

Integrative Bewegungstherapie

Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert, Apostolos Tsomplektis, Hilarion G. Petzold, Martin J. Waibel*

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),
Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;
Hermann Ludwig, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

**„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“**

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückes-
wagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 03/2011

„Eigenleibliches Spüren“ und „körperliche Reaktionen“

Ein leib-phänomenologischer Zugang in der Integrativen
Leib- und Bewegungstherapie

Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg

*

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1/2011

* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Zusammenfassung: „Eigenleibliches Spüren“ und „körperliche Reaktionen“.
Ein leib-phänomenologischer Zugang in der *Integrativen Leib- und Bewegungstherapie*

Der Text ist ein Vortrag, der von der Autorin im Mai 2011 in Bad Salzuflen gehalten wurde. Er befasst sich mit der wichtigen Unterscheidung von Körper und Leib. Weitere zentrale Themen wie das eigenleibliche Spüren und die Bedeutung von körperlichen Reaktionen werden anhand einer Prozessbeschreibung dargestellt. Der Artikel ist gerade für Therapeuten die sich mit der Bedeutung von Leib- und Körpertherapie in Bezug auf die Psychotherapie befassen als zentral anzusehen.

Schlüsselworte: Leib, Körper, eigenleibliches Spüren, körperliche Reaktionen, Prozessbeschreibung, *Integrative Bewegungstherapie*.

Summary: "Feeling yourself" and "physical reactions".

A body-phenomenological approach in *integrative body and movement therapy*

The text is a lecture given by the author in Bad Salzuflen in May 2011. It deals with the important distinction between body and body. Other central issues, such as feeling one's own way and the importance of physical reactions, are presented using a process description. The article is especially important for therapists who deal with the importance of body and body therapy in relation to psychotherapy.

Keywords: body, body, physical feeling, physical reactions, process description, *integrative movement therapy*.

„Eigenleibliches Spüren“ und „körperliche Reaktionen“

Ein leib-phänomenologischer Zugang in der
Integrativen Leib- und Bewegungstherapie*

Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg

*Vortrag gehalten auf der IBT-Tagung in Bad Salzflun Mai 2011

Zu Beginn möchte ich als Einführung und Erinnerungshilfe das Leibkonzept der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie kurz skizzieren.

Das Konzept der Leiblichkeit

Wir unterscheiden die Begriffe Körper und Leib.

Mit **Körper** ist der biologische Organismus gemeint, die materielle Grundlage aller Lebens- und Lernprozesse - auch der seelischen und geistigen Lernprozesse.

Körper ist aus dieser Perspektive „Dingkörper“, etwas was man anfassen kann, etwas Objektivierbares, eine physikalische Größe (Muskeln, Knochen, Nervenzellen ...).

Leib dagegen ist mehr. Leib ist der belebte, beseelte, geisterfüllte, lebendige Körper, ist Körper in Beziehung. Leib ist das, was sich durch die persönliche Lebensgeschichte als individuelle Form entwickelt. Leib meint immer den ganzen Menschen, die ganze Person. Wir sprechen vom „**Leib-Subjekt**“.

Ein Mensch, als Leibwesen ist immer eingebettet in ein soziales und ökologisches Umfeld. Mit sozialem Umfeld sind die Einflüsse von *anderen* wichtigen Menschen gemeint, und mit ökologischem Umfeld ist der persönliche Wohn-, Arbeits- und Lebensraum gemeint. Das soziale wie auch das ökologische Umfeld beeinflusst im Zusammenspiel mit den biographischen Erfahrungen die Entwicklung des Individuums und alles gestaltet den Leib, bzw. das Leib-Subjekt mit. Wir sprechen deshalb vom „Informierten Leib“ der in die Welt eingebettet ist und Welterfahrung verkörpert. „**Leibsubjekt in der Lebenswelt**“.

Das führt zu der anthropologischen Formel: *Der Mensch, als Mann oder Frau ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen. Er ist als Leib-Subjekt eingebettet in die ökologische und soziale Lebenswelt, in einem raum-zeitlichen Kontinuum.*

Dieses Leibkonzept der IBT unterscheidet verschiedene Ebenen / Teilaspekte:

- die des **Körpers** – als die Gesamtheit aller biologischen, genetischen, physiologischen Prozesse des Organismus, mit dem Körpergedächtnis etc.
- die des **Psychischen/Seelischen** – als die Gesamtheit aller Gefühle, Motive, Willensakte, schöpferischen Impulse etc.

- die des **Geistes** – als die Gesamtheit aller erkenntnismäßigen bzw. geistigen Prozesse, persönliche Werte, Glaubenshaltungen, Ethik, auch kulturspezifische Inhalte etc.
- die des **Sozialen** – als die Gesamtheit aller sozial-kommunikativen Prozesse mit Anderen.

D.h. Körper ist immer nur *ein Teilaspekt* des Leibes, so wie auch die psychische, die geistige und die sozial-kommunikative Ebene Teilaspekte des Ganzen sind. Der Körper hat insofern eine herausragende Rolle, als er die materielle Basis für alle weiteren Bereiche ist. D.h. am Leib-Subjekt bzw. mit dem Leib-Subjekt Mensch arbeiten bedeutet immer, ganz gleich auf welcher Leib-Ebene ich ansetze, zugleich bei den basalen organismischen Prozessen anzusetzen.

In der Integrativen Leib- u. Bewegungstherapie gehen wir nicht von einer Hierarchie aus, die *einer* Leibebe eine größere Bedeutung zumisst als einer anderen. Natürlich gibt es deutliche Unterschiede, in welchem Bereich sich eine Erkrankung oder Beschädigung besonders zeigt und muss entsprechend behandelt werden.

Beispiel: verächtlicher Blick

Ein verächtlicher Blick verletzt nicht nur auf der emotionalen Ebene, sondern der Mensch reagiert unmittelbar auch körperlich: vielleicht zieht er den Kopf ein, vielleicht nur ein ganz kleines Bisschen, aber er reagiert neben dem seelischen Unwohlsein auch mit Muskel-Spannung. Vielleicht zieht er sich mehr und mehr zurück. Schweigt. Vereinsamt. Dann wirkt sich die emotionale Verletzung zusätzlich auf den sozialen Bereich aus – natürlich nur dann, wenn der Mensch wiederholt und über einen längeren Zeitraum solchen verächtlichen Blicken ausgesetzt ist. Affektive Betroffenheit ist immer leiblich, auf allen Leibebenen!

Viele kennen das – insbesondere viele unserer Patienten!

Theorie - Praxis - Verschränkung

Die Grundannahme der integrativen Anthropologie, dass das Wesen des Menschen in der Leiblichkeit gründet, hat unmittelbaren Einfluss auf die praktische Arbeit. – Wir sprechen von Theorie-Praxis-Verschränkung. Das zeigt sich darin, dass wir *alle* Leibaspekte, die des Körpers – der Seele – des Geistes – und des Sozialen gleichermaßen berücksichtigen und zusätzlich den Einzelnen auch in seiner persönlichen Gesamt-Lebenssituation und aus seiner biographischen Entwicklung betrachten. Deshalb sprechen wir inzwischen auch von *Integrativer Humantherapie* – Therapie des Menschen.

Ein weiterer, sehr wichtiger und praxisrelevanter Aspekt integrativer Leibtherapie ist die Erkenntnis, dass Lernen bis ins hohe Alter möglich ist, und dass die persönliche Entwicklung abhängig ist von *allen* Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens macht.

D.h. die **Persönlichkeit** des Menschen wird über die gesamte Lebenszeit hinweg von drei Einflussgrößen geprägt:

- allen positiven Erfahrungen
- allen negativen Erfahrungen
- und allen Mangel Erfahrungen, dem was fehlte und was man gebraucht hätte.

Alle diese Erfahrungen sind im Körpergedächtnis gespeichert und alle gestalten das „Leib-Subjekt“ Mensch und alles findet seinen Ausdruck im Verhalten. Auf der Körperebene in der Körper-Haltung, der Mimik, der Bewegungsqualität, auf der geistig-seelischen Ebene in den Stilen des Denkens, Fühlens und Wollens sowie auch im Sozialverhalten. Gesundheit und Krankheit zeigen sich auf allen Leibebenen.

Die Konsequenz aus diesen Grundannahmen ist, dass ich in der Therapie nicht alleine auf Probleme und Defizite fokussiere, sondern dass ich im Sinne einer „fördernden Umwelt“ *gezielt* Situationen herstelle, in denen die Patienten positive Erfahrungen des Gelingens und des Wohlbefindens machen können. Das liegt mir sehr am Herzen, denn in der klinischen Psychotherapie ist nach meiner Erfahrung der Schwerpunkt überwiegend auf individuumszentrierter, problem- und defizitorientierter Arbeit. Die von Hoffnung getragene Ressourcen- und Potentialorientierung verstehe ich als Ergänzung, denn natürlich müssen Konflikte und Mangelsituationen untersucht und bearbeitet werden. Aber ebenso wichtig ist es zu lernen: was brauche ich für mehr Gesundheit, was kann ich selber tun für mehr Lebensqualität und Wohlbefinden - auch mit anderen Menschen - was muss und will ich für eine gute Zukunft ändern?

Das Fördern von positiven Erfahrungen kann in der IBT im *sozialen Miteinander* sein (z.B. Trost), das können gute *Körpererfahrungen* sein (z.B. Entspannung, Kraft, das Erleben von Frische) oder es kann auf der *geistig-seelischen Ebene* sein (z.B. neue und gute Konfliktlösungsstrategien).

Die IBT nimmt ernst, was die Forschung gezeigt hat und was als Alltagsweisheit jeder weiß: gute Erfahrungen *motivieren* und *stabilisieren* und dienen als *Puffer* gegen schreckliche Erinnerungen, Überforderungen und alltägliche Probleme. Sie haben ganz allgemein eine heilsame Wirkung! Als solche sind sie in der Therapie unverzichtbar.

Das „Eigenleibliche Spüren“ und die „Körperlichen Reaktionen“

Das „Eigenleibliche Spüren“ ist ein zentraler Begriff in der Integrativen Therapie und ein zentraler Zugang zum Menschen und seinen Problemen. Gemeint ist das, was *ich* von *mir* spüre, wenn *ich* mich *mir selber* zuwende, ohne mich auf die Sinneseindrücke von Sehen, Riechen, Schmecken, Tasten und Hören zu stützen. Es ist ein persönliches Erleben und im naturwissenschaftlichen Sinne nicht zu beweisen. Damit enthält es eine gewisse Unsicherheit, denn es gibt keine Möglichkeit, sich absolute Gewissheit darüber zu verschaffen, ob das, was man für wirklich hält, auch wirklich ist. - Es ist das Einlassen auf den gegenwärtigen Augenblick vom Leibe her - leibliche Wahrnehmung. - Das bietet die Chance, die unwillkürliche *affektive* Betroffenheit *in* einer Situation bewusst zu erfahren. „Eigenleibliches Spüren“ kann damit wie eine Brücke sein zum Mich-selber-besser-Verstehen und das wiederum kann zu einem Willensentschluss führen, z.B.: Ich will etwas verändern. Erkenntnisse und die Motivation etwas verändern zu wollen wachsen so aus dem unmittelbaren individuellen Erleben.

Beispiel: mein Vortrag

Während ich jetzt hier vor Ihnen stehe, ist mir nicht nur kognitiv bewusst, in welcher Situation ich mich hier befinde - ich halte einen Vortrag - und ich sehe diese Situation

nicht nur mit meinen Augen - mit den Sinnesorganen - sondern ich spüre auch Etwas als leibliches Empfinden, als leibliche Reaktion auf diese konkrete Situation hier mit Ihnen als Publikum. In meine leibliche Reaktion fließt sowohl das Wissen ein: Ich halte einen Vortrag, als auch meine Gefühle die ich damit verbinde sowie zusätzlich meine Resonanz auf das soziale Miteinander mit Ihnen hier im Raum. Dabei beeinflusst mich, wie Sie mich anschauen - die Qualität Ihrer Blicke - und wie es mir in dieser Situation mit Ihnen hier geht.

Konkret heißt das: Ich spüre jetzt eine gewisse allgemeine Anspannung. Meine Hände sind ein bisschen feucht. Ich atme ruhig und tief und stehe stabil auf meinen Füßen.

Diese Phänomene leiblicher affektiver Betroffenheit geschehen unwillkürlich, ohne dass ich das willentlich steuere und wenn ich nicht besonders darauf achte, ist es mir auch nicht bewusst. Aber wenn ich mich dem zuwende, kann es mir bewusst werden.

Wir unterscheiden beim „eigenleiblichen Spüren“ zwei Grundtendenzen, das sind die „Weitung“ und die „Engung“. Beides sind Begriffe, die wir von einem unserer Leibphilosophen übernommen haben, von Hermann Schmitz. Diese Phänomene kennen Sie alle: „Mir geht das Herz auf“ – Weitung - meistens als Reaktion auf Freude und Wohlbefinden, oder: „Mir wird ganz eng zumute“. Da zieht sich etwas leiblich spürbar zusammen – Engung. Das ist meistens eher unangenehm, hat aber oft mit sinnvollem Schutz zu tun. Weitung und Engung sind äußerlich nicht zu sehen. Es sind verborgene aber spürbare Leib-Phänomene. Deshalb „eigenleibliches Spüren“.

Daneben gibt es viele andere, noch feinere Empfindungsqualitäten. Ein „Klassiker“ ist der „Kloß“ im Hals (Engung), der Druck auf der Brust, ein Völlegefühl oder das Empfinden, dass man gleich platzt oder ausrastet (Weitung). Angenehme Empfindungen sind Frische, innere Wärme, Entspannung, Wohligsein, sich lebendig oder befreit fühlen.

Vom „eigenleiblichen Spüren“ unterscheiden wir die „körperlichen Reaktionen“. Beides hängt natürlich eng zusammen, aber es ist hilfreich, diese Reaktionsweisen zu unterscheiden. Die „körperlichen Reaktionen“ finden eher auf einer motorisch-funktionalen Ebene statt. Sie können oft auch von anderen Menschen, also von außen, beobachtet und wahrgenommen werden. Es sind offensichtliche Phänomene. Manches ist auch objektiv messbar. Gemeint ist z.B. eine Veränderung der Atmung: der Atem kann stocken, er kann schneller oder langsamer werden. - Erröten ist auch eine körperliche Reaktion. Andere können das von außen deutlich sehen, man selber *spürt* es vielleicht von „innen“ als Hitzewallung im Gesicht. Das Erröten ist ein Beispiel, in dem das leibliche Spüren: Hitze - und die körperliche Reaktion: Erröten – ganz offensichtlich eng beieinander liegen.

Andere Beispiele von körperlichen Reaktionen sind spontane Muskelanspannungen bzw. Bewegungen wie z.B. beim Schultern-hochziehen oder Schultern-sinken-lassen, ein unruhiges Hin-und-her-bewegen oder Sich-entspannt-zurücklehnen.

Bei meinen Patienten zeigen sich beide Phänomene in der Gruppentherapie oft im Drang auf die Toilette gehen zu müssen. Den Druck spüren sie als „eigenleibliches Empfinden“ nur alleine. Das Hinausgehen ist für alle sichtbar eine körperliche Reaktion. Beides zusammen ist häufig mehr Ausdruck von *affektiver leiblicher Betroffenheit* als von einer übervollen Blase.

Nun ist der Mensch noch komplizierter, denn zusätzlich fließen in eine Gegenwartssituation (siehe Beispiel: mein Vortrag) auch noch Stimuli die von „innen“ her

kommen mit hinein, Stichwort: Körpergedächtnis – Erfahrungen aus der Vergangenheit. D.h. - um bei meinem Beispiel zu bleiben - meine aktuelle affektive leibliche Betroffenheit als Vortragende, wird auch durch frühere Erfahrungen mitgestaltet. Das können Erfahrungen sein, die ich mit Vorträgen gemacht habe oder Situationen, in denen ich im Mittelpunkt stand und ob ich damals Anerkennung bekommen habe oder ob ich ausgepiffen worden bin (Protest, Geringschätzung).

Ein gesunder Mensch ist in der Lage sich selber zu spüren.

Bei unseren Patienten ist diese Fähigkeit häufig sehr eingeschränkt. - Dann liegt ein Verlust an „eigenleiblichem Spüren“ vor – wir sprechen auch von „Selbstanästhesierung“. „Körperliche Reaktionen“, die damit in Verbindung stehen, geschehen ebenfalls unbewusst und können vom Patienten nicht in ihrer eigentlichen Bedeutung erkannt werden und werden lediglich auf der funktionalen Ebene verstanden (siehe Druck auf die Blase).

Zwei Beispiele aus meiner Gruppentherapie sollen die praktische Anwendung des leibphänomenologischen Ansatzes verdeutlichen.

1. Beispiel: Schleifen-Gehen

Vom ängstlichen Gespannt-Sein zu Lebensthemen.

Das folgende Beispiel zeigt, wie durch die Wahl meines Bewegungsangebotes die allgemeine Anspannung zu mehr Entspannung, Weitung und sozialem Kontakt führte und wie in dieser positiveren Atmosphäre tiefergehende Erfahrungen gemacht werden konnten. Gleichzeitig zeigt dieses Beispiel, wie bewusste Phänomenbeobachtung zu persönlichen Lebensthemen führen kann. Teilweise bleiben sie in dieser Stunde noch im Unbewussten – obwohl sie sich in den Phänomenen zeigen – und zum Teil können sie bewusst erlebt werden. Am Ende der Stunde zeigen sich Ansätze, an denen in einer nachfolgenden Stunde vertiefend, z.B. konfliktaufdeckend, hätte gearbeitet werden können.

Das Beispiel ist aus einer Urlaubsvertretung. Die Stunde findet in einer großen Bewegungshalle statt. Ich kenne diese Gruppe nicht und weiß auch nichts von den Patienten. - Wir beginnen mit einer kurzen Befindlichkeitsrunde in der auch die Möglichkeit besteht ein persönliches Thema oder einen Wunsch einzubringen.

Ich erfahre, dass es zwei Neue in der Gruppe gibt. Der einzige Mann ist neu. Ihm tut der Nacken weh. Eine ältere Patientin mit vielfältigen Schmerzen, ist ebenfalls neu. – Zwei Patientinnen meinen vage, sie könnten sich etwas zur Entspannung vorstellen. Die anderen sind abwartend und zurückhaltend.

Das ist immer für alle eine schwierige Situation. Die Patienten wissen einerseits nicht, was es für Möglichkeiten in der Bewegungstherapie mit mir gibt und andererseits kann man kaum erwarten, dass sie sich mit einer fremden Therapeutin und zwei unbekannten Gruppenmitgliedern, gezielt auf ihre Probleme einlassen.

Nach dieser Runde entschlüsse ich mich zu folgendem Angebot:

Ich bitte die Patienten in der Halle kreuz und quer zu gehen und dabei darauf zu achten, welches Tempo sich mit der Zeit einstellt. Dann sollen sie eine Bezeichnung dafür finden. Das soll laut in den Raum hinein gesagt werden: z.B. „Ich gehe schnell“. „Ich gehe unsicher“. „Ich gehe zögernd.“ „Ich schlendere“. usw. – *Sie erinnern sich: „eigenleibliches Spüren“*, - diesmal fokussiert auf das Tempo und die Qualität des Gehens.

Danach markiere ich die Mitte der Halle (nach Augenmaß) mit Papierstreifen deutlich sichtbar auf dem Boden. - Dann bekommen die Patienten die Aufgabe, weiterhin zu gehen, aber ihre Wege diesmal in Form von großen Schleifen bzw. einer liegenden Acht zu gehen und der markierte Mittelpunkt des Raumes, soll immer auch die Mitte ihrer Schleife sein. Diese Aufgabe hat eine klare Struktur. Die Mitte der Schleifen ist für alle festgelegt. Der persönliche Spielraum liegt darin, dass jeder für sich entscheiden kann kleine oder große Bögen/Schleifen zu gehen.

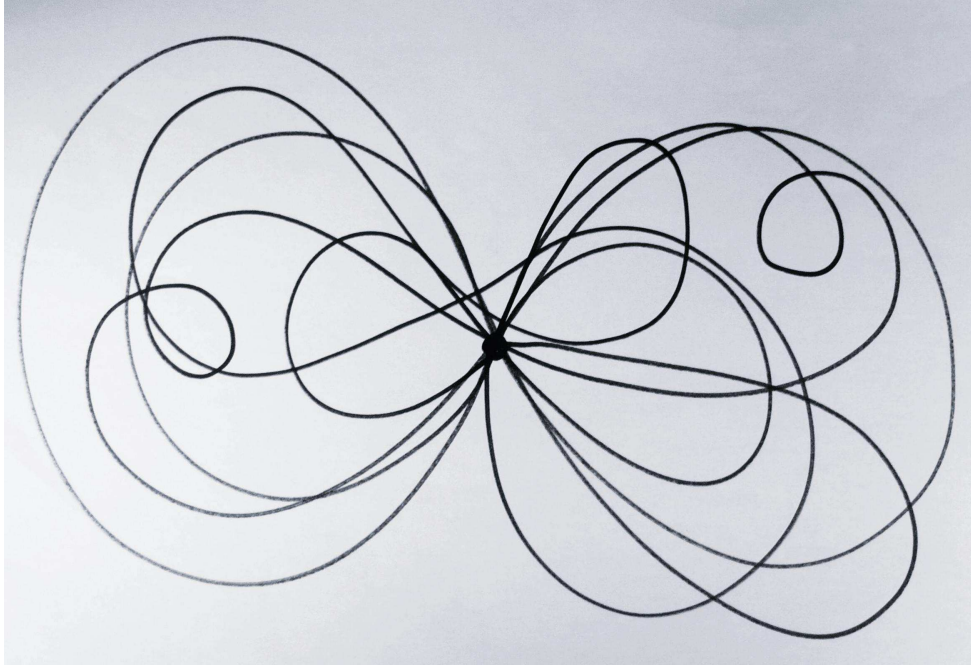


Bild 1: In runden Schleifen gehen

Sehr schnell zeigt sich, wie unterschiedlich die Patienten mit dieser Aufgabe umgehen und es zeigt sich, wo die Probleme liegen. Das ist in der Mitte der Fall, dort wo sie sich näher kommen und wenn ihnen jemand begegnet der auch durch die Mitte gehen will.

Ich bitte die Patienten bewusst darauf zu achten, wie sie mit dieser Situation in der Mitte umgehen („körperliche Reaktionen“) und was sie dabei empfinden („eigenleibliches Spüren“).

Nachdem alle einige Schleifen gegangen sind, werden die Erfahrungen ausgetauscht. In Bezug auf die Größe der Bögen gibt es eine eindeutige Tendenz: überwiegend sind sie in großen Schleifen gegangen. Begründung: weil sie den Anderen möglichst nicht zu nahe kommen wollten.

In der Mitte dagegen gab es viele unterschiedliche Reaktionen.

- Der neue Mann in der Gruppe hatte den Kopf hängengelassen und auf den Boden geschaut und dabei die Übersicht verloren und sich ziemlich unsicher und unwohl gefühlt. Außerdem schmerzt sein Nacken jetzt noch stärker als vorher. Er ist sich nicht ganz sicher, ob er überhaupt durch die Mitte gegangen ist.

- Eine Patientin hatte die Begegnungen mit den Anderen in der Mitte als ganz furchtbar erlebt. Auf meine Frage, *wie* sie mit der Situation, die für sie so schwer war, umgegangen sei sagt sie, sie sei stehen geblieben und habe gewartet bis die Anderen weg waren, dabei sei sie sehr angespannt gewesen.

- Eine Andere erinnert sich, dass sie immer ausgewichen sei.

- Eine junge Frau mit kurzen, blonden Haaren hatte ein Zusammenstoßen in der Mitte über das Tempo reguliert. Sie hatte ein fließendes Hintereinander im Durchschreiten des Mittelpunktes dadurch ermöglicht, dass sie selber langsamer wurde und den Anderen den Vortritt durch die Mitte ließ.

- Eine weitere Variante schildert eine türkische Frau. Sie war sehr bestimmt, ohne nach rechts und links zu schauen, zügig ihrer Wege gegangen. Sie hatte sich um die Anderen überhaupt nicht gekümmert, mit dem Ergebnis, dass man ihr aus dem Weg gegangen war, beziehungsweise die Anderen hatten gestoppt um sie vorzulassen. Sie selber fühlt sich mit dieser resoluten Art wohl und betont, sie komme immer da an wo sie hinwolle. - Das löst in der Gruppe einen lebendigen Austausch aus. Jetzt sind die Patienten gut miteinander im Kontakt.

Anschließend fordere ich die Gruppe auf, noch einmal in Schleifen durch den Raum zu gehen. Bei diesem erneuten Gehen sollen *gezielt* die Erfahrungen aus der ersten Runde genutzt werden, im Sinne von: Wie kann ich innerhalb der gestellten Aufgabe besser für mich sorgen bzw. was fällt mir auf, wenn ich mich selber bewusst in meinem Tun spüre? (Phänomenbeobachtung) – Damit jeder wirklich ein eindeutiges und bewusstes Übungsziel hat, besprechen wir das miteinander:

- Der Mann will mit erhobenem Kopf gehen und sich mehr umschaun
- Die Frau, für die das Ausweichen die beste Lösung in der Mitte war, will weiterhin ausweichen ...
- usw.

In der Abschlussrunde zeigt sich, dass es den meisten jetzt - nach knapp 1,5 Stunden - deutlich besser geht als am Anfang der Stunde („eigenleibliches Spüren). Die Patienten selber sind darüber erstaunt. Ich frage: „Wie kommt das? – Das kann doch kein Zufall sein! Verstehen Sie, warum es Ihnen jetzt besser geht?“ –

Nach und nach entdecken sie mit Hilfe meiner hinführenden Fragen, dass der Atem jetzt tiefer geht und sie entspannter sind („körperliche Reaktion“).

Der Mann ist beeindruckt, wie viel besser er sich fühlt, wenn er den Kopf hebt und auf Augenhöhe mit den Anderen ist. Das Begegnen in der Mitte war für ihn so kein Problem gewesen und sein Nacken schmerzt, für ihn überraschend, nun weniger.

Ich sehe jetzt, dass die blonde junge Frau, die über die Temporegulierung ein reibungsloses Durch-die-Mitte-gehen ermöglicht hatte, sehr bewegt ist. Ich spreche sie an. Unter Tränen sagt sie, ihr sei plötzlich im Gehen etwas ganz Wichtiges aufgefallen, da müsse sie jetzt erst einmal alleine darüber nachdenken. - Das wirkt sehr ernsthaft und ich habe nicht den Eindruck, dass ich mir Sorgen machen muss. Sie ist im Kontakt mit mir und bekommt viel Zuwendung von den Anderen. Hier war offensichtlich in der Selbstbeobachtung aus dem Unbewussten etwas für sie Bedeutsames aufgestiegen, vielleicht ahnt sie eher als etwas zu verstehen und sie kann es noch nicht mit mir und der Gruppe teilen.

Für mich ist in dieser Abschlussrunde eindrucksvoll, wie lebhaft und lebendig der Austausch jetzt unter den Patienten ist. Sie sitzen nahe bei einander, die Atmosphäre ist deutlich entspannter als zu Beginn. Die gemeinsamen Erfahrungen haben das soziale Zusammensein erleichtert.

Die Einzige, die sich am Ende schlechter fühlt, ist *die* Frau, die stehenbleiben musste, um Anderen nicht zu nahe zu kommen. Das betont sie am Ende in einer trotzigsten Weise. Meine Vermutung ist, es „darf“ nicht gut sein. Bei ihr steht möglicherweise der Trotz oder ein anderes bedrohliches Thema – was ich nicht kenne – im Vordergrund. Das hat verhindert, dass sie sich auf das fließende, entspannende Gehen und eine neue Erfahrung *wirklich* einlassen konnte.

Bei mir bleibt die Frage offen, ob es der türkischen Frau tatsächlich völlig gleichgültig ist, wie sie auf andere Menschen wirkt. Mein Eindruck war, die Anderen haben Angst vor ihr und ich frage mich, ob nicht vielmehr *ihre* Fähigkeit sich selbst zu spüren und sich wirklich auf andere Menschen einzulassen, erheblich eingeschränkt ist? Dafür hätte ich mehr von ihr wissen müssen.

In dieser Stunde habe ich zunächst versucht durch das Schleifen-Gehen, was runde, fließenden Bewegungen anregt, ganz allgemein die Atmosphäre zu entspannen. Diese Wirkung liegt in der Bewegungsqualität selber, im Runden. Von dieser funktionalen Arbeit ging es durch meine gezielten Fragen und Hinweise und natürlich auch durch die gesamte Übungsanweisung, fließend über in erlebniszentrierte Arbeit. Die Patienten konnten am eigenen Leibe spüren, dass sie Einfluss haben auf ihre Befindlichkeit, insbesondere in der 2. Runde.

Ich wiederum hatte bei jedem Patienten durch die Beobachtung der Phänomene den Eindruck, dass sich in der jeweils individuellen Lösung der Aufgabe: ausweichen statt durch die Mitte gehen, - den Kopf hängen lassen statt hingucken usw. - etwas von den persönlichen Themen zeigte und vielleicht sich auch ein Teil der Lösung anbahnen konnte. Dieses hätte ich in einer weitergehenden Gruppenstunde, vielleicht konfliktzentriert, wieder aufgreifen können.

In meiner Vertretungssituation konnte ich nur darauf vertrauen, dass die Patienten selber, *das* was sie als wichtig erlebt hatten, in der anschließenden Gesprächstherapie weiterführen.

Später habe ich von Kollegen gehört, dass diese Bewegungstherapiestunde sehr lange nachgewirkt hat und die persönlichen Themen sich tatsächlich herauskristallisierten. Insbesondere die Türkin, die sich so cool und unberührbar gezeigt hatte, weinte später bitterlich. Die Bewegungstherapie hatte ihr den Zugang zu ihrer zarten, verletzten Seite geöffnet.

2. Beispiel: Der Stab

Von der Ablehnung zum sinnvollen Gebrauch.

Ich habe einen hellblauen Stab mit vielen gelben Sonnen mitgebracht (bunten Holzstab zeigen). Den hat eine Patientin in der Bewegungstherapie gestaltet und wir haben anschließend in der Gruppe damit gearbeitet. Jeder hatte natürlich seinen eigenen Stab.

Wir arbeiten in der IBT mit unterschiedlichsten Gegenständen. Wir nutzen sie für Wahrnehmungs- und Bewegungsübungen, manche Gegenstände eignen sich als Übergangsobjekte und vieles mehr. Häufig geht es um die Symbolik für die ein

Gegenstand steht. Außerdem haben die Gegenstände auch eine Wirkung, die im Gegenstand selber liegt. Diese Wirkung entsteht durch die äußere Form, die Größe, das Gewicht, das Aussehen insgesamt und das, was wir *persönlich* im Laufe unseres Lebens mit diesem oder mit ähnlichen Gegenständen für Erfahrungen gemacht haben.

Der Stab hat eine hohe **symbolische** Bedeutung und zwar eine **kollektive** Bedeutung, etwas, was für viele Menschen zutrifft, auch in den verschiedenen Kulturen. Ich denke hier an den Stab als Stütze, z.B. Hirtenstab. Er ist aber auch Zeichen von Macht und Würde: Bischofsstab, Zepter, auch Zauberstab. Er steht für männliche Potenz. Der Askulapstab war ehemaliges Attribut des Gottes und ist bis heute Symbol im Gesundheitswesen. Die Bedeutung und die Wirkung des Stabes hat etwas mit Aufrichtung, Stabilität, Standhaftigkeit, Größe, Macht und Würde und vielleicht auch mit Stolz zu tun.

Eine Kugel z.B. hat eine völlig andere Wirkung (Kugel zeigen). Als vollkommene Form steht sie kulturübergreifend für Harmonie, Vollkommenheit, Ganzheit. Ihre unmittelbare Wirkung auf Menschen, beziehungsweise die Resonanz von Menschen auf eine Kugel, wenn sie sie in die Hände nehmen, ist ein ganz andere, als die auf einen Stab.

Neben der kollektiven Symbolik gibt es die **persönliche Symbolik**. Das hängt damit zusammen, welche *persönlichen* Erfahrungen jemand mit einem Gegenstand gemacht hat. Viele unserer Patienten assoziieren, wenn sie den Stab sehen, Waffe, Schläge, Demütigung, Verletzung, Schmerz - etwas Bedrohliches und Schlimmes. Der Stab wird hier eher zum Stecken und Schlagstock. Und diese persönlichen Bedeutungen sind, wenn sie mit intensiven, schmerzlichen Erlebnissen in Verbindung gebracht werden, so im Vordergrund, dass das Erleben von Würde, Stütze oder Aufrichtung nicht möglich ist.

Ich persönlich arbeite sehr gerne mit dem Stab, eben gerade deshalb, weil er so unterschiedliche Resonanzen hervorruft und darin eine Vielfalt an weiterführenden Erfahrungsmöglichkeiten liegt. - Oft nutze ich ihn, indem ich die Patienten am Anfang bitte, den Stab bei der bewegungstherapeutischen Arbeit senkrecht in der Hand zu halten. Meist gebe ich den Patienten ihren Stab schon in dieser Weise in die Hand. Das war auch in der Gruppe der Fall, in der dieser bunte Stab gestaltet wurde.

Die meisten gesunden Menschen richten sich auf, wenn man ihnen einen großen Stab senkrecht in die Hand gibt („körperliche Reaktion“). Der Stab hat eine Botschaft, die im Stab selber liegt und die sich auf den Empfänger überträgt. Aufrichtung.

Unsere Patienten tun das allerdings sehr oft nicht. Für sie ist der Stab unmittelbar unangenehm, sie lehnen ihn ab, wollen nichts damit zu tun haben, sacken zusammen, ziehen sich eher zurück, werden aggressiv. Er löst Spannung, Angst und Unwohlsein aus. Das hängt mit ihren persönlichen lebensgeschichtlichen Erfahrungen zusammen, die über das Körpergedächtnis oft schon beim Anblick oder beim Ergreifen mit der Hand - über die taktilen Wahrnehmungsstimuli - unmittelbar als leibliche Reaktion, reaktiviert werden.

Jetzt kann man natürlich fragen, warum sollen die Patienten sich aufrichten, es geht ihnen ja schlecht und in sofern passt diese Haltung zu ihrer Befindlichkeit? – Aus Sicht der IBT macht das Aufrichten Sinn, weil man damit vom Körper her (bottom-up-approach) aus der Haltung der Resignation, Angst, Enge oder Niedergeschlagenheit, herauskommen kann. Es geht nicht um ein positivistisches „So-tun-als-ob-es-gut-wäre“, sondern die körperliche Aufrichtung fördert auch die „innere“ Aufrichtung *und* die Patienten kommen aus dem oft

jahrelang „geübt“ und eingeschliffenen Muster des Zusammengesunken-Seins und der Engung, hinaus. Damit wird das Verhaltensrepertoire erweitert und positivere gesündere Voraussetzungen für weiterführende Arbeit gegeben.

Das Beispiel steht auch für eine Möglichkeit in der IBT mit dem Widerstand zu arbeiten. Der Widerstand ist hier als Schutz zu verstehen. Er schützt die Patienten vor erneuter Überforderung, vor Reaktivierung von beschämenden Gefühlen und Erinnerungen an schmerzlichste Erfahrungen. Er verhindert allerdings auch eine gesunde Weiterentwicklung.

Dieser Stab ist in einem kleinen Projekt entstanden und zwar mit Patienten, die an schwersten Traumafolgestörungen (PTBS) leiden. Diese Patienten reagieren im Allgemeinen sehr ablehnend auf den Stab und bewegungstherapeutische Arbeit ist zunächst nicht auf eine konstruktive Weise möglich. Trotzdem habe ich mich gerade mit diesen Patienten intensiv mit dem Stab beschäftigt.

Mein **Ziel** war, dass sich über die Arbeit am Stab, die zunächst negative, ablehnende Reaktion, hin zu einer positiveren Beziehung ändern würde. Im besten Fall würde es zu einer **Neubesetzung** dieses Gegenstandes kommen, zu einer positiveren Symbolisierung. - Für traumatisierte Menschen ist es meistens sehr schwer, sich mit ihrem eigenen Körper auseinanderzusetzen. Sie können sich anfangs nicht einmal vorstellen, dass sie positive Erfahrungen vom Körper her machen könnten. – Dagegen ist es leichter einen gelingenden Veränderungsprozess an einem Gegenstand zu erleben. Ein Gegenstand ist nicht so „haut nah“. Es gibt eine gewisse Distanz. Darauf können sie sich leichter einlassen, auch wenn es sich um einen ungeliebten Gegenstand handelt, in diesem Fall einen Stab. (Ich spreche bewusst nicht von Stock)

Ich hatte für jeden Patienten im Baumarkt eine Tomatenstütze gekauft (ca. 150 cm) und einige Blätter Schmirgelpapier. – *Diese Stäbe können Sie sich sicherlich alle gut vorstellen.* Sie sind sehr rau und fleckig und unansehnlich und fühlen sich in der Hand nicht gut an. Manche sind auch krumm.

Die Aufgabe für die Patienten ist zunächst, dass jeder seinen persönlichen Stab sehr gründlich glatt **schmirgelt**. Es geht nicht um künstlerische Gestaltung sondern um einfache handwerkliche Arbeit und insbesondere um Ausdauer, um Dranbleiben, etwas was für diese Patienten oft schon eine große Herausforderung und Anstrengung ist. Jeder soll seinen Stab in eine „gute Form“ bringen, so dass er sich hinterher gut anfühlt. Die Aufgabe ist bewusst so von mir gestellt: Es soll sich am Ende gut anfühlen. Aus dem Rauhen, Unangenehmen, soll etwas Angenehmes werden, etwas was sie gerne in die Hand nehmen. - *Sie erinnern sich*, die Persönlichkeit wird aus Sicht der IBT geprägt von allen positiven, negativen und Mangelerfahrungen. - Und so ist es auch geworden. Sie haben tatsächlich alle Freude am Schmirgeln und jeder glättet seinen Stab sorgfältig, obwohl das echte Arbeit ist. Sie müssen sich anstrengen, wie in vielen anderen Lebenssituationen auch. Der entscheidende Punkt ist: sie müssen sich nicht überfordern.

Am Ende dieser Stunde ist die Atmosphäre entspannt und alle Patienten sind zufrieden mit ihrem Ergebnis. Der Stab fühlt sich tatsächlich gut an!

In der nächsten Stunde geht es darum, den Stab zu **bemalen**. Anders als in der Kunsttherapie, geht es hier nicht um den persönlichen Ausdruck, an dem hinterher tiefenpsychologisch weitergearbeitet werden soll, sondern der Stab soll mit der Lieblingsfarbe oder mit einer ansprechenden Farbe, rundherum angestrichen werden.

(Viele haben keine Lieblingsfarbe!!!). Die Wahl der Farbe ist hier von Bedeutung. - Über Farben kann man Emotionen wecken. *Vielleicht können Sie sich das konkret vorstellen: die Patienten sind eine Stunde lang mit einer schönen Farbe beschäftigt. Und das hat eine Wirkung in sich selber.*

Vielleicht haben Sie Lust, sich an dieser Stelle einmal selber kurz Ihre eigene Lieblingsfarbe vorzustellen ... Lassen Sie sich für einen Moment auf diese Farbe ein ... Spüren Sie die Wirkung ... Gibt es eine Tendenz in Richtung Weitung oder Engung ... („eigenleibliches Spüren“)? - Wie fühlt sich das an? - Erleben Sie für einen Moment Ihre leibliche Resonanz auf Ihre Lieblingsfarbe.

Zurück zu den Patienten. – Die Patienten tragen ihre Lieblingsfarbe auf das Holz auf. Es gibt allerdings einen Patienten, der das Anmalen verweigert. Er will seinen Stab nur sehr, sehr gründlich glatt schmirgeln. Er möchte, dass das Naturmaterial Holz sichtbar bleibt. (Dieser Mann tut sich auch in vielen anderen Situationen mit Veränderungen extrem schwer. So zeigt sich auch hier im funktionalen Tun etwas von seinen persönlichen Lebensproblemen).

In einem dritten Schritt **verzieren** die Patienten ihren Stab mit weiteren Farben und Mustern. Wichtig ist nun, immer wieder darauf hinzuweisen, dass sie nur das malen, was sie sich zutrauen und dass sie sich nicht mit zu großen künstlerischen Ansprüchen überfordern. – Dieses ist die schwierigste Phase. Das Glattschmirgeln und einfarbige Anstreichen war gut gelungen und alle waren am Ende zufrieden. Beim Verzieren gibt es eine deutliche Tendenz dahingehend, dass sie sich überfordern, was ja für Traumatisierte typisch ist. Auch hier zeigt sich im praktischen Tun, wie schwer es ist eine *angemessene* Lösung zu finden. Hier muss ich ihnen immer wieder Mut machen zu einfachen Mustern, z.B. die Wirkung von kleinen Farbtupfern auszuprobieren. -

Am Ende sind ganz unterschiedliche Stäbe entstanden. Jeder hat seinen unverwechselbaren Ausdruck. Ein unansehnlicher, rauer Gegenstand, ist zu etwas Persönlichem geworden. Durch eigene Anstrengung und Arbeit ist etwas Neues entstanden, ein farbiger Stab, der sich von allen Anderen unterscheidet. Die Stäbe sind immer noch ein wenig krumm, aber jeder ist auf seine Weise schön.

Natürlich sind die Patienten nicht mit allem zufrieden. Z.B. gefällt einer Frau der Stab einer anderen viel besser als der eigene. Ein Mann bleibt bis zum Schluss mit seinem Stab unzufrieden (auch hier deutet sich sein persönliches Thema in den Phänomenen an. Er ist immer Unzufrieden).

Ob tatsächlich eine **Neubesetzung** des ursprünglich negativ besetzten Gegenstandes Stab gelungen ist, zeigt sich in der nächsten Stunde.

Der erste Eindruck ist eindeutig: Die Patienten haben ihren Stab angenommen. Ein Wandlungsprozess ist gelungen. Es kommt zu keinerlei ablehnenden Reaktionen. Die ursprünglich negativen affektiven Reaktionen sind in den Hintergrund gerückt. *Jetzt* ist es möglich, den Stab bewegungstherapeutisch sinnvoll zu nutzen. Die „körperlichen Reaktionen“ geben mir Aufschluss darüber.



Bild 2: Stab als Stütze

Alle stehen mit ihrem Stab als Stütze in der Hand und im weiteren Verlauf geht es um das Thema: „Zu-mir-selber-stehen“. Auch der Mann, der nach dem Bemalen keine Freude daran hatte, steht mit seinem Stab - obwohl der ihm nicht gefällt. Plötzlich fängt er bitterlich an zu Weinen („körperliche Reaktion“). - **Erinnerungen** an früher, an Situationen in denen ihm eine Stütze sehr gefehlt hatte, tauchen auf. Noch schlimmer ist für ihn, als er spürt: „*Ich kann das gar nicht, mich auf jemanden oder auf etwas stützen*“. Gleichzeitig ist für die ganze Gruppe aber sichtbar, dass er jetzt deutlich aufrechter und stabiler als vorher steht, *und* dass er sich auf den Stab stützt. Das ist ihm selber nicht bewusst. Auch nach den Hinweisen der Anderen, kann er das nicht wirklich spüren. - Auf der **unbewussten** Ebene der **affektiven leiblichen Betroffenheit**, hat es aber eine kleine **neue** Reaktion gegeben. – (*Sie erinnern sich, affektive Betroffenheit ist oft zunächst unbewusst*)

Wir können davon ausgehen, dass nun neben seine früheren schlimmen Erfahrungen – das Fehlen von Unterstützung, Mangel - eine weitere, in diesem Fall positive Erfahrung getreten ist, denn er richtet sich auf. Er steht stabiler. Er nutzt den Stab als Stütze. Das bewusste Erleben dieser neuen Reaktion fällt diesem Patienten noch schwer. Er kann sich kaum vorstellen, dass sich etwas an seinem Verhalten verändert hat und er spürt es auch nicht. Das neue Verhalten, die Aufrichtung als „**körperliche Reaktion**“, ist aber für mich und die anderen Patienten eindeutig zu sehen. Hier ist das soziale Umfeld als Bestätigung und Verstärkung für das Neue wichtig und die Mitpatienten schildern ihm auch engagiert ihre Beobachtungen. - Sein altes Muster von: „*Ich kann keine Unterstützung annehmen*“ sitzt sehr tief und natürlich braucht er viele korrigierenden guten Erfahrungen, bis sich ein stabiles, neues und gesünderes Muster des Verhaltens durchsetzen kann.

Ich wünsche ihm sehr, dass es ihm irgendwann gelingt, Unterstützung nicht nur durch einen Holzstab zu nutzen, sondern auch durch ihm wohl gesonnene Menschen und dass ihm diese Unterstützung auf seinem Weg zu einer selbst-ständigen Lebensbewältigung, weiterhilft.

Vielleicht war das *ein* Mosaikstein für einen neuen Anfang.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



Autorin:

Annette Höhmann-Kost
Weiglestraße 12
D – 71640 Ludwigsburg
07141 / 53744
ahoehmann@dgib.net