

**Zeitschrift:** Physiotherapie = Fisioterapia  
**Band:** 32 (1996)  
**Heft:** 7

**Artikel:** Der "Übergangskreis Sprechhandeln" in der Physiotherapie  
**Autor:** Dech, Uwe Christian  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929110>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 13.10.2024

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Der «Übergangskreis Sprechhandeln» in der Physiotherapie

Dr. phil. Uwe Christian Dech, dipl. Psychologe, Psychotherapeut BDP,  
Praxis für Körper- und Psychotherapie, Alicenstrasse 29, D-35390 Giessen

Die männliche Form gilt analog auch immer für die weibliche.

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser stellt den «Übergangskreis Sprechhandeln» vor, der in der physiotherapeutischen Behandlungssituation mit dem «Übergangskreis Bewegungshandeln» (vormals «Übergangskreis Körper») kombiniert werden kann. Der Sinn dieser parallelen Anwendung besteht darin, in einer schwierigen Behandlungssituation sowohl die *Bedeutung* der Bewegungen und Worte des Patienten als auch die *Beziehung* zwischen den Bewegungen und Worten des Patienten zu erkennen, zu verstehen und therapeutisch fruchtbar zu machen. Bei der kombinierten Anwendung beider «Übergangskreis»-Konzepte handelt es sich um eine Vorgehensweise, die auf psychologischer Basis die Aufmerksamkeit des Patienten wieder auf die körperzentrierte Behandlung lenkt, nicht aber um Psychotherapie. Damit wird dem Berufsauftrag der Physiotherapie gefolgt.

## DIE GEGENWÄRTIGE LAGE

Gesprächsführung wird bisher nur selten als Thema einer Fortbildung für Physiotherapeuten angeboten. Wenn dies dennoch geschieht, dann finden die Referenten ein sehr interessiertes Publikum vor.

Die Aufgabe, Gesprächsführung zu vermitteln, bedeutet eine gewisse Herausforderung, denn erstens haben die Physiotherapeuten auf diesem Gebiet zumeist keine gründlichen Vorkenntnisse erwerben können. (In Deutschland wurden die Fächer Pädagogik, Soziologie und Psychologie erst vor kurzem in die physiotherapeutische

Schulbildung integriert.) Zweitens arbeiten die Physiotherapeuten, so wie ich sie auf meinen Seminaren treffe, in einer Ambivalenz, einem seelischen Widerspruch: Einerseits möchten sie sich während der Behandlung Gesprächen über persönliche, auch seelische, Probleme nicht entziehen, denn die personale Nähe zum Patienten fordert zum Dialog heraus. Andererseits meinen sie, dass das Feld der Gesprächsführung eigentlich den akademischen Therapeuten (Ärzten und Psychologen) vorbehalten sei, die auf diesem Gebiet eine professionelle Psychotherapie-Ausbildung haben. Mitunter haben Physiotherapeuten den Eindruck, sie seien es, die die eigentliche Arbeit zu tun haben und vom Patienten – gerade auch im Gespräch – die ganze Last aufgebürdet bekommen.

Dabei ist das, was in der Gesprächsführung mit dem Patienten von dem Physiotherapeuten gefordert ist, ja *nicht psychotherapeutische Methodik*, sondern eher *die Methodik einer Gesprächsführung*, die dem Behandelnden hilft, dem Patienten besser helfen zu können. Es ist verständlich, dass die Physiotherapeuten mit Unsicherheit reagieren, wenn sie über Seelisches reden und spüren, dass es nicht ausreicht, auf der Basis des gesunden Menschenverstandes und der Intuition zu handeln.

Weil ich diese Schwierigkeiten kenne, habe ich mich daran gesetzt, meine Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Gesprächsführung einerseits und mit den Problemen der Physiotherapeuten andererseits fruchtbar zu machen und eine Methode der Gesprächsführung zu konzeptionalisieren. Sie folgt der Berufsordnung der Physiotherapeuten, die körperlichen Bewegungen zur Unterstützung von Heilprozessen zu nutzen. Es handelt sich bei meiner Methode der Gesprächsführung also nicht um Psychotherapie.

## GRUNDLAGEN UND ANWENDUNGSGEBIETE DES «ÜBERGANGSKREISES GESPRÄCHSFÜHRUNG»

Für den «Übergangskreis Körper» (Dech 1995a) und den «Übergangskreis Gesprächsführung» bieten die Arbeiten des holländischen Sportwissenschaftlers J.W. Tamboers (1991, 1994) eine wichtige wissenschaftliche Grundlage. Tamboer betrachtet das gesamte menschliche Handeln, unabhängig davon, ob es sich um denken, riechen, gehen, springen usw. handelt, als Realisierung von «Bedeutungsrelationen». Es sei

*«nicht sinnvoll, «körperliche» Handlungen von «nicht-körperlichen» zu unterscheiden: Bewegen ist, so gesehen, genauso «körperlich» wie denken, wahrnehmen oder sprechen... Alles menschliche Tun und Lassen wird als «körperlich» betrachtet (Tamboer 1991, 69).»*

Mit dieser Sichtweise ist der theoretische Dualismus aufgehoben, der zwischen Leib und Seele eine Trennungslinie zieht.<sup>1)</sup> Ich bin der Ansicht, dass das relationale Körperbild, so wie es Tamboer entwirft, nicht nur eine philosophische Spekulation ist, sondern gerade das berufliche Handeln aller Therapeuten betreffen kann, die sowohl mit der Physis als auch mit der Psyche des Menschen zu tun haben. Für Physiotherapeuten gilt das sicherlich in ganz besonderem Masse.

Um den Überlegungen Tamboers auch terminologisch gerecht zu werden, habe ich mittlerweile die Bezeichnung «Übergangskreis Körper» durch die treffendere Bezeichnung «Übergangskreis Bewegungshandeln» ersetzt. Nachdem ich 15 – gleichermassen zentrale – Bedeutungsrelationen dem therapeutischen Prozess unterlegt habe («zentral» im Sinne von «entwicklungsrelevant»), die der Klient in entsprechenden Handlungsformen realisieren sollte, ist die Differenzierung zwischen Schritten und Phasen überflüssig geworden. Stattdessen spreche ich nur noch von «Stufen», die den therapeutischen Prozess strukturieren. Auf jeder dieser Stufe wird eine der zentralen Bedeutungsrelationen in Handlungsformen umgesetzt.

Grundsätzlich gilt: Handeln ist zielgerichtetes, absichtsvolles Tun, und «Sprechen ist eine spezifische Form des Handelns» (Sachse 1992, 73), denn man spricht immer mit Ziel und Absicht.

<sup>1)</sup> Tamboer bezeichnet diese nicht-dualistische Sichtweise als «relational», weil sie die Beziehung zwischen Seele und Aussenwelt sowie die zwischen Körper und Aussenwelt gleichermassen als «Relationen» (Beziehungen) deutet. Das relationale Körperbild unterscheidet also nur unter Beziehungsarten («Relationsmodalitäten»).

Man könnte, wenn man sich an die Begriffsbestimmung Tamboers erinnert, auch sagen: Immer, wenn der Mensch spricht, realisiert er Bedeutungsrelationen, insofern er zielgerichtet im Sprechen handelt. Es ist also auch in einer physiotherapeutischen Behandlungssituation möglich, in den Aussagen des Patienten Handlungen zu erkennen, mit denen er – selbstverständlich individuell – Bedeutungsrelationen realisiert, d. h. zur Sprache bringt.

Wer mit dem «Übergangskreis Bewegungshandeln» arbeitet, macht die Erfahrung, dass dieses Verfahren vergleichsweise sprachintensiv ist und daher eine kontinuierliche Therapeut-Klient-Interaktion auch auf verbaler Ebene voraussetzt und so die mentale Wachsamkeit des Klienten fordert, aber auch fördert. Bei stark traumatisierten Patienten (Schlaganfall, Querschnittlähmung, Unfall) ist diese Voraussetzung in aller Regel nicht vorhanden, weil ihnen aufgrund einer meist schweren Depression die innere «Schwingungsfähigkeit» vorübergehend abhanden gekommen ist, die notwendig ist, um der «Übergangskreis-Therapie» mit aktiver Aufmerk-

samkeit folgen zu können. Ich empfehle allen Physiotherapeuten, die solche seelisch schwer belasteten Patienten behandeln, eine berufsbegleitende Supervision (gegebenenfalls unter Leitung eines ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten) aufzusuchen, um die Belastung aufzufangen (vgl. Dech 1994). Für die oben genannten Patienten kann eine Psychotherapie angezeigt sein.

Wir kennen solche Patienten, die in die Behandlung kommen, denen es aber schwer fällt, ihre Energien kooperativ einzusetzen. Im Gegenteil, oft kanalisieren sie ihre gesamte Energie in Klagen, Beschwerden, oder – durchaus verständlich – in Berichte über ihre privaten Probleme. Vor einem solchen sprachlichen Handeln der Patienten steht dann der Physiotherapeut nicht selten wie einem «Widerstand» (vgl. Petzold 1981) gegenüber.

Der «Übergangskreis Sprechhandeln» bietet all jenen Physiotherapeuten die Möglichkeit zur Erweiterung ihrer professionellen Kompetenz, die mit dem «Übergangskreis Bewegungshandeln» arbeiten wollen. Denn beide «Übergangskreis»-

Konzepte weisen dieselbe Grundstruktur auf, insofern sie auf derselben Stufenspezifität der Bedeutungsrelationen basieren. Daher werden die Physiotherapeuten in hohem Masse von einer kombinierten Anwendung profitieren können, die Wert auf eine transparente Behandlungssituation legen, in der sowohl die *Bedeutung* von Bewegungen und Worten des Patienten als auch die *Beziehung*, die zwischen diesen Bedeutungen und Worten besteht, verstanden und therapeutisch nutzbar gemacht wird. Mit dem Entwurf einer spezifischen Technik der Gesprächsführung trage ich dem Bedürfnis der Physiotherapeuten Rechnung, in schwierigen Situationen über «Strategien» des Dialogs zu verfügen; solchen Situationen also, in denen Intuition und gesunder Menschenverstand nicht mehr ausreichen. Kurz gesagt, es soll erreicht werden, dass die Energien, die die Patienten einsetzen, um Widerstände zu errichten, zur Förderung des therapeutischen Prozesses umgelenkt werden. Auch der Physiotherapeut wird durch diesen Zugewinn an methodischer Kompetenz in der Gesprächsführung entlastet.



Bei stark traumatisierten Patienten ist aufgrund einer meist schweren Depression die innere «Schwingungsfähigkeit» vorübergehend abhanden gekommen. (Bild: Urs Sloksnath)

# ORIGINAL MEDAX

Von uns entwickelt und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie **keine Experimente mit irgendwelchen Kopien!**

Unser Fabrikationsprogramm:

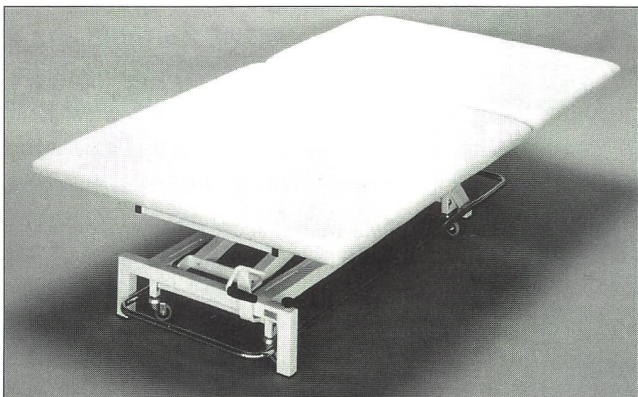
- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manuallherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

## Behandlungsliege MEDAX P 40 A



- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie

## BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig



- Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.  
 Bitte rufen Sie uns an.

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

PH-03/94

**MEDAX AG  
MEDIZINTECHNIK**

Schneckerstrasse 20  
CH-4414 Füllinsdorf BL  
Tel. 061-901 44 04  
Fax 061-901 47 78



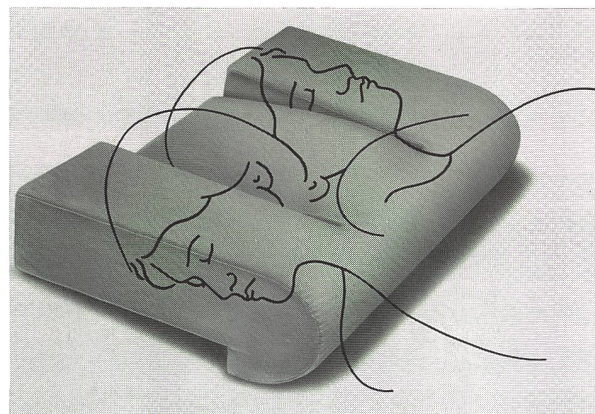
## l'appui orthopédique pour la tête et le cou

Indiqué, aux termes d'essais cliniques approfondis, pour:

- troubles du cou et des épaules
- maux de tête tenaces et résistants
- troubles du dos

«the pillow»® offre un appui optimal à la tête et au cou; en position latérale, la tête demeure en position médiane, et, en position dorsale, il donne lieu à une extension inapparente mais efficace.

La liberté de mouvement demeure tout à fait intacte.



Il existe 3 modèles:

Normal: «Standard» et «Soft», pour les patients de poids corporel respectivement supérieur et inférieur à 65 kg.  
«Travel»: «Standard» et «Soft», pour les voyages et pour les patients au dos plat ou au cou court.

**NOUVEAUTÉ:** «Extra Comfort», en latex (matériau naturel): «Standard» et «Soft», particulièrement agréables et durables.

**the pillow®: le coussin professionnel  
qui réduit notablement la consommation  
spontanée d'antidolorifiques.**



**Envoyez-moi s. v. p.:**

- des prospectus et des notices pour les patients, à afficher  
 une documentation complète  
 un exemplaire spécial de la publication  
 «Evaluation d'un coussin pour la tête en présence de troubles cervicaux», de la Schmerzklinik à Bâle

**BERRO AG**  
Case postale  
4414 Füllinsdorf

Cachet

Tabelle 1:

Bezeichnung der Stufe und Sequenz	Zentrale Bedeutungsrelationen	Realisierungsphase im Bewegungshandeln
<i>Vorbereitung</i>		
(S. 1) V. 1	festlegen vs. offenlassen	Zielformulierung
(S. 2) V. 2	bemerkten vs. übergehen	Gewahrwerden des Körpers
(S. 3) V. 3	nutzen vs. überlassen	Wahl der Ausgangsposition
(S. 4) V. 4	begrenzen vs. überschreiten	Hinweise zur Regulation des Ablaufs
(S. 5) V. 5	sich einstellen vs. fixieren	Fragen zu einzelnen Körperwahrnehmungen
<i>Neuorganisation</i>		Anleitung zu folgenden Bewegungsqualitäten:
(S. 6) N. 1	annähern vs. entfernen	gerichtet, langsam, atmend, mental
(S. 7) N. 2	akzeptieren vs. ablehnen	angenehm
(S. 8) N. 3	loslassen vs. festhalten	frei
(S. 9) N. 4	bildhaft werden lassen vs. abstrakt bleiben	bildhaft geordnet
(S. 10) N. 5	sich einigen vs. trennen	harmonisch, rhythmisiert
<i>Auswertung</i>		
(S. 11) A. 1	entscheiden vs. unschlüssig bleiben	Überprüfung der Annäherung an das Ziel
(S. 12) A. 2	sich erinnern vs. vergessen	Wahrnehmen von Bewegungen
(S. 13) A. 3	aufgeben vs. verharren	Verlassen der Ausgangsposition
(S. 14) A. 4	gewichten vs. nicht bewerten	Bericht
(S. 15) A. 5	fortführen vs. beenden	Empfehlung



Der Ausdruck «Bewegungshandeln» bezeichnet die Tatsache, dass Bewegungen als Handlungen, d.h. mit spezifischer Bedeutung versehene Abläufe sind. (Bild: Urs Sloksnath)

## DIE STUFENSPEZIFIK DER «ÜBERGANGSKREIS»-KONZEPTION

Zur Veranschaulichung habe ich nebenstehend den «Übergangskreis Bewegungshandeln» tabellarisch dargestellt. Es finden sich dort einmal die zentralen Bedeutungsrelationen und ihre «Gegenspieler» (z.B. «festlegen» als entwicklungsrelevante und «offenlassen» als entwicklungs-hinderliche Bedeutungsrelation). Zum anderen sind dort zu jedem Bedeutungsrelationenpaar die Behandlungsstufen benannt, so wie ich sie in meiner ersten Veröffentlichung in dieser Zeitschrift vorgestellt habe (Dech 1995a). Um möglichen Missverständnissen vorzubeugen: Der Physiotherapeut leitet den Patienten auf jeder Stufe grundsätzlich zu Handlungen an, die mit den entwicklungsrelevanten Bedeutungsrelationen korrespondieren.

In der zweiten Tabelle habe ich die zentralen Bedeutungsrelationen mit einer kurzen Erläuterung versehen. Ich hoffe, dass diese Erklärungen helfen, die beiden nachfolgenden Fallbeispiele verständlicher zu machen.

## GRUNDANNAHMEN DER «ÜBERGANGSKREIS»-KONZEPTION

Das methodische Vorgehen des «Übergangskreis»-Therapeuten in der Praxis stützt sich auf einige Grundannahmen, die es hier zu erläutern gilt:

1. Die Effizienz der Anwendung des «Übergangskreises Bewegungshandeln» in der physiotherapeutischen Praxis führe ich darauf zurück, dass die Realisierung der ihm zugrunde gelegten Bedeutungsrelationen günstige Bedingungen dafür schafft, einen zielgerichteten Entwicklungsprozess des Patienten einzuleiten und zu begleiten.
2. Die Tatsache, dass die «Übergangskreis»-Therapie sich bisher in der Praxis bewährt hat, erachte ich als ein Indiz für die Wirksamkeit der Stufenstruktur, in der die Bedeutungsrelationen realisiert werden.
3. Zwar werden in der «Übergangskreis»-Therapie effizient und nachvollziehbar Entwicklungsprozesse initiiert und gesteuert, aber ich warne vor Verallgemeinerungen. Der Geltungsbereich des Behandlungsmodells ist begrenzt (vgl. Dech 1995a und obenstehende Ausführungen).
4. Alle zentralen Bedeutungsrelationen lassen sich prinzipiell sowohl im Sprechhandeln als auch im Bewegungshandeln realisieren, sei es synchron, sei es nicht synchron.

5. Der therapeutische Weg zur Realisierung der zentralen Bedeutungsrelationen ist die Zentrierung. Unter «Zentrierung» verstehe ich den zielorientierten Prozess des Herausarbeitens und/oder des Stimulierens von Handlungsformen, die der jeweiligen zentralen Bedeutungsrelation entsprechen.
6. Die Wahl der Handlungsregeln sowie ihr Einsatz und ihre konkrete Gestaltung, mit denen die Zentrierung erreicht wird, hängt zum einen wesentlich von der aktuellen Ausgangslage des Klienten ab; zum anderen aber auch von der Individualität des Therapeuten, von «seinen Verarbeitungen, seinen Handlungskompetenzen und aktuellen Entscheidungen» (Sachse 1992, 82). Es handelt sich also bei diesen Handlungsregeln um heuristische Regeln im Sinne Grawes (1988, 317 ff.).
7. Eine Zentrierung ist dann hergestellt, wenn der Klient wenigstens eine Handlungsform realisiert, die mit der jeweiligen erwünschten zentralen Bedeutungsrelation korrespondiert.

**BESTÄTIGUNG UND ZENTRIERUNG ALS BASISVERHALTEN DES «ÜBERGANGSKREIS»-THERAPEUTEN**

Zwei Meta-Regeln leiten die Gesprächsführung des «Übergangskreis»-Therapeuten – auch im Rahmen einer Physiotherapie:

1. Immer dann, wenn ein Patient während der Behandlung mit seinen Aussagen entwicklungsförderliche Bedeutungsrelationen realisiert, bestätigt der Therapeut diese.
2. Wenn der Patient entwicklungshinderliche Bedeutungsrelationen in Handlungsformen umsetzt, zentriert der Therapeut die Handlungsformen des Patienten auf die der Zentrierung vorausliegenden Stufe.

**DIE KOMBINATION BEIDER «ÜBERGANGSKREISE» IN DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG**

Wie oben bereits gesagt, ist es das Ziel des «Übergangskreises Sprechhandeln», im Bereich der Körpertherapie den Physiotherapeuten eine Anleitung zur Verbesserung ihrer Kompetenz der Gesprächsführung in schwierigen Behandlungssituationen zu geben.

Der Vorschlag, den ich unterbreite, setzt Behandlungssituationen voraus, in denen der Physiotherapeut die Bedeutung von Bewegungen wahrnimmt. Den Ausdruck «Bedeutung von Bewegungen» kann ich an dieser Stelle nicht ausführlich erläutern. Ich verweise lediglich auf Tamboers Unterscheidung zwischen «Körperbewegungen» und «Bewegungshandeln».

**Tabelle 2:**

<b>Vorbereitungssequenz</b>
<b>V.1: festlegen</b> Herausarbeiten einer realistischen Behandlungsperspektive.
<b>V.2: bemerken</b> Sich-Vergegenwärtigen und Hervorbringen von Wahrnehmungen und Empfindungen.
<b>V.3: nutzen</b> Bewerten einer Handlungsform unter dem Aspekt des damit verbundenen Wohlempfindens.
<b>V.4: begrenzen</b> Sich-Bewahren vor der Überdehnung von Ansprüchen, Handlungen und Wünschen.
<b>V.5: sich einstellen</b> Mentales Antizipieren von künftigen situationsspezifischen Handlungsformen.
<b>Neuorganisationssequenz</b>
<b>N. 1: annähern</b> Langsames, auch mentales Hinbewegen auf Handlungsziele.
<b>N. 2: akzeptieren</b> Anerkennen und Annehmen der eigenen, vom Leistungsdruck befreiten Handlungsformen.
<b>N. 3: loslassen</b> Erproben neuer Handlungsformen mit Neugierde und spielerischer Spontaneität.
<b>N. 4: bildhaft werden lassen</b> Gestalten von spielerischen Handlungsformen mit Imaginationen und Phantasien.
<b>N. 5: sich einigen</b> Inkorporieren der phantasierten Bilder durch rhythmisch verwirklichte Handlungsformen.
<b>Auswertungssequenz</b>
<b>A. 1: sich entscheiden</b> Urteilen, ob eine Annäherung an Handlungsziele erreicht worden ist.
<b>A. 2: sich erinnern</b> Vergleichen der aktuellen Wahrnehmungen und Empfindungen mit früheren.
<b>A. 3: aufgeben</b> Verzichten auf Handlungspositionen, in denen der Patient noch verharrt.
<b>A. 4: gewichten</b> Benennen von Handlungsformen, denen der Patient die grösste Bedeutung zumisst.
<b>A. 5: fortführen</b> Bestätigen und Verstärken von entwicklungsförderlichen Handlungsformen und Thematisieren entwicklungshinderlicher Handlungsformen.

Mit Körperbewegungen sind alle motorischen Tätigkeiten gemeint, unabhängig davon, in welchem Bedeutungszusammenhang sie stehen. Betrachtet man Bewegungen rein unter motorisch-physikalischen Gesichtspunkten, so wie es die Schulphysiotherapie häufig noch tut, abstrahiert man davon, dass fast nahezu jede Bewegung eingebettet ist in die Körpererfahrung

eines Menschen. Dabei ist Körpererfahrung die

*«Gesamtheit aller im Verlaufe der individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv wie affektiv, bewusst wie unbewusst sein können.»*

*(Bielefeld 1987, 17)*



Die Methodik einer Gesprächsführung hilft dem Behandelnden, dem Patienten besser helfen zu können. (Bild: Urs Slaksnath)

Der Ausdruck «Bewegungshandeln» bezeichnet ganz akzentuiert diese Tatsache, dass Bewegungen als Handlungen, d. h. mit spezifischer Bedeutung versehene Abläufe sind. Um noch einmal Tamboer zu zitieren:

*«In der Physiotherapie ist es in vielen Fällen sicher nötig, die Aufmerksamkeit ganz besonders auf «Körperbewegungen» zu richten. Trotzdem handelt es sich hier dann um eine Reduktion, die schliesslich immer wieder «zurückübersetzt» werden muss in Begriffen von für den Klienten relevanten Bedeutungsrelationen.» (Tamboer 1981, 79)*

Der «Übergangskreis Bewegungshandeln» macht die Bedeutung von Bewegungen transparent, insofern der Physiotherapeut, der mit dieser Methode arbeitet, mit Blick auf die jeweils zu aktualisierende Bedeutungsrelation erkennt, was die Bewegungen sagen – oder gegebenenfalls auch nicht sagen.

Auch die Konzentrative Entspannung von Wilda Kiesel (1988), die in Deutschland insbesondere von der Physiotherapeutin Brigitte Böttcher gelehrt wird, und die Funktionelle Entspannung von Marianne Fuchs (1984) haben einen Schritt in diese Richtung gemacht, insofern sie Körperbe-

wegungen nicht als bedeutungslose Äusserungen gelten lassen wollen.

Es ist auch anzumerken, dass die Konzentrative Entspannung im «Grenzbereich zwischen Physiotherapie und Psychotherapie» (vgl. Böttcher 1991, 824ff.) angesiedelt ist, während die Funktionelle Entspannung sich eindeutig der körperzentrierten Psychotherapie zuordnet. Beide Ansätze sind geeignet, eine Brücke zwischen Physiotherapie und Psychotherapie zu bilden (vgl. Dech 1995c).

In der Konzentrativen Entspannung kann man, wie Böttcher ausführt, darauf hinarbeiten, aus den Wahrnehmungen des Patienten die lebensgestaltenden Bedeutungen herauszukristallisieren. Die Frage: «Was bedeutet das beim Üben Empfundene für die momentane Lebenssituation?» (1991, 826) leitet das Vorgehen, wenn der Therapeut aus Bewegungen, Wahrnehmungen und Empfindungen Rückschlüsse auf die lebensgeschichtlichen Umstände zieht und dabei den in ihnen verdichteten symbolischen Gehalt therapeutisch fruchtbar macht.

Die Funktionelle Entspannung basiert auf der Erkenntnis, dass Konflikte im Leiblichen sich stellvertretend im Seelischen symbolisieren und umgekehrt. Viktor von Weizsäcker, ein führender

Vertreter der klinischen Psychosomatik in Deutschland, dessen Lehre vom «Gestaltkreis» (Weizsäcker 1950) die Funktionelle Entspannung vieles verdankt, sagt: «Leib und Seele sind keine Einheit, aber sie gehen miteinander um.» (Weizsäcker 1956, 87). Dass die Funktionelle Entspannung den Gedanken der wechselseitigen leibseelischen «Stellvertretung» (Weizsäcker 1951, 266–273) in sich aufnimmt, wird deutlich, wenn Fuchs (1988) in der Körpersprache eine «Doppeldeutigkeit» (121) sieht. In dieser Doppeldeutigkeit liegt – hier ist eine Parallele zur Konzentrativen Entspannung – das Symbolhaltige.

## FALLBEISPIELE AUS DER PRAXIS

Wie sich eine kombinierte Anwendung der beiden «Übergangskreis»-Konzepte in der physiotherapeutischen Praxis gestaltet, möchte ich mit zwei Beispielen veranschaulichen.

### 1. Fallbeispiel

Auf Stufe 2 der Neuorganisationssequenz ist es das therapeutische Ziel, den Patienten zu angenehmen und leichten Bewegungen anzuleiten; hierbei soll der Patient auf eine gleichmässige Atmung achten (Bedeutungsrelation: «Akzeptieren»).

Nun beginnt der Patient, von den Sorgen in seiner Familie zu sprechen: Der Sohn hat Schwierigkeiten in der Schule, das Haus soll renoviert werden, und er hat Probleme mit seinem Beruf. Wenn diese Erzählungen nun offenkundig den Behandlungsverlauf stören, indem sie einen Widerstand erzeugen, so tut der Physiotherapeut gut daran, die Bedeutung der Patientenerzählungen auf den Bedeutungsrahmen der konkreten Behandlungssituation zu beziehen. Er erkennt: Mein Patient kann die Bedeutungsrelation «Akzeptieren» der momentanen Behandlungsstufe nicht verwirklichen.

Erfahrungen mit dem «Übergangskreis» sagen ihm, dass die Zentrierung auf der vorausliegenden Stufe (Bedeutungsrelation: «Annähern») nicht hinreichend gelungen war. Das ist für ihn ein Hinweis auf die Notwendigkeit, zur Stufe des «Annäherns» zurückzugehen, um dort mit dem Patienten auf solche Handlungsformen (Bewegungen) hinarbeiten, die den Bedeutungsgehalt des Annäherns haben.

Um dies zu erreichen, kann der Physiotherapeut nun auf die geschäftsmethodischen Vorzüge des «Übergangskreises Sprechhandeln» zurückgreifen, indem er beispielsweise sagt:

*«Ich glaube, dass es gerade bei den Problemen mit Ihrem Sohn, mit Ihrem Haus und mit Ihrer Arbeit wichtig ist, dass Sie, wenn Sie*

*eine Lösung finden möchten, sich Zeit und Raum für sich selbst nehmen, und dabei hat auch Ihre Beziehung zu Ihrem Körper eine wichtige Bedeutung. Damit will ich Ihre Probleme nicht bagatellisieren, aber wenn Sie in schwierigen Situationen nicht gleichmässig atmen, werden Sie schnell unruhig werden, und vieles, was Sie tun, wird für Sie dann unangenehm. Ich habe gerade gemerkt, dass Sie auch während der Übungen die Luft angehalten und dann angefangen haben, von Ihren Sorgen zu sprechen. Es ist ganz wichtig, dass es Ihnen – auch daheim – nicht die Luft verschlägt und Sie zwischendurch immer wieder auf Ihre Atmung achten; wir können das hier einüben, und das wird Ihnen dabei helfen, innere Ruhe zu bekommen.»*

Von dem Physiotherapeuten, der in diesem Ton und mit dieser therapeutischen Absicht spricht, kann sich der Patient verstanden fühlen. Zugleich hat sich der Therapeut, der die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Behandlung zurückgelenkt hat, nicht einverleiben lassen. Dem Patienten ist eine «goldene Brücke» gebaut worden von der einengenden Perspektive seiner individuellen Problemsituation hin zur physiotherapeutischen Behandlung, die ja für ihn nicht lediglich ein von aussen oktroyiertes Ziel ist.

Bei schwierigen Patienten kommt es vor, dass sie das erste Angebot, über diese Brücke zu gehen, nicht annehmen, sondern in Klagen oder Erzählungen fortfahren. Dann ist es angezeigt, ruhig und selbstbewusst dasselbe Angebot in Variationen zu wiederholen, wobei ich hier selbstverständlich nicht sämtliche Gesprächsvariationen auflisten kann.

Wichtig ist und bleibt die Haltung des Physiotherapeuten und der Tenor seiner Gesprächsführung: Er hat das vom Patienten Mitgeteilte ernst genommen, hat verstanden, dass das «Akzeptieren» den Problemerkern darstellt und hat, über den – vermeintlichen – Umweg über das «Annähern darauf hingearbeitet, das «Akzeptieren» zu fördern.

## 2. Fallbeispiel

Einer Patientin (auf Stufe 4 der Neuorganisationssequenz; Bedeutungsrelation «Bildhaft werden lassen») fällt das Bild ein, es liege ihr ein schwerer Sack auf den Schultern. Sie sagt dann:

*«Mir wird alles zu viel. Daheim habe ich meine zwei Kinder zu verpflegen, die sind noch klein, und mein Mann hat auch so viel zu tun, der nimmt mir keine Arbeit ab. Dann kommt der Haushalt hinzu. Ich weiss manchmal gar nicht, wo mir der Kopf steht. Es ist mir einfach alles zuviel.»*

Die Methode der Gesprächsführung des Physiotherapeuten könnte nun so aussehen: Er sieht, dass seine Patientin keineswegs ein angenehmes Bild<sup>2)</sup> phantasiert hat; vielmehr ein unangenehmes, das sie dazu führt, im Gespräch über ihre Lebenssorgen zu berichten. Der Physiotherapeut versteht das so, dass das «Bildhaft werden lassen» nicht in dem therapeutisch intendierten Sinne gelungen ist. Folglich stellt er sich darauf ein, im Fortgang der Behandlung auf die vorausliegende Stufe (Bedeutungsrelation: «Loslassen») zurückzugehen und leitet die Patientin erneut zu spielerischen, angenehmen Bewegungen an.

Um zu dieser dritten Stufe der spielerischen Bewegungen von der aktuellen, der vierten Stufe, aus eine Brücke zu bauen, könnte er sagen:

*«Ich glaube auch, dass das, von dem Sie da erzählen, eine wirkliche Last für Sie ist, so dass sie sich in allem kaum noch frei bewegen können. Aber ich meine, sie sollten sich doch frei bewegen können – nicht nur allgemein gesprochen, sondern auch ganz konkret. Was Ihre Bewegungen anbetrifft, können Sie bestimmt freier werden, und eins hängt ja mit dem anderen zusammen. Lassen Sie uns doch verschiedene Möglichkeiten der Schulterbewegungen ausprobieren. Es wäre kein Wunder, wenn solche spielerischen Übungen dazu beitragen würden, auch alles andere im Leben leichter angehen zu können.»*

## SCHLUSSBEMERKUNG

Ich habe mich bemüht, in der gebotenen Kürze eine Technik der Gesprächsführung mit dem «Übergangskreis» vorzustellen, sowie sie mir für die Spezifik der physiotherapeutischen Behandlung geeignet zu sein scheint. Ich denke, dass mit der Benennung zentraler Bedeutungsrelationen ein Grundbaustein für die Brücke zwischen Physiotherapie und patientengerechter Gesprächsführung gesetzt ist. Freilich ist der Bau dieser Brücke noch im Anfangsstadium. Auch deshalb würde ich mich über Anregungen, Fragen und auch kritische Stellungnahmen sehr freuen.

<sup>2)</sup> Ich habe meine Beispiele bewusst so gewählt, dass ein Transfer von den Patientenaussagen zu der aktuellen physiologischen Problematik im Gespräch herzustellen ist. Es ist keineswegs so, dass die Bedeutung der Äusserungen von Patienten immer unmittelbar analog zu ihren körperlichen Beschwerden ist. Die dahingehenden Erfahrungen stehen konträr zu der in der ansonsten sehr instruktiven Schrift von Rüdiger Dahlke «Krankheit als Sprache der Seele. Be-Deutung und Chance der Krankheitsbilder». Bertelsmann: München 1992.

## Literatur

- BIELEFELD J. (1986): Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. Hofgrefe: Göttingen.
- BÖTTCHER B. (1991): Zur Konzentrativen Entspannung – Relaxationsmethode im Grenzbereich zwischen Physiotherapie und Psychotherapie. In: Krankengymnastik, H. 8 (824–828).
- DECH U.C. (1994): Das Helfer-Syndrom auch in der Krankengymnastik? In: Krankengymnastik, H. 7, 892–898.
- DECH U.C. (1995a): Psychosomatische Physiotherapie: Der «Übergangskreis Körper» in Theorie und Praxis. In: Physiotherapie, H. 5, 28–32.
- DECH U.C. (1995c): Brücken zu einer psychosomatischen Krankengymnastik. In: Krankengymnastik, H. 9 (In Druck).
- DECH U.C. (1995d): Der Übergangskreis – Ein therapeutisches Konzept zur Neuorganisation von Handlungsformen (Manuskript).
- FUCHS M. (1988): Das leiblich und seelisch Unbewusste, die funktionelle Entspannung und das therapeutische Gespräch. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik H. 3, 120–129.
- GRAWE K. (1988): Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. DGVT-Mitteilungen, 1, 39–49.
- GRAWE K. / DONATI F. / BERNAUER F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hofgrefe: Göttingen.
- PETZOLD H. (1981): Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Jungfermann-Verlag: Paderborn.
- SACHSE R. (1992): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Hofgrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- TAMBOER J.W.I (1991): Relationsmodalitäten statt Leib-Seele-Verhältnisse. Ein relationales Menschenbild als Grundlage der Bewegungstherapie. Integrative Therapie 1–2, 58–84.
- TAMBOER J.W.I (1994): Philosophie der Bewegungswissenschaft. Afra Buch-Sport-Theorie. Verlag: Butzbach-Griedel.
- WEIZSÄCKER V.V. (1950): Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Thieme: Stuttgart.
- WEIZSÄCKER V.V. (1951): Der kranke Mensch. Köhler-Verlag: Stuttgart.
- WEIZSÄCKER V.V. (1956): Pathosophie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- WILDA-KIESEL A. (1988): Die Konzentrativen Entspannung. Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte: Potsdam.