

Körperliche Aktivität in der individualpsychologischen Psychotherapie

Möglichkeiten für die Beziehung

Physical activity in individual-psychological psychotherapy

Options for the relationship

Daniel Geißler¹

¹Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

Kurzzusammenfassung

Der vorliegende Beitrag untersucht körperliche Aktivität in ihrer Anwendbarkeit für die individualpsychologische Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung einer relationalen Arbeitsweise. Körperliche Aktivität bringt positive Wirkungen auf somatischer, neurobiologischer, psychischer und sozialer Ebene mit sich und stellt in diesem Sinne eine ganzheitlich gesundheitsfördernde Ressource dar. Ihre Kombination mit Psychotherapie findet bereits erfolgversprechende Anwendung im klinischen Bereich psychischer Erkrankung, z. B. im Rahmen der Bewegungs- und Sporttherapie. Trotz klinischer Erkenntnisse und einer körper- und bewegungstherapeutischen Tradition wird Bewegung als Ressource in der gegenwärtigen psychotherapeutischen Praxis kaum genutzt. Das theoretische Konzept Adlers steht in einem starken Bezug zu Körperlichkeit und Bewegung, was sich vor allem in seiner Terminologie widerspiegelt, und bietet profitable Kombinationsmöglichkeiten von Bewegung und Therapie. Faktoren, die sich auf die Öffnung des psychotherapeutischen Settings für körperliche Bewegung beziehen, werden erörtert und am Beispiel des Gehens auf die Individualpsychologie übertragen.

Abstract

The present article explores physical activity in its applicability for Individual Psychology with special considerations of relational aspects. Physical exercise has positive effects on a somatic, neurobiological, mental and social level and therefore represents a holistic resource in individual health. Its combination with psychotherapy already has useful applications in the clinical area of mental disorder which includes sports and exercise therapy. Despite these clinical findings and a tradition related to body and movement, psychotherapy rarely uses physical activity in practice. Adler's strong background in body and movement, which is reflected in his writing, has been relevant to this thesis. Physical movement offers profitable possibilities of combination for Individual Psychology. Factors of an open psychotherapeutic setting regarding physical activity are discussed as well as illustrated in examples such as walking and finally applied to Individual Psychology.

Schlüsselworte

Alfred Adler; Individualpsychologie; Psychotherapie; Bewegung; körperliche Aktivität; Sport; Gehen; Gesundheit; Walk and Talk

Keywords

Alfred Adler, Individual Psychology, psychotherapy, exercise, physical activity, sports, walk and talk, health

Der vorliegende Beitrag orientiert sich an meiner Dissertation mit dem Titel „Körperliche Aktivität als gesundheitsförderndes Element einer ‚bewegenden‘ Individualpsychologie“ (Geißler D., 2017). In dieser Arbeit ging es in erster Linie darum, den gesundheitlichen Effekten körperlicher Bewegung auch in Hinsicht auf ihre potentielle Wirksamkeit für seelische Gesundheit und Psychotherapie nachzugehen. Es ging auch um die Frage, wie Bewegung mit der Individualpsychologie in Zusammenhang gebracht und schließlich in einer solchen Therapieform integriert werden kann. Der Aspekt der „Relationalität“ war dabei zwar nicht vordergründig, es kristallisierte sich jedoch rasch heraus, dass sich ein solcher Ansatz und das „gemeinsame Tun“, in der Form gemeinsamer Bewegung, gegenseitig begünstigen. Alles Folgende ist mein Versuch, einige der für das Thema des vorliegenden Beitrags wesentlichen Gedanken meiner Dissertation aufzugreifen und ausgewählte Ergebnisse in stark verdichteter Form darzustellen. Auf etliche Aspekte, die den Zusammenhang und „roten Faden“ dieser komplexen und auch für mich immer noch neuartigen und tlw. unverstandenen Thematik bilden, kann hier aus Platzgründen nicht Bezug genommen werden. Falls sich dies für den Leser oder die Leserin hier und da etwas holprig oder lückenhaft anfühlt und wesentliche Dinge unangesprochen und offen bleiben, bitte ich um Nachsicht, empfehle einen Blick in die Dissertation bzw. freue mich über Fragen und Kritik.

1 *Bewegung als soziale Ressource und Möglichkeit der Begegnung*

Vor meinem Hintergrund als Sportwissenschaftler, Sportler und Trainer stelle ich fest: Beim gemeinsamen „Sporteln“ ist man sehr schnell „per Du“. Dies scheint einerseits relativ unabhängig davon zu sein, ob man tatsächlich einen geregelten „Sport“ betreibt, ein planmäßiges „Training“ absolviert, zweckmäßige „Übungen“ macht, oder sich einfach nur gemeinsam und völlig unspezifisch „bewegt“. Andererseits lässt sich dieses Phänomen nicht nur im Bereich des Privaten, sondern auch in der Arbeitspraxis beobachten, denn häufig stellt sich zwischen Sportinstruktoren, Trainern, Physiotherapeutinnen oder Vertretern und Vertreterinnen ähnlicher Berufsgruppen und deren Klienten und Kleintinnen bereits nach kurzer Zeit ganz automatisch und zwanglos das „Du“ ein. Damit soll nicht gesagt sein, dass man in der relationalen psychotherapeutischen Arbeit „per Du“ sein sollte. Es verdeutlicht aber, dass man sich in der gemeinsamen Bewegung nähert, „intimer“ wird und die Beziehung durch die geteilte Körperlichkeit offenbar eine Verstärkung erfährt. Bewegung ist dadurch eine „soziale Ressource“ und eröffnet neue *Möglichkeiten der Begegnung*, die auch therapeutisch genutzt werden können. So ist man in der körpertherapeutischen Arbeit häufiger im „Du“ als in anderen Gesprächs- und v.a. analytischen Therapiemethoden. Im gemeinsamen Kontakt und Tun mit dem Körper scheint es sich für viele Menschen künstlich oder „befremdlich“ anzufühlen, auf verbaler Ebene ein „Sie“ zu wahren und damit gewissermaßen auf „Distanz“ zu bleiben. Dass Körperlichkeit und Bewegung untrennbar miteinander verbunden zu sein scheinen, spiegelt sich auch in den zahlreichen körper- und bewegungsorientierten (Therapie-)Methoden wider, die sich zwar sehr wohl

differenzieren, jedoch kaum kategorisch unterscheiden lassen (Geißler D., 2017). Bewegung als „soziale Ressource“ kann man zunächst aus einer weiteren Perspektive und den Raum *außerhalb der Psychotherapie* im Allgemeinen betrachten. Hier bieten körperliche Aktivitäten unterschiedlicher Art einen Rahmen für die *Begegnung mit Menschen*, das Erlernen sozialer Fähigkeiten, die Befriedigung sozialer Bedürfnisse und – aus individualpsychologischer Sicht natürlich besonders interessant – die Entwicklung von Gemeinschaftsgefühl. Bewegungsgruppen, Trainingskurse oder Sportteams bieten einen sozialen Erfahrungs- und Entwicklungsraum für gruppenspezifische Prozesse aller Art, die Gestaltung von Beziehung in der Bewegung, Nähe und Distanz, Gruppenbildung, Isolation, Angst, Aggression, Konkurrenz und Rivalität, Vertrauen, soziales Engagement, Netzwerke und Freundschaften, um nur einige Beispiele zu nennen. Solche wichtigen Beziehungserfahrungen mit Gleichgesinnten, Freunden bzw. Freundinnen oder auch Trainern bzw. Trainerinnen und InstruktorInnen stärken die Gruppenidentität, das Zugehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl und können zweifellos als gesundheitsfördernder Einfluss auf ganzheitlicher Ebene wirksam werden. Bewegung als soziale Ressource wird aus solchen Gründen im therapeutischen Bereich bereits von der klinischen Bewegungs- und Sporttherapie (Markser & Bär, 2015), der Lauftherapie (Stoll & Ziemainz, 2012) oder dem Therapeutischen Klettern (Kowald & Zajetz, 2015) genutzt. Auf der anderen Seite eröffnen körperliche Bewegungsformen auch eine Möglichkeit für sozialen Rückzug und in diesem Sinne für eine *„Begegnung mit sich selbst“*. So können autonome Bewegungseinheiten – zum Beispiel ein gemütlicher Lauf oder Spaziergang in der Natur, oder ein paar achtsam durchgeführte Körperübungen – eine seltene Gelegenheit darstellen, sich aus dem schnelllebigen sozialen Alltag kurzzeitig zurückzuziehen, sich Abstand, Platz und Zeit zu verschaffen und von sozialen Verpflichtungen freizumachen (Geißler D., 2006). Dabei kann man einfach nur mit sich selbst sein, zu sich selbst in Beziehung treten und diese Verbindung intensivieren. Versteht man den Menschen als sozialen Organismus, einen Verbund unzähliger Zellen und Organe, einen Lebensort unterschiedlichster Lebensformen, vereint durch ein überspannendes Unbewusstes, Bewusstsein und Persönlichkeitsgefühl, das nur in diesem Zusammenhalt und dieser Unteilbarkeit die Individualität des Einzelnen ausmacht, könnte man solche Situationen auch als Gelegenheiten sehen ein *„Gemeinschaftsgefühl für sich selbst“* zu entwickeln.

2 *Bewegung als Element der Psychotherapie*

Im vorliegenden Text macht es natürlich Sinn den Fokus etwas enger zu stellen, mit Konzentration auf die Möglichkeiten von Bewegung *im psychotherapeutischen Kontext*. Als Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin könnte man sich nun Fragen stellen wie: „Sollte körperliche Aktivität überhaupt Thema einer Therapie sein? Betrifft mich diese Angelegenheit in meiner Rolle als Therapeut bzw. Therapeutin – und habe ich hier Verantwortung? Und falls ja, sollte ich mich tatsächlich selbst mit meinen Patienten und Patientinnen bewegen? Wie und was wäre dabei überhaupt zu

berücksichtigen?“ Ohne noch einen konkreten Bezug zum Beziehungsgeschehen herzustellen, scheint es mir an dieser Stelle sinnvoll zu sein ein paar Ergebnisse der zugrundeliegenden Dissertation aufzuzeigen, die – rein von einem gesundheitlichen Standpunkt aus betrachtet – durchaus alarmierend erscheinen:

Bei weniger als 2,5 Stunden moderater Bewegung/Woche erhöht sich das Risiko um 19-25% eine Zivilisationskrankheit zu erleiden und vorzeitig zu sterben.

Körperliche Inaktivität ist heute an die 4. Stelle aller gesundheitlichen Risikofaktoren in Bezug auf die allgemeine Lebenserwartung bzw. Gesamtmortalität gerückt.

31% der gesamten Weltbevölkerung sind als körperlich inaktiv einzustufen und tragen das erhöhte Risiko für eine geringere Lebensqualität und Lebensdauer, Tendenz steigend.

Da Wohlstandsländer, so auch Österreich, diesen Durchschnittswert eher anheben, muss davon ausgegangen werden, dass hierzulande über ein Drittel der Menschen von den Risiken und Konsequenzen körperlicher Inaktivität betroffen sind.

Da darüber hinaus ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität bzw. Leistungsfähigkeit und seelischer Erkrankung nachweisbar ist, muss dieser Prozentsatz für Bewegungsmangel bei Patienten und Patientinnen, die sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, nochmals höher eingeschätzt werden (Geißler D., 2007).

Anhand dieser Ergebnisse wird sichtbar, dass Patienten und Patientinnen – die überwiegend aufgrund psychischer Leidenszustände eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen – auch auf der Ebene körperlicher Gesundheit als „Hochrisikogruppe“ betrachtet werden sollten - und hier spielt (Nicht-)Bewegung eine wesentliche Rolle. Dass körperliche Aktivität auch unabhängig von Psychotherapie in diesen Fällen einen sehr wichtigen Beitrag leisten kann, dürfte eindeutig sein und eine gute Nachricht lautet hier: Je inaktiver bzw. „unfitter“ eine Person ist, desto stärker und schneller profitiert sie von Bewegungstätigkeiten, selbst in geringem Ausmaß. Auf die vielfältigen gesundheitlichen Wirkungen von körperlicher Aktivität wird in diesem Beitrag aus Platzgründen nicht eingegangen.¹ Um auf die gestellten Fragen zurückzukommen: Körperliche (In-)Aktivität stellt häufig eine wichtige Einflussgröße für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Patienten und Patientinnen auf ganzheitlicher Ebene dar, und darf daher auch „Thema“ einer Psychotherapie sein. Als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin sieht man sich vermutlich eher als Experte oder Expertin für die Psyche des Menschen im Kontext von Leid und Erkrankung und weniger kompetent und zuständig für körperliche Gesundheit, daher vielleicht auch nicht „verantwortlich“ im engeren Sinn. Dennoch ist es fraglich, ob eine scharfe Trennung zwischen Gesundheit und Krankheit, oder zwischen Körper und Psyche überhaupt möglich bzw. sinnvoll ist. Versteht man den Menschen als unteilbares Ganzes – so ein

¹ Eine differenzierte Ausarbeitung und Übersicht gesundheitlicher Effekte auf somatischer, neurobiologischer, psychischer und sozialer Ebene kann in der Dissertation nachgelesen werden.

Kredo der Individualpsychologie –, darf jeder dieser Aspekte berücksichtigt und gegebenenfalls auch in der eigenen Arbeit integriert werden. Es bleiben dann aber immer noch die Fragen offen, ob man sich dazu tatsächlich selbst mit den eigenen Patienten und Patientinnen bewegen sollte und auf welche Weise. Mit der Antwort auf diese Frage kommen wir zurück zum eigentlichen Thema des Artikels, denn aus meiner Sicht kommt es darauf an, was mit einer Bewegungsintervention primär bewirkt werden möchte: eine *ganzheitliche und unspezifische Beförderung der Gesundheit*, oder eine *Verstärkung konkreter therapeutischer Aspekte*, z.B. der Beziehung? Vor allem im zweiten Fall können gemeinsame Bewegungserfahrungen ergiebig sein, wie noch gezeigt werden wird. Diese Frage scheint in Bezug auf verschiedene Aspekte wichtig zu sein, die bei der Integration von körperlicher Aktivität in eine Psychotherapie bedacht werden können, zum Beispiel auf Ebene des Patienten oder der Patientin, des Therapeuten oder der Therapeutin, oder der körperlichen Bewegung an sich, um nur einige Aspekte aufzugreifen. Beginnen wir mit der individuellen *Ausgangssituation eines Patienten oder einer Patientin, seinen oder ihren Bedürfnissen und Therapiezielen*. Hier könnte man sich als Therapeut oder Therapeutin zunächst fragen, ob körperliche Aktivität überhaupt eine geeignete Ressource zur Unterstützung darstellt. Falls ja, geht es dabei eher um generelle gesundheitliche Einflussmöglichkeiten, zum Beispiel körperliche oder soziale (s.o.), oder eben um konkrete therapeutische Möglichkeiten, z.B. in Bezug auf die therapeutische Beziehung? Patienten oder Patientinnen, deren Lebensstil sich u.a. durch starken Bewegungsmangel beschreiben lässt², können von völlig unspezifischer körperlicher Aktivität bereits stark profitieren, auch außerhalb der therapeutischen Einheit, während Bewegung für bereits körperlich aktive Menschen keine derart ungenützte Gesundheitsressource mehr darstellt. Bei ihnen wäre andererseits eine höhere Aufgeschlossenheit und Bereitschaft für den therapeutischen Einsatz und Nutzen von Bewegung zu erwarten. Eine völlig andere Situation ergibt sich für Patienten und Patientinnen, deren Bewegungsverhalten exzessiv, destruktiv und Ausdruck ihres inneren Leids ist (Essstörungen, Leistungssport, Sportsucht etc.). In den beiden letzten Fällen kann Bewegung vor allem als therapeutische Intervention innerhalb der Therapie dazu genutzt werden, um den Umgang zum eigenen Körper, mit sich selbst und anderen – die „Beziehungsarbeit“ im doppelten Sinne – und damit das Erreichen relationaler Ziele zu forcieren. Auf konkrete Erkrankungsbilder kann hier nicht eingegangen werden, allerdings dürfte bei einer Öffnung und

² Zur Einschätzung kann man sich auf Richtlinien der World Health Organisation (WHO, 2015) beziehen, die zwischen körperlich inaktiv, moderat aktiv und höchstaktiv unterscheiden. Zur Orientierung: von „Inaktivität bzw. geringfügiger körperliche Aktivität“ spricht man bei weniger als 150 Minuten Bewegung bei moderater Intensität bzw. 75 Minuten bei hoher Intensität pro Woche, oder weniger als 7.500 Schritten pro Tag. Von „moderater körperliche Aktivität“ ist bei 150 bis 300 Minuten Bewegung bei moderater Intensität bzw. 75 bis 150 Minuten bei hoher Intensität pro Woche die Rede, oder bei 7.500 bis 12.500 Schritten pro Tag. „Hohe körperliche Aktivität“ liegt schließlich bei mehr als 300 Minuten Bewegung bei moderater Intensität bzw. 150 Minuten bei hoher Intensität pro Woche vor, oder bei mehr als 12.500 Schritten pro Tag (vgl. Geißler D., 2017).

Erweiterung des Settings durch körperliche Aktivität vor allem bei Patienten und Patientinnen Vorsicht geboten sein, die Schwierigkeiten in der Einhaltung von Grenzen, eine komplizierte Beziehungsstruktur bzw. ein niedriges Strukturniveau aufweisen. Solange keine sichere Arbeitsbeziehung vorhanden ist und Beziehungsdynamiken nicht gut besprochen werden können, wäre ein Setting riskant, durch das die Beziehung noch komplexer wird. Patienten und Patientinnen, die an einem ausgeprägten inneren Chaos, also einem Zuviel an innerer Bewegtheit und einem Grundmangel an Ruhe, Ausgeglichenheit und Stabilität leiden, könnten in ihrer strukturellen Problematik durch eine zusätzliche Aktivierung und Öffnung der Grenzen womöglich verstärkt werden. Wenn die Therapie zusätzlich aus der geschützten Praxis verlegt wird, zum Beispiel in einen öffentlichen Naturraum, können die Zweisamkeit und Intimität gestört werden, und der dyadische Raum sich im Einzelfall auflösen. Zusätzliche Außenreize, die eine neuartige und positive Stimulation ermöglichen können, werden dann womöglich eher als ablenkend oder verunsichernd erlebt. Nachdem Patienten und Patientinnen bei erfolgreicher Therapie eine persönliche Entwicklung und unterschiedliche Zeiten mit ihrem Therapeuten bzw. ihrer Therapeutin durchleben, muss bei der Entscheidung, ob Bewegung angebracht ist oder nicht, auch die *aktuelle Phase im therapeutischen Prozess* berücksichtigt werden. Dies wird u.a. von der vorherrschenden Beziehungsdynamik und Thematik abhängen oder auch davon, ob der therapeutische Prozess über längere Zeiträume stagniert bzw. sich „unlebendig“ anfühlt und durch Bewegung etwas „in Fluss“ gebracht werden könnte, oder ob es eher darum geht, dem Patienten bzw. der Patientin Halt und Struktur zu geben. So wäre es bei aktuell negativ getönter Therapieatmosphäre bzw. Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsdynamik vermutlich kein idealer Zeitpunkt für „Bewegungsexperimente“. Auch immer dann, wenn Thematiken wie Intimität, Konkurrenz, Aggression, Macht, Abhängigkeit, Erotik oder Sexualisierung eine gegenwärtig hohe Brisanz haben, wäre zu bedenken, dass diese im Setting des gemeinsamen Tuns eine Verstärkung erfahren. Wendet man den Blick vom Patienten oder der Patientin auf die *Ebene des Therapeuten und der Therapeutin*, so hängen die Möglichkeiten der Integration von Bewegung ebenfalls von mehreren Faktoren ab. Die eigene Persönlichkeit, individuelle Erfahrungen mit Bewegung und Sport sowie der Stellenwert, dem man Bewegung, Körperlichkeit und Gesundheit beimisst, werden hier erheblichen Einfluss nehmen. Besonders interessant scheint mir darüber hinaus zu sein, wie man sich als Therapeut oder Therapeutin in seiner professionellen Rolle versteht, die einerseits stark institutionell und schulenspezifisch geprägt ist und andererseits von jedem unterschiedlich interpretiert werden wird. Von dieser individuellen therapeutischen Rolle wird es auch abhängen, wie man mit Patienten und Patientinnen umgeht, wie weit man sich im gemeinsamen Tun und in den Beziehungsprozess involvieren möchte bzw. kann und schließlich auch welche Möglichkeiten der Bewegungsintegration man sich selbst offenlässt. Dabei eignen sich die jeweiligen Rollen auch in unterschiedlicher Weise dazu, auf die mannigfaltigen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen eingehen zu können. Das eigene Bild könnte dabei beispielsweise dem eines *Beobachters bzw. einer Beobachterin* entsprechen, der möglichst wenig aktiven Einfluss nehmen möchte, zum Beispiel indem Bewegungsangebote nur vom Patienten

bzw. der Patientin initiiert werden dürfen, oder indem seine bzw. ihre Bewegungen oder auch das gemeinsame Bewegen lediglich aufmerksam beobachtet und analysiert, jedoch nicht aktiv mitgestaltet werden. Eine solche Herangehensweise entspricht einer analytischen und eher abstinenter Arbeitshaltung. Therapeuten bzw. Therapeutinnen können auch als „neutrale“ Berater bzw. Beraterinnen auftreten und bei Bedarf sachliche Informationen zur Verfügung stellen, indem sie zum Beispiel über psychische und körperliche Wechselwirkungen, praktische Ansätze und gesundheitliche Konsequenzen von Bewegung aufklären. Manche Therapeuten bzw. Therapeutinnen verstehen sich auch als *Motivatoren* bzw. *Motivatorinnen*, indem sie zu bestimmten Dingen ermutigen. Die Ermutigung stellt auch bei Adler und in der Individualpsychologie ein zentrales Element der Therapie dar. Wenn Therapeuten bzw. Therapeutinnen von Bewegung innerlich überzeugt sind und den Wert von Bewegung schätzen – unabhängig davon, ob sie selbst körperlich aktiv sind und über besonderes Fachwissen verfügen oder nicht –, werden sie Patienten und Patientinnen bei Bedarf aller Wahrscheinlichkeit nach auch zur Bewegung ermutigen, in diesem Sinne in eine gewisse Richtung weisen, sie „führen“ und mit den Patienten und Patientinnen einen bestimmten Weg einschlagen. In der Rolle von *Instruktoren* und *Instruktorinnen* führen sie ihre Patienten und Patientinnen noch stärker, erteilen konkrete Ratschläge und Anleitungen und könnten Bewegung unter Umständen gewissermaßen „verschreiben“ oder sogar individuelle Bewegungskonzepte erstellen, ähnlicher einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen. Verstehen sich Therapeuten und Therapeutinnen in ihrer Rolle vor allem als *Teilnehmer* bzw. *Teilnehmerinnen*, können sie sich noch aktiver in das therapeutische Geschehen einbringen, begleiten den Prozess nicht nur, sondern gestalten ihn selbst mit und stehen dem Patienten bzw. der Patientin auch in der praktischen Durchführung unterstützend zur Seite. Dies könnte zum Beispiel im Rahmen einer gemeinsamen Bewegungserfahrung umgesetzt werden. In einem solchen Vorgehen spiegelt sich gerade der relationale Ansatz wider. In der Arbeitspraxis werden solche Rollen selten isoliert und eher vermischt eingenommen und sollen daher nicht als einander ausschließend verstanden werden, wenngleich jeder „Schwerpunkt“ unterschiedliche technische und methodische Kenntnisse und auch praktische Erfahrungen erfordert, sowohl im psychotherapeutischen als auch im sportwissenschaftlichen Fachbereich. Schließlich kann auch noch der *Aspekt der körperlichen Bewegung* an sich betrachtet werden. Dies bezieht sich einerseits auf das Ausmaß bzw. die Art und Weise, wie Bewegung als Teil eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes integriert werden könnte, und andererseits auf die konkrete Bewegungsform. Was den ersten Punkt betrifft, geht es im Wesentlichen um die Entscheidung, ob körperliche Aktivität als „parallel angewandter Zusatz“ zur psychotherapeutischen Behandlung, oder direkt als „psychotherapeutisches Medium“ innerhalb derselben eingesetzt werden soll, mit dem Therapeuten bzw. der Therapeutin als aktive Teilnehmende.

Im Übrigen haben beide Behandlungsmodelle eine gewisse körpertherapeutische Tradition. So kam es beispielsweise durch Otto Fenichel zu einer Kombination von Psychoanalyse und Gymnastik bzw. Körperarbeit, wobei Therapie und Bewegung parallel angewandt wurden. Andererseits nutzten an-

dere analytische Therapeuten, darunter Groddeck, Reich und Ferenczi das Modell der „Einheit körperlicher und psychischer Methoden“ (Geuter, 2015, zitiert nach Reichmayr, 2015, S. 14f). Beide Wege haben ihre Vorteile und Nachteile bzw. Grenzen und schließlich ist auch eine Kombination beider Ansätze vorstellbar. Ein Behandlungsansatz, der Bewegung parallel zur Psychotherapie integriert, dürfte sich vor allem dann eignen, wenn eine Auslösung vielfältiger und unspezifischer Gesundheitseffekte bewirkt werden soll, die sich in indirekter Weise positiv auf den psychotherapeutischen Prozess auswirken können. Dazu ist nämlich ein Mindestmaß an Umfang und Intensität nötig, das im Rahmen einer ausschließlichen psychotherapeutischen Behandlung kaum realisiert werden kann. Eine derartige Integration von Bewegung ist darüber hinaus relativ unkompliziert, da man als Therapeut bzw. Therapeutin kaum zusätzliche (zeitliche, räumliche, materielle) Ressourcen aufbringen muss und die Therapie auf sonst gewohnte Weise ablaufen kann. Darüber hinaus benötigt es keine einschlägige Selbsterfahrung mit Bewegung in der Therapie, sondern lediglich ein gewisses Grundverständnis über Wirkzusammenhänge und Kooperationen mit bewegungskompetenten Kooperationspartnern und -partnerinnen. Körperliche Aktivität als Zusatz bietet sich demnach vor allem für körperlich inaktive Patienten bzw. Patientinnen an, die von einem erhöhten Ausmaß an Bewegung gesundheitlich am stärksten profitieren, und für die ein bewegtes Therapiesetting sonst weniger geeignet erscheint bzw. eine geringere Priorität hat. Ebenso dürfte dieser Zugang für die meisten Therapeuten bzw. Therapeutinnen zunächst einfacher umsetzbar sein. Körperliche Aktivität als *Medium während der Psychotherapie* verspricht ebenfalls bestimmte Vorteile, die natürlich darin bestehen, dass die Therapie nicht mehr indirekt, sondern direkt von den Möglichkeiten gemeinsamer Körperarbeit oder Bewegung profitieren kann. Dies bezieht sich unter anderem auf die therapeutische Beziehung, denn gemeinsame Bewegung kann hier in vielerlei Hinsicht als „Verstärker“ wirken (Hays, 1999, S. 15) und eine bedeutsame „relationale Ressource“ darstellen. Für den therapeutischen Prozess ergeben sich dadurch Möglichkeiten, die einer rein gesprächsbasierten Therapie oder auch der parallelen Kombination mit körperlicher Aktivität verschlossen bleiben (vgl. Lesky, 2015, S. 73f; vgl. Hays, 1999, S. 14). Aus relationaler Perspektive scheint dieser Ansatz daher der generell attraktiveren zu sein. Gleichzeitig ist er der schwierigeren, da sich durch die Zusammenführung von Bewegung und Therapie auch gewisse Zwangslagen ergeben, zum Beispiel hinsichtlich räumlicher, aber auch zeitlicher Ressourcen. Nachdem körperliche Aktivität in der Psychotherapie zwar genutzt, aber nicht vordergründig sein kann, sind auch ihrem Ausmaß und damit den unspezifisch wirksamen Faktoren Grenzen gesetzt. Darüber hinaus müssen sämtliche Komplikationen, Risiken und Einschränkungen bedacht und berücksichtigt werden, die mit einer Öffnung des Settings verbunden sind. So bezieht sich dieser verstärkende Effekt natürlich auch auf die kritischen Aspekte einer Beziehung, z.B. indem brisanten Themen und deren Inszenierung mehr Raum gegeben wird, wodurch die Therapie wesentlich komplexer bzw. heikler werden kann (dazu später). Bewegung als Medium während der Therapie dürfte sich daher vor allem dann eignen, wenn nicht gesundheitliche Effekte, sondern Beziehungsfaktoren im Fokus der Therapie stehen. Wie bereits erörtert, benötigt ein solches Vorgehen auch ein-

schlägige Selbsterfahrung und Kenntnisse. Was schließlich die unterschiedlichen *Formen körperlicher Aktivität* betrifft, die im Rahmen von Psychotherapie theoretisch genutzt werden können, sind sehr vielfältig Möglichkeiten denkbar. Was letztlich geeignet ist bzw. wofür man sich konkret entscheidet, wird wieder von sehr vielen Faktoren abhängen, u.a. von den persönlichen Erfahrungen des Therapeuten bzw. der Therapeutin und dem Fokus im jeweiligen therapeutischen Einzelfall. So eignen sich nicht alle Bewegungsformen gleichermaßen zur Auslösung gesundheitlicher Effekte, zur Förderung subjektiven Wohlbefindens, zur Bearbeitung von Widerständen oder zur Verstärkung relationaler Aspekte, um nur wenige Beispiele zu nennen. Bestimmte Aktivitäten eignen sich besser zur eigenständigen Durchführung und anschließenden gemeinsamen Reflexion, z.B. das (therapeutische) Klettern und bestimmte Bewegungs- und Körperübungen, während andere wiederum sehr einfach gemeinsam durchgeführt werden können und daher ein „Beziehungserlebnis“ ermöglichen, beispielsweise Gehen, Laufen oder eben gemeinsam durchgeführte Bewegungs- und Körperübungen.³ Aus Platzgründen soll am Ende dieses Beitrags nur auf ein Beispiel eingegangen werden, das sowohl aus gesundheitlicher als auch relationaler Sicht besonders ergiebig sein kann, relativ unkompliziert einsetzbar ist, von den meisten Patienten und Patientinnen problemlos sowie ohne Risiko durchgeführt werden kann und darüber hinaus gewisse Verbindungen zur Individualpsychologie erlaubt: das Gehen. Doch zuvor sollen noch ein paar Gedanken zum relationalen Setting gemacht und eine Verbindung zur Individualpsychologie hergestellt werden.

3 *Bewegung in ihrer Verbindung zu einer relationalen Psychotherapie*

Will man das therapeutische Setting für Bewegung öffnen, bietet ein relationaler Zugang gewisse Vorteile. Indem dabei die Beziehung in den Vordergrund gerückt wird, können Interventionen durch den Therapeuten bzw. der Therapeutin und Angebote seitens des Patienten bzw. der Patientin dementsprechend auch als förderlich angesehen werden, wenn sie „Licht in den Raum der Beziehung“ bringen bzw. dem Beziehungsprozess zuträglich sind. Eine solche Sichtweise ist im Falle der Integration von körperlicher Aktivität sinnvoll, da sonst jede Handlung als Abweichung einer (abstinenten) analytischen Grundhaltung und damit auch jedes Bewegungsangebot – komme es nun vom Therapeuten oder vom Patienten – automatisch in den Verdacht des Widerstandes oder Agierens geraten müsste. Aber auch in umgekehrter Richtung lassen sich körperliche Aktivität und Rationalität in positiver Weise verbinden. Denn in der Bewegung erkennt man nach Adler die Bewegungsform und den Bewegungs- bzw. Aktivitätstypus (Adler, 1935e; Adler, 1935k) – die Art und Weise, wie jemand zum Leben, zu seinen Problemen und auch in Beziehungen Stellung nimmt – und darin wiederum die

³ In meiner Dissertation habe ich auf die Vorteile „natürlicher und ursprünglicher“ Bewegungsformen hingewiesen und mich mit ausgewählten Beispielen – dem (therapeutischen) Klettern, dem Laufen und der Lauftherapie, dem Spaziergehen und der „Walk-and-Talk“ Therapie, sowie Kraft- und Widerstandsübungen – näher auseinandergesetzt. Siehe dazu Geißler D., 2017.

beiden für ihn zentralen Elemente: den Grad an Aktivität und an Gemeinschaftsgefühl. In dieser Charaktertypologie zeigt sich also auch der „*Beziehungstyp*“, was für eine relationale Sicht somit einen Gewinn darstellt. Ein interessanter Aspekt ist in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass sich unter Umständen auch der Grad an Autonomie und Abhängigkeit in den Bewegungen des Klienten bzw. der Klientin ausdrücken bzw. sichtbar werden kann. Wie „frei“ sich eine Person im Raum bewegt, lässt demnach möglicherweise Rückschlüsse auf den früh erlernten Bindungsstil bzw. „*Bindungstyp*“ zu (Sassenfeld, persönliche Kommunikation, 8. Juli 2016). Ein Hauptproblem in der analytischen Arbeit mit Körperinterventionen besteht nach Worm darin, die dadurch erweiterten Möglichkeiten des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens im Blick zu behalten. Die Bühne des Gesprächs öffnet sich dem Körpergeschehen und der Handlung, und alles wird „turbulenter“, komplexer und unübersichtlicher. Darüber hinaus wird es noch schwieriger, zwischen den Ebenen bzw. Bühnen der Inhalte und der Beziehung zu unterscheiden, denn nun erhalten nicht nur Worte, sondern auch Taten diese doppelte Bedeutung – es kommt daher zu einem Sprechen *und* Handeln auf zwei Bühnen (Worm, 2007, S. 271f). Wenn man so will, könnte man sogar von einer „*Therapie auf vier Bühnen*“ sprechen. Je präziser bzw. vollständiger man als Therapeut oder Therapeutin die Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung wahrnehmen und je mehr Aufmerksamkeit man ausschließlich diesem Bereich widmen möchte, desto engere Grenzen sind der therapeutischen Aktivität gesetzt. Die beschriebene Problematik lässt sich ohne weiteres auf ein therapeutisches Setting übertragen, in dem körperliche Aktivität einen Platz haben soll. Eine gemeinsame Bewegungsübung kann vom Therapeuten bzw. der Therapeutin eine stärkere Involvierung erfordern, wodurch sich auf der Ebene der Interaktion und Beziehung eine unübersichtliche Vielzahl an Eindrücken und Geschehnissen ergeben kann. Gleichzeitig erfordert die Körpererfahrung des Patienten bzw. der Patientin oder die Bewegungshandlung selbst ein bestimmtes Maß an Aufmerksamkeit. Als Therapeut bzw. Therapeutin wird man in einem solchen Fall daher kaum in der Lage sein, alle Eindrücke sowie das Beziehungs- bzw. Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen in seiner Gesamtheit zu erfassen, geschweige denn sie alle im gegenwärtigen Moment zu reflektieren. Noch gravierender erscheint eine solche Problematik im Falle einer Therapieeinheit, die durchwegs in gemeinsamer Bewegung stattfindet, beispielsweise in Form einer „Walk-and-Talk“ Einheit. Vielleicht stellt sich dieses Problem in der Theorie allerdings stärker dar als in der Praxis. Aus individualpsychologischer Sicht spielt das Beziehungsgeschehen zwar eine zentrale Rolle, und damit auch sämtliche Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung und des Widerstandes. Allerdings besteht dabei weniger der Anspruch, einen Menschen und seine Situation in deren Vollständigkeit, als vielmehr in deren Einzigartigkeit zu erfassen. Als individualpsychologischer Therapeut bzw. Therapeutin kann man sich stattdessen darauf verlassen, dass jedenfalls einige besonders eindruckliche und für den Patienten bzw. die Patientin bedeutsame Momente behalten und reflektiert werden können – vielleicht die für ihn bedeutendsten –, und dass in jedem Einzelement auch das Wesentliche und „große Ganze“ enthalten ist. Es geht dabei um das Verstehen von einzelnen Teilbewegungen in ihrem Gesamtzusammenhang und Sinn. Was in Bezug

auf die beschriebene Problematik ebenfalls berücksichtigt werden sollte, ist, dass neue Elemente oder Experimente in einer Therapie grundsätzlich auch immer etwas Neuartiges in die Beziehung bringen, die dadurch wieder intensiver spürbar wird und auch neues Material für Übertragung und Gegenübertragung bietet. Dieser erhöhte Grad an Komplexität ist jener Faktor der „Beziehungsverstärkung“, der zuvor schon angesprochen wurde und entsprechende Chancen und Schwierigkeiten birgt, in jedem Fall aber Möglichkeiten einer erhöhten Beziehungsintensität. Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen bräuchten daher gewisse Kompetenzen und Eigenerfahrungen in Bezug auf körperliche Aktivität, aber vor allem das nötige psychotherapeutische Rüstzeug, denn je aktiver sich Therapeuten bzw. Therapeutinnen in die Bewegungs- und Körperarbeit mit Patienten und Patientinnen involvieren wollen, umso behutsamer und sensibler müssen sie im therapeutischen Prozess und mit den ethischen Bedingungen umgehen. Potenziell wichtige Themen in diesem Zusammenhang sollten unbedingt vorab angesprochen und im Auge behalten werden. Dabei geht es um den vereinbarten Rahmen und die Grenzen des Settings und der Bewegungsmöglichkeiten sowie um bereits angesprochene Themen wie Intimität, Konkurrenz, Aggression, Abhängigkeit, Erotik, Macht. Vor diesem Hintergrund ist es unbedingt erforderlich, eine kontinuierliche Achtsamkeit auf das Beziehungsgeschehen zu richten, auf Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung und des Widerstands (vgl. Hays, 1999, S. 14). Denn dem Agieren – sofern man es als solches versteht – ist bei gemeinsamer Bewegung eine besonders große Bühne geboten. Die Anerkennung des Involviert Seins und die Bedeutung von Inszenierungen sind ein wichtiger Bestandteil einer relationalen therapeutischen Grundhaltung. Downing (2007, S. 556) schreibt dem Ausagieren, in der Form von „Enactments“, nicht bloß eine wichtige Rolle in der therapeutischen Beziehung zu, sondern sieht darin sogar Möglichkeiten einer fruchtbaren Bereicherung und einen Nutzen für therapeutische Veränderung. So erhält zum Beispiel die Idealisierung einen größeren Raum, wenn der Therapeut selbst sehr sportlich ist bzw. aussieht und im Rahmen gemeinsamer Bewegung ein entsprechendes Vorbild darstellt. Konkurrenz oder Macht können durch Bewegung getriggert und in Szene gesetzt werden, zum Beispiel, wenn die körperliche Überlegenheit vom Patienten bzw. der Patientin ausgespielt wird, indem er bzw. sie schneller geht oder läuft als der Therapeut bzw. die Therapeutin und ihn bzw. sie damit unter Druck setzt. Auch das Thema der Aggression erhält in der Körperlichkeit und Bewegung wortwörtlich eine andere „Schlagkraft“. Die gemeinsame Bewegung könnte den Aspekt der Erotik und Sexualisierung noch verstärken, beispielsweise, wenn der Therapeut und die Patientin (um bei einem Klischee zu bleiben) sich erstmalig in leichter Sportbekleidung sehen und unter Umständen zu schwitzen beginnen. Bezogen auf den Widerstand wäre es auch vorstellbar, dass sich dieser gegen das sonst gewohnte Setting und die übliche Arbeitsweise richten könnte. Eine Therapieeinheit im Rahmen eines Spaziergangs im Frühling kann etwas Wundervolles, die Sinne Belebendes, den Geist Inspirierendes und darüber hinaus einfach ein sehr schönes gemeinsames Erlebnis sein. Es wäre gut möglich, dass ein solches Setting auch den gesamten psychotherapeutischen Prozess neu beleben könnte und ebenso, dass die Patientin solch ein Erlebnis gerne wiederholen würde. Was, wenn die Patientin die-

se Art der gemeinsamen Arbeit „zu schön“ findet und beginnt, es dem traditionellen Setting vorzuziehen? Und was wäre, wenn es dem Therapeuten genauso gehen würde? Es wäre nicht einfach damit umzugehen, wenn die Patientin das herkömmliche Setting zusehends abwerten und damit beginnen würde, Druck auszuüben und vielleicht gar nicht mehr bereit wäre, die Therapie in der alten Weise fortzuführen. Körperliche Aktivität wäre also auch in diesem Sinne als Auslöser von Widerstand denkbar, der sich zugunsten der Bewegung und der mit ihr einhergehenden positiven Befindlichkeit gegen unangenehme Gefühle, Themen, Probleme, Beziehungsaspekte oder das Setting richten und sich in latenter Weise oder in konkreter Abwehr äußern würde. Durch die gemeinsame Aktivität kann sich aber auch eine besondere Verbindung und Intimität und sogar eine gemeinsame „Leidenschaft“ zwischen Patientin und Therapeut entwickeln, worin die vorhin erwähnte positive oder negative Verstärkung der Therapie besteht. Hier wird deutlich, dass sich solche Situationen klar abseits des herkömmlichen und geschützten Therapiesettings in der Praxis bewegen. Es kann also nur nochmals betont werden, wie wichtig es ist, klare Grenzen zu konstruieren und einzuhalten, um die Entwicklung schädlicher Beziehungsmuster zu verhindern.

4 *Bewegung in ihrer Verbindung zur Individualpsychologie*

Bewegung spielte im Leben Alfred Adlers bereits seit früher Kindheit eine bedeutsame Rolle und prägte sein späteres Leben – seinen eigenen Lebensstil – was sich auch in der Bewegungsmetaphorik seiner Individualpsychologie widerspiegelt (Lemm-Hackenberg, 2014). Vor allem seine späteren Schriften sind von Begriffen der Körperlichkeit und Bewegung durchzogen, die er jedoch nie differenzierte, definierte oder systematisierte. Adler begreift den Menschen zusehends als ein Wesen, das sich innerlich und äußerlich in ständiger Bewegung befindet, sowohl auf seelischer als auch auf körperlicher Ebene. Dies wird beispielsweise ersichtlich, wenn er schreibt, „*dass der Mensch ein sich bewegendes Lebewesen ist. [...] Die Seele ist Bewegung, betrifft Bewegung und haftet nur an sich bewegendem Lebewesen*“ (Adler, 1929b, S. 154). Oder: „*Der wichtigste Charakter des Lebens ist Bewegung*“ (Adler, 1932i, S. 533). Und: „*Wie einer sich bewegt, so ist der Sinn seines Lebens.*“ (Adler, 1933c, S. 66.). Er spricht von körperlichen oder seelischen Ausdrucksbewegungen, von Teilbewegungen, von der Bewegungslinie, vom Bewegungsgesetz, von Bewegungsformen und Bewegungstypen, von der Aktivität und dem Aktivitätsgrad, von Training und Übung.⁴ Adler beginnt schließlich das gesamte Leben als Bewegung zu begreifen und das Konzept der „Lebensbewegungen“ zu skizzieren. Diesen Begriff verwendet er selbst zwar kaum explizit, doch er wurde später wieder aufgegriffen, z.B. von Gisela Eife (2013), Peter Geißler (2007), Günther Heisterkamp (2013, Geißler P. & Heisterkamp, 2007) sowie von Thomas Stephenson (2011, S. 148-155). Kurzzeitig stellt Adler den „Aktivitätsgrad“ in seiner Bedeutung für die Individualpsychologie auf dieselbe Stufe mit dem Machtstreben und dem

⁴ Eine Übersicht aller Bewegungsbegriffe Adlers und der Versuch einer Differenzierung und Systematisierung kann in der Dissertation nachgelesen werden, siehe dazu Geißler D., 2017.

Gemeinschaftsgefühl und in zwei seiner spätesten Beiträge beschreibt er 1935 eine Charakter-Typologie auf der Basis zweier Faktoren – Aktivität und Gemeinschaftsgefühl (Adler, 1935e; Adler, 1935k;). Er sprach dabei zwar nicht von „körperlicher Aktivität“ und „Relationalität“, beschrieb diese Typen allerdings anhand von verschiedenen Bewegungs- und Beziehungsmerkmalen, womit der Zusammenhang deutlich wird. In seinen Texten und Beschreibungen spricht er sowohl von seelischen als auch von körperlichen bzw. motorischen Bewegungen und berücksichtigt dabei auch stets den Aspekt des Sozialen, der Gemeinschaft, des Gemeinschaftsgefühls oder Zärtlichkeitsbedürfnisses – und damit indirekt den Aspekt des Relationalen. In seiner Lehre setzt er sich intensiv mit all diesen Dimensionen – dem Körperlichen, Seelischen und Sozialen – und deren unauflösbarer Beziehung auseinander, spricht allerdings zumeist einfach von *der* Bewegung, in der grundsätzlich stets alle Dimensionen „ganzheitlich“ mitgedacht werden. Adler versteht den Menschen als organisches Ganzes, als unteilbare und einheitliche Persönlichkeit. Im Menschen stehen Seele und Körper in nahtloser Verbindung. Bewegung ist dabei der Ausgangspunkt für alles Natürliche, Seelische und Kosmische – sie ist der wichtigste Charakter und das Grundgesetz des Lebens. Der Mensch ist Bewegung und nur als Bewegung zu fassen – der Sinn seines Lebens spiegelt sich in den individuellen Bewegungen wider. Adlers Schriften sind mit Bewegungsbegriffen gefüllt, die ihrerseits wiederum von den Grundprinzipien seiner Lehre durchzogen sind. So ist das bedeutsamste Merkmal einer jeden Bewegung, dass sie ohne Richtung und Ziel nicht auskommt. Seelische und körperliche Bewegungen folgen dabei stets demselben Ziel, derselben Richtung und derselben doppelten Dynamik (vgl. Eife, 2010; Eife, 2013.), zwischen einer aufwärts und nach Überhöhung strebenden Bewegung und einer verbindenden und auf Gemeinschaft gerichteten Bewegung. Die seelische Bewegung spiegelt sich im körperlichen Bewegungsausdruck wider. Kurz: Bewegung ist in Adlers Individualpsychologie tief verwurzelt und ein zentrales Element dieser Schule. Es wurde zuvor eine Perspektive bzw. ein Setting als günstig beschrieben, welches nicht von vornherein allzu viele Einschränkungen macht und dem Seelischen einen gewissen „Spielraum“ (Heisterkamp & Geißler, 2007, S. 209) bietet, der über die Couch, den Sessel und sogar über das Behandlungszimmer hinausgehen kann. Bereits Adler setzte sich für einen solchen „Bewegungsspielraum“ und gegen ein allzu starres Setting ein. In „Technik der Behandlung“ schreibt er, es wäre bei gewissen Patienten bzw. Patientinnen besonders wichtig, sie durch Bewegungen zu verstehen bzw. sie durch Bewegung verstehen zu lassen, zum Beispiel bei der Wahl ihres Sitzplatzes (Adler, 1932l, S. 542). Adler verließ sich darauf, dass sich jeder Patient bzw. jede Patientin mit seinem bzw. ihrem Bewegungsgesetz vorstellt und sah einen Vorteil darin, die Bewegungen seiner Patienten bzw. Patientinnen nicht zu unterbrechen (Adler, 1933b, S. 166f). Auch in besonders schwierigen Phasen der analytischen Beziehung empfahl er, vor allem den noch ungeübten Therapeuten und Therapeutinnen, „die Ohren zu schließen und wie in einer Pantomime nur auf die körperlichen und seelischen Bewegungen zu achten“ (Adler, 1928k, S. 55). Angesichts dieser Beispiele erscheint es geradezu merkwürdig, dass dem Körper und der Bewegung in der heutigen individualpsychologischen Theoriebildung im Rahmen der fachspezifischen Ausbildung und wohl

auch innerhalb der gängigen individualpsychologischen therapeutischen Praxis ein relativ untergeordneter, wenn nicht sogar vernachlässigbarer Stellenwert zukommt. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass die Individualpsychologie im gegenwärtigen Diskurs körper- und bewegungstherapeutischer Schulen keinerlei nennenswerte Erwähnung findet. Dennoch gibt es vereinzelt Autoren, die das bewegungsdynamische Konzept Adlers aufgegriffen und einige seiner Gedanken weiterentwickelt haben. So haben sich beispielsweise Peter Geißler und Günther Heisterkamp intensiv mit dem Begriff der „Lebensbewegung“ befasst. Sie verstehen die Fähigkeit zur Bewegung als eine wesentliche Essenz von Leben und folgern aus einer relationalen Perspektive, dass Bewegung der manifeste Ausdruck für immanente Bezogenheit bzw. immanentes Bezogensein und Leben mit „Kontakt“ gleichzusetzen ist (Geißler & Heisterkamp, 2007, S. 36). Ein weiterer aktuell individualpsychologisch etablierter Bewegungsbegriff ist jener der therapeutischen „Mit-Bewegung“. Stephenson (2011, S. 119) sieht in der (aus)haltenden Mitbewegung die Konzepte von Winnicotts „Holding“ und Bions „Containing“ verdichtet, während sie Heisterkamp (2007, S. 302-309) zu den Lebensbewegungen zählt und im Sinne einer empathischen Bewegung – eines „Mitschwingens“ – versteht. Für Eife (2010, S. 314) bedeutet Mit-Bewegung auch die Fähigkeit der Identifizierung mit dem anderen im Sinne des Gemeinschaftsgefühls und sie beschreibt diese als therapeutische Konzepte, die vor allem mit einer relationalen Psychoanalyse gut kompatibel sind, wobei insbesondere die Ausdrucksbewegungen, als Ausdruck des Lebensstils, in der Individualpsychologie eine tiefere und umfassendere Bedeutung erhalten. So können Bewegung und Mit-Bewegung in Übertragung und Gegenübertragung, projektiver Identifikation, als Enactment oder Inszenierung ihren Ausdruck finden (Eife, 2013, S. 16).

5 *Bewegung in einer relationalen Individualpsychologie am Beispiel von gemeinsamen Gehen: „Walk-and-Talk“*

Wie zuvor angekündigt möchte ich eine die Verbindung von relationalen Aspekten, Individualpsychologie und körperlicher Aktivität abschließend an einem konkreten Bewegungsbeispiel illustrieren – dem gemeinsamen Gehen. In meiner Dissertation habe ich mich ausführlich mit den potentiellen Effekten körperlicher Aktivität im Allgemeinen auseinandergesetzt, auf somatischer, neurobiologischer, psychischer und sozialer Ebene. Darüber hinaus gibt es heute eine Vielzahl von Studien, welche die Bedeutung von Natur- und Grünräumen für Gesundheit und Befindlichkeit eindrucksvoll unterstreichen. Es liegen auch schon Untersuchungen zur Kombination von Bewegung in der Natur vor, in der Form von gemeinsamem Gehen, und vereinzelt sogar schon in der Anwendung im Rahmen gesprächsorientierter Beratungs- und Therapiesettings vor. Hierfür hat sich der bezeichnende Begriff des „Walk-and-Talk“ etabliert. Die Einzelergebnisse können hier nicht differenziert erläutert werden, wenngleich praktizierende Therapeuten und Therapeutinnen von durchwegs positiven Erfahrungen berichten und im gehenden Setting einen deutlichen therapeutischen Zusatznutzen gegenüber dem sitzenden Setting in der Praxis zuschreiben (vgl. McKinney, 2011, Hays, 1999, Lesky, 2015). Die po-

tenziellen Effekte des Gehens bzw. einer „Walk-and-Talk“ Einheit in der Natur können im Wesentlichen folgendermaßen zusammengefasst werden: eine gesteigerte Durchblutung, Sauerstoffversorgung und Aktivierung beider Gehirnhälften, eine Begünstigung des kreativen, integrativen, reflexiven und ganzheitlichen Denkens sowie der Gedächtnisleistung, eine Aktivierung der Sinnesorgane und Sensibilisierung der Wahrnehmung, eine beschleunigte Entspannung sowie Erholung bei reduziertem Stressempfinden, eine bessere Befindlichkeit und gehobene Vitalität (Geißler D., 2017). All diese Effekte stellen grundsätzlich nicht nur für den Patienten bzw. die Patientin eine gewinnbringende Ressource dar, sondern natürlich *auch für den Therapeuten bzw. die Therapeutin*. Es ist auch leicht vorstellbar, dass solche Effekte über die bewegte Therapiestunde hinaus wirksam sind und noch der Arbeit mit den nächsten Patienten bzw. der nächsten Patientin zugutekommen können. Darüber hinaus ermöglicht dieses Setting eine Zerstreung der Routine, ein Heraustreten aus gewohnten Denkpfeifen, eine Erleichterung gegenwärtigen Erlebens, einen Wechsel von Perspektiven und Themen sowie eine neue Begegnungsweise in der therapeutischen Beziehung. Aus solchen Gründen hat Bewegung heute bereits ein breites Anwendungsgebiet im stationären psychotherapeutischen Setting, vor allem im Rahmen der klinischen Bewegungs- und Sporttherapie, während die psychotherapeutische Praxis – das ambulante Setting – durchaus als „bewegungsarm“ bezeichnet werden muss. Das ist insofern spannend, wenn man sich den Begriffen „stationär“ und „ambulant“ etwas näher zuwendet. „Stationär“ leitet sich von *stationarius* – lateinisch für „stillstehend“ – ab, bedeutet „in Ruhe befindlich“, „bleibend“, „ortsgebunden“ und ist auf die Klinik bzw. das Krankenhaus bezogen (Wahrig Fremdwörterlexikon, 2016). *Ambulare* heißt in seinem lateinischen Ursprung „umhergehen“, weshalb ambulant gleichbedeutend mit „wandernd“ bzw. „umherziehend“ ist und sich auf das Gegenteil des Stationären bezieht (Wahrig Herkunftswörterbuch, 2016). Daraus leitet sich auch der Begriff des „Ambulierens“ ab, was so viel bedeutet wie „spazieren gehen“ oder „lustwandeln“ (Duden.de, Rechtschreibung, 2016). Im Kontrast zur ursprünglichen Bedeutung dieser Begriffe werden stationäre Therapieaufenthalte heute zusehends bewegter gestaltet und beziehen auch das Gehen mit ein, während das ambulante Setting zumeist nach wie vor ortsgebunden, „stillstehend“ (eigentlich stillliegend oder sitzend) und in Ruhe organisiert ist. Dazu muss gesagt werden, dass dies keineswegs immer so war, da sich bereits unter den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen der ersten Generation zahlreiche Ansätze für Bewegung im Rahmen der psychotherapeutischen Stunde finden lassen (Geißler D., 2017). Wie bereits beschrieben war die genaue Beobachtung von Menschen in ihren Bewegungen zu deren Verständnis für Adler von großer Bedeutung, und zwar nicht nur in seiner Praxis, sondern durchaus auch in deren alltäglicher Umgebung, was sich auch in einigen lebensnahen Beschreibungen seiner Schriften widerspiegelt. Wie mit Adler schon gesagt wurde: „*Wie einer sich bewegt, so ist der Sinn seines Lebens*“ (Adler, 1933c, S. 66), und in welchem Raum sollte sich ein Patient bzw. eine Patientin authentischer bewegen als in natürlicher Umgebung? Sowohl aus individualpsychologischer als auch aus relationaler Perspektive können die Ausdrucksbewegungen eines Patienten bzw. einer Patientin beim Gehen in einem natürlichen Raum besonders aufschluss-

reich sein, unter anderem, indem sie der Analyse von Lebensstil, Lebensbewegung, Mit-Bewegung und Bewegungs- bzw. Aktivitäts-Typus und dem Beziehungs- bzw. Bindungs-Typus dienen. Ein *individualpsychologischer* und daher grundsätzlich *psychodynamischer Zugang* setzt eine gute Beobachtungsfähigkeit voraus. Das aktuelle Geschehen in der Therapie wird dabei stets kausalanalytisch vor dem Hintergrund der Wirkursache bzw. Lebensgeschichte des Patienten bzw. der Patientin verstanden und analysiert, aber der Blick dabei auch final auf die Zweckursache, die fiktionalen Ziele und auf die Zukunft gerichtet. Darüber hinaus stellt der Individualpsychologe bzw. die Individualpsychologin unbewusste Dynamiken und Konflikte in den Vordergrund des therapeutischen Interesses. Diese können bei Adler auch als innere Bewegungen verstanden und sollen vor allem in der Beziehungsarbeit sichtbar gemacht werden, unter anderem in den Prozessen der Übertragung, Gegenübertragung und des Widerstands. Aus diesen Gründen kann, im Vergleich zu einer eher verhaltenstherapeutisch anweisenden Rolle wie jener des zuvor beschriebenen Instructors, eine gewisse Zurückhaltung sinnvoll sein, um aus einer analytisch-beobachtenden Rolle heraus verstehen zu können, was vom Patienten bzw. der Patientin selbst kommt. Durch den wichtigen Aspekt des Gemeinschaftsgefühls ergibt sich gleichzeitig auch eine intersubjektiv-relationale Prägung der Therapie, die vom Therapeuten bzw. der Therapeutin in der „Mit-Bewegung“ umgesetzt werden kann und auch eine gewisse Initiative erlaubt. Der Therapeut bzw. die Therapeutin kann den Fokus dabei, neben Vergangenheit und Zukunft, auch auf das gemeinsame gegenwärtige Erleben richten und den Patienten bzw. die Patientin durchaus ermutigen. Adler beschrieb Mut als die sozial nützliche Form der Aktivität und die Ermutigung als zentralen Aspekt der individualpsychologischen Behandlung (Adler, 1933k, S. 560). Ein aktiver, konstruktiver und mutiger Lebensstil erfüllt aus individualpsychologischer Sicht die besten Voraussetzungen für Gesundheit im weitesten Sinne. Der individualpsychologische Therapeut bzw. Therapeutin kann daher auch zur Aktivität ermutigen und letzten Endes auch den Aspekt der Bewegung, in seiner ganzheitlichen Bedeutung, in der Therapie aufgreifen und nutzen. Man kann die Rolle der Individualpsychologen bzw. der Individualpsychologinnen auch als eine verstehen, in der sie einerseits hochachtbare Beobachter bzw. Beobachterinnen sind, z.B. der individuellen Ausdrucksbewegungen ihrer Patienten und Patientinnen, aber die Patienten und Patientinnen darüber hinaus auch ermutigen und ein Stück führen, während sie selbst authentisch den Mut zu einer gewissen Initiative bzw. Aktivität mitbringen und in diesem Sinne selbst „beweglich“ sind.

Um auf das Gehen zurückzukommen bleibt es durch den autonomen Charakter dieser Bewegungsform für den Therapeuten bzw. die Therapeutin also einerseits möglich, als achtsamer *Beobachter* bzw. Beobachterin das Hauptaugenmerk weiterhin auf das therapeutische Geschehen, die Beziehung, die unbewussten Prozesse und den individuellen Ausdruck zu richten. Andererseits können Therapeut bzw. Therapeutinnen und Patient bzw. Patientin dabei auch in körperlicher Weise in Kontakt treten, einander näherkommen und sich auch wieder distanzieren, was in der gemeinsamen Bewegung sehr deutlich erfahrbar wird. Im Sinne des Gemeinschaftsgefühls und der therapeutischen „Mit-Bewegung“ wäre es dem Therapeuten bzw. der Therapeutin möglich, sich in einem erweiterten

Verständnis mit dem Patienten bzw. der Patientin und seinem bzw. ihrem Erleben zu bewegen, empathisch mitzuschwingen, sich auf einen gemeinsamen Rhythmus beim Gehen einzulassen und innerlich wie äußerlich „mit-zugehen“. So könnte Adlers berühmter Satz folgendermaßen erweitert werden: „Mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen“ (Adler, 1928f, S. 315) und „mit den Füßen eines anderen zu gehen.“ Bemerkenswerterweise sprach auch Adler von individuellen „Gangarten“ (Adler, 1927a, S. 135f; Adler, 1932i, S. 539f) und vom „mitgehenden“ Menschen (Adler, 1932i, S. 537; Adler, 1933b, S. 116). Die Gangart entspricht der Lebenslinie bzw. Lebensmelodie, sie leitet das Individuum, seine Schritte und Bewegungen und wird eingeschlagen, um das individuelle Bewegungsgesetz zu erfüllen. Gangarten sind gleichzeitig auch Problemlösungsstrategien und können, bei mangelhaft ausgeprägtem Gemeinschaftsgefühl, „fehlerhaft“ sein, wenn jemand beispielsweise eine Lebensbewegung entwickelt, in deren Rahmen er nichts zur Gemeinschaft beitragen möchte. Hingegen muss das Bewegungsgesetz eines Individuums ein gewisses Maß an Gemeinschaftsgefühl beinhalten, um in einer sozialen Gesellschaft zum „Mitgehen“ und für die Aufgaben des Lebens vorbereitet zu sein. Überdies benötigt es Mut als „sozial nützliche“ Form der „Aktivität eines Individuums [...] das mitgeht, mitarbeitet, mitlebt“ (Adler, 1933k, S. 560). In diesem Sinne könnte eine „bewegende Individualpsychologie“ den natürlichen Lebensraum als „Forschungsfeld“ und körperliche Aktivität, zum Beispiel in Form von Gehen, als Element nutzen, um: von den positiven Effekten für Körper, Gehirn, Denken, Wahrnehmung, Entspannung, Erholung, Befindlichkeit und Vitalität zu profitieren, auf Seiten der Patienten bzw. Patientinnen und Therapeuten bzw. Therapeutinnen, die individuellen seelischen und körperlichen Ausdrucksbewegungen, die Gangart, den Bewegungs- bzw. Aktivitäts-Typus und Beziehungs- bzw. Bindungs-Typus sowie Lebensstil besser sichtbar zu machen, die therapeutische Beziehung, den Aufbau des Gemeinschaftsgefühls, Mutes und eines aktiv-konstruktiven Lebensstils durch das empathische „Mit-bewegen“ bzw. „Mit-gehen“ zu unterstützen, somit den Prozess der Therapie und Heilung sowie Gesundheit auf ganzheitlicher Ebene zu fördern. Zur Veranschaulichung des bisher Gesagten und um den Transfer von Theorie zur Praxis zu erleichtern, möchte ich an dieser Stelle auf eine bereits publizierte Fallvignette verweisen, in der eine individualpsychologische Walk-and-Talk Einheit – mein ehemaliger Lehrtherapeut und ich – beschrieben ist (Geißler D., 2016). Abschließend ist es mir wichtig zu betonen, dass körperliche Aktivität als *Element im Sinne einer Möglichkeit* für die Individualpsychologie verstanden werden sollte, und nicht als eigenständige oder zu bevorzugende Therapiemethode. Es geht um eine Bereicherung der Therapie durch eine weitere Perspektive, Möglichkeit und Freiheit – um ein etwas „beweglicheres“ Setting, um auf die heutigen Anforderungen und Bedürfnisse vieler Patienten und Patientinnen bestmöglich reagieren zu können. Vor allem zu Beginn besteht bei einer Erweiterung bzw. Öffnung des klassischen Gesprächssettings ein erheblicher Aufwand in vielerlei Hinsicht, da vieles berücksichtigt werden kann (Geißler D., 2017). Ohne dies zynisch zu meinen, hat das traditionelle psychotherapeutische Setting – bei all seinen berechtigten Vorteilen – auch mit Schonung eigener Ressourcen (zeitlich, räumlich, energetisch, monetär etc.) bzw. mit

„Komfort“ auf Therapeutenseite zu tun. Was den Körpereinsatz und mitunter auch den Grad der persönlichen Involvierung betrifft, nimmt der „Komfort-Faktor“ wohl in folgender Reihenfolge ab: Couchsetting, sitzendes Setting, Körper- bzw. Bewegungsintervention in der Praxis, Körper- bzw. Bewegungsintervention außerhalb der Praxis. Am Ende kann man sich neben der jeweils nötigen Frage der Sinnhaftigkeit einer Bewegungsintervention im individuellen Einzelfall daher auch selbst die durchaus provokative Frage stellen: *Wie weit bin ich als Therapeut bzw. Therapeutin bereit, für bzw. mit meinen Patienten und Patientinnen zu „gehen“?*

Literatur

- Adler, Alfred (1927a/2009). Menschenkenntnis Hg. von Jürg Rüedi. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 5)
- Adler, Alfred (1928f/2010). Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. Hg. von Gisela Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3)
- Adler, Alfred (1928k). Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie (4. Aufl.). München: J. F. Bergmann Verlag.
- Adler, Alfred. (1929b/2009). Individualpsychologie in der Schule. Vorlesungen für Lehrer und Erzieher. Hg. von Wilfried Datler, Johannes Gstach & Michael Winingger. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 4)
- Adler, Alfred. (1932i/2010). Der Aufbau der Neurose. Hg. von Gisela Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3)
- Adler, Alfred. (1932l/2010). Technik der Behandlung. Hg. von Gisela Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3)
- Adler, Alfred. (1933b/2008). Der Sinn des Lebens. Hg. von Reinhard Brunner & Ronald Wiegand. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 6)
- Adler, Alfred. (1933c/2008). Religion und Individualpsychologie. Hg. von Reinhard Brunner & Ronald Wiegand. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 6)
- Adler, Alfred. (1933k/2010). Die Formen der seelischen Aktivität. Ein Beitrag zur individualpsychologischen Charakterkunde. Hg. von Gisela Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3)
- Adler, A. (1935e). The fundamental view of Individual Psychology (Übersetz.: Typologie der Stellungnahmen zu den Lebensproblemen). In H. Ansbacher & R. Antoch (Hrsg.) (1983), Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze (1933–1937) (Band 3, S. 70-74). Frankfurt: Fischer.
- Adler, Alfred. (1935k/2010). Über das Wesen und die Entstehung des Charakters. Hg. von Gisela Eife. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3)
- Downing, George. (2007). Unbehagliche Anfänge: Wie man Psychotherapie mit schwierigen Patienten in Gang setzen kann. In Peter. Geißler & Günther. Heisterkamp (Hrsg.), Psychoanalyse

der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – Ein Lehrbuch (S. 555-581). Wien: Springer.

Duden.de, Rechtschreibung. (2016). Ambulieren. Abgerufen am 30. August 2016 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/ambulieren>

Eife, Gisela (2010). Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Hg. von ders. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3)

Eife, G. (2013). „Freie psychoanalytische Forschung“ – unsere gemeinsame Basis. Zeitschrift für Individualpsychologie, 38(1), 73-81.

Geißler, Daniel (2006). Leistungsmotivation im Sport, motivationsfördernde Einflüsse und Aspekte. Psychosozial, 106(29), 109-121.

Geißler, Daniel (2016). Walk-and-Talk-Therapie im Selbstversuch. Psychoanalyse & Körper, 28(13), 97-101.

Geißler, Daniel (2017). Körperliche Aktivität als gesundheitsförderndes Element einer „bewegenden“ Individualpsychologie. (Dissertation). Sigmund Freud Privatuniversität, Wien.

Geißler, Peter (2007). Der „interaktionelle Körper“ in der analytischen Körperpsychotherapie. Psychotherapie Forum, 15(2), 78-84.

Geuter, Ulfried (2015). Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Heidelberg: Springer.

Hays, Kate (1999). Working It Out: Using Exercise in Psychotherapy. Washington: American Psychological Association.

Heisterkamp, Günter (2013). Lebensbewegung und Mit-Bewegung. Zeitschrift für Individualpsychologie, 38(1), 55-72.

Heisterkamp, Günter & Geißler, Peter (2007). Rahmen, Arbeitsbündnis und Setting – oder die Einrichtung der „psychotherapeutischen Werkstatt“. In dies. (Hrsg.), Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch (S. 199-210). Wien: Springer.

Kowald, Anne-Claire & Zajetz, Alexis Konstantin (2015). Erlebnisqualitäten des Kletterns. In dies. (Hrsg.), Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik (S. 20-43). Stuttgart: Schattauer.

Lemm-Hackenberg, Rainer (2014). Einhundert Jahre danach – Zwei Kontrahenten und ihre Metaphern. Zeitschrift für Individualpsychologie, 39(1), 55-69.

Lesky, Jürgen (2015). Walk and Talk in der Psychotherapie. Psychologische Medizin, 26(2), 69-76.

Markser, Valentin & Bär, Karl-Jürgen (Hrsg.). (2015). Sport- und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Forschungsstand und Praxisempfehlungen. Stuttgart: Schattauer.

McKinney, Bridget (2011). Therapist's perceptions of walk and talk therapy: A grounded study. (Dissertation). University of New Orleans, New Orleans.

Reichmayr, Johannes (2015). Otto Fenichel. Psychoanalyse und Gymnastik. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Stephenson, Thomas (2011). Individualpsychologische Entwicklungstheorie und Krankheitslehre. In Bernd Rieken, Brigitte Sindelar & Thomas Stephenson (Hrsg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis – Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 101-155). Wien: Springer.
- Stoll, Oliver & Ziemainz, Heiko (2012). *Laufen psychotherapeutisch nutzen. Grundlagen/Praxis/Grenzen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wahrig Fremdwörterlexikon (2016). Stationär. Abgerufen am 30. August 2016 von <http://www.wissen.de/fremdwort/stationaer>
- Wahrig Herkunftswörterbuch (2016). Ambulant. Abgerufen am 30. August 2016 von <http://www.wissen.de/wortherkunft/ambulant>
- WHO. (2015). *Pacific Physical Activity Guidelines for Adults*. Abgerufen am 22. Juni 2015 von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143639/>
- Worm, Gisela (2007). „Der Körper lügt nicht“ - ? Zur Widerstandsanalyse in der körperlichen Interaktion. In Peter Geißler & Günter Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – Ein Lehrbuch* (S. 259-289). Wien: Springer.

Autor

Mag. Dr. Daniel Geißler, geboren 1983, studiert und lebt in Wien. Studium der Sportwissenschaften (Bakk. und Mag. rer. nat.) und der Psychotherapiewissenschaften (BA und Dr. pth.). Arbeitend als Psychotherapeut i. A. u. S. (Individualpsychologie), als sportwissenschaftlicher Lebensstil- und Gesundheitsberater, Fitness- und Personaltrainer in freier Praxis in Wien und Niederösterreich und als Fachreferent an unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen und Ausbildungsinstitutionen.

Adresse: Hollandstraße 1a/2/19, 1020 Wien

Email: office@daniel-geissler.at