

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 02/2012

Arbeit an der „persönlichen Souveränität“ - Wahrnehmung und ihre Bedeutung für die Praxis der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie

Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg

*

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1/2012

* 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: Arbeit an der „persönlichen Souveränität“ - Wahrnehmung und ihre Bedeutung für die Praxis der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie

Die Autorin beschreibt anhand einer Prozessbeschreibung aus der klinischen Arbeit die Bedeutung des Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsprozesses in der Integrativen Bewegungstherapie. Ausgeführt wird hierbei die Bedeutung der Arbeit an der persönlichen Souveränität.

Schlüsselworte: Wahrnehmung, Persönliche Souveränität, Integrative Bewegungstherapie.

Summary: Work on "personal sovereignty" - perception and its importance for the practice of integrative body and movement therapy (IBT)

Using a process description from the clinical work, the author describes the importance of the perceptual processing action process in integrative movement therapy. The importance of working on personal sovereignty is explained here.

Keywords: perception, personal sovereignty, integrative movement therapy,

Arbeit an der „persönlichen Souveränität“ - Wahrnehmung und ihre Bedeutung für die Praxis der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie

Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg

Nachdem ich mich mit der Wahrnehmungstheorie beschäftigt hatte, die als Dimension „klinischer Sozialpsychologie“ im Integrativen Ansatz einen festen Platz hat, veränderte sich meine psychotherapeutische Arbeit. Meine Wahrnehmung und meine Interventionen waren genauer geworden. Ich hatte vertieftes Verständnis für meine Patienten und fühlte mich zufriedener mit meiner Arbeit. Dabei tauchten in mir im teilnehmenden Begleiten ihrer Prozesse immer wieder bestimmte theoretische Folien aus dem oben genannten Fachgebiet auf und leiteten mich gezielt in meinen Vorgehensweisen.

Es entstand der Wunsch, diesen wechselwirksamen Prozess zwischen meinen Interventionen und den theoretischen „Fetzen“, die für mich in den Vordergrund gekommen waren, genauer zu reflektieren. Daraus ergab sich wiederum eine gewisse Notwendigkeit Kerngedanken zum Konzept der „persönlichen Souveränität“ anzuschließen, denn in der Integrativen Therapie gibt es keine einseitig fixierenden Bindungen an Referenztheorien. Das Souveränitätskonzept öffnet zu vielfältigen theoretischen Denkmodellen und Interventionsstrategien. Außerdem ist „persönliche Souveränität“ als ein übergeordnetes allgemeines Therapieziel anzusehen.

Im Folgenden beschreibe ich zunächst ein Beispiel aus einem Behandlungsprozess mit einer Frau, die wegen langjähriger psychosomatischer Schmerzen zu mir gekommen war. Dann fasse ich wahrnehmungstheoretische Aspekte, die mir für meine Optik als Therapeutin für „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ (Petzold 1996) bedeutsam sind zusammen und ordne sie einzelnen Sequenzen aus dem Therapieprozess zu. Den Abschluss bilden Aspekte der „persönlichen Souveränität“ und deren Aufscheinen im Veränderungsprozess meiner Patientin.

Psychosomatische Schmerzen: Die Vorgeschichte

Frau W. ist eine freundliche und den Menschen zugewandte Lehrerin. Sie wuchs mit ihrer jüngeren Schwester und ihrer allein erziehenden Mutter auf. Die finanziell schwierige Lage der Kleinfamilie machte einen häufigen Wohnortwechsel notwendig, auch war die Mutter aus beruflichen Gründen immer wieder längere Zeit abwesend. Das führte dazu, dass sich die beiden Mädchen von früh an häufig selber überlassen waren und Frau W. als die Ältere, die Verantwortung für die kleine Schwester übernehmen musste. Schon in jungen Jahren heiratete Frau W. als ihr erstes Kind unterwegs war. Der Ehemann entwickelte nach wenigen Jahren eine Alkoholerkrankung deren Folge war, dass sich Frau W. überwiegend alleine um ihre inzwischen zwei Kinder kümmern musste. Zusätzlich war sie die meiste Zeit die Alleinernährerin der Familie. Das Leben hatte Frau W. nicht verwöhnt. Es war geprägt von der ständigen Sorge um das Allernötigste des Alltags. Das Studium hatte sie

wegen der nicht enden wollenden familiären Belastungen nur mit großer Selbstdisziplin und viel Anstrengung geschafft. Da blieb ihr wenig Zeit für sich selber. Ihr Lebensgefühl beschreibt Frau W. mit: „Eigentlich war mir immer alles zu viel“.

Frau W. leidet seit vielen Jahren an heftigen Rückenschmerzen. Regelmäßige fachärztliche und physiotherapeutische Behandlungen, insbesondere bei Orthopäden und Spezialisten für Schmerztherapien, hatten vorübergehend immer wieder zu relativ schmerzarmen Phasen verholfen. Zuletzt war sie in einer mehrwöchigen Kur, in der sie gute Erfahrungen mit erlebnisorientierter Bewegungstherapie machen konnte. Dies hatte sie für eine ambulante Bewegungstherapie bei mir motiviert.

Frau W. verspürt eine große Ambivalenz in sich. Sie ist eine willensstarke Frau mit guten kreativen *kognitiven* Problembewältigungsstrategien. Das hatte sie, über ihr ganzes Leben hinweg, trotz zahlreicher Krisen, immer wieder zuversichtlich nach vorne schauen lassen. Andererseits hat sie das Erleben von „Es ist mir alles zu viel“ ständig begleitet. Auf der Körper-Ebene des Leibes zeigen sich diese gegensätzlichen Tendenzen in Bereichen von hoher muskulärer Spannung neben anderen, die schlaff und ohne Spannkraft sind und die auf mich wie leblos wirken. Ihre Körperhaltung drückt waches Interesse und Zugewandtheit aus. Der Kopf ist beständig, über die Mittelachse hinaus, nach vorne geschoben. Gleichzeitig wirkt ihre Gesamtkörperhaltung zusammengesunken, als würde sie sich zurückziehen. Dies hat atmosphärisch etwas Resignativ-Ratloses. Ihre Willenskraft hatte sie immer wieder zum „Mich-zusammen-reißen“ geführt, die Schmerzen zwangen sie zum Innehalten und ließen sie ihre Grenzen erkennen. Auf der rationalen Ebene kann sie viele Zusammenhänge zwischen ihrer Lebensgeschichte und den Schmerzzuständen herstellen. Leibliches Empfinden mit den dazugehörigen Gefühlen als Erlebensqualitäten, ist dagegen nur schwer zugänglich. Auf mich wirkt sie wie anästhesiert.

Im Beisammensein mit anderen Menschen macht sie regelmäßig die Erfahrung, dass sie sich verunsichern lässt. Dies ist ein großes Problem für sie, nicht zuletzt in ihrem Beruf als Lehrerin. Ihre Deutung ist: „Ich lasse mich leicht aus dem Gleichgewicht bringen“. Jetzt möchte sie die Bewegungstherapie nutzen um ihre „Mitte zu finden“. Sie hat eine Ahnung, sie ist erfasst von einer Anmutung. *Vorbewusstes* wird *spürbar* ohne, dass es für sie schon wirklich zu *erfassen* und zu *verstehen* wäre.

Ausschnitte eines bewegungstherapeutischen Prozesses

Um sie auf ihr Thema „Mitte“ leiblich-konkret einzustimmen schlage ich vor, dass sie zunächst mittels Durchschreiten des gesamten Therapieraumes von einer Ecke zur diagonal gegenüberliegenden anderen Ecke, die Mitte des Raumes herausfinden soll. Dort soll sie stehen bleiben um für eine Weile die Mitte dieses Raumes *zu sein*. Sie tut dies. Während ich sie dort stehen sehe, spüre ich als Resonanz auf sie, eine schmerzliche Berührung in mir. Sie kommt mir dort in der Mitte sehr verloren vor. Das führt mich zu der Frage, ob es ihr recht sei, wenn ich mich Rücken an Rücken, zu ihr stelle. Ich möchte mit ihr gemeinsam die Mitte des Raumes sein. - Sie willigt ein.

In dem Moment nun, in dem ich ihren Rücken ganz leicht mit meinem Rücken berühre, drückt sie mit großer Intensität gegen meinen Rücken und lehnt sich so weit nach hinten, dass ich gezwungen bin, den größten Teil ihres Oberkörpers zu tragen. Ich bin so überrascht von ihrer Reaktion, dass ich sie nur mühsam halten kann. Zum Glück gelingt es mir mich zu stabilisieren und ich frage: „Wie erleben Sie diese neue Situation mit mir jetzt?“ - Sie antwortet zu meiner erneuten Überraschung, dass sie sich unheimlich anstrengen müsse um nicht nach *vorne* umzufallen, da ich sie so stark von hinten nach

vorne drücke, sie sei ganz verkrampft. - Ich verstehe, dass *ihre* Wahrnehmung der Situation eine völlig andere ist als *meine*. Zusätzlich bin ich mir sicher, dass eine Konfrontation mit ihrer unbewussten Körperreaktion sie zum jetzigen Zeitpunkt beschämen würde und eine erneute Überforderung - wie so oft in ihrem Leben - für sie bedeuten würde.

Es gelingt uns, diese für uns beide sehr anstrengende Haltung unbeschadet zu beenden. Im weiteren Verlauf des Geschehens frage ich sie, ob sie sich einmal mit dem Rücken an der Wand anlehnen möchte. Nach einigem Zögern tut sie dies und berührt die Wand spontan nur im oberen Bereich mit ihren Schulterblättern. Ihr oberer Rücken ist in dieser Haltung weit nach hinten gebogen, die Lendenwirbelsäule ca. 15 cm von der Wand entfernt. Als ich sie auffordere auch das Kreuzbein, und somit den gesamten Rücken anzulehnen, sehe ich (ich sehe sie ja jetzt von vorne), dass sie in dem Moment in dem sie dies tut, ihr Gesicht schmerzvoll verzieht. Sie ist jetzt insgesamt extrem angespannt und wirkt sehr angestrengt. Nach *meiner* Wahrnehmung steht sie jetzt parallel zur senkrechten Wand, in einer aufgerichteten Körperhaltung. Sie bekommt heftige Atemnot und Angst und fühlt sich elend. Sie *erlebt*, ähnlich wie vorher im Rücken-Kontakt mit mir, dass sie von der Wand kräftig nach *vorne* gedrückt wird und ihr spontaner körperlicher Impuls ist, mit viel Anstrengung dagegenzuhalten, um nicht nach vorne hinzufallen. –

Im Verlaufe des anschließenden Gespräches wird ihr erschreckend bewusst, wie sehr ihr körper-leibliches Wahrnehmen, Spüren und Erleben durcheinander geraten ist. Etwas in ihr ist ver-rückt. Ihre persönliche Wahrnehmung von einem aufrechten Stand weicht erheblich von der Wirklichkeit einer senkrechten Steinmauer ab. Natürlich weiß sie, dass die Wand senkrecht ist, sie sieht dies auch mit den Augen und spürt es im Ertasten mit den Händen. Dieses Lot erlebt sie aber konkret körperlich, von „innen“ heraus, als Völlig-aus-dem-Gleichgewicht-sein. Hier findet ihr gefühlsmäßiges Erahnen, dass sie nicht in ihrer Mitte sei, seine körperliche Entsprechung.

Nächstes Ziel in der Therapie ist jetzt, dass sie sich der Wirklichkeit der Mauer annähert um Erfahrungen mit einer ihr fremden Wirklichkeit zu machen. Sie hatte sich als aufgerichtet erlebt, als sie die Wand nur mit den Schultern berührt hatte und ihr Becken weit davon entfernt war. Das entsprach in etwa ihrer typischen Alltagshaltung im Stand. Diese war ihr durch die Gewohnheit natürlich vertraut. Dies entsprach *ihrer* persönlichen Gestaltung von körperlicher Aufrichtung, vermutlich über den längsten Teil ihres Lebens hinweg. Das allerdings entsprach keineswegs einer physiologisch und statisch sinnvollen und somit gesunden Aufrichtung. Gleichzeitig hatte sie ja vorsichtig begonnen zu erahnen, dass ihr inneres und äußeres bzw. körperliches Gleichgewicht kein stabiles war.

Dieses Beispiel zeigt nicht nur gestörte Wahrnehmung mit der entsprechenden Interpretation von Wirklichkeit und die Folgen davon, sondern demonstriert auch, dass die physikalische Welt der Dinge die Voraussetzung ist für zwischenmenschliche korrespondierende Prozesse (*Petzold 1995, 510*). Es war die senkrechte, unveränderliche Wand an der ihr bewusst werden konnte, dass ihr persönliches körperlich-leibliches Erleben von Aufrichtung nicht mit der Aufrichtung einer senkrecht dastehenden Wand übereinstimmte. In der zwischenleiblichen Erfahrung mit mir, war diese Erkenntnis noch nicht möglich gewesen.

Wahrnehmungstheoretische Überlegungen

In der Integrativen (Bewegungs-)Therapie gehen wir von einem Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsprozess aus, in dem Wahrnehmung nie isoliert zu betrachten ist. Wahrnehmung ist immer eingebettet in einen Prozess der mit der Sinneswahrnehmung

beginnt und über Verarbeitungs- bzw. Interpretationsprozesse zu unmittelbarem Handeln führt. Dieses ist dann wiederum die Ausgangslage für erneutes Wahrnehmen, Verarbeiten, Handeln usw.

Als Handeln wird im integrativen Ansatz - anders als alltagssprachlich – nicht nur das motorische, praktische, nach außen sichtbare Tun verstanden. Wir sehen in einem weiter gefassten Verständnis jede Form von Reaktion bzw. Resonanz auf vorausgegangene Wahrnehmungseindrücke, als Handeln an. Dies kann eine Veränderung der Mimik sein, eine minimale Muskeltonusveränderung im Sinne der „Engung“ oder „Weitung“ (Schmitz 1989), es kann eine Veränderung der Körperhaltung oder der Bewegungsqualität sein, ein Aufatmen oder Atemanhalten aber auch mentale Vorgänge wie Gedanken, Gefühle und Vorstellungen oder das Aufscheinen einer bewussten neuen Erkenntnis.

Für die Integrative Bewegungstherapie sind Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung von basaler Bedeutung. Beispielhaft möchte ich die Arbeiten von A. Damasio, M. Spitzer und G. Hüther erwähnen (Damasio 1995, 2000, Spitzer 1996, 2000, Hüther 2004).

Über die Sinnesorgane kommen alle Eindrücke aus der Umwelt in die *sensorischen* Areale der Hirnrinde. Wir sehen mit den Augen, hören mit den Ohren, riechen und schmecken mit Nase und Zunge und tasten über die Haut. Und auch vieles was innerhalb unseres Körpers geschieht ist unserer Wahrnehmung zugänglich. Mit Körper ist in diesem Zusammenhang alles materielle Gewebe gemeint, das außerhalb des Gehirns liegt wie z.B. Muskeln, Knochen, innere Organe. Diese Körperstrukturen gehören in gewisser Weise mit zur Umwelt (neurophysiologische Gehirnaktivitäten sind der Wahrnehmung grundsätzlich nicht zugänglich). Dort nun, in den sensorischen Arealen entstehen für jeden Sinnesindruck charakteristische Erregungsmuster. Diese werden dann zu den *assoziativen* Rindenarealen weitergeleitet. Dort trifft das neu eintretende Erregungsmuster auf die Nervenzellschaltungen, die sich durch frühere Sinnesindrücke herausgeformt haben und die im Leibgedächtnis gespeichert sind. Diese schon vorhandenen Strukturen werden nun aktiviert. Das Neue wird in gewisser Weise an das Alte angehängt, vernetzt sich mit dem bereits Vorhandenen und es entsteht ein neues, spezifisches, erweitertes Aktivierungsmuster. Damit ist je nach Sinnesindruck z.B. ein neues inneres „Sehbild“, ein neues „Hörbild“ oder ein neues „Tastbild“ entstanden. In komplexen Situationen mit komplexen Wahrnehmungsvorgängen, wie bei jedem menschlichen Zusammensein - auch in jeder therapeutischen Sitzung - entstehen entsprechend umfassende, ganzheitliche innere „Handlungsbilder“ oder genauer gesagt, ganze Szenen und Szenenfolgen.

Ein besonders „mächtiges“ Erregungsmuster breitet sich auch auf ältere, tieferliegende Hirnregionen aus, deren Nervenschaltungen für die Regulation körperlicher Funktionen zuständig sind. Dies gilt sowohl für die Koordination und Steuerung von reflexartig funktionierenden als auch für willkürlich beeinflussbare Bewegungen bzw. Handlungen. Diese Verschaltungsmuster sind lange vor der Geburt genetisch angelegt und werden später durch (lebens-) erfahrungsabhängiges Lernen zu hochkomplexen sensomotorischen Verschaltungsmustern weiterentwickelt. Schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten beginnt beim Föten die Entwicklung von Perzeptoren (Wahrnehmungsorganen), so dass man davon ausgehen kann, dass der Fötus ab dieser Zeit Spuren von Wahrnehmungen seines Körpers, seiner Motorik und seiner Umgebung speichert. Diese frühen, zunächst nur rudimentär auf einer „Low-level-Ebene“ gespeicherten Informationen, sind die Basis für die sich immer komplexer weiterentwickelnden Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsmöglichkeit.

Nun dringen die allermeisten Sinneswahrnehmungen überhaupt nicht in unser Bewusstsein vor (dies trifft für ca. 95% aller Wahrnehmungsreize zu !!!). Erst wenn ein Erregungsmuster im Gehirn besonders aktiv wird, breitet es sich auch auf solche Hirnbereiche aus, die für die Bewertung verantwortlich sind und erst hier wird das Erregungsmuster so „stark“, dass ein bewusstes Wahrnehmungsbild entsteht. Maßgeblich dafür was bewusst wahrgenommen wird ist dabei nicht der Umstand wie „wahr“ das Wahrgenommene ist, sondern für *wie wichtig* es von der Person in der spezifischen Situation eingeschätzt wird. D.h. im Wahrnehmen filtern wir aus den vielen uns erreichenden Stimuli diejenigen heraus, die wir für uns als persönlich bedeutsam einschätzen. Das entscheidende Kriterium ist also die subjektive, persönliche emotionale und kognitive Bewertung (evaluation, appraisal).

Es gibt bestimmte Voraussetzungen, die die Aktivität in den assoziativen Bereichen des Gehirns intensiv anregen. Dazu zählen Sinneseindrücke die besonders unerwartet sind, solche die besonders einschneidend sind oder die neuartig sind. Diese Stimuli die zur Bewusstwerdung führen, passen dann nicht so recht zu dem Bild, was man schon aufgrund von früheren Sinneswahrnehmungen hat oder sie sind zumindest noch nie in dieser Kombination vorgekommen. Eine weitere Ursache für nachhaltige Hirnaktivität und Bewusstwerdung liegt in der emotionalen Intensität einer Situation. Das können positive Erlebnisse sein, die einem nie wieder „aus dem Sinn“ gehen weil sie so „zu Herzen“ gehen, aber auch emotional schmerzliche, erschütternde Erfahrungen, die uns „auf den Magen“ geschlagen haben oder „unter die Haut“ gegangen sind (Hüther 2004).

Durch die Sprache wurde schon lange vor dem wissenschaftlichen Nachweis das Wissen um diese enge Verwobenheit von körperlichen und gefühlsmäßigen Vorgängen zum Ausdruck gebracht.

Im Fall von Frau W. war es so, dass die senkrechte Wand sie in gewisser Weise zu einer aufgerichteten Haltung „zwang“. Das war für sie eine neuartige und damit auch konfrontative Erfahrung. Gleichzeitig erlebte sie die Wand als Stütze, als Sicherheit im Rücken, was in Folge ihrer Lebensgeschichte als emotionales Erleben ebenfalls unerwartet und neu war. Das Ganze vollzog sich in der Sicherheit meiner Anwesenheit und in einer dichten, vertrauensvollen Atmosphäre. Alles zusammen bildete einen „Strauß“ von *neuen* Wahrnehmungserfahrungen, welcher zunächst als Störung des langjährig, vertrauten Zustands - der bei aller pathologischen Verzerrung immer auch Sicherheit vermittelt - erlebt wurde und unmittelbar zu Stressreaktionen, Verunsicherung und innerem Chaos führte (Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsprozess).

Petzold beschreibt für die Integrative Therapie einen *rezeptiven* Wahrnehmungsmodus und einen *aktiven* Wahrnehmungsmodus. Die Welt „fällt mir absichtslos, teilweise noch unscharf ins Auge“, „dringt an mein Ohr“, „steigt mir in die Nase“ oder „kommt mir ins Gespür“ (Petzold 1993, 135). Dies ist der *rezeptive* Wahrnehmungsmodus. Er ist rein stimulusabhängig, erfolgt automatisch oder reflexartig - bottom-up -Verarbeitung (Posner/Raichle 1996, 90). Vieles wird dabei nicht bewusst, manches läuft mit-bewusst mit und kann bei entsprechender Fokussierung ins Bewusstsein kommen. Anderes kommt einem in den Sinn und ins Bewusstsein und die *rezeptive* Wahrnehmung geht über in die *aktive* Wahrnehmung. Ich sehe, ich höre, ich spüre, ich nehme die Situation bewusst durch *aktive* Wahrnehmung wahr, - top-down-Verarbeitung. Zwischen diesen Wahrnehmungsweisen pendeln wir ständig hin und her.

Im konsequent leiborientierten Ansatz der Integrativen Bewegungstherapie waren neurobiologische Forschungsergebnisse stets von herausragender Bedeutung. Beispielhaft sei auf die Arbeiten von Antonio Damasio verwiesen (Damasio 1995). Sie bestätigten die durch vielfältige Phänomenwahrnehmung erarbeiteten Annahmen. Damasio geht davon aus, dass es wechselseitig aufeinander einwirkende biochemische und neuronale Regelkreise gibt (Hormonsystem, Immunsystem, Nervensystem) zwischen *den* Gehirnsystemen die für Gefühle zuständig sind, zwischen *denen* die für das Denken bzw. rationales Verhalten zuständig sind *und* jedem einzelnen Körperorgan. D.h. alle diese Bereiche sind unlösbar miteinander vernetzt und beeinflussen sich in ko-respondierenden Prozessen. Gefühle und Empfindungen sind nach Damasio unentbehrlich für rationales Verstehen und Denken und auch für soziale Interaktionen. Er schreibt u. a.: „Im Idealfall lenken uns Gefühle in die richtige Richtung ... führen an den Ort, wo wir die Instrumente der Logik am Besten nutzen können“ (Damasio 1995, 13). Umgekehrt kann aber auch die Wahrnehmung körperlicher Regungen und eigenleiblichen Spürens uns als Wegweiser dienen, um uns den Zugang zu bewusstem Erleben, zu Gefühlen und Gedanken zu erschließen.

Bei Frau W. war es die reflexartige, heftige Körperreaktion, die sie zum bewussten Gefühl der Angst führte. Das wurde zur zentralen Erfahrung und wurde *die* Voraussetzung für ein tieferes (kognitives) Verständnis für den Zusammenhang zwischen ihren Schmerzen und im Körper unbewusst einverlebten, fixierten Gefühlen. Vom Körper zu den Gefühlen, von den Gefühlen zum Verstehen.

Zur Erklärung von komplexen Wahrnehmungsvorgängen – wie dies in sozialen Interaktionen bzw. in der Therapie der Fall ist – bezieht Petzold (Petzold 1998) sich u. a. auf die Tradition ökologischer Sichtweise (Levin 1963, Gibson 1982). Hier steht die unmittelbare Sinneswahrnehmung der physikalischen Umwelt mit ihrem spezifischen Aufforderungscharakter (*affordance*) im Zentrum des Interesses. Diesen Wahrnehmungsstimuli aus dem physikalischen Kontext stehen im ökologischen Ansatz Handlungsmöglichkeiten (*effektivities*) gegenüber und es entstehen „Perception-Action-Cycles“ (Warren 1990) in denen Wahrnehmung - Handlung verschränkt sind und als eine „einzige psychologische Funktion angesehen werden“ (Petzold 1995, 512). Fragen des Informationsverarbeitungsprozesses bleiben hier unberücksichtigt.

Petzold erweiterte deshalb diesen Perzeptions-Aktions-Zyklus zu einer sozialökologischen Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spirale (er bevorzugt die Metapher der Spirale, Petzold/Sieper 1988). In seinem sozialökologischen Konzept fließen nicht nur Informationen des physikalischen Raumes (*physical affordances*) z.B. optische und taktile Reize in den Wahrnehmungsprozess ein, sondern es gibt zusätzlich auch soziale Aufforderungsmerkmale (*social affordances*). In sozialen Interaktionen wird die Qualität des „sensorischen Inputs“, also der reinen Sinneswahrnehmung (ökologischer Ansatz), überstiegen. Soziale Stimuli sind z.B. symbolisch gefasste Informationen wie Sprache, bestimmte Zeichen und Bilder, auch die jeweiligen Rollen die ein Mensch einnimmt. Zusätzlich fließen alle emotionalen (*valuation*) und kognitiven (*appraisal*) Bewertungsprozesse mit ein. Die Tatsache von vielfältigen, wechselseitigen Einwirkungen von „personalen Systemen“, die füreinander Umwelt sind (Luhmann 1968), wird ernstgenommen. Im Wahrnehmen wird somit das bisherige „Ergebnis“ sozialer und körperlich-leiblicher Lernprozesse aktiviert. Dieses „Ergebnis“ aus früheren Erfahrungen beinhaltet das kommunikative Verhalten der persönlichen Lebensgeschichte mit allen

positiven und negativen Erfahrungen. Weiterhin hat die persönliche Geschichte des motorischen und physiologischen Lernens auf der körperlichen Ebene, wie dies z.B. durch Modelllernen erfolgt ist oder durch erlittene Krisen die „böse“ Menschen einem zugefügt haben, ihre Spuren hinterlassen. Dazu zählt auch die erlernte Stressbewältigungsfähigkeit bzw. die Fähigkeit Spannungen regulieren zu können. Allgemein gesagt heißt das: in den aktuellen Wahrnehmungsprozess fließt die gesamte persönliche Regulationskompetenz und –performanz ein. – Damit noch nicht genug! Auch die Kultur, in der man aufgewachsen ist und in der man heute lebt, prägt den Menschen. Dazu kommen noch Interaktionserfahrungen der sozialen Schicht aus der man stammt sowie des eigenen professionellen Feldes, mit den dazugehörigen Qualitäten des emotionalen Ausdrucks. Des Weiteren haben Werte, Normen und Weltanschauungen in diesen Bewertungs- und Interpretationsprozessen von sozialer Wirklichkeit Bedeutung.

Die Vielfalt der persönlichen sozialen Erfahrungen und der aktuellen Stimuli führt somit zu ungemein breiten Interpretationsmöglichkeiten von einer wahrgenommenen sozialen Situation.

Die unausweichliche Folge davon ist, dass es niemals *die* einzige und alleinige Wirklichkeit geben kann. Es entsteht immer ein persönliches Bild von der wahrgenommenen Welt, eben weil es dem Resultat einer persönlichen, subjektiven Interpretationsleistung entspringt. Damit kann dieser Prozess auch als ein kreativer Gestaltungsprozess angesehen werden. Indem wir die Welt (Umgebung und uns selber) wahrnehmen und auffinden, erschaffen wir sie auch. Im Akt der Wahrnehmung selber, in der zerebralen Klassifizierung und der Handlungsreaktion gestalten wir in einem schöpferischen Prozess die Wirklichkeit mit (*Petzold 1998*).

Bei Frau W. führte die Wahrnehmung dessen, was mit ihr in der Aufrichtung an der Wand geschah, zu der unmittelbaren Erkenntnis, dass sie selber erheblichen Einfluss hat auf ihr Lebensgefühl. Ihr Eigeninteresse war auf neue Weise geweckt. Sie verstand, dass sie nur zu seelischem und körperlichem Gleichgewicht finden würde, wenn sie ihre Bedürfnisse vermehrt ernst nehmen würde. Ihr schöpferischer Prozess wurde die Vision eines persönlichen Weges, auf dem nicht mehr die Anderen (z.B. Familienmitglieder) im Zentrum ihrer Bemühungen stehen sollten, sondern auf dem sie in Selbstverantwortung ihre eigenen Ziele mehr in den Blick nehmen wollte.

Neben aller persönlichen Wahrnehmungs-Handlungsgestaltung nehmen wir natürlich Vieles auch ähnlich wahr. Es gibt gemeinsames Verständnis und Annäherungen und damit auch ähnliche Wirklichkeitsvorstellungen. Dies trifft insbesondere für die nichtbelebte, materielle physikalische Wirklichkeit zu. Eine senkrechte Steinmauer wird wohl für alle gesunden Menschen eine senkrechte Steinmauer sein. Sie ist invariant. Und diese physikalische Welt der Dinge ist die Voraussetzung für die soziale Welt des mitmenschlichen Daseins und für jede einzelne Person. Damit bietet die Ding-Welt durch ihre relativ hohe Ein-Deutigkeit ein verhältnismäßig hohes Maß an Orientierung und struktureller Stabilität. Das begründet in der Integrativen Bewegungstherapie die Arbeit auf der Realebene (*Höhmman-Kost 2002*).

Zum Verständnis von therapeutischen Prozessen ist die skizzierte sozialökologische Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spirale grundlegend.

Im vorliegenden Behandlungsbeispiel war der auslösende Wahrnehmungsreiz eine körperliche Berührung des Rückens, zuerst durch mich (*social affordance*) und wenig

später durch die Wand (*physical affordance*). Dieses geschah im Gesamtkontext von Frau W's. persönlicher Schmerzgeschichte, unserer seit einigen Monaten bestehenden vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und in Verbindung mit ihrem Thema: die Mitte und das Gleichgewicht finden. Vieles von dem Genannten wurde bei der Berührung in den „Archiven des Leibes“ aktiviert und floss als Verarbeitungs-Handlungsbewegung in ihre spontane Reaktion ein und führte zu ihrer heftigen körperlichen und gefühlsmäßigen Reaktion.

Taktile menschliche Berührung findet immer auf drei Ebenen statt: 1. als physikalischer Wahrnehmungsreiz des Tastsinnes (leichte Berührung, Druck, Dehnung, Wärme, Kälte, Schmerz, Lust), 2. als sozialer Stimulus auf der Übertragungsebene als mütterliche oder väterliche Geste der Fürsorge, als freundschaftliche Geste der Zuwendung, als bedrohliche Tätergeste usw. und 3. ebenfalls als sozialer Impuls, auf der Ebene von Mensch zu Mensch, als Berührung von mir zu dir, in der Rolle die ich jetzt real einnehme.

Der Mensch filtert – wie beschrieben - aus den grundsätzlich zur Verfügung stehenden Wahrnehmungsmöglichkeiten in der gegebenen Situation diejenigen Informationen heraus, die für ihn persönlich zum jetzigen Zeitpunkt bedeutsam sind. Dieses sind, wie gesagt, häufig neuartige, unerwartete oder besonders einschneidende Reize.

In meinem Beispiel mit Frau W. kam noch die Tatsache hinzu, dass sie sich in der vertrauensvollen Atmosphäre der therapeutischen Situation in einem emotional offenen Zustand befand, was wiederum das Öffnen für neue Erfahrungen begünstigt. Durch meine körperliche Berührung an ihrem Rücken trat nun nicht die physiologische taktile Berührung (welche isoliert betrachtet einer *physical affordance* entsprechen würde) in den Vordergrund und in ihr Bewusstsein, sondern der Körper reagierte auf einer unbewussten autonomen Ebene spontan mit Stressspannung und den dazugehörigen Symptomen von Atemnot, Schmerz, Angst usw. sowie Verwirrung. Sie legte sich ja mit ihrem Oberkörper auf mich und erlebte dies gleichzeitig als Nach-vorne-gedrückt-werden. Das „Leibgedächtnis“ war aufs heftigste aktiviert aber nur ein begrenzter Teil davon war ihrer bewussten Wahrnehmung-Handlung zugänglich. Die zugrunde liegenden eigentlichen Ursachen, die auf der Übertragungsebene (*social affordance*) aktiviert worden waren, blieben für sie im Verborgenen. Vermutlich waren diese Erfahrungen zu schmerzlich und mit ihrem Nicht-Erleben schützte sie sich vor Überforderung.

Anders war ihr Wahrnehmungs-Interpretations-Handlungsprozess an der Wand (*physical affordance*). Die Wand wirkte spontan als ähnlicher Berührungswahrnehmungsstimulus wie meine menschliche Rücken-Berührung. Auch hier triggerte der taktile Reiz tief verwurzelte, alte, einverlebte Reaktionsmuster. Auch hier konnte die Übertragungsebene nicht aufgedeckt werden. Aber an der Eindeutigkeit der lotrechten Wand konnte Frau W. wahrnehmen, erfassen und verstehen, wie wenig sie selber aufgerichtet war. Später konnte sie die Wand immer wieder als Orientierungshilfe nutzen um ihre körperliche Aufrichtung im Stand wahrzunehmen und zu üben und damit auch neurobiologisch zu bahnen (*Spitzer 2000*).

Es war für Frau W. sehr hilfreich, dass ich ihr die für sie relevanten theoretischen Zusammenhänge erklären konnte. Das stoppte ihre Angst vor dem „Verrückt-werden“, reduzierte ihre Scham und motivierte für weitere bewegungstherapeutische Arbeit.

„Persönliche Souveränität“

Die Perspektive der Wahrnehmung ist eine wichtige Referenztheorien im integrativen Konzept der „*persönlichen Souveränität*“ (Petzold 1998a). Souveränität - von lateinisch darüberstehend, überlegen - schließt die Qualität der Exzentrizität ein - gemeint als Überschau aus einer gewissen Distanz über einen größeren Lebensraum. Souveränität beinhaltet auch die Chancen von Freiheit, die sich ein Mensch im Laufe seines Lebens durch „Arbeit an sich selbst“ erarbeitet hat. Souveränität kann sich in einem gelingenden Prozess der Auseinandersetzung mit den Widrigkeiten und Möglichkeiten der eigenen Lebensgeschichte einstellen. Dann wird sie zur „*inneren Souveränität*“ als Ausdruck von „innerer Freiheit“. Souveränität meint aber auch das Aushandeln und Erproben von äußeren Handlungsräumen, von vorhandenen Spielräumen in der aktuellen gegebenen Situation mit den anwesenden Menschen, die bedeutungsvoll sind. Dies ist „*äußere Souveränität*“.

Das Fundament der „*persönlichen Souveränität*“ ist im integrativen Ansatz die Leiblichkeit des Menschen. Damit umfasst Souveränität die Kontrolle und Verfügungsgewalt des Menschen über seinen eigenen Körper. Das beinhaltet die physischen Funktionen handhaben zu können (z.B. Spannungsregulation), aber auch konkrete Bewegungsspielräume nutzen und zu spontanem emotionalem körperlich-leiblichem Ausdruck fähig zu sein. Souveränität schließt auch das Erkunden und die Handhabung der eigenen Emotionen ein, ebenfalls das Üben des Willens um zu Entscheidungen fähig zu werden und diese auch durch schwierige Situationen durchtragen zu können. Weiterhin meint Souveränität gelingende Bewegungen im sozialen Raum, Auseinandersetzungen mit Anderen führen, das Anerkennen der Andersheit des Mitmenschen und – dies ist bedeutsam - Verantwortung übernehmen sowohl für die eigene als auch für die Integrität des Anderen. „Souveränität wurzelt in der Liebe und „Sorge um sich selbst“, die nicht in Selbstbezogenheit verarmt, sondern die sich aus der Bezogenheit heraus zur Welt und zum Anderen öffnet (frei zitiert nach Petzold). - Diese Gedanken begründen u. a. das Konzept der partnerschaftlichen therapeutischen Beziehung (siehe Grundregel der Integrativen Therapie). Die Patientin wird als Partnerin ernstgenommen in dem Sinne, dass sie ihre eigenen Entwicklungs- und Veränderungsprozesse selber verstehen lernt, damit sie ihren Teil der Verantwortung für den Gesundungsprozess in angemessener Weise übernehmen kann.

In einem gelingenden Therapieprozess wird die Therapeutin vorübergehend zu einem bedeutsamen Menschen, der in diesem Aushandlungs- und Entwicklungsprozess zur Verfügung steht, als Fachperson und Mitmensch.

„Souveränität ist die Kraft sich selbst zu vertreten“ (Zitat Petzold 2003, 11). Es geht um das Konkrete, die Umsetzung in der persönlich erlebten Situation. In dem beschriebenen Prozessbeispiel blitzt das Licht von persönlicher Souveränität auf. Frau W. tritt für sich selbst ein indem sie gezielt zur körperorientierten Psychotherapie geht. Sie will sich selber besser im Lebensganzen verstehen lernen. Sie wagt es, sich der Ent-Deckung von schmerzlichen Lebenswirklichkeiten zu stellen. Es wird ihr möglich in einen gewissen Abstand zur Vergangenheit zu treten und es gelingt ihr, sich von Altem zu lösen. Souveränität ist auch die Kraft des Loslassens, Loslassen von Vergangenem was nicht mehr gut tut, unwirksam oder sogar schädlich geworden ist. Gerade das Loslassen ist oft mit erheblichem Stress und mit Angst verbunden, bedeutet es doch Abschied von Vertrautem. Frau W. nutzt Freiräume. In einem nächsten Schritt zeigt sich Souveränität in ihrer Zuversicht und dem Mut, das Neue zu wagen.

Frau W. wagt es die Verantwortung dafür zu übernehmen, dass sie leicht aus dem Gleichgewicht zu bringen ist. Sie steht für sich ein. Sie traut sich ihr eingeschliffenes Haltungs- und Verhaltensmuster in Frage zu stellen. Sie übt an einer neuen Haltung und

findet allmählich zu einer stabileren und vor allen Dingen schmerzärmeren Aufrichtung in ihrer Mitte. Damit gewinnt sie mehr Freiheit und größere „innere Souveränität“. Diese zeigt sich mit der Zeit auch in vermehrter Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen. Damit hat sie auch ihre „äußere Souveränität“ stabilisiert.

Heute ist sie so gut wie schmerzfrei. Wenn der Rücken ab und zu doch noch einmal weh tut, kann sie das als Zeichen von vorübergehender Überlastung verstehen und gezielt dagegen steuern.

Mit den genannten Grundqualitäten Exzentrizität und Freiheit sowie der Fundierung im Leibe, geht das Konzept der „persönlichen Souveränität“ weiter als es z.B. die Dimensionen von Wahrnehmung, Bewältigung und Selbstsicherheit ermöglichen.

Mir selber hilft es immer wieder – und ich habe auch Freude dabei -Behandlungsprozesse vor dem Hintergrund von bestimmten Theoriefolien zu reflektieren. Dies tue ich sogar - wann immer es sinnvoll erscheint - gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten. Theoretisches Wissen ist für mein praktisches therapeutisches Handeln unerlässlich. „Theorie als Intervention“ ist für die Patienten oft entlastend und führt zu einem umfassenderen Selbst-Verstehen.

Gleichzeitig mache ich in Ausbildungs- und Supervisionskontexten die Erfahrung, dass die Entwicklung von Theorie-Praxis-Verschrankung fällt schwer. Ich möchte dazu ermutigen, es immer wieder zu versuchen, auch wenn im Arbeitsalltag die Zeit dafür knapp ist. Es lohnt sich, - für einen selber und für unsere Patienten.

Literatur

Damasio, A. R. (1995): *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn.* Dt. Taschenbuchverlag, München

Damasio, A. R. (2000): *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins.* List Verlag, München

Gibson, E. J. (1982): *Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung.* Urban und Schwarzenberg, München

Höhmman-Kost, A. (2002): *Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung.* Hans Huber, Bern, Göttingen

Hüther, G. (2004): *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern.* Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen

Levin, K. (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften.* Hans Huber, Bern

Luhmann, N. (1968): *Zweckbegriffe und Systemrationalität. Über die Funktionen von Zwecken in sozialen Systemen.* Mohr, Tübingen

Petzold, H. (1993h): *Grundorientierungen, Verfahren, Methoden. Berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive.* *Integrative Therapie* 4, 341-378

Petzold, H. (1995): *Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei „frühen Schädigungen“ und „negativen Ereignisketten“ in unglücklichen Lebenskarrieren.* In: *Petzold, H.: Die Kraft liebevoller Blicke.* Junfermann, Paderborn

- Petzold, H.* (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 2 Bände, 3. überarbeitete Auflage, Junfermann, Paderborn
- Petzold, H.* (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Junfermann Paderborn
- Petzold, H.* (2003): Integrative Therapie. Bd.II, 1, überarbeitete Auflage, Junfermann, Paderborn
- Petzold, H., Sieper, J.* (1988b): Die FPI-Spirale – Symbol des „heraklitischen Weges“. Gestalt & Integration, Gestalt-Bulletin 2, 5-33 und in: Petzold, H. (1988n)
- Posner, M., Raichle, M.* (1996): Bilder des Geistes. Hirnforscher auf den Spuren des Denkens. Spektrum, Heidelberg, Berlin
- Schmitz, H.* (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Junfermann, Paderborn
- Spitzer, M.* (1996): Geist im Netz. Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin, Oxford
- Spitzer, M.* (2000): Geist, Gehirn & Nervenheilkunde. Grenzgänge zwischen Neurobiologie, Psychopathologie und Gesellschaft. Schattauer, Stuttgart
- Warren, W. H.* (1990): The perception-action-coupling. In: Bloch, H., Bertenthal, B. I. (eds 1990): Sensory-motor organisations and development in infancy and early childhood. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, S. 23-37



Autorin

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