmung ist ein physiologischer Prozess und ein Bindeglied zwischen körperlicher und emotionaler Befindlichkeit. Im Bewegungsgeschehen nimmt die Atmung eine besondere Stellung ein, da sie bewusst und unbewusst gesteuert sein kann. Grundsätzlich wird eine natürliche Atmung – in Koordination mit der Bewegung – angestrebt. Sie reflektiert unmittelbar den aktuellen Spannungszustand und ist Teil des Ausdrucks und der emotionalen Befindlichkeit. Die vertiefte Wahrnehmung des Körperinnenraums ermöglicht es, die funktionell richtige Atemweise zu finden, „anzuwenden und zu automatisieren. Dazu dienen variantenreiche Bewegungsabläufe oder Aufgaben, die den Atemfluss entsprechend anregen. Ziel ist es, dass sich die Atmung auf natürliche Weise bei jeder Tätigkeit selbst reguliert“¹⁰ und immer wieder zu einer tiefgreifenden Lösung im Organismus führt.

In der praktischen Arbeit kann die Atmung bewusst angeregt, fokussiert und gesteuert werden oder sie ist ein begleitender, unbewusster Teil einer Bewegung. Je nach Bewegungsablauf wird sie mehr oder weniger beeinflusst, z.B. durch eine deh nende, schnelle, rhythmische Bewegung, Springen, Hüpfen. Das unterschiedliche Erleben der Atmung als Zeichen von Lebendigkeit und Ausdruck von Emotionalität wird verdeutlicht. Es wird beobachtet, in welchem Körperbereich der Atem spürbar ist und wie sich die Atmung mittels verschiedenen Bewegungen verändern lässt. Beispiele für die Wechselwirkung von Atem und Bewegung können eigene Beobachtungen sein z.B. Wirkung einer gleichen Bewegung mit der Einatmung oder der Ausatmung, das Zusammenspiel von schnellem und langsamem Atmen in Verbindung mit einer Bewegung, Beobachtung des Atemflusses sowie der Atemrichtung. In der Arbeit mit dem Atmen können auch eigene Berührungen, Gruppenarbeit oder der Einbezug von Materialien (z.B. eigenes Abklopfen mit Fingerspitzen, Trinkröhrchen, Luftballone) zum Zuge kommen. Die Therapeutin/der Therapeut ist immer auch wachsam auf allfällige Hyperventilation.

- Spannungsregulation (in Verbindung mit Berührung und Atmung)

Körperorientierte Entspannungs- und Stabilisierungstechniken versuchen einen Ausgleich zwischen Spannung und Entspannung zu schaffen. Die Arbeit mit der Atmung kann dabei eine zentrale Rolle spielen. Sie ist einer der Grund-Rhythmen des Körpers und eignet sich daher ausgezeichnet zur basalen Spannungsregulation.

Passive manuelle Mobilisationstechniken werden von der Therapeutin/dem Therapeuten ausgeführt. Sie beinhalten das Lenken der Aufmerksamkeit durch Tastarbeit bis hin zu lösenden, deh nenden und mobilisierenden passiven Bewegungen. Sie beeinflussen den Grundtonus der Atem- und Körpermuskulatur, die ihrerseits für ökonomische Bewegungsabläufe verantwortlich sind. Diese Technik bezweckt einen psycho-physisch gelösten Zustand und schult gleichzeitig die Körperwahrnehmung für zu stark aktivierte Muskelgruppen, so dass eine ökonomische Muskelarbeit möglich wird. Im Weiteren fördert sie die somato-viszerale Sensibilität, wobei die Therapeutin/der Therapeut ein besonderes Augenmerk auf die Atembewegung und den Atemrhythmus richtet. Die Klientin/der Klient entwickelt eine Empfindung

¹⁰ Pittini, C., Bezzola H. (2011). Der bewegte Körper. Entfaltung und Entwicklung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 22f

für den Körper im Ruhezustand und in der Bewegung, sodass sie/er in physisch und psychisch belastenden Situationen gelassener reagieren kann.

6.1.3 Ziele

Selbstwahrnehmung (taktil-kinästhetische Wahrnehmung, Propriozeption) und Selbstregulierungskräfte des Organismus werden durch die Arbeitstechniken und dazu abgestimmten Interventionen angeregt und gestärkt. Klientinnen/Klienten erfahren, was ihnen gut tut (z.B. bestimmte Bewegungsabläufe, Schrittfolgen mit Musik, Entspannen) und sie lernen, diese selbständig anzuwenden. Körperbewusstsein und Selbstakzeptanz können sich erweitern. Im Gespräch werden Erfahrungen aus der Therapie reflektiert und ein Bezug zum Alltag hergestellt, z.B. die Wirkung einer veränderten Haltung und ihr Einfluss auf das soziale Umfeld. Aus solchen Erfahrungen und Erkenntnissen werden neue Sicht- und Handlungsweisen gewonnen, wie z.B. anstelle von gehetztem und atemlosem Gehen ruhiges, konstantes Gehen, oder eine Aufgabe überlegter zu beginnen. Wenn sich eine Klientin/ein Klient über die physischen und psychischen Grenzen ihrer/seiner Belastbarkeit bewusst wird, kann Überforderung vermieden werden. Die Klientin/der Klient lernt und übt, nonverbal und verbal Abgrenzungssignale auszudrücken und zu formulieren. Ein aus der Therapie resultierender flexibler und zugleich stabiler Umgang mit sich, seinem Körper, und den Mitmenschen ist ein wichtiger Faktor für Gesundheit. Der Klient/die Klientin erhält die Kompetenz, die Selbstheilung zu unterstützen und die eigene Gesundheit durch Selbstregulation zu fördern.

Bewegungs- und Körpertherapie wird neben dem Einzelsetting auch als Gruppensetting angeboten. Die Gruppe bietet der Klientin/dem Klienten die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen neue Beziehungserfahrungen und Zugehörigkeit zu erleben. Mit anderen Menschen über Bewegung und Gespräch in Kontakt zu kommen und sich als Mitglied einer Gruppe zu fühlen, sind wichtige Genesungsfaktoren. Techniken wie Imitation und Führen/Folgen eignen sich für Gruppenarbeit besonders gut. Das Erfahrene kann direkt in den Alltag umgesetzt werden und fördert die Gesundheit auf der körperlichen und seelischen Ebene. Je nach Bedarf kann eine Klientin/ein Klient nur an einem Gruppensetting teilnehmen oder als Vorbereitung bzw. als Ergänzung auch eine Einzeltherapie in Anspruch nehmen. Gruppen mit Männern und Frauen können Themen der Geschlechterbeziehung hervorrufen. Experimente zu Rolle und Stellung in der Gruppe machen Herkunftskontexte und deren soziale Aspekte sichtbar und ermöglichen es, adäquate Formen eines empathischen und respektvollen Umgangs zu üben. Selbst- und Fremdwahrnehmung können überprüft werden. Die Gruppe wirkt wie ein Spiegel, der realistische Selbsteinschätzung ermöglicht. Wer in einer Gruppe eingebunden ist und die Einzigartigkeit eines angenommenen Mitglieds erfährt, erhält Selbstvertrauen und überwindet soziale Isolation. Damit dies gelingt, ist eine entspannte, offene und vertrauensvolle Gruppenatmosphäre wichtig, die ihrerseits von einer akzeptierenden, verständnisvollen und geduldigen Haltung der Therapeutin/des Therapeuten abhängt. Das Einbringen des eigenen Erlebens wirkt unterstützend und bietet ein Lernen am Modell, was die Gruppenatmosphäre fördert. Dies benötigt genügend Zeit und setzt eine gewisse Grundstabilität innerhalb der Gruppe voraus.

Folgende konkrete Ziele werden sowohl innerhalb des Einzel- wie auch des Gruppentherapieprozesses angestrebt:

| A) Körperlicher Bereich | |
|--------------------------------|---|
| Begegnen | <ul style="list-style-type: none"> • Methodenspezifische Befunderhebung gemäss Ziff. 5.2 • Kenntnisse über den eigenen Körper |
| Bearbeiten | <ul style="list-style-type: none"> • Körperbewusstsein und Akzeptanz der körperlichen Voraussetzungen (z.B. Konstitution, Adipositas, Bewegungseinschränkungen durch Krankheit oder Unfall, etc.) • Wahrnehmung, Stabilisierung (z.B. Arbeit an koordinativen Fähigkeiten, am Gleichgewicht) • Differenzierung der einzelnen Körperteile (Spüren, Unterscheiden und Benennen können, Verbindungen der einzelnen Körperteile zueinander über die Gelenke herstellen) • Erspüren der eigenen Mitte über einen besseren Bodenkontakt, um einen neuen Zugang zur eigenen Kraft und Zentrierung zu finden (z.B. über die Bewegungsrichtungen von zentral nach peripher oder von peripher nach zentral. Arbeit am Gleichgewicht, Schwerpunkt, Körpermittelpunkt) • Erfahren von eigenen Bewegungen, Bewegungsimpulsen und authentischen Bewegungen (Stimmungsgehalt einer Bewegung nach Laben: Bewegungsantrieb [plötzlich/allmählich], Bewegungsfluss [frei/gebunden], Bewegungsrichtung [direkt/flexibel], Bewegungsintensität [fest/zart]) • Erfahren der eigenen Kraft über experimentellen aktiven Körpereinsatz (z.B. Stampfen, Stossen, Heben, Ziehen) • Steigerung der körperlich-organischen Leistungsfähigkeit (Anregen und Stabilisieren des Kreislaufs durch Rennen, Hüpfen, etc.) • Steigerung der Koordinationsfähigkeiten (z.B. koordinative Bewegungen von Armen und Beinen in unterschiedlichen Rhythmen, Steuerung des Krafteinsatzes, Rhythmisierungsfähigkeit, Kraft, Gleichgewicht, Reaktion, Ausdauer) • Erweiterung des Bewegungsrepertoires (z.B. vielfältigere, abwechslungsreichere Bewegungen, z.B. mit Unterstützung von Musik und Medien) • Vitalisierung und Integration aller Körperbereiche (z.B. Wahrnehmung der Pulsation des Herzens, verschiedene Körperteile isoliert oder gleichzeitig bewegen) |
| Integrieren | <ul style="list-style-type: none"> • bewusster Umgang mit den eigenen Körpergrenzen, den Körperräumen und des Umraumes (Kinesphäre) • gezielte Steuerung des Körpers (z.B. wohin sich bewegen, Qualität und Dynamik der Bewegung) • Anwendung von ökonomischen Bewegungen (z.B. Üben von rücken- und gelenkschonendem Verhalten) • Kontinuierlicher körperlich-organischer Spannungsausgleich (z.B. Atemregulation über Bewegung, Mobilisierung der Wirbelgelenke und Entspannung der Rückenmuskulatur) • Fähigkeit zur Selbstregulierung und Selbstausdruck (z.B. mittels ruhig fliessender oder variierender Bewegungsabläufe) |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Differenzierung des Körperausdrucks, Erweiterung des Bewegungsrepertoires (z.B. Aufrichtung, schwingende Bewegung, offener Blick, Antriebs- und Richtungsvariation in der Bewegung) • Variieren von vertrauten Bewegungsmustern in Zeit und Raum (z.B. schnell, langsam, zackig, schlendernd, gezielt, umherschweifend) • Vitalisierung und Anregung des explorativen Systems (sinnliche Anregung über die Gestaltung) (z.B. Raum mit diversen Materialien darstellen, tasten und sich darin bewegen) |
| Transferieren | <ul style="list-style-type: none"> • Sorgsamer Umgang mit dem Körper im Alltag • Wissen über die Wirkung von Aktivität und Entspannung, und somit die Fähigkeit, sich selbst regulieren zu können |
| B) Seelisch-mentaler Bereich | |
| Begegnen | <ul style="list-style-type: none"> • Methodenspezifische Befunderhebung gemäss Ziff. 5.2 • Kenntnisse über seelische Befindlichkeiten |
| Bearbeiten | <ul style="list-style-type: none"> • Erkennen und Verstehen von komplexen Zusammenhängen zwischen Körper- und Bewegungsgeschehen und seelischem Befinden (z.B. gebückte oder aufgerichtete Haltung, Schutzhaltung, Bewegungs- und Denkblockade) • Wahrnehmung von Bewegungsimpulsen, die verborgene Wünsche und Bedürfnisse beinhalten (z.B. von Wachstum und Entfaltung) • Erkennen und Verstehen von Handlungs- und Bewegungsimpulsen (z.B. inadäquates Lachen) • Erlernen von Fertigkeiten (Skills) zur Spannungsregulation (z.B. sich einen Moment hinlegen, sich intensiv dehnen, Kraftübungen für primäre Spannungsabfuhr, Fokussieren des Atems, Gleichgewichtsübungen) • Erhöhung von Präsenz und spirituellem Bewusstsein (Überprüfen und Lenken der Aufmerksamkeit mittels koordinierter Bewegung in Verbindung mit Menschen, Dingen, usw.) • Steigerung der kognitiven emotionalen Belastungs- und Leistungsfähigkeit (z.B. lernen, einen Bewegungsablauf bis zum Schluss durchzuhalten, komplexere Bewegungsabfolgen zu wiederholen) • Nachempfinden des Ausdruckgehaltes von Bewegung und Mimik (Spiegeln in der Partnerarbeit) • Eigenverantwortlicher Umgang mit Emotionen (z.B. Körperübungen zu den Themen Nähe und Distanz, Geben und Nehmen, Schliessen und Öffnen) |
| Integrieren | <ul style="list-style-type: none"> • Bewusster Umgang mit eigenen und fremden Erwartungen • Anwenden von Fertigkeiten (Skills) zur Spannungsregulation (Je nach Spannungsgrad die passenden Körperübungen wählen) • Differenzierung und bewusste Beeinflussung des Nervensystems (Regulation des motorischen und vegetativen Nervensystems über Bewegung) |

| | |
|----------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Zulassen und Modifizieren von unterdrückten Bewegungsimpulsen und den damit verbundenen Gefühlen (z.B. durch Bewegungen von blockierten Körperteilen) • Stärkung der Eigeninitiative und Selbstwirksamkeit (z.B. eigenständiges Beginnen und Beenden von Bewegungen) • Wahrnehmung und „Nachnahrung“ von Versorgungswünschen (z.B. selbstfürsorgende Massagen, Berührungen) • Integration von Selbstbestimmung und Selbstbehauptung (z.B. Bewegungsideen einbringen, Gruppe durch den Raum führen, sich bei psychischer oder körperlicher Überforderung frühzeitig äussern) |
| Transferieren | <ul style="list-style-type: none"> • Stressregulation und adäquate Reaktion (z.B. Erkennen von Stressfaktoren und Körpersensationen) • Entwickeln der Fähigkeit, die eigenen Gedanken zu kontrollieren, steuern, fokussieren, reduzieren und einen wertfreien Umgang zu pflegen • Selbststeuerung, Emotionsregulation, Impulskontrolle • Einsetzen von körperlichen, inneren und äusseren Ressourcen (siehe auch Kapitel „Ressourcen“ Ziff. 6.2.1) |
| C) Sozialer Bereich | |
| Begegnen | <ul style="list-style-type: none"> • Methodenspezifische Befunderhebung gemäss Ziff. 5.2 • Kenntnisse über Beziehungsnetze |
| Bearbeiten | <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme zu Mitmenschen (z.B. Abgrenzungsübungen [wie schnell und wie nah wird auf ein Gegenüber zugegangen], Ausdrucksfähigkeit [Überprüfen und Modifizieren der Wirkung der eigenen Mimik und Gestik beim Gegenüber] etc.) • Erarbeiten von Sicherheit und Vertrauen über Bewegungskontakte (z.B. Blickkontakt, emotionsgefärbte Berührungen wie Anlehnen, sich wegstossen, aufeinander zu rennen, sich umschleichen, in Kontakt kommen über Materialien [Tuch, Stab, Feder, etc.]) • Entwicklung des nonverbalen Gefühls- und Gedankenaustausches (Gestik, Mimik, Bewegung, Darstellen von Gefühlen und dazu eine Bewegungsantwort geben, Bewegungsdialog) • Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit (Formulierung, verbal, nonverbal durch körperliche Ausdrucksfähigkeit, Sprachrhythmus, etc.) • Verbesserung der Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit (mittels Rollenspielen, Gestaltung des eigenen und fremden Raums, mit dem Körper klare Stopp-Zeichen signalisieren) • Gestaltung eines authentischen Beziehungsverhaltens (z.B. Überprüfen eines übereinstimmenden Einsatzes von Körper und Bewegung als Mittel zur Kontaktaufnahme) |
| Integrieren | <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der sozialen Integration (z.B. im Bewegungsspiel, im Rollenspiel, etc.) • Verbesserung von Mitgefühl und Schwingungsfähigkeit (authentische Bewegungen, Wahrnehmen von Körpersensationen, Überprüfen der Eigen- und Fremdwahrnehmung) |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Konsens- und Kooperationsfähigkeit (z.B. adäquates Agieren und Reagieren im Bewegungsgespräch) • Einnehmen und Vertreten des eigenen Standpunktes sowie adäquates Reagieren auf Forderungen des Gegenübers (z.B. einen festen Standpunkt im Raum einnehmen und ihn mit Gestik, Mimik, Bewegung definieren, vertreten, zeigen, verteidigen) |
| Transferieren | <ul style="list-style-type: none"> • Übernahme von sozialer Verantwortung • Erkennen von Reaktions- und Integrationsmustern in Beziehungen |
| D) Gestaltung körperzentrierter Gruppenprozesse | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeiten von Sicherheit und Vertrauen über Bewegungskontakte (z.B. zwei Gruppen, die mit verschiedenen Bewegungsarten aufeinander zugehen, sich im Raum zusammen bewegen ohne sich als Gruppe zu verlieren) • Entwicklung des Gefühls- und Gedankenaustauschs (z.B. nonverbale Kommunikation über Mimik, Gestik, szenische Darstellung) • Verbesserung der Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit (Rollen-spiele, Gestaltung des eigenen und fremden Raums mit Materialien, sich im Raum positionieren, bewegen, fremde Räume betrachten, betreten – alleine und/oder in der Gruppe) • Kontaktaufnahme zu Mitmenschen mittels Einsatz von Körper und Bewegung (z.B. über ein gemeinsam gewähltes Material in Kontakt kommen [Stab, Tuch, Feder] oder gemeinsam einen Weg gehen und sich wieder lösen) • Gestaltung eines authentischen Beziehungsverhaltens (z.B. männliche/weibliche Rollen in Aufgaben wie Führen/Folgen, Gebende/Nehmende, Schützen/Beschützen, zugewandte bis ablehnende Körpersymbolik) • Förderung der sozialen Integration (z.B. im Bewegungsspiel, gemeinsames Weiterentwickeln einer Schrittfolge, Bewegungsparcours) • Verbesserung von Mitgefühl und Schwingungsfähigkeit (über Spiegelneuronen, gegenseitiges nonverbales und verbales Feedback in der Gruppe) • Steigerung der Konsens- und Kooperationsfähigkeit (z.B. adäquates Agieren und Reagieren im Bewegungsgespräch, gemeinsam eine Choreographie erstellen, Abschlussbild im Raum mit der Einnahme von Körperpositionen, Bewegungskanon) • Einnehmen und Vertreten des eigenen Standpunktes sowie adäquates Reagieren auf Forderungen des Gegenübers (z.B. symbolischer Kampf über Bewegung) • Übernahme von sozialer Verantwortung (z.B. Anleitung der Gruppenmitglieder mit kurzen Bewegungssequenzen) • Erkennen von Überanpassung und/oder Vermeidung im sozialen Kontext (Übernahme von Rollen, wer kritisiert, wer hinterfragt, wer redet zuerst, wer passt sich still an) |

6.2 FOKUS

Die Therapeutin/der Therapeut begegnet dem Klienten/der Klientin mit einer wertschätzenden Haltung. Gemeinsam wird ein Lösungsweg für Probleme gesucht. Dabei werden bestehende Ressourcen wie innere Kräfte und Fähigkeiten, soziale Netzwerke, kraftspendende Einflüsse aus der Umwelt aktiviert, verstärkt, entfaltet.

Angesprochen werden Menschen jeden Alters und verschiedenster kultureller und sozialer Herkunft. Die Methode eignet sich für Einzel- und Gruppentherapie, kann als alleinige Behandlungsform oder in Ergänzung zu anderen Behandlungsmethoden angewandt werden.

6.2.1 Ressourcen

Die Bewegungs- und Körpertherapie gewichtet die Ressourcen des Menschen sehr stark. Bereits in der Befunderhebung wird erfasst, wie ausgeprägt die körperlichen, inneren und äusseren Ressourcen, resp. Kraftquellen sind. Merkmale davon:

- Beziehungs- und Interaktionsfähigkeit (z.B. Sprache, Stimme, Tonlage, Mimik, Augenkontakt)
- Erfassen und Erkennen der eigenen Möglichkeiten und Fertigkeiten (z.B. Umgang mit Schmerz, Annehmen oder Anfordern von Unterstützungsmöglichkeiten)
- Bewusstsein des Körperschemas (mentales Konstrukt „wie bin ich“) und des Körperbilds (bewusste, durch die eigenen Sinne und Emotionen übermittelte Vorstellung und Überzeugung zum eigenen Körper [z.B. verzernte Körperwahrnehmung durch Menschen mit „anorexia nervosa“])
- Umgang mit dem Körper in einer selbstfürsorglichen Art und Weise (Wissen, was dem Körper gut tut)
- Körperliche, mentale und soziale Stabilität
- Differenzierte Sicht- und Handlungsweisen (Möglichkeiten und Fähigkeiten, den eigenen Blickwinkel zu ändern)
- Verantwortungsbewusstsein, Selbstorganisation und Verbindlichkeit (z.B. Termine einhalten)

Äussere Ressourcen werden vorwiegend im Gespräch eruiert:

- Stabilität der wirtschaftlichen Situation (z. B. Beruf, Arbeitslosigkeit, IV)
- Soziales Netz (Familie, Freundeskreis)
- Fähigkeit zur Erholung (z.B. Freizeitgestaltung, körperliche Aktivitäten, etc.)

6.2.2 Resilienz

Es ist die Aufgabe der Therapeutin/des Therapeuten, Resilienzfaktoren zu erkennen und in die Therapie zu integrieren. Mittels konkreter Wahrnehmungs- und Bewegungsarbeit, die den Möglichkeiten der Klientin/des Klienten angepasst ist, wird die Resilienz gefördert. Die Aufgabenstellung wird individuell angepasst, sodass positive Erfahrungen möglich werden. In der Regel wird mit aufbauenden Anleitungen gearbeitet (z.B. Bodenkontakt, funktionale Bewegungen, Schrittfolgen, etc.), die mit der Zeit komplexer und anspruchsvoller werden. In einer Krisensituation ist die Resilienz oft verschüttet und erscheint erst nach einer aufbauenden Arbeitsphase mittels übungszentriert-funktionaler Arbeitstechnik.

In den Standortgesprächen wird die Resilienz stark gewichtet, so z.B.:

- In der Frage der Beziehungsgestaltung und der sozialen Integration
- Übernahme von Verantwortung
- Selbständiges Lösen von Problemen
- Zukunfts- und Zielorientierung
- Mut und Zuversicht
- Erkennen von Stärken und Fähigkeiten

Das (Wieder)-Erlangen einer als selbstverständlich empfundenen Einheit, sich als ein zusammengehöriges körperliches, emotionales und gedankliches Ganzes zu fühlen, ist Teil des körper- und bewegungstherapeutischen Behandlungsziels.

6.2.3 Selbstermächtigung

Jede bewältigte Aufgabe ermutigt die Klientin/den Klienten, die Anforderungen des Alltags anzunehmen. Sie/er lernt, realistische Ziele ins Auge zu fassen und in stimmigen Schritten anzugehen. Die Erfahrung der „Handhabbarkeit“ wird gefördert.

Neue Lösungswege zu kreieren, motiviert und befähigt zur aktiven Lebensgestaltung. Die Klientin/der Klient lernt, gesundheitliche Beschwerden einzuordnen und damit umzugehen, z.B. sich in bestimmten Situationen zu entspannen, zu bewegen oder sich mit anderen Menschen zu treffen. Dies fördert das Verantwortungsgefühl für sich selbst und unterstützt die Genesung. Die Bereitschaft, Veränderungen zuzulassen, verstärkt das Gefühl für Selbstwirksamkeit, Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit.

Die bewegungs- und körpertherapeutischen Interventionen öffnen ein Experimentierfeld für das Probehandeln. Grenzen und Stärken werden ausgelotet, der eigene Bewegungsrhythmus oder Bewegungsimpulse gesucht und die Kontrolle über die Bewegung geübt. Die Erfahrung, seines eigenen Körpers mächtig zu sein, gibt Freiheit und Perspektiven.

6.2.4 Abgrenzung zur medizinischen Tätigkeit

Die therapeutische Arbeit erfolgt ohne Einsatz von hautverletzenden Techniken oder von komplexen technischen Geräten. Es werden keine im Heilmittelgesetz geregelte Arzneimittel und Medizinprodukte oder andere Produkte abgegeben.

6.3 GESTALTUNGSPRINZIPIEN

6.3.1 Therapeutische Beziehung und Dialog

Gemeinsames Tun und Interaktion zwischen der Klientin/dem Klienten und der Therapeutin/dem Therapeuten bauen eine vertrauensbildende Beziehung auf. Die therapeutische Haltung ist von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz gezeichnet. Es soll ein Klima von Wohlwollen, Verständnis und Einfühlung entstehen. Gleichzeitig ist die Therapeutin/der Therapeut interessiert, die unbewussten Persönlichkeitsanteile und die Beweggründe und Bestrebungen der Klientin/des Klienten zu erkennen und zu verstehen. Die Art und Weise der Begegnung (stützend, ermutigend, fragend, konfrontierend, führend, strukturierend u.a.) wird im Laufe der Therapie immer wieder dem neuen Entwicklungsstand angepasst.

Die Therapeutin/der Therapeut anerkennt die Existenz von problematischen Persönlichkeitsanteilen. Besonders bei Klienten mit negativ bewertenden Anteilen ist eine unterstützende Haltung förderlich. Die Therapeutin/der Therapeut lässt sich auf die Klientin/den Klienten ein und ist neugierig-interessiert für deren/dessen Individualität, Unverwechselbarkeit und Einzigartigkeit.

Die Therapeutin/der Therapeut und die Klientin/der Klient gestalten, handeln und lernen gemeinsam und haben das Recht zu wählen, wann und wie sie aufeinander zugehen möchten und können. Die Erfahrungen sind kontinuierlich, multidimensional und vom jeweiligen Kontext abhängig; sie gestalten und beeinflussen sich gegenseitig.

Die Therapeutin/der Therapeut registriert verbale und nonverbale Äusserungen der Klientin/des Klienten (z.B. Blickrichtung, Mimik, Gestik, Tonfall, Sprache, kleinste Bewegungsimpulse und -reflexe, Bewegungsfluss, Bewegungsrichtung, Bewegungsintensität, Raumnutzung, Umgang mit Materialien) und beschreibt das Beobachtete. Bedeutung und emotionaler Erlebnisinhalt werden gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten erforscht, visualisiert und benannt. Die Therapeutin/der Therapeut nimmt empathisch (in sprachlicher und körperlicher Resonanz) am Geschehen teil, so dass ein Gefühl entstehen kann, angenommen, geschätzt und verstanden zu werden. Aufgrund körperlicher Resonanzfähigkeit kann sich die Therapeutin/der Therapeut in körperliche oder emotionale Zustände der Klientin/des Klienten einfühlen.

Klientinnen/Klienten haben jederzeit das Recht, Antworten auf Fragen zur Methode, zur Arbeitsweise, zu psychodynamischen Zusammenhängen, zur Wirkung und zur Einschätzung der Therapeutin/des Therapeuten zu erhalten. Ebenso fließt die Vermittlung von Wissen (z.B. über Anatomie, Physiologie) und Zusammenhängen (z.B. bezüglich Atmung und emotionalen Zuständen) zum besseren Verständnis seitens der Klientin/des Klienten in die Arbeit mit ein.

Therapiemaßnahmen müssen transparent und von der Klientin/dem Klienten akzeptiert und mitgestaltet sein. Nur eine für die Klientin/den Klienten sinngebende Therapie ist wirkungsvoll, weshalb ihre/seine selbstkompetente Mitarbeit bei Interpretationen und Deutungen unbedingt notwendig ist. Die dialogische Interaktion zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient steht im Zentrum und bewirkt Momente des gemeinsamen Verstehens und Lernens.

In der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zeigen auch die Mechanismen der Übertragung und Gegenübertragung eine Wirkung. Die Therapeutin/der Therapeut reagiert mit den eigenen Gefühlen auf die Gefühle und Handlungen, die die Klientin/der Klient auf sie/ihn richtet. Die Reflexion der Therapeutin/des Therapeuten (Selbstreflexion, Lehrtherapie, Supervision) ermöglicht das Erkennen von gegenseitigen Übertragungsphänomenen. Diese werden verbal oder nonverbal aufgezeigt, soweit sie im Sinne der Therapieziele für den Prozess hilfreich sind.

6.3.2 Therapeutische Haltungen und Lösungsorientierung

Die körper- und bewegungstherapeutischen Interventionen führen zu unmittelbaren Erfahrungen. Wohlwollend und einfühlsam eingesetzt, wirken sie unterstützend, so dass angemessene Lernschritte, der Eigenkontakt und der Bezug zum Umfeld möglich sind. Im Vordergrund steht das Wachrufen von Gedanken und Assoziationen (Evokation). Dabei wird angenommen, dass die Motivation zur Veränderung und die notwendigen Ressourcen in der Klientin/im Klienten selbst ruhen und angeregt werden.

Folgende therapeutischen Haltungen werden gezielt eingesetzt:

- **Stützende Haltung** wird in akuten Krisensituationen angewandt und bietet der Klientin/dem Klienten positive Verstärkung und Unterstützung. Sie gilt als Hilfestellung und vermittelt Sicherheit und Halt.
- **Mittragende Haltung** wird bei grossen Ängsten und schwierigen Gefühlen angewandt. Empathie vermittelt der Klientin/dem Klienten Sicherheit und Halt.
- **Strukturierende Haltung** ordnet Themen und Bewegungen in Zeit und Raum, grenzt ein und zerlegt in Teilschritte. Sie fördert die Übernahme von Verantwortung und befähigt die Klientin/den Klienten sich besser zurechtzufinden, Grenzen zu setzen und Abläufe gedanklich zu ordnen.
- **Führende Haltung** bedeutet aktive Hilfe zur verstärkten Übernahme von Eigenverantwortung. Sie dient der Bewältigung von Alltagsproblemen und befähigt zu Entscheidungen.
- **Begleitende Haltung** ermöglicht Hilfe zur Selbsthilfe und ermutigt eigene Entscheidungen. Positive Verstärkung hilft bei der Bewältigung und Verarbeitung existentieller Lebensprobleme.
- **Schützende Haltung** bewahrt vor voreiligen Entscheidungen. Der Klientin/dem Klienten werden mögliche Folgen und Konsequenzen von Handlungen aufgezeigt.
- **Aufdeckende, reflektierende Haltung** setzt sich Abwehr, Vermeidung und Negieren von Problemen und Schwierigkeiten entgegen. Das Aufzeigen von abgewehrten Inhalten, Konfrontation und Spiegeln von Verhalten soll respektvoll und für den Klienten „annehmbar“ angebracht werden.
- **Fordernde Haltung** fördert Übernahme von Eigen- und Mitverantwortung durch Planen, Organisieren, Mitdenken, Einteilen und selbständiges Handeln.
- **Konfrontierende Haltung** fordert die Auseinandersetzung der Klientin/des Klienten mit sich selbst und den Mitmenschen. Sie dient einem adäquateren Umgang mit schwierigen Situationen und spezifischen Problemen und weist auf Widersprüche im verbalen und nonverbalen Verhalten hin.

Das handlungsorientierte Lernen ist Teil der aktiven Hilfe zur Problemlösung. Ressourcen werden gemeinsam eruiert, bestätigt und bestärkt, sofern sie sinnvoll sind und nicht alte Erinnerungen und Verhaltensmuster aktivieren und das Problemverhalten fixieren. Schwierigkeiten werden aus der Gegenwartsperspektive betrachtet.

Gezielte Fragen kreisen das Problem ein, und mittels bewegungs- und körpertherapeutischer Interventionen werden Handlungsspielräume und Lösungen gesucht, die den Selbstheilungsprozess anstossen. Die Therapeutin/der Therapeut lässt begleitend Ideen, Techniken und Anregungen einfliessen. Diese werden bezüglich der Nutzbarkeit überprüft. Dabei ist die Entstehung neuer Lösungen ein Teilschritt, angepasst an die Prozessphase, ohne Gewähr, eine umfassende Lösung darzustellen.

6.4 PROZESSPHASEN

Die Bewegungs- und Körpertherapie betrachtet den Therapieprozess als einen Verlauf, dessen Beeinflussung über verschiedene Zugänge erfolgt. Nur wenn sich körperliche, seelische und geistige Faktoren ergänzen, kann eine Genesung gelingen.

6.4.1 Prinzip des Prozesses

Der therapeutische Prozess umfasst verschiedene Phasen. Dabei ist zu bedenken, dass Prozessphasen nicht geradlinig verlaufen, sondern sich überlappen und wiederholen: der Prozess bewegt sich zirkulär und in Schleifen. Der Therapieprozess erfordert von Seiten der Therapeutin/des Therapeuten verschiedenartige Beziehungsangebote. Zu Beginn der Therapie ist eher eine strukturierende, stützende, führende Haltung angesagt, bei fortgeschrittenem Therapieprozess kommt die „Übertragungsbeziehung“, die aufdeckende, konfrontierende, fordernde Haltung mit der entsprechenden Thematik in den Vordergrund. Die Interventionen werden kontinuierlich dem aktuellen Prozess angepasst. Die Prozessphasen gelten für die Einzeltherapie und für die Gruppentherapie.

Folgende Prozessphasen lassen sich beschreiben:

6.4.2 Begegnen

Nach der Befunderhebung werden in gegenseitiger Absprache Therapieziele formuliert und ein Therapieplan entwickelt. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit und dem Wohlbefinden wird gemeinsam thematisiert. Der Klientin/dem Klienten wird eine aktive Rolle in der Gestaltung des eigenen Lebens zugestanden. Die Therapeutin/der Therapeut reagiert auf Anfragen der Klientin/des Klienten, informiert und erklärt Sachverhalte (z.B. über Fernziele und Funktionsweise der Therapie, über die Entstehung von Beschwerden, über Funktionsweisen des Körpers etc.) bei Bedarf auch von sich aus. Sie/er ist bestrebt, das Kohärenzgefühl der Klientin/des Klienten zu fördern und Vertrauen entstehen zu lassen.

Sollte sich anlässlich der Befundaufnahme herausstellen, dass eine Bewegungs- und Körpertherapie zu diesem Zeitpunkt nicht geeignet oder sinnvoll ist, sucht die Therapeutin/der Therapeut gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten nach geeigneten Alternativen.

6.4.3 Bearbeiten

Nach der Kontaktaufnahme folgt der Einstieg in die bewegungs- und körpertherapeutische Behandlung. Anfänglich sind oft eine Stabilisierung und der Aufbau von Ressourcen erforderlich. Eine stützende, mittragende, führende Haltung und stabilisierende Bewegungstechniken geben einen festen Rahmen und Sicherheit. Körperliche Integrität und deutliche Grenzen müssen etabliert werden. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und die Ressourcen zur Alltagsbewältigung sollen erhalten, gestärkt oder neu erarbeitet werden. Hier findet die Therapie mit der übungs- und erlebniszentrierten Arbeitstechnik statt. Dieser „sichere Boden unter den Füßen“ ist grundlegend und stellt die Basis dar für die Bearbeitung von schwierigen und belastenden Themen. Positive Erfahrungen in der Stabilisierungsphase motivieren die Klientin/den Klienten zur Weiterführung der therapeutischen Arbeit. Bei schwierigen Themen werden erlebnis-, konflikt- und lösungszentrierte Arbeitstechniken angewandt. Auf die Stabilisierungsphase kann bei Bedarf zurückgegriffen werden.

In der Bearbeitungsphase werden mittels Bewegungsgestaltung (z.B. Verlangsamung, Wiederholung, Visualisierung, Verdeutlichung) und „emotional bewegenden“ Interaktionen erstarrte Verhaltensmuster erlebbar, bewusst und benennbar gemacht. Sie können reflektiert, verstanden, reguliert, moduliert, in einen sinngebenden Kontext gestellt und in neuer Form ausgestaltet werden.

6.4.4 Integrieren

Gefühle haben im therapeutischen Prozess eine besondere Stellung, denn sie sind integrierender Bestandteil von Denken, Handeln, Lernen und Bewerten. Die bewusste Auseinandersetzung mit Gefühlen und ihre Neubewertung, verbunden mit neuen körperlichen Erfahrungen, entwickeln das Gefühl für Kohärenz und ermöglichen ein Verständnis für sich selbst, die eigene Lebenssituation und Wahlmöglichkeiten.

Verstehen, Benennen, Einordnen der Bewegungs- und Körpererfahrungen (physisch, emotional, atmosphärisch und symbolisch), der beständige Austausch und die Rückmeldung über die Sicht- und Erlebnisweisen von Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient dienen der Integration und sind wichtige Bestandteile der Behandlung. Das Überprüfen der persönlichen Lebensqualität ist ein Kontinuum, oft mit der Erkenntnis verbunden, dass bestimmte Lebenssituationen nicht verändert werden können, jedoch ein neuer Umgang damit gefunden werden kann. Deshalb richtet die Bewegungs- und Körpertherapie den Fokus auf die Situation im Hier und Jetzt. Schädigendes Handeln gilt es zu vermeiden und förderliches zu unterstützen, z.B. durch adäquates Verhalten mit Ruhepositionen bei Entzündungen im Körper, Steigerung des Aktivitätsniveaus bei depressiv verstimmt Menschen, usw.

6.4.5 Transferieren

Das Erfahrene und Erlernte im Alltag umsetzen zu können, ist Indiz für eine erfolgreiche Therapie. In jeder Therapiestunde stellt die Therapeutin/der Therapeut einen Zusammenhang zum Alltag her. Erfahrungen, Bewegungsabläufe, Impulse, usw. werden am Ende der Stunde zusammengefasst. Zu Beginn jeder neuen Stunde werden Veränderungen im Alltag erfragt. Diese werden sicht- und spürbar, z.B. durch verminderte Beschwerden, Schmerzfreiheit, selbständiges Praktizieren von täglichen Körperübungen, Verbesserung der Gefühlslage, stimmigere Kontakte zu den Mitmenschen im Lebens- und Berufsalltag und erhöhtes allgemeines Wohlbefinden. Die Klientin/der Klient lernt dabei ein fürsorgliches und achtsames Augenmerk auf sich selber zu richten. Immer wieder wird ein Bezug zum ursprünglichen Therapieziel hergestellt. Transfer kann auch stattfinden, wenn Themen und Problematiken nicht nur in einer bestimmten Situation lokalisiert, sondern in einen weiteren Lebenskontext gestellt werden. Dies erlaubt der Klientin/dem Klienten, Ungleichgewichte in körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Hinsicht wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Mit der Verankerung der veränderten Verhaltensweisen im Lebens- und Berufsalltag kann die Klientin/der Klient diese selbstkompetent weiterführen und die Therapie kann erfolgreich abgeschlossen werden.

7. GRENZEN DER METHODENAUSÜBUNG / KONTRAINDIKATIONEN

- Akute Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. entzündliche Prozesse, akute Diskushernien, Knochenbrüche)
- Schwere organische Beschwerden (z.B. ungeklärte Schmerzen, Verdacht auf akute Thrombose)
- Ungeklärte akute neurologische Störungen (z.B. Koordinations- und neuromuskuläre Störungen, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen, Sensibilitätsstörungen)
- Akute psychische Erkrankungen oder akute existentielle Krisen in der ambulanten Praxis

8. METHODENSPEZIFISCHE KOMPETENZEN

Diese Frage betrifft die Bewegungs- und Körpertherapie nicht.

9. METHODENSPEZIFISCHE RESSOURCEN

9.1 ERFORDERLICHE KENNTNISSE

9.1.1 Theoretisches berufsspezifisches Wissen

- Bewegungseinsatz zur Regulierung von Schmerzmechanismen
- Sensomotorik im Hinblick auf Körper- und Bewegungsschulung
- Herz, Kreislauf und Gefäße: Wechselwirkung zwischen Organsystem und Bewegung
- Atmungssystem: Wechselwirkung zwischen Körper, Gefühlen, Bewegung und Atmung
- Blut- und Lymphsystem: Einschränkungen und Beeinflussbarkeit durch Bewegung
- Verdauungssystem: Regulierungsmöglichkeiten durch Bewegung
- Sexualorgane, Schwangerschaft, Geburt: Berücksichtigung und Vorsichtsmassnahmen in der Bewegung
- Bewegungsapparat
 - komplexe Funktionalität des gesamten Muskel- und Gelenksystems
 - Bindegewebe
 - Funktion der Faszien
 - differenziertes Verständnis der Motorik und deren Krankheitsbilder (Sklerotome, künstliche Gelenke, Wachstumsstörungen, funktionelle Bewegungsstörungen, Frakturen, Distorsion, Luxation)
- Nervensystem
 - Funktion und Kommunikation unter Neuronen
 - Kompensation und Adaption
 - Limbisches System
 - Spiegelneuronen
 - Hirnareale
 - Bewegungsverarbeitung
 - Erzeugung und Übertragung von Nervenimpulsen
 - Physiologische Bedeutung der Neurosegmente
 - Mobilisation peripherer Nerven
 - Wirkungen der bewegungs- und körpertherapeutischen Massnahmen auf das ZNS
 - Degeneration und Regeneration peripherer Nervenfasern
 - Veränderungen des alternden Gehirns
- Vegetatives Nervensystem
 - Somato-viszerale und somatische Reflexe
 - Sympathisches und parasympathisches Nervensystem bei Verletzung und Krankheit

- Hirnnerven: Funktion und Stimulation
- Haut: Dermatome und Myotome
- Sinnesorgane: okulomotorisches System als bildverarbeitendes System mit Gedächtnis und motorischen Triggern
 - Gesichtsfelder
 - Olfaktorisches und gustatorisches System
 - Erkrankungen der Propriozeption
- Psychische Störungen
 - Dissoziative Störungen
- Psychologie/Entwicklungspsychologie: Bewegungs- und Emotionsentwicklung, motorische Entwicklung
- Kognitive Psychologie
 - Entwicklung des Denkens
 - Sozialkognitive Lerntheorie und Selbstwirksamkeit
 - Spiegelneuronen und Empathie
 - Hilflosigkeit / Ohnmacht
 - Aggression als Teil des Motivationssystems
- Sozial-emotionale Psychologie
 - Frühe Kindheit, Bindung
 - Entwicklungsphasen des Kleinkindes, Kinderpsychopathologie
 - Adoleszenz (Neurobiologie, Sexualität, Kognition, Identität)
- Gedächtnis
 - Begriffe und Definitionen Gedächtnis
 - Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis
 - Neuronale Grundlagen des Lernens und Gedächtnisses
- Zentralnervensystem
 - Allgemeiner Aktivitätszustand (Motivation, Emotion, Sprache, Bewegung)
- Biologische Psychologie
 - Bewegungsbeobachtung der funktionellen Anatomie, Arbeitsphysiologie, Biomechanik, Bewegungskontrolle
 - Psychomotorisches Verhalten
 - Bewegungssteuerung
- Lernpsychologie
 - Lerntheorien, Lernen als Reorganisation
 - Veränderung der Hirnleistungen von Senioren
 - Erlernen von motorischen Fertigkeiten, Denkmodelle für ‚motor learning‘
 - Geschlossene und offene Fertigkeiten (closed and open skills)
 - Drei Phasen des Lernens, Feedback, mentales Training, autoritäres Lernen und prozessorientiertes Lernen
 - Sensomotorisches Lernen und limbisches Lernen
- Kommunikationsformen in Gruppen
 - Freie Assoziation, Arbeitsbündnis, gleich-schwebende Aufmerksamkeit, Abstinenz, Neutralität, Deuten und Antworten

- Gruppendynamik in der Bewegungs- und Körpertherapie
- Gruppenprozess (fördernde und hindernde Faktoren)
- Kriseninterventionen in der Bewegungs- und Körpertherapie
 - Techniken zur psychischen und physischen Stabilisierung
- Körpersprache
 - Äusseres Erscheinungsbild
 - Symbolgehalt der Körpersprache
 - Bewegung in Raum und Zeit, Bewegungsordnung, Bewegungsintensität, Dynamik, Kinesphäre, Formfluss, Spannungsfluss, Rhythmus, Blickrichtung, Reflexe, kleinste Bewegungsimpulse, Atembewegung
- Soziale Interaktion: Auswirkungen auf Gefühle, Gedanken, Kommunikation und Verhalten (z.B. Rollenspiele)
- Psycho-Pharmakologie (Kenntnisse über den Einsatz, die Auswirkungen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen auf die Emotionen und auf das neuromuskuläre System)

Die aufgeführten Kenntnisse sind methodenspezifisch und eine Vertiefung, die über den Tronc commun hinausgehen.

9.1.2 Kenntnisse über Bewegung und die praktische Arbeit

- Allgemeine Geschichte der Bewegungs- und Körpertherapie, Forschung zu Bewegungs- und Körpertherapie
 - Kenntnisse über die Geschichte der Bewegungs- und Körpertherapien
 - Kenntnisse über die Grundzüge der bewegungs- und körpertherapeutischen Konzepte und Haltungen in Theorie und Praxis
 - Übersicht und Entwicklung von bewegungs- und körpertherapeutischen Modellen
 - Kenntnisse über die Funktion und Bedeutung von gestalterischen Mitteln
- Kenntnisse von Fachliteratur und Forschung
- Bewegungsentwicklung und Körperbild
 - Kennt die Stadien der menschlichen Bewegungsentwicklung von der Zeugung bis zum Tod (stammesgeschichtliche Entwicklung, anatomische, neurologische Kenntnisse)
 - Einflussbarkeit der Sensomotorik
- Übungszentrierte-funktionale, erlebniszentriert-stimulierende, konfliktzentrierte und lösungsorientierte Arbeitstechniken
 - Kennt verschiedene Bewegungs- und Körpertherapiemethoden nach M. Wigmann, E. Gindler, R. von Laban, B. Hauschild-Sutter, H. Petzold, J. Kestenberg, usw. und kann sie differenziert und klientengerecht anwenden
- Spezifische Methodik und Didaktik, Konzepte, Methoden, Techniken des Prozessgeschehens
 - Kennt den Unterschied von pädagogischen und therapeutischen Anwendungen
 - Kennt den Unterschied zwischen Methodik und Didaktik
 - Kenntnisse über Methoden und Anwendungen von übungszentriert-funktionalen, erlebniszentriert- stimulierenden, konfliktzentrierten und lösungsorientierten Ansätzen

- Wissen über Konzepte, Methoden und Techniken
- Kennt die Interventionen und ihre Anwendung
- Bewegungsbeobachtung und Bewegungsanalyse
 - Kennt Beobachtungsraster und Analysemethoden und die klientengerechte Anwendung (z.B. Labannotation, Kestenberg Movement Profile)
 - Kenntnisse über Raumbildung, Raumbezug, Raumnutzung
- Erkennt soziales Verhalten in der Gruppe, wie Kontaktaufnahme, verbale und non-verbale Kommunikation, Abwendung, Zuwendung, etc.
- Entspannung
 - Kennt aktive und passive Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, sanfte Bewegungen, Konzentration auf den Körper und den Atem, Vorstellung von Bildern, etc.)
 - Wissen über Spannungsregulation
- Atem und Stimme
 - Kenntnisse über die Anatomie der Stimme, der Stimmlippen, des Kehlkopfs, der Resonanzräume, etc.
 - Kenntnisse über den funktionalen Einsatz der Stimme, den Einsatz der Stimme als paraverbale Mitteilungen, etc.
- Kennt verschiedene Bewegungsspielformen, deren Anwendung und Zielsetzung
- Musikalische Kenntnisse (Geschichte bis in die Neuzeit, Rhythmuslehre, gezielter und themenspezifischer Einsatz)
- Visualisieren von Bewegungsformen und Erlebnissen

9.2 ERFORDERLICHE FERTIGKEITEN

- Behandlungsprinzipien
 - Wendet in der Bewegungs- und Körpertherapie analytisches/strukturiertes Vorgehen an
 - Erfasst das Bewegungsrepertoire sowie Gestaltungs- und Ausdrucksmöglichkeiten
 - Kann Auffälligkeiten im körperlichen, seelisch-mental und sozialen Bereich erkennen und einordnen
 - Kann Körperbezug, Körperhaltung, Körperantrieb analysieren
 - Analysiert Symptome von Stress, Hyper- und Hypotonus
 - Setzt bewegungsorientierte, pädagogische und therapeutische Kenntnisse in der Praxis um
 - Wendet Methoden und Techniken korrekt an (Anleitung von Bewegung, Bewegungsimprovisation, etc.)
 - Wendet verschiedene Berührungsarten und -qualitäten, Berührungstechniken, Mobilisationen, Berührungsvorgaben etc. situationsgerecht an
- Gestaltung des Therapieprozesses
 - Kann einen Therapieplan erstellen und nach folgenden Zielen gestalten: Begegnen, Bearbeiten, Integrieren und Transferieren
 - Erkennt Hindernisse wie Widerstand, Sabotage, Blockade, Abwertung, etc.
 - Entwickelt, gestaltet und analysiert den therapeutischen Prozess in Einzel- und in Gruppenstunden

- Gruppenarbeit (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Betagte, etc.)
 - Erkennt altersspezifisches soziales Verhalten in der Gruppe
 - Setzt sich praktisch mit verschiedenen Materialien, Visualisierungstechniken, Musik, etc. auseinander und integriert sie klientengerecht in die Bewegungsprozesse
- Persönliche Fertigkeiten
 - Ist kreativ
 - Setzt sich mit Gestaltungsprinzipien auseinander
 - Setzt Musik gezielt therapeutisch unterstützend ein
 - Setzt Sprache und Stimme gezielt ein
 - Wendet methodische und didaktische Kriterien an und erklärt die eigene Arbeitsweise nachvollziehbar und zielgerichtet (klare verbale Anleitungen und Äusserungen, die überzeugen, anregen, motivieren, ermutigen, etc.)
 - Handelt selbstfürsorglich und achtet auf die eigene Psychohygiene

9.3 ERFORDERLICHE HALTUNGEN

- Konfliktbewusstsein (Umgang bezüglich Wahl der therapeutischen Haltung, Umgang mit Widerstand)
- Selbstreflexion mittels interdisziplinärem Austausch, Supervision, Weiterbildung, Dokumentation, etc.
- Soziales Differenzierungsvermögen (Biografie, Kultur, System), Gleichbehandlung
- Emotionales Ausdrucksvermögen
- Akzeptanz und Integration von aggressiven Anteilen (selbst- und fremddestruktiv)
- Regulierung von Nähe und Distanz
- Vorstellungsvermögen
- Frustrationstoleranz
- Adäquates Selbstbewusstsein
- Kontinuierliche Auseinandersetzung und Entwicklung der eigenen Persönlichkeit

10. POSITIONIERUNG

10.1 BEZUG DER METHODE ZUR ALTERNATIV- UND SCHULMEDIZIN

- Die Zusammenarbeit mit Berufsgruppen der Schulmedizin ist eng. Klientinnen/Klienten beanspruchen oft parallel zur Bewegungs- und Körpertherapie schulmedizinische Behandlungen, beispielsweise bei chronischen physischen und/oder psychischen Erkrankungen. Öfters wird eine bewegungs- und körpertherapeutische Behandlung im Anschluss an eine schulmedizinische oder physiotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Umgekehrt weist die Therapeutin/der Therapeut Klientinnen/Klienten zur schulmedizinischen Betreuung weiter, wenn dies erforderlich ist.
- Jede Therapeutin/Therapeut verfügt über ein fachliches Netzwerk und kann Klientinnen/Klienten an die geeigneten Stellen weiterleiten. Ausserdem arbeiten Bewegungs- und Körpertherapeutinnen/therapeuten oft in Kliniken, Spitälern und Gemeinschaftspraxen, in welchen eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen selbstverständlich ist.

- Die Bewegungs- und Körpertherapeutinnen/therapeuten stehen Fachpersonen der Alternativmedizin, Komplementärtherapie und Kunsttherapie offen gegenüber. Sie kennen deren Tätigkeiten und wissen, wo sie sich informieren können.

10.2 ABGRENZUNG DER METHODE ZU ANDEREN METHODEN UND BERUFEN

Die Bewegungs- und Körpertherapie weist Ähnlichkeiten zu komplementärtherapeutischen, kunsttherapeutischen und psychotherapeutischen Methoden und Berufen auf.

Folgende Merkmale verdeutlichen die Unterschiede.

10.2.1 Körperpsychotherapie

- Während in der Körperpsychotherapie die Sprache zentral ist und die Arbeit mit Vorstellungen, mit Bildern, mit gelenkter Aufmerksamkeit und Körpererinnerungen ergänzt wird, werden in der Bewegungs- und Körpertherapie verschiedene Interventionen angewandt (Bewegungsschulung, Gestaltung von Bewegung, Exploration, Improvisation, Komposition, Imitation, Führen/Folgen, Rituale/Ritualisierung, Berührung, Atmung, Spannungsregulation). Vielschichtig erfahr- und erlebbare Materialien werden ergänzend eingesetzt und vorrangig über die Körperebene betrachtet.
- Die Körperpsychotherapie nutzt die Körpersprache und ergänzende Übungen, die unmittelbar auf die Psyche einwirken. Die Bewegungs- und Körpertherapie hingegen nutzt unterschiedlich komplexe und gestaltende Bewegungsabläufe auf der körperlichen Ebene, um die Aufmerksamkeit auf die Körperhaltung, die Qualität und die Funktionalität von Bewegung, den Raumbezug, die Aktivierung der Sinne, usw. zu lenken.

10.2.2 Kunsttherapie, Fachrichtung Bewegungs- und Tanztherapie

- Während in der Kunsttherapie, Fachrichtung Bewegungs- und Tanztherapie das Entdecken und Gestalten eigener Bewegungsmöglichkeiten charakteristisch ist, stehen in der Bewegungs- und Körpertherapie die Wahrnehmung sowie strukturiert funktionelle und ökonomische Bewegungsabläufe im Zentrum.
- In der Kunsttherapie, Fachrichtung Bewegungs- und Tanztherapie ermöglicht der authentische Tanz als kreatives Ausdrucksmittel Zugang zu sich selbst. In der Bewegungs- und Körpertherapie stehen hingegen oft frei explorierende Bewegungsthemen zu Bewegungseinschränkungen, Koordinationsproblemen oder Beschwerden der Sensomotorik im Fokus.
- Während in der Kunsttherapie, Fachrichtung Bewegungs- und Tanztherapie die künstlerische, gestalterische Erweiterung der eigenen Persönlichkeit im Vordergrund steht, ist es in der Bewegungs- und Körpertherapie vermehrt das Erreichen einer verbesserten oder stabilen Körperfunktionalität sowie das in-Kontakt-kommen mit dem eigenen Körper.

10.2.3 Alexandertechnik

- Die Therapeutinnen und Therapeuten der Alexandertechnik nehmen mittels Berührung und Bewegungsarbeit Einfluss auf die Aufrichtung und den Umgang mit dem Körper in alltäglichen Situationen. In der Bewegungs- und Körperarbeit wird Berührung als Kommunikationsmittel genutzt, welches auf einer spezifischen therapeutischen Haltung beruht (stützend, mittragend, strukturierend, etc.).

- In der Alexandertechnik werden Impulse und deren Kontrolle verbunden und führen zu neuem Denk- und Bewegungsverhalten. Der spezifische Gebrauch der Verbindung Kopf-Hals-Rücken steht im Fokus. In der Bewegungs- und Körpertherapie stehen die eigene Wahrnehmung sowie das eigene Erarbeiten von Bewegungen mit Unterstützung und Anleitung im Vordergrund. Das Erleben der gesamten körperlichen und sinnlichen Ebene in Beziehung zum inneren und äusseren Ausdruck des Selbst steht im Fokus.
- In der Alexandertechnik wird ausschliesslich im Einzelsetting gearbeitet, während in der Bewegungs- und Körpertherapie die Gruppenarbeit als soziale Ebene einbezogen wird.

10.2.4 Feldenkrais

- Während sich in der Regel die Feldenkrais-Methode vorwiegend auf die kinästhetische und propriozeptive Selbstwahrnehmung und die grundlegenden Bewegungen (Aufrichtung und Gang) bezieht, konzentriert sich die Bewegungs- und Körpertherapie ergänzend auf das themenzentrierte und konfliktorientierte Arbeiten, wodurch die physische, psychische und soziale Ebene explizit miteinbezogen werden.
- In der Feldenkrais Therapie wird das Skelett bewusst in seiner tragenden und Kräfte leitenden Funktion genutzt. Die Bewegungs- und Körpertherapie arbeitet ebenfalls mit dieser Komponente, bezieht aber andere Komponenten wie Muskeln, Faszien, Nerven sowie den emotionalen Gehalt einer Bewegung stark mit ein.
- Die Feldenkrais Therapie setzt die Lernfähigkeit und die Plastizität des Nervensystems ins Zentrum und kreiert Lernsituationen, die es dem Nervensystem ermöglichen, auf natürliche Art zu lernen (organisches Lernen). Die Bewegungs- und Körpertherapie gewichtet die eigenen Erfahrungen der körperlichen, emotionalen und sozialen Aspekte stark. Die Entwicklung findet über das Erkennen und Begreifen statt und führt dadurch zu Lernerfahrungen.

10.2.5 Organisch-rhythmische Bewegungsbildung Medau

- Während in der Organisch-rhythmischen Bewegungsbildung Medau Handgeräte wie Ball, Keule und Reifen in der Regel eine wichtige Rolle spielen, werden diese in der Bewegungs- und Körpertherapie nur ergänzend eingesetzt.
- Die Organisch-rhythmische Bewegungsbildung Medau setzt den Atem als formende Kraft in der Organgymnastik ein. Die Bewegungs- und Körpertherapie hingegen betrachtet den Atem als ein natürlich begleitendes Element.
- Während in der Organisch-rhythmischen Bewegungsbildung Medau der Lernprozess durch den Bezug zum Meridiansystem unterstützt wird, nimmt die Bewegungs- und Körpertherapie das Bewegungs-Analysesystem von Laban als Grundlage.

10.2.6 Eutonie Gerda Alexander

- Während in der Eutonie-Behandlung die Bewusstheit der Haut sowie die Berührung und die passive Bewegung eine sehr grosse Bedeutung haben, sind diese Elemente in der Bewegungs- und Körpertherapie zweitrangig.
- Die Eutonie spricht die feinstoffliche Ebene und die Strahlungszone des Menschen an, hingegen wird die Ausstrahlung des Menschen in der Bewegungs- und Körpertherapie nur als eine von verschiedenen Ausdrucksmöglichkeiten wahrgenommen.

- In der Eutonie haben Bewegungsstudien, die durch Improvisation erarbeitet werden, eine wichtige Bedeutung und diese werden vor Publikum aufgeführt. In der Bewegungs- und Körpertherapie dienen Bewegungserfahrungen ausschliesslich der eigenen Entwicklung und werden nicht nach aussen getragen.

11. UMFANG UND GLIEDERUNG DES METHODENSPEZIFISCHEN TEILS DER AUSBILDUNG IN BEWEGUNGS- UND KÖRPERTHERAPIE

11.1 DAUER DER AUSBILDUNG

Die methodenspezifische Ausbildung dauert mindestens drei Jahre und umfasst mindestens 700 Kontaktstunden und 1'700 Lernstunden.

11.2 INHALT UND UMFANG DER METHODENSPEZIFISCHEN AUSBILDUNG

| | Kontakt- stunden | Selbst- studium | Lernstun- den (Total) |
|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Methodenspezifische medizinische und naturwissenschaftliche Grundlagen | 75 | 100 | 175 |
| Allgemeine Geschichte der Bewegungs- und Körpertherapie, Forschung zu Bewegungs- und Körpertherapie | 15 | 40 | 55 |
| Bewegungsentwicklung | 15 | 30 | 45 |
| Übungszentrierte-funktionale, erlebniszentriert-stimulierende, konfliktzentrierte und lösungsorientierte Anwendungen | 300 | 300 | 600 |
| Spezifische Methodik und Didaktik, Konzepte, Methoden, Techniken des Prozessgeschehens | 75 | 150 | 225 |
| Bewegungsbeobachtung und Bewegungsanalyse | 25 | 50 | 75 |
| Anwendungsbereiche (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Betagte, freie Praxis, diverse Institutionen) | 10 | 20 | 30 |
| Schrittfolgen mit Musik und deren therapeutische Relevanz, Bewegungsformen von historisch bis modern | 50 | 70 | 120 |
| Entspannung: Aktive und passive Entspannungstechniken, Sinneswahrnehmung, Berührungsinterventionen, Mobilisation | 30 | 60 | 90 |
| Atem und Stimme | 25 | 50 | 75 |
| Musikalische Kenntnisse, Kenntnisse der Musikgeschichte, Rhythmuslehre, spezifische Musikwahl für den therapeutischen Prozess | 50 | 100 | 150 |
| Visualisieren von Bewegungsformen und Erlebnissen | 30 | 30 | 60 |
| Total | 700 | 1000 | 1700 |

11.3 WAHLFÄCHER

Den Ausbildungsschulen steht es frei, zusätzliche Wahlstunden oder Wahlfächer anzubieten.