

Heilung durch Bewegung

Überlegungen zu Diagnostik, Indikation und Therapeutik in der

Integrativen Leib- und Bewegungstherapie[1]

Ilse Orth, Erkrath[2]

(Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB und den FPI-Publikationen. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung der Autorin / der DGIB)

0. Vorbemerkung

Tagungsthemen haben in der Regel einen Kontext. Sie sind implizit oder explizit der Ausdruck eines Anliegens, eines Interesses. In einer Tagung über "Heilung durch Bewegung in der Integrativen Bewegungstherapie" artikuliert sich im Thema entweder eine offene Frage der Tagungsteilnehmer, oder es handelt sich um eine affirmative Aussage zum Stand der Methode. Vielleicht verbindet sich auch beides. Weiterhin wäre zu fragen, ob sich im Tagungsthema nicht eine Tradition leib- und bewegungstherapeutischer Verfahren fort schreibt oder sich in ihm eine übergeordnete Fragestellung aus dem "Zeitgeist", dem kulturellen Zusammenhang verbirgt. Da es in diesem Vortrag um Fragen der *Indikation* gehen soll, womit immer auch die Frage der Diagnose eingeschlossen ist, ist es sinnvoll, den diagnostischen Blick auch einmal auf das Motto der Tagung selbst zu lenken: "Heilung durch Bewegung".

1. Einige kritische Überlegungen zum Thema

Bewegung ist die natürliche Gegebenheit des lebendigen Körpers, sei er nun gesund oder krank. Der gesunde Körper als bewegter verfügt über ein Bewegungspotential, über Möglichkeiten, Bewegungen zu vollziehen, auszuführen, die durch seine Wahrnehmung, seine Muskelkraft, die Bewegungsmöglichkeiten der Gelenke und durch seinen psychophysiologischen Allgemeinzustand vorgegeben sind. Denke Sie an Ihre Befindlichkeit, das Erleben Ihres Körpers im Zustand der Spannkraft, der Elastizität, des Wohlgefühls, der Leistungsfähigkeit. Diesen, in der neueren Gesundheitsforschung mit dem Begriff der "*wellness*" bezeichneten Zustand, kennen Menschen. Er kann erinnert werden, ins Gedächtnis und damit ins Erleben kommen, selbst wenn man sich im Moment nicht gerade "gut drauf" fühlt. Ich möchte Ihnen deshalb vorschlagen, einmal kurz dieses Gefühl körperlichen Wohlbefindens, erlebte Elastizität, Kraft in Bewegung und vitales Lebensgefühl anzuspüren, es sich ins Gedächtnis und ins Erleben zu holen ... Geben Sie sich hierfür ein wenig Zeit ... Wenn Sie im *eigenleiblichen Spüren* und in der *Resonanz der Erinnerung* jetzt ein leibhaftiges Selbsterleben von "*wellness*", körperlich-seelischem Wohlbefinden haben, und wenn Sie dazu sich das Kontrasterleben herholen: die Müdigkeit und Erschöpfung, das Zerschlagensein, die Antriebslosigkeit, Kraftlosigkeit, die Unlust, noch irgendeinen Schritt zu tun, passive Erschlaffung oder erschöpfte Überspanntheit, ein allgemeines Empfinden der Verspannung ... was auch immer in Ihnen als Kontrasterfahrung zum *Wohlbefinden* aufkommt - so wird sehr eindrücklich deutlich, was fehlt, was verändert werden müßte, um wieder einen Zustand zu erlangen, in dem man sich körperlich und seelisch "rundum gut" fühlt.

Mit diesem kleinen Experiment zur Selbstwahrnehmung und zur Erinnerung von guten und weniger guten Befindlichkeiten wird auch schon ein Grundprinzip von Diagnostik im allgemeinen und individuumszentrierter Diagnostik im besonderen deutlich: Es geht um Abweichungen von "Idealzuständen" bzw. um *Differenzen* zu

"Normalbefindlichkeiten". Diese Abweichungen können also gravierend erlebt werden, daß Unzufriedenheit aufkommt oder auch Leiden, womit gleichzeitig meistens auch eine Motivation gegeben ist, diesen unbefriedigenden Zustand zu verändern. Man muß etwas *tun*, damit Unwohlsein beseitigt wird und Wohlbefinden wieder aufkommen kann.

Blicken wir nun auf das Tagungsthema, so ist in ihm das *Implikat* gegeben, daß ein Zustand der Unbeweglichkeit, der Erstarrung, der Verspannung, der Erschlaffung, der Einengung oder Behinderung vorhanden ist, der der "Heilung" bedarf. Die "normale" oder gar "ideale" Beweglichkeit des lebendigen Körpers muß irgendwie beeinträchtigt sein. Das macht Bewegungsformen oder Bewegungsqualitäten erforderlich, die - so wird unterstellt - *heilend* wirken können, also einen Zustand zu fördern oder herzustellen vermögen, der mit Gesundheit und Wohlbefinden verbunden werden kann.

Mir ist es wichtig, auf dieses pathologiezentrierte Implikat des Tagungsthemas hinzuweisen. Es ist eine Tagung von *Therapeutinnen und Therapeuten*, denen es darum geht, verlorene oder beeinträchtigte Gesundheit wiederherzustellen. Dabei besteht immer die Gefahr, daß eine *natürliche Gegebenheit* wie die Bewegtheit des lebendigen Leibes unversehens zum "Remedium", zum Heilmittel gerät.

Im integrativen Ansatz wird Bewegung aber komplexer aufgefaßt: als körperliche Motilität, emotionale Bewegtheit, geistige Beweglichkeit, soziales Aufeinanderzugehen oder Voneinandergehen, als Bewegung im sozioökologischen Raum also. Die diagnostischen Fragestellungen müssen deshalb recht breit ansetzen: Wie sind die Qualitäten und Potentiale der Bewegung in all diesen Bereichen? Wo ist Beweglichkeit in diesen Bereichen eingeschränkt?

Aus der differenzierten Beantwortung dieser Frage kommt es dann zu spezifischen Indikationen: Mit welchen methodischen Ansätzen, Techniken oder Medien kann ich insgesamt in spezifischen Bereichen fördernd wirken und weiterhin beeinträchtigte Bewegung und Beweglichkeit in positiver Richtung beeinflussen, so daß es zu einer Veränderung des Zustandes von Unwohlsein, Belastung, Einschränkung oder Krankheit kommt und darüber hinaus vorhandene Potentiale entwickelt und entfaltet werden? Es werden also immer die Perspektiven der Heilung und der Förderung verbunden.

Der *erweiterte Bewegungsbegriff* der Integrativen Therapie, der zwingend aus dem das funktionale Körperkonzept übersteigenden, *integrativen Leibkonzept* resultiert, verhindert, daß ein rein funktionales, sportives Verständnis von Bewegung als das "Heilende" gesehen wird. wie dies bei den meisten physiotherapeutischen, sporttherapeutischen, aber auch bei einigen tanztherapeutischen Ansätzen der Fall ist. Eine solche reduktionistische Sicht kann sich auch in die Praxis Integrativer Bewegungstherapeuten einschleichen, wenn nicht gesehen wird, daß "übungszentriert-funktionale" Ansätze immer und immer als die Arbeit eines Menschen mit einem anderen Menschen, als intersubjektives Geschehen zwischen Personen zu sehen ist, sich also in "*Zwischenleiblichkeiten*" vollzieht. Das Tagungsthema, die Themen der Vorträge und Workshops unserer Tagung müssen deshalb auch in ihren kulturkritischen Aussagen metakritisch hinterfragt werden: "Heilung durch Bewegung?" - von welcher Bewegung sprechen wir hier? "Gesundheit durch Bewegung?" - welche Gesundheit ist hier gemeint? Moderne Körperkultur, der Körperkult, der auf optimale Ernährung und optimales Training zentriert - und das sind durchaus wichtige Dimensionen -, steht in der Gefahr, den *Körper* um die Dimension des Leibes zu verkürzen. Andererseits darf nicht übersehen werden, daß in einer Ästhetisierung des Leibkonzeptes oder gar in seiner mythologischen Überhöhung die Faktizität des Körpers als *funktionierender Organismus*, dessen "*healthy functioning*" Grundlage für unser Wohlbefinden ist, vernachlässigt wird. Es wird an diesen Überlegungen deutlich, daß wir mit den Fragen

zum Thema "Heilung durch Bewegung" im Zentrum der Grundprobleme abendländischer Geistesgeschichte stehen, dem Körper-Seele-Problem, dem Verständnis von körperlicher Mobilität und seelischem Bewegtsein.

2. Leiborientierte Diagnostik

Anthropologische und therapietheoretische Vorüberlegungen haben für eine leib- und bewegungstherapeutische Diagnostik grundsätzliche Bedeutung. Sie unterstreichen, daß Bewegungen, die Beobachtung der Performanzseite eines Bewegungsablaufes, "Bewegungsanalyse" nicht einseitig funktionalisiert werden dürfen, also nicht nur motorische Dimensionen aufweisen. Sie machen aber auch deutlich, daß Probleme geistiger Starre und Unbeweglichkeit nicht einseitig kognitivistisch betrachtet werden dürfen, weil auch emotionale Komponenten zu berücksichtigen sind. Eine solche "integrative" Sicht verlangt, daß emotionale Unbeweglichkeit, etwa in der unipolaren Fixierung emotionaler Lagen wie in der Depression, keineswegs nur als seelisches Geschehen verstanden werden dürfen. Um es am Beispiel einer depressiven Erkrankung deutlich zu machen: Bei "major depressions" finden wir eine Einschränkung der "*geistigen Beweglichkeit*". In grüblerischer Selbstversunkenheit "drehen sich die Gedanken im Kreis", "bricht der Gedankenfluß ab", ist der gedankliche Horizont eingengt, kann sich kein "klarer Gedanke" entwickeln. Gleichzeitig findet sich eine Einschränkung der emotionalen Beweglichkeit, des Flusses der Emotionen. Die emotionale Öde und Erstarrung, die affektive Resonanzlosigkeit, die Unmöglichkeit, "*emotional bewegt*" zu werden und die bleierne Fixierung der emotionalen Lage sind kennzeichnend für diese schweren depressiven Erkrankungen. Damit ist aber keineswegs ausgesagt, daß die Depression alleinig oder überwiegend ein kognitives oder emotionales Geschehen sei.

2.1 Leibphänomenologische Perspektiven

Depression ist keine "psychische Erkrankung", denn bei sorgfältiger phänomenologischer Betrachtung depressiver Menschen, ihrer Erscheinung, Haltung, Bewegung, sehen wir körperliche Unbeweglichkeit, ein flaches Atemmuster, einen abgefallenen Haut- und Muskeltonus. Jede Bewegung wird schwer und mühsam. Es ist ihnen durch diese leibliche Verfassung unmöglich, morgens aus dem Bett zu kommen, sich nach draußen zu bewegen. Die Mimik ist wie abgestorben, Teig unter der Haut, die Hände sind schlaff und kraftlos, ohne Impuls zuzugreifen. Die Augen sind niedergeschlagen oder erloschen. Diese Phänomenbeschreibung chronifizierter körperlicher Symptomatik bei Menschen mit schweren Depressionen macht deutlich, daß die Rede von der "seelischen Erkrankung Depression" zu einer Fehleinschätzung dieses Krankheitsbildes führt und damit auch notwendigerweise zu fehlgeleiteten Indikationen, was die Methodik der Behandlung anbetrifft. Für Depressionen besteht eine klare Indikation zu *übungszentrierter* und *erlebnisaktivierender* Arbeit, besonders wenn sich der *leibliche Habitus* des depressiven Geschehens verfestigt hat. Wir begegnen dann einem Menschen mit *depressiver Leiblichkeit*, "*le corps déprimé*". Aber selbst bei dieser Feststellung darf man nicht stehenbleiben, betrachten wir soziale Phänomene: das Sozialverhalten depressiver Menschen, ihre soziale Unbeweglichkeit, ihren Rückzug von sozialen Kontakten, ihre eingeschränkte kommunikative Aktivität, die Verslossenheit im Kontakt, die fehlende Begegnungsbereitschaft, ihre Mühe, vorhandene Beziehungen aufrecht zu erhalten, geschweige denn, aktiv zu pflegen. Bindungen, aus denen man Kraft schöpfen könnte, werden dann nur noch als Last erlebt.

Da der Leib immer "Leib in Bewegung" ist, weisen die *Bewegungsqualitäten* Charakteristiken auf, die sich in der *emotio*, der Gesichts- und Ausdrucksmimik zeigen, in der Grobmotorik, der Gestik, in den Atembewegungen, aber auch bei der Bewegung

im Raum, im Gehen, im Schreiten. Deshalb sind die Diagnostik über die Bewegungsbeobachtung und die Exploration des Bewegungsverhaltens, die Bewegungsanamnese, durchaus aufschlußreich und produktiv.

2.2 Bewegungsaktiver/bewegungspassiver Lebensstil

Einer der wesentlichsten Aspekte solcher Diagnostik ist mit dem Konzept des "*bewegungsaktiven* und *bewegungspassiven Lebensstils*" verbunden. Wenn als eines der bedeutendsten Ergebnisse sportwissenschaftlicher und übungsphysiologischer Forschung unter longitudinaler Perspektive festgehalten werden kann, daß ein "bewegungsaktiver Lebensstil" die wirksamste Geroprophylaxe ist und Vitalität, Kraft, Elastizität und Spannkraft erhalten kann, dann ist es naheliegend, Menschen auf einen solchen Bewegungsstil hin zu betrachten, zumal körperliche Mobilität eine Grundlage für die "Bewegung in sozialen Räumen" bietet - man besucht Freunde und Bekannte, wandert, geht gemeinsam spazieren, tanzt zusammen, treibt Freizeitsport oder rekreative Tätigkeiten wie das Kegeln. Körperliche Aktivität gewährleistet weiterhin eine gute zerebrale Durchblutung und trägt damit zur Grundlage kognitiven Funktionierens bei. Körperliche Bewegung und gemeinsame körperliche Aktivitäten sind in der Regel auch mit positivem emotionalem Austausch und sozialem Miteinander verbunden. Freude, Lachen, Interesse, Engagement, spielerisches Kräfteressen, Wettkampf, Kompetenzgefühle, die positive Leistungserfahrung, etwas geschafft zu haben, das Hochgefühl, das mit Gewinnen verbunden ist, die verschmerzbar Niederlage, Kampf und Versöhnung, Verbundenheit. Hochgefühl und gute Stimmung, wohlige Erschöpfung, all das sind *Empfindungen, Gefühle* und *Stimmungen*, die den Menschen mit einem "*bewegungsaktiven Lebensstil*" leichter zugänglich sind als solchen, die sich körperlich für sich und mit anderen nicht betätigen. Kognitive, emotionale und soziale Aktivität ist also mit einem "*bewegungsaktivem Lebensstil*" verbunden. Die Erarbeitung eines "bewegungsaktiven Lebensstils", wo ein solcher nie vorhanden war, erfordert einen intensiven, beratenden, ja therapeutischen Einsatz, besonders, wenn einengende und eingrenzende psychosomatische Symptomatiken oder Erkrankungen wie Depressionen, Angstzustände oder Zwänge hinzukommen. Beim Verlust eines "bewegungsaktiven Lebensstils" kann der Betreffende zumindest auf die psychophysischen Vorerfahrungen zurückgreifen, die in seinem Leib-Gedächtnis abgespeichert sind.

Klinische Bewegungstherapie und Bewegungspsychotherapie als integrative Ansätze sollten deshalb einen Schwerpunkt in der *Beratung sportiver Aktivitäten* und in der Pflege und Förderung einer *Bewegungskultur* haben, die neben der Erhaltung der kardio-vaskulären und pulmonalen Leistungsfähigkeit, der muskulären Kraft, der Elastizität von Sehnen und Bändern und der Mobilität von Gelenken die *Freude* an einem bewegten Dasein erhalten, fördern oder - wo immer sie verlorenging - restituieren.

Die *Diagnose der Leib- und Bewegungskultur* eines Menschen und die durch sie festgestellten Defizite und Störungen führen zu spezifischen Indikationen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans, der jede integrative Behandlung kennzeichnen sollte. Arbeit mit Atmung und Stimme kann deshalb - als Resultat einer leiborientierten Diagnostik - bei einem depressiven Patienten mit eingeschränkten Atemräumen und nach innen gerichteter Stimmführung durchaus indiziert sein als eine Maßnahme, der für das therapeutische Gesamtziel, nämlich die Veränderung der "deprimierten Leiblichkeit" und des "zurückgenommenen Weltbezugs" sowie der niedergedrückten Stimmungslage, erhebliches Gewicht zukommen kann.

Die phänomenologische Leibdiagnostik macht recht unmittelbar sinnfällig, was dem Menschen in seinem leibhaftigen Dasein fehlt und damit auch, was er braucht. Bewegungstherapeutische Zugangsweisen und Instrumente bieten die Möglichkeit gezielter Veränderung. Auch wenn die Indikation zunächst nur auf die körperliche Dimension des Leibes gerichtet erscheint, führt das Faktum, daß der Mensch als Leibsubjekt *ein ganzer* ist, dazu, daß alle anderen Bereiche seines Erlebens und Verhaltens mit einbezogen werden.

Man soll deshalb die Möglichkeit des "*bottom up approach*", d. h. mit der Zugangsweise über die körperliche Aktivierung (durch Physiotherapie, Sport oder Gymnastik), zu einer Beeinflussung des emotionalen, kognitiven und sozialen Bereiches zu gelangen, nicht unterschätzen. Andererseits sollten auch die Möglichkeiten des "*top down approach*" in ihrer Bedeutung gesehen werden, der Möglichkeit nämlich, über die Vorstellungswelt, Imaginationsübungen, formelhafte Vorsatzbildung, meditative Praktiken durch den "Geist", durch "mentales Training", den Körper oder leibliche Befindlichkeiten zu beeinflussen. Eine falsche "Geisteshaltung" kann zu permanenten Verspannungen führen, negatives Denken kann das Erleben körperlicher Belastungen zur Folge haben. Die Umstellung solchen Denkens bewirkt Veränderungen im Handeln, in der Bewegung, in der Tonuslage. Wärme, Schwere, die Kühle der Stirn, die im autogenen Training über die Kraft der Vorstellung als physiologisch objektivierbare Effekte bewirkt werden, seien hier als Beispiel genannt. Belastetes Denken kann zu Belastungen des Körpers führen. Belastete Körperlichkeit, wie etwa bei der Erschöpfungsdepression, vermag eine Belastung des Gemütes oder des Geistes zur Folge zu haben. Meistens haben wir es mit vielfachen Wechselwirkungen zu tun, und aus diesem Grund werden in vielen Übungen der Integrativen Bewegungstherapie der "*bottom up*" und der "*top down approach*" verbunden. Wir dehnen und strecken uns etwa auf dem Boden in der Rückenlage, um für den Körper Entspannung zu fördern und stellen uns gleichzeitig vor, die Gliedmaßen, Arme und Beine, würden leicht, dehnten sich sanft in die Länge, würden von lösendem warmen Wasser umspielt, es würden Gefühle der Niedergeschlagenheit, Verfinsterungen des Gemütes, dunkle Gedanken hinweggespült. Im Lauftraining wird das Laufprogramm nicht nur so angelegt, daß es zu einem Gefühl der Befreiung durch "Spontanläufe" und befreites kreatives Laufen kommt, in dem Hüpfen und Springen, Rufe der Freude und Laute des Wohlbehagens Platz haben, es wird auch mit Vorstellungen gearbeitet: Man will ein Ziel erreichen, man läuft auf einen Menschen zu, läuft vor feindseligen Menschen weg - man muß nicht immer Stand halten, auch wenn man in einem verhärtendem Ehrenkodex groß geworden ist.

Die Diagnose des Bezugs zum eigenen Leibe, zum Leibe anderer und der Bewegungskultur, ist, das dürfte bei allen Beispielen deutlich geworden sein, auch immer eine Diagnose des "*social body*", der kulturellen Bewertungen von Leiblichkeit, der Kulturtechniken im Umgang mit dem Körper. Deshalb gehört in die Beratung oder die Therapie von Störungen oder Symptomen im Leib- und Bewegungsbereich oft auch eine Reflexion der kulturellen Muster, der gesellschaftlichen Prägungen, der Verwertung und der Kolonialisierung der Körperlichkeit.

Der Leib in seinen Möglichkeiten, des Zugangs und der Gestaltung von Welt, der Abwehr und der Bewältigung von "kritischen Lebensereignissen" durch die Intentionalität und die Reagibilität des lebendigen Körpers, der mit seinen Sinnen und Bewegungsmöglichkeiten auf die Welt gerichtet ist, muß ganz grundsätzlich kontextualisiert gedacht werden. Das ist allein schon durch das Heranwachsen zum Subjekt in den sozialen Bezügen der Zwischenleiblichkeit gegeben. Der Mensch ist eingewoben in die Lebenswelt, welche ihn nicht nur umgibt, sondern ihn durchdringt, in welche das *Leibsubjekt* sich nicht nur hineinbewegt, sondern die es auch gestaltet. So ist

der Leib ausgerüstet, der Welt zu *begegnen*, auf sie zuzugehen: mit den Augen, mit den Ohren, mit dem Gespür, mit den Möglichkeiten der Bewegung. Diese Zugangsweisen werden deshalb auch Thema der Diagnostik. Es gibt viele Menschen deren Augen "blicklos schauen", erloschen sind oder deren Blicke stählern wurden und Menschlichkeit, Lebendigkeit verloren haben. Es gibt Menschen, deren Ohren taub geworden sind gegenüber Bitten und Klagen, die harthörig geworden sind, weil sie sich verhärtet haben, die "auf den Ohren sitzen", aus der Not, überfordernde Ansprüche abzugrenzen, die emotional ertaubt sind, weil sie zu viel Schlimmes hören mußten. Es gibt Menschen, denen das eigenleibliche Spüren anästhesiert wurde, deren leibliche Sensibilität gegenüber Schmerz oder Belastungen und Überlastungen abgestumpft ist. Damit wurden schon Beschädigungen benannt, dysfunktionale Stile der Abwehr oder auch Möglichkeiten der Bewältigung. Auf jeden Fall aber wurden hier Phänomene benannt, die ein Zugehen auf die Welt und in der Folge auch ein Gestalten von Welt einschränken und unmöglich machen. Und wo die Wahrnehmung blockiert ist, ist immer aufgrund der unlösbaren Verschränkung von "Wahrnehmung und Handlung" auch der Zugang zur Welt im eigentlichen Sinne verstellt: der Zugang zu den Menschen, den Tieren, den Pflanzen, den Dingen. Das Wahrnehmungsverhalten in seiner ganzen Vielfältigkeit, die *Exterozeption* - außengerichtete Wahrnehmungen - die *Propriozeptionen* - innengerichtete Wahrnehmungen aus Muskeln und Gelenken - und die *Interozeptionen* - Wahrnehmung aus den Organen, den Viszera -, werden damit zu einem Fokus der Diagnostik. Die unlösbare Verschränkung von Wahrnehmung und Motorik, wie sie gerade im Licht der neueren ökologischen Wahrnehmungs- und Bewegungsforschung (*Gibson*) kennzeichnend ist, wurde vor allen Dingen in der klinischen Bewegungstherapie bzw. Psychotherapie kaum diagnostisch, geschweige denn therapeutisch zur Kenntnis genommen (außer in den neueren sozialökologischen Arbeiten von *Petzold*, deren Positionen ich hier kurz umreiße). Durch diese Perspektive wird die Beobachtung des Wahrnehmungsverhaltens immer auch eine Beobachtung der Motorik und des motorischen Verhaltens, verändern sich Wahrnehmen und Handeln im permanenten Fluß der Kontexteinwirkung auf den Leib, der leiblichen Einwirkung auf den Kontext sowie der Einwirkung des Leibes auf den Körper. Durch die "fungierende Eigenwahrnehmung": der Mensch als Leibsubjekt bewegt sich wahrnehmend im Raum und sich bewegend, produziert er Wahrnehmung. Der Kontext als *sozioökologischer Raum* erhält damit in diagnostischer wie auch in therapeutischer Hinsicht Bedeutung, denn seine physikalischen Eigenschaften - Höhe, Weite, Anwesenheit von Objekten unterschiedlicher Farbe und Form - und seine soziale Qualität - Menschen, zuweilen Tiere, in unterschiedlichen Aktionen, Gruppen, motorischen Bewegungen und mikromotorischen Äußerungen durch Mimik und Gestik - , stellen "affordances" bereit. Darunter verstehen wir Handlungsmöglichkeiten für das Leibsubjekt, ein Aufforderungscharakter für Bewegungsaktivitäten und soziale Aktionen, die in dem umgebenden Kontext effektiv wirksam werden können. Die ökologische Psychologie spricht hier von "effectivities". Das *sozioökologische Feld* (*Petzold*) ermöglicht also, aber begrenzt auch durch die *Grenzen* (constraints) physischer Leistungsmöglichkeit, durch soziale Regeln und Normen, und derartige "constraints" sind abhängig von den erfahrenen, aber auch von den imaginierten Grenzen. Die Beobachtung von Menschen, wie sie sich im Raum des Sozialen, im Raum einer gegebenen Mikroökologie, einer Gymnastikhalle, einem Klassenzimmer, im Wohnzimmer bei einer Party, wie sie sich in den Gängen eines Krankenhauses oder in den Zimmern einer Station bewegen, ist sehr aufschlußreich. Wahrnehmungsausblendungen, Grenzüberschreitungen, fehlendes Ausschöpfen von Grenzen, Überspielen oder Unterspielen von Möglichkeiten lassen sich hier feststellen. Es geht hier ja keineswegs nur um eine funktionierende sensumotorische Koordination, weil in dieser ja auch soziale Wahrnehmung und soziales Handeln eingeschlossen ist. Sensorik und Motorik "pur" finden wir nur in Sonderfällen. Gedankenbewegungen, kognitive Aktionen und emotionale Bewertungen

derselben als Aktivierungen im limbischen System sind in den Bewegungen und Orientierungsleistungen des Leibsubjektes ständig präsent. Das Wahrnehmen von "*social affordances*", Spielräumen des Umfeldes, das Nutzen dieser Möglichkeiten durch das "*display of social effectivities*", durch eine angemessene *Performanz* also, ist die Grundlage für das Zugehen auf die Welt und das Gestalten von Welten. Durch einfaches Gehen im Raum in unterschiedlichen Tempi - schnell oder verlangsamt - in unterschiedlichen Raumformaten - kleinräumig, begrenzt auf einen Ausschnitt des Raumes, großräumige Nutzung der gesamte Fläche - oder in unterschiedlichen vorgegebenen Stimmungslagen - freudig, bedrückt, ängstlich, forsch - können vielfältige Informationen gewonnen werden. Strukturierte Übungen - z. B. aufeinander zugehen, nebeneinander herschreiten, Kontaktmachen im Vorübergehen, Kontaktabbruch in der Bewegung, Einladungen, Abgrenzungen usw. - zeigen das Wahrnehmen und Handeln (*affordance/effectivity*) in sozialen Situationen die Möglichkeit des Auf-andere-Zugehens und der Beziehungsgestaltung.

Wo immer Zugehens- und Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, werden auch Formen der Abwehr und der Bewältigung sichtbar. *Abwehr* wird im integrativen Ansatz zunächst als eine Aktion der Sicherung und des Schutzes betrachtet.

Abwehrmechanismen sind nützliche, zum Teil auch genetisch disponierte Mechanismen, um mit Gefahren fertig zu werden. Es wäre furchtbar, wenn wir nicht *verdrängen* könnten oder Problembelastungen nicht *verschieben* könnten, wenn es uns nicht möglich wäre, in soziale schwierigen Situationen zu *retroflektieren*. Es wird aber problematisch, wenn sich Abwehrmechanismen chronifizieren, wenn ein Mensch nur noch projizieren kann, immer wieder konfluent werden muß, mit Aggressionen nur umgehen kann über die Identifikation mit dem Aggressor, wenn also nur *ein* Abwehrmechanismus benutzt werden kann oder eine Gruppe dominanter Abwehrmechanismen.

Die *soziale Gesundheit* ist davon gekennzeichnet, daß man um sich eine Atmosphäre schaffen kann, die einladend ist. Bei sozial anziehenden Menschen läßt man sich gerne nieder. Sie richten weder Barrieren der Einschüchterung noch der Arroganz auf, schaffen keine Atmosphären des coolen Desinteresses, permanenter Problematisierung oder das Stereotyp einer Ernsthaftigkeit und Dauerbetroffenheit. Es entsteht auch keine Atmosphäre grandioser Wichtigkeit, in der sich der andere unwichtig oder marginal vorkommen muß. Die Diagnostik von Affordance-Qualitäten wird unverzichtbar, denn nach den Konzepten der *sozialökologischen Theorie (Petzold)* wird der Leib eines Menschen zum Aufforderungscharakter für andere Menschen, bietet das leibhaftige Dasein in der Welt anderen Menschen Zugehensmöglichkeiten oder Abwehrsignale. Mit einer solchen Sicht wird es möglich, auch hier spezifische Indikationen und therapeutische Strategien zu entwickeln. Wo Zugehensmöglichkeiten eingeschränkt sind und an ihre Stelle Abwehrmechanismen treten, wird in Übungen, Spielen, durch Awareness- und Deutungsarbeit versucht, neue Affordances zu erschließen, die Wahrnehmungsmöglichkeiten der Patienten werden verbreitert und ihre Handlungsspielräume vergrößert, und wichtiger noch: sie lernen die eigene Affordance-Qualität ihrer Körpersprache, ihrer inneren Haltung mit ihrem äußeren Ausdruck wie Mimik und Gestik wahrzunehmen und in ihrer ermöglichenden oder verhindernden Qualität kennenzulernen. Dann können sie für sich erarbeiten, wie man ein einladendes Klima um sich schafft, das Zugang ermöglicht, und wie man eine kooperative Haltung entwickelt und "abstrahlt", die kokreative Gestaltung von Situationen ermöglicht oder aber auch die gemeinsame Bewältigung von Schwierigkeiten.

Neben der funktionalen und dysfunktionalen Abwehr finden wir in der prozessualen Diagnostik *Daseinstechniken*, *Copingstrategien* als Formen der Bewältigung. In den Bewegungsspielen findet sich "*evasives Coping*" - man geht Schwierigkeiten aus dem

Weg - oder "aggressives Coping" - man geht Schwierigkeiten direkt und unmittelbar an. *Copingstile* als Möglichkeiten der Problembewältigung zu diagnostizieren ist wesentlich, um diese dem Patienten verfügbar zu erhalten oder ihm den Transfer von adäquaten Copingleistungen in einem Bereich - etwa im Freundeskreis - in einen anderen Bereich - etwa ins Berufsleben - zu ermöglichen. Diese Muster erweisen sich bei genauerer Betrachtung wiederum als *kognitive Strategien* der Problemlösung, *emotionale Möglichkeiten*, Probleme auszuhalten oder mit ihnen umzugehen, *soziale Möglichkeiten* der Handhabung von Schwierigkeiten und *motorische Möglichkeiten* des Streßausgleiches, des Abpuffens von Belastungen usw. Diese Dimensionen an Copingverhalten müssen insgesamt und optimal abgestimmt zum Einsatz kommen, wenn sie wirklich effektiv sein sollen. Kognitive Problemlösung allein, bei gleichzeitiger hoher Verspannung oder verbunden mit starken Streßgefühlen ist nicht der ideale Weg, genauso wenig wie körperliche Abpanzerung die Situationen aushaltbar macht, ohne daß für sie kognitive Lösungsmöglichkeiten gefunden werden.

3. Zur Verschränkung von leiborientierter Diagnostik und Therapeutik in der Praxis

Grundlage differentieller Indikation von therapeutischen Interventionen in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie ist der diagnostische Blick. Zielorientiert sucht er nach *Ressourcen*, *Problemen* und *Potentialen*. Er ist also nicht nur pathologieorientiert. Neben die Pathogenese tritt das Interesse an der "Salutogenese", neben eine Aufmerksamkeit für Risikofaktoren tritt das Interesse an "protektiven Faktoren" oder Widerstandskraft. Es wird nicht nur darauf geachtet, was *gestört* ist oder *defizitär* und deshalb *restitutiv* oder *substituierend* behandelt werden muß, sondern unsere Aufmerksamkeit gilt auch dem, was *funktioniert*, Bereichen, deren Funktionstüchtigkeit durch *stabilisierende* oder durch *präventive* Maßnahmen vor Beeinträchtigung gesichert werden müssen. Aus dieser Betrachtungsweise werden die *Ziele* der Behandlung, die Wahl von *Methoden*, *Techniken* und *Medien* abgeleitet, kommt es zu spezifischen Indikationen. Sie bieten das Raster in der "prozessualen Diagnostik" als Gesamtdiagnostik für die Unterstützung des Patienten in einem großen Rahmen wie auch für die *Feindiagnostik* in einem kleinen Rahmen. Dabei ist immer davon auszugehen, daß im Sinne einer "holographischen Perspektive" ein Detail auch das Ganze repräsentiert, die Feinperspektive also auch wichtige Erkenntnisse für das Begreifen und Verstehen des Ganzen enthält. Nehmen wir als Beispiel das "obere Kreuz", den Schulter-Nacken-Bereich, auf den wir den leibdiagnostischen Blick richten. Bei sehr vielen Menschen ist diese gesamte Region verspannt, wobei die Ursachen hierfür sehr unterschiedlich sein können. Ein Beispiel: In einem Seminar für Bewegungstherapeuten und -therapeutinnen haben wir uns intensiv mit der Leibdiagnostik dieses Bereiches befaßt. Eine Teilnehmerin mit einer sehr muskulösen und verhärteten Schulter-Nacken-Partie erklärte ihre Verspannungen - sicherlich nicht zu Unrecht - mit ihrer Tätigkeit als Krankengymnastin, bei der sie sehr viele Massagen geben und sehr viele schwere Menschen heben und bewegen muß. Solche, mit beruflicher Tätigkeit oder sportiven Aktivitäten verbundenen "Körperformungen" müssen in der Diagnostik natürlich berücksichtigt werden, aber es war noch mehr zu sehen: die Kollegin trug den Kopf leicht zwischen die Schultern eingezogen und vorgeneigt. Sie hatte resolute Bewegungen, einen offenen, fast konfrontativen Blick. Die Exploration der Haltung (*posture*) und des Bewegungsverhaltens in Partnerübungen sowie das Gespräch über bevorzugte emotionale und *kommunikative Stile* machten deutlich: Hier ist eine Frau, die einen "*aggressiven Copingstil*" hat, die sich zu wehren weiß, sich durchsetzen kann. Kopfhaltung, Schulter und Nacken, der Rücken in seiner Gesamtheit waren nicht nur wegen der schweren körperlichen Arbeit verspannt, sondern hingen mit dieser permanenten latenten Angriffsbereitschaft zusammen, der das lebensgeschichtlich geformte *Narrativ* zugrunde lag: "Angriff ist die beste

Verteidigung", die Hörner gesenkt, den Kopf zwischen die Schultern und dann vorwärts! Die nach vorne gerichtete, geballte Kraft einerseits, die Anspannung der ganzen gesamten Rückenmuskulatur andererseits, hatten sich chronifiziert, um Schläge (reale, etwa in den Schuljahren auf dem Schulhof, wo sie sich mit Jungen prügelte), aber auch Schläge im metaphorischen Sinne, die das Leben austellt, abzufangen und abzufedern. Die Umgebung wurde als bedrohlich und potentiell angreifend eingestuft, ohne daß ihre tatsächliche Affordance-Qualität mehr wahrgenommen werden konnte. Die spielerische Atmosphäre der Bewegungsgruppe war überlagert durch diese Projektion alter Wahrnehmungskontexte, deren *Affordances* beständig das Kampfmuster als *effectivity* in Aktionsbereitschaft hielten. Es wurden damit auch Begrenzungen, *constraints*, aufgerichtet, die nicht in der Situation der Gruppe gegeben waren. Die phänomenologische Leibdiagnostik, die sensumotorischen Muster, Haltungen und die entsprechenden emotionalen und sozial-interaktiven Stile erkennbar werden läßt, ja, selbst ko-respondierende kognitive Stile, wie sie sich im Kontakt mit der Therapeutin oder in experimentellen diagnostischen Settings in der Gruppe zeigen, erweisen sich selbst in der Detailexploration als eine ganzheitliche Betrachtungsweise, die durch den feindiagnostischen Blick auf einen Teilbereich auch zum Gesamtbild maßgebliche Informationen beiträgt.

Das hier beispielhaft aufgezeigte Muster ist relativ häufig. In der Betrachtung der Feinstruktur gibt es natürlich noch sehr viele aufschlußreiche Variationsmöglichkeiten, die spezifischer in den Blick genommen werden müssen, weil sie in der Feinstrukturierung der Interventionen zu berücksichtigen sind. In therapeutischer Hinsicht bietet sich eine Kombination von "*bottom up*"- und "*top down approach*" an: physiotherapeutische, psychomotorische Zugeweisen und Ansätze über die Imagination. Als dritter Weg kommt noch der des "*environmental modelings*", der Modellierung der "*Affordance/effectivity*"-Konfigurationen hinzu durch die Konstellierung von nicht-bedrohlichen Szenen, deren faktische Affordance-Qualitäten bewußt gemacht werden, so daß der Raum und das soziale Feld klar und in adäquater Weise wahrgenommen werden. Die *dekontextualisierte* Flucht- oder Aggressionshaltung, die aus anderen, "alten Kontexten" in die gegenwärtige Situation transportiert wurde, wird an den realen Kontext adaptiert und kann durch die veränderte Wahrnehmung zur Veränderung von Verhalten führen. "Hier sind die Leute nicht feindselig, also kann ich gelöst sein und muß nicht für Attacken gewappnet, zum Gegenangriff bereit sein. Ich muß auch nicht - plötzlicher Angriffe gewärtig - beständig den Fluchtweg im Auge behalten". Die Restituierung einer adäquaten Wahrnehmung (*perception*) des Kontextes reicht häufig aus, um die körperliche Performanz (*action*), das *display of effectivities* zu verändern. Bei chronifizierten, "eingefleischten" Mustern jedoch ist dies nicht genug, weil es nicht nur um Exteriozeptionen, die Wahrnehmung von Außeninformationen geht, sondern auch Innenwahrnehmungen, *movement produced information*, z. B. aus der Aktivität der Gesichtsmuskulatur. Man kann hier von "*internal affordances*" sprechen, tragen doch diese habitualisierten "internalen Muster" zu einer Überblendung der "*externalen affordances*" bei. Es entstehen "*Affordance-Resonanzen*", die kognitive, emotionale, sensumotorische bzw. psychosomatische Spannungszustände erzeugen und bei deren Chronifizierung Symptombildungen erfolgen. Hier liegen die Grundlagen für das Modell einer "sozialökologischen Psychosomatiktheorie", wie sie *H. Petzold* entwickelt hat.

Gefühle, die sanfte und friedliche Qualitäten auslösen, unterstützen die Arbeit in der *übungszentriert-funktionalen* Modalität und machen Überschreitungen zur *erlebniszentriert-stimulierenden* Modalität möglich, die eingesetzt wird, wenn die festen Strukturen der Muskelspannung, des muskulären Festhaltens oder der eingegrenzten Atmung aufgelöst werden. Bei generalisierten Ängsten oder Depressionen, die, je länger

diese Erkrankungen dauern, um so schwieriger anzugehen sind, wird eine längerfristige übungszentriert-funktionale Arbeit, die noch durch Strategien zur Förderung eines "bewegungsaktiven Lebensstils" unterstützt werden müssen, erforderlich, denn "eingefleischte" Spannungsmuster verlangen ein *leibliches Umlernen*, das zum Teil nicht weniger Übungsaufwand notwendig macht, als Veränderung "neurotischer Fixierung" in den klassischen psychotherapeutischen Verfahren. Gleichzeitig wird es notwendig, dysfunktional-stabilisierte Stimmungslagen oder Grundstimmungen "umzustimmen", ein ängstliches oder depressives Lebensgefühl in Richtung eines zuversichtlichen oder heiteren Lebensgefühls zu beeinflussen.

In diesem gesamten Behandlungsspektrum, das hier kurz skizziert wurde, ist noch nichts über die "*konfliktzentriert-aufdeckende*" Modalität in der Behandlung gesagt worden, wie sie vorwiegend im "ersten und zweiten Weg der Heilung" in der Integrativen Therapie zum Einsatz kommt, womit auch die Frage nach den *Ursachen* der leiblich fixierten Muster aufgeworfen wird. Diese Muster stellen eine Form "leiblichen Daseins in der Welt" dar, sind also durch Erfahrungen mit vergangenen Szenen der Lebenswelt, mit Sozialisationsbedingungen in Verbindung zu bringen, denn Sozialisation ist immer auch "Zurichtung des Leibes" durch das sozialökologische Umfeld. Diese Zurichtung erfolgt aber keineswegs nur durch eine einmalige Traumatisierung, sondern durch Ketten negativer Ereignisse, und auch hier sind nicht nur die großen "critical life events" zu sehen, sondern auch die "daily hassles", die Alltagsbelastungen, durch den sich der Körper in einer bestimmten Art und Weise verformt oder sich spezifische Abwehr- und Bewältigungsstrategien ausbilden und festschreiben. Es entstehen Symptomaten, die Ausdruck eines *Generalisierungseffektes* sind und deshalb nicht durch das "Aufdecken" der einen oder anderen "frühen Erfahrung" verändert werden können. Sie müssen in ihren Auswirkungen und *Manifestationen* angegangen werden. Dabei kann es sinnvoll sein, "formierende kritische Lebensereignisse" an verschiedenen Orten der Biographie aufzusuchen - sie sind selten völlig "verdrängt" -, sie ins Bewußtsein zu heben, um sie in ihrer Wirkung erneut und verdeutlichend erfahrbar zu machen. Häufig tauchen derartige biographische Ereignisse auch während der übungszentriert-funktionalen Arbeit spontan auf. Szenen kommen ins Gedächtnis, Bilder werden deutlich, Gefühle werden hochgeschwemmt. Solche Phänomene finden sich im "bottom up approach" immer wieder. Sie müssen aber nicht eintreten. Auch bei erlebniszentrierten Vorstellungsübungen oder Maßnahmen der emotionalen "Umstimmung" können als Kontrasteffekt auf eine lustige Szene oder heitere Stimmung belastende Erlebnisse und negative Gefühle aufkommen. Wo immer dies geschieht, ist eine konfliktzentrierte Bearbeitung angezeigt, sei sie nun im Sinne des "ersten Weges" der Heilung *und* Förderung auf rationale *Einsicht* gerichtet, oder im Sinne des "zweiten Weges" der Heilung auf korrigierende *emotionale Erfahrungen*, auf "emotionale Nachsozialisation".

Es gibt Menschen, bei denen allein eine *übungszentriert-funktionale Orientierung* der Behandlung zu sehr grundsätzlichen Veränderungen führen kann, weil eine veränderte Leiblichkeit auch zu einer Veränderung von Wahrnehmung und Handlung führt, was häufig auch eine generalisierte Veränderung von *Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungszyklen* zur Folge hat. Eine *konfliktzentriert-aufdeckende Orientierung*, die auf emotionale Umstimmungen und kognitive Umwertungen abzielt, kann gleichfalls eine generalisierende Wirkung haben. Andere kognitive Stile und Einstellungen können zu anderen Haltungen führen, veränderte Stimmungslagen zu veränderter Leiblichkeit. Chronifizierte fehlgesteuerte Muster der Tonusregulation bzw. der muskulären Verspannung oder dysfunktionalen Atemmuster werden aber von therapeutischen Maßnahmen, die allein im Verbalen bleiben und auf die Restrukturierung kognitiver und affektiver Muster gerichtet sind, weniger gut zu beeinflussen sein. Letztendlich empfiehlt sich deshalb - wie für den Integrativen Ansatz charakteristisch - eine Kombination der verschiedenen Zugeweisen, ein Modell also, das von den

"Phänomenen" ausgehend diagnostiziert und aufgrund des so beobachteten "Leibsubjekts-in-Situationen" Behandlungsstrategien auswählt, um sie im Prozeß der Behandlung zu differenzieren und zu entwickeln. Die *Indikation* bleibt damit keine starre Entscheidung für *einen* Weg der Behandlung, eine spezifische Methodik, eine Gruppe von Zielen, sondern sie bleibt im Sinne des Wortes etwas, was "angesagt" ist, weil die Situation und der Prozeß ein spezifisches Handeln verlangen. Eine solche dynamische, prozeßhafte Konzeption in Diagnostik und Therapeutik wird wahrscheinlich den wechselnden Erfordernissen der Patienten und ihrer sich beständig verändernden sozialen Situationen noch am ehesten gerecht werden.

Zusammenfassung

Der Vortrag stellt diagnostische und therapeutische Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie vor. Vor einer kritischen Reflexion zur Maxime der "Heilung durch Bewegung" ausgehend wird der diagnostische Blick auf den eigenen Leib, den Bezug zum Leib anderer (Zwischenleiblichkeit) und die relevante Leib- und Bewegungskultur gelenkt. Sozioökologische Konzepte, wie sie von *H. Petzold* entwickelt wurden, fundieren dann die Therapeutik, in der der "*bottom up approach*" (vom Körper zum Denken) und der "*top down approach*" (von den Vorstellungen zum Körper) verbunden werden.

Literatur

Adolph, K.E., Eppler, M.A., Gibson E.J., Crawling versus walking; infants' perception of affordances for locomotion over sloping surfaces, *Child Development* 64 (1993) 1158-1174.

Gibson, J.J., The ecological approach to visual perception, Houghton Mifflin, Boston 1979; dtsh. Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung, Urban & Schwarzenberg, München 1982.

Petzold, H.G., Weggeleit und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, 1995a, in: *Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H.*, Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1995, 169-280.

Petzold, H.G., Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung, Teil II 1995b, in: *Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H.*, Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, Band II (im Druck).

Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n, Junfermann, Paderborn 1996a.

Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der, Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne, 1994a, in: *Petzold, H.G.*, Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke, Junfermann, Paderborn 1994j, 491-646.

Thelen, E., Fisher, D.M., The organization of spontaneous leg movements in newborn infants, *Journal of Motor Behavior* 15 (1983) 353-377.

Adresse der Autorin:

Ilse Orth, Dipl.-Sup. FU-Amsterdam
Fachbereichsleiterin Kunsttherapie an der EAG
Haaner Str. 100
40699 Erkrath

[1] Vortrag gehalten auf der Jahrestagung der "Deutschen Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie" (DGIB): "Heilung durch Bewegung", 7.-9. Juni 1996, Hückeswagen

[2] Aus dem Fachbereich Kunsttherapie der "Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit" in der Trägerschaft des "Fritz Perls Instituts", Düsseldorf
