

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität
Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität
Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems,
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.*

Ausgabe 04/2009

Heilende Bewegung

Die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie*

*Ilse Orth, Hilarion Petzold, Düsseldorf/Hückeswagen***

* Erschien in: In: *Illi, U. Breithecker, D., Mundigler, S.* (1998) (Hrsg.): *Bewegte Schule. Gesunde Schule.* Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB). S. 183-199.

** Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

1. Integrative Konzepte zu Leib und Bewegung

Leiblichkeit und Bewegtheit sind miteinander verschränkt. Sie müssen in dieser Verschränkung betrachtet, erfaßt und verstanden werden, in einer komplexen Hermeneutik von Lebensphänomenen (*Petzold* 1988a, b), die ein Grundanliegen unserer theoretischen Arbeit und unserer Praxeologie ist (*Petzold, Orth* 1990; idem 1988n/1996a). Im folgenden sollen einige Konzepte und Praxisperspektiven vorgestellt werden, die für pädagogisches, agogisches und therapeutisches Handeln, für den Umgang mit Leiblichkeit und Bewegtheit in heilenden und fördernden Kontexten uns aus der Sicht Integrativer Leib- und Bewegungstherapie grundlegend erscheinen. Es wird dabei eine *transversale Optik* (*Welsch* 1996; *Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper* 1996), ein *multitheoretischer* Diskurs zugrunde gelegt (idem 1994a), dessen Ziel "*transdisziplinäre*" Möglichkeiten der Betrachtung (*Morin* 1997; *Petzold et al.* 1996) sind, eine Zugewandene, die für derart komplexe Realitäten wie Leib und Bewegung als die einzig sinnvolle erscheint, denn es wird darum gehen, philosophische, neurowissenschaftliche, kulturtheoretische, ästhetische, klinische und agogische Diskurse zu konnektieren, wenn man sich mit dem bewegten Leib im sozialen und ökologischen Kontext befassen will. Unsere Arbeiten in diesem Band (*Petzold*, dieses Buch und der vorliegende Text) wollen hierzu einen kleinen Beitrag leisten.

1.1 Natürliche Bewegtheit, heilende Bewegung - ein "erweiterter Bewegungsbegriff"

Bewegung ist die natürliche Gegebenheit des lebendigen Körpers, sei er nun gesund oder krank. Wenn man über Leiblichkeit spricht muß, man deshalb auch über Bewegung und Bewegtheit sprechen. Der gesunde Leib als bewegter verfügt über eine "*natürliche Bewegtheit*", 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.

Wir möchten hier die Leserinnen und Leser direkt ansprechen. Denken Sie an Ihre Befindlichkeit, das Erleben Ihres Körpers im Zustand der Spannkraft, der Elastizität, des Wohlfühlens, 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. Wir möchten Ihnen deshalb vorschlagen, 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 sich dazu 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.

Es werden mit diesem kleinen Experiment zur Selbstwahrnehmung und zur Erinnerung aus dem Fundus integrativer und kreativer Therapien (*Petzold, Orth* 1990a) gute und weniger gute Befindlichkeiten deutlich: Es geht um Abweichungen von "Idealzuständen" bzw. um *Differenzen* zu "Normalbefindlichkeiten". Diese Abweichungen können als so 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 Thema dieses Beitrages, 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.

Uns ist es wichtig, auf dieses pathologiezentrierte Implikat im Titel dieses Textes hinzuweisen, um es damit zu dekonstruieren und den Horizont zu öffnen. Denn es besteht immer die Gefahr, daß eine *natürliche Gegebenheit* wie die Bewegtheit des lebendigen Leibes unversehens zum "Remedium", zum Heilmittel gerät, und wir denken: hier muß man aufmerksam werden! Wenn man durch Bewegung heilen muß oder kann, dann ist zunächst einmal die Aufmerksamkeit auf die implizierten Einschränkungen von Bewegungen zu richten, auf das Faktum von Bewegungsdefiziten oder Störungen der Bewegtheit und Beweglichkeit. Dieser Blick darf aber nicht nur individualisierend auf die Ausbildung des "bewegungspassiven Lebensstils" eines bestimmten Patienten gerichtet bleiben. Er muß auch den kulturellen Diskurs der Disziplinierung von Leiblichkeit betrachten, wie ihn *Elias* (1969), *zur Lippe* (1979) und andere herausgearbeitet haben; er muß auf die kulturellen Techniken des "Gebrauchs" von Leiblichkeit schauen. Für die Integrative Leib- und Bewegungstherapie wird dies zu einer sehr komplexen Fragestellung, weil ihr ein sehr vielschichtiger, *differentieller* und *integrativer* Bewegungsbegriff (*Petzold* 1993a, 1337 ff.; *Tamboer* 1985, 1989) zugrunde liegt, der insbesondere von der historischen und gesellschaftlichen Bestimmtheit von Leib, Bewegung, Bewegungspraxis nicht abstrahiert werden kann (*Elias, Dunning* 1983).

Bewegung wird verstanden 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?*

Es werden also immer die Perspektiven der *Heilung* und der *Förderung* verbunden (*Petzold* 1988n/1996a, 186). Bewegung kann auf dreifache Weise bestimmt werden:

- als Lebens- und Ausdrucksform eines konkreten Subjekts (funktionaler Aspekt),
- als Befindlichkeitsausdruck der biographisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen in Interaktion mit seinem Kontext (kommunikativer Aspekt),
- als schöpferischer Ausdruck von Bewegungsgestaltung (ästhetischer Aspekt), vgl. *Petzold*, dieses Buch.

Der *erweiterte Bewegungsbegriff* der Integrativen Therapie (*Petzold* 1993f), der zwingend aus dem das funktionale Körperkonzept übersteigenden *integrativen Leibkonzept* (idem 1985g) 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 einschleichen, wenn nicht gesehen wird, daß "übungsorientiert-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. Ein Thema wie das vorliegende muß deshalb auch auf seine kulturkritischen Aussagen metakritisch hinterfragt werden: "Heilung durch Bewegung?" - von welcher Bewegung sprechen wir hier? "Gesundheit durch Bewegung?" - welche Gesundheit ist hier gemeint? Körperliche Fitneß, "body-mind, health and happiness" oder eine ökologisch orientierte umfassende Gesundheitskonzeption, um "ganzheitliche Gesundheit"? Geht es um Risikoverminderung oder um die Entwicklung und Förderung leiblicher Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Bewegungspotentiale.

1.2 Körper-Seele-Verhältnisse - ein komplexer Leibbegriff

Moderne Körperkultur für "Schönheit und Gesundheit", das Fitneß-zentrierte Körpertraining, das auf optimale Ernährung und optimales Training gerichtet ist - und das sind durchaus wichtige Dimensionen -, steht in der Gefahr, den *Körper* um die Dimension des *Leibes* zu verkürzen. *Leib*, der grundlegend differenziert als *männlich* und *weiblich* gesehen werden muß, ist nach dem Integrativen Konzept immer auch über den Dingkörper im Raum hinausgehend, den biologischen Organismus in ökologischem Kontext überschreitend, zugleich Zeitleib, Leibgeschichte, social body, Sprachleib, Arbeitsleib, corps créateur, désir, phantasmatischer Leib (Petzold 1985i), und dieser *komplexe Leibbegriff* der Integrativen Therapie versucht einer Bestimmung des Leibes zu entkommen, die ihn - wieder einmal - in das Regime der Disziplinierung stellt, der moralisierenden, medizinalisierenden, maschinisierenden Disziplinierung durch die Wissenschaften vom Leibe, und das ist immer auch ein Schritt in die *Verwertung*. Der Leib wird Gegenstand der Ökonomie. Monetaristische Strategien im Bereich von Sport, Mode, Ernährung, Bekleidung, Ergonomie machen das deutlich. Dann aber ist die "Technisierung des Körpers", seine "Entleiblichung" nicht mehr weit. Andererseits darf nicht übersehen werden, daß in einer einseitigen Ästhetisierung des Leibkonzeptes oder gar in seiner mystizistischen Überhöhung (Lander, Zahner 1987; Tansley 1977) die Faktizität des "sinnlichen Leibes" und des Körpers als *funktionierender Organismus*, dessen "*healthy functioning*" Grundlage für unser Wohlbefinden ist, vernachlässigt werden könnte. Leiblichkeit und Bewegung müssen eingebunden werden in eine offene anthropologische Konzeption, eine "Anthropologie des schöpferischen Menschen" (Orth, Petzold 1993c), die vielfältige Dimensionen verbindet, um Einseitigkeiten zu entgegenen.

Die symbolische Überformung, die kulturelle Imprägnierungen des Leibes brauchen das Korrektiv der banalen leiblichen Vitalität, der Funktionslust in der Bewegung. Aber genau dieses "gesunde Funktionieren" wiederum kann funktionalisiert werden im akribischen, reflexiv begründeten und "wissenschaftlich fundierten" Streben nach dem "optimalen Prozeß", und dann sind der technomorphe Körper *Descartes'* und die organomorphe Konzeption, die sich in vielen funktional ausgerichteten Ansätzen der Leib- und Bewegungserziehung und -therapie findet, nicht mehr so weit voneinander entfernt. Es unterscheidet sich der Leiborganismus "in seiner 'Natürlichkeit' durch nichts mehr von dem einer Maschine, und die 'natürliche' Bewegung des Leibes entspricht einer reibungslosen Maschinenbewegung" (König 1989, 113). Eine beständige metakritische Reflexion (Petzold 1994a; idem, Rodriguez-Petzold, Sieper 1996) unserer Konzepte und Praxis auf verdeckte Diskurse (idem 1996d, Foucault 1974,1978), eine beständige Ko-respondenz der verschiedenen Facettierungen des komplexen Bewegungs- und Leibkonzeptes wird

unabdingbar, weil sie füreinander korrektiv werden. Sie verhindern, daß die Lebendigkeit und Subjekthaftigkeit des Leibes und der Bewegung eingefangen wird in die Eindimensionalität *einer* Erklärung, sondern daß vielmehr multiple Perspektiven in Theorie und Praxis konnektiert werden und ein "Konflux", ein kokreatives Zusammenspiel von Konzepten und Zugehensweisen möglich wird (Petzold, Orth 1996b).

Es wird an diesen Überlegungen deutlich, daß wir mit den Fragen zum Thema "Heilung durch Bewegung" im Zentrum der Grundprobleme abendländischer Sozial-, Kultur- und Geistesgeschichte stehen, dem Körper-Seele-Problem, dem Verhältnis von körperlicher Bewegtheit und seelischem Bewegtsein im Kontext von Gesellschaft. In einer Entwicklung, die vom bewegten, sich bewegenden *Körper* in der frühgriechischen Kultur ausgeht, von den "hurtigen Füßen" und "nervigen Armen" der *Ilias*, in der alles "vom Körper her" geschieht", zu den seelischen Regungen des Thymos in der *Odyssee*, hin zum bewegenden und beherrschenden Geist des platonischen Denkens (Böhme 1985; Schmitz 1965), formiert sich das *abendländische Subjekt*, dessen Wesen in einer vom Leib weitgehend abgekoppelten Reflexivität kulminiert: Aufspaltung zu Subjekt und Objekt. Der Körper ist begrenzt, Maschine, *res extensa*, wie *Descartes* es in aller Schärfe ausformuliert hat. Der Geist, die *res cogitans*, sei unbegrenzt. Der platonische Diskurs hat sich in der abendländischen Geschichte als der dominante erwiesen. *Descartes* wurde - auch wenn er irrte (Damasio 1994) - zum Protagonisten des dualistischen Weltbildes, dessen mächtige Struktur zwei Jahrtausenden abendländischer Geschichte seinen Stempel aufgedrückt hat und bis heute polarisierende Kräfte entfaltet. Die Kultur der modernen "apparativen Medizin" (Attali 1981) und die ihr entgegenstehenden Bewegungen "alternativen Heilens" bis hin zu den transpersonalen Bewegungen des "spiritual healing" machen dies deutlich. Die große Integrationsleistung des *Aristoteles*, der Körper, Seele und Geist in subjektiv-leiblicher Bezogenheit und sozial-kontextueller Verbundenheit sah, hat sich bislang noch nicht durchgesetzt. Der Einfluß dieser differentiellen und zugleich integrativen Sichtweise nimmt jedoch zu. Gleichzeitig wird eine *Dualität* bewußt, die Sicht des Leibes als *männlicher* und *weiblicher* bzw. die Notwendigkeit männlicher und weiblicher Subjekthaftigkeit differentiell zu sehen und damit auch zu einer Dialektik leibhafter Beziehungen zwischen den Geschlechtern Zugang zu finden (Benjamin 1990) mit durchaus wichtigen Konsequenzen für eine leiborientierte Therapie. Wir sprechen bewußt von *Leiblichkeit*, was auch immer *Zwischenleiblichkeit* heißt, weil damit die biologistische Reduktion der Frau als weiblicher Körper, wie man sie häufig findet, vermieden werden kann und ein Verständnis von *leibhafter weiblicher Subjektivität* wie auch von männlicher gewonnen werden kann nebst eines neuen Verständnisses von geschlechtsspezifischer Intersubjektivität und Zwischenleiblichkeit. Dies wäre eine sehr grundsätzliche Ergänzung der antiken Diskurse und ein Aufbrechen ihrer normierenden Kraft, die das öffentliche Leben wie auch Pädagogik und Therapie bis heute imprägniert.

In zahlreichen, leib- und bewegungstherapeutischen oder körperorientierten psychotherapeutischen Verfahren wird versucht, ein "aristotelisches", ganzheitlich ausgerichtetes Denken - aufs neue und in der Regel ohne Kenntnis der Vorarbeiten des großen griechischen Philosophen, insbesondere seiner differentiellen Sicht - zu entwickeln. In den Versuchen, den Körper-Seele-Dualismus zu überwinden, artikuliert sich eben dieser Dualismus in zahllosen Behandlungsstrategien und

Interventionsformen der "neuen Körpertherapien" und modernen Tanz- und Bewegungstherapien. Es ist, das hat *Michel Foucault (Dreyfus, Rabinow 1994)* gezeigt, in der Tat unendlich schwer, den eigenen kulturellen **Diskurs** zu überwinden, denn als verdeckter Traditionsstrom durchfiltert er unser Reden und Handeln. In zahlreichen Awareness-Übungen (*Brooks 1979*), in denen wir unsere Aufmerksamkeit, unsere Bewußtheit auf die Hand, den Fuß, einen Teil des Leibes richten, wird er gerade in diesem Akt zum *Gegenstand*, zum Objekt der Betrachtung. Es handelt sich hier um einen ganz typisch abendländischen Weg der "Aneignung" des lebendigen, personalen *Körpers*, d. h. des Leibes, durch den exzentrischen *Geist*, die die zentrische Realität des Körpers verkennt, der durch seine neuronale Aktivität Grundlage für die Emergenz (*Bunge 1980*) des Geistes ist. Die "Aneignung" des Körpers über das Bewußtsein führt nicht zu einer "intensivierten Leiblichkeit", sondern kann leicht zu einer "Bemächtigung" und Kontrolle des Körpers durch den Geist führen wie im klassischen Ballett und in manchen Formen der Tanztherapie oder im Hochleistungssport - in der Medizin wurde er schon seit dem 17. Jahrhundert als Maschine, die in der Analyse zerlegt oder in der Chirurgie repariert werden kann, behandelt. Eine weitere Strategie ist die "Moralisierung" des Körpers, die Reglementierung seines Begehrens, seiner Affektivität und Spontaneität: Moral ist die Produktion des berechneten Körpers, der am moralischsten dann ist, wenn seine Bahn örtlich präzise ist wie die eines Sterns oder eines Blutkreislaufes (*Böhme 1989, 144*). Awareness-Übungen (*Brooks 1979*) akzentuieren also zunächst den "body mind split". Das Bewußtsein, das *Ich* wird - wie *Freud* es formulierte - "wieder Herr im eigenen Hause". So findet eine subtile *Beherrschung der Natur* statt durch die Kontrolle des Körpers vermittelt des Geistes, dessen Bewußtseinsklarheit die Dunkelheiten des Unbewußten ausleuchten und das *Es* vertreiben soll. "Wo *Es* war, soll *Ich* werden!" (GW 1933a, GW XV, 86). "*Hier irrte Freud*" (*Eschenröder 1984*), der große dualistische Denker in cartesianischer Tradition, denn die Anstrengungen in der Bewußtseinsphilosophie der Gegenwart (*Metzinger 1996*) hatten die Grenzen des Bewußtseinkonzeptes deutlich gemacht, und die modernen Neurowissenschaften, die Arbeiten von *Edelman, Kelso, Damasio, Pöppel* und vieler anderer zeigen, daß *awareness* und *consciousness* nur kleine - wenn auch wichtige - Positionslichter auf einem Ozean unbewußter Prozesse sind, Bewegungen intrasomatischer Kommunikationen im gigantischen Netz der 10 Milliarden Neuronen mit etwa 10 Billionen Synapsen, in dem in einem nie abreißenden Murmeln und Wispern *Informationen* bewegt, ausgetauscht, geprüft, diskutiert werden: Geistige Beweglichkeit als *commotilitas cerebialis*. *Freud* hatte dies mit der Eisberg-Metapher schon erfaßt: das Bewußtsein sei nur die Spitze eines immensen Eisbergs, aber seine abendländische Zentrierung auf das *Ich* und das Bewußtsein führte ihn zu einer Überschätzung des *Ich* und zu seiner Abspaltung von *Leib*, dessen integraler Bestandteil es ist, und es besteht beständige Kommunikation in und zwischen den Zentren des Gehirns und dieser Zentren mit den neuronalen Knotenpunkten des Körpers, ja jedem Bereich des Körpers, dessen Zustand, Prozesse, Reaktionen in den Informationsfluß und die Prozesse der Verarbeitung einfließen. Im *Leib* sind Gehirn und Körper im beständigen Informationsaustausch. Ein Zitat soll dies plastisch machen:

"Blitzschnell versucht das Gehirn, neuen Reizen einen Sinn zu geben. Es entwickelt und stellt Hypothesen auf, es reguliert und manipuliert. Nur das Resultat dieser langwierigen Bearbeitung findet den Weg bis ins Bewußtsein. Dieser unbewußten Vorarbeit ist es zu verdanken, daß das Bewußtsein jeden Reiz in den richtigen Kontext zu stellen vermag. Dringt das Wort 'Satz' ins Bewußtsein, so hat das Hirn es längst akustisch vermessen, grammatisch analysiert, über seinen Sinn beratschlagt. Das *Ich* wird mit diesem Abwägen, Prüfen, Denken nicht belästigt. Es weiß das Wort augenblicklich richtig

einzuordnen, je nachdem, ob Steffi einen Satz gewinnt, einen Satz nicht versteht oder einen Satz nach vorne macht" (*Der Spiegel* 16/1996, 196).

Awareness-Übungen lassen also selektierte und interpretierte Wahrnehmungen ins Bewußtsein kommen als optische oder akustische bewußtseinsfähige "Wahrnehmungsgestalten" oder als "Leibatmosphären", subjektive Empfindungsqualitäten, von den Bewußtseinsphilosophen "Qualia" genannt, die als die Bausteine des Ich betrachtet werden.

In den fernöstlichen Formen der Bewegungsarbeit liegt ein völlig anderes Verständnis des Leibes, des Bewußtseins, des Ich - bei *Freud* (1917a, GW XII, 11) soll es "Herr im eigenen Hause" (des Leibes, des Es) werden - zugrunde, das den Erkenntnissen der modernen Naturwissenschaften weitaus besser entspricht als das Modell der Bewußtseinskontrolle. Kein japanischer Bogenschütze würde seine Bewußtheit auf die Hand richten, die die Sehne des Bogens spannt (*Herrigel* 1983). Der Körper in seiner Ganzheit und Eingebundenheit in die Welt handelt. In der Sprache des Integrativen Verfahrens würden wir sagen: *Der Leib handelt in der und bezogen auf die Lebenswelt, als ein "être au monde"*. Konzepte wie Somatisierung, psychogene Erkrankung, Psychosomatik zeigen auch im Bereich der Psychoanalyse, Psychotherapie und in modernen psychosomatischen Betrachtungsweisen diese Problematik des Dualismus. Es unterläuft uns einfach immer wieder in Anleitungen zu Bewegungsübungen, daß der Körper zum "Ausführungsorgan" des Ich, des Bewußtseins, der Persönlichkeit wird, die damit gleichsam außerhalb des Körpers angesiedelt ist wie der Reiter auf dem Roß - so das Beispiels *Platons* - oder wie die lenkende Seele, die aus dem Innenraum des Körpers heraus diesen steuert - ein Gedanke, der für die gesamte christliche Anthropologie der Spätantike und des Mittelalters kennzeichnend war. Erst, wenn nach Awareness-Übungen das Gewahrgewordene - das heißt immer auch das Bewußtgewordene - wieder eingeschmolzen wird in den Strom des Leib-Prozesses, denn Leib ist nicht Zustand, sondern Prozeß - sind Wahrnehmen, Verarbeiten, Handeln wieder in einem fungierenden Fluß, dem Fluß, in dem sich die Gedanken beim Reden allmählich verfertigen, wie es *Kleist* (1806) so treffend beschreibt, oder sich die Bewegung in natürlicher Anmut vollzieht: "Wir sehen, daß in dem Maße, als in der organismischen Welt die Reflexion dunkler und schwächer wird, die Grazie darin immer strahlender und herrschender hervortritt", so *Kleist* (1810/1977, 187) im Marionettentheater.

Im psychoanalytischen Denken und den tiefenpsychologischen und humanistisch-psychologischen Diskursen, die diesem Denken folgen, wird die *Somatisierung* als die archaischere, "primitivere" Reaktion gesehen, bei der das Fühlen eingeschränkt ist und das Vermögen zu sprachlicher Symbolisierung von Wahrnehmungen, Empfindungen, Gefühlen, d. h. zu höheren Formen psychischer Verarbeitung, beeinträchtigt ist oder fehlt. Subtile Versprachlichung steht hier für das "höhere" seelische Vermögen, erlebte leibliche Affekte in symbolische Formen, im Prinzip in sprachliche (*Lorenzer* 1970), zu transformieren. Derartige Alexithymie-theoretische Überlegungen sind nicht weniger Dualisierung als die Tendenz gewisser bewegungs- und tanztherapeutischer Richtungen, die allein in den Aktionen des Körpers zentrieren, den Körper als "Ort der Wahrheit" sehen, der der Verbalsprache nicht bedürfe. Der Körper als *benannter* - jede Anweisung eines Bewegungstherapeuten, einer Tanztherapeutin macht dies deutlich - ist von der Sprache durchtränkt, wird von Rede bewegt. Und diese Verschränkung von Organismus und Symbolwelt, von körperlicher Bewegung und seelischer Bewegtheit macht gerade die Qualität eines

integrierten "Daseins in der Welt" aus, die für Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen so wesentlich ist.

Aus der Sicht der "anthropologischen Krankheitslehre" der Integrativen Therapie (Petzold, Schuch 1992) wäre die Unverbundenheit, Abgespaltenheit, Desintegration dieser Bereiche als Entfremdung, Verdinglichung zu sehen. Therapeutische Arbeit müßte sich deshalb nicht nur darum bemühen, solche Dualisierungen aufzuheben, sie muß auch sorgfältig darauf bedacht sein, daß sie diese nicht reproduziert. Damit soll nun keineswegs ein "harmonistisches Konzept" von Integration vorgestellt werden. Prozesse der Symbolisierung und Prozesse der Physiologie sind eben nicht deckungsgleich, und das Leib-Subjekt ist immer auch an die Prozesse im Organismus-Körper ausgeliefert - etwa im Schmerz oder in der Atemnot. Der platonische Diskurs hat vielleicht deshalb für Menschen die stärkere Überzeugungskraft gehabt, weil sie immer wieder erfahren haben, daß der Geist das Fleisch überwinden wollte, das Fleisch aber "schwach ist", wie der biblische Autor sagt.

Die Gebrochenheit der menschlichen Natur, in der der Geist sich ins Unendliche erheben, ausdehnen und entwerfen will, der Körper aber begrenzt ist und schwer, zerbrechlich, sterblich, macht es überhaupt erst möglich, von "Integration" zu sprechen. Nur, wo *Differenzen* (Derrida) sind, Widersprüchliches oder Widerstreitendes sich findet, ist es möglich zu integrieren. Damit muß sich jede anthropologisch ausgerichtete leib- und bewegungstherapeutische Theorienbildung von einer naiven Rückkehr zur Vorstellung eines in sich reibungslos funktionierenden Organismus abwenden, wie es Reich und in seiner Folge Lowen und Perls mit unterschiedlichen Akzentuierungen vertreten haben. Es gibt ein ausgewogenes organismisches Funktionieren, aber es gibt keine "*wisdom of the organism*" - wie Perls (1969a, b) meinte. Es gibt funktional angemessene Bewegungen, die, ist die Beweglichkeit des Körpers beeinträchtigt, heilsam wirken können, und doch kann man nicht sagen, daß "Bewegung heilt". Dies hieße einen Teilaspekt für die Ganzheit setzen. Heilung geschieht, wo Unausgewogenheiten so groß geworden sind, daß Integration nicht mehr möglich wurde und Hilfen gegeben werden müssen, durch die die eingetretene Desintegration überwunden werden kann. Ein solches Geschehen aber betrifft immer den *ganzen Menschen* in seiner mitmenschlichen Bezogenheit, ist also ein Geschehen zwischen Leib-Subjekten in der Lebenswelt und nicht ein bloßes Üben von Funktionen. Arbeit mit Bewegung und Leib in heilender und fördernder Absicht muß immer den Blick auf diese komplexen Zusammenhänge gerichtet halten, im Sinne einer mehrperspektivischen, komplexen Diagnostik, die *Pathogenese* und *Salutogenese*, Adversives, Belastendes und Protektives, Aufbauendes gleichermaßen in die Betrachtung einbezieht (Petzold 1995e; idem, Goffin, Oudhof 1993).

2. Leiborientierte Diagnostik

Transdisziplinäre (Petzold et al. 1996; Morin 1997), 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 eingeeengt, 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. Hier wären grundsätzliche Überlegungen zum Krankheitsverständnis angesagt (Petzold, Schuch 1992).

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* (Petzold 1988n/1996a, 552 ff.; Hausmann, Neddermeyer 1996), besonders wenn sich der *leibliche Habitus* des depressiven Geschehens verfestigt hat (Petzold 1993a, 1157 ff.). 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.

Es wurde das Beispiel der Depression gewählt, weil 70 % der Menschen in unserer Gesellschaft ein oder mehrere Male in ihrem Leben eine kürzere oder längere depressive Erkrankung hatten, und so wird diese Beschreibung des Krankheitsbildes, das "depressive Selbsterleben" wohl von den meisten der hier anwesenden Zuhörer bestätigt werden können. In ganz ähnlicher Weise könnte man die *kognitive, emotionale, körperliche und soziale* Dimension von Menschen mit Angsterkrankungen beschreiben, die in ihrer Zurücknahme, ihrem Zusammengehaltenensein das Gesamtbild des verängstigten Leib-Subjekts zeigen,

oder bei Zwangserkrankungen, wo bei Patienten ein Gesamteindruck festgehaltener Unbeweglichkeit entsteht, einer Rigidität, die durch Phänomenbeobachtung an Äußerungen des Denkens und Fühlens sowie in der Bewegung und im Sozialverhalten deutlich erkennbar wird.

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 (idem 1992b, 1995g). Deshalb ist 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 Kräftenessen, 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 verloren sind - 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, die 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 Tonlage. 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 1979; Adolph et al. 1993; Thelen, Fisher 1983*) 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 (*Petzold 1995a; idem, van Beek, van der Hoek 1994*), deren Positionen hier kurz umrissen werden. 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* 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 et al. 1995) 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, genausowenig 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* (Petzold, Orth 1994a). 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" (idem 1993p; Osten 1994, 1995) 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 "Körperperformungen" 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 austeielt, 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 (Petzold 1991k, 541 ff.). 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 "internen 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" Verspannungsmuster 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 Vorstellungsbildungen 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 Zugangsweisen, 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) in integrativer Weise verbunden werden.

Schlüsselwörter: Integrative Bewegungstherapie, Zwischenleiblichkeit, Bottom-Up-/Top-Down-Strategien, sozioökologische Theorie; Integrative Therapie

Summary

This lecture is presenting diagnostic and therapeutic concepts of Integrative Body and Movement Therapy. The critically reflected maxim "Healing through Movement" is taken as starting point for the diagnostic perspective on one's own body and on the body of the Other (intercorporality) as well on the relevant body and movement culture. Socioecological concepts as developed by Petzold are used to provide a basis of a therapeutic model in which a 'bottom-up approach' (from body to mind) and a 'top approach' (from mind to body) are connected in an integrated manner.

Key words: Integrative Movement Therapy, Intercorporality, Bottom-Up-/Top-Down-Strategies, socioecological theory, Integrative Therapy.

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.
- Attali, J.*, Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin, Campus, Frankfurt 1981.
- Benjamin, J.*, Die Fesseln der Liebe, Stroemfeld, Frankfurt 1990.
- Bernstein, D.A., Borkovec, Th.D.*, Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson, Pfeiffer, München 1975, 6. unveränd. Aufl. 1992.
- Böhme, G.*, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. *Darmstädter Vorlesungen*, Suhrkamp, Frankfurt 1985.
- Böhme, G.*, Der offene Leib, in: *Kamper, Wulf* (1989) 44-58.
- Böhme, G.*, Der sprechende Leib, in: *Kamper, Wulf* (1989) 144-181.
- Brooks, Ch.*, Sensory Awareness, Viking Press, New York 1974; dtsh. Erleben durch die Sinne, Junfermann, Paderborn 1979.

- Bunge, M., *The mind-body-problem - a psychobiological approach*, Pergamon, Oxford 1980; dtsh. *Das Leib-Seele-Problem*, Mohr, Tübingen 1984.
- Damasio, A., *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und Handeln des menschlichen Gehirns*, List, München 1994.
- Dreyfus, H., Rabinow, P., Michel Foucault. *Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*, Beltz-Athenäum, Weinheim 1994².
- Elias, N., *Über den Prozeß der Zivilisation*, Basel 1939, 2 Bde. Suhrkamp, Frankfurt 1969², 1976, 1986.
- Elias, N., Dunning, E., *Sport im Zivilisationsprozeß*, Lit-Verlag, Münster 1983
- Eschenröder, Ch., *Hier irrte Freud*, Urban & Schwarzenberg, München 1984.
- Foucault, M., *Die Ordnung des Diskurses*, Hanser, München 1974.
- Foucault, M., *Die Subversion des Wissens*, Ullstein, Frankfurt 1978.
- Freud, S., *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916-1917a)*, in: GW, Bd. XI, Fischer, Frankfurt 1973.
- Freud, S., *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933a)*, in: GW, Bd. XV, Fischer, Frankfurt 1973.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R., *Bewegt Sein*, Junfermann, Paderborn 1996.
- Herrigel, E., *Zen in der Kunst des Bogenschießens*, Scherz, Bern 1983²¹.
- Gibson, J., *Senses considered as perceptual systems*, Houghton Mifflin, Boston 1979.
- Kamper, D., Wulf, Ch., *Transfigurationen des Körpers*, Reimer, Berlin 1989.
- Kleist, H. von, *Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden (Orig. wahrscheinlich 1805/1806)*. *Sämtliche Werke*, Löwit, Wiesbaden 1977, 975-980.
- Kleist, H. von, *Über das Marionettentheater, 1810*, *Sämtliche Werke*, Löwit, Wiesbaden 1977, 980-987.
- König, E., *Körper - Wissen - Macht*, Reimer, Berlin 1989.
- Lander, H.M., Zahner, M.R., *Meditatives Tanzen*, Kreuz Verlag, Stuttgart 1987.
- Lippe, R. zur, *Am eigenen Leibe: Zur Ökonomie des Lebens*, Syndikat, Frankfurt 1979.
- Lorenzer, A., *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*, Suhrkamp, Frankfurt 1970.
- Metzinger, T., *Neuere Beiträge zur Diskussion des Leib-Seele-Problems*, Peter Lang, Frankfurt 1996.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H., *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie*, Bd. I, Junfermann, Paderborn 1995.
- Morin, A., *Transversalität*, *Integrative Therapie* 1 (1997).
- Orth, I., Petzold, H.G., *Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen"*, 1993c , in: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-116.
- Osten, P., *Die Anamnese in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 4 (1994) 392-430.
- Osten, P., *Die Anamnese in der Psychotherapie - ein Integratives Konzept*, Reinhardt, München 1995.
- Perls, F.S., *Cowichan lecture on Gestalt Therapy and integration*, Lake Cowichan 1969a.
- Perls, F.S., *Gestalt Therapy Verbatim*, Real People Press, Lafayette 1969b; dtsh. *Gestalttherapie in Aktion*, Klett, Stuttgart 1974.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Junfermann, Paderborn 1985g.

- Petzold, H.G.*, Die modernen Verfahren der Bewegungs- und Leibtherapie und die "Integrative Bewegungstherapie", 1985i, in: *Petzold* (1985g) 347-390; revid. (1988n) 21-58.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a; revid. (1991a) 153-332.
- Petzold, H.G.*, Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988b; revid. (1991a) 98-152.
- Petzold, H.G.*, Das Leib-Seele-Geist-Problem in der Integrativen Therapie - Überlegungen zu einem differentiellen, emergenten Monismus, MS Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988i.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n; 3. revid. und überarbeit. Auflage 1996a.
- Petzold, H.G.*, Der "Tree of Science" als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1991k; repr. (1992a) 457-647.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G.*, Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, 1992b, in (1992a) 789-870.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G.*, Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold, H.G.*, Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, 1993p, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G.*, Mehrperspektivität - ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, 1994a, *Gestalt und Integration 2* (1994) 225-297.
- Petzold, H.G.*, Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke, Junfermann, Paderborn 1994j.
- Petzold, H.G.*, Weggeleitet und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, 1995a, in: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- Petzold, H.G.*, Jugend und Gewaltprobleme - Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive, 1995e, *Gestalt* (Schweiz) 10 (1995) 4-21.
- Petzold, H.G.*, Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung, Junfermann, Paderborn 1995g.
- Petzold, H.G.*, Psychotherapie, ein integrativer Ansatz oder weiterhin schulengebundene Ideologie? Probleme, Hintergründe, Argumente, Vortrag auf der Internationalen Psychotherapietagung des ÖAGG vo. 22.-26.11.1995, 1996d; schriftliche Fassung im Tagungsbericht hrsg., von *Gollner, Ch., Nausner, L., Bösel, R.*, Integrative Gestalttherapie, Edition Praesens, Wien 1996, 150-199.
- 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* (1994j) 491-645.

- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J.*, Protektive Faktoren - eine positive Betrachtungsweise in der klinischen Entwicklungspsychologie, Faculty of Human Movement Sciences, Dep. Movement Education, Clinical Movement Therapy, 1993; erw. in: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266 und in: *Petzold* (1993c) 345-497.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Curriculum für die Ausbildung von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten, 1993f, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 667-680.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung, 1994a, *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Das Konflux-Modell und die Arbeit mit kokreativen Prozessen in Teamsupervision und Organisationsberatung, 1996b, *Kunst & Therapie* 1 (1997) 1-46.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., Sieper, J.*, "Supervisorische Kultur" und Transversalität - Grundkonzepte Integrativer Supervision, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1996; erw. *Integrative Therapie* 1 (1997).
- Petzold, H.G., Schuch, W.*, Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: *Pritz, Petzold* (1992) 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (Hrsg.), Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993a; 2. Auflage 1996.
- Pritz, A., Petzold, H.G.*, Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1992.
- Schmitz, H.*, System der Philosophie, 10 Bde. Bouvier, Bonn 1964-1981.
- Tamboer, J.W.I.*, Mensbeelden achter bewegingsbeelden: Kinanthropologische analysis vanuit het perspectief van de Lichamelijke Opvoeding, De Vrieseborch, Haarlem 1985.
- Tamboer, J.W.I.*, Filosofie van de bewegingswetenschappen, Martinus, Nijhoff 1989.
- Tansley, D.V.*, Subtle body, Thomas & Hudson, London 1977; dtsch. Kösel, München 1986.
- Thelen, E., Fisher, D.M.*, The organization of spontaneous leg movements in newborn infants, *Journal of Motor Behavior* 15 (1983) 353-377.
- Welsch, W.*, Vernunft, Suhrkamp, Frankfurt 1996.

Adresse der Autoren:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. Hilarion Petzold
 Dipl.-Sup. Ilse Orth
 Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG)
 Achenbachstr. 40/D-40237 Düsseldorf