

ida

Verband für Rolfing® & Strukturelle Integration Schweiz

Methodenidentifikation (METID)

Strukturelle Integration

2. März 2015

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Methodenbezeichnung..... | 2 |
| 2. Kurzbeschreibung der Methode..... | 2 |
| 3. Geschichte, Philosophie..... | 3 |
| 3.1 Geschichte..... | 3 |
| 3.2 Philosophie..... | 5 |
| 4. Grundlegendes theoretisches Modell..... | 6 |
| 4.1 Der Körper in der Schwerkraft – physikalische, anatomische und physiologische Grundlagen..... | 6 |
| 4.2 Der Prozess der Strukturellen Integration als ganzheitlicher Ansatz zur Arbeit mit Körper, Geist und Seele..... | 7 |
| 5. Formen der Befunderhebung..... | 10 |
| 5.1 Erstanamnese..... | 10 |
| 5.2 Visuelle Analyse – Bodyreading..... | 10 |
| 5.3 Palpation..... | 11 |
| 6. Therapiekonzept..... | 12 |
| 6.1 Ziel..... | 12 |
| 6.2 Strukturelle Arbeit und Berührungsqualität..... | 12 |
| 6.3 Funktionelle Arbeit und Bewegungsschulung..... | 13 |
| 6.4 Psychobiologische Arbeit und Wahrnehmungsschulung..... | 14 |
| 6.5 Konzept des Grundsystems der zehn Sitzungen..... | 15 |
| 6.5.1 Gemeinsamkeiten der zehn Sitzungen..... | 15 |
| 6.5.2 Die zehn Sitzungen und ihre Inhalte..... | 16 |
| 7. Grenzen der Methodenausübung/Kontraindikationen..... | 20 |
| 8. Methodenspezifische Differenzierung der Handlungskompetenzen..... | 20 |
| 9. Methodenspezifische Ressourcen..... | 20 |
| 10. Positionierung..... | 24 |
| 10.1 Bezug der Methode zur Alternativ- und Schulmedizin..... | 24 |
| 10.2 Abgrenzung der Methode zu anderen Methoden und Berufen..... | 24 |
| 11. Gliederung und Umfang des methodenspezifischen Teils der KT Ausbildung..... | 26 |
| 12. Anhang..... | 28 |

1. Methodenbezeichnung

Strukturelle Integration

2. Kurzbeschreibung der Methode

Die Strukturelle Integration kombiniert in ihrem Vorgehen drei wesentliche Aspekte des menschlichen Körpers:

1. Arbeit mit der Struktur: Manuelle Arbeit an der Struktur des Körpers, in erster Linie an den Bindegewebsstrukturen, am sogenannten Faszienetz des Körpers
☐ **Strukturelle Arbeit**
2. Arbeit mit der Funktion: Arbeit mit der Funktion des Körpers durch interaktive Bewegungsschulung
☐ **Funktionelle Arbeit**
3. Arbeit mit der Psychobiologie: Arbeit mit dem "psychobiologischen" Aspekt des Körpers, indem durch Wahrnehmungsschulung die im Körper der Klientin/des Klienten widerspiegelten seelischen, geistigen und sozialen Themen im Verlauf des Therapieprozesses aktiv eingebunden werden
☐ **Psychobiologische Arbeit**

Das Ziel der Strukturellen Integration ist es, in einer Grundsequenz von rund zehn Behandlungen die Beziehungen der einzelnen Körpersegmente zueinander zu verändern sowie vorhandene Bewegungsmuster bewusst zu machen und zu verbessern, so dass für die Klientin/den Klienten ein müheloses Stehen und Bewegen möglich wird.

Das Faszienetz als Grundlage der Strukturellen Integration

Das Faszienetz dient dem Körper und all seinen Bestandteilen wie Muskeln, Nerven und Organen als elastische Hülle. Dr. Ida P. Rolf, die Begründerin der Methode, bezeichnet das Faszienetz deshalb auch als "Organ der Form". Die Schwerkraft wirkt permanent auf den von elastischen Hüllen durchzogenen menschlichen Organismus. Sie kann als ordnende und stabilisierende Kraft für den Menschen wirken und als wichtige Ressource für eine ausgewogene, aufrechte Körperstruktur dienen. Diese Ressource für Klientinnen/Klienten zu erschliessen, ist eines der Anliegen der Strukturellen Integration. Die KomplementärTherapeutIn Methode Strukturelle Integration nutzt dabei die plastischen Eigenschaften des alles umspannenden Faszienetzes, indem sie/er die Beziehung der einzelnen Körpersegmente zueinander und ihre Beziehung zur Schwerkraft in erster Linie durch strukturelle Arbeit an den Faszien-schichten verändert. Denn diese können sich durch anatomische, physiologische, funktionelle und/oder psychische Ungleichgewichte und Störungen verkürzen und verkleben und sich so negativ auf das Wohlbefinden auswirken.

Funktionale und psychobiologische Aspekte der Strukturellen Integration

Vervollständigt wird die strukturelle Arbeit durch aktive Bewegungs- und Aufmerksamkeits-schulung der Klientin/des Klienten. Form und Bewegungsmuster des Körpers eines jeden Menschen sind geprägt von persönlichen Veranlagungen sowie der jeweiligen individuellen Geschichte, psychischen/seelischen Erfahrungen und sozialen Einflüssen. Zu diesen können persönliche Ressourcen wie z.B. Tanz, Sport, eine glückliche Beziehung, gute Körperwahrnehmung genauso

wie Unfälle, Verletzungen und Krankheiten zählen. All diese Faktoren beeinflussen die Organisation des Körpers.

In der Strukturellen Integration sind die aktive Wahrnehmungsschulung der Klientin/des Klienten in Bezug auf die eigenen Bewegungsabläufe und die veränderte Wahrnehmung der Wirkung der Schwerkraft auf den eigenen Körper zentral. Die Einbettung dieser Veränderungen des Körpers und des neuen Bewegungsverhaltens in die restliche Lebens- und Erfahrungswelt der Klientin/des Klienten ermöglicht bleibende Veränderungen bei der Klientin/beim Klienten. Der fortlaufende Prozess der Schulung von Selbstwahrnehmung und Selbstverantwortung spielt im therapeutischen Setting der Strukturellen Integration ebenfalls eine zentrale Rolle und dient der bleibenden Veränderung.

3. Geschichte, Philosophie

3.1 Geschichte

Rolf als Begründerin der Strukturellen Integration

Die Methode der Strukturellen Integration wurde von Rolf (1896–1979) entwickelt und gelehrt. Als eine der ersten Frauen in den USA erwarb sie 1920 an der Columbia University, New York City, USA, einen Dokortitel in Biochemie und Physiologie. Später studierte sie Homöopathie in Genf und Physik in Zürich. Jahrelang arbeitete sie in der Forschungsabteilung des Rockefeller Instituts in New York City, USA.

Rolf litt selber unter Beschwerden im Brustwirbelbereich, fand jedoch niemanden, der ihr helfen konnte. Eine Reise von New York nach Kalifornien liess sie fündig werden. Die Arbeit und der Denkansatz des dortigen Osteopathen, der Besserung verschaffte, beeindruckten sie sehr. Diese Erfahrung weckte ihr Interesse an manuellen Behandlungsmethoden. Schon bald begann sie eine intensive Suche nach alternativen Herangehensweisen an körperliche Beschwerden und setzte sich mit verschiedenen Methoden wie Yoga und Osteopathie auseinander.

Die vorhandenen Modelle und Ergebnisse stellten sie allerdings nicht zufrieden. Für sie als Wissenschaftlerin war klar: "Wenn wir ein anderes Resultat wollen, dann müssen wir mit einer anderen Prämisse und Voraussetzung beginnen." Rolf begann, den Körper aus einem fundamental neuen Blickwinkel zu betrachten. Dabei versuchte sie "hinter" die Symptome zu blicken und erkannte als eine zentrale Wirkungskomponente die Beeinflussung des menschlichen Körperbaus durch die Schwerkraft. Sie kam zum Schluss, dass die optimale Anordnung wesentlicher Elemente der Körperstruktur wie Füße, Beine, Becken, Brustkorb und Kopf in ausgewogenem Zusammenspiel mit der Schwerkraft zu mehr Wohlbefinden führen würde. Aus diesem Grund nannte sie ihre Methode "Strukturelle Integration – Integration der menschlichen Struktur in die Schwerkraft". Bekannt wurde die Methode in der Folge als Rolwing[®], in Anlehnung an Rolfs Nachnamen.

Neben der Anordnung der Körperstruktur in der Schwerkraft erforschte Rolf das Zusammenspiel der einzelnen Körpersegmente in Bewegung, also den funktionalen Aspekt des Körpers, und die Wechselwirkung von Struktur und Funktion. So gelangte sie zu einem neuen Verständnis der Bedeutung der strukturellen Ordnung des menschlichen Körpers in Bezug zur Schwerkraft, welches bis heute die Arbeit der Therapeuteninnen/der Therapeuten prägt.

Rolf unterrichtete ihre Methode zunächst im kleinen Kreis. Fritz Pearls (1893-1970), der Begründer der Gestalttherapie, war von ihrer Behandlung beeindruckt und lud sie ans Esalen Institut nach Kalifornien ein, wo sie fortan lebte und unterrichtete. Dort pflegte sie einen regen Austausch mit Zeitgenossen wie Moshé Feldenkrais (1904-1984) oder Frederick Matthias Alexander (1869-1955), die ebenfalls dabei waren, eigene Methoden zur Funktionsverbesserung des Körpers zu entwickeln. Auch an namhaften Osteopathieschulen in England war sie eine gefragte Instruktorin, bis sie 1971 schliesslich ihr eigenes Institut in Boulder, USA, gründete. Dieses Institut trägt bis heute ihren Namen: *The Rolf Institute of Structural Integration* (RISI).

Um ihre Sichtweise einem grösseren Publikum vermitteln zu können, entwickelte Rolf eine Grundserie von zehn Sitzungen, die es den Therapeutinnen/Therapeuten ermöglicht, die von ihr beschriebene strukturelle Ordnung des Körpers zu erkennen und deren Funktionieren bei der Klientin/beim Klienten nachhaltig zu verbessern. An diese Sitzungs-Grundsequenz können sich Folgesitzungen anschliessen, die den Raum für einen weiterführenden therapeutischen Prozess öffnen.

Mittlerweile gibt es unter dem Dach des amerikanischen Rolf Institutes weitere eigenständige Organisationen in Europa, Australien, Brasilien, Japan und Kanada, die die Methode der Strukturellen Integration unter dem Markennamen Rolwing® unterrichten.

Strukturelle Integration als lebendiges Forschungsgebiet

Die Arbeit von Rolf wurde von verschiedenen Therapeutinnen/Therapeuten aufgenommen und weitergeführt. Einige seien hier exemplarisch erwähnt: Dr. med. Hans Flury (Schweiz) etwa hat die Lehren von Rolf neu interpretiert und konkretisiert und damit massgebend zur Weiterentwicklung der Strukturellen Integration beigetragen. Im Bereich medizinische Forschung ist vor allem Dr. Robert Schleip (Deutschland) zu erwähnen: Seit seiner Ausbildung am *Rolf Institute of Structural Integration*, Boulder, USA, in den 80er Jahren, forscht er intensiv an der funktionellen und neurologischen Bedeutung der Faszien für den Körper und an der Frage, was genau durch die manuelle Arbeit an diesen Gewebsschichten für die Klientinnen/ Klienten erreicht wird. Heute arbeitet er in diesem noch immer jungen Forschungsgebiet an der Universität Ulm mit Bewegungswissenschaftlern und Neurologen zusammen (siehe Anhang) und ist Mitorganisator der Internationalen Faszienkongresse (2007 in Boston, 2009 in Amsterdam, 2012 in Vancouver). Ebenfalls einflussreich in der Erweiterung der Arbeit von Rolf ist der ehemalige Tänzer und frühere Direktor des Departements für Tanz- und Bewegungsanalyse an der Universität Paris, Frankreich, Hubert Godard. Er hat einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Methode geleistet. Seine Forschungsgebiete sind in erster Linie Bewegung, neurologische Strukturen und deren Zusammenspiel mit der Psyche bei der Bewegung des Körpers. Dr. Peter Schwind (Deutschland) setzt sich mit seiner Münchner Gruppe für interdisziplinäre manuelle Behandlungsformen (siehe Anhang) ebenfalls seit Jahren für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Strukturellen Integration ein. Eine Auswahl an fachspezifischen Publikationen findet sich im Anhang.

Zwei Institute für Strukturelle Integration in den USA

1990 spaltete sich das *Rolf Institute of Structural Integration* (RISI), Boulder, USA, aufgrund persönlicher Differenzen unter den noch von Rolf ausgebildeten Lehrenden. Es entstand als zweites Institut die *Guild for Structural Integration*, ebenfalls mit Sitz in Boulder, USA. Die beiden Institute der Strukturellen Integration in den USA verstehen sich organisatorisch je als Verband, der die Organisation der Ausbildung und die Mitgliederverwaltung umfasst. Inhaltlich ist heute der einzig nennenswerte Unterschied zwischen den beiden Instituten, dass der Markenname Rolwing® nur von

den Absolvierenden des *RISI* verwendet werden darf. Die beiden Institute arbeiten inhaltlich wieder eng zusammen, und in der Schweiz sind Absolvierende der *Guild for Structural Integration* ebenfalls Mitglieder der *Swiss Association Rolfing® & Structural Integration* (SARSI). Beide Institute bieten in den USA gleichwertige Ausbildungen zur Therapeutin/zum Therapeuten an.

Strukturelle Integration in der Schweiz

In der Schweizer Öffentlichkeit wird seit den 1980er Jahren vor allem das als Markenname eingetragene "Rolfing®" verwendet, wenn von der Methode der Strukturellen Integration gesprochen wird, und weniger die eigentliche Methodenbezeichnung "Strukturelle Integration". Die Marke "Rolfing®" für die Methode Strukturelle Integration wurde in der Schweiz anerkannt, nachdem das *RISI* in Boulder, USA als Besitzer der Marke glaubhaft darlegen konnte, dass die Methodenbezeichnung nicht Rolfing®, sondern Strukturelle Integration und der Name Rolfing® somit schützenswert sei. Rolfing® und Strukturelle Integration sind somit Synonyme; der erste Begriff bezeichnet die Marke, der zweite die Methode.

3.2 Philosophie

"Wir wollen dem Menschen helfen, ihn in einen Zustand zu bringen, in dem die Schwerkraft nicht sein Feind ist. Wir wollen, dass die Schwerkraft den Menschen unterstützt und als nährende Kraft wirkt."

"Die Schwerkraft ist die Therapeutin/der Therapeut"

Dr. Ida P. Rolf

Den Menschen als Ganzes von Körper, Seele und Geist zu sehen, ist ein wichtiges Wesensmerkmal der Strukturellen Integration. Das bedeutet im therapeutischen Kontext, dass die Struktur des individuellen menschlichen Körpers in der Schwerkraft wahrgenommen und den damit einhergehenden funktionalen sowie psychobiologischen Befindlichkeiten der Person gleichzeitig Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Das Bindegewebe und vor allem die Faszien, die dem Körper seine Gestalt verleihen, spielen dabei eine zentrale Rolle. Durch die Arbeit an den Faszien wird ein ökonomischeres Bewegungsverhalten im Alltag angestrebt. Diese Veränderung im eignen Körper bewusst zu erleben und wahrzunehmen, erlaubt es der Klientin/dem Klienten, mit Hilfe der unterstützenden Begleitung der Therapeutin/des Therapeuten gleichzeitig ein besseres inneres Gleichgewicht zu finden, von dem aus die Klientin/der Klient mit ihrer/seiner Umwelt neu in Beziehung treten kann.

Jeder Mensch hat seine eigene Geschichte und ist in seiner Gewebequalität, seiner Bewegung, seinem Verhalten und seinem Lebensrhythmus einzigartig. Für den Erfolg der Strukturellen Integration ist es daher zentral, dass Klientinnen/Klienten in ihrer individuellen Entwicklung gesehen und unterstützt werden. Für die Therapeutin/den Therapeuten gilt es, die für die aktuelle Lebenssituation adäquate Begleitung zur Verfügung zu stellen. Die Therapeutin/der Therapeut ist gleichzeitig gefordert, seine eigenen Grenzen zu kennen und in Absprache mit der Klientin/dem Klienten bei Bedarf schulmedizinische, komplementärmedizinische oder andere Spezialistinnen/Spezialisten beizuziehen.

Die Klientinnen/Klienten werden in ihrem Selbstwahrnehmungsprozess einerseits durch die Art der Berührung, andererseits durch gezielte Aufgabenstellungen, welche die Arbeit zwischen den

Sitzungen unterstützen, begleitet. Diese Aufgabenstellungen aus den Bereichen Bewegung, Körperwahrnehmung, aber auch Beobachtung der eigenen Person in der Interaktion mit anderen, haben zum Ziel, dass die Klientin/der Klient selbst Verantwortung für die Umsetzung des neu Erfahrenen und Gelernten übernimmt. Die gemeinsame Reflektion mit der Therapeutin/dem Therapeuten über die zwischen den Sitzungen gemachten Erfahrungen macht die Klientin/den Klienten bewusst auf den stattfindenden Prozess aufmerksam. Dieser Veränderungsprozess findet durch die kontinuierliche Arbeit mit der Klientin/dem Klienten über einen Zeitraum von rund zehn Sitzungen sowohl im körperlichen, wie auch im funktionalen und psychobiologischen Bereich statt. Bereits Rolf sagte: „Strukturelle Integration braucht Zeit.“

4. Grundlegendes theoretisches Modell

4.1 Der Körper in der Schwerkraft – physikalische, anatomische und physiologische Grundlagen

Der theoretische Ansatz der Strukturellen Integration orientiert sich an den Gegebenheiten der Anatomie und Physiologie des Körpers sowie den physikalischen Kräften, die auf den menschlichen Körper wirken und ihn strukturell, funktional sowie psychobiologisch beeinflussen.

Physikalisch zieht die Schwerkraft jede Masse, so auch den menschlichen Körper, senkrecht zur Erde. Die Gegenkraft, die Normalkraft, ermöglicht es, gleichzeitig aufrecht zu stehen. In diesem Wirken der Kräfte sucht der menschliche Körper permanent nach einem Gleichgewichtszustand der mühelosen Aufrichtung.

Die Strukturelle Integration geht von der Idee einer "idealen" Aufrichtung der Körperstruktur aus: In diesem "Idealfall" ist der menschliche Körper entlang einer Senkrechten ausgerichtet. Dieses senkrechte Zusammenspiel der einzelnen Körpersegmente ermöglicht, dass die passive Spannung des Fasziengewebes vorne und hinten und an den Seiten des Körpers automatisch ausgeglichen ist. So wird der gesuchte Gleichgewichtszustand möglich. In diesem Gleichgewichtszustand ist die aktive Muskelspannung, die zur Aufrichtung der Struktur nötig ist, ebenfalls automatisch minimiert, Stehen und Bewegen werden mühelos.

Im sich bewegenden Menschen kann beobachtet werden, wie die einzelnen Körpersegmente Füße, Beine, Becken, Brustkorb und Kopf übereinander angeordnet sind. Die einzelnen Segmente sind nicht als in sich feste Blöcke zu verstehen. Man kann sich deren Konsistenz eher wie die einer sehr zähen Flüssigkeit vorstellen. Diese in sich mobilen Segmente werden von Hüllen, den Faszien, zusammen- und in Form gehalten. Die Form der einzelnen Segmente und somit des gesamten Körpers ist also das Resultat des Gleichgewichts zwischen dem Druck des Inhalts innerhalb der Faszienhüllen und der passiven Spannung der Faszienhüllen selbst. Zu dieser passiven Spannung kommt die aktive Komponente der kontraktilen Elemente der Muskelfasern hinzu. Diese aktive Spannung unterstützt die Faszien in ihrer Aufgabe, den Körper aufrecht zu halten. Sie kann sich stark und gezielt ändern. Daraus resultiert Bewegung, die als reversible Formveränderung des Körpers bezeichnet werden kann.

Durch die manuelle Arbeit der Strukturellen Integration wirkt die Therapeutin/der Therapeut auf die oben beschriebene Struktur, also auf die Position und den Bewegungsfluss der einzelnen Segmente in ihrer Beziehung zur Schwerkraft ein. Sie/er arbeitet an verklebten und/oder verkürzten Faszien, die die Skelettmuskulatur wie auch die Organe umhüllen. Das Ziel ist, mehr Spielraum für die

mühevolle senkrechte Aufrichtung des Körpers zu schaffen. Die Abweichungen von der oben beschriebenen "Ideal-Struktur" sind individuell sehr verschieden. Daher gilt es für jeden und mit jedem Menschen eine ganz persönliche, grösstmögliche Annäherung an die "ideale" Struktur zu finden.

Die Faszien sind physiologisch durch eine grosse Dichte reizübermittelnder Rezeptoren gekennzeichnet, die Informationen vom Nervensystem aufnehmen und an dieses weiterleiten. Somit sind sie Orte, an denen durch manuellen Druck und durch geschulte innere Aufmerksamkeit direkt mit dem Nervensystem bezüglich Spannung und Position der Faszien kommuniziert werden kann. Manuelle Interventionen und veränderte Bewegungsabläufe führen zu einer Veränderung der Spannungsverhältnisse der zusammenspielenden Faszien.

Gleichzeitig sind in diesen Gewebsschichten auch psychobiologische Informationen wie z.B. körperlich gespeicherte Erinnerungen an bestimmte Ereignisse abrufbar. Dieser Aspekt der Arbeit am Körper ist für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses zentral und wird in der Unterstützung hin zu einer veränderten Extero- und Interozeption der Klientinnen/Klienten kontinuierlich mit einbezogen.

4.2 Der Prozess der Strukturellen Integration als ganzheitlicher Ansatz zur Arbeit mit Körper, Geist und Seele

Die Strukturelle Integration nutzt für die Arbeit an den oben beschriebenen Strukturen und Zusammenhängen ein Grundsystem von rund zehn Behandlungen, auch Sitzungen genannt. Dieses Grundsystem dient sowohl Klientinnen/Klienten wie Therapeutinnen/Therapeuten als Orientierung im Prozess der Veränderung und stellt einen Leitfaden dar, der es ermöglicht, den gesamten Körper und den Menschen als Ganzes im Blick zu behalten. Gleichzeitig dienen die zehn Sitzungen als "Landkarte" für das Erlernen der Strukturellen Integration im Ausbildungssetting.

Haltungs- und Bewegungsmuster können körperliche und/oder seelische, geistige sowie soziale Ursachen haben. Diese Muster beeinflussen die Art und Weise, wie sich ein Körper in der Schwerkraft organisiert. Da das Faszienetz nahtlos zusammenhängend den ganzen Körper durchzieht, können so entstandene Haltungs- und Bewegungsmuster zu Anpassungen in immer mehr und immer weiter voneinander entfernt liegenden Körperregionen führen. Auf diese Weise kann sich z.B. eine Verstauchung im Fuss über kurz oder lang in den Knien und Hüften bemerkbar machen, Verspannungen in der unteren Wirbelsäule können nach einiger Zeit den Nacken erreichen. Daher kann ein punktueller Eingriff lokale Veränderung bewirken, eine dauerhafte Neuordnung ist jedoch nur unter Einbezug des gesamten Körpers über einen längeren Zeitraum möglich. So wird das Gewebe geschont und die Klientin/der Klient kann den körperlichen Veränderungs- und Integrationsprozess auch seelisch nachvollziehen.

Für jede der zehn Grundsitzungen sind Territorien und Funktionen des Körpers vorgegeben, auf denen der Fokus in der jeweiligen Sitzung liegt. Unter Territorien sind bestimmte Regionen des Körpers zu verstehen wie z.B. Schultergürtel, Becken, innere Beine, äussere Beine oder die Füsse. Als Funktionen bezeichnet die Strukturelle Integration einzelne Bewegungsabläufe, zu denen sowohl z.B. die Atmung gehört, als auch aufeinanderfolgende Bewegungssequenzen beim Gehen oder beim Bewegen der Arme, beide müssen differenziert betrachtet werden.

Die Abfolge der Territorien und Funktionen, mit denen gearbeitet wird, ist von Sitzung eins bis zehn aufeinander abgestimmt. So wird die Klientin/der Klient Schritt für Schritt durch den Veränderungs-

prozess der Strukturellen Integration geführt. Dieses schrittweise Vorgehen erschliesst mit jeder Sitzung aufeinander aufbauende Ressourcen, die der Klientin/dem Klienten helfen, die stattfindenden Veränderungen zu integrieren und für sich nutzbar zu machen. So wird in der ersten Sitzung z.B. mit der Atmung und ihrem Einfluss auf Schulter- und Beckengürtel gearbeitet. Die der Klientin/dem Klienten immer bewusster werdende Atmung dient in jeder folgenden Sitzung als wertvolle Ressource, die in der Zusammenarbeit von Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient herangezogen werden kann. In der zweiten Sitzung erschliesst die Therapeutin/der Therapeut die Ressource "Bodenkontakt" für den Körper. Dabei wird durch manuelle Strukturarbeit an den Faszien wie durch Schulung des Bewusstseins über funktionale Bewegungsabläufe in den Füßen und Beinen der Bodenkontakt optimiert. So baut jede Sitzung auf der vorherigen auf. Eine Übersicht zu den Territorien und Funktionen der einzelnen Sitzungen findet sich untenstehend:

1. Sitzung: Umfassende Atmung

Zentrale Fragestellung: Wie ist die Atmung durch die Struktur von Schulter- und Beckengürtel beeinflusst?

2. Sitzung: Verbindung zum Boden

Zentrale Fragestellung: Wie wird der Körper von den Füßen und Beinen her unterstützt?

3. Sitzung: Länge im Körper

Zentrale Fragestellung: Wie kann eine Verlängerung und somit Dekompression der Wirbelsäulenschwüngen erreicht werden?

4. Sitzung: Offenheit im Beckenboden

Zentrale Fragestellung: Wie kann die Unterstützung der inneren Mittellinie über die Innenseite der Beine und den Beckenboden erreicht werden?

5. Sitzung: Innere Aufrichtung

Zentrale Fragestellung: Wie kann die innere Aufrichtung über die Vorderseite des Körpers unterstützt werden?

6. Sitzung: Den Rücken atmen lassen

Zentrale Fragestellung: Wie kann die innere Aufrichtung über die Rückseite des Körpers unterstützt werden?

7. Sitzung: Den Kopf frei machen

Zentrale Fragestellung: Wie können Kopf und Nacken die Veränderungen im Körper aufnehmen und integrieren?

8./9. & 10. Sitzung: Integration der Veränderungen über alle Segmente des Körpers hinweg sowie Arbeit in den Bereichen des Körpers, die die Veränderungen noch nicht adaptiert haben.

Obwohl die Territorien und Funktionen des Körpers, mit denen im Grundsystem der Sitzungen gearbeitet wird, in der Regel die gleichen sind, unterscheiden sich die konkreten Themenstellungen, Anliegen und Potentiale je nach Klientin/Klient. Denn jede Person hat z.B. ein anderes Atmungsmuster, unterscheidet sich in ihrem Kontakt zum Boden, in der Funktionalität ihrer Füße, in der Gewebsqualität und in den allgemeinen Bewegungsmustern. Der Rahmen der zehn Sitzungen erlaubt ein sehr individuelles, aufeinander aufbauendes Vorgehen, das sich von Person zu Person unterscheidet. Die genaue Anzahl der Sitzungen, die pro Territorium und Funktion benötigt werden, die Gewichtung der zu bearbeitenden Territorien und Funktionen in den einzelnen Sitzungen sowie die Abstände zwischen den Sitzungen variieren von Klientin zu Klient. Alle Klientinnen/Klienten kommen mit unterschiedlichen seelischen, geistigen und sozialen Vorgeschichten in die Therapie.

Deshalb ist jede Sitzung von der übergeordneten Fragestellung begleitet: "Wie hängen die körperlichen Vorgänge mit den seelischen und geistigen zusammen? Wie kann die Therapeutin/der Therapeut den Prozess der Integration von Struktur, Funktion und Psychobiologie, von Körper, Geist und Seele bestmöglich unterstützen?"

Die Therapeutin/der Therapeut orientiert sich bei den strukturellen Interventionen im Verlauf einer Sitzung am Bedarf der Klientin/des Klienten. Die strukturelle Arbeit behandelt entsprechend unterschiedliche Schichten der Faszien. Sie kann ganz oberflächliche, direkt unter der Haut liegende bis sehr tiefe Schichten, z.B. das Periost, ansprechen. Anhaltspunkte für die Auswahl der zu bearbeitenden Schichten geben die in Kapitel 5 näher beschriebenen Anamnesetechniken des Bodyreading und der Palpation.

Unter funktionalem Blickwinkel sind bestimmte körperliche Haltungen nicht nur Ausdruck verkürzter und/oder verklebter Faszien, sondern auch das Ergebnis bestimmter gewohnheitsmässiger Körperhaltungen oder Bewegungsabläufe im Alltag. Diese wiederum können Verkürzungen und Verklebungen begünstigen. In der Regel ist sich die Klientin/der Klient dessen wenig bewusst. So ist ein zentrales Anliegen des funktionalen Aspekts der Therapie, dass diese Bewegungsmuster der Klientin/dem Klienten bewusst werden. Gemeinsam, unterstützt durch die strukturelle Arbeit, können im Anschluss gezielt neue Bewegungsoptionen entwickelt werden, die ein verbessertes Zusammenspiel der verschiedenen Körpersegmente in ihrer Beziehung zur Schwerkraft erlauben. So werden z.B. von der Therapeutin/vom Therapeuten Veränderungen im Bewegungsablauf vorgeschlagen, und die Klientin/der Klient wird auf die daraus resultierenden Wahrnehmungsveränderungen aufmerksam gemacht. Dadurch erfährt die Klientin/der Klient neue Möglichkeiten des Ausdrucks und der Beziehung zur Schwerkraft. Zwischen den Sitzungen unterstützt die Klientin/der Klient diesen Prozess der Veränderung, indem sie/er die neu erarbeiteten Möglichkeiten anwendet und die für sich persönlich stimmigen Lösungen wählt. Die gemeinsame Reflektion über die Vorgänge zwischen den Behandlungen ist fester Bestandteil einer jeden Folgesitzung.

Aus psychobiologischer Sicht betrachtet, können unterschiedliche Spannungsqualitäten der verschiedenen Faszien-schichten zudem Ausdruck bestimmter Ereignisse sein, deren emotionale und seelische Qualität sich im Gewebe niederschlägt. Strukturelle und funktionale Interventionen können aus diesem Grund unterschiedlichste emotionale Reaktionen bei der Klienten/beim Klienten hervorrufen. Die Therapeutin/der Therapeut teilt ihre/seine haptischen Wahrnehmungen mit der Klientin/dem Klienten und versucht sie/ihn im Gespräch darin zu unterstützen, den körperlichen Empfindungen eine für sie/ihn stimmige Bedeutung zu verleihen. Hierbei liegt die Interpretationshoheit immer bei der Klientin/beim Klienten.

Im therapeutischen Prozess der Strukturellen Integration spielt die Selbstwahrnehmung der Klientin/des Klienten eine zentrale Rolle. Die Therapeutin/der Therapeut unterstützt diese kontinuierlich in dem Verständnis, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der damit zusammenhängenden Gefühle den Prozess der Selbstregulation einleitet. Die bewusste Wahrnehmung der Spannungen im Faszien-netz des eigenen Körpers und das Erkennen eventueller Zusammenhänge mit der eigenen Lebensführung und -einstellung, werden durch Berührung, Angebote von inneren und äusseren Bildern, Feedbackgespräche und die gemeinsame Reflektion mit der Klientin/dem Klienten erreicht. Gleichzeitig arbeitet die Therapeutin/der Therapeut an der Bewusstwerdung des Körpereinsatzes der Klientin/des Klienten und der damit verbundenen

Wirkung auf deren/dessen äussere Umwelt und auf ihr/sein inneres seelisches und geistiges Wohlbefinden.

5. Formen der Befunderhebung

5.1 Erstanamnese

Die therapeutische Beziehung beginnt mit einem ausführlichen Gespräch, der Erstanamnese. Es wird die körperliche, seelische und soziale Vorgeschichte der Klientin/des Klienten aufgenommen. Dazu gehören das aktuelle Beschwerdebild, die medizinische Vorgeschichte (Operationen, Unfälle etc.), die berufliche und familiäre Situation der Klientin/des Klienten, ihre/seine persönlichen Ressourcen wie auch die Motivation und Erwartungen, die die Klientin/den Klienten dazu bewegen, sich für die Behandlung der Strukturellen Integration zu entscheiden. Ein wichtiges Ziel des ersten Gesprächs ist es, neben der Krankheitsgeschichte ein Bild von den inneren und äusseren Ressourcen der Klientin/des Klienten zu erhalten, die den bevorstehenden Therapie- und damit auch Veränderungsprozess, unterstützen können.

Des Weiteren macht sich die Therapeutin/der Therapeut ein Bild davon, wie die Klientin/der Klient mit ihrem/seinem Körper im Alltag umgeht, z.B. auch, welche repetitiven Arbeitsbewegungen oder -haltungen dazugehören. Im Gespräch mit der Klientin/dem Klienten evaluiert die Therapeutin/der Therapeut, wie die Klientin/der Klient eventuell schon gegenwärtig mit Selbstregulation und Anpassung an äussere Umstände im Alltag umgeht. Diese Informationen ermöglichen der Therapeutin/dem Therapeuten eine erste Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der Klientin/des Klienten sowie ihrer/seiner eigenen.

Ein weiteres Ziel dieses ersten Gesprächs ist die Formulierung einer Standortbestimmung der Klientin/des Klienten und eines gemeinsamen Therapieziels, welches im weiteren Prozess als Orientierung dient.

Angesprochen wird ebenfalls, dass die bevorstehende Arbeit an den grundlegenden Körperstrukturen das seelische, geistige und soziale Befinden der Klientin/des Klienten beeinflussen und verändern kann. Diese Veränderungen werden kontinuierlich während des gesamten Therapiezeitraums gemeinsam mit der Therapeutin/dem Therapeuten reflektiert.

Sollten medizinische Gründe die Behandlung durch Strukturelle Integration nicht erlauben oder die Vorstellungen und Erwartungen der Klientin/des Klienten nicht mit den Inhalten und Zielen der Strukturellen Integration übereinstimmen, wird dieses im Erstgespräch abgeklärt und eventuell gemeinsam eruiert, welche andere Therapieform in Frage kommen könnte.

5.2 Visuelle Analyse – Bodyreading

Ein zentrales Werkzeug zur eigentlichen Befunderhebung ist die visuelle Analyse des Körpers, "Bodyreading" genannt, das vor und nach jeder Sitzung stattfindet. Durch das Betrachten des Körpers der Klientin/des Klienten im Stehen sowie in der Bewegung, zeigt das Bodyreading der Therapeutin/dem Therapeuten

- a) welche Haltungs- und Bewegungsmuster für die Klientin/den Klienten kennzeichnend sind
- b) wie bewusst diese Muster der Klientin/dem Klienten sind

- c) wie das Faszienetz des Körpers aufgrund dieser Muster zum momentanen Zeitpunkt organisiert ist

Das Bodyreading gibt somit wertvolle Hinweise darauf, an welchen Faszien gearbeitet werden kann, um einen ökonomischeren Bewegungsfluss zu erreichen. Die Therapeutin/der Therapeut prüft hier z.B., ob die Klientin/der Klient eher dazu neigt, sich mit den äusseren oder den inneren Muskelschichten in der Schwerkraft auszubalancieren oder ob diese Aufgabe hauptsächlich die Faszien übernehmen.

Das Bodyreading als interaktiver Prozess zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient erlaubt zudem die Einschätzung der Wahrnehmungsfähigkeit der Klientin/des Klienten bezüglich des eigenen Körpers und dessen Interaktion mit der Aussenwelt.

Des Weiteren wird das Bodyreading vor und nach jeder Sitzung genutzt, um der Klientin/dem Klienten die Möglichkeit zu geben, ihren/seinen Körper unter Anleitung der Therapeutin/des Therapeuten genau wahrzunehmen und die Veränderungen, die während der Sitzung stattgefunden haben, unmittelbar im Anschluss im Körper zu erfahren und zu integrieren. Auf diese Weise wird der Veränderungsprozess für die Klientin/den Klienten direkt nachvollziehbar.

5.3 Palpation

Ein weiteres wichtiges Mittel zur Befunderhebung ist die direkte Palpation des Körpers im Stehen, Sitzen und/oder im Liegen. Die Territorien der einzelnen Sitzungen (siehe Kapitel 4.2 und 6.5.2) sind auch hier Leitfaden für die zu untersuchenden Körperregionen. Es wird überprüft, inwieweit die visuelle Analyse, die vor allem die Wirkung der Schwerkraft auf den Körper betrachtet, mit der Faszienspannung, die manuell erspürt wird, übereinstimmt, wenn sich der Körper im Liegen "ausserhalb" der Schwerkraft befindet. Im Liegen wirkt die Schwerkraft nicht mehr senkrecht entlang der Körperlänge vom Kopf bis zu den Füßen, sondern der Körper ist sozusagen "ent-spannt". Dieser "ent-spannte" Zustand gibt Einblick in eine weitere Schicht der Körperorganisation. Die Faszien können verschiedene Qualitäten aufweisen, von sehr zäh bis sehr weich, von sehr verklebt bis sehr differenziert. Diese Informationen erlauben es der Therapeutin/dem Therapeuten einzuschätzen, wie das zeitliche Verhältnis von struktureller und funktioneller Arbeit zu gestalten ist. Die Gewebequalität dient als einer der Indikatoren für die Abstände zwischen den Sitzungen. In der Regel kann davon ausgegangen werden, dass zäheres Gewebe kürzere und weicherer Gewebe längere Abstände zwischen den Behandlungen erfordert. Ebenso ist die seelisch-geistige Reaktion auf die Behandlungen ein wichtiger Indikator für die Zeitabstände zwischen den Sitzungen. Bei der Palpation wird mit dem psychobiologischen Aspekt des Körpers automatisch Kontakt aufgenommen. Im Austausch mit der Klientin/dem Klienten bezüglich ihrer/seiner Empfindungen während der Palpation, gibt die Therapeutin/der Therapeut den seelischen, geistigen und sozialen Themen Raum und unterstützt die Klientin/den Klienten mit offenen Fragestellungen dabei, diese für sich in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen und zu deuten.

6. Therapiekonzept

6.1 Ziel

Das Ziel der Strukturellen Integration ist die mühelose Aufrichtung und Bewegung des menschlichen Körpers in der Schwerkraft, unter Einbezug der Selbstwahrnehmung der Klientin/des Klienten. Durch die im Therapieverlauf strukturell, funktionell und psychobiologisch veränderten Spannungen im Faszien-System des Körpers wird durch die fortlaufende Einwirkung der Schwerkraft auf den Körper ein Prozess der Selbstregulation des gesamten Körpersystems der Klientin/des Klienten eingeleitet. Strukturelle Integration ist die immer stärkere Annäherung an einen adäquaten Bewegungsfluss in der "idealen" Aufrichtung in der Schwerkraft, um der Klientin/dem Klienten einen mühelosen und ökonomischen Umgang mit ihrem/seinem Körper zu ermöglichen. Die Fähigkeit, den eigenen Körper wahrzunehmen, wird nachhaltig in der Klientin/im Klienten gefestigt und in Beziehung zu ihrem/seinem Alltag gesetzt. Dies stärkt das Vertrauen in den eigenen Körper und damit auch in das eigene Verhalten. Die Klientin/der Klient lernt neue Möglichkeiten im Umgang mit ihrem/seinem Körper kennen und versteht, diesen immer adäquater einzusetzen. Die Toleranzgrenze bei Störungen körperlicher, seelischer und sozialer Art erhöht sich, wenn Menschen sowohl im physikalischen wie im psychobiologischen Bereich im Lot sind, also in ihrer Mitte ruhen. Die Strukturelle Integration leitet den Prozess ein, der die Klientin/den Klienten zu dieser Mitte finden lässt. Eine vertrauensvolle, unterstützende Atmosphäre zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient ist für diesen Prozess der Selbstverantwortung und Selbstheilung selbstverständliche Voraussetzung.

6.2 Strukturelle Arbeit und Berührungsqualität

Die Hände der Therapeutin/des Therapeuten, die an der Struktur des Körpers arbeiten, sind die Nahtstelle, an der sich die zwei lebenden Faszien-Systeme Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient treffen. Wenn die Finger, Hände, Knöchel, flachen Fäuste oder der gesamte Unterarm der Therapeutin/des Therapeuten auf den Körper der Klientin/des Klienten treffen, findet automatisch Kommunikation statt. Der Körper der Therapeutin/des Therapeuten in seiner Beziehung zur Schwerkraft kann hier als Vorbild dienen. Durch die Qualität der Berührung kann die Klientin/der Klient sensorisch den Körper der Therapeutin/des Therapeuten wahrnehmen und so auch eine bereits "integriertere" Version eines Faszien-Systems, nämlich das der Therapeutin/des Therapeuten. Aus diesem Grund ist der Wechselwirkung zwischen den von der Therapeutin/vom Therapeuten ausgelösten kinästhetischen Reizen und der Eigenwahrnehmung der Klientin/des Klienten besondere Beachtung zu schenken; die Berührungsqualität ist daher von grosser Bedeutung.

Wie bereits erwähnt, können die Faszien, die den gesamten menschlichen Körper umhüllen, als "Organ der Form" betrachtet werden. Sie sind eine Art Container für die "Inhalte" des Körpers, wie Muskeln, Knochen und Organe. Der menschliche Körper besteht zu ungefähr 70 Prozent aus Wasser. Die Strukturelle Integration stellt sich daher mit Flüssigkeit gefüllte „Fasziencontainer“ vor und betrachtet sie in Relation zueinander und zur Schwerkraft. Diese Container der einzelnen Segmente werden von weiteren Faszien zusammengehalten, dem Faszien-Netz. Die Therapeutin/der Therapeut muss die Beschaffenheit und Spannung der verschiedenen Faszien wahrnehmen können. Durch mechanischen Druck und Zug werden Reize für die Faszien ausgelöst, die diese verlängern oder Verklebungen lösen und dabei die verschiedenen Schichten differenzieren. Dieser Druck oder

Zug muss unter Berücksichtigung der Dreidimensionalität der Fasziencontainer eingesetzt werden. Zur Veranschaulichung kann folgendes Bild dienen: Um eine weiche Orange wird ein breites Gummiband gelegt. Soll dieses Band verlängert oder von der Orange gelöst werden, kann nicht nur einfach Druck oder Zug ausgeübt werden, da sonst die Orange zerquetscht werden würde. Das Band muss vielmehr unter Berücksichtigung der Form der Orange über diese gezogen oder verschoben werden. Dieses Bild ist sehr vereinfacht, da das Gummiband kein lebendiges Gewebe ist. In der Arbeit mit den Faszien müssen die Möglichkeiten und Grenzen dieses lebendigen Gewebes kontinuierlich wahrgenommen werden. Die subtilen Reaktionen, die bei der Berührung gespürt werden, geben der Therapeutin/ dem Therapeuten auch Hinweise über psychobiologische Vorgänge im Körper der Klientin/des Klienten. So können Erinnerungen an bestimmte Ereignisse wie z.B. Unfälle, aber auch seelische Themen das Gewebe beeinflusst haben und durch die Berührung wieder angesprochen werden. Die einfühlsame Begleitung dieses Prozesses durch die Therapeutin/den Therapeuten mit offenen Fragen und der Spiegelung des Wahrgenommenen kann hier tiefgreifende Wandlungsprozesse anstossen.

6.3 Funktionelle Arbeit und Bewegungsschulung

Neben der strukturellen Arbeit ist die Bewegungsschulung der Klientin/des Klienten durch die Therapeutin/den Therapeuten eine weitere wichtige Intervention. Eine Bewegung ist dann ökonomisch, wenn dafür möglichst wenig Energie aufgewendet werden muss. Der Umgang mit Energie kann rein physikalisch sowie subjektiv betrachtet werden. Beide Betrachtungsweisen interagieren miteinander. Ist eine Bewegung ökonomisch, entsteht eine auch von aussen wahrnehmbare subjektive Empfindung von Bewegungsfluss. Das führt oft zu einem Gefühl von mehr Lebensenergie und hat einen positiven Einfluss auf das körperliche, geistige, seelische und soziale Befinden der betroffenen Person.

Im Bewegungsmodell der Strukturellen Integration beginnt jede ökonomische Bewegung damit, dass sich die Antagonisten entspannen, bevor sich die Agonisten anspannen. So muss z.B. für eine ökonomische Anspannung des Bizeps (Agonist) zunächst der Trizeps (Antagonist) entspannen und Raum und Länge geben. Dieses selektive Loslassen antagonistischer Muskelpartien wird von jedem Menschen unterschiedlich wahrgenommen und ausgelöst. Häufig ist Klientinnen/Klienten dieses Zusammenspiel nicht bewusst und kann durch die Unterstützung der Therapeutin/des Therapeuten in Form von Aufmerksamkeitsschulung, gezielten Bewegungsübungen oder der Zurverfügungstellung konkreter Bilder etabliert werden. Die daraus resultierende Entspannung auf körperlicher Ebene kann zu mehr Gesamtwohlbefinden führen. Die neue Bewegungsqualität ist nun in erster Linie von der eigenen inneren Wahrnehmung der Klientin/des Klienten geleitet und nicht von äusseren Bildern.

Bei der differenzierten Bewegungsbetrachtung spielen vorbereitende Bewegungsmuster, die sogenannten "Premovements", für die Therapeutin/den Therapeuten eine zentrale Rolle. Unter anderem entscheiden die Premovements, wie der Bewegungsablauf erfolgt. Die zentrale Frage aus Sicht der Strukturellen Integration ist hier: Wird die Vorbereitung auf eine Bewegung durch die Anspannung oder Entspannung von Muskeln ausgelöst? In anderen Worten: Kann sich der Antagonist entspannen, bevor der Agonist angespannt wird, oder ist ein Muster der Anspannung im Vordergrund? Wie der einzelne Körper auf diese Fragen mit Bewegungsmustern antwortet, hängt unter anderem von der für die Klientin/den Klienten möglichen Orientierung nach innen und aussen ab. Wie differenziert kann die Klientin/der Klient das eigene Bewegungsverhalten im Körper wahrnehmen? Wie stark reagiert sie/er dabei auf die Aussenwelt, die von vielen Variablen bestimmt

ist: Temperatur, Licht, Geräusche etc. Die Schwerkraft bildet hier eine physikalische Konstante und wirkt ununterbrochen und gleichmässig auf den menschlichen Organismus ein – in allen Lebenssituationen. Zum Beispiel können Schon- und Fehlhaltungen oder -bewegungen zur Vermeidung von Schmerz durch die Schwerkraft verstärkt werden und zu Verspannungen und eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten führen. Bei länger anhaltenden Beeinträchtigungen wird dieses Verhalten durch die Veränderungen im Spannungsverhältnis des Faszienetzes in das Routinemuster der Körperbewegungen aufgenommen, meist sogar ohne dass sich die Klientin/der Klient dessen bewusst ist. Diese Muster werden zusammen mit der Klientin/dem Klienten betrachtet und optimiert. Hier spielt die Selbstwahrnehmung und -verantwortung der Klientin/des Klienten eine wichtige Rolle.

Zentrales Werkzeug für die gemeinsame Arbeit an neuen Bewegungsabläufen ist die Arbeit mit den Sinnen der Klientin/des Klienten. Jeder Mensch bevorzugt unbewusst einen oder mehrere Sinne, während die anderen gleichzeitig in den Hintergrund treten. So löst die Präferenz für visuelle oder akustische Wahrnehmung z.B. ein anderes Spannungsverhältnis im Faszienetz aus als die Präferenz für eine mehrheitlich taktile Wahrnehmung. In der Strukturellen Integration arbeitet die Therapeutin/der Therapeut daher zunächst mit den leichter zugänglichen Sinnen einer Klientin/eines Klienten, um Veränderungsprozesse im Bewegungsverhalten zu unterstützen. So können Bilder, Berührungen oder Geräusche als Hilfsmittel genutzt werden. Orientiert sich eine Klientin/ein Klient z.B. vor allem mit ihrem/seinem Gehör, wird sie/er eine andere Kopfhaltung beim Gehen einnehmen als jemand, der sich vor allem visuell orientiert. Taktile Orientierung kann zu einem anderen Einsatz der Füße beim Gehen führen als eine Ausrichtung über visuelle Eindrücke und die Augen. Im letzteren Fall wird der Fokus der Klientin/des Klienten wahrscheinlich eher in der Kopfhaltung als in der Nutzung der Füße liegen. Der unterschiedliche Gebrauch der Sinne hat somit einen direkten Einfluss auf die Faszienzüge im Körper. Wird nun dieser Fokus durch die Therapeutin/den Therapeuten bewusst verändert und erweitert, verändern sich auch die Faszienzüge.

Neben der Bewegungs- und Aufmerksamkeitsschulung werden Bewegungen der Klientin/des Klienten im Liegen, Sitzen oder Stehen bei der manuellen Arbeit an der Körperstruktur durch die Therapeutin/den Therapeuten angeleitet und können so die Differenzierung und Verlängerung der Faszien-schichten sowie die Körperwahrnehmung der Klientin/des Klienten unterstützen.

Der funktionale Aspekt der Strukturellen Integration erlaubt es der Klientin/dem Klienten, eine neue Bewegungsqualität zu erfahren. Innere und äussere Spannungen können im Körper differenzierter wahrgenommen werden. Dieses Vertrauen in den eigenen Körper und dessen Bewegungsmöglichkeit unterstützt die Klientin/den Klienten beim Erkennen und Interpretieren von Körpersignalen. Solche Signale können von ihr/ihm im Anschluss sowohl auf körperlicher wie auf seelischer, geistiger oder sozialer Ebene interpretiert werden.

6.4 Psychobiologische Arbeit und Wahrnehmungsschulung

Der Körper als physischer Ausdruck der Existenz des Menschen ist auch ein Speicherort von Ereignissen, die dem Menschen während eines Lebens begegnen. Erinnerungen und Gefühle seelischer wie physischer Natur finden sich im Körper wieder und werden im wahrsten Sinne des Wortes im Gewebe "abgelegt". Der Körper ist somit nicht nur Ausdruck somatischer "Tatsachen", sondern auch ein Spiegel des inneren Erlebens. So muss jede manuelle Körpertherapie diese Ebene der Klientin/des Klienten bei der Arbeit in Betracht ziehen und ihr besondere Beachtung schenken.

Denn der direkte Körperkontakt kann immer auch Tor zu den gespeicherten Vorkommnissen, Erinnerungen und damit verbundenen Gefühlen sein. Da es in der Strukturellen Integration um eine körperzentrierte Begleitung geht, ist es besonders wichtig, dass die Therapeutin/der Therapeut die Klientin/den Klienten im Prozess der Verbindung von körperlichen Empfindungen mit seelisch Erlebtem aufmerksam und bedeutungsoffen unterstützt. Die Interpretationshoheit über die Einordnung der Zusammenhänge liegt immer bei der Klientin/beim Klienten.

So können z.B. einfache Schon- und Fehlhaltungen durch die Schwerkraft so verstärkt werden, dass Verspannungen zu eingeschränkter Vitalität und dadurch zu vermindertem seelischem Wohlbefinden führen. Hier neue Haltungs- und Bewegungsmuster zu etablieren, indem der Klientin/dem Klienten das eigene Verhalten bewusster wird, ist ein wichtiger Teil der Arbeit in der Strukturellen Integration. Vornehmliche Aufgabe der Therapeutin/des Therapeuten in diesem Bereich ist es, die Klientin/den Klienten in ihrer/seiner Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf körperlich-seelische Zusammenhänge zu schulen und der Klientin/dem Klienten neue Optionen des Umgangs mit den körperlichen Empfindungen anzubieten. Im Idealfall können das veränderte Wahrnehmungen und Bewertungen bekannter Phänomene sein. Diesen Wandel kann die Therapeutin/der Therapeut durch offene Fragestellungen und die Einladung zu neuen Fokus-sierungen der Aufmerksamkeit der Klientin/des Klienten begleiten.

6.5 Konzept des Grundsystems der zehn Sitzungen

Die Strukturelle Integration arbeitet mit einem Grundsystem von zehn Sitzungen. Dieses System dient sowohl Klientinnen/Klienten wie Therapeutinnen/Therapeuten als Orientierung im Prozess der Veränderung und stellt einen Leitfaden dar, der es ermöglicht, den gesamten Körper und den Menschen als Ganzes im Blick zu behalten und über einen längeren Zeitraum in einem grundlegenden Veränderungsprozess zu begleiten.

6.5.1 Gemeinsamkeiten der zehn Sitzungen

Vor Beginn der Sitzung

Zu Beginn jeder Sitzung wird eine ausführliche Anamnese mit den in Kapitel 5 beschriebenen Werkzeugen des Bodyreading und der Palpation vorgenommen. Ziel ist es, die Veränderungen, die zwischen den Sitzungen stattgefunden haben, gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten zu reflektieren und die veränderte Wirkung der Schwerkraft auf den Körper sowie veränderte Wahrnehmungen oder Bewegungsverhalten zu besprechen und festzuhalten.

Ablauf der Sitzungen

Der Ablauf einer jeden Sitzung orientiert sich in erster Linie an den unter 4.2 und 6.5.2 aufgezählten Territorien und Fragestellungen. Dabei kann die Anzahl von Sitzungen, die für bestimmte Territorien benötigt werden, variieren. Ebenso können, wenn angezeigt, zwei Fragenkomplexe in der gleichen Sitzung behandelt werden. Der genaue Ablauf einer jeden Sitzung richtet sich in erster Linie nach der Klientin/dem Klienten, danach, wie weit der Prozess der Integration bereits fortgeschritten ist und was die Klientin/den Klienten zum jeweils aktuellen Zeitpunkt am besten unterstützen kann. Neben dem Ablauf innerhalb der Sitzungen können auch die Abstände zwischen den Sitzungen individuell variieren. Je nach Klientin/Klient können Abstände von mehreren Wochen bis zu einem Monat zwischen zwei Sitzungen angezeigt sein. Entscheidend für die Planung sind hier neben der Gewebsqualität der Klientin/des Klienten deren/dessen Wahrnehmungsfähigkeit, deren/dessen persönliche Lebenssituation sowie der Prozessverlauf. Die Zusammen-

stellung des optimalen Therapieablaufs findet in enger Absprache zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient statt.

Strukturelle, funktionale und psychobiologische Arbeit

Jede Sitzung besteht aus struktureller Arbeit (manuelle Manipulation der Faszien), funktionaler Arbeit (Bewegungsschulung) und psychobiologischer Arbeit (Wahrnehmungsschulung). Die strukturellen Interventionen sind immer begleitet von einem direkten verbalen Austausch mit der Klientin/dem Klienten über ihre/seine aktuellen Empfindungen bezüglich Berührungsqualität sowie möglichen körperlichen, seelischen oder geistigen Assoziationen, die durch die Berührung ausgelöst werden. Diese Assoziationen werden zudem immer wieder in Relation zum gesamten Behandlungsprozess und den vereinbarten Zielen der Klientin/des Klienten gesetzt. Für welchen der verschiedenen Lebensbereiche der Klientin/des Klienten die aktuellen Erfahrungen bedeutsam sind, liegt allein in der Deutungshoheit der Klientin/des Klienten. Die Therapeutin/der Therapeut unterstützt diesen Interpretationsprozess durch das Stellen offener Fragen und widerspiegelt der Klientin/dem Klienten den Prozess, indem sie/er die eigenen Beobachtungen struktureller, funktionaler und/oder psychobiologischer Natur mitteilt. Jede Sitzung trägt dazu bei, den Körper der "idealen", sprich müheloserer Aufrichtung in der Schwerkraft näher zu bringen. Ebenso werden in jeder Sitzung in Zusammenarbeit mit der Klientin/dem Klienten Bewegungsmuster analysiert, interpretiert und neu erarbeitet.

In allen Sitzungen liegt die Klientin/der Klient auf dem Tisch, sitzt, steht oder bewegt sich im Raum. Welche Positionen gewählt werden, ist individuell unterschiedlich und hängt von den Zielen und körperlichen Möglichkeiten der Klientin/des Klienten ab.

6.5.2 Die zehn Sitzungen und ihre Inhalte

Begriffsdefinitionen

Die Beschreibung der Sitzungen hat exemplarischen, allgemeinen Charakter und wird für jede Klientin/jeden Klienten individuell ausgelegt. In den Sitzungsbeschreibungen werden folgende Begriffe verwendet, die es erlauben die Fragestellungen der jeweiligen Sitzungen im Detail zu verstehen:

1. Struktur:
 - Faszien und deren Inhalt wie Knochen, Muskeln und Organe
 - Bänder und Sehnen und deren Einbettung
 - Biomechanik der Gelenke
2. Funktion:
 - Koordinative Wahrnehmung
 - Beobachtung der Struktur in Bewegung
3. Psychobiologie:
 - Innere und äussere Wahrnehmung
 - Im Gewebe gespeicherte Emotionen/Erinnerungen

1. Sitzung: Umfassende Atmung

Zentrale Fragestellung: Wie ist die Atmung durch die Struktur von Schulter- und Beckengürtel beeinflusst?

Strukturell:

- Den Schultergürtel durch Erweiterung der Atmung öffnen
- Das Becken, einen der Schlüsselpunkte der Strukturellen Integration, durch Erweiterung der Atmung befreien und dekomprimieren

Funktional:

- Den Atem, einer der Schlüsselpunkte für Bewegung im Körper allgemein, befreien
- Beckenbewegung um die horizontale Achse der Hüfte unterstützen
- Rippen- und Armbewegung bewusst machen

Psychobiologisch:

- Beziehung mit Klientin/Klient in einem ersten Kontakt herstellen
- Aufmerksamkeit der Klientin/des Klienten auf Struktur und Bewegung lenken
- Die Präsenz der Klientin/des Klienten kennenlernen und seine/ihre Ziele verstehen

2. Sitzung: Verbindung zum Boden

Zentrale Fragestellung: Wie wird der Körper von den Füßen und Beinen her unterstützt?

Strukturell:

- Die Organisation der Füße, Unterschenkel und Oberschenkel optimieren (z.B. Rotationen ausgleichen), sodass das restliche Gewicht des Körpers so senkrecht wie möglich auf und durch die Füße in den Boden übertragen werden kann
- Horizontalisierung des Beckens von den Füßen aus einleiten

Funktional:

- Unterschiedliche Abrollung der Füße, je nach Verschiebung des Gewichtes von oben
- Sprunggelenk des Fusses aktivieren und mit den Füßen in den Boden sinken können

Psychobiologisch:

- Die Erfahrung der Unterstützung des Bodens verstärken
- Was bedeutet es für die Klientin/den Klienten, mit jedem Schritt in den Boden zu sinken und sich von ihm abzustossen?

3. Sitzung: Länge im Körper

Zentrale Fragestellung: Wie kann eine Verlängerung und somit Dekompression der Wirbelsäulenschwüngen erreicht werden?

Strukturell:

- Physisches Verständnis von der Seitenlinie des Körpers als Resultat der Beziehung zwischen Vorder- und Rückseite des Körpers etablieren

Funktional:

- Gleichgewicht in der Orientierung zwischen Raum (oben) und Boden (unten) finden

Psychobiologisch:

- Die Erfahrung einer freien Hülle des Körpers und die Koordination der Atmung
- Erfahrung von Gleichgewicht und Dreidimensionalität im Gewebe und in der Atmung
- Erfahrung von Beziehungen zu anderen (körperliche Reaktionen auf andere Menschen in Bezug zu seelischem, geistigem und sozialem Befinden)

4. Sitzung: Offenheit im Beckenboden

Zentrale Fragestellung: Wie kann die Unterstützung der inneren Mittellinie über die Innenseite der Beine und den Beckenboden erreicht werden?

Strukturell:

- Organisation der inneren Linie zur Unterstützung der Klientin/des Klienten in der Aufrichtung
- Beckenboden öffnen/befreien, sodass Bewegung von den Füßen über das Becken bis in den Nacken fließen kann
- Verbindung von Füßen, LDH (Lumbar Dorsal Hinch) und Nacken etablieren

Funktional:

- Balancieren von Abduktoren und Adduktoren in Bewegung
- Distale Funktion von Psoas in der Bewegung wahrnehmen
- Verbindung zwischen Füßen, Becken und Lumbalgegend erleben

Psychobiologisch:

- Erkundung der Wahrnehmungen des inneren Raumes und Verbindung zur inneren Erlebniswelt
- Übertragung von Bewegung durch den Körper, Unterstützung durch Boden sowie Raum

5. Sitzung: Innere Aufrichtung

Zentrale Fragestellung: Wie kann die innere Aufrichtung über die Vorderseite des Körpers unterstützt werden?

Strukturell:

- Ordnung innerhalb des Thoraxes
- Balancieren von Iliopsoas, Quadratus lumborum, zwölfter Rippe, Bauchmuskeln und Beckenboden

Funktional:

- "Der gehende Mensch": Neue Koordination im Becken (u.a. Extension in der Hüfte, Abstossen durch Fuss), wahrnehmen und erleben
- Bewusstwerden von Latissimus, Serratus anterior und Rhomboiden in Bewegung

Psychobiologisch:

- Bewusstwerden einer tieferen Selbstwahrnehmung des eigenen Ichs bei der Klientin/beim Klienten

6. Sitzung: Den Rücken atmen lassen

Zentrale Fragestellung: Wie kann die innere Aufrichtung über die Rückseite des Körpers unterstützt werden?

Strukturell:

- Weitere Horizontalisierung des Beckens durch Befreien des Sacrcrums und der Wirbelsäule

Funktional:

- Bewegung aus und durch die Mitte des Körpers wahrnehmen
- Wahrnehmung und Balancierung der grossen Bewegungsmuskeln im Rücken

Psychobiologisch:

- Wahrnehmung, inwieweit Klientin/Klient ihren/seinen inneren Raum ausfüllen kann und was dieser innere Raum für sie/ihn bedeutet

7. Sitzung: Den Kopf frei machen

Zentrale Fragestellung: Wie können Kopf und Nacken die Veränderungen im Körper aufnehmen und integrieren?

Strukturell:

- Kopf und Nacken in Übereinstimmung mit der Neuorganisation der Beine, des Beckens, der Lumbalgegend und des Brustkorbs bringen

Funktional:

- Wahrnehmung der Orientierung des Kopfes
- Interozeption der Balancierung des Kopfes

Psychobiologisch:

- Erfahrung der inneren Linie (Mitte und Zentrum des Körpers) in ihrem strukturellen, funktionalen und seelischen Ausdruck

8./9. & 10. Sitzung: Integration der Veränderungen über alle Segmente des Körpers hinweg sowie Arbeit in den Bereichen des Körpers, die die Veränderungen noch nicht adaptiert haben

Strukturell:

- Weitere Horizontalisierung des Beckens durch die Herstellung der Verbindung der verschiedenen Körpersegmente zu einem Ganzen, im Gewebe wie über mehrere Gelenke hinweg
- Kongruenz von Winkeln der Gelenke und Zusammenspiel der verschiedenen Körpersegmente

Funktional:

- Beugung, Streckung und Rotation der Wirbelsäule
- Kontralaterales Bewegungsspiel in Schultergürtel, Wirbelsäule und Beckengürtel

Psychobiologisch:

- Wahrnehmung von Stabilität und Flexibilität gleichzeitig
- Wie empfindet sich die Klientin/der Klient im "Hier und Jetzt"?

In der Strukturellen Integration ist es von zentraler Bedeutung, dass die Prozesse, die in den einzelnen Sitzungen angestoßen werden, für die Klientin/den Klienten nachvollziehbar sind. So kann sie/er mit Hilfe der Therapeutin/des Therapeuten die Verbundenheit mit dem eigenen Körper sowie dessen Beziehung zur Umwelt Schritt für Schritt neu etablieren. In diesem Prozess der Selbstregulation, welche durch die Therapeutin/den Therapeuten unterstützt wird, erfahren Klientinnen/ Klienten oftmals einen zunehmend erleichterten Umgang mit Störungen wie z.B. Schmerzen, Stress oder Leistungsdruck.

Nach der ersten kompletten Behandlungsserie, die über einen Zeitraum von einigen Monaten bis zu mehr als einem Jahr verteilt sein kann, ist es in der Regel angezeigt, eine Pause von mehreren Monaten einzulegen. In dieser Zeit arbeitet der Körper selbständig weiter und integriert die erhaltenen Informationen auf seine ganz individuelle Art und Weise. Die Klientin/der Klient hat jetzt viele Werkzeuge, die sie/ihn darin unterstützen, auf ihren/seinen Körper zu hören und durch Achtsamkeit, Koordination und bewusste Bewegung Störungen neu wahrzunehmen, diese selbst einzuordnen und gegebenenfalls zu beheben. Die Klientin/der Klient entscheidet nach seiner eigenen Wahrnehmung, wann weitere Sitzungen angezeigt sind, um sie/ihn in ihrem Prozess zu unterstützen. Die Themen von weiteren Sitzungen folgen nun nicht mehr dem Grundsystem, sondern werden für jede Sitzung gemeinsam festgelegt, ebenso Abstände und Anzahl der Sitzungen.

7. Grenzen der Methodenausübung/Kontraindikationen

- Krebserkrankungen: Wenn die Gefahr besteht die Verbreitung von Metastasen durch das Lymphsystem zu fördern.
- Starke Entzündungen des Faszienwesbes: Entzündungen können durch die manuelle Arbeit verstärkt werden.
- Osteoporose: Bei schweren Formen der Osteoporose ist Vorsicht geboten.

8. Methodenspezifische Differenzierung der Handlungskompetenzen

Diese sind identisch mit dem Berufsbild der Komplementär TherapeutIn.

9. Methodenspezifische Ressourcen

| Wissen | |
|--|---|
| Anatomie und Physiologie: | Kenntnisse der Anatomie und Physiologie des Bewegungsapparates in Hinsicht auf die der Strukturellen Integration eigene Betrachtungsweise (z.B. Bedeutung und Funktion der Faszien und deren Auswirkungen auf den menschlichen Körper, Bedeutung von Bewegungs- und Stabilisationsmuskulatur) |
| | Myofasziales und membranöses System |
| | Biomechanik aus Sicht der Strukturellen Integration |
| | Neurophysiologische Grundlagen der Koordination (z.B. Rezeptoren, Wahrnehmungsebenen) |
| Wirkung der Schwerkraft auf den menschlichen Körper: | Physikalische Gesetze der Schwerkraft, Masse, Hebelgesetze und Rotationskräfte |
| | Verschiedene theoretische Modelle über die Wirkung der Schwerkraft auf den menschlichen Körper |
| Theoretisches Grundmodell der zehn Sitzungen der Strukturellen Integration: | Territorien sowie strukturelle, funktionale und psychobiologische Zusammenhänge innerhalb der Grundserie |
| | Taxonomie der Strukturellen Integration |
| | Theorie der Berührungsqualität der Strukturellen Integration |
| | Prinzipien zur Erstellung einer Arbeitsstrategie (Arbeitsplan einer Sitzung) und die dazugehörige Fragestellungen |

METID Strukturelle Integration

| | |
|---|---|
| Bewegungstheorien: | Bewegungssystem "Normal Function" nach Dr. Hans Flury (Bewegungen werden mit Loslassen des Antagonisten ausgelöst) |
| | Bewegungssystem "Tonic Function" nach Hubert Godard (z.B. visuelle, auditive oder kinästhetische Orientierungen beeinflussen die Bewegung; seelische, geistige und soziale Gegebenheiten verändern das Bewegungsmuster) |
| | Verschiedene Bewegungssysteme wie Yoga, Pilates etc. aus Sicht der Strukturellen Integration |
| | Grundlagen, um Bewegung im Einzelunterricht zu lehren (methodisch, didaktisch) |
| Selbstreflexion und therapeutischer Prozess: | Eigene Bewegungsmuster kennen und verstehen |
| | Eigene Ressourcen zur Unterstützung des Prozesses der Klientinnen/Klienten kennen und verstehen |
| | Dynamik der Beziehung zwischen Klientin/Klient und Therapeutin/Therapeut kennen und verstehen |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fertigkeiten | |
| Anamnesetechniken: | Bodyreading: Wirkung der Schwerkraft auf den menschlichen Körper mit seinen verschiedenen Segmenten im Stehen und der Bewegung erkennen und interpretieren |
| | Unterschied von Struktur und Haltung erkennen und interpretieren |
| | Körperliche Dysbalancen visuell erkennen und interpretieren |
| | Relation der verschiedenen Körpersegmente zueinander im Stand und in der Bewegung erkennen |
| | Palpationstechniken ausführen können |
| Strukturelle Fertigkeiten: | Strukturelle und funktionelle Tests bezüglich der einzelnen Sitzungen und verschiedene Berührungsqualitäten sicher ausführen |
| | Verschiedene Faszien-schichten spüren und deren Qualität einschätzen (z.B. weich, zäh, elastisch) |
| | Erspüren der Grenzen des Faszien-gewebes (z.B. keine Bewegung, keine Elastizität) |
| | Verschiedene Berührungsqualitäten sicher ausführen |
| Funktionale Fertigkeiten: | Analyse des Bewegungsmusters und Zusammenspiel mit der |

METID Strukturelle Integration

| | |
|--|---|
| | Körperstruktur |
| | Bewegungsmuster im Kontext von Schwerkraft und Orientierung erkennen und Beispiele für Bewegungsstrategien entwerfen |
| | Bewegung aus der Sichtweise der Strukturellen Integration in der Behandlung anwenden und vermitteln können |
| | Bewegungssystem "Normal Function" nach Dr. Hans Flury (Bewegungen werden durch Loslassen des Antagonisten ausgelöst) anwenden, der Klientin/dem Klienten erklären und selber ausführen können |
| | Bewegungssystem „Tonic Function" nach Hubert Godard (z.B. visuelle, auditive oder kinästhetische Orientierungen beeinflussen die Bewegung; seelische, geistige und soziale Gegebenheiten verändern das Bewegungsmuster) mit der Klientin/dem Klienten anwenden können |
| Psychobiologische Fertigkeiten: | Beziehung zwischen der Gefühlswelt und den Körpererfahrungen der Klientin/des Klienten herstellen |
| | Wahrnehmung der Klientin/des Klienten durch offene Fragen schulen |
| Grundserie der zehn Sitzungen: | Entwicklung einer Behandlungsstrategie, Festlegung der Zeitabstände zwischen den Behandlungen sowie der Thematiken/Fragestellungen der Behandlungen, Gewichtung von manueller Arbeit, Bewegung und Gesprächen |
| | Zeitliche Abstände und Durchführung der Sitzungen mit der Klientin/dem Klienten besprechen |
| "Bodyuse": | Ökonomischer Einsatz des eigenen Körpers während der therapeutischen Arbeit |
| Therapeutischer Prozess: | Offene Fragestellungsmethode anwenden können |
| | Feedbackgesprächsführung anbieten |
| | Achtsamer Umgang mit den Grenzen von Klientinnen/Klienten |
| | Individuelle Unterstützung der Klientinnen/Klienten |
| | Prozessunterstützendes Verhalten |
| | Unterstützung des Selbstheilungsprozesses |
| | Dynamik der therapeutischen Beziehung kennen und umsetzen |
| | Strategien, um sich als Therapeutin/Therapeut gegenüber der Klientin/dem Klienten abzugrenzen |

METID Strukturelle Integration

| | |
|--|---|
| | Im Dialog mit der Klientin/dem Klienten die optimale Gewichtung von struktureller, funktionaler und psycho-biologischer Arbeit finden |
|--|---|

| Haltungen | |
|--|---|
| Die Therapeutinnen/ Therapeuten | respektieren Werte, Ansichten und Rechte der Klientin/des Klienten |
| | respektieren körperliche, seelische, geistige und soziale Grenzen der Klientin/des Klienten |
| | legen Behandlungsziele gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten fest |
| | führen Interventionen nur nach Absprache mit der Klientin/dem Klienten durch |
| | beziehen die Klientin/den Klienten in den Prozess der Behandlung aktiv mit ein |
| | erklären der Klientin/dem Klienten das Vorgehen in einer Sprache, die von dieser/diesem verstanden wird |
| | fördern den Selbstheilungsprozess, indem sie die Klientin/den Klienten in deren verbesserter Selbstwahrnehmung unterstützen |
| | arbeiten kontinuierlich an der Integration des eigenen Körpersystems |
| | bilden sich kontinuierlich weiter |

10. Positionierung

10.1 Bezug der Methode zur Alternativ- und Schulmedizin

Die Therapeutinnen/Therapeuten arbeiten mit Alternativ- und Schulmedizinerinnen/-medizinerinnen zusammen. Jede Therapeutin/jeder Therapeut besitzt ihr/sein eigenes Netzwerk. Bei Fragestellungen im Bereich der Schulmedizin/Alternativmedizin sind die Therapeutinnen/Therapeuten in der Lage, sich in der jeweils fachspezifischen Sprache auszudrücken. Das fördert die Zusammenarbeit in Bezug auf eine gemeinsame Behandlung der Klientinnen/Klienten.

10.2 Abgrenzung der Methode zu anderen Methoden und Berufen

Abgrenzung: Rebalancing aus Sicht der Strukturellen Integration

Strukturelle Integration wurde in den 1940er Jahren direkt von Ida Rolf entwickelt, unter Einfluss physikalischer, anatomischer und psychologischer Modelle manueller Therapien und Bewegungstherapien ihrer Zeit. Das Grundmodell der Strukturellen Integration geht von der Wirkung der Schwerkraft auf den menschlichen Körper aus. Neben der Struktur werden funktionale und psychobiologische Aspekte in die Therapie mit einbezogen. Die Themen der zehn Sitzungen orientieren sich an anatomischen und physikalischen Gegebenheiten. **Im Rebalancing ist ein wichtiges Ziel, beim Patienten ein Bewusstsein zu entwickeln, wie sehr eine zu korrigierende Körperhaltung auch von sogenannten inneren Einstellungen und Glaubenssätzen geprägt und beeinflusst wurde.**

Rebalancing ist in einem Ashram des Inders Chandra Mohan Jain (Osho) in Pune in enger Anlehnung an die Strukturelle Integration von Ida Rolf entstanden. **Während im Rebalancing die innere Verfassung und Geschichte der Klientin/des Klienten einen zentralen Wegweiser für die Erstellung des Behandlungsplans** darstellt, orientiert sich die Therapeutin/der Therapeut in der Strukturellen Integration in erster Linie an der Wirkung der Schwerkraft auf den Körper und den daraus resultierenden myofaszialen Anpassungen. Anders als im Rebalancing dient die Sitzungsserie in der Strukturellen Integration der systematischen Erfassung des gesamten Bewegungsapparates (siehe 6.5) unter Einbezug der individuellen Anliegen der Klientin/des Klienten.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen den beiden Therapieformen besteht in der Art der Berührung. Während in der Strukturellen Integration mit der hydrostatischen Eigenschaft des Gewebes gearbeitet wird, **wollen Berührungen im Rebalancing die Klientin in erster Linie mit ihrem inneren Wesen in Kontakt bringen.** Daraus ergibt sich, dass die Strukturelle Integration nicht nur, wie im Rebalancing, Druck, Zug und Streichen **zur Behandlung des Fasziengewebes** einsetzt, sondern eine Berührungstechnik anwendet, die es ermöglicht, die ganzen hydrostatischen Beutel und deren Inhalte zu beeinflussen (siehe 6.2). Ebenso wird in der Strukturellen Integration **wie im Rebalancing** direkt an den Ansätzen der Sehnen gearbeitet. Im Unterschied zu Rebalancing setzt Strukturelle Integration hier aktive und passive Bewegungen der Klientin/des Klienten sehr gezielt zur Unterstützung der therapeutischen Arbeit ein. Die Arbeit mit Bewegung in der Strukturellen Integration ergänzt die manuelle Gewebsarbeit massgeblich. Die Schulung der Wahrnehmung der Klientin/des Klienten bezüglich der eigenen Bewegungsabläufe dient dem Transfer der Strukturellen Integration in den Alltag.

Abgrenzung: Osteopathie aus Sicht der Strukturellen Integration

Die Strukturelle Integration orientiert sich an der Schwerkraft und integriert im therapeutischen Ansatz immer den ganzen Bewegungsapparat sowie den Menschen mit seinen seelischen, geistigen und sozialen Erfahrungen.

In der Strukturellen Integration stehen die Relation und das Zusammenspiel der verschiedenen Körpersegmente als solche im Fokus. Dabei bildet die Beweglichkeit einzelner Gelenke nicht den Mittelpunkt des therapeutischen Interesses, sondern der Bewegungsfluss durch den Körper als Ganzes in seiner Aufrichtung in der Schwerkraft.

Die strukturelle Arbeit wird in der Strukturellen Integration durch wichtige funktionale und psychobiologische Aspekte ergänzt, in denen es vor allem um Bewegungsschulung und Körperwahrnehmung der Klientin/des Klienten und das Verständnis für ökonomische Bewegungsabläufe geht. Bewegliche Gelenke sind nicht automatisch mit einem ökonomischen Bewegungsablauf gleichzusetzen.

Osteopathie wurde ursprünglich als ganzheitliche manuelle Medizin definiert, bei der die Knochenstruktur und deren Beweglichkeit eine massgebende Rolle für die Gesundheit spielt. Aus dem Namen "Osteopathie" geht hervor, dass die Knochen einen wichtigen Aspekt für das therapeutische Wirken darstellen. Aus der Sicht der Strukturellen Integration folgen die Knochen jedoch den Faszienzügen. Die Beweglichkeit ist demzufolge das Resultat der Faszienspannungen unter Mitwirkung des Muskeltonus.

Osteopathie baut auf fünf Grundprinzipien auf:

- Leben ist Bewegung. Im Menschen findet sich Bewegung, Materie und Geist.
- Struktur regiert die Funktion, Funktion formt die Struktur.
- Das Gesetz der Arterie ist absolut.
- Der Körper besteht aus verschiedenen funktionellen Einheiten, welche sich gegenseitig beeinflussen.
- Der Körper ist fähig sich selbst zu regulieren. Das autonome Nervensystem reguliert, harmonisiert und koordiniert.

In der Osteopathie wird aufgrund der definierten Prinzipien mit verschiedenen Körpersystemen gearbeitet, dem Muskelskelettsystem (parietale Osteopathie), dem kranio-sakralen System (kranio-sakrale Osteopathie), dem viszeralen System (viszerale Osteopathie) u.a.

Die Osteopathie orientiert sich zudem an drei massgebenden Parametern, nämlich Mobilität, Position und Motilität der Struktur.

Der entscheidende Unterschied zwischen Struktureller Integration und Osteopathie liegt im Ziel der Behandlung und in der Ausführung der Berührungstechniken.

Ziel der Strukturellen Integration ist die optimale Beziehung von Körper und Schwerkraft, welches mittels der zehn Sitzungen, Bodyreading sowie Zug, Druck und gezielten Ausstreichungen an den Faszienzügen (in Kapitel 6.2 beschrieben), der Integration von aktiver und passiver Bewegung, während der Behandlungen und danach, erreicht wird. Es geht dabei um den globalen Zusammenhang der über die grossen Faszien-schichten hergestellt wird.

Ziel der Osteopathie ist ein beweglicher und sich selbst regulierender Körper, welches mittels struktureller und funktioneller Analyse (unzählige Mobilitäts- & Motilitätstests), rhythmischen Impulstechniken, Recoils sowie funktionellen Techniken und Weichteilgewebemassagen erreicht wird. Die Osteopathie arbeitet mit den Details, den manchmal fast mikroskopischen Verbindungen im inneren des Körpers.

11. Gliederung und Umfang des methodenspezifischen Teils der KT Ausbildung

Stundenaufteilung nach Themengebieten

| Inhalte | Kontaktstunden à 60 Min |
|---|-------------------------|
| Strukturelle Arbeit (Berührung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berührung/Touch ▪ Manuelle Techniken ▪ Palpation ▪ Unterscheiden verschiedener Gewebetypen und -schichten ▪ Praktische Bindegewebsarbeit | 129 Std. |
| Funktionale Arbeit (Bewegung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewegungsmuster im Kontext von Schwerkraft und Orientierung ▪ Neurophysiologische Grundlagen der Koordination ▪ Analyse von Bewegungsmustern und des Zusammenspiels mit der Körperstruktur ▪ Dynamik des Atems ▪ Dynamik der Körperhaltung | 80 Std. |
| Psychobiologische Arbeit (Wahrnehmungsschulung) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbettung der Körperarbeit in die seelischen, geistigen und sozialen Themen der Klienten ▪ Bewegung und Ausdruck ▪ Wissen zur therapeutischen Beziehung | 50 Std. |
| Theorie und Inhalte der einzelnen Behandlungen/Sessions 1. Sitzung: Umfassende Atmung Zentrale Fragestellung: Wie ist die Atmung durch die Struktur von Schulter- und Beckengürtel beeinflusst? 2. Sitzung: Verbindung zum Boden Zentrale Fragestellung: Wie wird der Körper von den Füßen und Beinen her | 140 Std. |

METID Strukturelle Integration

| | |
|--|------------------|
| <p>unterstützt?</p> <p>3. Sitzung: Länge im Körper Zentrale Fragestellung: Wie kann eine Verlängerung und somit Dekompression der Wirbelsäulenwölbungen erreicht werden?</p> <p>4. Sitzung: Offenheit im Beckenboden Zentrale Fragestellung: Wie kann die Unterstützung der inneren Mittellinie über die Innenseite der Beine und den Beckenboden erreicht werden?</p> <p>5. Sitzung: Innere Aufrichtung Zentrale Fragestellung: Wie kann die innere Aufrichtung über die Vorderseite des Körpers unterstützt werden?</p> <p>6. Sitzung: Den Rücken atmen lassen Zentrale Fragestellung: Wie kann die innere Aufrichtung über die Rückseite des Körpers unterstützt werden?</p> <p>7. Sitzung: Den Kopf frei machen Zentrale Fragestellung: Wie können Kopf und Nacken die Veränderungen im Körper aufnehmen und integrieren?</p> <p>8./9. & 10. Sitzung: Integration der Veränderungen über aller Segmente des Körpers hinweg sowie Arbeit in den Bereichen des Körpers, die die Veränderungen noch nicht adaptiert haben</p> | |
| Praktisches Erlernen der zehn Sitzungen an Klienten unter Anleitung von Lehrerinnen/Lehrern und Assistentinnen/Assistenten | 67 Std. |
| Konzeption eines Behandlungsplans | 50 Std. |
| Körperanalyse: Bodyreading in Haltung und Bewegung | 20 Std. |
| Myofaszielles/membranöses System, Biomechanik | 30 Std. |
| Grundlegende strukturelle und funktionale Tests | 20 Std. |
| Kontraindikationen | 3 Std. |
| Spezielle strukturelle Problemstellungen | 20 Std. |
| Total Kontaktstunden | 609 Std. |
| Selbststudium | 1200 Std. |
| Total Lernstunden | 1809 Std. |

12. Anhang

Literaturliste

Eigene Fachzeitschrift

Structural Integration (früher Rolf Lines), publiziert seit 1969 2-3 mal jährlich Fachartikel aus dem Umfeld der Strukturellen Integration

Bücher (Auswahl)

Bond M. The New Rules of Posture: How to Sit, Stand, and Move in the Modern World, Healing Arts Press, Rochester 2007

Brecklinghaus HG. 2002. Rolfing – Structural Integration: what it achieves, how it works and whom it helps. Freiburg im Breisgau: Lebenshaus Verlag.

Brecklinghaus HG. 2012. Rolfing – Structural Integration for children and young people. Freiburg im Breisgau: Lebenshaus Verlag.

Feitis R, Schultz L. 1996 (Hrsg). Remembering Ida Rolf. Berkley (California, USA): North Atlantic Books. 237 S.

Flury H (Hrsg). 1987-1993. Notes on Structural Integration. Zürich: im Selbstverlag.

Flury H. 1995. Die neue Leichtigkeit des Körpers. München: dtv ratgeber.

Myers TM. 2013. Anatomy Trains (3. Aufl.). London ua.: Churchill Livingstone/Elsevier.

Ritter H. 2012. Rolfing – Strukturelle Integration. München: noema Verlag.

Rolf IP. 1978. About Rolfing and Physical Reality. Rolf Institute, Boulder (CO, USA).

Rolf IP. 1990. Rolfing - Reestablishing the Natural Alignment and Structural Integration of the Human Body for Vitality and Well-Being. Rochester (Vermont, USA): Healing Arts Press.

Schwind P (Hrsg). 1989. Ida Rolf 1896- Strukturelle Integration: Wandel und Gleichgewicht der Körperstruktur. München: Hugendubel.

Schwind P, Godard H. 2001. Alles im Lot: Eine Einführung in die Rolfing Methode. Kreuzlingen: Hugendubel.

Schwind P. 2006. Fascial and membrane technique: a manual for comprehensive treatment of the connective tissue system. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.

Artikel (Auswahl)

Barker PJ et al. *Effects of tensioning the lumbar fascia on segmental stiffness during flexion and extension.* Spine 2006; 31:397-405.

Chaudhry H, Huang C, Schleip R, Ji Z, Bukiet B, Findley T. *Viscoelastic behavior of human fasciae under extension in manual therapy.* Journal of Bodywork and Movement Therapies, 11(2):159-167, Apr 2007.

Chaudhry HR, Schleip R, Ji Z, Bukiet B, Maney M, Findley TW. *Three-dimensional mathematical model for deformation of human fasciae in manual therapy.* Journal of American Osteopathic Association, 2008. 108(8):379-390.

- Cottingham J, Porges SW, Lyon T. *Effects of soft tissue mobilization (Rolfing pelvic lift) on parasympathetic tone in two age groups*. Physical Therapy, 68:352-356, 1988.
- Cottingham J. *Shifts in pelvic inclination angle and parasympathetic tone produced by Rolfing soft tissue manipulation*. Physical Therapy, 68:1364-1370, 1988.
- Cottingham JT. *Effects of soft tissue mobilization on pelvic inclination angle, lumbar lordosis, and parasympathetic tone: Implications for treatment of disabilities associated with lumbar degenerative joint disease*. - Public testimony presentation to the National Center of Medical Rehabilitation Research of the National Institute of Health, Bethesda, MD; March 19, 1992. Rolf Lines 20(2):42-45, 1992.
- Deutsch JE, Derr L, Judd P, DeMasi I, Reuven B. *Outcomes of Structural Integration applied to patients with different diagnosis: A retrospective review*. Proceedings of the XIV International World Congress of Physical Therapy, Barcelona, 2003.
- Deutsch JE, Judd P, DeMassi I. *Structural Integration applied to patients with a primary neurologic diagnosis: two case studies*. Neurology Report 21(5):161-162, 1997.
- Dölken M. *Was muss ein Manualtherapeut über die Physiologie des Bindegewebes und die Entwicklung einer Bewegungseinschränkung wissen?* Manuelle Medizin 2002; 40:169-176.
- Findley TW et al. *Improvement in balance with Structural Integration (Rolfing): A controlled case series in persons with myofascial pain*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 85(9):e34, 2004.
- Heymann Wv, Böhni U, Locher H. *Grundlagenforschung trifft Manualmedizin*. Manuelle Medizin 2005; 43:385-39.
- Huijing PA. *Muscular force transmission necessitates a multilevel integrative approach to the analysis of function of skeletal muscle*. Exerc Sport Sci Rev 2003; 31:167-175.
- Hunt V, Massey W. *Electromyographic evaluation of Structural Integration techniques*. Psychoenergetic Systems 2:199-210, 1977.
- Hunt VV, Massey W, Weinberg R, Bruyere R, Hahn PM. *A study of Structural Integration from neuromuscular, energy field & emotional approaches*. Research Report submitted to Rolf Institute, UCLA Dept. of Kinesiology, 1977.
- James H et al. *Rolfing structural integration treatment of cervical spine dysfunction*. Journal of Bodywork and Movement Therapies. Article in press, accepted 1 July 2008.
- Perry J, Jones MH, Thomas L. *Functional evaluation of Rolfing in cerebral palsy*. Developmental Medicine and Child Neurology 23(6):717-729, 1981.
- Pratt TC. *Psychological effects of Structural Integration*. Psychological Reports, 35(2):856, 1974.
- Schleip R et al. Letter to the Editor concerning "A hypothesis of chronic back pain: ligament subfailure injuries lead to muscle control dysfunction" (M. Panjabi). European Spine Journal 2007; 16:1733-1735.
- Schleip R, Klingler W, Lehmann-Horn F. *Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics*. Medical Hypotheses 65(2):273-277, 2005.

- Schleip R, Naylor IL, Ursu D, Melzer W, Zorn A, Wilke HJ, Lehmann-Horn F, Klingler W. *Passive muscle stiffness may be influenced by active contractility of intramuscular connective tissue.* Medical Hypotheses 66(1):66-71, 2006.
- Schleip R. *Fascial plasticity - a new neurobiological explanation: Part 1.* Journal of Bodywork and Movement Therapies, 7(1):11-19, 2003.
- Schleip R. *Fascial plasticity - a new neurobiological explanation: Part 2.* Journal of Bodywork and Movement Therapies, 7(2):104-116, 2003.
- Silverman J et al. *Stress, stimulus intensity control, and the structural integration technique.* Confinia Psychiatrica 16(3):201-19, 1973.
- Talty CM, DeMasi I, Deutsch JE. *Structural Integration applied to patients with chronic fatigue syndrome: a retrospective chart review.* Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 27(1):83, 1998.
- Tesarz J, Tachuchi T, Mense S. *Die Fascia thoracolumbalis als potentielle Ursache für Rückenschmerzen.* Manuelle Medizin 2008; 46:259.
- Threlkeld AJ. *The effects of manual therapy on connective tissue.* Physical Therapy 1992; 72: 893-902.
- Weinberg RS, Hunt VV. *Effects of structural integration on state-trait anxiety.* Journal of Clinical Psychology, 35(2):319-22, 1979.
- Zorn A et al. *The spring-like function of the lumbar fascia in human walking.* In: Findley TW, Schleip R, Hrsg. Fascia research - basic science and implications for vonventional and complementary health care. München: Elsevier; 2007:188.