

Synelio Band IV

Defense

Benjamin Oliver Turci

Table of Contents

SYNELIO® DEFENSE

Band IV – Neuro-Somatische Grenzregulation in der psychiatrischen Ergotherapie

Autor: Benjamin Oliver Turci **Verlag:** Synelio® Verlag · Bochum 2026

Reihe: Synelio® Ökosystem · Band IV **Version:** v1.2 · Stand: 2026

„Die Grenze entsteht im Körper – nicht im Kopf.“

Synelio® ist kein Therapieverfahren. Synelio® ist eine gemeinsame klinische Sprache zur Beschreibung, Steuerung und Reflexion menschlicher Regulationsprozesse. Band IV liefert die Grenzen in dieser Sprache: somatische Sicherheit aus GRÜN, nicht aus ROT.

Synelio Band IV

Defense

Benjamin Oliver Turci

Table of Contents

SYNELIO® DEFENSE

Band IV – Neuro-Somatische Grenzregulation in der psychiatrischen Ergotherapie

Autor: Benjamin Oliver Turci **Verlag:** Synelio® Verlag · Bochum 2026

Reihe: Synelio® Ökosystem · Band IV **Version:** v1.2 · Stand: 2026

„Die Grenze entsteht im Körper – nicht im Kopf.“

Synelio® ist kein Therapieverfahren. Synelio® ist eine gemeinsame klinische Sprache zur Beschreibung, Steuerung und Reflexion menschlicher Regulationsprozesse. Band IV liefert die Grenzen in dieser Sprache: somatische Sicherheit aus GRÜN, nicht aus ROT.

Impressum und rechtliche Hinweise

Synelio® Defense — Band IV Neuro-Somatische Grenzregulation in der psychiatrischen Ergotherapie

Autor und inhaltlich Verantwortlicher: Benjamin Oliver Turci, staatlich anerkannter Ergotherapeut

Herausgeber: Synelio® Institut für Neurobiologische Regulation **Verlag:** Synelio® Verlag · Bochum 2026 **Reihe:** Synelio® Ökosystem · Band IV
Version: v1.2 · Stand: 2026

ISBN: [nach epubli-Upload eintragen]

© 2026 Benjamin Oliver Turci, Bochum. Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers reproduziert, vervielfältigt oder in elektronischen Systemen verarbeitet werden.

Zweckbestimmung: Dieses Werk ist didaktisches Fortbildungsmaterial für staatlich anerkannte Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie verwandte Gesundheitsfachberufe. Es beschreibt ein konzeptuelles Rahmenwerk zur Strukturierung ergotherapeutischer Handlungsentscheidungen im Rahmen ärztlich verordneter Behandlungen. Es trifft keine medizinischen Diagnosen, ist kein Medizinprodukt im Sinne der MDR (EU) 2017/745 und ersetzt keine ärztliche, psychotherapeutische oder sonstige medizinische Fachmeinung.

Wichtiger Hinweis — Fachkreisvorbehalt (§ 11 HWG): Dieses Werk richtet sich ausschließlich an medizinische und psychologische Fachkreise im Sinne des § 2 Heilmittelwerbe-gesetz (HWG). Die Inhalte dienen der neutralen fachlichen Weiterbildung. Sie sind ausdrücklich **nicht für medizinische Laien, Patienten oder Betroffene** bestimmt und ersetzen keine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose.

Fiktionalisierungsklausel (§ 203 StGB / DSGVO): Sämtliche in diesem Werk geschilderten klinischen Fallbeispiele, Vignetten und Patientenäußerungen sind vollständig fiktionalisiert und didaktisch stark verfremdet (Komposit-Fälle). Jede Ähnlichkeit mit realen Personen ist rein zufällig und unbeabsichtigt.

Sicherheitshinweis zu Band IV: Die in diesem Band beschriebenen körperbezogenen Techniken zur Grenzregulation setzen eine ärztliche

Freigabe (Medical Clearance) und eine geschulte Anwendung voraus. Sie sind ausschließlich aus regulierten Zuständen (GRÜN/SAND) anzuwenden, niemals aus akuter Übererregung (ROT) oder Shutdown (VIOLETT). Die Verantwortung für die Indikationsstellung liegt bei der behandelnden Fachkraft im Rahmen der ärztlichen Verordnung.

INHALTSVERZEICHNIS

TEIL 1 - Neurobiologie der somatischen Grenze - Kapitel 1.1 - Das Körperschema als Prior-Modell - Kapitel 1.2 - FAWN in Körperübungen - Kapitel 1.3 - Das Defense-Modell - Kapitel 1.4 - Die Setting-Weiche: Einzel vs. Gruppe - Kapitel 1.5 - Woche -1: Selektion, psychiatrische Clearance und die strukturelle Dimension von Grenzverletzungen

TEIL 2 - DER 10-WOCHEN-DEFENSE-PFAD

TEIL 3 - LOOP-PROGRAMME

TEIL 4 - WERKZEUGKISTE - Kapitel 4.1 - Somatische Triage-Checkliste - Kapitel 4.2 - Taktiler Zaun - Aufbauprotokoll - Kapitel 4.3 - Defense-Selbsteinschätzungsbogen - Kapitel 4.4 - Patienten-Handouts A-D - Kapitel 4.5 - Doku-Bausteine - Kapitel 4.6 - Psychiatrisches Clearance-Formular - Kapitel 4.7 - Code Black: Wenn das System physisch kollabiert - Kapitel 4.8 - Wann Defense scheitert: Häufige Fehlerquellen - KATEGORIE A - Regulation und Interozeption: Die Hardware booten - KATEGORIE B - Verbale und soziale Abgrenzung: Grenzen ohne Weichzeichner - KATEGORIE C - Das Physische Mismatch: Körperliche Ermächtigung - KATEGORIE D - SOS und Trauma-Intervention: Erste Hilfe - KATEGORIE E - Physische Präsenz und Raumkontrolle: Territorium markieren - KATEGORIE F - Deeskalation und Trauma-Exterozeption - KATEGORIE G - Somatisches Wash-Out: Das System zurücksetzen - KATEGORIE H - Räumliche Dominanz: Territorium beanspruchen - KATEGORIE I - Dynamische Befreiung: Das Grobmotorische Mismatch - KATEGORIE J - Verbale Eskalationsstufen: Das Eskalations-Menü - KATEGORIE K - Rhythmus und Grounding: Der Kortex-Reset - KATEGORIE L - Blicksteuerung und Mentale Dominanz - KATEGORIE M - Fortgeschrittene Biomechanik: Der Hebel - KATEGORIE N - Akute Physiologie: Der Motor - KATEGORIE O - Räumliche Enge und unerwünschte Nähe - KATEGORIE P - Soziale Navigation: Subtile Bedrohungen - KATEGORIE Q - Systemisches Cool-Down: Nachbereitung - KATEGORIE R - Vokale und faziale Entriegelung: Kopf und Hals - KATEGORIE S - Taktische Raumwechsel: Sicherheit im Alltag - KATEGORIE T - Nacht-Interventionen: Wenn der Kortex schläft - KATEGORIE U - Akute Stations-Eskalation: Das Hard-Target - KATEGORIE V - Primitive Reflex-Entladung - KATEGORIE W - Der Post-Konflikt-Reset: Die Scham besiegen - KATEGORIE X - Empathischer Stress und Gruppen-Kontagion - KATEGORIE Y - Der Medizinische Kontext: Medical Trauma - KATEGORIE Z - Die Allostatische Nachsorge: Der Energie-Hangover

TEIL 5 - IMPLEMENTIERUNG UND KLINISCHES MANAGEMENT - Kapitel 5.1 - Der Pitch: Argumente für Cheförzte und Pflegedienstleitung - Kapitel 5.2 - QM-Integration und SOP-Erstellung - Kapitel 5.3 -

Traumasesibler Kursraum: Neuro-Architektur - Kapitel 5.4 -
Interdisziplinäre Synergien - Kapitel 5.5 - Intersision und kollegiale
Fallberatung - Kapitel 5.6 - Train-the-Trainer: Das Multiplikatoren-Modell -
Kapitel 5.7 - Die Visite: Synelio® Defense im Ärzteteam kommunizieren -
Kapitel 5.8 - Rechtliche und ethische Rahmenbedingungen - Kapitel 5.9 -
Angehörigenarbeit - Kapitel 5.10 - Entlassmanagement und ambulantes
Netzwerk - Kapitel 5.11 - Transfer zwischen Sitzungen: Das PZK-Tracking -
Kapitel 5.12 - Klinische Evidenz und Qualitätssicherung

TEIL 6 - ANLAGEN UND KOPIERVORLAGEN

TEIL 7 - LITERATURVERZEICHNIS

TEIL 1 – Neurobiologie der somatischen Grenze

Hinweis zur Nutzung von Teil 1: Dieser theoretische Teil ist keine Pflichtlektüre vor der ersten Sitzung. Er bietet den neurobiologischen Rahmen für die klinische Arbeit in Teil 2 und Teil 3. Berufsanfänger können direkt zu Woche 1 springen und bei Bedarf hierher zurückkehren.

Kapitel 1.1 – Das Körperschema als Prior-Modell

Body Schema vs. Body Image: Prädiktiver Körper und reflektierter Körper

Einstieg: Wann hört die Grenze auf zu existieren?

Mia sitzt in der Ergotherapie und berichtet ruhig, dass gestern ein Mitpatient ihren Stuhl berührt hat – nicht sie, nur den Stuhl. Sie beschreibt den Moment so, als hätte jemand durch sie hindurchgegriffen. Der Stuhl ist nicht ihr Körper. Aber das Nervensystem hat keinen Unterschied verzeichnet.

Es gibt keine Grenze. Nicht weil Mia keine Grenze will. Sondern weil ihr Nervensystem aufgehört hat, eine zu berechnen.

Dieses Kapitel erklärt, warum das passiert. Und warum es kein kognitives Problem ist.

1.1.1 – Das Körperschema als Vorhersagemodell

Das Nervensystem erzeugt den Körper zweimal.

Das erste Modell ist das **Körperbild (Body Image)**. Es ist das reflektierte Selbstbild – bewusst zugänglich, sprachlich formulierbar, sozial geformt. Der Patient kann es beschreiben: „*Ich bin zu klein. Ich nehme zu viel Raum ein. Meine Hände sind zu groß.*“ Das Körperbild ist kognitiv. Es ist langsam. Es ist veränderbar durch Sprache und Reflexion.

Das zweite Modell ist das **Körperschema (Body Schema)**. Es ist das prädiktive Modell – nicht bewusst, nicht sprachlich, nicht reflektiert. Es berechnet in Millisekunden, wo der Körper im Raum ist, wie groß der eigene Raumanteil ist, wo die Grenze zwischen *ich* und *nicht ich* verläuft. Das Körperschema ist präreflexiv. Es ist schnell. Es ist motorisch und sensorisch verankert.

Für die klinische Arbeit gilt eine eiserne Unterscheidung:

Das Körperbild kann man besprechen. Das Körperschema muss man trainieren.

Kernkonzept: Körperschema (Body Schema) als Prior-Modell

Das Körperschema ist kein Selbstbild. Es ist ein Prädiktionsmodell. Das Nervensystem berechnet konstant: Wo bin ich? Wo endet mein Körper?

Diese Berechnung findet unterhalb der Wahrnehmungsschwelle statt. Wo das Körperschema kollabiert, kollabiert die somatische Grenze – automatisch.

Das Körperschema arbeitet nach denselben Prinzipien wie jedes andere Vorhersagemodell im PRM: Es generiert eine Erwartung, gleicht sie mit eingehenden Signalen ab und aktualisiert sein Modell bei Abweichungen – einem Vorhersagefehler (Prediction Error).

Für gesunde Nervensysteme ist dieses Modell stabil kalibriert. Die Berechnung *Hier endet mein Körper* geschieht automatisch, ohne Aufwand, ohne Bewusstsein.

Bei Patienten mit schwerer Traumatisierung, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Psychoseerkrankungen ist das Körperschema häufig **desintegriert oder hyperpermeabel**. Das Vorhersagemodell ist nicht mehr zuverlässig kalibriert. Das System berechnet die eigene Grenze entweder gar nicht mehr – oder berechnet sie so weiträumig und porös, dass andere Menschen scheinbar durch sie hindurch reichen, ohne die Grenze zu berühren.

Mia beschreibt präzise das klinische Bild eines kollabierenden Körperschemas.

1.1.2 – Drei klinische Muster der Körperschema-Desintegration

Die klinische Praxis zeigt drei wiederkehrende Muster, die unterschiedliche Interventionen erfordern:

Muster 1 – Depersonalisation: Der Körper gehört nicht mir. Das System hat das Körperschema partiell oder vollständig deaktiviert. Der Patient erlebt den Körper als Objekt – beobachtbar, aber nicht bewohnbar. Grenzen werden kognitiv verwaltet, nicht sensorisch gespürt. Kein Körperkontakt als Intervention. Erst Körperpräsenz herstellen – Phase 1 des Defense-Pfades (Woche 1-3).

Muster 2 – Hyperpermeable Grenze: Andere sind zu nah, auch ohne Kontakt. Das Körperschema ist nicht abgeschaltet, aber unzuverlässig kalibriert. Die Grenze fluktuiert. Menschen, Geräusche und räumliche Nähe werden als Körperverletzung erlebt, ohne physischen Kontakt. Hypervigilanz ist hier kein psychologisches Symptom – sie ist die logische Konsequenz einer instabilen Vorhersagestruktur. Intervention: Taktilel Zaun aufbauen (Phase 2, Woche 4-7).

Muster 3 – Körperschema-Kollaps unter Druck: Die Grenze existiert im GRÜN-Zustand – und löst sich in ROT auf. Der häufigste klinische

Befund. Im regulierten Zustand (GRÜN/SAND) ist das Körperschema funktional. Unter allostatischer Belastung – Nähe, Konflikt, Überforderung – kollabiert es schlagartig. Der Patient landet in ROT oder FAWN, ohne zu wissen, warum. Intervention: Körperschema-Stabilisierung unter Belastung (Phase 2–3, Woche 5–7).

Klinische Konsequenz: Warum Gesprächsarbeit allein nicht ausreicht

Das Körperschema wird nicht durch Sprache aktualisiert. Es ist ein somatisches Vorhersagemodell – es lernt durch Körpererfahrung. Patienten, die kognitiv perfekt verstehen, dass sie Grenzen setzen dürfen, und trotzdem im Körper einfrieren, wenn jemand zu nah kommt,

haben kein Verständnisproblem. Sie haben ein Kalibrierungsproblem. Das ist der Auftrag von Synelio® Defense.

1.1.3 – Die methodische Integration: Woher die Übungen kommen

Hinweis: Dieser Abschnitt erscheint einmalig in Kapitel 1.1 und wird im gesamten Manual nicht erneut ausgeführt.

Synelio® Defense entwickelt eigenständige Methodik direkt aus dem PRM: großvolumige, raumbehauptende Körperarbeit für Woche 7, eine eigene Eskalationsethik für den Einsatz körperlicher Konfrontation im psychiatrischen Setting, das Synelio® Klar-Signal für Woche 9, und die Neurogene Entladung für die Regulation nach Konfrontation. Alle vier Bausteine sind originäre Synelio®-Entwicklungen, abgeleitet aus den Axiomen des PRM – keine lizenzierten Fremdsysteme. Das PRM liefert sowohl das Was als auch das Wann.

Diese Zustand-vor-Technik-Trennung ist klinisch entscheidend: Keine raumbehauptende Bewegung wird eingesetzt, weil sie biomechanisch wirksam ist. Sie wird eingesetzt, wenn das Nervensystem die Prädiktive Zustandsklassifikation (PZK) GRÜN erreicht hat – und nur dann. Die Synelio® Eskalationsethik (Kap. 1.3.6–1.3.7) liefert den Ethik-Rahmen für den Einsatz körperlicher Konfrontation im psychiatrischen Setting. Das Synelio® Klar-Signal strukturiert den sozialen Transfer in Woche 9. Die Neurogene Entladung sichert die Regulationsphase nach jeder Körperübung in Phase 2 und 3 des Defense-Pfades. Jeder Baustein entsteht aus denselben sieben PRM-Axiomen – kein Fremdsystem wird referenziert oder vorausgesetzt. Die **Indikationssteuerung** liegt ausschließlich beim PRM.

Eine Klarstellung, die wichtig genug ist, um sie direkt zu sagen:
Niemand besitzt Biomechanik. Offene Handflächen, Distanzregulation,