

Haltung, Bewegung und Aspekte der Psychomotorik des Menschen

Autor(en): **Zinn**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1980)**

Heft 6

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930594>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Haltung, Bewegung und Aspekte der Psychomotorik des Menschen

Entwurf einer erweiterten physiotherapeutischen Behandlung bei Patienten mit Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule.

Auszug aus einem Vortrag mit Demonstration im Rahmen des wissenschaftlichen Programms Dr. Zinn, Medizinische Abteilung, Bad Ragaz, für die interne Fort- und Weiterbildung.

Gisela Rolf M.A., Cheftherapeutin, Leiterin des Fortbildungszentrums der Medizinischen Abteilung der Thermalbäder Bad Ragaz.

Wenn wir über die Haltung und Bewegung des Menschen sprechen, dann können wir uns vielleicht darauf einigen, dass wir uns in Körperhaltung, Körperbewegung und Körperausdruck nicht untereinander vergleichen können. Das heisst, in unserer Körperwahrnehmung, in unserer Körpervorstellung und in unserem Körpererlebnis sind wir alle verschieden, weil wir ein unterschiedliches Gefühl für Haltung und Bewegung erworben haben. Diese individuelle Ausprägung bleibt auch dann bestehen, wenn wir zugeben müssen, dass wir uns in Haltung und Bewegung durch die Gesetze der Schwerkraft, die auf unseren Körper einwirken, und die Reaktionen unseres Zentralnervensystems als ein Organ der Reaktion auf äussere Stimuli in gewisser Hinsicht sehr ähnlich sind (z.B. Treppensteigen, Gehen, ein Glas Wein trinken, vom Sitzen aufstehen).

Der Vergleich von körperlichen Leistungen beginnt eigentlich erst dann, wenn wir unsere Sensorik und Motorik auf eine spezielle Geschicklichkeit hin, auf Kraft und Präzision innerhalb eines gegebenen Themas schulen, z.B. sportliche Leistungen (wie Fussball, u.a.), tänzerische Leistungen (Ballett, u.a.), berufsspezifische Leistungen (Fliessbandarbeit, u.a.), Hobbyleistungen (ein Instrument spielen, u.a.). Alle diese Leistungen stellen Spezialisierungen innerhalb unserer körperlichen, emotionellen, intellektuellen und auch sozialen Möglichkeiten für Leistungen dar und bedürfen unter anderem einer bestimmten Ausbildung unserer motorischen Geschicklichkeit, um etwas Besonderes zu leisten.

Auch die Testungen unserer organischen Leistungen, z.B. wie unter dem Kriterium der externen Arbeit zur Entlastung der Herzarbeit, stellen einen Sonderfall der Leistungsmessung für das Herzkreislaufsystem dar, und wir können diese Leistungen durch gezielte Aktivitäten und Lebensgewohnheiten

trainieren, bzw. positiv und/oder negativ beeinflussen.

Leistungen im allgemeinen stehen heute so sehr zur Diskussion, weil wir annehmen, dass Leistungen beobachtbar sind und deshalb auch objektivierbar und messbar nach bestimmten Kriterien. Doch oft ist das, was wir für objektiv halten, nichts weiter als eine subjektive Interpretation einer Leistung, das heisst eines Verhaltens, auf das sich eine grössere Gruppe geeinigt haben mag. Die Menge an gleichen Stimmen sagt noch nichts über die Objektivität der Interpretation einer bestimmten Leistung oder eines bestimmten Verhaltens aus, sondern nur über die Tatsache, dass die Interpretation verschiedener Menschen übereinstimmt. Nehmen wir ein Beispiel: Die Übung eines Schülers am Hochbarren wird deshalb als «gut» bewertet, weil eine Gruppe von Fachleuten Kriterien für dieses «gut» aufgestellt hat, und die Leistung bzw. das motorische Verhalten des Schülers diesen Kriterien/Erwartungen sehr nahe kommt.

Schwerer wird die Interpretation von Verhalten, wenn Sprache mit im Spiel ist. Nehmen wir auch hier ein Beispiel: Wir diskutieren nach einem Vortrag über das dargebotene spezielle Thema und seine Darbietungsweise. Wir entdecken bei dieser Art gegenseitiger Rückmeldung, dass wir uns missverstanden oder/und auch verstanden haben. Wie kommen diese Missverständnisse nun unter uns Menschen zustande in einer Situation, in der wir allen Beteiligten unterstellen können, dass sie bereit zur Informationsaufnahme, zum Lernen und zum Gedankenaustausch waren?

Sprache besteht aus Form und Inhalt. Die Form haben wir, wenn wir zum gleichen Sprachgebiet gehören, gemeinsam, aber die Inhalte in einem Gespräch interpretieren wir auf Grund unserer individuellen Erfahrungen, und diese haben wir nicht immer gemeinsam, obwohl sie ähnlich sein mögen

(F. Affolter). Da unsere Sprache also aus Form und Inhalt besteht, haben wir mit der Tatsache fertig zu werden, dass Kommunikation unter Menschen ganz natürlicherweise nicht immer erfolgreich und ohne Konflikte verlaufen kann. Wir erleben dies auch im medizinischen Team und mit unseren Patienten. Das zu akzeptieren fällt uns oftmals im Alltag sehr schwer, und manchmal fühlen wir uns durch andersartige Interpretationen einer Situation oder durch ein uns unverständliches Verhalten des Partners persönlich gekränkt und leiden unter diesem Konflikt oder unter diesem Missverständnis.

Um Vieles eindeutiger und stärker auf uns einwirkend ist die non-verbale Kommunikation, z.B. nehmen wir alle einen ärgerlichen, traurigen oder auch müden Menschen wahr, wenn er sich erlaubt, seinen Zustand in Gesichts- und Körperausdruck zu legen.

Die Bewältigung des Konfliktes/Problems, sei er nun verbal oder non-verbal an uns herangetragen, wird in dem Masse eine selbstverständliche und nicht kränkende Lebenshaltung, wie es uns gelingt, immer neue Erfahrungen zu sammeln, unsere Entscheidungsmöglichkeiten innerhalb bestimmter Situationen zu erweitern, und ist abhängig von unserer Autonomie als Mensch in unserer gesamten Lebenssituation. Das heisst, es gibt zu der Situation oder zu der Lösung eines Problems immer viele Möglichkeiten des menschlichen Verhaltens, um sich an eine bestimmte Situation anzupassen, und dieses Verhalten hat stets Verbindung zu und Auswirkungen auf Verhalten anderer. Je mehr Problemlösungen wir in unserem Verhaltensrepertoire zur Verfügung haben, desto weniger neurotisch reagieren wir. Neurotisches Verhalten könnte deshalb definiert werden als eine gewisse Verarmung an Möglichkeiten, Konflikte zu lösen und sein Verhalten an die aktuelle Situation anzupassen. Eine Situation enthält stets intellektuelle, emotionale, soziale und auch motorische Komponenten für uns. Anpassen von Verhalten bedeutet jedoch durchaus nicht immer Konformität, sondern das Anbieten einer praktikablen Lösung zu dem jeweiligen Problem. Auch die Distanzierung von einer Situation/Problem kann eine praktische Lösung darstellen.

Unseren Beobachtungen nach zeigt die überwiegende Mehrzahl von Patienten, die dem psychosomatischen Erkrankungsbe-
reich angehören (wie z.B. Herzinfarkt-Patienten, Patienten mit Magenulkus, u.a.), Verhaltensweisen in ihrem privaten

und beruflichen Leben, die ein mehr oder weniger stereotypes Verhalten, also eine Verarmung zeigen an flexiblen Verhalten, wie z.B. die Beantwortung von Aussenreizen durch übermässiges Rauchen, übermässiges Essen, keine/oder nur sehr wenig Bewegung, Pressatmung oder paradoxe Atmung, emotionale Instabilität bzw. Rigidität. Unterdrückter Ärger, Angst und Stress können sich ebenfalls in motorischer Hemmung und/oder Hyperaktivität ausdrücken und zu gestörten Funktionen unserer Organe führen. Sie beeinflussen in hohem Masse auch unsere Haltung und Bewegung, unser Denken, Fühlen und unser soziales Verhalten. Wir alle können unter solchen Störungen leiden, das heisst, auch die sogenannten normalen/gesunden Menschen haben potentielle Möglichkeiten, sich in bestimmten Situationen neurotisch zu verhalten.

Wir kommen nun zu der Frage, ob psychomotorische Aspekte, also die Frage nach

- Körperwahrnehmung (Wie fühle ich meinen Körper und wann spüre ich ihn?)
- Körpervorstellung (Wo sind meine einzelnen Körperteile und wie harmonisieren sie miteinander? Was tut dieser Körper in Raum und Zeit?)
- Körperausdruck (Was sagt mein Körper bewusst oder unbewusst aus, und wie benutze ich ihn, wenn ich etwas ausdrücken will?)
- Körpererlebnis (Wie empfinde ich mit meinem Körper und was erlebe ich mit ihm?)

uns als Physiotherapeuten in der Behandlung von Patienten mit Rückenproblemen einen zusätzlichen Therapieansatz oder ein zusätzliches Verständnis anbieten können. Und zu der weiteren Frage, wenn dem so ist, wie wir diese psychomotorischen Aspekte in die physiotherapeutische Behandlung miteinbeziehen können bzw. wie wir sie für unser Berufsbild umsetzen und angemessen definieren können.

In der Physiotherapie gibt es eine grosse Anzahl von Behandlungskonzepten, die den Anspruch erheben, Patienten mit Rückenproblemen Erleichterung zu schaffen und sie vor weiteren Beschwerden zu bewahren.

Ohne die Berechtigung dieses Anspruches hier im einzelnen an allen angebotenen Konzepten zu analysieren und zu diskutieren, möchte ich hier zwei der mir persönlich in Theorie und Praxis am schlüssigsten und am wichtigsten erscheinenden Konzepte zur

Behandlung von Rückenproblemen kurz besprechen. Ich erachte die beiden folgenden Konzepte neben dem PNF-Konzept als eine Grundlage für die physiotherapeutische Behandlung von Patienten mit Rückenproblemen. Ich möchte hier betonen, dass erst dann, wenn Befund und Therapie durch diese Konzepte sorgfältig ausgeführt werden, Fragen der Psychomotorik für unsere Therapie aktuell werden, obwohl sie bereits bei der Befunderhebung und Therapiebeobachtungen über die Körperhaltung und Bewegung des Patienten mit einfließen können.

1. Das Konzept der funktionellen Bewegungslehre (S. Klein-Vogelbach, Basel) berücksichtigt Kriterien der individuellen Ökonomie von Haltung und Bewegung des Menschen und ihrer Abweichungen von der hypothetischen Norm, die durch Hypo- oder Hyperaktivität der einzelnen Körperabschnitte beantwortet werden. Aus der Beobachtung des Bewegungsverhaltens des Patienten mit seinen Problemen werden sogenannte therapeutische Übungen abgeleitet, die ihm über die Körperwahrnehmung ein Gefühl für die Ökonomie seiner Haltung und Bewegung vermitteln sollen. Mit diesen therapeutischen Übungen sind eine Vielzahl manuell ausgeführter korrigierender Techniken des Therapeuten verbunden, um den Lernprozess des Patienten im Umgang mit seinem Problem zu fördern.
2. Das Konzept der Befundaufnahme und Behandlung von Gelenken durch passive Bewegung (G.D. Maitland, Adelaide) berücksichtigt Schmerz und Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit des menschlichen Körpers und versucht, diese als eine Voraussetzung für normale Haltung und Bewegung durch differenzierte und genau indizierte manuelle passive Techniken zu beseitigen oder doch zumindest zu verbessern.

Beide Konzepte der Befundaufnahme und Therapie sind differenziert ausgearbeitet, sie haben hypothetische Normen entwickelt, zu denen Haltung, Bewegung und Beweglichkeit der einzelnen Gelenke und Körperabschnitte bei Abweichungen von der Norm in Beziehung gesetzt werden und den Behandlungsverlauf permanent rückmeldend beeinflussen. Diese exakte Rückmeldung über den Erfolg der applizierten Therapie ist eine Grundvoraussetzung für sinnvolle und eine sich am wiederholten Befund selbstkorrigierende Physiotherapie. Es geht in beiden Konzepten um die Beseiti-

gung von Schmerz, Steifigkeiten und unökonomischen Ausweichbewegungen, wobei die Arbeit von Frau Susanne Klein-Vogelbach primär über die aktive Bewegung des Patienten ihr Ziel zu erreichen versucht, auch in Bezug auf prophylaktische Aspekte, während das Konzept von G.D. Maitland, das wie das Kaltenborn-Konzept in den Bereich der manuellen Therapie gehört, primär die Probleme des Patienten in Bezug auf Schmerz, Bewegungseinschränkung und neuroperipheren Symptomen durch passive Bewegungen, die nur der Arzt oder/und Therapeut ausführen kann, zu beseitigen versucht. Beide Konzepte ermöglichen dem Patienten, nach Abklingen der akuten und chronischen Beschwerden und Symptome, sich wieder körperlich wohlfühlen, und bieten so gemeinsam die unabdingbare Voraussetzung zur weiteren Körperwahrnehmung, zum Körperausdruck und zum Körpererlebnis im täglichen Leben, kurz zur angemessenen Bewegung des Körpers.

Das Konzept der psychomotorischen Therapie wurde von Frau Susanne Naville, Zürich, zunächst ausschliesslich in der Arbeit mit Kindern entwickelt. Im Verlauf der Jahre entstand ein diagnostisches und therapeutisches Konzept, das jedoch nicht unmittelbar auf Erwachsene übertragbar ist. Dennoch haben wir in Kursen mit Susanne Naville erfahren, dass Aspekte wie Körperwahrnehmung, Körpergefühl, Körpererleben und Körperausdruck als Ausdrucksmittel der Persönlichkeit und als Instrument mitmenschlicher Beziehungen von Bedeutung für jede Therapie sein können, die Haltung und Bewegung des Menschen in irgendeiner Art zu beeinflussen versucht.

Auch das Konzept der Tanztherapie, wie es Trudi Schoop, Kalifornien, in jahrelanger Arbeit mit psychisch Kranken entwickelt hat, gibt uns einen Hinweis, wie stark Emotionalität und Bewegungserfahrung des Menschen, Körperausdruck und Körperhaltung zusammenwirken und damit mitmenschliche Beziehungen und körperliches Wohlbefinden beeinflussen.

Wenn wir beginnen, Emotionalität und damit Bewegungserfahrung des Menschen in unsere Befunde miteinzubeziehen, so müssen wir damit äusserst vorsichtig umgehen. Zugegebenermassen würde dieser Aspekt von Haltung und Bewegung des Menschen unser Repertoire an Interpretationsmöglichkeiten im psychologischen Sinne erweitern können. Was aber würde es dem Patienten helfen, wenn Interpretationen über ihn und seinen Körper wie «er ist ver-

krampft, er ist gespannt, er ist passiv, er hat kein Körpergefühl, er geht nicht frei im Raum», nicht von uns therapeutisch umgesetzt würden und lediglich Interpretationen blieben. Dies würde bedeuten, dass wir uns vom Patienten distanzieren anstatt seine Bewegungsmöglichkeiten und sein Wohlbefinden zu erweitern. Wenn wir über Patienten sprechen, so vergessen wir oftmals, dass wir als Physiotherapeuten nicht bei psychologisierenden Interpretationen stehenbleiben können, sondern uns fragen sollten, mit welchem Stimulus wir Haltung, Bewegung und Bewegungsbereitschaft verändern können.

Patienten mit Rückenproblemen haben natürlich die Leichtigkeit der Bewegungen, ihren normalen rhythmischen Gang und auch oft ihre Freude und ihren Humor verloren, wenn sie sich ständig vor Schmerzen schützen und gegen Steifigkeit kämpfen müssen. Es ist also offensichtlich, dass wir zunächst dafür sorgen müssen, dass unsere Patienten sich überhaupt erst einmal schmerzfrei und leichter bewegen können, ehe wir uns mit Fragen ihres Körpererlebnisses und ihres Körperausdrucks beschäftigen, so sehr diese auch vielleicht in die Vorgeschichte der aktuellen Beschwerden gehören mögen.

Nach Zuständen von Schmerz und Bewegungseinschränkungen bei Rückenbeschwerden fällt uns allerdings auch oft auf, dass einige Patienten trotz Wiedererlangen von Schmerzfreiheit und Beweglichkeit der Gelenke und trotz Schulung in der Rücken- disziplin diese kaum im täglichen Leben spontan oder ökonomisch nutzen. Ihre Balancereaktionen bleiben vermindert, oftmals bedingt durch einseitige Arbeits- und Gewohnheitshaltungen. Oftmals kommen und gehen diffuse Rückenschmerzen durch Mangel an Bewegung generell im täglichen Leben oder durch unfunktionelles Fitness- training. Wir alle kennen diese Patienten, die stets Sorge haben, dass die Unbequemlichkeiten im Nacken-Brustwirbelsäulen- und Rücken-Lenden-Bereich wiederkehren und die bewegungsmässig kein Risiko eingehen wollen. Wir alle kennen auch die Minderung an Lebensfreude und Aktivität durch Schmerzen und Steifigkeitsgefühle im Bereich des Rückens.

Wenn unsere physiotherapeutischen Möglichkeiten in Bezug auf die oben erwähnten und auch andere Therapiekonzepte ausgeschöpft sind, und der Patient mit Rückenbeschwerden sein Bewegungspotential nicht ausnützt und/oder unökonomisch einsetzt, dann sollten wir uns fragen, wie können wir das Bewegungsrepertoire des Patienten im

täglichen Leben dennoch aktivieren und verbessern, und wie können wir sein Bewegungsgefühl bei Gebrauchsbewegungen in Koordination und Präzision der Bewegung, im Umgang des Körpers mit Gegenständen und anderen Personen und in Anpassungsreaktionen des Körpers an verschiedene Situationen differenzieren? Kurz — wie können wir unseren erwachsenen Patienten mit Rückenproblemen weitere Körperwahrnehmung und noch mehr Körpergefühl vermitteln, damit sie einerseits vor Rückfällen in Bezug auf Schmerz und Bewegungseinschränkungen geschützt sind und andererseits doch zu einem positiven Körpererleben, d.h. zu einem vollen Gebrauch ihres Körpers im täglichen Leben kommen?

Der Umgang mit der Psychomotorik des erwachsenen Menschen heisst für unsere physiotherapeutische Arbeit, sich zusätzlich auf Fragen der Bewegungsentwicklung des Menschen einlassen. Dieser Rückgriff auf vergangene und gegenwärtige Haltungs- und Bewegungserfahrungen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt sind bei Patienten, wie auch bei uns allen, stets eingebettet in emotionale und soziale Erfahrungen. Mit Erwachsenen können wir deshalb in so hohem Masse über die Vorstellung arbeiten, die Haltung und Bewegung beeinflussen, da sie unendliche Bewegungserfahrungen mit der Umwelt bereits gespeichert haben, die jederzeit abrufbar und z.T. automatisch sind. Zum Beispiel erhalten wir eine völlig unterschiedliche Bewegungsreaktion (Tonus, Gleichgewicht, Bewegungsrichtung, Bewegungsausmass, Zeitmass der Bewegung und Raumausnutzung), wenn wir sagen: «Gehen Sie durch diesen Raum, als würden sie in einem Festmarsch mitgehen» oder: «Schleichen Sie vorsichtig durch den Raum, damit Sie keiner sieht und hört». Diese unterschiedlichen Bewegungsreaktionen werden dann automatisch abgerufen und bedürfen nur insofern der Korrektur, als sie evtl. «noch festlicher» oder «noch leiser» gestaltet werden sollten.

Mit der Vorstellung in Haltung und Bewegung des Patienten zu arbeiten, bereitet uns Physiotherapeuten bereits im Konzept der Funktionellen Bewegungslehre in der Einzelbehandlung einige Schwierigkeiten. Wieviel mehr an Problemen aber bekommen wir, wenn wir uns auf Fragen des Körperausdrucks und des Körpererlebens des Menschen in der Gruppe voll einlassen. Wir brauchen dazu Selbsterfahrung in einer speziellen Lerngruppe, in der wir unser eigenes Repertoire an Emotionalität und Sozialität im Umgang mit unserem Körper uns be-

wusst machen, lernen uns über Vorstellungen auszudrücken und Körperausdruck im Umgang mit anderen Menschen zu erlauben. Wir müssen selbst erst erfahren, was unser Körper in Haltung und Bewegung für andere aussagen kann und wie wir ihn dann gebrauchen. Soziale Hemmungen täuschen uns oftmals in der Eigenwahrnehmung und der Wahrnehmung anderer.

In der physiotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Rückenproblemen geht es also um zwei sich ergänzende Aspekte der Behandlung:

1. Die fachspezifische Fähigkeit, in unserem Berufsbild einen klaren funktionellen Befund zu erheben, bei der die Diagnose des Arztes einen Wegweiser für Art und Ausmass unserer Behandlung darstellt, die die individuellen Beschwerden des Patienten in Einzelbehandlung beseitigen und ihn vor weiteren Schäden schützen soll.

Dieser Aspekt bleibt die Grundlage unserer physiotherapeutischen Arbeit, und wir müssen ihr Fragen nach der Vorgeschichte des Patienten in Bezug auf seine Beschwerden zuordnen, Art und Ausmass seiner subjektiven Beschwerden aufnehmen, objektiv Haltung und Bewegung testen und die entsprechenden sich verändernden Abweichungen von der hypothetischen Norm durch den gesamten Behandlungsverlauf vergleichen.

2. Die Frage nach der individuellen Bewegungserfahrung des Patienten in seinem Lebensverlauf und jetzigen Lebensraum und die Auswirkungen auf Umgang und Ausdruck mit seinem Körper sind schwerpunktmässig Fragen nach dem Umgang des Menschen mit seinem Körper als soziales Wesen: zum Beispiel gefühls- und erlebnisbedingte Tonusveränderungen sind uns allen nicht nur gemeinsam, sondern geben unseren Körpern auch einen ähnlichen Ausdruck, wenn soziale Hemmungen ihn nicht verdecken. Wir alle verändern unseren Tonus je nach dem ob wir müde, ärgerlich, fröhlich, interessiert, gelangweilt oder ängstlich sind. Wir verändern unseren Körpertonus, unseren Bewegungsrhythmus und Gesichtsausdruck sogar dann, wenn wir so tun, als wären wir gelassen und sind doch in Wirklichkeit aufgeregt, wütend und voller Hemmung. Diesen Aspekten werden wir besser in einer Gruppe gerecht, wo sozialer Kontakt zu anderen Menschen hergestellt wird und wo deshalb die individuelle Haltung- und Bewegungskorrektur des Patienten

zu Gunsten der Erweiterung des Bewegungsrepertoires mit und durch andere in den Hintergrund tritt.

Wenn wir als Physiotherapeuten beginnen, auf die Psychomotorik unserer Patienten in der Gruppe Einfluss zu nehmen, dann gehen wir über die bisher speziellen funktionellen Befunde und Therapien unseres Berufsbildes hinaus und arbeiten über gefühls- und erlebnisbedingte Komponenten von Haltung und Bewegung des Menschen. Wir nehmen über unsere Vorstellungen/Erfahrungen in Form stimulierter Ereignisse Einfluss auf Tonus, auf Gleichgewichtsreaktionen, auf Verteilung von Gewicht, auf die Schnelligkeit der Bewegungen, auf Präzision und Koordination der Bewegung, auf die Anpassungsfähigkeit des Körpers in einer bestimmten Situation, auch an einen Partner. Wir können auch den Impuls einer Bewegung und ihrer Bewegungsrichtung im Raum beeinflussen und setzen uns deshalb mit Raumaufteilung, mit Rhythmisierung von Bewegungsabläufen und auch mit der Stärke und den Ausdrucksmöglichkeiten der menschlichen Stimme auseinander. Es geht dabei um die Erweiterung und Vertiefung des Haltungs- und Bewegungsrepertoires des Menschen im Kontakt mit sich selbst und mit anderen. Zu den anderen gehören wir als Therapeuten unter gleichen Voraussetzungen darum auch selbst. Patienten und wir lernen, dass Haltung und Bewegung nicht nach schön oder schlecht, richtig oder falsch beurteilt wird, sondern nach den individuellen Ausdrucksmöglichkeiten jedes einzelnen in der Gruppe. Damit bekommen wir alle mehr Informationen und mehr Verständnis für den eigenen Ausdruck und für das eigene Erleben, auch für das der anderen und vor allem für die Zwiespältigkeit, die uns soziale Hemmungen auferlegen. Zu den grössten Problemen der Zwiespältigkeit gehören u.a. Erwartungshaltungen an sich selbst und an andere, moralisch-sozial gesetzte Normen, Minderwertigkeitsgefühle, Leistungsansprüche und Ängste.

Wenn es uns in der Therapie mit erwachsenen Patienten um das Verständnis und um das Recht auf Wohlbefinden des anderen und des eigenen Lebens geht, dann üben wir uns damit gemeinsam in der Lebensweise, die uns Erwachsenen oft so schwer fällt: Unseren eigenen Lebensraum voll auszunutzen und zu bewahren als ein ICH, und dem anderen seinen Lebensraum zu lassen als ein DU. Die Frage der gegenseitigen Erwartungen wird beantwortet durch die Individualität der Personen und wir finden in ihr viele Gemeinsamkeiten. Erst dann kann

es in den verschiedensten Situationen, und besonders auch in der Therapie, zum Verständnis zwischen Therapeut und Patient, d.h. zwischen Menschen kommen.

Literaturverzeichnis

Affolter, F.:

Zentrale Sprachschädigung bei Kindern.
In: Menschenbild und Menschenführung.
Festschrift zum 60. Geburtstag von Eduard Montalta.
Universitätsverlag, Freiburg 1967, 262-295

Affolter, F.:

Aspekte der Entwicklung und Pathologie von
Wahrnehmungsfunktionen.
In: Pädiat. Fortbildk. Praxis, 34, 1972, 49-50

Affolter, F.:

Therapeutische Erfahrungen mit einer Gruppe
autistischer Kinder.
In: Therapeutische Erfahrungen und neuere Überle-
gungen zum Verständnis des Autismus.
Lüdenscheid: Crummenerl, 1976, 3-17

Affolter, F.:

Wahrnehmungsgestörte Kinder: Aspekte der
Erfassung und Therapie.
In: Pädiatrie und Pädologie, 12, 1977, 205-213

Argyle, M.:

Soziale Interaktion.
Studienbibliothek, Kuppenhauer und Witsch

Berne, E.:

Transactional Analysis in Psychotherapy.
Ballantine Books, New York 1961

Bobath, B.:

Die Hemiplegie Erwachsener — Befundaufnahme,
Beurteilung und Behandlung.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1973

Bobath, B.; Bobath, K.:

Die Motorische Entwicklung bei Zerebralpareesen.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1977

Cronbach, L.J.:

Einführung in die Pädagogische Psychologie.
Verlag Julius Beltz, Weinheim/Berlin/Basel

Guilford, J.P.:

Persönlichkeit.
Verlag Julius Beltz, Weinheim/Berlin/Basel

Klein-Vogelbach, S.:

Funktionelle Bewegungslehre
Springer Verlag Berlin/Heidelberg/New York 1976
Rehabilitation und Prävention Nr. 1

Klein-Vogelbach, S.:

Therapeutische Übungen zur Funktionellen
Bewegungslehre — Analysen und Rezepte.
Springer Verlag Berlin/Heidelberg/New York 1978
Rehabilitation und Prävention Nr. 4

Knott, M.; Voss, D.E.:

Proprioceptive Neuromuscular Facilitation —

Patterns and Techniques.

Medical Department, Harper & Row, Publisher,
New York/San Francisco/London 1968

Kaltenborn, F.:

Manuelle Therapie der Extremitätengelenke
Olaf Norlins Bokhandel Oslo

Maitland, G.D.:

Peripheral Manipulation.
Butterworth, London 1977

Maitland, G.D.:

Vertebral Manipulation.
Butterworth, London 1977

Oerter, R.:

Moderne Entwicklungspsychologie.
Verlag Ludwig Auer, Donauwörth 1967

Piaget, J.:

Die Entwicklung des Erkennens II
— Das physikalische Denken
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1973

Piaget, J.:

Die Entwicklung des Erkennens III
— Das biologische Denken
— Das psychologische Denken
— Das soziologische Denken
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1973

Piaget, J.:

Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde.
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1974

Piaget, J.:

Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde.
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1974

Schmidbauer, W.:

Die hilflosen Helfer — Über die seelische Problema-
tik der helfenden Berufe.
Rowohlt Verlag GmbH, Rheinbek bei Hamburg 1977

Tausch, R. + A.:

Entwicklungspsychologie.
Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen

Thomae, H.:

Altern — Probleme und Tatsachen.
Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt am
Main

Thomae, H.:

Das Individuum und seine Welt —
Eine Persönlichkeitstheorie.
Verlag für Psychologie, Dr.C.J. Hogrefe, Göttingen
1968

Weinert, F.E.:

Pädagogische Psychologie 1
Pädagogische Psychologie 2
Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am
Main 1974

Review of Child Development Research, Vol. 2,
Russell Sage Foundation