

**Zur Feldenkraismethode
in der Therapie mit Alkoholabhängigen**

Diplomarbeit

von

Marcel Welsch

Deutsche Sporthochschule Köln

Köln 1997

1. Referent: Dr. Sportwiss. Hubertus DEIMEL
 Institut für Rehabilitation und Behindertensport
2. Referent: Dipl.-Sportlehrerin Gabriele MARQUARDT
 Institut für Musik- und Tanzpädagogik

	Seite
1. Einleitung	4
2. Alkoholismus	6
2.1 Begriffsbestimmung	6
2.2 Erscheinungsformen und Verlauf der Alkoholkrankheit	6
2.3 Ursachen	7
2.4 Ebenen und Folgeschäden chronischen Alkoholmißbrauchs	8
2.5 Therapie und Rehabilitation der Alkoholkrankheit	9
2.5.1 Ziele der Therapie	9
2.5.2 Behandlungsablauf	10
2.5.3 Behandlungsmethoden und -instrumente	10
3. Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholkranken	11
3.1 Einleitung	11
3.2 Symptomatik der Alkoholkrankheit und ihre Konsequenzen für die Sport- und Bewegungstherapie	11
3.3 Ziele der Sport- und Bewegungstherapie	12
3.3.1 Teilziel: Personale Kompetenz	13
3.3.2 Teilziel: Soziale Kompetenz	13
3.3.3 Teilziel: Sportspezifische Kompetenz	14
3.4 Methoden der Sport- und Bewegungstherapie mit Alkohol-kranken	14
4. Die Feldenkraismethode	15
4.1 Einleitung	15
4.2 Biographisches	15
4.3 Menschenbild	16
4.3.1 Der lernende Mensch (<i>homo discens</i>)	16
4.3.2 Die funktionale Einheit von Körper und Geist	17
4.3.3 Die Bedeutung des Ich-Bilds für die Handlung	17
4.4 Selbstbeschränkung als Ergebnis von Anpassungsprozessen	18
4.4.1 Anpassung durch Ökonomisierung im Nervensystem	18
4.4.2 Der Anpassungsprozeß an die materielle Umwelt	19
4.4.3 Der Anpassungsprozeß an die soziale Umwelt	19
4.4.4 Die Folgen der Selbstbeschränkung	20
4.5 Freiheit durch Handlungsalternativen	20
4.5.1 Den Lernprozeß wieder aufnehmen	20
4.5.2 Bewußtheit auf dem Weg zur Reife	21
4.6 Zwei Wege in die Freiheit	21
4.6.1 Bewußtheit durch Bewegung	22
4.6.2 Funktionale Integration	24
5. Die Feldenkraismethode in der Sport- und Bewegungs-therapie mit Alkoholkranken	24
5.1 Möglichkeiten der Feldenkraismethode für den Sport- und Bewegungstherapeuten	24
5.2 Die Feldenkraismethode und ihre Bedeutung in der Therapie mit Alkoholkranken	25
5.3 Spezielle Ziele der Feldenkraismethode in der Alkoholtherapie	26

6.	Projektteil	28
6.1	Das Therapiekonzept der Klinik	28
6.2	Projektbeschreibung	30
6.3	Testverfahren	30
6.3.1	Der Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW)	30
6.4	Die Praxisstunden	31
6.4.1	Die erste Stunde: Den Rücken entdecken	32
6.4.2	Die zweite Stunde: Unterschiede erleben und wahrnehmen	33
6.4.3	Die dritte Stunde: Mit den Körperteilen jonglieren	33
6.4.4	Die vierte Stunde: Den Körper verlängern	34
6.4.5	Die fünfte Stunde: Der schwebende Gang	34
6.4.6	Die sechste Stunde: Die Atemwippe	34
6.4.7	Die siebte Stunde: Die magische Rolle	35
6.4.8	Die achte Stunde: Bewegungen koordinieren	35
6.4.9	Zusammenfassung	35
6.5	Testauswertung	36
6.5.1	Ergebnisse	36
6.5.2	Diskussion	41
6.5.3	Ausblick	44
7.	Methodenintegration	44
7.1	Die Ausbildungssituation	45
7.2	Integrationsmöglichkeiten der Feldenkraismethode in die Sport- und Bewegungstherapie	45
7.2.1	Die Grundprinzipien der Feldenkraismethode	45
7.2.2	Lernmöglichkeiten	46
7.2.3	Lernbedingungen	46
7.2.4	Integrationsmöglichkeiten	47
8.	Zusammenfassung	49
9.	Literaturangaben	50
10.	Anhang	56

1. Einleitung

„Drogen sind seit Jahrtausenden Bestandteil menschlicher Kultur.“ (LADEWIG 1996, 9) Die unterschiedlichen Gegebenheiten unter denen sie konsumiert werden, sind dabei so vielfältig wie ihre Wirkweisen.

Alkohol wird in unserer Gesellschaft nicht nur wegen seines Geschmacks, sondern auch wegen seiner Wirkung getrunken. Er wird zugleich als Rausch-, Genuß- und Nahrungsmittel konsumiert, ist die Basis vieler Medikamente und wird deshalb häufig gar nicht als Droge erkannt (vgl. SCHNEIDER 1997, 27). Alkoholismus und seine Folgeerkrankungen sind zum hohen Kostenfaktor im Gesundheitswesen geworden und auch die sozialen Folgeschäden sind extrem.

Um auf die negativen Folgen von exzessivem Alkoholmißbrauch in unserer Gesellschaft aufmerksam zu machen, braucht man nicht einmal die Jahr für Jahr erschreckenden Zahlen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren e. V. aufzulisten. Jeder kennt die Auswirkungen aus persönlichen Erfahrungen, z. B. in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis oder von Arbeitskollegen.

Sucht als soziale Pathologie (vgl. CAPRA 1992, 211), als Fluchtweg aus ungesunden Lebenssituationen ist grundsätzlich zu verstehen als *Sehnsucht* nach einem glücklichen Leben (vgl. DÖRNER/PLOG 1996, 241; ABFALG 1992, 32; GROSS 1995). Wenn es nicht mehr erlaubt ist unglücklich zu sein, müssen „Hilfsmittel“ gefunden werden, die uns gegen diese Art von Empfindungen immun machen, Pausen sind nicht erlaubt, der Körper muß funktionieren. AMENDT (1990, 374) beschreibt die Entwicklung der Suchtkrankheit als Bewältigungsstrategie, da sich die Anpassungsfähigkeit der menschlichen Subjekte an den geschaffenen technischen und gesellschaftlichen Überbau erschöpft hat. Auch GROF (1993, 17ff) spricht von der Sehnsucht hinter der Sucht. Aus eigener Erfahrung beschreibt sie Alkoholismus als eine Folge des Dürstens nach Ganzheit und Reaktion auf Gefühle der Leere, Einsamkeit, Unzulänglichkeit oder spiritueller Sehnsucht.

Seit etwa Mitte dieses Jahrhunderts sind wissenschaftliche Ansätze formuliert worden, den Menschen in seiner Ganzheit wieder zu entdecken, die von MOSHÉ FELDENKRAIS entwickelte Methode ist nur eine davon.

In dieser Arbeit soll untersucht werden, ob der von FELDENKRAIS vorgeschlagene Weg über die Bewegung und die Differenzierung von Körperwahrnehmungen zur Bewußtheit der Ganzheit und daraufhin zur Veränderung von Verhaltensgewohnheiten zu gelangen, eine sinnvolle Ergänzung in der Therapie von Alkoholkranken sein kann.

Die Idee der ganzheitlichen Erziehung ist aber keineswegs eine Entdeckung der modernen Wissenschaft, vielmehr ist es nötig, einen jahrhundertelangen Irrweg zu überwinden. In der griechischen Antike kannte man keine Trennung zwischen körperlicher und geistiger Bildung. Erst PLATON (427 - 337 v. Chr.) erschafft ein Gedankengebäude in dem er den Leib scharf von der unsterblichen Seele abgrenzt. Diese Trennung, bei der der Seele die Herrschaft über den Leib zugesprochen wird, wirkt bis heute in der abendländischen Geistesgeschichte nach (vgl. KUNZMANN/BURKARD/WIEDMANN 1995, 39 ff).

Die Dominanz der Gedanken über die Triebe gilt als die Grundlage für den Fortschritt in Wissenschaft und Technik, was sich auch in Begriffen wie Zivilisation und Rationalität widerspiegelt.

Ab ca. 300 v. Chr. treibt der philosophische Konflikt zwischen Epikuräern und Stoikern Geist und Körper noch weiter auseinander: Kernstück der Lehre EPIKURS ist das Prinzip der Lust. Dagegen stellen die Stoiker die Vorstellung, daß Glück nur durch die Freiheit von Affekten wie Lust, Unlust, Begierde und Furcht zu erreichen ist. Eine solche Apathie ist nur durch den Gebrauch der Vernunft möglich. Die Stoiker gewinnen großen Einfluß auf die römische Aristokratie und tragen dadurch zur Verbreitung ihrer Ideen bei (vgl. KUNZMANN/ BURKARD/WIEDMANN 1995, 55 ff).

Der Philosoph SENECA (4 v. Chr. - 65 n. Chr.) erklärt körperliche Stärke zum Kennzeichen geistiger Schwäche und drückt damit ein Vorurteil aus, das bis in die heutige Zeit aktuell ist.

Die Trennung von *mens* und *corpus* setzt sich in der Geschichte weiter fort und erfährt einen Höhepunkt im Mittelalter. Die Katholische Kirche und damit auch die Philosophie erklären Körperfeindlichkeit zur Doktrin, die Bedürfnisse des sündigen Leibes sollten vollends unterdrückt werden, um die unsterbliche Seele zu retten.

Der Mathematiker RENÉ DESCARTES (1596-1650) formuliert schließlich einen scharfen Dualismus zwischen dem freien Geist (*res cogitans*) und dem mechanischen Leib (*res extensa*). Seine als Rationalismus bekannt gewordene Philosophie wirkt sich auch auf die Anthropologie aus. Einem bestimmten Körperzustand soll ein bestimmter seelischer Zustand entsprechen. Dieser Parallelismus funktioniert durch Reflexe im Geist, die den Körper so organisieren, wie es für ihn am nützlichsten ist (vgl. KUNZMANN/BURKARD/WIEDMANN 1995, 107).

In der Aufklärung zeigen sich aber auch erste Anzeichen einer Rückbesinnung zur Leiblichkeit. Die Philanthropen entdeckten den Leib als Schlüssel zur Perfektion, allerdings bleibt Leibeseziehung vorerst von militärischen Idealen geprägt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstehen erstmals Ansätze zu einer neuen Balance zwischen Körper und Geist, die Arbeitersportbewegung, die Naturistenbewegung (Freikörperkultur) und die Rhythmische Gymnastik setzten sich zum Ziel, den ganzheitlichen Menschen zu erschaffen.

Doch diese Ansätze verschwinden bald hinter dem bombastischen Körperkult der Nationalsozialisten in Deutschland. Die Olympiade 1936 in Berlin wird mißbraucht, um ein Menschenbild zu propagieren, bei dem der Körper alles und der Geist fast nichts zählt (vgl. GERDES 1995, 80 ff).

In diesem Zusammenhang wird deutlich, warum die Thesen, die MOSHÉ FELDENKRAIS 1943/44 in einem abgelegenen Ort in Schottland vorträgt, zu heftigen Diskussionen führen. Er untersucht und beschreibt die Möglichkeiten, durch eine gezielte Veränderung des körperlichen Verhaltens auch die Persönlichkeit zu verändern.

Erst der Abschied von der mechanistischen Weltanschauung, die seit DESCARTES die Wissenschaft dominiert hat und die von der Annahme ausgeht, daß es immer eine definitive Ursache für eine definitive Wirkung geben muß, ermöglicht eine ganzheitliche Sicht der Zusammenhänge zwischen Körper und Geist.

Die Entwicklungen der modernen Physik ändern das Bild vom Universum grundlegend. Man kann nicht mehr von der klassischen Mechanik ausgehen, in der die Eigenschaften und das Verhalten der Teile das Ganze bestimmt, vielmehr ist es genau umgekehrt: Das Ganze bestimmt das Verhalten der Teile (vgl. CAPRA 1991, 90). CAPRA (1996, 42) beschreibt Systemdenken als neue Denkweise, die sich mit Begriffen wie Zusammenhang, Beziehung und Kontext befaßt. Die wesentlichen Eigenschaften eines lebenden Systems sind Eigenschaften des Ganzen, die keiner seiner Teile besitzt.

Auch die traditionelle westliche Medizin kann sich nun nicht mehr auf ihr altes biomedizinisches Modell beschränken, das den menschlichen Körper als Maschine sieht, die man nach den Funktionen ihrer Teile analysieren kann. Heilung beinhaltet mehr als nur die Behebung einer Fehlfunktion, immer spielen auch körperliche, psychologische, soziale und ökologische Aspekte der menschlichen Verfassung eine Rolle (vgl. CAPRA 1991, 131 f).

MOSHÉ FELDENKRAIS bezeichnet seine Methode als Programm zur Selbsterziehung bzw. Neu-Erziehung (Re-Education) und ausdrücklich nicht als Heilmethode, er stellt sie jedoch mit diesem ganzheitlichen Modell des menschlichen Körpers und Geistes in Zusammenhang. Zwar kann man begrifflich eine Trennung zwischen Muskelbewegung, Denken, Sinnesempfindung und Emotion ziehen, in Wirklichkeit besteht aber nichts davon für sich allein oder losgelöst von auch nur einem der anderen (vgl. FELDENKRAIS 1978, 57; CAPRA 1996, 312).

Nach einem alten tibetanischen Gleichnis skizziert FELDENKRAIS die Möglichkeiten eines Lern- bzw. Entwicklungsprozesses, der dem Menschen seine Ganzheitlichkeit bewußt macht:

„(...) [E]in Mensch, der sich seiner nicht bewußt ist, [gleich] einem Wagen, dessen Fahrgäste die Begierden, dessen Pferde die Muskeln sind und der Wagen selbst ist das Skelett. Die Bewußtheit ist der schlafende Kutscher. Solange er schläft, wird der Wagen ziellos bald hierhin, bald dorthin gezerrt. Jeder Fahrgast will an ein anderes Ziel, jedes der Pferde zieht in eine andere Richtung. Ist der Kutscher wach und hält die Zügel, so wird er Pferde und Wagen so lenken, daß jeder Fahrgast sein Ziel erreicht. In den Augenblicken, da es der Bewußtheit gelingt, mit Gefühl, Sinnesempfindung, Bewegung und Denken gemeinsame Sache zu machen, wird der Wagen seine Straße halten und auf ihr leicht und schnell vorankommen.“ (FELDENKRAIS 1978, 83)

Die Zielsetzung dieser Arbeit besteht darin die Feldenkraismethode auf ihre therapeutische Relevanz zu überprüfen. Die Kapitel über Alkoholismus (Kapitel 2) und die Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholkranken (Kapitel 3) stellen die Grundlagen und Rahmenbedingungen für den Einsatz der Feldenkraismethode in der Therapie mit Alkoholkranken dar. Die Überprüfung richtet sich nach den Kriterien von HÖLTER (1989, 182). Das Selbstverständnis der Methode wird anhand der Stichpunkte Geschichte, Menschenbild, Theorie und Anspruch im Kapitel 4 beschrieben. Im Kapitel 5 werden die spezifischen Ziele der Feldenkraismethode formuliert. Das Kapitel 6 umfaßt die Darstellung eines Projekts in der Fachklinik für alkohol- und tablettenabhängige Frauen und Männer in Eschenburg, mit der Durchführung eines achtstündigen Kurses in *Bewußtheit durch Bewegung* und der Auswertung eines Wohlbefindlichkeitstests. Anschließend wird im Kapitel 7 das Ausbildungscurriculum diskutiert, danach werden die Integrationsmöglichkeiten der Feldenkraismethode in die Therapie mit Alkoholkranken aufgezeigt. Kapitel 8 faßt die Ergebnisse zusammen.

2. Alkoholismus

Nachdem 1968 Alkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland als Krankheit anerkannt wurde, sind die Gesundheitsinstitutionen dazu verpflichtet, den Alkoholkranken eine adäquate Behandlung anzubieten (vgl. FEUERLEIN 1996, 16). Die Alkoholkrankheit ist durch Merkmale körperlicher bzw. seelisch/körperlicher Abhängigkeit charakterisiert und nicht durch somatische, soziale oder psychische Folgeschäden, die auch durch chronischen Alkoholmißbrauch auftreten können (vgl. SCHMIDT 1993, 25).

2.1 Begriffsbestimmung

Als Alkoholranke werden süchtige Alkoholiker bezeichnet, die als Kennzeichen physische und/oder psychische Abhängigkeit, die Unfähigkeit zur Abstinenz und den Kontrollverlust zeigen (vgl. VAN DER SCHOOT/DEIMEL 1988, 8; SCHMIDT 1993, 25).

Eine exakte Definition, ab welcher Trinkmenge oder -häufigkeit ein Mensch als Alkoholiker bezeichnet werden muß, fällt aufgrund der individuell unterschiedlichen Alkoholverträglichkeit, wie auch der soziokulturellen Unterschiede hinsichtlich des Trinkverhaltens sehr schwer. Nach WHO Definition von 1952 ist ein „exzessiver Trinker, [dessen] Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß [er] deutliche geistige Störungen oder Konflikte in [seiner] körperlichen und geistigen Gesundheit, [seinen] mitmenschlichen Beziehungen, [seinen] sozialen und wirtschaftlichen Funktionen [aufweist] oder Prodrome einer solchen Entwicklung [zeigt]“ (FEUERLEIN 1984, 6), als Alkoholiker zu bezeichnen.

GROSS (1992, 13) fügt dem hinzu, daß man von Sucht sprechen kann, wenn die Abhängigkeit beginnt, das gesamte Leben des Betroffenen zu beherrschen. Denken und Handeln sind dann auf die Beschaffung des Suchtmittels, die Verhütung von Entzugserscheinungen und die Vertuschung der Sucht ausgerichtet.

2.2 Erscheinungsformen und Verlauf der Alkoholkrankheit

SCHMIDT (1993, 24) teilt in Anlehnung an JELLINEK und die Richtlinien der WHO das Verhalten zum Alkohol in folgende Gruppen ein:

(I)	<i>Nichttrinker</i>
(II)	<i>Trinker</i> (Alkoholkonsumenten)
	(a) gelegentlich Trinkende
	(b) gelegentlich exzessiv Trinkende
(III)	<i>Alkoholiker</i>
	(a) nicht süchtige
	(b) süchtige (= Alkoholranke).

Tab.1: Verhalten zum Alkohol (SCHMIDT 1993, 24)

Von dem amerikanischen Arzt und Sozialforscher E. M. JELLINEK stammt die Einteilung des Trinkverhaltens in Alpha- bis Epsilon-Trinker. Sie wurde von der WHO übernommen. Er unterscheidet fünf prägnante Trinkertypen, die nach SCHMIDT (1993, 26) in die Tabelle eingefügt werden können:

(III)	<i>Alkoholiker</i>
	(a) nichtsüchtige
	Alpha-Trinker: Trinken aus psychologischen Gründen (Konflikttrinker)
	Beta-Trinker: Trinken aus sozialen Gründen (Gelegenheitstrinker)
	(b) süchtige Alkoholiker (Alkoholranke)
	Gamma-Trinker: Trinken aus innerem Zwang (Süchtige Trinker)
	Delta-Trinker: Regelmäßiges Trinken relativ großer Mengen, meist ohne Berausung (Gewohnheits-trinker)
	Epsilon-Trinker: Tagelanges exzessives Trinken, gefolgt von längeren alkoholfreien Pausen (Episodische Trinker)

Tab.2: Einteilung des Trinkverhaltens (SCHMIDT 1993, 26 ergänzt nach FEUERLEIN 1996, 76)

Diese von JELLINEK bereits 1960 entwickelte deskriptive Typologie ist die in Klinik und Forschung in den letzten 30 Jahren am meisten verwendete Einteilung von Alkoholikern. Seit Beginn der 80er Jahre haben eine Reihe von Autoren versucht, eigene Typologien zu entwickeln, um definierte Kriterien zu finden, die eine direkte Aussage über Ätiologie, Ausprägung, Verlauf und Prognose der Erkrankung zu ermöglichen sollen (vgl. PREUB/SCHRÖTER/SOYKA 1997, 93).

PREUB/SCHRÖTER/SOYKA (1997, 94ff) nennen dazu die Typologien von CLONINGER (1981, 1987), KNORRING (1985), SCHUCKIT (1985), BABOR (1992) und LESCH (1980). Bei der Entwicklung dieser Typologien sind im Laufe der Zeit immer neue Variablen einbezogen worden, um dem Anspruch auf Vollständigkeit zu genügen. Es stellt sich allerdings heraus, daß es ausreichend ist, eine auf den jeweiligen Geltungsbereich passende Einteilung zu erstellen (vgl. PREUB/SCHRÖTER/SOYKA 1997, 100).

Die bekannteste Einteilung des zeitlichen Verlaufs des Alkoholismus stammt ebenfalls von JELLINEK. Sie umfaßt drei Phasen, der eine präalkoholische Phase vorausgeht:

1. Prodromalphase:

- Dauer: 6 Monate bis 5 Jahre
- Kennzeichen: heimliches Trinken, Gedächtnislücken, dauerndes Denken an Alkohol, Schuldgefühle, Verhaltensweisen zur Sicherung des Alkoholnachschiebs

2. Kritische Phase:

- Kennzeichen: Kontrollverlust, Aufbau eines Erklärungssystems, Verhaltensänderung im Familienleben und anderen Sozialbeziehungen, Veränderung im Trinkstil (regelmäßiges morgendliches Trinken)

3. Chronische Phase:

- Kennzeichen: schwere tagelange Rauschzustände, Verlust der Alkoholtoleranz, gesundheitliche Folgeschäden, Angstzustände

(vgl. FEUERLEIN 1984, 158; FEUERLEIN 1996, 77).

Die einzelnen Phasen sind in der Praxis nicht immer deutlich voneinander zu trennen, ihre Einteilung dient lediglich der besseren Übersicht.

GROSS (1990, 27; 1992, 21) ordnet den einzelnen Phasen noch folgende Stadien zu: Gebrauch → Genuß → Mißbrauch → Ausweichendes Verhalten → Abweichendes Verhalten → Gewöhnung → Abhängigkeit → Süchtiges Verhalten → Sucht/Suchtkrankheit.

2.3 Ursachen

Alkoholismus als Krankheitsprozeß ist auf ein multifaktorielles Bedingungsgefüge zurückzuführen. Es können drei Faktoren unterschieden werden, die zur Suchtentstehung beitragen, auch wenn über die Gewichtung der einzelnen Faktoren immer noch Unklarheit herrscht:

1. Der Mensch selbst, seine Geschichte, seine Probleme
2. Der Alkohol, seine Wirkung, seine Gefahren
3. Die Umweltbedingungen, die Akzeptanz und Griffnähe von Alkohol, Werbung

(vgl. VAN DER SCHOOT/DEIMEL 1988, 8; GROSS 1990, 23f).

Eine einheitliche Suchtpersönlichkeit konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Nach DEIMEL (1990, 1039) weisen sich Alkoholiker jedoch meist durch Ich-Schwäche, mangelnde Selbstsicherheit, geringes Durchsetzungsvermögen, Anpassungsschwierigkeiten, Kontaktschwierigkeiten, ein negatives Selbstkonzept, mangelnde Frustrationstoleranz, geringe Selbständigkeit und verminderte Selbstkontrolle aus.

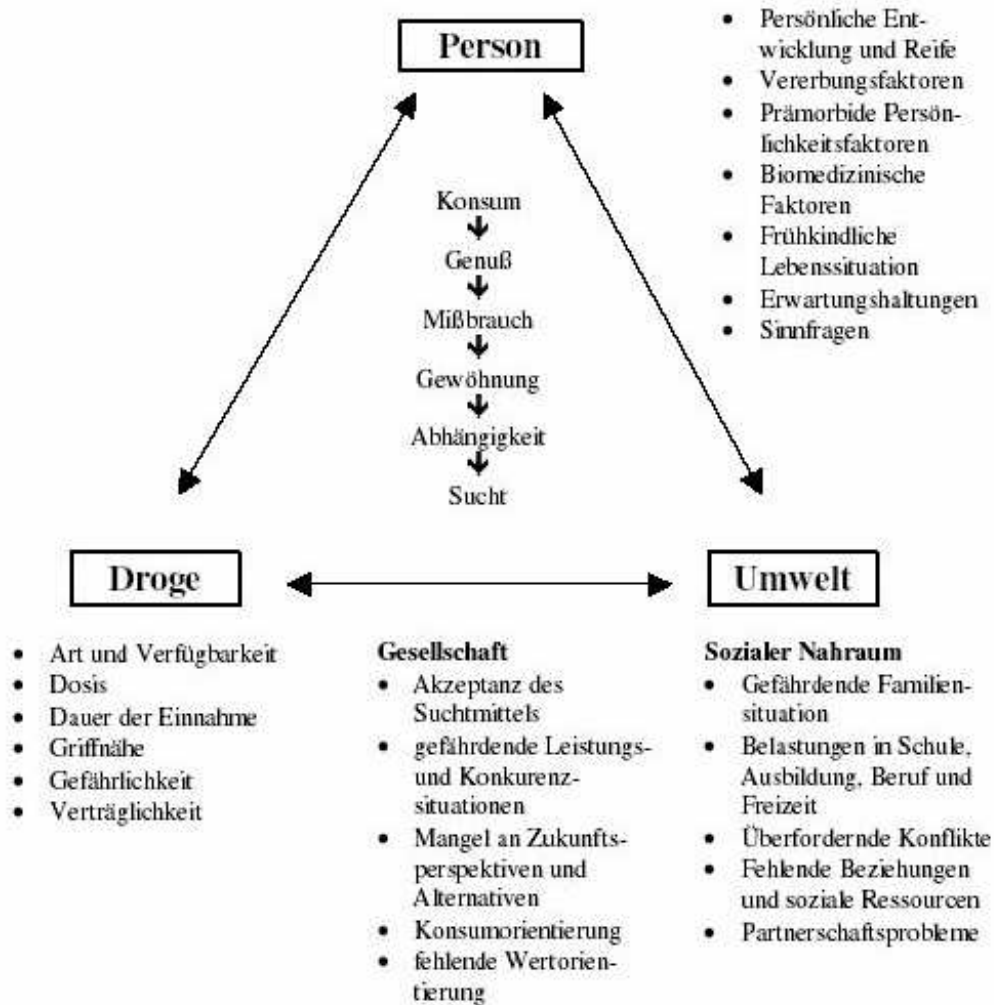


Abb.1 Trias der Suchtursachen (SCHEERER 1995, 47; ergänzt nach GROSS 1990, 24)

2.4 Ebenen und Folgeschäden chronischen Alkoholmißbrauchs

Nach GROSS (1992, 14) können drei Ebenen der Suchterkrankung unterschieden werden:

1. Körperliche Abhängigkeit
2. Psychische Abhängigkeit
3. Zunehmende Beeinträchtigung der alltäglichen sozialen Lebensführung

Folgeschäden durch Alkoholismus können deshalb im psychischen, somatischen und sozialen Bereich auftreten (vgl. FEUERLEIN 1996, 47ff; SCHNEIDER 1997, 124ff).

Alkohol ist ein Zellgift und hat auf den Körper eine toxische Wirkung. Im Bereich der *somatischen* Schädigungen treten vor allen Dingen Störungen des Mineralstoffwechsels, des Vitaminhaushalts und des Fett-/Kohlehydratstoffwechsels auf. Des Weiteren kommt es zu Schäden im Bereich des Magen-Darm-Traktes, der Blutbildung und der Hormonsynthese (Fettleberhepatitis, Leberzirrhose). Weiterhin kann es zu Alkoholembryopathien (im Verlauf der Schwangerschaft) und zu Chromosomenveränderungen durch chronischen Alkoholmißbrauch kommen.

Im *psychiatrischen* Bereich treten vor allen Dingen Delirium tremens, akute und chronische Alkoholhalluzinosen, exogene Psychosen, Depression und eine Verflachung der Persönlichkeitsstruktur auf.

Soziale Folgen ergeben sich durch die Zentrierung des gesamten Lebens auf das Suchtmittel in den Bereichen Partnerschaft, Familie, Arbeitsplatz, Verkehrs-tüchtigkeit, Kriminalität und volkswirtschaftlicher Kosten (vgl. LADEWIG 1996, 54ff; SCHMIDT 1993, 120ff).

2.5 Therapie und Rehabilitation der Alkoholkrankheit

Die multifaktoriellen Ursachen sowie die vielfältigen Folgeschäden jahrelangen chronischen Alkoholmißbrauchs verlangen eine multidisziplinäre Behandlung und den geplanten Einsatz von geeigneten Behandlungsmethoden. Im Vordergrund der Behandlung stehen die Selbsterfahrung, der Abbau alter und das Training neuer Verhaltensmuster (vgl. SCHMIDT 1993, 167).

Therapie bedeutet für den Alkoholkranken ein Reifungs- bzw. Nachreifungsprozeß mit vielen Teilzielen. Diese sind für jeden einzelnen Alkoholiker unterschiedlich und richten sich nach seinen Defiziten (vgl. SCHMIDT 1993, 181). Wichtig ist auch, daß die primären Bezugspersonen des Betroffenen mit einbezogen werden und die Therapie permanent und konsequent durchlaufen wird.

Therapeutische und rehabilitative Maßnahmen lassen sich in der Alkoholismusbehandlung nicht streng voneinander trennen. Ziel der Rehabilitation ist die psychosoziale Wiedereingliederung in die familiäre, berufliche und soziale Umwelt des Betroffenen. Sie beginnt bereits in der Entgiftungsphase und setzt sich während des gesamten Therapieverlaufs fort.

2.5.1 Ziele der Therapie

Als übergeordnetes Behandlungsziel gilt die körperliche und psychische Beschwerdefreiheit (*Heilung*) des Betroffenen, da dies bei langer chronischer Krankheit häufig nicht mehr möglich ist, muß versucht werden die alkoholbedingten Symptome und Probleme zu reduzieren (*Defektheilung*). Nur im Extremfall steht das physische Überleben im Vordergrund der Behandlung (*Existenzsicherung*). Das Endziel sollte nach FEUERLEIN (1996, 88f) darin bestehen, daß der Alkoholiker sein Leben in freier persönlicher Entscheidung gestalten kann (*Selbständigkeit*). SCHMIDT (1993, 181) nennt die Gesundung der Gesamtpersönlichkeit als Zielperspektive des Therapieprozesses.

Wichtige Teilziele auf dem Weg einer erfolgreichen Alkoholtherapie sind nach FEUERLEIN (1984, 171f) und SCHMIDT (1993, 181f):

- Das Akzeptieren der Alkoholikerrolle
- Die Behebung oder Kompensation von körperlichen oder seelischen Folgeschäden
- Die Änderung der Einstellung gegenüber der eigenen Befindlichkeit
- Die Verbesserung der Affekt- und Frustrationstoleranz
- Die Entwicklung sozialer Selbständigkeit, beruflicher Integration und personaler Bindungen
- Die Entwicklung eines Selbstwertgefühls und sozialer Selbständigkeit.

FEUERLEIN (1996, 88) betont, daß sich der Therapieansatz in der Hauptsache nach den individuellen Gegebenheiten des Patienten richten muß. Die Behandlung des Alkoholismus bleibt aber gegenüber anderen Störungen (Ängsten, Eheproblemen) das vorrangige Ziel.

2.5.2 Behandlungsverlauf

Das Behandlungsnetz für Suchtkranke stellt sich wie folgt dar:

	Ambulante Einrichtung	Halbstaatliche Einrichtung	Staatliche Einrichtung
Kontaktphase	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergel. Arzt/ Psychologe • Poliklinik • Beratungsstelle • Gesundheitsamt • Selbsthilfegruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesklinik • Nachtambulanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Allg. Krankenhaus • Psychiatrisches Krankenhaus
Entgiftungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergel. Arzt • Poliklinik • Beratungsstelle 		<ul style="list-style-type: none"> • Allg. Krankenhaus • Psychiatrisches Krankenhaus • Suchtfachklinik
Entwöhnungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergel. Arzt/ Psychologe • Selbsthilfegruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesklinik • Nachtambulanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtfachklinik • Psychiatrisches Krankenhaus • Allg. Krankenhaus • Pflegeheim
Nachsorge-/Adaptionsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergel. Arzt/ Psychologe • Poliklinik • Gesundheitsamt • Beratungsstelle • Selbsthilfegruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesklinik • Nachtambulanz • Übergangsheim 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeheim

Tab. 3: Behandlungsnetz für Suchtkranke (nach FEUERLEIN 1996, 93 ergänzt nach SCHMIDT 1993, 189ff)

Aus dem langen Krankheitsverlauf und den vielfältigen Folgeschäden des Alkoholismus ergibt sich fast zwangsläufig ein meist jahrelang dauernder Therapieverlauf der häufig von lebenslanger Betreuung und Nachsorge (z. B. Selbsthilfegruppen) begleitet werden muß. Der größte Teil der Therapie erfolgt ambulant. Die stationäre Behandlung nimmt dagegen im Vergleich nur kurze Zeit in Anspruch (vgl. FEUERLEIN 1996, 92f).

Der Behandlungsverlauf der Alkoholkrankheit wird zur besseren Orientierung in vier Phasen eingeteilt. SCHNEIDER (1997, 164), FEUERLEIN (1984, 176) und SCHMIDT (1993, 182f) unterscheiden dabei:

1. Kontaktphase
2. Entzugs-/Entgiftungsphase
3. Entwöhnungsphase
4. Nachsorge-/Adaptionsphase

Im zeitlichen Ablauf dieser Behandlungskette ist es möglich, daß sich verschiedene Phasen überschneiden bzw. daß der Patient in frühere Phasen zurückfällt. Die Behandlung sollte deshalb in einem Verbundsystem mehrerer Institutionen stattfinden, die ein Therapienetz bilden, in dem auch Rücküberweisungen möglich sind.

2.5.3 Behandlungsmethoden und -instrumente

Als Behandlungsmethoden stehen in der Alkoholismustherapie zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

1. Medikamentöse Therapie
2. Psychotherapie

Medikamente sind besonders bei akuter Alkoholintoxikation, bei Entzugserscheinungen oder bei Stoffwechselstörungen ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Die „Pille gegen den Alkoholismus“ gibt es aber nach wie vor noch nicht, auch wenn ein Durchbruch auf diesem Gebiet häufiger in Zeitungs- oder Fernsehberichten verkündet wird (vgl. z. B. HORVARTH/JANZIG/WEDEMEYER 1995, 30ff). Allerdings gibt es mittlerweile einige Medikamente, die zumindest zeitweise das suchtmäßige Verlangen nach Alkohol herabsetzen können, wenn auch weiterhin unklar ist, was passiert, wenn die Medikamente wieder abgesetzt werden.

Auf jeden Fall wird deutlich, daß die Ergebnisse von medikamentösen Therapien noch besser sind, wenn sie zusätzlich zu einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgen (vgl. FEUERLEIN 1996, 100).

SCHMIDT (1993, 225-247) nennt für die Psychotherapie folgende Behandlungs-instrumente:

- Realitätstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Psychodrama
- Gestalttherapie
- Transaktionstherapie
- Muskuläre Entspannungsübung
- Autogenes Training
- Hypnose
- Systemische Therapie

und als ergänzende Therapien:

- Sport- und Bewegungstherapie
- Musiktherapie
- Arbeitstherapie
- Gestaltungstherapie

Sport- und Bewegungstherapie ist nur ein Oberbegriff für eine Vielzahl unterschiedlichster Methoden und Techniken, die in der Therapie mit Alkoholkranken zum Einsatz kommen können.

3. Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholkranken

3.1 Einleitung

Sport- und Bewegungstherapie stellt einen Faktor im ganzheitlichen Therapie- und Erziehungskonzept in der Behandlung von Suchtkranken dar. Die besondere Chance für den Therapeuten liegt in einer entspannten und körpernahen Atmosphäre im Sport, die ihm den Zugang zum Patienten erleichtern kann.

Sporttherapeutische Maßnahmen unterstützen den Prozeß der Rehabilitation, Resozialisation und Reintegration eines Alkoholabhängigen und bieten vielfältige Möglichkeiten, auf spezifische Störungen einzuwirken.

Aufbauend auf dem ganzheitlichen Menschenbild wird der therapeutische Prozeß über den Körper und die Bewegung eingeleitet, um anschließend andere Dimensionen einzubeziehen. Die Arbeit mit dem Körper ermöglicht den Zugang zu kognitiven, emotionalen und sozialen Bereichen des Menschen, denn „der lebendige Körper ist die Grundlage von Fühlen, Denken und Handeln“ (PETZOLD 1994, 341). Somit kann im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie der Vielseitigkeit der Suchtkrankheit Alkoholismus Rechnung getragen werden.

3.2 Symptomatik der Alkoholkrankheit und ihre Konsequenzen für die Sport- und Bewegungstherapie

Das süchtige Trinken läßt sich als erlernte Verhaltensweise verstehen, daß zur kurzfristigen positiven Beeinflussung der eigenen Stimmung dient, langfristig jedoch von vielen negativen Nebeneffekten begleitet ist. Die Folgeschäden des chronischen Alkoholmißbrauchs sind bereits im vorigen Kapitel ausführlich dargestellt worden, deshalb werden hier nur kurz die für die Sporttherapie wichtigsten Aspekte zusammengefaßt.

Die Alkoholkrankheit äußert sich *körperlich* in Entzugs- bzw. Begleitsymptomen, welche als Konsequenz in Organschäden (Leber, Lunge, Muskeln, Nerven, Gehirn u. a.) gipfeln. *Psychisch* wird der Betroffene beim Versuch innere Spannungszustände durch Alkohol zu regulieren, auf längere Sicht vom Alkohol fremdbestimmt werden. Seine kognitive und psychomotorische Leistungsfähigkeit nimmt ab, es entwickeln sich Persönlichkeitsstörungen und Alkoholpsychosen. Die *soziale* Symptomatik äußert sich in Isolation und Desintegration, z. B. in der Familie, im Beruf oder in der Freizeit (vgl. DEIMEL 1988, 47f).

Aus übergeordneter Sichtweise lassen sich die vielfältigen und individuell sehr unterschiedlich ausgeprägten Symptome der Alkoholkrankheit als Bezugsstörungen verstehen, die sich in drei Richtungen ausprägen können:

- Bezugsstörung zum Ich (Selbstkränkung)
- Bezugsstörung zum Körper (Körperkränkung)
- Bezugstörung zur materiellen und sozialen Umwelt (Beziehungskränkung)

In der Regel handelt es sich um eine Kombination aus diesen drei Komponenten, die zu einer Beeinträchtigung der Befindlichkeit sowie der Handlungs- und Leistungsfähigkeit des Betroffenen führen (vgl. DÖRNER/PLOG 1996, 17f ; VAN DER SCHOOT/DEIMEL 1988, 10).

Die vielseitige und komplexe Symptomatik, die sich in jedem einzelnen Lebenslauf anders entwickelt, bildet die Basis jeder therapeutischer Maßnahme. Aber schon die individuell sehr unterschiedliche Ausprägung und Intensität der oben beschriebenen Symptome macht deutlich, daß Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholabhängigen nicht ausschließlich symptom- oder defektorientiert verstanden werden kann.

DEIMEL (1990, 1043f) nennt die Funktionen Körperwahrnehmung, Aktivierung, Bewegungskoordination, Ausdauer, Muskelkraft, Flexibilität, Leistungsmotiv, Kommunikation und soziale Interaktion sowie depressive Verstimmungen und Reaktionen als Orientierungsrahmen für die sport- und bewegungstherapeutische Intervention.

Bewegung, Spiel und Sport dienen in Verbindung mit Raum, Zeit und Personen als Medien, die Entwicklung und Förderung von Beziehungsfähigkeit zu sich und anderen, persönliches Wachstum und Reifung sowie eigenverantwortliches Handeln zu ermöglichen. „Die Sporttherapie mit Alkoholabhängigen kennzeichnet sich deshalb in einem erweiterten Sinn als ein Feld, in dem Lern- und (Nach-) Reifungsprozesse stattfinden können.“ (DEIMEL 1988, 50) Wenn es gelingt innerhalb eines Gesamttherapiekonzeptes die Vorteile der Sporttherapie sinnvoll einzusetzen, kann sie einen wichtigen Beitrag zur Realisierung allgemeiner Therapieziele leisten (vgl. DEIMEL 1988, 49f).

3.3 Ziele der Sport- und Bewegungstherapie

Allgemeines und übergeordnetes Ziel der Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholabhängigen ist die Wiederherstellung eines möglichst ungestörten Zustandes körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.

Als weitere Ziele im Therapieprozeß lassen sich formulieren:

- Wiederherstellung psychophysischer Regulationsfähigkeit
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit
- Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Änderung von Lebensgewohnheiten
- Ökonomischer Umgang mit den eigenen Energien
- Entwicklung sinnvoller Freizeitgestaltung

(vgl. DEIMEL 1988, 45).

Durch psychomotorische Erlebnis- und Handlungsprozesse sowie psychophysische Aktivierungsprozesse sollen intraorganische und psychosoziale Bestimmungsgrößen positiv beeinflusst werden. BECKER (1995, 188) definiert seelische Gesundheit als „(...) Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen.“ Er betont besonders die Fähigkeit zur realistischen Wahrnehmung der handlungsrelevanten Umwelt sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion als bestimmende Größen für die seelische Gesundheit einer Person (vgl. BECKER 1995, 192).

Zur Bewältigung externer Anforderungen gehört die Vermittlung eines breiten Spektrums von Kompetenzen zu den vorrangigen pädagogischen (primäre Prävention) und therapeutischen (sekundäre Prävention) Zielen (vgl. BECKER 1995, 198). Kompetenz kann definiert werden, als „(...) Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von Verhaltensweisen (motorischen, kognitiven und emotionalen) zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen, die für das Individuum und/oder seine Umwelt relevant sind.“ (BECKER 1995, 198)

BECKER (1995, 199) bezeichnet neben dem Training von Kompetenzen auch die im sport- und bewegungstherapeutischen Bereich besonders akzentuierte Möglichkeit zur Übertragung von Prinzipien des sensumotorischen Lernens auf den Erwerb sozialer Fertigkeiten, als interessanten Aspekt für die Förderung seelischer Gesundheit.

Sport- und Bewegungstherapie soll die vorhandenen Fähigkeiten der Alkoholkranken stabilisieren und fördern sowie die durch eine oft jahrelange Abhängigkeit beeinträchtigten Funktionen des Erlebens, Verhaltens und Handelns normalisieren. Die Entwicklung und Optimierung personaler, sozialer und sportspezifischer Handlungskompetenzen bildet eine wichtige Grundbedingung für eine erfolgreiche Reintegration in die Gesellschaft.

Eine wichtige Aufgabe neben der Behandlung von Defiziten liegt also in der Stärkung und Entfaltung der Gesamtpersönlichkeit. Die beschriebenen Bezugsstörungen nehmen teilweise großen Einfluß auf die Wahrnehmung, das Erleben und die Bewertung des eigenen Verhaltens. Ein Beispiel dafür ist das nachgewiesene negative Selbstkonzept von Alkoholkranken. Das Trinken hat hier vor allem die Funktion der Verbesserung des Selbstwertgefühls.

Die Sport- und Bewegungstherapie dient der Verbesserung der Befindlichkeit bzw. zunächst der Wiederherstellung der Bezugsfähigkeit des Betroffenen zu seinem eigenen Körper und zu sich selbst. Über diese Entwicklung ist dann längerfristig ein Einstellungswandel möglich (vgl. DEIMEL 1988, 50).

Um diese Zielsetzungen erreichen zu können, ist es notwendig, entsprechende Handlungskompetenzen zu vermitteln und zu fördern. Diese dienen der Fähigkeit, die eigenen körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen, Prozesse und Energien ohne fremde Hilfe selbst zu regulieren, zu kontrollieren und zu optimieren (vgl. VAN DER SCHOOT; DEIMEL 1988, 12).

3.3.1 Teilziel: Personale Kompetenz

Um die alltäglichen Anforderungen adäquat zu bewältigen ist es notwendig, in der Sport- und Bewegungstherapie die personale Kompetenz der Betroffenen als Basis eigenverantwortlichen Handelns zu fördern.

Dies kann sich in folgenden Bereichen vollziehen:

- Entwicklung und Sensibilisierung von Körpergefühl und -bewußtsein
- Förderung von Körper- und Selbstwahrnehmung
- Steigerung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls
- Ausbildung eines realistischen Selbstbildes
- Herstellung eines optimalen Aktivierungsniveaus
- Entwicklung von Gesundheitsbewußtsein
- Verbesserung der Leistungsmotivation durch Vermittlung individueller Erfolgserlebnisse
- Herausbilden von Problem- und Konfliktlöseverhalten
- Verbesserung von Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeit, Spontaneität, Kreativität, Flexibilität und Expressionsfähigkeit

(vgl. DEIMEL 1988, 51).

3.3.2 Teilziel: Soziale Kompetenz

Um soziale Bedingungen zu bewältigen, wird soziale Kompetenz benötigt. Fremdwahrnehmungs- sowie Kooperationsfähigkeit sind Voraussetzung. Sport- und Bewegungstherapie kann auf folgende Funktionen einwirken:

- (Wieder-)Erlangung der Fähigkeit soziale Gegebenheiten und sportspezifische Gruppenbedingungen wahrzunehmen, zu bewerten und entsprechend zu handeln
- Abbau sozialer Fehlverhaltensweisen und Isolationstendenzen; Erlernen angemessenen Sozialverhaltens
- Förderung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit
- Verbesserung der Kooperationsfähigkeit
- Vermittlung der Fähigkeit bestimmte Rollen zu übernehmen
- Ausbildung von Verantwortungsgefühl und -bewußtsein sich selbst und anderen gegenüber; Mitteilung und Vertretung eigener Bedürfnisse
- Entwicklung von Gruppenbewußtsein

(vgl. DEIMEL 1988, 52).

3.3.3 Teilziel: Sportspezifische Kompetenz

Als Teilziele der Erlangung sportspezifischer Kompetenz, welche alle Fähigkeiten ungestörten motorischen und sportmotorischen Verhaltens umfaßt, gelten:

- die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der physischen Belastungs- und Leistungsfähigkeit sowie die Verbesserung der motorischen Grund-eigenschaften
- Vermittlung (sport-) motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten zur besseren Alltagsbewältigung
- Erlernen von Sporttechniken und sportartspezifischer Fähigkeiten zur Entwicklung aktiven Freizeitverhaltens

(vgl. DEIMEL 1988, S. 52f).

3.4 Methoden der Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholkranken

Die einzelnen Zielsetzungen der Sport- und Bewegungstherapie können nicht strikt voneinander getrennt werden, es besteht jedoch die Möglichkeit sie unterschiedlich zu akzentuieren. Die Sport- und Bewegungstherapie versucht, über den Körper bzw. über die Bewegung des Betroffenen positive Veränderungen zu initiieren, welche im fortgeschrittenen Stadium auch auf Bewußtseinsänderungen in anderen Bereichen zielen sollen. Auf das Individuum wird durch motorische, emotionale, kognitive, kommunikative und motivationale Prozesse eingewirkt.

Nur durch eine differenzierte und integrierte Methodenvielfalt wird es möglich, die beschriebenen Zielsetzungen umzusetzen. Dabei wird nach PETZOLD (1988, 174) auch davon ausgegangen, daß nach dem Synopse- und Synergieprinzip das Gesamte der Informationen und Wirkungen mehr und etwas anderes ist, als die Summe der Teilinformationen.

Jede sport- und bewegungstherapeutische Intervention muß im Gruppenkontext, in der jeweiligen Situation des Betroffenen und des Therapeuten sowie der räumlich-zeitlichen Dimension individuell geplant und durchgeführt werden.

Die Entwicklung von Wahrnehmungs- und Beziehungsfähigkeit zu sich und seinem Körper sowie zur Umwelt stellt ein übergeordnetes Ziel dar. Daher sind Verfahren, welche vermehrt Körper- und Eigenwahrnehmung fördern und es Betroffenen ermöglichen, ein zunehmend differenziertes Körperbewußtsein zu entwickeln, in den Mittelpunkt zu stellen.

Gebräuchliche Methoden und Verfahren, aus denen sich Elemente und Übungen in die Sporttherapie integrieren lassen, sind:

- Massage
- Eutonie
- Integrative Bewegungstherapie
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation),
- Konzentrative Bewegungstherapie
- Atemtherapie

(vgl. DEIMEL 1988, 55).

Die **Feldenkraismethode** stellt gerade in diesem Bereich eine wertvolle Ergänzung zu den oben genannten Methoden dar. Sie ermöglicht sowohl eine noch umfangreichere Auswahl an Angeboten zur Körperwahrnehmung, wie auch eine sehr eingehende Beschäftigung mit den Themen Körperbewußtheit und Differenzierungsfähigkeit. Im Anschluß an die Darstellung der theoretischen Grundlagen der Feldenkraismethode, werden in Kapitel 5 ihre speziellen Zielsetzungen in der Therapie mit Alkoholabhängigen noch einmal ausführlich diskutiert.

Aus dem Bereich der Selbst- und Sozialerfahrung sind folgende, eher sportspezifische Möglichkeiten realisierbar:

- Bewegungs- und Kontaktspiele
- Interaktions- und Vertrauensspiele
- Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Geräten und Materialien (z.B. Indiac, Frisbee, Luftballon usw.)
- Übungsformen in Verbindung mit Musik und Tanz
- kleine/ große Sportspiele (mit Modifikationen)
- Rollenspiele
- Spielformen und Aufgaben zur optischen, akustischen und taktilen Wahrnehmung
- Freizeitspiele

(vgl. DEIMEL 1988, 55).

Vor der Bewältigung der jeweiligen Aufgabe sollte eine Selbsteinschätzung vorgenommen werden, um anschließend einen Vergleich mit dem Resultat zu ermöglichen. Damit wird das wichtige Ziel einer realistischen Selbsteinschätzung gefördert. Die Aufgaben sollten dabei so gestellt werden, daß sie eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit haben, um dem an ein negatives Selbstkonzept gewöhnten Alkoholiker das Selbstverursachen eigener Handlung bewußt zu machen (vgl. DEIMEL 1988, 55f).

4. Die Feldenkraismethode

4.1 Einleitung

Die Feldenkraismethode ist keine Übungs- sondern eine Lernmethode. BLEICHER-FLOHRSCHÜTZ (1990, 144) nennt sie eine geniale und praktizierbare Synthese aus westlicher Wissenschaft und östlicher Weisheit. Die Grundlage für das Verständnis der Feldenkraismethode bildet die Biographie ihres Begründers MOSHÉ FELDENKRAIS in Verbindung mit seinem Menschenbild. Die einzelnen Bewegungen, durch die der Lernprozeß wieder aufgenommen werden soll, scheinen auf den ersten Blick erstaunlich einfach zu sein. Die jedoch oftmals ungewohnten Bewegungen dienen dazu, die eigenen habituellen Muster zu erforschen und die im Verlauf der Entwicklung erlernte Selbstbeschränkung erkennen zu können (vgl. HANNA 1994, 20). M. FELDENKRAIS entwickelte eine Einzel- und eine Gruppenmethode, die von der Bewegung ausgehend auf den ganzen Menschen wirken und den „Weg zum reifen Selbst“ (FELDENKRAIS 1994) unterstützen sollen.

4.2 Biographisches

MOSHÉ FELDENKRAIS wurde 1904 in Slawuta (damals Polen, heute Weißrußland) geboren und wanderte als vierzehnjähriger nach Palästina aus.

Eine Knieverletzung, die er sich als junger Mann beim Fußballspielen zugezogen hatte, führte ihn zu den ersten Entdeckungen, aus denen er später seine Methode entwickelte. Die Schulmedizin war nicht in der Lage, ihm zu helfen und so begann er mit Selbststudien, um seine Kniebeschwerden zu lindern. Nebenbei beschäftigte er sich u. a. intensiv mit Physiologie, Anatomie, Neurophysiologie, Neurologie und Psychologie. Dies und sein allgemeines Interesse am menschlichen Verhalten führten ihn zu der Erkenntnis, daß seine Kniebeschwerden mit ganz bestimmten automatisierten Bewegungsmustern zusammenhängen. Ersetzte er diese durch neu erlernte Alternativen, so konnte er sich wieder schmerzfrei bewegen. Er nutzte also die Lernfähigkeit des menschlichen Gehirns, um ein Problem zu lösen, das medizinisch scheinbar aussichtslos war (vgl. SCHULZ 1994, 155f).

Schon früh waren somit die Grundlagen geschaffen, die FELDENKRAIS im Verlaufe seines späteren, abwechslungsreichen Lebens immer weiter verfeinerte und deren Entwicklung er zu keiner Zeit als abgeschlossen betrachtete.

Im Alter von 23 Jahren holte er das Abitur nach, studierte Mathematik und arbeitete danach fünf Jahre lang bei der Landvermessung (vgl. FELDENKRAIS 1987, 23).

Er wurde begeisterter Anhänger des Jiu-Jitsu, eine Methode des waffenlosen Zweikampfs, lehrte später selbst diese Techniken und veröffentlichte 1929 in Tel Aviv sein erstes Buch „Jiu-Jitsu and Selfdefense“ (vgl. FRIEDMANN 1993, 78f).

Durch sein Interesse für die Psychologie lernte er den französischen Heilpraktiker EMIL COUÉ kennen, der die Heilung seelischer Störungen durch Autosuggestion propagierte. FELDENKRAIS gab 1930 in Palästina eine übersetzte und kommentierte Fassung von COUÉS Buch „Autosuggestion“ heraus.

Als er durch seine Arbeit genug Geld gespart hatte, ging FELDENKRAIS nach Frankreich, um dort sein Studium fortzusetzen.

Nachdem er Elektro- und Maschineningenieur geworden war, graduierte er an der Sorbonne und erhielt den Doktor für angewandte Physik. Ab 1933 war er als Assistent von FREDERICK JULIOT und IRENE CURIE am französischen Atomprogramm beteiligt. 1938 führten sie gemeinsam die erste Kernspaltung in Frankreich durch.

In Paris begann FELDENKRAIS Judo zu lernen. Sein Lehrer war Professor JIGORO KANO, der Begründer dieser Sportart. FELDENKRAIS brachte es als erster Europäer zum schwarzen Gurt. Er gründete 1934 den ersten Judoclub Frankreichs, veröffentlichte in der Folgezeit einige Bücher über Judo und trug somit viel zu Verbreitung dieser Sportart in Europa bei. (vgl. FELDENKRAIS 1987, 23)

Im Zweiten Weltkrieg (1940) floh FELDENKRAIS nach England, dort arbeitete er bis zum Kriegsende für die britische Admiralität als Forschungsoffizier für die U-Boot-Abwehr. In dieser Zeit setzte er seine Forschungen und Versuche in Neuro- und Verhaltensphysiologie und Neuropsychologie fort. Die Ergebnisse stellte er 1943 der „British Association of Scientific Workers“ vor und erregte mit seinem neurophysiologisch fundierten Ansatz zur Weiterentwicklung des menschlichen Gehirns großes Aufsehen.

1947 gab MOSHÉ FELDENKRAIS in London seine ersten Gruppenkurse. Dort traf er auf FRANZ WURM, der später seine Bücher übersetzte und seine Methode durch Radiosendungen in der Schweiz bekannt machte.

Anfang der fünfziger Jahre wurde der Physiker FELDENKRAIS zum Leiter des wissenschaftlichen Forschungsinstituts der Armee nach Israel berufen. Nebenbei hielt er Vorlesungen über Verhaltensphysiologie an der Universität Tel Aviv und unterrichtete an Hochschulen in Nordamerika, Israel, England und Frankreich.

Er entwickelte seine Behandlungsmethoden weiter und beschloß schließlich, sich ganz diesem Gebiet zu widmen. Jahrelang arbeitete er in einer kleinen Praxis in Tel Aviv. Nachdem er den bekannten israelischen Staatsmann BEN GURION erfolgreich behandelt hatte, erreichte er seinen Durchbruch. Er wurde auch in Fachkreisen bekannt und viele Fachleute aus anderen Gebieten besuchten ihn.

1968 begann FELDENKRAIS seinen ersten Ausbildungskurs in Israel, aus dem viele noch heute bekannte Feldenkraislehrer wie MIA SEGAL, GABY YARON, YOCHANAN RYWERANT, RUTHY ALON und CHAVA SHELAV hervorgingen.

In den USA organisierte er 1972 seinen ersten Kurs, den er wegen vieler positiver Rückmeldungen 1973 wiederholte. THOMAS HANNA, einer der Teilnehmer, bereitete dann von 1975-1977 einen Ausbildungskurs im Humanistic Psychology Institut in San Francisco vor, der den Ruf von MOSHÉ FELDENKRAIS als genialem Forscher und Lehrer auf dem Gebiet der funktionellen Rehabilitation festigte. Die Namen *Funktionale Integration* und *Bewußtheit durch Bewegung* wurden feste Begriffe und die Feldenkraismethode breitete sich schnell aus.

1980 begann FELDENKRAIS einen weiteren Ausbildungskurs, den er nicht mehr selbst beenden konnte, weil er 1981 eine Gehirnblutung erlitt, von der er sich nicht wieder ganz erholen konnte. Eine Folge weiterer Gehirnschläge raubten ihm die Energie.

Im Juli 1984 starb MOSHÉ FELDENKRAIS im Alter von 80 Jahren in Tel Aviv (vgl. WILHELM 1996, 20ff).

4.3 Menschenbild

Der ganzheitliche Mensch ist ein lernendes Lebewesen, dessen Handlungen von seinen individuellen Erfahrungen abhängig sind. So kann das Modell beschrieben werden, das die Grundlage für die praktische Arbeit mit der Feldenkraismethode bildet.

4.3.1 Der lernende Mensch (*homo discens*)

Was den Menschen so fundamental von allen anderen Lebewesen unterscheidet ist das Gehirn, oder vielmehr die gesamte Steuerung von Haltung und Handlung.

Die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen entwickeln sich erst im Zusammenhang mit Erfahrungen, die er in seiner Umwelt sammelt. Nur wenige Funktionen sind dem Menschen bereits angeboren. Sie beschränken sich fast ausschließlich auf für das Überleben wichtige vegetative Vorgänge, wie z. B. das Schlucken, das Atmen, das Verdauen. Die Herrschaft über die Skelettmuskulatur ist dagegen beim Neugeborenen fast gar nicht vorhanden. Es

bestehen noch keine festen Verbindungen zwischen dem motorischen Kortex im Gehirn und dem Rückenmark, die willkürliche Bewegungen ermöglichen würden. Diese werden sich erst durch die Verarbeitung von Sinnesempfindungen entwickeln.

Es sind nicht so sehr die äußeren Merkmale, wie der Gebrauch der Hände oder der aufrechte Gang, die den Menschen vom Tier unterscheiden. Viele Tiere haben ähnliche Fähigkeiten. Einzigartig ist der Mensch allein durch die große Vielfalt unterschiedlichster Leistungen auf allen möglichen Gebieten.

Das Gehirn des Tieres verfügt schon bei oder kurz nach seiner Geburt über die für sein Überleben wichtigen Reflexreaktionen. Sie passen zu den Reizen, mit denen sich schon alle vorangegangenen Generationen seiner Art auseinandersetzen mußten. Das Nervensystem des Menschen entwickelt sich dagegen erst vollständig, während es von solchen Reizen erreicht wird (vgl. FELDENKRAIS 1994, 73).

Bei der Geburt wiegt das Gehirn eines Menschenaffen etwa genausoviel wie das Gehirn eines Menschen. Während sich das Gewicht des Menschenhirns allerdings noch verfünffacht, wiegt das Affenhirn damit schon zwei Drittel seines endgültigen Gewichts (vgl. FELDENKRAIS 1994, 71). Dieser Gewichtsunterschied beruht zum größten Teil auf dem *Wachstum* der Nervenzellen, insbesondere auf der Entwicklung ihrer Verzweigungen. Die Anzahl der Gehirnzellen ist für jede Gattung erstaunlich konstant. Im Gegensatz zu anderen Zellen teilen sie sich nicht immer wieder (vgl. FELDENKRAIS 1992, 104).

Lernen stellt also für das menschliche Gehirn eine ganz normale Aktivität dar. Die Erfahrungen, die ein Mensch während seines Lebens macht, haben für ihn viel größere Konsequenzen als für das Tier, weil sie zur individuellen Ausbildung von Nervenverbindungen führen, die die persönlichen Verhaltensmuster bestimmen (vgl. FELDENKRAIS 1994, 75; FELDENKRAIS 1995, 24f). „Der quantitative Unterschied zwischen Mensch und Tier ist in dieser Hinsicht so groß, daß man ihn als neue Qualität betrachten kann.“ (FELDENKRAIS 1994, 73)

Die Art und Weise, wie ein Mensch sitzen, stehen oder sprechen wird, ist das Werk des Zeitalters, in dem er lebt, der sozialen Gruppe, in der er aufwächst und seiner individuellen Erfahrungen (vgl. FELDENKRAIS 1992, 114).

4.3.2 Die funktionale Einheit von Körper und Geist

„Körper und Psyche sind niemals unabhängig voneinander. Eine solche Zweiteilung ist absolut willkürlich und unbegründet.“ (FELDENKRAIS 1994, 221f) Die begriffliche Trennung von Körper und Geist, Seele bzw. Psyche allein, ist noch kein Beweis für deren getrennte Existenz. Die unmittelbar wahrnehmbare Umwelt des Menschen wird von klar definierten Gesetzen bestimmt. Diese Gesetze haben Geist und Körper des Menschen so geformt, daß er bei allen Erscheinungen vom Kausalitätsprinzip (Ursache - Wirkung) ausgeht, also auch bei der Beziehung zwischen Körper und Geist. Immer wieder wurden deshalb Versuche unternommen, die einzelnen Körperfunktionen zu lokalisieren, um das Funktionieren des Körpers als komplexes Zusammenspiel seiner Teile erklären zu können.

HANNA (1990, 34) bezeichnet diese Betrachtungsweise als einseitig und unvollständig, da sie den Menschen nur als äußeren Körper, nicht aber als sich selbst wahrnehmendes und sich selbst bewegendes Subjekt auffaßt.

Einer rein strukturellen Auffassung des menschlichen Organismus stellt M. FELDENKRAIS die These entgegen, daß Funktion ein Wesensmerkmal des Lebens ist. Der Begriff Funktion umfaßt dabei alles, was der Mensch tut, etwa Stehen, Gehen, Sitzen oder Sich-Drehen. FELDENKRAIS (1994, 226) bezeichnet Leben ohne irgendeine Funktion als offensichtlich sinnlos.

Bei der Geburt sind alle Funktionen ausschließlich im Körper und im Nervensystem angesiedelt, in dieser Periode repräsentiert der Körper das Sein. Alle Funktionen, die schon bei der Geburt vollständig entwickelt sind, die Atemfunktion, alle vegetativen Funktionen, die Reaktion auf die Schwerkraft usw., lassen sich einigermaßen korrekt lokalisieren, sie behalten ihre Lokalisation in den Organen und im Nervensystem strikt bei. So würde beispielsweise eine prä- oder perinatale Zerstörung des Sehnervs, des Auges oder der Sehrinde im Kortex die Funktion des Sehens vollständig auslöschen.

Anders verhält es sich mit Funktionen, die vom Wachstum des Körpers oder von der Entwicklung des Nervengewebes abhängig sind. Im Reifezustand sind diese Funktionen praktisch Eigenschaften des gesamten Organismus. Keine Zerstörung eines Teils des Nervensystems oder eines nervösen Organs kann sie völlig auslöschen. Erst der Tod des Organismus beseitigt alle seelischen und geistigen Phänomene, die mit dem Körper verbunden waren (vgl. FELDENKRAIS 1994, 225ff).

4.3.3 Die Bedeutung des Ich-Bildes für die Handlung

Der Mensch handelt nach dem Bild, das er sich von sich macht: Er ißt, geht, spricht, denkt, liebt nach der Art, wie er sich wahrnimmt.

Dieses Bild setzt sich aus den Bestandteilen Bewegung, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken zusammen. Jedes dieser vier wird an jeder Handlung beteiligt sein, nur deren qualitativen und quantitativen Anteile unterscheiden sich von Person zu Person. Jede Handlung des Individuums nimmt wiederum Einfluß auf sein Ich-Bild, so daß dieses einem ständigen Wandel unterliegt. Die Erfahrungen, die der Mensch im Laufe seines Lebens macht, wirken sich deshalb unmittelbar auf seine Persönlichkeit aus (vgl. FELDENKRAIS 1978, 31f).

Die Entwicklung des Ich-Bildes ist nach FELDENKRAIS (1978, 19) von drei Komponenten bestimmt, teils ist es ererbt, teils anerzogen und ein Teil entwickelt sich durch Selbsterziehung. Der ererbte Teil umfaßt die biologischen Eigentümlichkeiten des Individuums (Skelett, Muskeln, Organe, Nervensystem usw.). Dieser Teil des Bildes entwickelt sich, indem der Körper wächst. Die Erziehung ermöglicht es dem Menschen in seiner Umwelt zurechtzukommen (Sprache, soziale Umgangsformen usw.). Außerdem bestimmt sie auch weitgehend die Richtung der Selbsterziehung.

4.4 Selbstbeschränkung als Ergebnis von Anpassungsprozessen

Der Mensch integriert ständig neue Sinneseindrücke in sein Ich-Bild, sein Nervensystem ist in der Lage, bis ins hohe Alter zu lernen, wie kommt es also dazu, daß Menschen ab einem bestimmten Lebensabschnitt nur noch wie Maschinen funktionieren und in Gewohnheiten gefangen zu sein scheinen? FROMM (1989, 20f) nennt dies das Phänomen der inneren Fesseln, die der Mensch anders als äußere Ketten gar nicht bewußt wahrnehmen kann, ihn aber in seiner Handlungsfreiheit genauso einschränken.

MOSHÉ FELDENKRAIS nennt einige Erklärungsansätze für diese Entwicklung. Der Mensch wird nicht wie das Tier von Instinkten bestimmt, er eignet sich aber im Laufe der Jahre gewohnheitsmäßige Verhaltensmuster an, die, wenn sie sich der Bewußtheit entziehen, ähnlich wie bedingte Reflexe funktionieren. Dies kann zum einen im Anpassungsprozeß der Muskulatur an die Naturgesetze und zum zweiten im Zusammenhang mit Erziehung und Abhängigkeit auch bei sozialen und emotionalen Verhaltensmustern beschrieben werden.

4.4.1 Anpassung durch Ökonomisierung im Nervensystem

Lernen definiert FELDENKRAIS (1994, 75) als Aneignung neuer Reaktionen. Das Nervensystem des Menschen ist durch die Sinne im ständigen Kontakt mit der Außenwelt, ebenso erhält es eine Vielzahl von Informationen aus dem Körperinneren. Alle diese Informationen zu ordnen und daraus ein Programm zu erarbeiten, das es dem Organismus ermöglicht, reibungslos zu funktionieren, setzt Regel- und Gesetzmäßigkeiten voraus. Ohne die Wiederholung von Reizen wäre ein sinnvolles Lernen nicht denkbar.

Der gesamte Organismus ist ununterbrochen damit beschäftigt, sich an die sich ständig ändernde Umwelt anzupassen und trotzdem unterscheidet sich jedes neue Impulsmuster, das die höheren Zentren des Nervensystems erreicht, nur geringfügig von dem vorhergehenden. Denn aufgrund der Naturgesetze¹, die unverändert auf das System einwirken, ändert sich jeweils nur ein Bruchteil der Gesamtzahl der Impulse (vgl. FELDENKRAIS 1994, 77f).

Daher spielen die Entdeckungen IWAN PETROWITSCH PAWLOVS (1849-1936)² im Zusammenhang mit den bedingten Reflexen eine bedeutende Rolle bei dem Verständnis von Lernprozessen. Er entdeckte, daß sich eine Gesamtsituation von Impulsen herstellen läßt, indem man dem Nervensystem einen solchen minimalen Signalunterschied darbietet.³

MOSHÉ FELDENKRAIS zieht aus diesen Versuchen seine eigenen Schlüsse und integriert sie in sein ganzheitliches Menschenbild. Die wichtigste Erkenntnis, die er aus den Experimenten PAWLOVS und einiger anderer Forscher zieht, ist die, „daß sich unter bestimmten Bedingungen bei allen sensomotorisch-vegetativen Funktionen beim Auftreten eines Teils die Gesamtsituation wiedereinstellt.“ (FELDENKRAIS 1994, 87)

Dadurch läßt sich auch erklären, daß gewohnheitsmäßige Muskelkonfigurationen und Körperhaltungen die Gesamtsituation einer Angst herstellen können, ohne daß der Betroffene in seiner gegenwärtigen Umgebung einen Hinweis finden könnte, die das Auftreten der Angst erklären könnte (vgl. FELDENKRAIS 1994, 87).

„Die geistige oder mentale Funktion bildet sich durch die Erfahrung der Hülle. Der geistige und der Körperzustand sind daher funktionell verbunden. Der eine löst den anderen wieder aus, wie irgendein Teil einer Situation die ganze wieder auslöst.“ (FELDENKRAIS 1992, 224)

Nun wird auch die Bedeutung dieser Erkenntnisse für den Menschen deutlich, obwohl der Mensch nicht in dem Maße wie ein Tier vom Vorhandensein angeborener Reflexe bestimmt ist, die von außen betrachtet oft als rationale und zweckgerichtete Handlungen erscheinen. Beim Menschen ist das Erlernen rationaler Handlungen viel wesentlicher, da er sonst nicht einmal in der Lage wäre, seine elementaren Bedürfnisse wie Essen, Selbsterhaltung usw. zu befriedigen. Durch den Kontakt mit der Gesellschaft erlernt ein Kind allmählich eine Reihe von Reaktionen, die mit der Zeit immer weiter automatisiert werden, wie z. B. Eßgewohnheiten, Sprache, Denkgewohnheiten, allgemeines Benehmen. Der Mensch strebt im Laufe seiner Entwicklung nach einem statischen Zustand, indem er sich gewohnheitsmäßige Handlungsmuster aneignet.

¹ Anm.: FELDENKRAIS (1994, 155) nennt hier als wichtigstes das Gesetz der Schwerkraft.

² PAWLOV untersuchte in Tierversuchen die Mechanismen der Aneignung neuer Reaktionen in künstlichen Laborsituationen. Vergleiche FELDENKRAIS (1994, 79) zur Übertragung der Ergebnisse auf den Menschen.

³ PAWLOV konnte dieses Phänomen des bedingten Reflexes zumindest für die unwillkürlichen Innervationen nachweisen. V. BECHTEREV konnte sogar zeigen, daß solche bedingten Reflexe auch bei Abwehrreaktionen der willkürlichen Muskulatur gebildet werden können (vgl. FELDENKRAIS 1994, 78).

„Der Unterschied zwischen den menschlichen Angewohnheiten und dem Reflexverhalten der Tiere besteht darin, daß die Angewohnheiten nur dazu tendieren, sich zu wiederholen, während die Reflexe *es per definitionem* tun.“ (FELDENKRAIS 1994, 89)

4.4.2 Der Anpassungsprozeß an die materielle Umwelt

Die frühkindliche Auseinandersetzung mit der Schwerkraft ist eine Grundlage für die weitere motorische Entwicklung des Individuums, da in dieser Zeit die muskulären Muster gebildet werden, mit denen alle zukünftigen Entwicklungsaufgaben angegangen werden müssen.

Die Fähigkeit sich im Schwerfeld zu organisieren ist dem Menschen nicht vollständig angeboren. Ein Säugling verfügt bei seiner Geburt über die Reflexantwort des Vestibularapparates auf einen abrupten Lagewechsel oder das plötzliche Wegziehen der Unterlage, die eine Kontraktion der Beugemuskeln auslöst. Alle anderen Anti-Schwerkraft-Funktionen entwickeln sich erst in der Folgezeit.

FELDENKRAIS (1994, 181f) beschreibt den Prozeß der zum aufrechten Gang führt sehr detailliert. Das Erlernen der kontrollierten Kopfbewegungen hat eine besondere Bedeutung für den gesamten Anpassungsprozeß, ebenso wie für die Entwicklung des Bewußtseins. Im Kopf befinden sich die Telerezeptoren, mit deren Hilfe der Mensch seine Umwelt wahrnehmen kann. Vorerst wird die Kopfbewegung vom Vestibularapparat reflektorisch gesteuert, die Anatomie des Kopfes bestimmt in der Folge die Konditionierung der Reaktionen auf äußere Reize. Die Anpassung an die Schwerkraft wird abgeschlossen, indem der Mensch lernt, seinen Kopf in horizontaler Lage zu halten und mit der Zeit immer höher zu heben. Während der einzelnen Entwicklungsphasen paßt sich die Atmung den verschiedenen Körperhaltungen an, jede einzelne Haltung wird mit einem speziellen Atemmechanismus verbunden, der durch die Anatomie des Körpers vorgegeben ist.

Ähnlich wie bei anderen Prozessen kann es auch bei der Anpassung an die Schwerkraft zu Störungen kommen, vor allem späte Phasen werden oft nur unvollständig durchlaufen. Oftmals drängen die Eltern ihre Kinder zum Weiterlernen, obwohl der Lernprozeß der vorangegangenen Phase noch nicht beendet ist. Das Kind versucht etwas zu tun, wofür die Zeit noch nicht gekommen ist, es strengt sich unnötig an und verliert das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit.

Zu frühe Entwicklungsschritte werden sich körperlich auswirken, eine so schwierige Haltung wie das aufrechte Stehen kann erst erlernt werden, wenn sich die Muskeln durch die vorhergehende Krabbelphase so konfiguriert haben, daß eine ausreichende Streckung der Hüftgelenke möglich ist. Ansonsten wird das Kind sich an eine fehlerhafte Haltung gewöhnen, die es wegen unzureichender muskulärer Voraussetzungen einzunehmen gezwungen ist (vgl. FELDENKRAIS 1994, 184f).

4.4.3. Der Anpassungsprozeß an die soziale Umwelt

Erziehung, Gewohnheitsbildung und Lernen sind nur möglich durch den Gebrauch der Macht der Abhängigkeit. Der Mensch ist während seiner Entwicklungsphasen viel länger von den Personen seiner Umgebung abhängig als jedes andere Lebewesen, die Bildung von Verhaltensmustern wird dadurch auf entscheidende Weise beeinflusst.

Die Art der Reaktionen aus der Umwelt auf die Bedürfnisse des Kindes bestimmen seine emotionalen Muster. Aus dessen physischer Abhängigkeit erwachsen damit Reaktionsweisen, Einstellungen und Verhaltensschemen, die dem Einzelnen affektive und soziale Sicherheit gewährleisten sollen (vgl. FELDENKRAIS 1992, 71f).

Das soziale Dasein ist in einer Gesellschaft ebenso wichtig, wie das physische Leben. Die Gewohnheiten, die sich jemand aneignet, die angenehmen und die unangenehmen Dinge, die der junge Mensch tut, bereiten ihn auf die Art der Gesellschaft vor, in der die Erwachsenen gerade leben (vgl. FELDENKRAIS 1992, 60).

„Das Bedürfnis nach Sicherheit ist mit der Abhängigkeit unmittelbar verbunden. Es überrascht daher nicht, Abhängigkeit und die Sehnsucht nach Unabhängigkeit im Hintergrund aller menschlichen Tätigkeit zu finden. Die Auswirkungen lassen sich in jeder Denkgewohnheit, in jeder Handlung nachweisen.“ (FELDENKRAIS 1992, 73)

Ein in dieser Weise emotional abhängig gebliebener Mensch wird sich nach FELDENKRAIS (1992, 139f) so komplett an die Gesellschaft anpassen, daß er seine eigenen organischen Bedürfnisse unterdrückt, indem er sich vollends mit den Bedürfnissen und Wertsetzungen der Gesellschaft identifiziert und sie letztendlich nicht einmal als aufgezwungen wahrnehmen wird.

Zwangsverhalten wird als „normal“; als das der Mehrheit entsprechende Muster angesehen, angestrebt und herausgebildet. Im Laufe der Erziehung wird jedem Menschen in irgendeiner Form Zwanghaftigkeit geradezu eingepflegt, während der Reifungsprozeß mehr oder weniger dem Zufall überlassen bleibt.

4.4.4 Die Folgen der Selbstbeschränkung

Das scheinbar so ökonomische Prinzip, das es dem Nervensystem erlaubt auf neue Anforderungen mit Mustern aus schon bekannten Situationen zu reagieren, führt dazu, daß der Mensch seine Entwicklung zu irgend einem Zeitpunkt einmal als abgeschlossen betrachtet. Er verzichtet darauf weiterhin neue Verhaltensmuster auszuprobieren und in seinem Nervensystem zu integrieren, seine Handlungen werden starr und schematisch, damit setzt er sich seine eigenen Grenzen (vgl. FELDENKRAIS 1978, 32f).

Körper und Geist unterliegen nun dem Anspruch funktionieren zu müssen, da ja das angestrebte Ziel erreicht scheint, der Mensch ist erwachsen und selbständig lebensfähig. Letztendlich begibt er sich damit aber nur endgültig in das Gefängnis seiner Gewohnheiten, er kann nicht mehr frei entscheiden wie er reagieren möchte, weil er seinen Emotionen, Motivationen, Einstellungen und Denkweisen in passiver Weise unterworfen ist. Kreativität und Spontaneität werden den geordneten Lebensverhältnissen zum Opfer gebracht, sein Verhalten drückt teils Trotz, teils Unterwerfung aus, er handelt zwanghaft (vgl. FELDENKRAIS 1992, 35).

„Bei jedem Zwangsverhalten merken wir innere Spannung und Widerstand: Die Handlung wird als anstrengend empfunden. Diese Anstrengung drückt sich immer durch Muskelspannung aus, und zwar in der Muskulatur des Gesichts, des Halses, des Unterleibs, der Finger oder der Zehen.“ (FELDENKRAIS 1992, 36)

Selbst auf den ersten Blick so „positive“ Dinge wie etwa Vollkommenheit, Fortschritt, Konzentration, Ausdauer, Regelmäßigkeit, Ordentlichkeit, Großzügigkeit, Liebe oder Wahrheit können einen Menschen zugrunderichten, wenn er sie lediglich aus innerem Zwang ausführt.

Gesundes bzw. potentes Verhalten hängt allein davon ab, wie etwas getan wird, denn alles worauf es wirklich ankommt geschieht ohnehin: „Wir werden immer essen, denken, lernen müssen, Kinder kriegen und sterben, ganz egal, woran wir glauben“ (FELDENKRAIS 1992, 144)

Eine Gesellschaft, die ihre Kinder mit dem Anspruch erzieht, daß diese irgendwann nach rein mechanistischen Prinzipien funktionieren sollen, führt demnach zu einer Gemeinschaft von Süchtigen, Menschen die zu Marionetten ihrer Gewohnheiten geworden sind. Der Entzug solcher Gewohnheiten würde vom Einzelnen als Bedrohung empfunden und Verkrampfungen und Verzweiflungsanfälle auslösen, die dem eines Drogenentzuges sehr ähnlich wären (vgl. ALON 1993, 15).

4.5 Freiheit durch Handlungsalternativen

Um Handlungsweisen zu verändern, die jemand sich im Laufe seines Lebens auf eine ihm ganz eigentümliche Weise gebildet hat, reicht es nicht aus, eine Aktion durch eine andere zu ersetzen. Um die Art und Weise des Tuns zu verändern, muß der Mensch das Bild von sich ändern, das er in sich trägt.

Dazu muß aber der unterbrochene Lernprozeß wiederaufgenommen und auf ein höheres Niveau gebracht werden, denn nur Lernen führt zur Entwicklung selbständigen Denkens und ermöglicht so die Entwicklung von Handlungsalternativen (vgl. FELDENKRAIS 1995, 33ff).

4.5.1 Den Lernprozeß wieder aufnehmen

Der Mensch lernt auf zwei unterschiedliche Arten. Die dem erwachsenen Menschen geläufigste Form ist die des methodischen Lernens. Diese Art des Lernens unter Anleitung eines Lehrers nennt FELDENKRAIS (1987, 60) eine der größten menschlichen Errungenschaften und die Wurzel der Erfolge als gesellschaftliche Wesen.

Er macht diese Form des Lernens aber auch für viele Mängel verantwortlich. Ein Schüler lernt nicht zu seiner eigenen Zufriedenheit, er versucht oft nur das vorgesteckte Ziel zu erreichen, falls es ihm überhaupt möglich ist und dadurch seinen Lehrer zufrieden zu stellen. Man erzieht den Menschen in der Annahme, daß es ausreicht, den Willen anzustrengen und fleißig zu üben, um schließlich korrekt zu funktionieren. „In Wirklichkeit führt zielstrebiges Üben nur zur Geläufigkeit, d. h. es läßt Fehler, die dabei unterlaufen, zu blinder Gewohnheit werden.“ (FELDENKRAIS 1987, 61)

Dem gegenüber stellt FELDENKRAIS das organische Lernen, das schon während der Schwangerschaft beginnt und sich fortsetzt, solange der Mensch physisch wächst.

„Organisches Lernen ist je-individuell und geht ohne einen Lehrer vor sich, der etwa in einer bestimmten Zeit zu bestimmten Ergebnissen gelangen möchte. Es dauert so lange, wie der Lernende beim Lernen bleibt.“ (FELDENKRAIS 1987, 59)

Lernen ist nicht nur eine geistige Beschäftigung, die scheinbar unkoordinierten Bewegungen eines Säuglings führen durch ein komplexes Zusammenspiel von Sinnesempfindungen, Gefühlen und Umweltbedingungen zu einer Verdrahtung der Bahnen in seinem Nervensystem, die ihm später ermöglichen wird zielgerichtet zu handeln. Die Entwicklung körperlicher Strukturen entsteht aus dem Versuch des Lernenden, in seiner Umwelt zu funktionieren.

Organisches Lernen ist nicht von einer Bewertung abhängig, es erfüllt keinen erkennbaren Zweck und hat kein festgelegtes Ziel. Der Lernende wird geleitet von dem Gefühl der Befriedigung, das sich einstellt, wenn ein Versuch als weniger ungeschickt empfunden wird als der vorhergehende.

FELDENKRAIS macht diese Art des Lernens zur Grundlage seiner Methode und verbindet sie mit der Fähigkeit des Menschen, systematisch und bewußt zu lernen.

„Ein Lernen, das eine Weiterentwicklung der Strukturen und ihres Funktionierens ermöglicht, muß auch zu anderen, neuen Weisen führen, Dinge zu tun, die ich bereits tun kann. Diese Art Lernen erweitert meine Möglichkeiten, frei zu wählen. Wer nur über eine Verfahrensweise verfügt, hat keine Wahl als zwischen Tun oder Nichttun.“ (FELDENKRAIS 1987, 65)

4.5.2 Bewußtheit auf dem Weg zur Reife

Die Einsicht, daß menschliches Verhalten das Ergebnis erworbener Denkgewohnheiten, Einstellungs- und Selbstlenkungsweisen ist, d. h. vorwiegend vom *Lernen* abhängt, ist die Voraussetzung zur Beseitigung von Unvermögen und Unfähigkeit (vgl. FELDENKRAIS 1992, 70).

Sich selbst zu erkennen steht im Mittelpunkt vieler Therapiemethoden, Religionen und Heilslehren. Auch MOSHÉ FELDENKRAIS stellt fest, daß er zunächst viele Jahre gebraucht hat, sich selbst kennenzulernen, bevor er anderen beibringen konnte, wie man lernen lernt.

Vielen Menschen fällt es sehr schwer, das was sie tun wie sie es tun *sollen*, von dem zu unterscheiden, was sie von sich aus tun *möchten*. Jeder könnte so leben, wie er es sich insgeheim wünscht, was ihn daran hindert, ist vor allem die Unwissenheit über seine eigene Person (vgl. FELDENKRAIS 1987, 18). „Wenn wir nicht wissen, was wir tatsächlich tun, dann können wir unmöglich das tun, was wir möchten.“ (FELDENKRAIS 1987, 18)

Den Zustand, in dem der Mensch fähig ist, zu erkennen was er tut, nennt Feldenkrais *Bewußtheit*. Er grenzt ihn ab von den beiden Lebenszuständen *Schlafen* und *Wachen*. Dagegen drückt der Begriff *Bewußtsein* oft nur den Zustand des Wachseins aus, ohne daß der Mensch wirklich wahrnimmt was er tut (vgl. FELDENKRAIS 1978, 54f).

Die physische Grundlage für die Bewußtheit liegt in der Pause zwischen der Entstehung einer Handlungsvorstellung und deren Ausführung als Handlung. Die Zeitspanne, die durch die Verzögerung der Impulse auf den relativ langen Nervenbahnen des supralimbischen Systems entsteht, ermöglicht es dem Menschen die Ausführung einer Handlung zu verzögern oder sogar ganz zu verhindern. Der Mensch ist in der Lage zu überprüfen, was in ihm vorgeht, er kann sich selbst kennenlernen (vgl. FELDENKRAIS 1978, 73f).

Allein die Tatsache, daß jemand etwas tut, bedeutet noch nicht, daß er auch weiß, was er tut oder wie er es tut. Viele Dinge laufen scheinbar völlig unwillkürlich ab, wie das Sprechen oder das Schlucken, aber auch ganz gewöhnliche Handlungen wie das Aufstehen von einem Stuhl bleiben für die meisten Menschen ein Rätsel.

Wer ohne Bewußtheit handelt, der wird von dem rhinischen und dem limbischen Gehirnsystem bestimmt. Diese stehen viel stärker, als das übergeordnete supralimbische System, mit den Emotionen in Verbindung und führen eine Handlung viel schneller aus. Er ist dann zwar in der Lage, die Mehrzahl seiner Bedürfnisse zu befriedigen, aber er wird nie sicher sein können, daß er alle seine Fähigkeiten auch wirklich ausnutzt. Er hat meist schon gehandelt, bevor er auf sein Tun bewußt einwirken kann (vgl. FELDENKRAIS 1987, 32; FELDENKRAIS 1978, 74f).

Erst die Möglichkeit, sich die Mittel zu wählen, mit denen ein Mensch seine organischen Bedürfnisse befriedigen möchte, bieten ihm die Alternativen, sein Leben zu lenken. Urteilskraft, Differenzierungs- bzw. Unterscheidungsvermögen, die Fähigkeit zu verallgemeinern, abstrakt zu denken, die Vorstellungskraft und vieles andere mehr, entstammen dieser Möglichkeit zur Bewußtheit, d.h. zu Erkennen was in einem vor sich geht, während man bei Bewußtsein ist.

Es steht im Widerspruch zur Dynamik des Lebens, wenn man Reife als einen Zustand des Menschen bezeichnet, der keine Veränderung mehr zuläßt. Feldenkrais formuliert deshalb Reife als Fähigkeit eines Individuums, Erfahrungen in ihre Komponenten zu zerlegen und so neu zu konfigurieren, daß sie der gegenwärtigen Situation gerecht werden (vgl. FELDENKRAIS 1994, 230).

Die Tätigkeit des Menschen besteht zum größten Teil aus erlernten Handlungen, deshalb zeigt sich in der Art und Weise des Vorgehens am besten, welchen Grad der Reife er bisher erreicht hat. Ein Mensch der in der Lage ist sich auf sich selbst zu verlassen und zu entscheiden, ob er vorgegebenen Denk- und Handlungsgewohnheiten folgt oder ihnen zuwiderhandelt, kann spontan handeln. Er übernimmt die Verantwortung für das, was er tut.

Für die Entwicklung der Reife spielt das Integrierungsvermögen des Gehirns eine große Rolle, der Einzelne muß lernen, die eintreffenden Umwelteinflüsse zu kontrollieren, solche zu verwerfen, die er nicht bewältigen möchte und solche auszuwählen, die er ausführen möchte (vgl. FELDENKRAIS 1992, 95).

FELDENKRAIS (1992, 142) unterscheidet im Reifungsprozeß drei Stadien. Im ersten Stadium herrscht die volle Abhängigkeit des Kindes von den Eltern, d. h. es ist ein innerer Zwang hergestellt, der alle anderen Reaktionen ausschließt. Im zweiten Stadium sind die äußeren Bedingungen der Abhängigkeit aufgehoben, an einigen Mustern wird aber gewohnheitsmäßig weiterhin festgehalten, andere können verworfen oder sogar umgekehrt werden. Das dritte Stadium entspricht der Reife, der Mensch hat gelernt, den Gefühlsinhalt oder Affekt eines beliebigen

Verhaltensmusters von diesem Muster zu trennen, d. h. ohne inneren Zwang lieben oder hassen zu können. Das Verhalten wird spontan, weil volle materielle, emotionale, physische und geistige Unabhängigkeit erreicht wurde.

„Reife ist in diesem Zusammenhang ein Idealzustand, in dem die Einzigartigkeit des Menschen, seine Fähigkeit, neue Reaktionen zu bilden oder zu lernen, höchste Vollkommenheit erreicht.“ (FELDENKRAIS 1994, 230)

Für gewöhnlich hört der Mensch irgendwann auf neue Handlungsweisen zu erproben, sein Ich-Bild wird deshalb unvollkommen und hinter seinen Möglichkeiten zurückbleiben. Zwar entspricht ein vollständiges Ich-Bild einer Idealvorstellung, doch hat jeder Mensch die Möglichkeit sich selbst bewußt zu werden, daß er immer nur in den Grenzen handeln kann, die ihm sein Ich-Bild aufzwingt (vgl. FELDENKRAIS 1978, 45).

Den Menschen aus diesem Gefängnis zu befreien und ihm neue, in ihm verborgene Möglichkeiten aufzuzeigen, ist Inhalt der von MOSHÉ FELDENKRAIS entwickelten Methode.

„Indem wir merken, wie wir dieses oder jenes tun, werden wir vielleicht eine andere Verfahrensweise finden, und das bedeutet: endlich etwas freie Wahl zu gewinnen. Denn solange wir keine Alternative haben, haben wir überhaupt keine Wahl. Mit wievielen Gründen auch immer wir uns einreden, daß wir den einzig möglichen Weg gefunden haben: in Ermangelung alternativer Wege ist und bleibt er bloßer Zwang.“ (FELDENKRAIS 1987, 20)

4.6 Zwei Wege in die Freiheit

Die Eingefahrenheit der alten Verhaltensweisen erschwert den Prozeß des Umlernens, die Schwierigkeit liegt nicht in den neuen, ungewohnten Verhaltensweisen, die zu erlernen sind.

Relativ leicht erscheint es, Bewußtheit über seine willkürliche Muskulatur, sein Denken und seine Abstraktionsprozesse zu erlangen. Sich seiner unwillkürlichen Muskeln, seiner Sinne, Gefühle und schöpferischen Fähigkeiten bewußt zu werden, erscheint dagegen bedeutend schwerer, ja scheinbar unmöglich (vgl. FELDENKRAIS 1978, 79).

„Der Mensch handelt als ein Ganzes; auch dann, wenn diese Ganzheit nicht vollkommen ist. Daher die Möglichkeit, die Bewußtheit für die Kontrolle auch der schwierigen Teile zu entwickeln. Änderungen in den Teilen, die leicht zu kontrollieren sind, wirken auch auf das übrige System, also auch auf die Teile, über die wir keine direkte Herrschaft haben. Auch indirekte Beeinflussung ist eine Art Kontrolle oder Herrschaft. Unsere Arbeit hier ist eine Methode des Trainings oder Lernens, die Einflüsse, die vorderhand indirekt sind, in klares Wissen unzuwandeln.“ (FELDENKRAIS 1978, 79)

MOSHÉ FELDENKRAIS hat aus den vier Bestandteilen des Handelns die Bewegung als Ansatzpunkt ausgewählt, um eine solche Kontrolle entwickeln zu können.

Es ist unmöglich, Bewegung von Sinnesempfindung, Denken und Gefühl zu trennen, deshalb wird sich eine Veränderung in diesem Teilbereich auch in den drei übrigen auswirken. Die Bewegung nimmt unter den vier Bestandteilen des Handelns eine Sonderstellung ein, die sie als besonders geeignet erscheinen läßt, den Prozeß der Neu-Erziehung (Re-Education) zu fördern. FELDENKRAIS (1987, 58 ff) nennt dafür folgende Gründe:

1. Das Nervensystem ist vorwiegend mit Bewegung beschäftigt. Ohne die ständige Organisation des Körpers im Schwerefeld ist keine Handlung möglich, deshalb ist das Nervensystem mit Bewegung mehr beschäftigt als mit irgend etwas sonst.
2. Die Qualität von Bewegung ist leichter zu erkennen. Das wissenschaftliche Wissen über Bewegung ist größer als das von Liebe, Zorn, Neid oder vom Denken.
3. Wir haben von Bewegung größere Erfahrung als vom Denken und Fühlen.
4. Bewegung ist wichtig für die Selbsteinschätzung. Wie sich einer bewegen kann, ist für sein Ich-Bild von großer Bedeutung, Schwierigkeiten im Sichbewegen verzerren die Selbsteinschätzung und stören eine den natürlichen Neigungen entsprechende Entwicklung.
5. Jede Muskeltätigkeit ist Bewegung. Ohne Muskeltätigkeit kann man weder Sehen noch Hören oder einen Laut von sich geben, am Anfang jeden Tuns steht Muskeltätigkeit.
6. Bewegungen spiegeln den Zustand des Nervensystems. Ohne von Nervenimpulsen gelenkt zu werden, vermögen die Muskeln fast nichts, deshalb zeigt sich der momentane Zustand des Nervensystems in der Struktur des Muskelbildes der aufrechten Haltung, dem Gesichtsausdruck und der Stimme.
7. Bewegung ist die Grundlage der Bewußtheit. Das meiste, was in einem Menschen geschieht bleibt verborgen. Erst sobald sich Gesichtsmuskeln, Herz oder Atemmuskulatur zu einer Gestalt organisieren, können Gefühle wie Furcht, Angst oder Lachen wahrgenommen werden. Den vollständigen Muskelausdruck dieser Gefühle kann der Mensch verhindern, weil die Vorgänge in dem Teil des Gehirns, der spezifisch menschlich ist, relativ langsam

ablaufen. Die Verzögerung zwischen Denken bzw. Fühlen und Bewegen, ermöglicht es dem Menschen erst zu erwägen und zu entscheiden.

8. Atmen ist Bewegung. Jede Anstrengung oder Störung des Körpers und des Gefühls schlägt sich in der Atmung nieder, eine Verbesserung der Atmung ist nur möglich, indem es gelingt, die Organisation der Skelettmuskulatur zu optimieren.
9. Sinnesempfindung und Denken beruhen auf Bewegung. Die Gehirnstrukturen, in denen Gefühle und Denken vor sich gehen, und die motorische Region der Großhirnrinde liegen sehr nahe beieinander und da Erregungen und Impulse im Gehirn dazu neigen, sich auszubreiten, wird eine Veränderung in der motorischen Region sich zwangsläufig auch auf Denken und Fühlen auswirken. Ein Grundzug des Nervensystems ist, daß es nicht gleichzeitig eine Handlung und deren Gegenteil ausführen kann. Das gesamte System aus mobilisierten Muskeln, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken bildet ein integriertes Ganzes, das nicht in seine einzelnen Teile zerlegt werden kann.

„Theoretisch könnte man von jedem dieser Bestandteile allen Tuns ausgehen; aber unter den vieren überwiegt die Rolle der Muskulatur so sehr, daß, wenn man sie aus den Konfigurationen oder Schemen in der motorischen Gehirnrinde tilgte, die übrigen Bestandteile dieser Konfigurationen sich zersetzen und zerfallen würde.“ (FELDENKRAIS 1978,64)

4.6.1 Bewußtheit durch Bewegung

Der Gruppenmethode *Bewußtheit durch Bewegung* widmete MOSHÉ FELDENKRAIS zwei Bücher. In seinem bekanntesten Buch „Bewußtheit durch Bewegung“ (vgl. FELDENKRAIS 1978) beschreibt er die Methode und bietet zwölf grundlegende Lektionen zum ausprobieren an. In einem Buch, das erst nach seinem Tod veröffentlicht wurde, werden Tonbandaufnahmen von einem fünftägigen Feldenkrais-Workshop in Nordkalifornien von 1979 wiedergegeben (vgl. FELDENKRAIS 1995, 15).

Die Teilnehmer der Lektionen liegen meist auf dem Boden und werden verbal vom Feldenkraispädagogen angeleitet, der Lernende leistet also die Hauptarbeit (vgl. KELLER-KROPP 1986, 60; LEIBOLD 1986, 78). Es gibt grundsätzlich keine feste Reihenfolge der Bewegungsaufgaben. Der Ablauf ist von der Entwicklung in der Gruppe abhängig und soll so aufgebaut sein, daß die Teilnehmer am Ende der Lektion eine deutliche Veränderung ihrer Körperspannung wahrnehmen können. Durch Fragen während der einzelnen Schritte versucht der Feldenkraispädagoge, die Aufmerksamkeit der Lernenden immer wieder auf den eigenen Körper zu lenken (vgl. WILHELM 1996, 46). Anstrengung ist während der Lektionen nicht erwünscht (vgl. KRAUSS 1996, 10ff). SCHULZ (1994, 160) betont, daß vom Lehrenden keinerlei Druck erzeugt wird, etwas richtig oder gut zu machen. Es werden keine Korrekturen gegeben, denn nur so kann sich der Teilnehmer in streßfreier Atmosphäre immer mehr auf sein eigenes Empfinden verlassen, sein Selbstvertrauen stärken und neugierig auf neue Erfahrungen werden.

LUKOSCHIK/BAUER (1989, 116) bezeichnen *Bewußtheit durch Bewegung* als für diejenigen Menschen geeignet, die geistige Flexibilität nicht durch disziplinierte Meditation oder Konzentration erlangen wollen, sondern durch spielerisches Erforschen der eigenen Bewegung.

Eine Lektion in *Bewußtheit durch Bewegung* kann zwischen 30 und 60 Minuten dauern, abhängig von der Konzentrationsfähigkeit der Gruppe.

4.6.2 Funktionale Integration

MOSHÉ FELDENKRAIS (1981) schildert anhand der Geschichte einer sechzigjährigen Frau die Vorgehensweise der *Funktionalen Integration*. Sein Schüler YOCHANAN RYWERANT stellt in seinem Buch „Die Feldenkrais Methode - Lehren durch Behandeln“ (RYWERANT 1985) die Grundtechniken dieser Methode vor. Er bezeichnet sie als individuell manipulativ (vgl. RYWERANT 1985, 18), die *Behandlung* erfolgt weitgehend non-verbal, der Feldenkraispädagoge führt die Bewegung des Lernenden mit seinen Händen oder mit einfachen Gegenständen, wie z. B. Holzbrettern (vgl. POHL 1994, 17). Vom Schüler, der auf dem Feldenkraistisch liegt oder auf einem Stuhl sitzt (vgl. KRAUSS 1996, 163), wird erwartet, daß er die kleinen, sanften Bewegungen zuläßt soweit es ihm möglich ist. Indem er passiv die manipulativen Hinweise des Lehrers empfängt, erfährt sein Nervensystem etwas über die funktionalen Zusammenhänge seines Körpers (vgl. SCHULZ 1994, 161; RYWERANT 1985, 46; HEGGIE 1994, 23).

YARON (1986/87, 30) betont, daß die Funktionale Integration hohe Anforderungen an den Feldenkraislehrer stellt, weil er sich komplett an die zu behandelnde Person anpassen muß. Die Behandlung selbst besteht aus einer Aneinanderreihung von Manipulationen, wie RYWERANT (1985, 45) die kleinsten Bestandteile der kommunikativen Manipulation zwischen Lehrer und Schüler nennt. KRAUSS (1996, 163) bezeichnet die Berührung als Medium und die Bewegung als Botschaft. RYWERANT (1985, 151ff) beschreibt die spezielle Vorgehensweise in einigen mustergültigen Behandlungssitzungen. Nachdem der Feldenkraispädagoge den zu behandelnden Menschen sorgfältig angeschaut hat, bringt er ihn in eine Anfangsposition und beginnt dann ihn in verschiedenen Bewegungssequenzen zu bewegen (vgl. KRAUSS 1996, 163).

Nach SCHULZ (1994, 161) ist diese Methode besonders für Menschen mit funktionellen Einschränkungen wie Spastiken, Schlaganfallsfolgen und Schmerzzuständen geeignet. LEIBOLD (1986, 78) empfiehlt sie für Körperbehinderte und RYWERANT (1985, 18) bezeichnet sie als Hilfe für „Menschen, die eine bessere Körperkoordination benötigen oder an sensorisch-motorischen Defekten leiden, die durch irgendeine Art von Trauma, Krankheit oder Abbau in Struktur oder Funktion hervorgerufen wurden.“ KRAUSS (1996, 164) nennt hierfür als Beispiele, Parkinson, multiple Sklerose, steife Schulter, Plattfüße, Bandscheibenprobleme, Skoliose, Asthma, Angst und nervöse Verspannungen. KLAWITTER (1991, 106ff) beschreibt die Vorteile der non-verbalen Technik in der Arbeit mit Menschen, die Schwierigkeiten im Zugang zu ihren geistigen Fähigkeiten haben.

Eine Lektion in *Funktionaler Integration* dauert zwischen 30 Minuten und einer Stunde, je nach Bedarf und Aufnahmefähigkeit des Schülers (vgl. KRAUSS 1996, 163).

5. Die Feldenkraismethode in der Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholkranken

5.1 Möglichkeiten der Feldenkraismethode für den Sport- und Bewegungstherapeuten

„Beweglich sein - ein Leben lang“ (HANNA 1990) oder „Leben ohne Rückenschmerzen“ (ALON 1993) sind Titel über die Feldenkraismethode, die von einem grenzenlosen Optimismus getragen zu sein scheinen. Auch Moshé FELDENKRAIS war davon überzeugt, daß allen Menschen ein selbstbestimmtes Leben möglich ist, wenn sie lernen, sich selbst zu erkennen:

„Ich glaube, wir leben in einer kurzen Übergangszeit, die das Heraufkommen des *homo humanus*, des wahrhaft ganzen Menschen ankündigt. Es scheint nicht ausgeschlossen, daß wir ihn noch erleben.“
(FELDENKRAIS 1978, 76)

Die Struktur der Konsumgesellschaft, deren vordergründiger Sinn die Durchsetzung des Leistungsprinzips ist, macht es dem Einzelnen nicht leicht, den langen Weg von der Körper-Bewußtheit zur Selbst-Bewußtheit zu gehen. Um sowohl die körperliche wie die psychische Leistungsfähigkeit zu erhalten, verspricht das vielfältige Angebot an Drogen⁴ eine schnellere, ja fast sofortige Wirkung (vgl. SCHEERER 1995, 39ff; AMENDT 1990, 375f).

Wer aber die körperlichen, psychischen und vor allem sozialen Kehrseiten dieser Lebensweise kennengelernt hat, der mag offener sein, auch wieder andere Wege auszuprobieren und dem kann die Feldenkraismethode helfen, wieder Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln.

Zum Erscheinungsbild der Suchterkrankung gehören meist deutlich ausgeprägte Störungen der Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit (vgl. BECKMANN-NEUHAUS 1993, 112). Zu Beginn der Suchtherapie gilt diesem Bereich deshalb eine verstärkte Aufmerksamkeit. HÖLTER (1993, 29) ordnet die Inhalte Exploration/Awareness dem Basisziel der primären Aktivierung zu. Als sinnvolle Verfahren nennt er neben der Feldenkraismethode Eutonie, Atemarbeit und Sensory Awareness.

Die Bedeutung von *Bewußtheit durch Bewegung* (FELDENKRAIS 1978; HÖLTER 1993, 24) für den Prozeß der Neu-Erziehung (bzw. Therapie) betonen auch HANNA (1994, 120), BROOKS (1991, 23ff), KLEIN (1986, 114) und KURTZ (1985, 230f). Awareness (oder Bewußtheit, innere Achtsamkeit) ermöglicht die Differenzierung von sensorischer Wahrnehmung und der sie begleitenden Gedanken, Phantasien, Vorstellungen und Emotionen. Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit nach innen zu richten, setzt somit den Lernprozeß in Gang, der die unterentwickelten oder verkümmerten Prozesse des lebenden Körpers verbessern hilft, weil zusätzliche Informationen integriert werden können. FELDENKRAIS (1978, 76) beschreibt Bewußtheit als Grundlage, auf der ein Mensch sich kennenlernt und weiterentwickelt, seine sozialen und emotionalen Fähigkeiten aus zwanghaften Gewohnheiten löst und zu einem freieren Lebensstil zurückfindet.

POHL (1994, 18) betont, daß die Feldenkraismethode im Gegensatz zu anderen Körpertherapien (wie etwa die nach REICH, LOWEN oder BOYESEN) keine zusätzliche Energiethorie benötigt und außerdem keinen Mystizismus beinhaltet. Die Grundprinzipien der Methode basieren auf Naturgesetzen und Lebensprozessen, sie sind deshalb einfach zu verstehen und durch Selbsterfahrung mit der Methode nachvollziehbar. Dem Sport- und Bewegungstherapeuten bietet die Feldenkraismethode die Möglichkeit, seine eigenen Bewegungsgewohnheiten kennenzulernen und zu überprüfen, um dadurch eine noch genauere Vorstellung von den ganzheitlichen Zusammenhängen des menschlichen Wohlbefindens zu bekommen. Die Wechselwirkungen von Haltung, Bewegung, Denken, Fühlen und Handeln am eigenen Körper auszuprobieren, ermöglicht einen tieferen Einblick in die

⁴ Anm.: Hier sind vor allem auch die sog. legalen Drogen wie Alkohol und Medikamente, aber auch Kaffee, Tee oder Nikotin angesprochen.

Verhaltensweisen, mit denen er in seiner täglichen Praxis konfrontiert wird. Die Grundlagen der Feldenkraismethode allein aufgrund eines theoretischen Einstudierens verstehen zu wollen, widerspricht völlig dem Ganzheitsgrundsatz (vgl. FELDENKRAIS 1995, 19). Zunächst steht das eigene Erfahren im Mittelpunkt. Danach eröffnet sich dem Sport- und Bewegungstherapeuten die Möglichkeit, einzelne Aspekte dieser Methode zu übernehmen und in sein bisheriges Konzept einzubauen.⁵

In dieser Arbeit wird ein umfassendes Programm von Feldenkrais-Lektionen dargestellt, wie es erst nach einer mehrjährigen Ausbildung durchführbar ist.⁶ MOSHÉ FELDENKRAIS hat immer wieder betont, daß er seine Überlegungen nicht als abgeschlossen betrachtet, sondern als Angebot verstanden wissen möchte, sie mit eigenen Gedanken zu füllen und weiterzuentwickeln.⁷ Auch Therapeuten aus anderen Fachrichtungen finden deshalb hier neue Anregungen und Elemente, die ihnen in ihrer eigenen therapeutischen Arbeit weiterhelfen könnten.

5.2 Die Feldenkraismethode und ihre Bedeutung in der Therapie mit Alkoholkranken

Abhängigkeit läßt sich als ein Prozeß der Gewohnheitsbildung in dem Beziehungsgefüge von Person, Umwelt und Suchtmittel beschreiben. Es sind sowohl persönliche Erfahrungen und Einstellungen sowie gesellschaftliche Trinkgewohnheiten und die Verfügbarkeit von Alkohol, die selbst das süchtige Trinken zunächst als eine normale, nicht einmal als zwanghaft empfundene Verhaltensweise erscheinen lassen.

Sucht kann also als erlernte Verhaltensweise beschrieben werden, bestimmte Situationen innerhalb des Suchtdreiecks lösen die Gewohnheit aus, das Trinken läuft einem bedingten Reflex vergleichbar ab und ist der bewußten Kontrolle entzogen. Auf personaler Ebene können solche Situationen z. B. Gefühle von Angst, Streß oder Einsamkeit sein. Ebenso können gesellschaftliche Anlässe, wie z. B. Feste, Sportveranstaltungen oder Geschäftsessen und letztendlich auch einfach das Vorhandensein von Alkohol als Auslöser fungieren. Ein Mensch, dem in diesem Gefüge keine Handlungsalternativen zur Verfügung stehen wird zwangsläufig vom Gewohnheitstrinker zum Süchtigen.

Nach FELDENKRAIS (1978, 31) reicht es aber nicht aus, gewohnte Verhaltensweisen wieder zu verlernen, wichtiger ist es, dem Menschen Handlungsalternativen aufzuzeigen, um sich bewußt und selbstbestimmt entscheiden und damit aus seinem zwanghaften Verhalten ausbrechen zu können.

Gerade weil der Alkoholranke nach seinem Therapieaufenthalt befähigt sein soll, sich mit den oben genannten Auslösesituationen auseinanderzusetzen, kommt es darauf an, daß er lernt, gewohnheitsmäßige Muster von ihren bisherigen Erfahrungen zu trennen und dadurch den Weg zu neuen Handlungsmustern zu entdecken (vgl. FELDENKRAIS 1992, 150f).

Jahrelanges süchtiges Trinken trübt Sinnesempfindungen, Denken, Emotionen und Bewegung in so extremem Maße, daß von einem realistischen Ich-Bild nicht mehr gesprochen werden kann. Dies äußert sich in Bezugsstörungen zum Ich, zum Körper und zur Umwelt. Die Selbsteinschätzung in allen diesen Bereichen ist deshalb schwerwiegend gestört und muß langsam und behutsam wiederentwickelt werden. Auch KLEIN (1993, 88f) weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Feldenkraismethode in der Suchttherapie hin.

Bewegung und vor allem die bewußte Wahrnehmung von Körpersignalen bieten sich an, um über die systematische Entwicklung eines realistischen Körperbildes auch wieder ein gesundes, bzw. nüchternes Ich-Bild zu formen.

„Was wir bisher über das Ich-Bild gesagt haben, zeigt, daß der Weg über die systematische Korrektur des Bildes kürzer und gründlicher sein wird als der über die Korrektur einzelner Handlungen und einzelner Fehler in Verhaltensweisen.“ (FELDENKRAIS 1978, 48)

Die daraus folgende Selbstbewußtheit und Befindlichkeitsverbesserung tragen in hohem Maße zur Stärkung der Persönlichkeit bei und leisten einen wichtigen Beitrag zum Erfolg einer Suchttherapie.

Alkohol kann ähnlich wie Koffein, Teein, Nikotin, Cannabis, usw. eingesetzt werden, um scheinbar unwillkürliche Körperreaktionen zu „kontrollieren“. Streßsituationen, Schlafstörungen, Müdigkeit, depressive Verstimmung, Angst o. ä. sollen mit Hilfe chemischer Substanzen von außen beeinflusst werden. Das Verlangen nach absoluter Kontrolle seiner Befindlichkeit führt aber mit der Zeit zum Kontrollverlust, weil alle eigenen, inneren Anpassungsmöglichkeiten verlorengehen. Der chemische Wirkstoff übernimmt die Kontrolle über das Befinden (vgl. KLEIN 1993, 82f).

Das bewußte Erleben der selbstinduzierten Veränderung körperlicher Zustände, wie es in jeder Feldenkraisstunde vorkommt, stellt deshalb eine wichtige Erfahrung auf dem Weg zur Suchtmittelabstinenz dar. Seine individuellen Reaktionen, z. B. auf Überforderung⁸, kennenzulernen und Handlungsalternativen auszuprobieren, hilft Fähigkeiten

⁵ Anm.: vgl. dazu Kapitel 7.2 Integrationsmöglichkeiten der Feldenkraismethode in die Sport- und Bewegungstherapie mit Suchtkranken.

⁶ Anm.: vgl. dazu Kapitel 7.1 Die Ausbildungssituation.

⁷ Anm.: Beispiele solcher (Weiter-)Entwicklungen sind z. B.

- das Programm zur psychophysischen Umerziehung, (MASTERS/HOUSTON ²1986)
- das Gymnastikprogramm (JÖLLENBECK 1993)
- Relaxercise (ZERMACH-BERSIN/REESE 1992)
- das Laufprogramm (HEGGIE 1997).

⁸ Anm.: vgl. Kapitel 6.4.3 Die dritte Stunde: Mit den Körperteilen jonglieren.

wiederzuentdecken, auf scheinbar unwillkürliche Vorgänge im Körper, wie z. B. Einschlafen, Entspannung, Verdauung⁹ o. ä. auch ohne chemische Unterstützung Einfluß zu nehmen.

ABFALG (1992, 48) beschreibt Suchtmittel als Entwicklungsgifte, die verhindern, sich mit der Welt aktiv auseinanderzusetzen, längst fällige Entwicklungsschritte werden vermieden. Organisches Lernen beinhaltet die angstfreie Situation, in der neue Verhaltensweisen ausprobiert und dadurch Möglichkeiten zur Selbstkorrektur entwickelt werden können (vgl. ALON 1993, 66f).

5.3 Spezielle Ziele der Feldenkraismethode in der Sport- und Bewegungstherapie

Der Feldenkraispädagoge wird seinen Klienten innerhalb der Therapie nicht dadurch entmündigen, daß er ihm bestimmte Veränderungsziele vorschreibt. Er arbeitet prinzipiell nicht symptomorientiert, sondern bekennt sich zum ganzheitlichen Menschenbild und versucht über die Entwicklung von Selbstbewußtheit, die Wahrnehmung und Differenzierung der Bedürfnisse, Gefühle und Möglichkeiten des Klienten zu verbessern, um ihm dadurch ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Obwohl es also nicht unbedingt notwendig, ist im Bereich der Feldenkraisarbeit spezielle Therapieziele festzulegen¹⁰, lassen sich doch neben dieser übergeordneten Zielsetzung weitere, jeweils individuelle Teilbereiche darstellen, in denen die Entwicklung einer reifen Persönlichkeit gefördert werden kann.

Der Einsatz von Feldenkraislektionen im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie kann in diesem Sinne sowohl die Behandlung ganz spezieller körperlicher Störungen als auch die Entwicklung und Förderung von Handlungskompetenzen in den Vordergrund stellen. Bei den eher defizitorientierten Einwirkungsmöglichkeiten ist es sinnvoll, zwischen körperlichen und psychischen Störungsbereichen zu unterscheiden. Verbesserungen im körperlichen Bereich werden sich natürlich auch auf die psychische Befindlichkeit auswirken - eine Unterteilung dient also vorwiegend der besseren Übersichtlichkeit.

Im Bereich körperlicher Störungen sind u. a. folgende Interventionen möglich:

- Linderung von Muskelschmerzen
- Verbesserung neurologischer Funktionen
- Regulation der Atemfunktion
- Verbesserung der Beweglichkeit
- Verringerung von Gleichgewichtsstörungen
- Korrektur von Haltungsschwächen
- Wahrnehmung von Körpersignalen

Im psychischen Bereich ergeben sich u. a. folgende Möglichkeiten:

a) psychomotorische Störungen

- Schulung von Konzentration und Aufmerksamkeit
 - Verbesserung der Tiefen- und Oberflächensensibilität
 - Förderung der Feinmotorik
 - Bewußtmachung körperlicher Spannungen
- b) Persönlichkeitsstörungen
- Verbesserung der Befindlichkeit
 - Abbau von Angst- und Aggressionsgefühlen
 - Erleben der Veränderbarkeit von psychischen Zuständen
 - Entwicklung eines realistischen Ich-Bildes
 - Überwindung einseitiger Lebens- und Verhaltensmuster (vgl. DEIMEL 1992, 181)
 - Lösung aus schädigenden Abhängigkeiten (vgl. DINSLAGE 1990, 77)

Die Entwicklung und Förderung von Handlungskompetenzen kann durch die Feldenkraismethode in vielfältiger Hinsicht ergänzt werden. Die Übertragung des am eigenen Körper Erlebten in das Alltagsverhalten spielt dabei jedoch eine große Rolle und bedarf einer sehr aufmerksamen und einfühlsamen verbalen Unterstützung durch den Therapeuten. Analog zu der in Kapitel 3.3. vorgenommenen Einteilung in Teilzielbereiche kann auch hier zwischen personalen, sozialen und sportspezifischen Kompetenzen unterschieden werden.

Im Bereich personaler Kompetenzen stehen dabei folgende Ziele im Vordergrund:

- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Förderung von Körper- und Selbstbewußtheit

⁹ Anm.: vgl. die Aussagen eines Teilnehmers in Kapitel 6.4.9 Zusammenfassung, S. 68.

¹⁰ Anm.: Der Weg zur Bewußtheit ist Ziel (vgl. FELDENKRAIS 1992, 136f; ALON 1993, 49f).

- Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts
- Verbesserung der Entspannungs- und Erholungsfähigkeit
- Aufbau von Frustrationstoleranz
- Wiederaneignung der Leiblichkeit (vgl. PETZOLD 1988, 53)
- Psycho-physische Aktivierung

Soziale Kompetenzen können in folgenden Bereichen beeinflusst werden:

- Bewußtmachen der Einheit von Denken, Fühlen und Handeln
- Förderung des Gefühlsausdrucks
- Entwicklung von Handlungsalternativen
- Bewußtmachen der Verantwortlichkeit für das eigene Wohlbefinden
- Verbesserung der Sensibilität
- Entwicklung eines zwangfreieren Umgangs mit Anforderungen
- Abbau von Kontaktschwierigkeiten

Obwohl die Verbesserung sportspezifischer Kompetenzen sicherlich nur einen Nebenaspekt darstellt, sind auch hier einige Punkte zu nennen:

- Verbesserung der Bewegungssicherheit
- Entwicklung gesundheitsbewußten Umgangs mit dem eigenen Körper
- Regulierung des Leistungsanspruchs
- Verbesserung der Selbsteinschätzungsfähigkeit
- Entwicklung selbständiger Belastungsdosierung und -kontrolle

Die hier aufgeführten Zielperspektiven werden allerdings nicht in den Mittelpunkt der Feldenkraisstunden gestellt. Die momentanen, individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer sind die bestimmende Grundlage für die Auswahl der Lektionen.

6. Projektteil

Der folgende Projektteil umfaßt die Grundlagen, Durchführung und Auswertung eines achtstündigen Feldenkraiskurses in einer Therapiegruppe der Fachklinik in Eschenburg.

6.1 Das Therapiekonzept der Klinik

Die Klinik Eschenburg ist eine Fachklinik für alkohol- und tablettenabhängige Frauen und Männer mit bis zu 83 Therapieplätzen.

Ein Team aus Ärzten mit psychotherapeutischer Weiterbildung, Sozialarbeitern, Arbeits- und Werktherapeuten sowie Sport- und Körpertherapeuten bilden den therapeutischen Rahmen für die Entwöhnungsbehandlung, die je nach Motivation und dem Stand der gewonnenen Krankheitseinsicht zwischen 3 und 6 Monaten dauern kann.

Mit der Behandlung wird eine Stabilisierung im somatischen und psychischen Bereich angestrebt, die dem Patienten eine zufriedenstellende Lebensführung ohne Suchtmittel ermöglichen soll.

Als Behandlungsziele werden formuliert:

1. somatisch:
 - Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit
 - Sicherung der Erwerbsfähigkeit
2. psychisch:
 - Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
 - Steigerung eigenverantwortlichen Handelns
 - Intensivierung des Erlebens von Gefühlen
 - Akzeptanz des dauerhaften Verzichts auf Suchtmittel
 - Neuorientierung im sozialen Umfeld

Sollte eine Reintegration in den bisherigen sozialen Rahmen nicht möglich sein, gehört zu den Behandlungszielen auch eine Vorbereitung auf Nachsorgemaßnahmen.

Die Behandlung beginnt mit der Aufnahmephase, die bis zu zwei Wochen dauern kann. Nach ersten medizinischen und psychologischen Tests, Gesprächen und Untersuchungen wird der Patient in eine der acht offenen therapeutischen Gruppen eingeteilt. Die Gruppengröße beträgt maximal zehn Patienten.

In der Aktivierungs- und Aufarbeitungsphase steht die Selbsterfahrung im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit. Den Patienten soll der Zusammenhang von innerseelischen Konflikten und dem Gebrauch des Suchtmittels bewußt gemacht werden. Ziel der Phase ist das Erkennen eigener psychischer Störungen und die Förderung vorhandener Ressourcen.

In der Ablösungs- und Neuorientierungsphase kann sich der Patient auf die Situation nach der Entlassung aus der Klinik vorbereiten. Es werden Kontakte zur Familie, zum Arbeitsplatz, zur Beratungsstelle und zur Selbsthilfegruppe hergestellt bzw. intensiviert.

Die Therapie soll den Menschen in seiner Ganzheit ansprechen, d. h. in Körper, Geist, Seele und seinem sozialen Hintergrund. Sie versucht dadurch, den multifaktoriellen Entstehungszusammenhängen der Suchterkrankung gerecht zu werden.

Das therapeutische Angebot umfaßt:

1. Medizinische Therapie
2. Gruppen- und einzeltherapeutische Behandlungsansätze
 - Analytisch orientierte Sozialtherapie
 - Systemische Familientherapie
 - Psychodrama
 - Neurolinguistisches Programmieren
3. Körperorientierte Therapieverfahren
4. Arbeits- und Werktherapie

Die körperorientierten Therapieverfahren werden dabei in vier Bereiche unterteilt:

1. Verbesserung der körperlichen Verfassung durch Übungen im Bewegungsbad und im Gymnastikraum sowie physiotherapeutische Angebote (Massagen, Fangopackungen und Unterwassermassagen)
2. Sensibilisierung der Körperwahrnehmung
3. Steigerung der sozialen Kompetenzen durch Spaß und Freude an der eigenen Bewegung und dem spielerischen Umgang miteinander in der Sporthalle
4. Aufdecken und Bewußtmachen von Gefühlen und inneren Prozessen durch Kopplung von Körperpsychotherapie und Gesprächstherapie

(vgl. KRÄMER ET AL O. J., 5ff).

In einem Beitrag zu den 9. Further Fortbildungstagen im Februar 1989 stellt Dr. phil. Thomas KLEIN, einer der Leiter der Klinik in Eschenburg, die Konzeption der Klinik vor (vgl. KLEIN/GEYER 1989, 129). Er unterscheidet Sporttherapie und Körperarbeit als zwei grundlegend verschiedene Aspekte des körperorientierten Ansatzes. Die Unterscheidungskriterien liegen in der Hauptsache auf dem sozialen Sektor: Die Sporttherapie stellt die Gruppenprozesse in den Vordergrund, während die Körperarbeit sich eher der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, der eigenen Person zuwendet (vgl. KLEIN/GEYER 1989, 133).

Er formuliert als übergeordnetes Ziel beider Aspekte, den suchtkranken Menschen „(..) einen starken Bezug zu ihrem Körper und damit zu sich selbst zu vermitteln, um über diesen Bezug Regulationsmöglichkeiten ihrer eigenen Befindlichkeit entwickeln zu können (...).“ (KLEIN/GEYER 1989, 133)

Er betont, daß der körperorientierte Ansatz Möglichkeiten zur Nachreifung bietet (vgl. KLEIN/GEYER 1989, 138) und deshalb zum Erfolg der Gesamttherapie beitragen kann. Sport- und Bewegungstherapie soll kein isolierter Therapieansatz sein, erst die Integration in die Gesamttherapie, verbunden mit einer ausreichenden zeitlichen Berücksichtigung und dem Austausch im therapeutischen Team lassen die positiven Aspekte dieser Therapieform zum Tragen kommen (vgl. KLEIN/GEYER 1989, 134f).

Dem Therapeutenteam der Klinik Eschenburg gehören zwei Sport- und Bewegungstherapeuten und ein medizinischer Bademeister an, die über Erfahrungen mit der Feldenkraismethode verfügen.

6.2 Projektbeschreibung

Im Folgenden werden acht Feldenkraislektionen in einer Therapiegruppe der Klinik dargestellt, die von einem der Sporttherapeuten durchgeführt wurden. Die Stunden verteilten sich auf vier Wochen, in der ersten Woche waren drei Einheiten angesetzt, in den darauffolgenden jeweils zwei und in der letzten Woche fand noch eine Stunde statt. Die Therapiestunden dauerten jeweils von 8.30 bis 10.00 Uhr. Die Gruppe bestand aus 11 Männern im erwerbsfähigen Alter. Die Klinik nimmt vor allem Personen aus einer mittleren sozialen Schicht an, bei denen die Chance einer

Rückkehr in die Erwerbstätigkeit gegeben ist. Auch bereits rückfällig gewordene Klienten werden behandelt. Der Gruppenraum in dem die Feldenkraislektionen durchgeführt wurden, war gerade ausreichend groß¹¹ und gut geheizt. Einzelne Teilnehmer hatten schon Vorerfahrungen mit der Feldenkraismethode aus früheren Körpertherapieeinheiten, für andere war diese Methode völlig neu. Bisher wurden in der Klinik nur Einzelstunden in *Bewußtheit durch Bewegung* und *Funktionaler Integration* angeboten. Im Rahmen dieser Diplomarbeit sollten nun erstmals mit einer festen Gruppe mehrere, aufeinander aufbauende Feldenkraislektionen durchgeführt werden. Ein solcher Block von Körpertherapiestunden bietet die Möglichkeit, die Methode tiefergehend zu nutzen und einen Lernprozeß deutlich zu machen. Die Stunden fanden im Rahmen des alltäglichen Therapieverlaufs statt, die Gruppe wurde nicht speziell für dieses Projekt zusammengestellt.

Mit der Planung und Durchführung dieses Projekts waren zwei Ziele verknüpft:

1. Die praktische Durchführung der Lektionen zu dokumentieren:

Die einzelnen Stunden werden systematisiert und kurz zusammengefaßt. Zwei exemplarische Stunden sind im Anhang ausführlicher beschrieben, um einen genaueren Eindruck der Stunden zu vermitteln. Durch die Darstellung der Stunden sollten sowohl die einzelnen Schwerpunkte, als auch der Entwicklungsprozeß im Verlauf der Lektionen aufgezeigt werden.

2. Die Wirksamkeit der Lektionen zu überprüfen:

Anhand des „Fragebogens zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW)“, der vor und nach einzelnen Feldenkraisstunden ausgefüllt wurde, sollte versucht werden, einen Einblick in subjektiv wahrgenommene Veränderungen zu bekommen. Sieben Klienten erklärten sich bereit, an diesem Test teilzunehmen. Sie kamen etwa 10 Minuten früher und blieben nach Ablauf der Stunden etwas länger, um den Fragebogen im Gruppenraum anonym und geheim zu beantworten.

6.3 Testverfahren

Die Auswirkungen der einzelnen Feldenkraislektionen wurden innerhalb dieses Projekts dreimal in einem Vorher-Nachher-Test festgehalten, um Aussagen über die Wirksamkeit der Methode in der Suchttherapie machen zu können. Der „Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW)“ war geeignet, diese Aufgabe zu erfüllen. Er besteht aus 58 sprachlich einfach gehaltenen Items und konnte deshalb mit geringem Zeitaufwand, jeweils vor und nach den ausgewählten Stunden bearbeitet werden. Durch diese Versuchsanordnung konnte sichergestellt werden, daß die Ergebnisse des Tests die subjektiven Veränderungen darstellen, die durch die Bewegungen impliziert wurden.

6.3.1 Der Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW)

Obwohl der FAW noch nicht offiziell veröffentlicht wurde, konnten die Fragebögen zur Verfügung gestellt und eingesetzt werden. Die Testgütekriterien wurden nach den Prinzipien der klassischen Testtheorie überprüft. Für drei von sieben Skalen konnten Parallelskalen erstellt werden. Alle sieben Skalen weisen eine befriedigende innere Konsistenz auf ($r_{tt} = .73$ bis $.92$; vgl. FRANK 1991, 82).

Der FAW beschäftigt sich mit den aktuellen, körperbezogenen Aspekten des Befindens. Körperliches **Wohl**-Befinden wird als subjektives Phänomen begriffen, das mit relativer Beschwerdefreiheit einhergeht. Gesundheit, Fitneß und körperliche Funktionstüchtigkeit sind dabei aber nur Teilbereiche dieses Phänomens, qualitativ stehen zudem der Zustand besonderer Lebendigkeit und Frische und das lustvolle Erleben des eigenen Körpers im Vordergrund.

Die Konzentration auf den eigenen Körper kann aber ebenso völlig zurücktreten und statt dessen uneingeschränkte Offenheit und Zuwendung zur Umwelt die eigenen Empfindungen in angenehmer Weise bestimmen. Eine strikte Trennung von emotionalem und körperlichem Empfinden ist nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Es handelt sich immer um psychophysisches Wohlbefinden, daß als geglückte Abstimmung zwischen Körper, Ich und Umwelt empfunden wird (vgl. FRANK 1991, 73).

Der FAW unterteilt körperliches Wohlbefinden in sieben Skalen:

1. Zufriedenheit mit dem eigenen Körperzustand (ZU)
2. Gefühle von Ruhe und Muße (RM)
3. Gefühle von Vitalität und Lebensfreude (VL)
4. Gefühle nachlassender Anspannung (NA)
5. Genußfreude und Lustempfinden (G)
6. Subjektive Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit (KR)
7. Gefühle von Gepflegtheit, Frische und angenehmem Körpergefühl (GFK)

¹¹ Anm.: Für seitliche Drehbewegungen war der Gruppenraum bei voller Teilnehmerzahl allerdings zu klein.

Der FAW kovariert mit dem Alter, dem Geschlecht und mit subjektiver Gesundheitsbeeinträchtigung. Da es sich bei den Versuchsteilnehmern diesbezüglich aber um eine homogene Gruppe handelte, konnten diese Aspekte bei der Auswertung vernachlässigt werden.

Auch zur Situationssensibilität des FAW liegen hinsichtlich verschiedener Entspannungsmethoden schon positive Ergebnisse vor. Mit Hilfe des FAW kann körperliches Wohlbefinden deshalb ökonomisch und reliabel erfaßt und differenziert beschrieben werden. Über die Bewertung der Veränderungen des körperlichen Befindens können sinnvolle Rückschlüsse auf die ganzheitliche Wirksamkeit der Feldenkraismethode in der Suchttherapie getroffen werden. Die Ergebnisse beschreiben allerdings nur kurzfristige Effekte, die mittel- oder langfristigen Auswirkungen der Methode wurden nicht untersucht.

6.4 Die Praxisstunden

Die Beschreibung von Feldenkraisstunden kann zwar eine sichtbare Bewegung und ihre körperlichen Auswirkungen erfassen, aber es ist nicht so leicht möglich, die inneren Prozesse sowie die jeweils individuellen Erfahrungen und Einstellungen der Teilnehmer in Worten wiederzugeben. Das geschriebene Wort bleibt da unvollständig, wo es um Leben und Erleben geht, es kann nicht alle Dimensionen widerspiegeln. Übrig bleibt der Versuch, deutlich zu machen, was getan wird und wie es getan wird (vgl. PETZOLD 1988, 60).

Die Beschreibung beschränkt sich deshalb häufig auf die jeweils bewußt ausgeführten Bewegungen, der Körper reagiert aber auf jede Veränderung als Ganzes. Nach dem Prinzip der Integration wirkt sich die neue Erfahrung auf das Gesamtsystem aus, der ganze Körper verhält sich anders als vorher (vgl. JÖLLENBECK 1993, 12). Veränderungen werden dort wahrgenommen, wo sich im Moment die Aufmerksamkeit befindet. Der Effekt solcher Bewegung ist aber etwas anderes als die Summe der Teilinformationen, die über sie bewußt wahrgenommen werden (vgl. PETZOLD 1988, 73).

Anpassungen in der motorischen Steuerung ergeben sich oft schleichend und verdeckt. Sie können erst im nachhinein, z. B. durch eine veränderte Auflagefläche auf dem Boden oder der Atembewegung, bewußt gemacht werden (vgl. FELDENKRAIS 1995, 15). Die Bedeutung solcher Effekte wird von jedem anders erlebt und kann durch die bewußte Lenkung der Aufmerksamkeit auf einen Teilbereich des Erlebens verändert werden. Diese Vielfalt von Möglichkeiten und individuellen Unterschieden kann hier nur in Ausschnitten dargestellt werden. Im Vordergrund steht zunächst die objektiv sichtbare Durchführung der Stunden.

Die erste Stunde der Feldenkraislektionen wird im folgenden ausführlich beschrieben. Die weiteren Stunden sind in tabellarischer Form mit ihren Themen, Inhalten, Zielen und kurzen Anmerkungen zusammengefaßt.

6.4.1 Die erste Stunde: Den Rücken entdecken

Auf eine Frage aus der Gruppe begann die Stunde mit der folgenden kurzen Einleitung zur Feldenkraismethode:

- Sie wurde als Möglichkeit vorgestellt, wieder zu mehr Körperbewußtheit zu gelangen. Mit kurzen, einfachen Beispielen wurden die Grundprinzipien der Methode erläutert. Anhand der Beugung und Streckung des Ellbogengelenks wurde gezeigt, daß angenehme und leichte Bewegungen nur möglich sind, wenn alle beteiligten Muskelgruppen sinnvoll zusammenarbeiten und nicht durch überflüssigen Spannungen behindert werden. Auf einen anschaulichen Bereich übertragen bedeutet dies etwa, daß ein mit angezogener Handbremse fahrendes Auto nicht seine volle Leistung bringen kann. Mancher Fahrer bemerkt eine solche Einschränkung sofort und wird die Bremse lösen, andere wundern sich nach einiger Zeit über den Qualm, der von den Reifen aufsteigt und beenden ihre Fahrt erst, wenn das Auto zu brennen beginnt. Ähnlich ist es beim eigenen Körper, mancher bemerkt die Einschränkung, die durch eine zu hohe Anspannung seiner Muskulatur ausgelöst wird, recht bald und ist in der Lage, sich zu entspannen. Andere wundern sich irgendwann über ihre lahmen oder steifen Glieder und Gelenke und müssen später bestimmte Bewegungen vermeiden, weil ihr Körper brennt, d. h. mit Entzündungen und Schmerz reagiert.
- Durch die Feldenkraismethode wird die Wahrnehmung und Veränderung solcher Anspannungen verbessert. Anhand kleiner und einfacher Bewegungsaufgaben, die aufmerksam beobachtet werden sollen, können Körpersignale bewußt gemacht werden, die auf zu hohe Muskelspannungen hinweisen. Dies erscheint deshalb sinnvoll, weil es im Alltag schwerer fällt, sich störender Spannungen bewußt zu werden, da dort häufig das Ziel und nicht das eigene Körperempfinden im Vordergrund steht.
- Als Lernziel der Feldenkraismethode wurde dabei vorgegeben, im Alltag nicht mehr über seine (Schmerz-) Grenzen hinaus gehen zu müssen, sondern sich so bewegen zu lernen, daß man sich dabei wohlfühlt, auch wenn aus der Umwelt häufig die Forderung zu hören ist, „die Zähne zusammenzubeißen“ oder „den inneren Schweinehund zu überwinden“. Das Überschreiten von Grenzen im Alltag, sollte aus freier Entscheidung geschehen und nicht aus bloßem Zwang, weil man keine Alternative kennt.

- Den Teilnehmern wurde vermittelt, daß es wichtig ist, in den Feldenkraisstunden im schmerzfreien Bereich einer Bewegung zu bleiben. Wenn auch der geringste Umfang nicht ausführbar ist, reicht es sogar aus, sich die Bewegung nur vorzustellen. Am Beispiel eines Hochspringers, der sich vor dem Sprung den Bewegungsablauf intensiv vorstellt, konnte den Klienten erklärt werden, daß auch dadurch schon Veränderungen im Zusammenspiel der Muskeln erreicht werden können.

Die folgende Lektion hatte die Wahrnehmung des Rückens und das Zusammenspiel von Flexoren und Extensoren des Rumpfes zum Thema.

Zunächst wurde die Aufmerksamkeit auf die Auflagefläche des Körpers in der Rückenlage gerichtet. Diese Ausgangslage sollte immer als Vergleich zu den Veränderungen, die sich im Laufe der Stunde ergeben können, dienen. Als weiterer Vergleichspunkt wurde die Atmung, bzw. die Atembewegung bewußt gemacht.

Die Stunde bestand aus verschiedenen Bewegungen, bei denen sich der ganze Körper immer wieder neu zum Boden hin organisieren mußte. Dabei wurde die Aufmerksamkeit in verschiedene Bereiche des Rückens verlagert, um den Teilnehmern bewußt werden zu lassen, auf wie vielfältige Weise ihr Rücken beweglich ist: zunächst beim Aufstellen der Füße, in den unteren Teil, danach auf die rechte und linken Seite, wenn Hand und Knie aufeinander zubewegt werden. Der obere Rückenbereich wurde durch das Anheben des Kopfes bearbeitet, der mittlere speziell durch die Bewegung in den Diagonalen von Schulter zum Becken bewußt gemacht. Den Abschluß bildete eine leichte Schaukelbewegung von rechts nach links, bei der sich der Rücken als Ganzes bewegen konnte.

Das Zusammenspiel verschiedener Flexoren und Extensoren in verschiedenen Abläufen wirkt sich dabei jeweils auf den ganzen Körper aus, auch wenn die Aufmerksamkeit nur auf einen Teilbereich fokussiert wird. Die einzelnen Bewegungssequenzen waren jeweils sehr kurz. Sobald nur einer der Teilnehmer nicht mehr nicht mehr aufmerksam bei der Bewegung verweilen konnte, wurde eine Pause eingelegt. So ergab sich die Möglichkeit, häufig die momentane, veränderte Auflagefläche mit der Ausgangslage zu vergleichen und den Teilnehmern den Veränderungsprozeß in vielen kleinen Schritten deutlich zu machen.

Nach der letzten Bewegungssequenz wurde noch einmal das Endergebnis mit der Ausgangslage verglichen und von jedem einzelnen Teilnehmer verbalisiert. Wichtig war hierbei, daß sie lernten, ihre Wahrnehmungen auch in Worte zu fassen, d. h. sie wahrzu-nehmen und wahrzu-geben. Die meisten Teilnehmer nahmen beispielsweise sehr deutlich wahr, daß sie erheblich flacher auf dem Boden lagen. Einige sprachen davon, daß ihre Arme oder Beine länger oder schwerer geworden seien. Ein Teilnehmer konnte nur Veränderungen an einer Körperseite feststellen.

Nach dem langsamen Aufstehen über die Seite konnten die Auswirkungen der veränderten Körperspannungen auf die Haltung wahrgenommen werden. Vor allem der Kontakt der Füße mit dem Boden wurde als stark verändert geschildert. Die Teilnehmer „standen fester auf“: Sie fühlten sich „schwerer“, aber auch „locker“ oder „kleiner“.

Zuletzt wurden die Teilnehmer aufgefordert, ihre jetzige Haltung mit ihrer Alltagshaltung zu vergleichen und einige Male zwischen den beiden Möglichkeiten zu wechseln, um vielleicht dadurch Aufschlüsse über häufige Verspannungen zu bekommen, die sie durch solche Alternativen eventuell vermeiden könnten. Diese Aufgabe fiel den meisten kurzzeitig schwer, aber schon bald wurden Empfindungen deutlich, die auch sofort erstaunt geäußert wurden. Mit einer kurzen Zusammenfassung des Erlebten und der Aufforderung, sich noch ein wenig weiter zu beobachten, endete diese Stunde.

6.4.2 Die zweite Stunde: Unterschiede erleben und wahrnehmen

Thema:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Wahrnehmung der Auflagefläche auf dem Boden und deren Veränderungen im Verlauf der Stunde
Inhalt:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Bewußtwerden der eigenen Spannungszustände • Drehbewegung (Pro- und Supination) des rechten Beins im Hüftgelenk und des unteren Kopfgelenks • Die Verbindung der beiden Grundbewegungen • Die Bedeutung der Atmung für die Bewegungsqualität
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Erleben und Differenzieren unterschiedlicher Spannungszustände und zwischen rechter und linker Körperhälfte im Liegen und Stehen
Anmerkung:	Die Arbeit mit nur einer Körperhälfte ist eine typische Vorgehensweise der Feldenkraismethode, zur Verbesserung der Wahrnehmungs- und Differenzierungsfähigkeit. Das Gefühl, gewissermaßen in der Mitte geteilt zu sein, kann das Interesse am eigenen Körper wecken, der vielleicht zum ersten Mal in dieser Weise erlebt wird.

6.4.3 Die dritte Stunde: Mit den Körperteilen jonglieren¹²

Thema:	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche, emotionale und kognitive Reaktionen auf Überforderung
Inhalt:	<ul style="list-style-type: none"> • Drehbewegungen (Pro- und Supination) der Beine im Hüftgelenk, der Arme im Schultergelenk und des des Kopfes im unteren Kopfgelenk sowie die Kombination dieser Grund-bewegungen • Die Steuerung und Koordination von Bewegung im Gehirn • Die Reflexion der individuellen Reaktionen auf die Bewegungs-aufgaben
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Erleben und Wahrnehmen der eigenen Reaktions-möglichkeiten auf Überforderung • Das Erkennen und Ausprobieren von Alternativen und die Übertragung auf Alltagssituationen
Anmerkung:	<p>Von den Teilnehmern wurden folgende Reaktionsmöglichkeiten zusammengetragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Aussage: „Das ist nur Trainingssache, ich muß mehr üben um es zu schaffen!“ 2. Kurz aufhören, konzentrieren und neu beginnen. 3. Mit sich selbst sprechen: „Los, halte durch, du schaffst es!“ 4. Einschlafen oder abschalten 5. Lachen oder sich lustig machen 6. Selbstzweifel: „Ich kann das eben nicht!“ <p>Sie erkannten, daß sie im Alltag häufig mit den gleichen Verhaltensweisen reagieren. Ihnen wurde deutlich, daß es keine richtige Reaktion auf Überforderung gibt, sondern sie in der Lage sein sollten, sich situationsgerecht für ihr Verhalten entscheiden zu können.</p>

6.4.4 Die vierte Stunde: Den Körper verlängern

Thema:	<ul style="list-style-type: none"> • Drehbewegung des Beckens um die Sagitalachse und die Auswirkung auf den restlichen Körper
Inhalt:	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Teil: Aktives „Verlängern“ der Beine in den Raum, in Seiten und Rückenlage • 2. Teil: Passive „Verlängerung“ des Beines durch einen Partner
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Erleichterung der Beckenbewegung • Die Entspannung der Körpermuskulatur • Die Sensibilisierung des Umgangs mit einem Partner
Anmerkung:	<p>Damit die Aufgabenstellung der Partnerübung erfolgreich ausgeführt werden konnte, mußten zwei grundlegende Bedingungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Körperliche Interaktionsfähigkeit: Der passive Teilnehmer muß <i>sich einlassen können</i>, d. h. seine Muskeln loslassen. Der aktive Teilnehmer muß <i>Vertrauen vermitteln</i> können. 2. Verbale Kommunikationsfähigkeit: Der aktive Teilnehmer muß <i>nachfragen</i>, ob seine Einwirkung positiv oder negativ erlebt wird. Der passive Teilnehmer muß <i>rückmelden</i>, wie er die Einwirkung empfindet. <p>In den Alltag übertragen kann dies bedeuten, Vertrauen zu vermitteln ohne blinden Gehorsam vorauszusetzen und sich auf etwas einlassen zu können, ohne seine eigenen Bedürfnisse zurückstellen zu müssen.</p>

6.4.5 Die fünfte Stunde: Der schwebende Gang

Thema:	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsmöglichkeiten des Beckens beim Gehen
Inhalt:	<ul style="list-style-type: none"> • Rollbewegungen des Beckens um die Longitudinal- und Transversalachse in Rückenlage
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Veränderung und Erleichterung des Gehens durch die Verbesserung der

¹² Anm.: Diese Stunde ist ausführlich im Anhang dokumentiert.

Beckenbeweglichkeit

- Das Erkennen der Bedeutung der Beckenbewegung für die allgemeine Bewegungsqualität

Anmerkung: Die sich während der Stunde ergebenden Veränderungen konnten von den Teilnehmern sehr gut im Stehen und Gehen wahrgenommen werden. Sie fühlten sich leichter und lockerer und der Gang fühlte sich beschwingt an. Die Verwunderung über solche Veränderungsmöglichkeiten zeigte sich auch in den im Anschluß an die Stunde gestellten Fragen: „Wie kann es passieren, daß ..?“ oder „Wie kommt es, daß ..?“:

6.4.6 Die sechste Stunde: Die Atemwippe¹³

Thema: • Alternativen der Atembewegung

Inhalt: • Kombination verschiedener Atembewegungen zwischen Brust- und Bauchraum im ein- und ausgeatmeten Zustand der Lunge

Ziele: • Die Vergrößerung des Lungenvolumens
• Die Verbesserung der unwillkürlichen Atembewegung
• Die Steigerung des Wohlbefindens

Anmerkung: Die Atmung ist eine lebenswichtige Funktion. Fehlfunktionen wirken sich besonders stark auf die Befindlichkeit aus. Die Atmung wird häufig als angeborene, unwillkürliche Funktion erlebt und häufig als unveränderbar hingenommen. Deshalb stellt sie auch einen besonderen Schwerpunkt der Feldenkraisarbeit dar.

6.4.7 Die siebte Stunde: Die magische Rolle

Thema: • Veränderung gewohnheitsmäßiger Haltungsmuster

Inhalt: • Drehbewegungen der Wirbelsäule und des Kopfes in der Rückenlage auf einer Rolle

Ziele: • Die Entspannung und Koordinationsverbesserung der Rücken-muskulatur
• Die Differenzierung der Kopfbewegung

Anmerkung: Nachdem die Teilnehmer langsam von der Rolle auf den Boden gerutscht waren, herrschte zunächst ein paar Sekunden Stille. Danach bemerkte einer der Teilnehmer, daß er nicht geglaubt hätte, so angenehm ohne weiche Unterlage liegen zu können. Ein anderer fühlte sich wie in einem Daunenbett und ein weiterer glaubte nun dem Geheimnis der Fakire und ihrer Nagelbetten auf die Spur gekommen zu sein. Auch im Stand waren die Veränderungen deutlich, die Teilnehmer fühlten sich u. a. ‚schwerer‘, ‚stabiler‘, ‚größer‘ und ‚gerader‘.

6.4.8 Die achte Stunde: Bewegungen koordinieren

Thema: • Koordination verschiedener Körperteile zu einer Gesamt-bewegung, speziell zum Gehen

Inhalt: • Fersen, Hüftgelenke und Schultern in Rückenlage gegen den Boden drücken
• Kombination der Bewegungen in freier Variation, im Wechsel mit verschiedenen dem Gehen verwandten Bewegungsmustern

Ziele: • Das Entdecken und Ausprobieren neuer, ungewohnter Bewegungsmuster
• Die Erleichterung der allgemeinen Bewegungskoordination

Anmerkung: Als die Teilnehmer am Ende der Stunde ein paar Schritte durch den Raum gingen, fiel ihnen auf, daß ihr eigener Gang leichter und lockerer geworden war. In der Abschlußbesprechung wurde aber auch deutlich, auf wieviele verschiedene Arten der Mensch gehen kann und wieviel die jeweilige Gangart über den Menschen aussagt. Ein Teilnehmer bemerkte, daß man am Gang einen Menschen sofort erkennen kann, auch wenn man sein Gesicht nicht sieht.¹⁴

¹³ Anm.: Diese Stunde ist im Anhang ausführlich dokumentiert.

¹⁴ Anm.: Zu dieser Aussage vgl. auch FELDENKRAIS (1995, 26).

6.4.9 Zusammenfassung

Schon durch die spontanen Aussagen einzelner Gruppenmitglieder während der Stunden ließen sich Erfolge dieses Projekts erkennen. Weitere Eindrücke ergaben sich durch Diskussionen zu Beginn oder am Ende der einzelnen Stunden.

Für die sechste Stunde war zunächst eine Lektion in der Seitenlage geplant. Auf die Frage nach aktuellen Problemen und Einschränkungen klagte ein Teilnehmer über heftige Schmerzen im Schulterbereich. Er wollte sich davon aber nicht abhalten lassen, sondern die „Sache jetzt durchziehen“. Diesen Einwand nahm der Therapeut auf, um eine Diskussion über Therapieinhalte und die Schwierigkeiten mit der Umsetzung in der Alltagswelt anzuregen. Die Teilnehmer erkannten, daß ihre Therapie aus vielen Angeboten besteht, den Rahmen ihrer bisherigen Möglichkeiten zu verlassen und neue, vielleicht angenehmere Dinge auszuprobieren. Den Klienten steht im Bereich der Bewegungstherapie eine ganze Reihe von Möglichkeiten offen, neue Erfahrungen zu sammeln. Durch diese lassen sich eventuell sogar Schmerzen vermeiden, mit denen man sich schon abgefunden hat, weil sie jahrelang immer wieder auftreten. Dazu ist es allerdings nötig, das alte System von Verhaltensmustern zu verlassen und Alternativen außerhalb der bisherigen Grenzen kennenzulernen. Wenn solche neuen Bewegungsmuster als positiv erlebt werden und vor allem häufiger erfahren werden, entwickelt sich mit der Zeit auch das Bedürfnis nach immer neuen, ähnlichen Erfahrungen. Nur so ist eine Übertragung in die Alltagswelt möglich.

Auf die Frage nach Aus- oder Nachwirkungen der Stunden berichteten einige Teilnehmer von positiven Erlebnissen. Schmerzen wurden weniger oder verschwanden ganz, auch wenn sie später meist wieder auftraten. Aber schon eine kurze Zeit ohne Schmerz zeigte ihnen, daß sie selbst in der Lage sind etwas zu verändern.

Ein Teilnehmer erzählte, daß er aufgrund guter Ergebnisse schon einige Tage versuche, mit der Atemwippe aus der sechsten Stunde seine Verdauungsprobleme in den Griff zu bekommen. Als Ziel hatte er sich gesetzt, in Zukunft auf Medikamente verzichten zu können. Ein weiterer Teilnehmer fragte, ob es sein könne, daß sich durch die Feldenkraisstunden seine Handschrift verbessert habe. Er hatte das Gefühl, daß seine Feinmotorik erheblich besser geworden wäre.

„Man kann sehr angenehm leben, wenn man die Zeit dazu hat!“. So lautete eine der Antworten auf die Eingangsfrage zur achten und letzten Stunde, zu welchem Ergebnis die Teilnehmer für sich nach den bisherigen Stunden gekommen waren. Dieser Aussage wurde uneingeschränkt zugestimmt, bevor ein weiterer Teilnehmer anmerkte, daß man sich diese Zeit eben nehmen müsse, denn zum Trinken habe man die Zeit ja auch immer „gehabt“.

Damit war ein wichtiges Ziel dieses Blocks von Feldenkraisstunden formuliert: Den Teilnehmern war die Eigenverantwortlichkeit für ihr Wohlergehen deutlich geworden. Sie zeigten sich erstaunt, wie leicht es möglich war, jahrelange Gewohnheiten zu verändern, obwohl diese Veränderungen natürlich nicht endgültig waren. In der Abschlußbesprechung wurde noch einmal deutlich, daß die Durchführung mehrerer Feldenkraisstunden einen Lernprozeß in Gang gebracht oder unterstützt hat:

- Die Teilnehmer äußerten, daß sie auch alltägliche Bewegungen nun häufiger bewußt beobachten.
- Es bestand Interesse an weiteren Stunden, auch in Funktionaler Integration.
- Körperbewußtsein wurde als erlernbar erlebt.
- Die Eigenverantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden wurde erkannt.

6.5 Testauswertung

Im folgenden werden die Ergebnisse des Befindlichkeitstests dargestellt und diskutiert. Eine ausführliche, tabellarische Auflistung der Einzelergebnisse befindet sich im Anhang.

6.5.1 Ergebnisse

Der FAW wurde von sieben Teilnehmern vor und nach der zweiten („Unterschiede erleben und wahrnehmen“), fünften („Der schwebende Gang“) und siebten („Die magische Rolle“) Lektion ausgefüllt. Ein Teilnehmer fehlte beim ersten Test und ein anderer beim letzten, dadurch reduzierte sich die Anzahl der Testergebnisse.

Als Auswertungsschwerpunkte boten sich erstens die Durchschnittswerte der Teilnehmer im Vergleich zur Norm¹⁵ und zweitens die prozentualen Anstiege vom Vor- zum Nachtest an.

Bei der Auswertung der Testergebnisse fällt zunächst auf, daß bei 19 von 21 Meßwerten ein Anstieg vom Vor- zum Nachtest zu verzeichnen ist. Einmal bleiben die Werte konstant und ein einziges Mal sinken sie ab.

¹⁵ Durchschnittswert der Bevölkerung der BRD, nicht differenziert nach Alter, Geschlecht oder subjektiver Gesundheitsbeeinträchtigung.

Im folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Tests nach den verschiedenen Skalen differenziert dargestellt. Die Skala 'Zufriedenheit mit dem eigenen Körperzustand' (ZU) umfaßt Items wie „Ich bin körperlich belastbar“ oder „Ich bin mit meinem gegenwärtigen Körperzustand einverstanden“.

Die durchschnittlichen Ausgangswerte der Teilnehmer lagen in diesem Bereich zwischen 19,67 und 20,83 Punkten und damit im Vergleich zum Normwert von 23,28 Punkten sehr niedrig.

In den ersten beiden Tests konnte jeweils ein leichter Anstieg der Werte (4,22 und 4,86%) festgestellt werden. Nur bei jeweils zwei Teilnehmern sanken die Werte leicht ab.

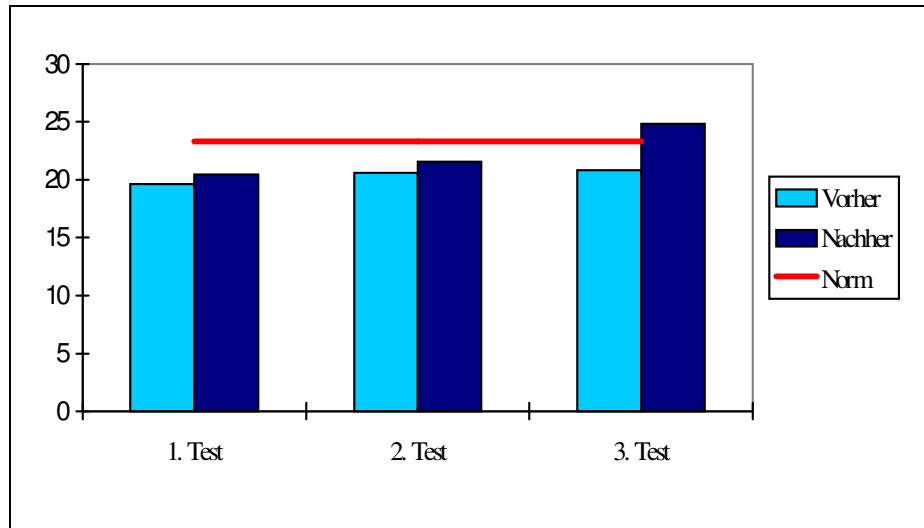


Abb. 2: Mittelwerte der Skala ZU

Die Lektion mit der ‚magischen Rolle‘ erwies sich in diesem Teilbereich als äußerst wirksam, die Werte stiegen um 19,20% an und erreichten mit einem Mittelwert von 24,83 einen Wert, der sogar deutlich über der Norm lag.

Die Skala 'Gefühle von Ruhe und Muße' (RM) enthält Items, wie „Ich habe das Gefühl, Zeit zu haben“ oder „Ich fühle mich behaglich“.

Auch hier liegen die durchschnittlichen Ausgangswerte der Teilnehmer leicht unter dem Normwert von 27,45 Punkten. Allerdings kann diesmal festgestellt werden, daß die Werte nach den Feldenkraistunden jeweils über diese Grenze ansteigen. Die Endwerte liegen zwischen $x = 27,83$ und $x = 29$ Punkten. Die Anstiege sind mit Werten zwischen 9,15% und 17,57% deutlich bis sehr deutlich.

Nur in 6 von 19 Fällen sinken bei einzelnen Teilnehmern¹⁶ die Werte minimal ab.

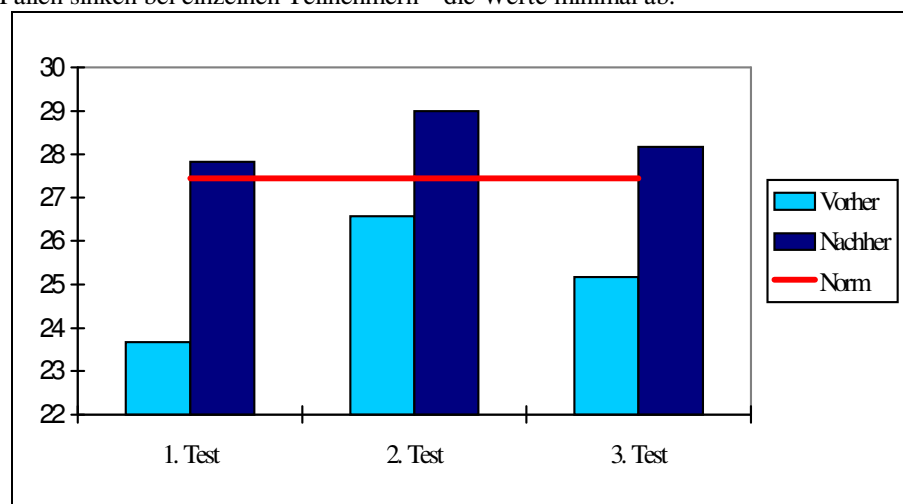


Abb. 3: Mittelwerte der Skala RM

Gefühle von 'Vitalität und Lebensfreude' (VL) werden durch Items wie „Ich verspüre Tatendrang“ oder „Ich bin innerlich erfüllt“ dargestellt.

Die Ausgangswerte der Teilnehmer sind im ersten und dritten Test mit $x = 16,33$ und $x = 16,5$ Punkten im Vergleich zur Norm (20,56 Punkte) extrem niedrig. Die Werte stiegen im Verlauf der Stunde um 17,15% und 17,33% deutlich an. Die Endwerte liegen mit $x = 19,33$ und $x = 19,16$ Punkten aber immer noch unter der Durchschnittsnorm.

¹⁶ Anm.: vgl. Testergebnisse einzelner Teilnehmer im Anhang

Lediglich der Endwert im zweiten Test liegt mit 20,71 leicht darüber, allerdings liegt hier nur ein Zuwachs von 5,07% vor.

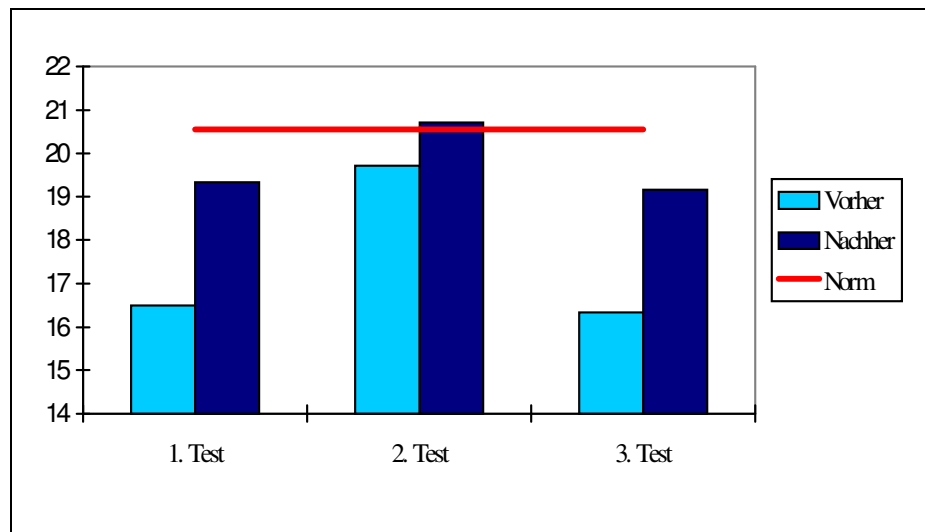


Abb. 4: Mittelwerte der Skala VL

‘Gefühle nachlassender Anspannung’ (NA) werden durch Items wie ‚Ich bin angenehm erschöpft‘ oder ‚Ich habe eine Verschnaufpause verdient‘ ausgedrückt.

Trotz teilweise erheblicher Steigerungen von 35,10% und 23,54% erreicht keiner der sechs Meßwerte den Normwert von 22,79 Punkten. Das höchste Ergebnis am Ende der siebten Lektion liegt mit $x = 21,83$ immer noch deutlich unter dieser Grenze. Lediglich zwei Teilnehmer überschreiten mit Endwerten zwischen 23 und 27 Punkten diesen Wert bei allen drei Tests.

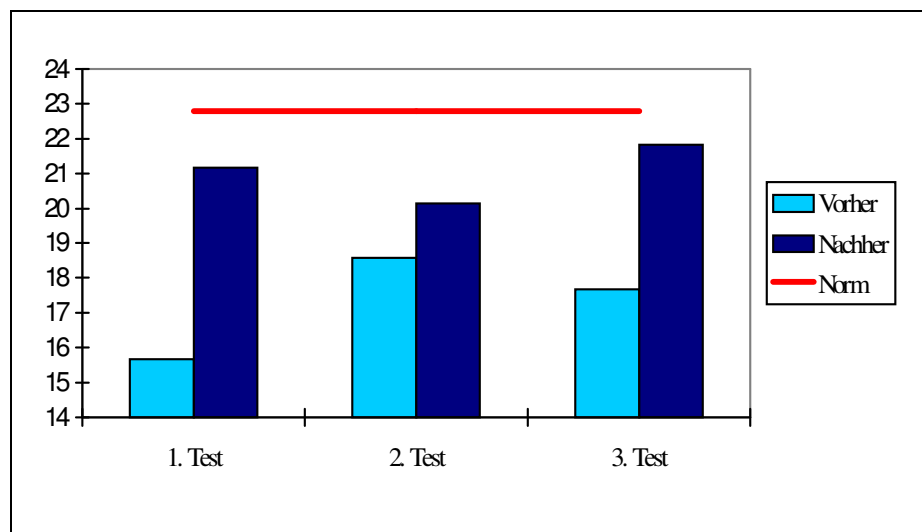


Abb. 5: Mittelwerte der Skala NA

Die Skala ‘Genußfreude und Lustempfinden’ (G) umfaßt Items wie ‚Ich bin genußfreudig‘ oder ‚Ich kann meinen Wünschen freien Raum lassen‘:

Im Gegensatz zu allen anderen Skalen liegen in diesem Bereich alle drei Endwerte mit Mittelwerten zwischen 24,5 und 27,29 Punkten über dem Normwert von 24,37 Punkten. Die siebte Lektion zeigt mit 36,77% im Durchschnitt sogar den höchsten Zuwachs aller Meßwerte. Insgesamt steigen die Werte in 17 von 19 Fällen teilweise bemerkenswert deutlich an, der höchste Steigerungswert liegt bei 15 Punkten.

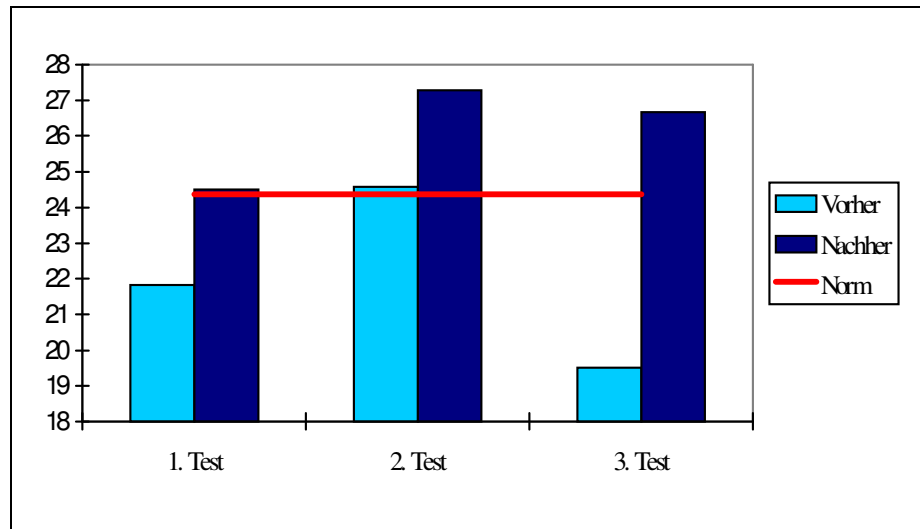


Abb. 6: Mittelwerte der Skala G

‘Subjektive Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit’ (KR) wird durch Items wie ‚Ich bin reaktionsfähig“ oder ‚Ich bin zu konzentrierten Bewegungen fähig“ dargestellt.

Alle Werte liegen deutlich unter der Norm von 32,22 Punkten. Im zweiten Test ergaben sich vom Vor- zum Nachtest keine Veränderung im Gesamtdurchschnitt, lediglich bei einigen Teilnehmern schwankten die Werte ein wenig. Der Ausgangswert dieses Tests lag aber im Vergleich zu den beiden anderen auch relativ hoch.

Die anderen beiden Tests ergaben, ausgehend von den extrem niedrigen Ausgangswerten ($x = 26,33$ und $x = 25,83$), Steigerungsraten von 8,89% und 18,74%.

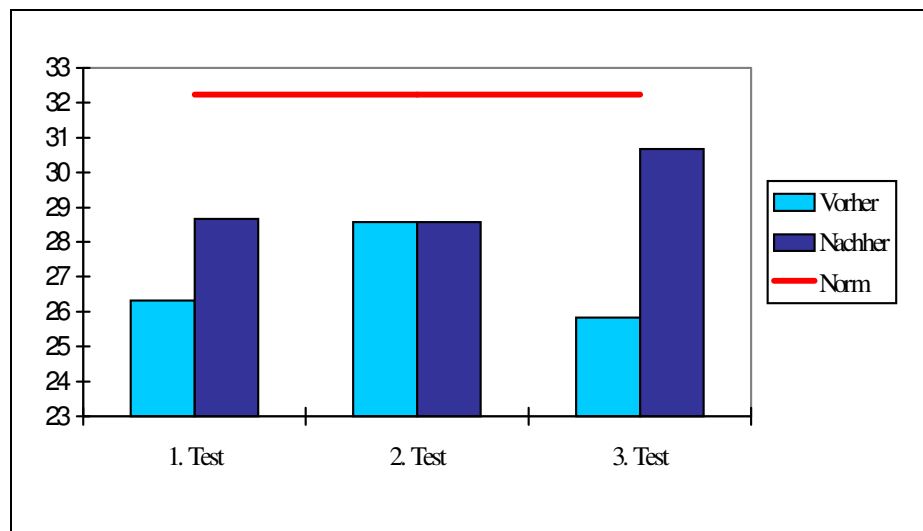


Abb. 7: Mittelwerte der Skala KR

Die Skala ‘Gefühle von Gepflegtheit, Frische und angenehmem Körpergefühl’ (GFK) umfaßt Items wie ‚Ich rieche gut“ oder ‚Meine Frisur ist in Ordnung“:

In diesem Bereich liegen alle Werte im Bereich des Normwertes von 30,24 Punkten, die Ergebnisse schwanken zwischen $x = 28,83$ und $x = 31,33$ Punkten.

Allerdings kommt es beim ersten Test zur einzigen negativen Veränderung aller Meßwerte (-4,61%).

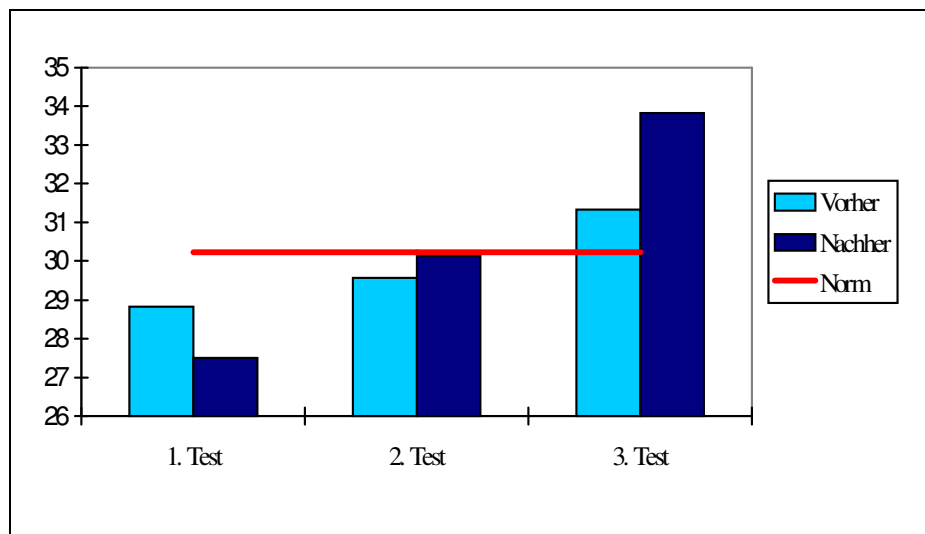


Abb. 8: Mittelwerte der Skala GFK

In 11 von 21 Fällen steigt der Testwert vom Vor- zum Nachtest um mehr als 10% an, davon liegen zwei Werte sogar über 30%.

Die Skala G steigt bei allen drei Tests um mehr als 10%. Die Skalen RM, VL und NA in zwei von drei Fällen.

Allein die Werte des zweiten Tests erreichen nur in einem Fall eine Steigerung von mehr als 10%, ansonsten bleiben die Veränderungen in dieser Stunde deutlich hinter den Werten der beiden anderen Tests zurück.

Der erste Test zeigt seine größten Auswirkungen im Bereich NA, der dritte Test wirkt sich am stärksten in der Skala G aus.

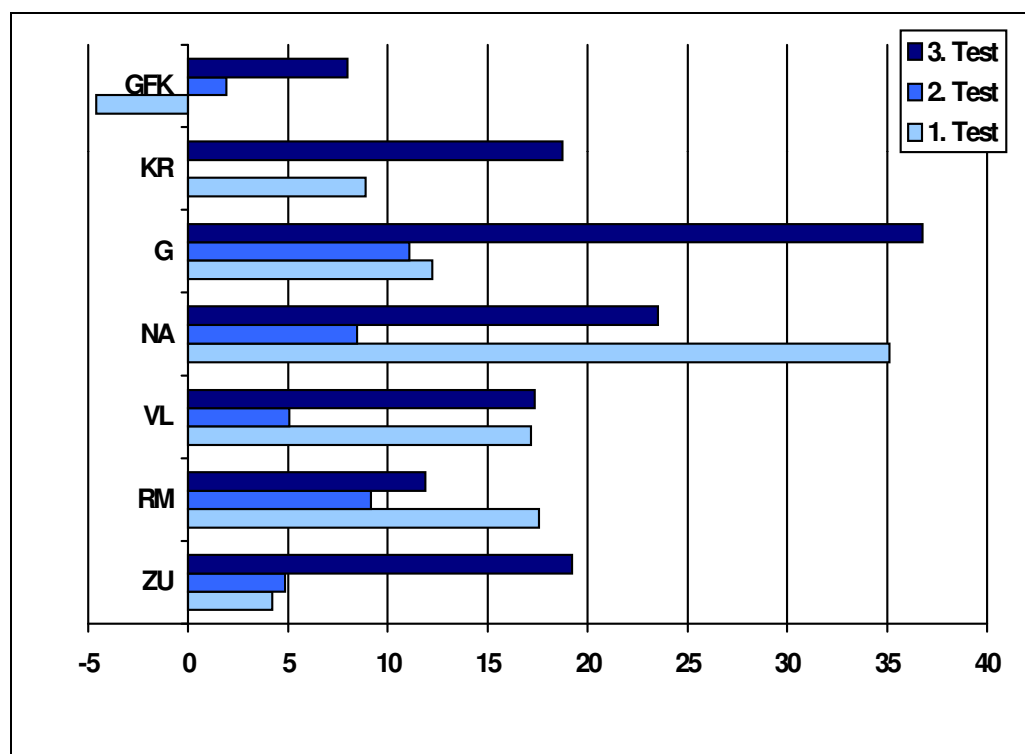


Abb. 9: Prozentuale Veränderungen vom Vor- zum Nachtest in den einzelnen Skalen

6.5.2 Diskussion

Der Diskussion der Testergebnisse muß vorangestellt werden, daß es sich nur um erste Einblicke in die Möglichkeiten der Feldenkraismethode handeln kann. Auch wenn die Beschränkung auf sieben von elf Teilnehmern als Probanden des FAW eine zufällige Auswahl der Gruppe darstellt, sind schon allein durch die geringe Anzahl an Werten die

Ergebnisse nicht repräsentativ. Die Tests sind außerdem untereinander nur relativ vergleichbar, da nicht immer exakt die gleichen Probanden an den einzelnen Tests teilnahmen.

Die Gruppe für dieses Projekt wurde zunächst nach praktischen Gesichtspunkten ausgesucht (zwei- bis dreimalige Verfügbarkeit des Körpertherapieraums pro Woche). Zusätzlich erschien diese Gruppe auch deshalb besonders geeignet, da fast alle Teilnehmer zeitlich und persönlich in ihrer Therapie weit fortgeschritten waren und deshalb keine größeren Schwierigkeiten innerhalb der Gruppe zu erwarten waren, sich auf etwas „Neues“ einzulassen. Die stabile Gruppenstruktur und die vertrauensvolle Atmosphäre haben sich sicherlich positiv auf die Effekte der Lektionen ausgewirkt.

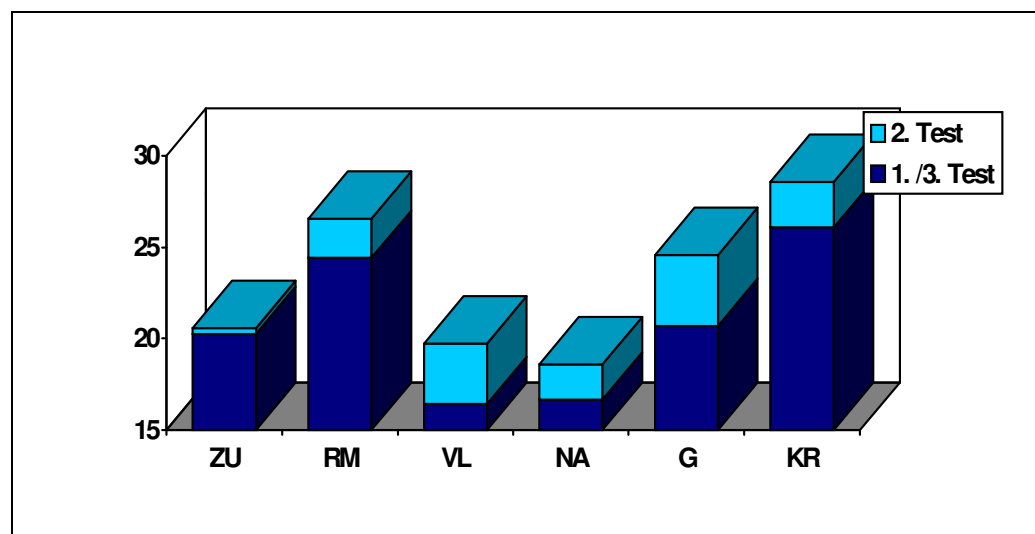
Wie groß der Einfluß des Therapeuten auf die Testergebnisse waren, kann mit Hilfe des FAW nicht dargestellt werden. Sowohl die Akzeptanz der Gruppe gegenüber der Person des Therapeuten, als auch dessen einfühlsames und kompetentes Verhalten lassen darauf schließen, daß die Ergebnisse positiv beeinflusst wurden.

Bei der Auswertung der Testergebnisse muß weiterhin berücksichtigt werden, daß die zweite Einheit (1. Test) im Vergleich mit den übrigen Feldenkraislektionen eine Besonderheit darstellte. Dadurch, daß nur mit einer Körperhälfte gearbeitet wurde, stellte sich auch nur auf dieser Seite ein wahrnehmbarer Effekt ein. Dieser Unterschied konnte von allen Teilnehmern beschrieben werden.

Diese für die Feldenkraismethode typische Vorgehensweise dient dazu, die Wahrnehmungs- und Differenzierungsfähigkeit der Teilnehmer zu verbessern, indem sie Unterschiede am eigenen Körper bewußt erleben. Je nach Lenkung der Aufmerksamkeit oder der individuellen Disposition der Person kann dieser Zustand als angenehm, unangenehm oder verwirrend wahrgenommen werden. In dem vorliegenden Fall sollte den Teilnehmern die Veränderbarkeit körperlicher Zustände durch kleine Bewegungen erfahrbar gemacht werden. Die Wahrnehmung wurde deshalb verstärkt auf die bearbeitete, entspanntere Seite gelenkt. Die unbearbeitete Seite diente dagegen nur als Vergleichsmöglichkeit.

Die Effekte der Lektion wurden dadurch weitgehend als angenehm beschrieben, wenn auch in wesentlich geringerem Maße als bei späteren Lektionen, in denen beide Körperseiten bewegt wurden. Dadurch ist auch erklärbar, warum die Skala ZU bei diesem Testdurchgang nur einen geringen Anstieg (4,22%) vom Vor- zum Nachtest aufzuweisen hat.

Weiterhin muß zu den Ausgangswerten des zweiten Tests, in der fünften Lektion, folgendes bemerkt werden. Einer der Teilnehmer erhielt vor der Stunde telefonisch eine für ihn sehr positive Mitteilung, seine Stimmung übertrug sich auf die Gruppe. Hierin ist eine Ursache für die durchgehend höheren Durchschnittswerte bei diesem Testdurchgang zu sehen.



A

bb. 10: Ausgangswerte des zweiten Tests im Vergleich zum Durchschnitt des ersten und dritten Test.

Dadurch fallen natürlich auch die Steigerungsraten in dieser Stunde niedriger aus, da sie von einem höheren Ausgangsniveau ausgehen. Die Endwerte der Stunden entsprechen wieder dem Niveau, das auch in den anderen Stunden erreicht werden konnte.

Im folgenden werden nun die Ergebnisse der einzelnen Skalen diskutiert:

Die Skala ZU fällt besonders positiv in der Stunde „Die magischen Rolle“ mit einer Verbesserung um 19,20% auf. Dieser positive Effekt ist einerseits auf die angenehme Wirkung der „Rolle“ zurückzuführen, andererseits wird aber vor allem auch der Lernprozeß der vorangegangenen Feldenkraisstunden deutlich. Das bewußte Erleben der Veränderbarkeit von Körperzuständen verbessert die Bewertung von angenehmen Körpergefühlen. Damit ist eine wichtige Voraussetzung zur Bewältigung der Suchtkrankheit entwickelt worden. Dem im Zusammenhang mit dem

Suchtmittel erlebten Kontrollverlust und dem scheinbar hilflosen Ausgeliefertsein an die Unzulänglichkeiten des eigenen Körpers werden wieder eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten gegenübergestellt.

Die Items (15) „Ich bin körperlich ausgeglichen“ und (29) „Ich bin durchhaltefähig“ zeigten den stärksten Anstieg mit jeweils 5 Punkten. Auch hier wird die Bedeutung für die Suchterkrankung deutlich. Ausgeglichenheit und Durchhaltefähigkeit sind häufig durch Alkoholgenuß oder -mißbrauch beeinflusst. Die Teilnehmer haben hierzu nun Alternativen kennengelernt.

Im Teilbereich RM kann die Feldenkraismethode einen wichtigen Beitrag zum Therapieerfolg leisten, besonders wenn die Bedeutung von Alkohol als Beruhigungsmittel oder den Zusammenhang von Alkoholgenuß und Gemütlichkeit in unserer Gesellschaft mitberücksichtigt wird. GOLEMAN (1997, 320) bezeichnet Alkoholismus als „Selbstmedikation von Angstsymptomen“. Er stellt fest, daß das Bedürfnis nach Ruhe ein emotionales Indiz der Anfälligkeit für Alkoholismus zu sein scheint. Schon deshalb muß jedem Lernerfolg in diesem Teilbereich eine hohe Bedeutung beigemessen werden.

Nicht nur die relativen Prozentanstiege der Gefühle von Ruhe und Muße während der Stunde, sondern vor allem die absoluten Werte am Ende der jeweiligen Feldenkraislektion zeigen, daß in diesem Bereich eine angenehme Wirkung wahrgenommen wird.

Die Items (30) „Ich spüre, daß körperliche Erholung einsetzt“ und (46) „Ich fühle mich wohlig warm“ zeigten mit jeweils einmal 6 und einmal 7 Punkten, die stärksten Zuwachsraten. Auch damit sind zwei Aspekte angesprochen, in deren Zusammenhang der Alkoholgenuß häufig gestellt wird.

Mit den Aspekten Vitalität und Lebensfreude ist, wie man an den niedrigen Ausgangswerten deutlich erkennen kann, ein Hauptdefizit von Alkoholkranken angesprochen. GOLEMAN (1997, 321) stellt in seinen Untersuchungen fest, daß sich Alkoholismus häufig neben einer Depression entwickelt, die als Reaktion auf Langeweile entsteht. Deshalb müssen recht erhebliche Steigerungen einzelner Teilnehmer in diesem Bereich als sehr wichtige Fortschritte im Therapieprozeß herausgestellt werden, auch wenn selbst der maximale Endwert noch unter der Durchschnittsnorm bleibt.

Das Item (45) „Ich bin heiter gestimmt“ fällt hierbei besonders auf. Beim ersten Test steigen die Werte um insgesamt 7 Punkte an, im dritten Test allein bei einem Teilnehmer von der Aussage 1 (trifft gar nicht zu) auf 5 (trifft sehr zu). Dieser Teilnehmer verbessert sich in dieser Stunde von dem fast minimalen Ausgangswert (8 Punkte) auf den Endwert von 21 Punkten. Er erreichte damit zwar nur seine sonstigen Ausgangswerte (21 bzw. 25 Punkte), bezeichnete diese Steigerung aber aufgrund der besonderen Ausgangsposition, als wichtiges Erlebnis seiner Therapie.

Die Wirksamkeit der Feldenkraismethode als Entspannungstechnik wird im Bereich NA deutlich. Obwohl auch hier alle Werte unter der Durchschnittsnorm bleiben, werden doch die insgesamt höchsten Steigerungsraten in allen drei Stunden erreicht. Dieser Teilbereich körperlichen Wohlbefindens wird also sicherlich am stärksten durch die Feldenkraismethode beeinflusst.

Einzelne Items, wie z. B. (54) „Ich habe mir Wohlgenüsse verschafft“, (58) „Ich bin von einem schönen Tagesereignis erfüllt“ oder (40) „Ich fühle mich sexuell erlebnisfähig“, zeigen mit ihren teilweise hohen Werten deutlich, daß die Auswirkungen der Feldenkraislektionen auch mit Bedeutungen, die über die Therapiestunden hinausgehen, versehen werden.

Besonders auffällig waren auch die Ergebnisse des Items (19) „Ich spüre, daß eine angenehme Berührung nachwirkt“. Obwohl in der Gruppenstunde keiner der Teilnehmer vom Therapeuten angefaßt wurde, stiegen die Werte dieses Items jeweils stark an, einmal um 6 und einmal sogar um 8 Punkte. Dieses Phänomen kann entweder dadurch erklärt werden, daß die Teilnehmer am Ende der Stunden die Berührung durch den Boden als angenehm wahrgenommen haben, oder durch die Tatsache, daß sie durch die Bewegungen eine innerliche Berührtheit (*e-motion*) empfanden (vgl. PETZOLD 1988, 27).

Insgesamt betrachtet zeigt die Skala G in allen drei Tests die stärksten Auswirkungen. Alle Werte steigen über die Norm an.

Besonders deutlich zeigt sich dies nach der siebten Lektion, alle sechs Teilnehmer verbessern ihre Werte stark. Das höchste Ergebnis wird am Ende der fünften Lektion erreicht, ausgehend von einem sehr hohen Ausgangsniveau steigert sich der Wert bis weit über die Norm.

Die Entwicklung und Verbesserung von Genußfreude und Lustempfinden sind deshalb als Therapieziele zu nennen, die durch die Feldenkraismethode in besonderem Maße positiv beeinflusst werden können. Damit sind auch Bereiche angesprochen, die weit über die rein körperliche Ebene hinausgehen und die Einfluß auf Verhaltensgewohnheiten und Einstellungen der Betroffenen nehmen können. Der Entzug von Alkohol wird von den Klienten häufig als Beschneidung ihrer Lebensfreude empfunden, weil dadurch viele positive Aktivitäten, wie Feste, Geselligkeit oder Entspannung, die meist im engen Zusammenhang mit Alkohol stehen, nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich erscheinen. LANGER (1996, 348ff) stellte fest, daß es zur Bewältigung einer Suchterkrankung wesentlich beiträgt, wenn die Betroffenen in der Lage sind, auch Alternativen zu diesen Aspekten ihrer Sucht zu entwickeln. Gerade in diesem Bereich stellt die Feldenkraismethode eine wichtige Ergänzung der Therapie mit Suchtkranken dar,

da bewußt auf solche einseitigen Einstellungen eingegangen werden kann. Es wird dem Betroffenen nicht nur etwas weggenommen, sondern auch etwas neues angeboten (vgl. ABFALG 1992, 9).

Durch die hohen konzentrativen Anteile in den Stunden erscheinen die Ergebnisse im Bereich KR erklärbar. TRIEBEL-THOME (1989, 28) bezeichnet die Feldenkraisarbeit als westliche Form der Meditation, die Teilnehmer sind in den Stunden bis an ihre Grenzen beansprucht, allerdings nicht darüber hinaus, da sonst die Werte deutlich absinken müßten.

Bei einzelnen Items kam es dagegen einige Male zu bemerkenswert hohen Verbesserungen. Das Item (13) „Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden“ stieg im dritten Test um 6 P Punkte an. Im zweiten Test stieg das Item (34) „Ich habe einen klaren Kopf“ um 5 Punkte und im ersten Test das Item (55) „Ich habe meine heutigen Anforderungen im Griff“ um 6 Punkte an.

Diese Ergebnisse zeigen, daß die Teilnehmer die Stunde mit einer positiven Bewertung des Geleisteten verlassen und sich durch die ungewohnten Bewegungsaufgaben nicht überfordert gefühlt haben.

Da die Skala GFK insgesamt jeweils nur sehr geringe Änderungen bei den Teilnehmern zeigt, muß man wohl eher davon ausgehen, daß die Feldenkraislektionen sich in diesem speziellen Bereich nicht so stark auswirken.

Das hohe Niveau der Werte ist darauf zurückzuführen, daß in der Klinik verstärkt auf die Körperpflege der Klienten geachtet wird.

Etwas höhere Steigerungsraten bei einzelnen Items weisen darauf hin, daß die Teilnehmer die Bewegungen teilweise als körperlich angenehm erfrischend erlebt haben. Das Item (42) „Meine Haut ist gut durchblutet“ stieg im dritten Test um 5 Punkte an. Die Items (50) „Ich habe ein angenehmes Körpergefühl“ und (28) „Ich habe ein angenehmes Hautgefühl“ stiegen um 3 und 4 Punkte an.

Die Zusammenfassung aller Testergebnisse zeigt, daß durch den Einsatz von Feldenkraislektionen in der Körpertherapie mit Suchtkranken deutliche Verbesserungen im Bereich des aktuellen körperlichen Wohlbefindens erreicht werden können.

Am stärksten fällt dabei die Skala G auf, ebenfalls starke Auswirkungen zeigen sich bei den Teilbereichen ZU, RM und NA. Die Stimmung der Teilnehmer nach den Stunden läßt sich am besten mit den Worten *heitere Zufriedenheit* sowie *genußvolle Entspannung und Gelassenheit* beschreiben. Deutlich wird dies beispielsweise an den Ergebnissen des ersten Test, in dem die Items (45) „Ich bin heiter gestimmt“ und (39) „Ich verspüre eine angenehme Schwere in meinen Gliedern“ im gleichen Maße anstiegen.

Eine Normalisierung der Werte ergab sich im Teilbereich VL.

Nur geringe Veränderungen zeigten sich dagegen in den Bereichen KR und GFK.

Die Feldenkraismethode ist eine sinnvolle Ergänzung zu den üblichen Methoden der Sport- und Bewegungstherapie mit Suchtkranken. Gerade auch die Durchführung eines solchen Kurses im Umfang von acht Stunden ist als effektiv zu bezeichnen. Lektionen aus der Feldenkraismethode sind in den suchtspezifischen Defizitbereichen ZU, RM, VL, NA und G wirksam und ermöglichen eine Verbesserung der Funktionen und Prozesse aus den Bereichen Körperwahrnehmung, Aktivierung, Bewegungskoordination und Leistungsmotiv (vgl. DEIMEL 1990, 1043f).

Offen bleibt allerdings, ob die oben dargestellten, teilweise erheblichen Auswirkungen der Feldenkraislektionen nicht zu einem großen Teil mit der besonderen Situation (Projekt) und der vertrauensvollen Gruppenatmosphäre zusammenhängen. Es muß sich erst noch zeigen, ob die geäußerten Einstellungsänderungen in den Alltag übertragen werden können, wenn die Unterstützung durch den Therapeuten und die Gruppe fehlt. Die Fähigkeit körperliche Spannungen frühzeitig wahrzunehmen und Handlungsalternativen auszuprobieren sind bisher nur in angst- und konfliktfreien Situationen erprobt worden. Es erscheint daher sinnvoll, die in den Feldenkraisstunden beobachteten Veränderungen im therapeutischen Team auszutauschen und möglichst in anderen Einheiten (Rollenspiel, Gesprächstherapie) aufzunehmen, weiterzuführen und zu festigen.

Zunächst können die festgestellten Veränderungen nur als momentane Erfahrungen bewertet werden, da unklar bleibt, ob die Fähigkeit zu lernen weiterhin genutzt wird, wenn der feste Organisationsrahmen (Gruppe, Therapeut, Termin, Ort) wegfällt. Trotzdem bleibt allein das Erleben der Veränderbarkeit körperlicher Zustände war für die Teilnehmer eine wichtige Erfahrung. Es wurde ihnen im Laufe der Stunden immer mehr bewußt, daß sie selbst auf ihre körperliche Verfassung einwirken können, wenn sie sich die Ruhe dazu nehmen. Einige Teilnehmer waren daher motiviert, in Zukunft häufiger auf Übungen aus der Feldenkraismethode zurückzugreifen.

In nur einem Fall stellte sich heraus, daß für Klienten mit akuten Schmerzen, besonders wenn sie ihre Grenzen nicht einschätzen können, die Feldenkraismethode zunächst nicht günstig ist, wenn sie undifferenziert als Gruppenmethode durchgeführt wird. In solchen Fällen sollte ein Alternativangebot zur Verfügung stehen.

6.5.3 Ausblick

Nach der Auswertung und Diskussion der Testergebnisse stellen sich weitere Fragen, die durch die vorgenommene Testanordnung nicht beantwortet werden konnten:

- Wie lange halten die Effekte der Feldenkraislektionen an?
- Welchen Einfluß hat die Differenzierung der Körperwahrnehmung auf die Bewertung des aktuellen Wohlbefindens?
- Welchen Einfluß hat die Person des Therapeuten auf die Testergebnisse?
- Welchen Einfluß hat die Tageszeit auf die Testergebnisse?
- Sind die Teilnehmer des Feldenkraiskurses in der Lage, die Methode selbständig mit den gleichen Effekten anzuwenden?

Diese Fragen sind erst durch weitere und umfangreichere Tests und Beobachtungen zu beantworten.

Die positiven Erfahrungen mit diesem Projekt haben dazu geführt, daß die Durchführung eines zehnstündigen Feldenkraiskurses nun zum festen Programm für alle Therapiegruppen der Klinik geworden ist.

7. Methodenintegration

Willenskraft wird in der westlichen Kultur als Schlüssel zum Wohlbefinden angesehen. Wer mit seinem Körper nicht zufrieden ist, der muß sich entweder anstrengen und abnehmen oder durch fleißiges Trainieren seine Muskeln stählen. Es gilt: je mehr desto besser.

Die Feldenkraismethode basiert hingegen auf der östlichen Einsicht, daß sich die Natur selbst auf ideale Weise zu organisieren weiß (vgl. ALON 1995, 15). Jede zusätzliche Anstrengung stört nur den natürlichen Fluß der Bewegung. Die Integration der Feldenkraismethode kann bei Therapeuten und Klienten zu einem erweiterten Sport- und Bewegungsverständnis beitragen. DÖRNER/PLOG (1996, 56) fordern, daß der Bewegungstherapeut eigentlich Fachmann oder Arbeiter genannt werden sollte, weil es eben nicht um Heilen geht, sondern um Kennenlernen, die Chance zur Veränderung geben oder Bewußtmachen unterschiedlicher Aspekte, die mit dem Körper in Verbindung stehen. Um Menschen aus zwanghaften Gewohnheiten zu befreien, kann es nicht genug Angebote geben. Eine stärkere Berücksichtigung der Feldenkraismethode ist deshalb absolut wünschenswert.

7.1 Die Ausbildungssituation

Nach einem Ausbildungstraining in San Francisco 1977 haben sich die amerikanischen Absolventen zur Feldenkrais-Gilde zusammengeschlossen und die Namen *Feldenkrais*[®], *Awareness Through Movement*[®] und *Functional Integration*[®] schützen lassen. Es wurden Ausbildungsrichtlinien und strenge Vorgaben für Kurse und Trainings erlassen. Dies führte dazu, daß erfahrene Lehrer wie YOCHANAN RYWERANT oder MIA SEGAL keine offiziellen Ausbildungskurse mehr durchführen durften, weil sie nicht dem Standard der amerikanischen Gilde entsprachen. Bis heute gibt es, trotz des jahrelangen Rechtsstreits, zwei parallel existierende Ausbildungsformen (vgl. WILHELM 1996, 186f). Auf jeden Fall ist eine intensive Ausbildung zum Feldenkraispädagogen die Voraussetzung zur Durchführung der Feldenkraismethode.

KLEIN (1993, 87) betont, daß es für die Sport- und Bewegungstherapie in der Suchtbehandlung nicht angemessen ist, sich auf eine körperorientierte Methode zu fixieren. Ausgangspunkt der Arbeit sollen vielmehr allgemeine Prinzipien und Arbeitsformen unterschiedlicher Verfahren werden. Unter diesen Rahmenbedingungen erscheint es sinnvoll, die Feldenkraismethode in den „Methoden-Mix“ einzubeziehen, auch wenn es sich dann bei der Durchführung nicht um Feldenkraislektionen im engeren Sinne handelt. Im folgenden wird ein Integrationsversuch auf der Grundlage des ganzheitlichen Menschenbildes dargestellt (vgl. FITTKAU 1982, 47ff). Den sinnvollsten Ansatzpunkt bietet hier die Gruppenmethode *Bewußtheit durch Bewegung*. Unbedingte Voraussetzung ist aber, wie in allen anderen Bereichen auch, eine ausreichende Selbsterfahrung mit der Methode.

7.2 Integrationsmöglichkeiten der Feldenkraismethode in die Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholabhängigen

BLEICHER-FLORSCHÜTZ (1989, 139ff) formuliert die Grundlagen, die eine Integration der Feldenkraismethode nach einer Phase der intensiven, praktischen Beschäftigung mit Feldenkraislektionen in die eigene therapeutische Arbeit möglich machen. Sie nennt drei Punkte, die dazu wichtig sind:

1. Die den Feldenkraislektionen zugrundeliegenden Grundprinzipien, die spezielle Art mit Bewegung zu arbeiten und Lernprozesse anzuregen
2. Das Anbieten von Lernmöglichkeiten
3. Das Schaffen von Lernbedingungen.

7.2.1 Die Grundprinzipien der Feldenkraismethode

Als Hintergrund für die Körpertherapie im Sinne von Moshé Feldenkrais sind die folgenden Grundprinzipien anzusehen:

1. Das Prinzip der antagonistischen Hemmung

Die Kontraktion eines Muskels löst über eine Reflexschleife im Rückenmark die Spannung seines Antagonisten (vgl. APPELL/STANG-VOSS 1990, 119f). Deshalb kann man z. B. den akuten oder chronischen Hypertonus eines Muskels dadurch herabsetzen, daß man mit dessen Antagonisten gegen die Schwerkraft arbeitet und die Aufgabe des verspannten Muskels von der Schwerkraft selbst übernehmen läßt. Unter Ausnutzung dieses Prinzips ist es also möglich die unwillkürliche Spannung eines Muskels mit willkürlicher Muskelarbeit zu beeinflussen.

2. Das Prinzip der Rückkehr zu den Anfängen des Bewegungslernens

Ältere Bewegungsmuster sind stärker verankert als jüngere, ebenso verhält es sich mit den damit verbundenen Effekten. Die Beschäftigung mit frühkindlichen Bewegungsmustern ermöglicht deshalb auch eine Rückkehr zu den spannungsloseren Zuständen aus der Kindheit, weil sie mit weniger gegenläufigen Zielmotivationen belastet sind (vgl. FELDENKRAIS 1992, 53). Moshé Feldenkrais begann seine Kurse darum häufig mit dem Bewegungsmuster des Saugens (vgl. ALON 1993, 76).

3. Das Prinzip der Entlastung des Nervensystems

Das Liegen am Boden befreit das Nervensystem von Gleichgewichtsaufgaben. Dadurch werden Kapazitäten für andere Wahrnehmungen frei.

4. Das Prinzip des *Weniger ist Mehr* (vgl. YARON 1986/87, 20)

Das Weber-Fechner-Gesetz¹⁷ besagt, daß abhängig vom Ausgangsreiz eine bestimmte Reizsteigerung auftreten muß, um im Gehirn eine Empfindung auszulösen. Der Wert dieser kleinsten wahrnehmbaren Differenz liegt etwas zwischen 1/20 bis 1/40 des Ausgangsreizes (vgl. FELDENKRAIS 1994, 174). Für die Praxis bedeutet das: Umso geringer der Muskeltonus ist, desto leichter sind Qualitätsunterschiede bei einer Bewegung wahrnehmbar.

5. Das Prinzip der langsamen Bewegung

Nur wenn man den Weg vom Anfang einer Bewegung bis zu ihrem Ende genau beobachten kann, ist man in der Lage parasitäre und überflüssige Anstrengungen zu entdecken und auszuschalten (vgl. FELDENKRAIS 1987, 135; FELDENKRAIS 1995, 20; HEIN 1989, 48ff).

6. Das Prinzip des unterschweligen Lernprozesses

Der Lerneffekt bei den minimalen Bewegungen der Feldenkraismethode geschieht ebenso unterbewußt, wie die Veränderung der motorischen Steuerung, die aber durch die veränderte Auflagefläche auf dem Boden bewußt gemacht werden kann (vgl. FELDENKRAIS 1995, 15).

7. Das Prinzip der Schmerzlosigkeit

Nicht harte Arbeit, sondern Wohlgefühl und Leichtigkeit bewirken den Fortschritt in der Feldenkraismethode. Die Einstellung lautet: Keine Anstrengung und kein Schmerz. Schmerz hält lediglich die vorhandenen Muskelblockaden aufrecht. Erst durch die Sicherheit, die Bewegungen in den eigenen Grenzen vermittelt, können neue Bewegungsmuster und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten integriert werden (vgl. KRAUSS 1996, 9ff).

¹⁷ Anm: Weber-Fechner-Gesetz: „Die erforderliche Reizsteigerung (ΔS), die eine eben merkliche Zunahme der Empfindungsstärke (ΔE) erzeugt, steht immer in einem konstanten (K) Verhältnis zum Ausgangsreiz (S).“ (FELDENKRAIS 1994, 174).

7.2.2 Lernmöglichkeiten

ALON (1993, 81ff) stellt eine Reihe von Möglichkeiten vor, wie durch ein verändertes Umfeld die Kreativität des frühkindlichen, organischen Bewegungslernens wieder neu genutzt werden kann, um sich weiterzuentwickeln und von jahrelangen, schädlichen Gewohnheiten zu trennen:

- Bewegungsmuster (z. B. das Gehen) in Rücken- oder Bauchlage ausprobieren
- Konditionierte Zusammenarbeit verschiedener Körperteile lösen, z. B. die von Schultern und Nacken oder von Augen und Nacken
- Anfang und Ende einer Bewegung umkehren
- Sich bewegendes und ruhendes Körperteil in der Bewegung austauschen, z. B. den Rumpf statt den Arm bewegen
- Bewegungen mit anderen Körperteilen, Unterlagen oder Rhythmusänderung unterstützen
- Absichtlich Fehler in die Bewegung einbauen
- Erspüren und nicht die Ausführung der Bewegung zur Aufgabe machen.
- Nur mit einer Körperhälfte arbeiten.

7.2.3 Lernbedingungen

Die Grundlage für die Wirksamkeit der Feldenkraismethode liegt in der Schaffung von Bedingungen, in denen der Schüler lernen kann, ohne daß er Angst vor einer Bewertung seiner Leistung haben muß (vgl. WILHELM 1996, 37). Diese sichere Umgebung, ermöglicht es dem Schüler, ungewohnte Handlungen auszuprobieren, seine eigenen Bewegungsmuster zu entdecken, Variationsmöglichkeiten zu erforschen und sich ihrer Auswirkungen bewußt zu werden (vgl. RYWERANT 1994, 11). Nicht die Vermittlung von Wissen oder das fleißige Üben bestimmen die Stundeninhalte, sondern die Rückkehr zum Prozeß der Selbst-Entwicklung ist das Ziel.

Die äußeren Bedingungen unterscheiden sich dabei kaum von denen vergleichbarer Körpertherapiemethoden. WILHELM (1996, 49f) und KRAUSS (1996, 76f) nennen

- eine ruhige Atmosphäre
- einen warmen Raum
- ausreichend Platz nach allen Seiten
- eine nicht zu weiche Unterlage
- bequeme Kleidung
- etwa 45 bis 60 Minuten Zeit und
- einen nicht zu vollen Magen

als wichtige Faktoren.

Die besondere Art zu unterrichten stellt Moshé FELDENKRAIS in seinem Buch „Die Feldenkraismethode in Aktion“ (FELDENKRAIS 1995) dar. Sie unterscheidet sich in einigen wichtigen Punkten vom Vorgehen in anderen Methoden.

ALON (1993, 105) nennt dabei vor allem den Gebrauch einer Sprache, die den Prozeß der Leichtigkeit unterstützt, als ein Kriterium. Die sprachlichen Anweisungen sollen einfach und präzise sein, da der Feldenkraislehrer keine Aufgabe demonstriert (vgl. FRIEDMANN 1993, 82). Außerdem wird kein konkretes Ziel vorgegeben, die individuellen Grenzen bestimmen den Bewegungsumfang (vgl. FELDENKRAIS 1995, 16). Weiterhin soll der Feldenkraispädagoge die Teilnehmer immer wieder auffordern, rechtzeitig Pausen einzulegen (vgl. FELDENKRAIS 1995, 21). Die Stunden finden in einer vertrauensvollen Atmosphäre statt, in der der Schüler angeleitet wird, ohne Angst vor Bewertungen seine individuellen Möglichkeiten kennenzulernen (vgl. FELDENKRAIS 1995, 14).

CAPRA (1992, 124) fordert, daß Körpertherapie als ein *Tanz mit dem Körper*, der nur *leicht das Gehirn anstößt* verstanden werden sollte. Er faßt damit die Ansichten von FELDENKRAIS (1995, 17), der die Kommunikation zwischen Lehrer und Schüler als *zusammen tanzen* bezeichnet und von ALON (1993, 79), die organisches Lernen als *Dialog mit dem Gehirn* beschreibt, zusammen.

7.2.4 Integrationsmöglichkeiten

Unter den oben genannten Voraussetzungen gibt es einige Möglichkeiten die Feldenkraismethode in das sport- und bewegungstherapeutische Angebot einer Klinik zu integrieren. Die Feldenkraismethode kann in folgenden Bereichen eingesetzt werden:

- Wirbelsäulengymnastik und Rückenschule
- Entspannungseinheiten
- Körperwahrnehmungseinheiten
- Atemtherapie.

Als organisatorischer Rahmen können dafür sowohl einzelne Lektionen, als auch Neigungs- oder Freizeitgruppen dienen.

Mit Hilfe der Feldenkraismethode können spezielle Themen am eigenen Körper erlebbar gemacht werden. In meiner eigenen Praxis habe ich gute Erfahrungen mit folgenden Themenbereichen gemacht:

Thema: Gewohnheiten

Was sich richtig anfühlt ist oft nur das Gewohnte! Was dagegen falsch erscheint, ist manchmal nur ungewohnt!

Beispiele:

- Finger andersherum verschränken (vgl. TRIEBEL-THOME 1989, 23).
- Gerade ist nicht aufrecht (vgl. FELDENKRAIS 1978, 98ff).
- An dein Hohlkreuz hast du dich gewöhnt (vgl. ALON 1993, 179ff).

Thema: Beweglichkeit erleben

Bewegungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Gelenke bewußt machen.

Beispiele:

- In welchem Gelenk findet die Bewegung statt?
- Das Becken ist beweglich (vgl. WILDMAN 1996, 18ff)
- Bewegungsmöglichkeiten der Wirbelsäule (vgl. KRAUSS 1996, 92, 105 und 135).

Thema: Dein Körper bewegt sich als Ganzes.

Das Zusammenwirken der verschiedenen Körperteile zu einer Gesamtbewegung.

Beispiele:

- Von einer Seite zur anderen rollen (vgl. KRAUSS 1996, 91ff)
- Vom Sitzen zum Stehen (vgl. WILDMAN 1996, 47ff)
- Sicheres Bücken (vgl. WILDMAN 1996, 37ff).

Thema: Den Tag entspannt beginnen.

Mit Bewußtheit in den Tag starten. Erste Lektionen am Morgen.

Beispiele:

- Vom Liegen ins Sitzen rollen (vgl. ALON 1993, 35)
- Die Streckbewegungen der Katze (vgl. HANNA 1990, 124f).

Thema: Bewegung und Denken

Denken ohne Bewegung ist nicht möglich (vgl. FELDENKRAIS 1978, 64f).

Beispiele:

- Was bewegt sich, wenn du dir eine Bewegung vorstellst?
- Was unterscheidet die Bewegungsvorstellung von ihrer Ausführung?

Thema: Schwierigkeiten mit der Wahrnehmung von Körperspannungen

Wie kannst du Spannung und Entspannung unterscheiden?

Wie kannst du deinen Körper wahrnehmen?

Beispiele:

- Nur eine Seite bewegen, unterschiede erleben
- Wahrnehmungstests (vgl. WILHELM 1996, 27ff).

Thema: Gleichgewicht

Auswirkungen von Bewegungen auf den restlichen Körper erspüren.

Wie organisiert dein Körper das Gleichgewicht?

Beispiele:

- Schwanken im Stehen und Sitzen (vgl. FELDENKRAIS 1978, 98ff).

Thema: Funktionen der Atmung

Was ist die richtige Atmung?

Beispiele:

- Die Wahrnehmung der Atmung (vgl. WILHELM 1996, 61ff)
- Unterscheidung der verschiedenen Atemfunktionen (vgl. FELDENKRAIS 1978, 138ff)
- Koordination der Atembewegung (vgl. WILDMAN 1996, 153ff).

Der Kreativität in Bezug auf die Themen und der Auswahl von Bewegungs-ktionen sind keine Grenzen gesetzt.

Gute Anregungen bieten die Übungs-sammlungen von:

- FELDENKRAIS (1978) „Bewußtheit durch Bewegung“
- HANNA (1990) „Beweglich sein - ein Leben lang“

- ALON (1993; 1995) „Leben ohne Rückenschmerzen“ und „Besser Leben ohne Rückenschmerzen“
- KRAUSS (1996) „Einfach Bewegen“
- WILDMAN (1996) „Feldenkrais. Übungen für jeden Tag“
- WILHELM (1996) „Feldenkrais kurz & praktisch“
- ZERMACH-BERSIN/REESE (1992) „Gesundheit und Beweglichkeit“
- JÖLLENBECK (1993) „Bewegung von Kopf bis Fuß“
- HEGGIE (1992) „Besser laufen“:

8. Zusammenfassung

In der Einleitung (Kapitel 1) bildet die Kritik am mechanistisch geprägten Modell der westlichen Medizin den Ausgangspunkt für eine Darstellung der philosophischen Hintergründe, die zu einer Trennung von Körper und Psyche geführt haben. Die Krankheit Alkoholismus umfaßt nicht nur den Menschen, sondern auch dessen Umwelt und kann deshalb nur in einem ganzheitlichen Zusammenhang begriffen und behandelt werden. Die von MOSHÉ FELDENKRAIS entwickelte Methode verbindet die Grundlagen der wissenschaftlichen Erkenntnisse über das menschliche Nervensystem mit den Erfahrungen der östlichen Medizintradition und stellt die Bewußtheit in den Mittelpunkt des „Heilungsprozesses“ sowohl des Individuums als auch der Gesellschaft. Es sollte deshalb untersucht werden, ob ihr ein Platz unter den Methoden der Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholkranken eingeräumt werden kann.

Das Kapitel 2 beschreibt den Prozeß der Suchterkrankung Alkoholismus von den Ursachen über Erscheinungsformen, Verlauf, Ebenen und Folgeschäden bis zur Therapie und Rehabilitation des Erkrankten. Zusammen mit dem Kapitel 3 über die Konsequenzen der Symptomatik, die Zielsetzungen und Methoden der Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholkranken werden somit die Rahmenbedingungen für den Einsatz der Feldenkraismethode in der Suchttherapie dargestellt.

Die theoretischen Grundlagen der Feldenkraismethode werden im Kapitel 4 erläutert. Die Biographie und das Menschenbild ihres Begründers MOSHÉ FELDENKRAIS bilden die Basis für das Verständnis der Kritik an den gesellschaftlichen Bedingungen, die vom Individuum Anpassung verlangen und so seine Selbstbeschränkung in Bezug auf Kreativität, Spontaneität und Reife fördern. Zur Überwindung dieses Stillstands bietet FELDENKRAIS zwei Methoden an, die über den Ansatzpunkt Körper wieder Bewegung in den ganzen Menschen bringen sollen, indem er neu lernt zu lernen.

Das Kapitel 5 stellt die Möglichkeiten dar, die sich auf dieser theoretischen Grundlage für den Sport- und Bewegungstherapeuten ergeben und beschreibt sowohl die Bedeutung sowie die speziellen Zielsetzungen, die den Einsatz der Feldenkraismethode in der Suchttherapie rechtfertigen.

Im Projektteil (Kapitel 6) wird die praktische Umsetzung der Methode am Beispiel der Fachklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer in Eschenburg dokumentiert. Mit Hilfe des „Fragebogens zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW)“ werden die kurzfristigen Effekte des achtstündigen Feldenkraiskurses in *Bewußtheit durch Bewegung* ausgewertet und diskutiert.

Die positiven Erfahrungen mit dem Projekt führen dazu, im Kapitel 7 eine stärkere Berücksichtigung der Feldenkraismethode in der Sport- und Bewegungstherapie mit Suchtkranken zu begründen und die Integrationsmöglichkeiten theoretisch und praktisch vorzustellen.

Meine eigenen Erfahrungen mit der Feldenkraismethode haben mich zu dieser Arbeit motiviert. Ich danke allen, die zur Fertigstellung beigetragen haben.

Literaturverzeichnis

- ALON, R.: Leben ohne Rückenschmerzen. Bewegung im Einklang mit der Natur. Feldenkrais-Lektionen I. Junfermann, Paderborn 1993
- ALON, R.: Besser Leben ohne Rückenschmerzen. Bewegung im Einklang mit der Natur, Feldenkrais-Lektionen II. Junfermann, Paderborn 1994
- AMENDT, G.: Sucht - Profit - Sucht. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1990
- APPELL, H.-J./STANG-VOSS, C.: Funktionelle Anatomie. Grundlagen sportlicher Leistung und Bewegung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1990
- ABFALG, R.: Sehnsucht nach einem glücklichen Leben, Sucht-erkrankungen überwinden. Neuland-Verlag, Geesthacht 1992
- BECKER, P.: Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1995
- BECKMANN-NEU-HAUS, D.: Mototherapie als Wahrnehmungsförderung in der Einzeltherapie von psychisch Kranken. In: HÖLTER, G. (Hg.): Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Sucht-behandlung, Hofmann, Schorndorf 1993 (109-126)
- BLEICHER-FLOHR-SCHÜTZ, E.: Die Feldenkrais-Methode: Bewußtheit durch Bewegen. In: FACHKLINIK FURTH IM WALD (Hg.): Sport in der Suchtbehandlung. Psychiatrie, Psychosomatik. Begleitheft zu den 9. Further Fortbildungstagen. Furth im Wald 1989 (139-142)
- BLEICHER-FLOHR-SCHÜTZ, E.: Die Feldenkraismethode. In: FACHKLINIK FURTH IM WALD (Hg.): Sport in der Suchtbehandlung. Psychiatrie, Psychosomatik. Begleitheft zu den 10. Further Fort-bildungstagen. Furth im Wald 1990 (143-145)
- BROOKS, C. V. W.: Erleben durch die Sinne (Sensory Awarness). Junfermann, Paderborn 1991
- CAPRA, F.: Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild. dtv, München 1991
- CAPRA, F.: Das neue Denken, Ein ganzheitliches Weltbild im Spannungsfeld zwischen Naturwissenschaften und Mystik - Begegnungen und Reflexionen. dtv, München 1992
- CAPRA, F.: Lebensnetz. Ein neues Verständnis der lebendigen Welt. Scherz Verlag, Bern, München, Wien 1996
- DEIMEL, H.: Sporttherapeutische Gesichtspunkte in der Behandlung von Alkoholabhängigen. In: APPELL, H. J.; MAURITZ, K. H. (Hg.): Sport in der Rehabilitation (2(1988)1; Brennpunkte der Sportwissenschaft). Academia Verlag, Sankt Augustin 1988 (43-58)

- DEIMEL, H.: Drogenabhängigkeit. In: VAN DER SCHOOT, P./SEEK U. (Hg.): Bewegung, Spiel und Sport mit Behinderten und von Behinderung Bedrohten. Indikationskatalog und Methodenmanual Bd 3. Bonn 1990 (1033-1059)
- DEIMEL, H.: Verständnis und Sichtweise von Körper und Körperlichkeit aus rehabilitativer Sicht. In: THIELE, J./SCHULZ, N. (Hg.): Wege zum Körper - der Körper als Gegenstand sportwissenschaftlicher Teildisziplinen (2(1992) Brennpunkte der Sportwissenschaft). Academia Verlag, Sankt Augustin 1992 (170-184)
- DINSLAGE, A.: Gestalttherapie. Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft. Pal Verlags-Gesellschaft, Mannheim 1990
- DÖRNER, K./
PLOG, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psycho-therapie. Psychiatrie Verlag, Bonn 1996
- FELDENKRAIS, M.: Bewußtheit durch Bewegung. Der aufrechte Gang. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1978
- FELDENKRAIS, M.: Abenteuer im Dschungel des Gehirns. Der Fall Doris. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1981
- FELDENKRAIS, M.: Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987
- FELDENKRAIS, M.: Das starke Selbst. Anleitung zur Spontaneität. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1992
- FELDENKRAIS, M.: Der Weg zum reifen Selbst. Phänomene menschlichen Verhaltens, Junfermann, Paderborn 1994
- FELDENKRAIS, M.: Die Feldenkraismethode in Aktion. Eine ganzheitliche Bewegungslehre. Junfermann, Paderborn ⁵1995
- FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung - Folgen - Therapie. Thieme Verlag, Stuttgart ³1984
- FEUERLEIN, W.: Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. Beck, München 1996
- FITTKAU, B.: Ein ganzheitliches Menschenbild als Kern einer integrativen Therapie. In PETZOLD, H. (Hg.): Methoden-integration in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1982 (47-58)
- FRANK, R.: Körperliches Wohlbefinden. In: ABELE, A./BECKER, P.: Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik. Juventa Ver-lag, Weinheim und München 1991 (71-95)
- FRIEDMANN, E, D.: Laban, Alexander, Feldenkrais. Pioniere bewußter Wahrnehmung durch Bewegungserfahrung. Drei Essays. Junfermann, Paderborn 1993

- FROMM, E.: Vom Haben zum Sein. Wege und Irrwege der Selbst-erfahrung. Heyne Verlag, München 1989
- GERDES, A.: Der Kampf zwischen Muskeln und Geist; in: Körper - Bewegung - Gesundheit. GEO Wissen 1/1994 (80-87)
- GOLEMAN, D.: Emotionale Intelligenz. dtv-Verlag, München 1995
- GROF, C.: Sehnsucht nach Ganzheit, Der spirituelle Weg aus der Abhängigkeit. Kösel, München 1994
- GROSS, W.: Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben ... Fischer, Frankfurt/Main 1990
- GROSS, W.: „Was ist das süchtige an der Sucht?“. Neul and Verlags-Gesellschaft, Geesthacht 1992
- GROSS, W.: Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht. Die geheimen Drogen des Alltags erkennen. Verlag Herder, Freiburg 1995
- HANNA, T.: Beweglich sein - ein Leben lang. Die heilsame Wirkung körperlicher Bewußtheit. Mit einem Übungsprogramm. Kösel, München 1990
- HANNA, T.: Das Geheimnis gesunder Bewegung. Wesen & Wirkung Funktionaler Integration. Die Feldenkraismethode verstehen lernen. Junfermann, Paderborn 1994
- HEGGIE, J.: Besser Laufen. Das 30-Tage-Programm. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1992
- HEGGIE, J.: Feldenkrais Method of Functional Integration®. In: SOMATICS IX, 4, Spring/Summer 1994 (22-24)
- HEIN, A.: Langsamkeit-Ein Phänomen?. In: FACHKLINIK FURTH IM WALD (Hg.): Sport in der Suchtbehandlung. Psychiatrie, Psychosomatik. Begleitheft zu den 9. Further Fortbildungstagen. Furth im Wald 1989 (48-50)
- HÖLTER, G.: Psychomotorik mit Erwachsenen - Zum Konzept einer Bewegungstherapie in der Psychiatrie auf psycho-motorischer und sportpädagogischer Grundlage. In: IRMSCHER, T.; FISCHER, H.: Psychomotorik in der Entwicklung, Hofmann, Schorndorf 1989 (181-192)
- HÖLTER, G.: Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. In: HÖLTER, G. (Hrsg.): Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung, Hofmann, Schorndorf 1993 (12-33)

- HORVATH, D./ JANZIG, B./ WEDEMEYER, G.: Drogen - Alkohol- Nikotin. Neue Wege aus der Sucht. In STERN 46/1995 (30-38)
- JÖLLENBECK, D.: Bewegung von Kopf bis Fuß. Fitneß für Körper und Sinne. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1993
- KELLER-KROPP, S.: Feldenkrais-Methode. In: SEIFERT, T./WAIBLINGER, A. (Hg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden. Kreuz-Verlag, Stuttgart 1986 (99-105)
- KLAWITTER, U.: Die Feldenkrais-Methode in der Arbeit mit Menschen, die Schwierigkeiten im Zugang zu ihren geistigen Fähigkeiten haben. In: FIKAR, S. und H./THUMM, K. E. (Hg.): Körperarbeit mit Behinderten. Verlag Konrad Wittwer, Stuttgart 1991 (106-113)
- KLEIN, M.: Sport als Sprungbrett. Über einige Aspekte des Sports in der therapeutischen Arbeit mit Drogenabhängigen. In FRANKE, E. (Hg.): Sport und Gesundheit. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1986 (108-117)
- KLEIN, M.: Sport- und Bewegungstherapie als integrative Arbeit in der Suchtbehandlung. In: HÖLTER, G. (Hrsg.): Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung, Hofmann, Schorndorf 1993 (81-91)
- KLEIN, Dr. T./ GEYER, P.: Zur Konzeption der Sporttherapie und Körperarbeit in der Behandlung Suchtkrankter Menschen. In: FACHKLINIK FURTH IM WALD (Hg.): Sport in der Suchtbehandlung. Psychiatrie, Psychosomatik. Begleitheft zu den 9. Further Fortbildungstagen. Furth im Wald 1989
- KRÄMER, Dr. R et al.: Klinik Eschenburg. Fachklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer. Konzeption für Kurz- und Langzeittherapie, Eschenburg o. J.
- KRAUSS, J.: Einfach bewegen. Feldenkrais - Der Weg zur Verbesserung von Bewegung und Beweglichkeit. Im Einklang mit dem eigenen Rhythmus leben. Junfermann, Paderborn 1996
- KUNZMANN, P./BURKHARD, P./WIEDMANN, F.: F.- dtv-Atlas zur Philosophie. Tafeln und Texte. dtv, München ⁵1995
- KURTZ, R.: Körperzentrierte Psychotherapie, Die Hakomi Methode. Synthesis-Verlag, Essen 1985
- LADEWIG, D.: Sucht und Suchtkrankheiten, Ursachen - Symptome - Therapien, C. H. Beck, München 1996

- LANGER, E. J.: Fit im Kopf. Aktives Denken oder Wie wir geistig auf der Höhe bleiben. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1996
- LEIBOLD, G.: Körpertherapie. Einklang von Körper, Geist und Psyche. Econ Verlag, Düsseldorf 1986
- LUKOSCHIK, A./ BAUER, E.: Die richtige Körpertherapie. Ein Wegweiser durch westliche und östliche Methoden. Kösel, München 1989
- MASTERS, R./ HOUSTON, J.: Bewußtseinsweiterung über Körper und Geist. Ein praktisches Übungsbuch. Kösel, München ²1986
- PETZOLD, H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie (2 Bd.). Junfermann, Paderborn 1988
- PETZOLD, H.: Psychotherapie & Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie. Junfermann Verlag, Paderborn 1994
- POHL, H.: Feldenkrais® for Psychoanalysts. In: SOMATICS IX, 4 Spring/Summer 1994
- PREUß, U. W./ SCHRÖTER, A./ SOYKA, M.: Typologien der Alkoholkrankheit - ein kritischer Vergleich. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Sucht-gefahren (DHS); Deutsche Gesellschaft für Sucht-forschung und Suchttherapie (DG-Sucht): Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Neuland Verlag 43 (2) 1997 (92-103)
- RYWERANT, Y.: Die Feldenkrais Methode. Lehren durch Behandeln. Kübler & Akselrad, Heidelberg 1985
- RYWERANT, Y.: Self-Image and Function. An Experience with Moshe Feldenkrais. In: SOMATICS IX, 4 Spring/Summer 1994
- SCHEERER, S.: special: Sucht. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1995
- SCHMIDT, L.: Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch: Definition - Ursachen - Folgen - Behandlung - Prävention. Kohlhammer, Stuttgart ³1993
- SCHNEIDER, R.: Die Suchtfibel. Information zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Röttger-Schneider, Baltmannsweiler ¹¹1997
- SCHULZ, P.: Die Feldenkrais-Methode. Bewußtheit durch Bewegung; in: SCHNEIDER-WOHLFART, U./WACK, O. G. (Hg.): Entspannt sein - Energie haben. Achtzehn Methoden der Körpererfahrung. C. H. Beck, München 1994 (154-163)
- TRIEBEL-THOME, A.: Feldenkrais. Bewegung - ein Weg zum Selbst. Einführung in die Methode. Gräfe und Unzer, München ⁸1996
- VAN DER SCHOOT, P./ DEIMEL, H.: Sport in der Rehabilitation Alkoholkranker. Entwurf eines didaktisch-methodischen Konzepts. Ergebnisse und Erkenntnisse aus einem Pilotprojekt des Kultusministers des Landes Nordrhein-Westfalen (Materialien zum Sport 22). Frechen 1988
- WILDMANN, F.: Feldenkrais. Übungen für jeden Tag. Fischer, Frankfurt/M. 1996
- WILHELM, R.: Feldenkrais, kurz & praktisch. Bauer, Freiburg 1996

- YARON, G.: Experiences with the Feldenkrais Method. In: SOMATICS VI, 1
Autumn/Winter 1986/87
- ZERMACH-BERSIN, D. und K./ REESE, M.: Gesundheit und Beweglichkeit, 10 Feldenkrais-Lektionen. Kösel,
München 1992

Anhang

Protokoll der dritten Stunde: Mit den Körperteilen jonglieren

1. Ausgangsposition: Beginnen wir damit, daß Sie sich auf den Rücken legen. Wenn es geht die Beine lang machen. Die Arme rechts und links vom Körper.
- Wahrnehmung: Wie ist es mit der Lage auf dem Boden? Wie ist der Kontakt mit dem Boden heute morgen?
 So können Sie vergleichen, wie es heute morgen ist, wie es am Mittwoch war, oder die Male zuvor, die Sie schon in dieser Position gelegen haben.
 Es ist immer ein Ausdruck des augenblicklichen Zustands, wenn der Kontakt angenehm ist, dann sind Sie mit wenig Spannung hierher gekommen und wenn Sie merken, bestimmte Stellen drücken mehr zum Boden und andere weniger, dann ist das ein Ausdruck von überflüssiger Spannung, die sie mitgebracht haben.
 Dann halten Sie jetzt einfach den Stand fest. Wie fühlt sich der Boden heute morgen an oder wie ist der Kontakt mit dem Boden heute morgen?
 Wo liegen Stellen mehr auf dem Boden, wo liegen Stellen weniger auf dem Boden?
 Bei dem einen kann das sein, daß da ein unterschiedlicher Kontakt ist bei der einen oder der anderen Kniekehle oder da ist ein Luftpolster drunter. Und die Fersen können unterschiedlich aufliegen. Oder die Hüften, rechts und links. Vielleicht liegt die linke Seite mehr auf dem Boden als die rechte, oder tiefer.
 Wenn Sie dann weiter hochwandern, den Rücken hinauf, wie ist das im unteren Rücken? Wie ist da der Kontakt im Moment? Ab wo merken Sie ihre Rippen oder den Rippenbereich? Wie ist das mit den beiden Schulterblättern rechts und links, spüren Sie da eine Ecke, eine Kante oder liegen die ganz gleichmäßig auf, d. h. Sie spüren sie nicht besonders hervorragend oder im besonderen Kontakt mit dem Boden. Und wenn Sie die beiden Schulterblätter vergleichen, ist das rechts und links gleich oder gibt es da Unterschiede?
 Oder statt den Schultern, die Arme: liegen die Arme genau gleich auf? Die gleiche Stelle mit den Ellbogen, rechts und links? Die Unterarme, haben die Handgelenke Kontakt mit dem Boden? Die Handinnenflächen; einfach nur vergleichen, nichts mehr verändern, nur noch registrieren, wie ist das im Moment, damit Sie, wenn Sie später in diese Lage immer mal wieder zurückkommen für sich vergleichen können: Ah ja, da hat sich jetzt was verändert! Das liegt jetzt anders auf, als zu Beginn der Stunde!
 Und dann wandern wir noch weiter in den Nacken hinein, wie ist es da im Moment? Wie fließt z. B. der Atem durch die Kehle hindurch, ist es eher ein Gefühl, das es so ein bißchen gedrückt ist oder ist es ganz frei? Bekommen Sie ganz frei Luft durch den Hals, die Kehle? Und im Nackenbereich selber, gibt es da irgendwo Schmerzen oder so ein Ziehen? Wie liegt der Hinterkopf auf? Mit welcher Stelle liegt der Hinterkopf auf, liegt die Stelle gegenüber von der Nase, gegenüber vom Kinn, gegenüber von der Stirn oder ganz woanders? Wahrscheinlich irgendwo dazwischen, so ganz woanders kann's auch wieder nicht sein.
 Und die Ohren, haben sie das Gefühl, das linke Ohr liegt näher zum Boden oder das rechte? Und daraus ergibt sich eine bestimmte Stelle, wo der Kopf jetzt aufliegt, merken sie sich auch diese Stelle.
- Bewegung: Dann gehen wir mit der Aufmerksamkeit ins linke Bein und Sie rollen das linke Bein auf der Ferse ein und aus, d. h. die große Zehe auf der linken Seite kommt einmal der Zehe auf der rechten Seite näher und entfernt sich dann wieder, aber die Bewegung ist weniger im Fußgelenk, sondern das ganze Bein dreht sich auf der Ferse, rollt

- auf der Ferse ein und aus. Einmal kommt die Außenkante vom Fuß näher zum Boden und einmal entfernt sie sich und das ganze Bein rollt in sich ein und aus. Sie haben beim letzten Mal schon gespürt, die Bewegung kommt weniger aus dem Fußgelenk, weniger aus dem Knie, sondern mehr aus dem Hüftgelenk. Das Hüftgelenk dreht ein und aus, dadurch dreht sich das ganze Bein, rollt auf dem Boden hin und her.
- Wahrnehmung: Sie können spüren, wie ist der Zustand heute morgen in diesem Bein, wie bewegt sich das, wenn sich das so in Absätzen bewegt, weniger so ein gleiten sondern eher so Klack-Klack-Klack, wie so eine Rasterbewegung oder so was, dann wissen Sie schon, daß die Muskeln, die für die Bewegung verantwortlich sind, noch nicht so gut zusammenarbeiten und Sie haben auch schon erlebt, wenn man behutsam die Bewegung macht und in dem Bereich bleibt, der unter den Grenzen liegt, vielleicht 50% von dem, wozu man fähig ist, dann wird es nach und nach besser, d. h. die Steuerung dieser Muskeln, die ja im Gehirn sitzt, kann dieses Klack-Klack-Klack langsam auflösen, dann wird die Bewegung fließender und leichter, d. h. die Bewegung kann verbessert werden. Ja und darum geht es, daß das Zusammenspiel verbessert werden kann und das geht nur, wenn Sie in einem Bereich bleiben, in dem sie sich nicht anstrengen.
- Bewegung: Lassen Sie dieses Bein liegen, für einen Moment.
- Wahrnehmung: Sie haben auch schon mitbekommen, daß sich in den Pausen auch noch so einiges tun kann, eigentlich braucht man keine Erholungspause, aber wenn das Bein jetzt liegt, dann spüren sie vielleicht, daß Sie hier und da noch etwas nachlassen können.
2. Wahrnehmung: Gehen Sie mit der Aufmerksamkeit in den rechten Arm. Spüren Sie, wie der rechte Arm auf dem Boden liegt.
- Bewegung: Rollen Sie den Arm, so wie er ist, ein und aus. So, daß einmal der Handrücken mehr zum Boden kommt und einmal wieder die Handfläche. Der rechte Arm rollt ein und aus.²
- Wahrnehmung: Sie spüren vielleicht die Bewegung im Ellebogen und vielleicht geht die Bewegung sogar bis zur Schulter hoch. Wenn sie irgendwo Schmerzen spüren, dann machen Sie die Bewegung kleiner.
- Bewegung: Lassen Sie den Arm wieder liegen.
- Wahrnehmung: Spüren Sie wieder einen Moment nach, wie ist das mit der Lage auf dem Boden, gibt es noch Stellen, wo Sie überflüssige Spannung nachlassen können?
3. Bewegung: Und dann gehen wir mit der Aufmerksamkeit in den linken Arm hinüber.
- Wahrnehmung: Übertragen sie die Erfahrung, die Sie auf der rechten Seite gemacht haben, auf den linken Arm. Wie wird sich das anfühlen, wenn Sie das gleich aktiv machen?
- Bewegung: Machen Sie es dann aktiv, sie rollen den linken Arm ein und aus.
- Wahrnehmung: Ist das, was sie jetzt bemerken, an Rückmeldung über die Bewegung, das gleiche, was Sie sich vorgestellt haben oder ist es etwas anderes?
- Sie können auch noch direkt vergleichen, ist das links und rechts gleich, gibt es Unterschiede zwischen links und rechts?
- Bleiben Sie auch mit dem linken Arm in dem Bereich, der leicht möglich ist, der sich leicht erreichen läßt.
- Sie spüren den Ellebogen, wie er sich dreht und vielleicht setzt sich die Bewegung fort bis in die Schulter, was spüren sie vom Schulterblatt, bewegt sich das auch hin und her, wenn sie den Arm ein- und ausdrehen. Wie weit setzt sich die Bewegung im Körper fort?
- Bewegung: Lassen Sie den Arm wieder liegen.
- Wahrnehmung: Einen Moment nachspüren, wie liegt er jetzt auf dem Boden. Jede

- Aktion, die Sie machen, verändert irgend etwas im Körper. Das Zusammenspiel der Muskeln verändert sich, Sie können jetzt in den Pausen vergleichen, wie sich die Spannung entwickelt. Wie sich die kleinen Schritte, die wir nach und nach machen, zusammenfügen.
4. **Bewegung:** Und dann gehen Sie mit der Aufmerksamkeit ins rechte Bein. Sie rollen das rechte Bein auf der Ferse ein und aus.
- Wahrnehmung:** Erinnern Sie sich wie das in der letzten Stunde war, was hat sich da getan? Ist es wieder so eingerostet? Ist doch merkwürdig, wie das so besser und schlechter gehen kann?
- Bewegung:** Machen Sie die Bewegung so klein wie möglich, trotzdem bleibt noch die Idee, das ganze Bein zu bewegen. So klein, das man es von außen so gut wie nicht mehr sehen kann.
- Wahrnehmung:** Sie werden merken, dann nimmt man die Bewegung anders wahr. Wenn Sie merken, das Sie aufhören zu atmen, dann ist es meist, daß Sie so mit der Bewegung beschäftigt sind, daß Sie zu konzentriert sind. Wenn Sie merken, daß Sie den Atmen stoppen, dann stoppen Sie auch die Bewegung, kommen erst mal wieder in den Atemrhythmus rein und machen es dann etwas beiläufiger mit der Bewegung, nicht ganz so konzentriert. Es ist keiner da, der bewertet, wie gut oder wie schlecht Sie das machen. Es geht auch nicht darum, daß Sie möglichst keine Fehler machen.
5. **Bewegung:** Ruhen Sie sich wieder aus, lassen sie das Bein wieder liegen. Erinnern Sie sich an die letzte Stunde, als wir den Kopf gerollt haben und nehmen Sie diese Bewegung wieder auf, rollen Sie den Kopf ganz leicht von rechts nach links und bleiben Sie in dem Bereich, der angenehm und leicht möglich ist. Machen Sie die Bewegung klein.
- Wahrnehmung:** Bewegen sich die Augen mit?
Auf welcher Stelle rollt der Kopf, hinten am Hinterkopf? Ist die Stelle rund, gleichmäßig, gibt es da Ecken, gibt es da Kanten, gibt es da vielleicht Stellen, wo Sie merken, das ist wie so ein Gebirgszug, ein paar Hubbel?
Läßt der Kopf sich nach links genauso gut, genauso leicht rollen, wie nach rechts oder gibt es da auch wieder Vorlieben? Das hängt ganz mit ihren Gewohnheiten zusammen, die Sie sich nur vielleicht noch nie bewußt gemacht haben.
Wo sind die Grenzen?
- Bewegung:** Lassen Sie den Kopf auch wieder liegen.
- Wahrnehmung:** Jetzt haben wir Kopf, Arme und Beine bewegt, bemerken Sie, wie sich die Auflagefläche verändert hat.
Im Alltag ist es oft so, das man mehrere Dinge gleichzeitig machen muß. Oft ist es so, daß man darüber bestimmte Dinge vergißt, die Atmung vergißt man manchmal oder man spürt nicht, wie man angespannt wird.
Manche Leute nennen das dann Streß oder Anspannung. Für den Alltag ist es wichtig, daß man spürt, was im Körper passiert, wann muß ich eine Pause machen. Wann hab ich den Punkt erreicht, wo ich für mich eine Pause brauche? Woran merken Sie, daß Sie eine Pause machen müssen? Das können Sie nur für sich selber entdecken.
6. **Bewegung:** Dann rollen Sie jetzt das rechte Bein ein und aus, auf der Ferse und dann nehmen wir den linken Arm dazu und zwar, wenn das rechte Bein nach rechts rollt, lassen Sie den linken Arm auch nach rechts rollen. Und wenn das rechte Bein nach innen rollt, lassen Sie den linken Arm nach außen rollen.
- Wahrnehmung:** Jetzt müssen Sie ganz klar sein mit links und rechts.
Wie ist das mit der Geschwindigkeit, können Sie beide, Arm und Bein, in der gleichen Geschwindigkeit laufen lassen. Sie können einmal spüren, ist es der Arm der die Bewegung führt oder ist es das Bein.
Und aufgepaßt, jetzt sind es zwei Teile die Sie bewegen.

- Bewegung: Und jetzt wechseln Sie die Richtung, lassen sie Arm und Bein aufeinander zulaufen und voneinander weg.
- Wahrnehmung: Setzen Sie das, was ich gesagt habe, in Bewegung um und spüren sie: ist es das, was ich gesagt habe oder ist es was anderes?
Auch wenn Sie jetzt zwei Bewegungen machen, bleiben sie immer noch in dem Bereich von 50%, es ist jetzt nicht wichtig, daß Sie bis an die Grenzen gehen. Wenn man mehrere Dinge gleichzeitig macht, ist es oft so, daß man mehr macht, als man eigentlich vorgehabt hat! Bleiben Sie in dem Bereich, der leicht möglich ist.
- Bewegung: Dann lassen Sie Arm und Bein wieder liegen.
- Wahrnehmung: Einen Moment nachspüren, die Lage, was passiert.
- Bewegung: Wir gehen auf die andere Diagonale und rollen das linke Bein nach rechts und den rechten Arm nach rechts, beide in die gleiche Richtung und wieder zurück, hin und her.
- Wahrnehmung: Kleine Bewegung! Aha, eine Diagonale geht einfacher, als die andere!
Wie lassen sich Arm und Bein jetzt zusammen bewegen?
- Bewegung: Und dann lassen Sie Arm und Bein wieder liegen und wechseln die Richtung, nach dieser kurzen Pause. Beide aufeinander zu, beide voneinander weg.
- Wahrnehmung: Spüren Sie einmal, ob beide zur gleichen Zeit ankommen, am Ende der Bewegung. Und wo ist das Ende für Sie im Bein, wo ist das Ende für Sie in der Hand?
- Bewegung: Lassen Sie Arm und Bein wieder liegen und rollen den Kopf nach links und nach rechts und wenn Sie den Kopf nach rechts rollen, rollen Sie den linken Arm nach links und wenn Sie den Kopf nach links rollen, rollen Sie den linken Arm nach rechts.
- Wahrnehmung: Was kann man machen, wenn man durcheinander kommt?
Wenn Sie merken, daß Sie durcheinander kommen, können Sie einfach anhalten. Für manche Menschen gibt es keine Möglichkeit, die machen einfach weiter oder machen sogar noch mehr. Für einen Moment anhalten!
- Bewegung: Nehmen Sie das rechte Bein dazu, das rechte Bein rollt zusammen mit dem Kopf und der linke Arm rollt in die Gegenrichtung.
- Wahrnehmung: Nehmen Sie, das was wir eben gemacht haben, mit den einzelnen Teilen, jetzt einfach zusammen! Bleiben Sie in dem Bereich von 50% von dem was möglich ist, machen Sie es sich so leicht wie möglich, auch wenn es jetzt drei Teile sind!
- Bewegung: Kopf, Arm und Bein, ganz leicht hin und her. Und aufgepaßt, wechseln Sie zu den Teilen, die jetzt nicht rollen und lassen die, die rollen, liegen. Und rollen das linke Bein zusammen mit dem rechten Arm in die gleiche Richtung.
- Wahrnehmung: Das Gehirn muß umschalten, Sie merken, das dauert eine Zeit, zuerst muß die Verbindung hergestellt werden. Wie lange braucht das Gehirn dafür?
- Bewegung: Dann nehmen Sie das rechte Bein dazu und lassen es gegen das linke Bein laufen. Rechtes Bein und linkes Bein gegeneinander und der rechte Arm läuft mit dem linken Bein zusammen.
- Bewegung: Und jetzt bewegen Sie den rechten Arm mit dem rechten Bein zusammen und das linke Bein läuft gegeneinander.
- Bewegung: Machen Sie kurz einmal alle eine Pause und rollen sich auf die Seite.
- Wahrnehmung: Wenn Sie durcheinander kommen, können Sie eine Pause machen.
Was passiert, wenn Sie durcheinander kommen, haben Sie einmal auf den Atem geachtet?
Wenn Sie merken, daß der Atem stockt, dann ist das immer ein Zeichen, daß Sie sich anstrengen, auch wenn er nur ganz kurz angehalten wird.
Das ist dann auch das Zeichen für Durcheinander.
Wenn Sie sich fühlen, wie eine Billardkugel, die verstört über den Tisch gestoßen wird, dann ist es ganz wichtig, daß Sie eine Pause machen und dann klein wieder anfangen. Jetzt geht es, also darum,

	<p>wie gehen Sie mit Überforderung um. Der eine schläft, das ist gar nicht so verkehrt, der andere denkt, ich muß es schaffen, wieder andere lachen, nehmen es locker, jeder hat so seine eigene Art!</p> <p>Wenn Sie merken, daß Sie es sich schwerer machen, dann machen Sie einfach eine Pause, denn im Alltag werden Sie es dann wahrscheinlich genauso machen. Deshalb machen wir es jetzt nochmal und wenn Sie merken Sie kommen an die Überforderungsgrenze, dann können Sie einfach zurückstecken! Es gibt für keinen eine Medaille, wenn er es schafft.</p> <p>Achten Sie auf ihren Atem und gehen Sie dann einfach in ihrem Level, wo Sie gerade sind, etwas zurück und machen vielleicht ein Teil weniger und steigen da wieder ein, wo Sie merken, der Atem geht gleichmäßig und Sie fühlen sich nicht überfordert.</p> <p>Und das geht schleichend, deshalb passen Sie genau auf!</p>
Bewegung:	<p>Kommen Sie noch einmal zurück auf den Rücken.</p> <p>Wir fangen mit dem linken Bein an, ein- und ausrollen, den Kopf dazu in der gleichen Richtung, rechtes Bein gegen den Kopf und beide Arme aufeinander zu und voneinander weg.</p>
Wahrnehmung:	<p>Jetzt rollen Sie fünf Teile am Boden, spüren Sie den Atem nach.</p>
Bewegung:	<p>Jetzt wechseln Sie rechtes Bein und rechten Arm in die andere Richtung.</p>
Bewegung:	<p>Wir beginnen noch einmal neu mit dem Kopf, nach rechts und links rollen und den linken Arm gegen den Kopf. Rechtes Bein mit dem Kopf zusammen.</p>
Wahrnehmung:	<p>Verbindung schaffen! Wo ist mein rechtes Bein? Ah ja, da ist es!</p>
Bewegung:	<p>Und dann diese drei Teile liegen lassen und die anderen Teile gegeneinander bewegen.</p>
Bewegung:	<p>Und jetzt nochmal die anderen drei Teile bewegen, miteinander, alle in die gleiche Richtung.</p>
Wahrnehmung:	<p>Achten Sie auf ihren Atem, wenn Sie merken, Sie kommen durcheinander, machen Sie Pausen. Es ist normal, wenn Sie fünf Teile bewegen, daß Sie dann durcheinander kommen. Spüren Sie, wie Sie damit umgehen.</p>
Bewegung:	<p>Jetzt das linke Bein mit dem linken Arm zusammen. Linkes Bein und linker Arm zusammen in die gleiche Richtung.</p>
Bewegung:	<p>Die zwei Teile liegen lassen und dann den Kopf mit dem rechten Bein zusammen in die gleiche Richtung und den rechten Arm doppelt so schnell wie Bein und Kopf bewegen.</p> <p>Und dann das linke Bein mit dem rechten in der Bewegung austauschen.</p> <p>Und dann machen sie eine Pause!</p>
Wahrnehmung:	<p>Sie haben vielleicht gemerkt, es ist kein Problem, einen an die Grenze zu bringen. Das ist ganz normal, wenn wir noch ein paar Teile dazubringen, irgendwann kommt man an die Grenze. Und vielleicht ist die Lage jetzt auch gar nicht mehr so angenehm auf dem Boden, wie Sie zwischendurch einmal war, vergleichen Sie es einmal für sich.</p>
Bewegung:	<p>Kommen Sie dann langsam über die Seite in den Stand.</p>

Protokoll der sechsten Stunde: Die Atemwippe:

- Ausgangsposition: In der Rückenlage, Arme neben der Hüfte und die Beine lang.

Wahrnehmung: Spüren Sie in den Körper hinein, wie die Auflagefläche heute morgen ist. Sie können den Körper durchwandern. Sie merken vielleicht, wenn Sie jetzt auf dem Boden liegen und die Augen schließen, daß das Gewicht jetzt langsam zum Boden sinkt. Der Körper besteht aus einzelnen Knochen, die sind verbunden mit Bindegewebe und da sind Muskeln, die von hier nach da laufen und es ist irgendwie wie ein Puzzle. Je nachdem wie das Verhältnis ist zwischen den Muskeln und den einzelnen Knochenteilen und der Haut drumherum, so liegen Sie auf dem Boden. Ein Teil, der wirkt, ist die Erdanziehung, die zieht sie jetzt zum Boden und der andere Teil ist die Steuerung im Kopf, das

sind ihre Gedanken, ihre Erfahrungen, ihre Einstellungen, die halten dieses ganze Sammelsurium zusammen. Die Nerven laufen zu diesen einzelnen Teilen hin und laufen wieder zurück, dann gibt es eine Meldung an diesen Körper und es gibt wieder eine Meldung zurück an das Gehirn. Und darüber gibt es eine bestimmte Vorstellung im Kopf, wie der Körper ist. Und das können Sie jetzt spüren, wie Sie auf dem Boden aufliegen und das können Sie auch vergleichen, mit den Werten, die Sie schon haben, das heißt wie liegt der Rücken auf und wie ist das in den letzten Stunden gewesen. Die Schultern rechts und links, wie fühlt sich der Nacken an, mit welcher Stelle liegt der Kopf auf, ist das die Stelle, die Sie schon kennen oder ist das eine neue Stelle und wie fühlt sich heute das Becken an und liegt das mit der rechten Seite genauso auf wie mit der linken. Wie lang sind die Beine heute, ist das links und rechts gleich, die Kniekehlen, haben die Kontakt mit dem Boden oder ist das auch unterschiedlich rechts und links?

Und dann spüren Sie einmal zu dem Atem hin, richten Sie die Aufmerksamkeit, die Sie jetzt gerade durch den Körper geschickt haben, mehr auf den Atem, wo spüren Sie Atembewegungen, ohne das Sie jetzt etwas verändern. Wenn sie die Aufmerksamkeit irgendwohin richten, ändert sich meist sofort etwas. Spüren Sie einmal, wie fließt der Atem, wo ist die Atembewegung, ist das mehr im Bauch, mehr im Brustkorb, mehr in den Flanken, mehr im unteren Rücken? Wo spüren Sie überhaupt, daß sich irgendetwas bewegt, wenn Sie ein- und ausatmen? Der Atem fließt durch die Nase ein, durch den Rachenraum, durch die Kehle, durch die Luftröhre, verteilt sich irgendwie in den Lungen und dann gibt es Auswirkungen, die man äußerlich sehen kann und die Sie jetzt auch spüren können. Wo verändert sich was, wenn Sie ein- und ausatmen?

Und dann bewahren sie diese Wahrnehmung irgendwo auf. Wie machen sie das überhaupt, daß Sie etwas aufbewahren? Wie macht das Gehirn das?

2. Ausgangsposition:

Stellen Sie jetzt die Füße auf, die Knie beugen und wenn diese Position angenehm ist, dann behalten Sie diese bei und wenn Sie merken, das Sie nicht mehr so auf dem Rücken liegen können, rollen Sie sich ruhig auch mal auf die Seite und nehmen Sie sich diese Pausen rechtzeitig.

Wahrnehmung:

Spüren Sie dann noch einmal in den Atem hinein.

Bewegung:

Atmen Sie jetzt so tief wie möglich ein, dann den Atem festhalten und den Bauch rausdrücken und wieder einziehen. Wenn sie merken, daß Sie wieder weiteratmen müssen, dann lassen Sie den Atmen wieder fließen.

So tief wie möglich einatmen, den Atem in der Kehle festhalten, damit er nicht mehr rauskann, und dann den Bauch rausdrücken, so groß wie möglich machen und dann wieder einziehen, rausdrücken, einziehen, bis Sie wieder weiteratmen müssen.

Wahrnehmung:

Sie können sich einmal die Hände auf den Bauch legen und spüren, wie deutlich ist die Bewegung, schiebt sich der Bauch wirklich nach vorn und wo ist das Zentrum, ist das am Bauchnabel oder ist das mehr Richtung Brustkorb oder mehr Unterbauch? Wo spüren Sie den Bauch sich hin- und herbewegen, wenn Sie ihn rauspressen und wieder einziehen?

Machen Sie einmal kurz eine Pause und legen Sie dann einmal die Fingerspitzen in den unteren Rücken hinein, so etwas über die Gürtellinie. Spüren Sie dann, wenn Sie den Bauch nach vorne pressen, daß der Rücken am Boden bleibt und Sie nicht in ein Hohlkreuz hineingehen.

Vielleicht geht es jetzt schon etwas flüssiger?

Wie beweglich ist der Bauch, ist das so eine kleine Kugel die da rauskommt? Wenn der Bauch sehr unbeweglich ist, dann sind das manchmal ganz harte Bauchmuskeln, die sich nicht bewegen lassen

oder das Zwerchfell läßt sich nicht nach unten bewegen oder man hat die Idee, „Ich hab doch gar keinen Bauch, also kann ich den auch nicht rausstrecken!“

Gehen beide Richtungen gleich gut, oder ist das Einziehen leichter als das Rausdrücken oder ist es umgekehrt?

Es kann sein, daß Sie Reaktionen in ihrem Bauch spüren, der fängt vielleicht an zu gluckern oder zu blubbern. Diese Abfolge hat der Feldenkrais wahrscheinlich bei den Yogaleuten abgeguckt, vielleicht haben Sie diese Yogaübung schon einmal gesehen, die machen das auch zur Verdauungsförderung, das ist der normale Effekt. Sie drücken jetzt mit dem Zwerchfell die ganzen Organe hin und her und dadurch gibt es auch mehr Bewegung im Magen und im Darm.

3. Ausgangsposition:

Machen Sie eine kurze Pause, strecken Sie einmal die Beine aus und kommen Sie dann wieder zurück in unsere Ausgangsposition, die Knie gebeugt.

Bewegung:

Atmen Sie wieder so tief wie möglich ein, aber machen Sie diesmal den Brustkorb größer und kleiner.

Wahrnehmung:

Der Bauch macht bei der Bewegung auch mit, aber die Aufmerksamkeit ist jetzt mehr im Brustkorb.

Vielleicht ist das zunächst einmal nur eine ganz kleine Bewegung und das hängt damit zusammen, daß die Muskeln erst einmal lernen müssen zusammenzuarbeiten. Die Rippen müssen zusammenarbeiten, bzw. die Rippen müssen den Muskeln die daran ziehen, folgen, es gibt zwischen den Rippen Muskeln, die müssen zusammenarbeiten und wenn Sie die bisher nicht so benutzt haben, dann kann es sein, daß die Bewegung recht klein ist.

Spüren Sie ruhig auch einmal in die Arme hinein und wenn Sie statt der Brustkorbbewegung nur die Arme bewegen, dann lassen sie solche überflüssigen Bewegungen weg.

Machen Sie einmal eine kurze Pause und spüren Sie in den Rücken hinein, ob sich da schon was ändert?

Oder hat der Atemrhythmus sich schon verändert, atmen Sie ein bißchen ruhiger?

4. Ausgangsposition:

Stellen Sie noch einmal die Füße auf.

Bewegung:

Atmen Sie so tief wie möglich aus und halten Sie den Atem fest und diesmal wieder den Bauch größer und kleiner werden lassen. Bauch rausstrecken und einziehen.

Wahrnehmung:

Das ist vielleicht anders als eben. Ist es einfacher für Sie, mit dem eingatmeten Atem die Bewegung zu machen oder ist es einfacher mit dem ausgeatmeten Atem?

Achten Sie auch wieder auf den Rücken, nicht statt des Bauches den Rücken vor und zurückbewegen, dazu müssen Sie das Zwerchfell bewegen. Das Zusammenspiel der Muskeln zwischen den Rippen und dem Zwerchfell wird verbessert und dadurch ändert sich das Lungenvolumen.

5. Ausgangsposition:

Machen Sie noch einmal kurz Pause und kehren Sie dann zurück in die Ausgangsposition mit aufgestellten Knien.

Bewegung:

Atmen Sie noch einmal so tief wie möglich aus und halten Sie den Atem fest. Machen Sie dann wieder den Brustkorb größer und kleiner.

Wahrnehmung:

Wir hatten jetzt vier verschiedene Möglichkeiten und es kann sein, daß ihnen eine der Möglichkeiten schwerer fällt als die anderen. Das ist dann die, bei der man am meisten für das Zusammenspiel der Muskeln und der Steuerung lernen kann.

Bei manchen gibt es bei einer dieser Möglichkeiten fast gar keine Bewegung und man denkt, es geht gar nicht, aber alle diese vier Möglichkeiten sind möglich.

Wenn Sie das Gefühl haben, es bewegt sich gar nichts, dann machen Sie es trotzdem und nach einer Zeit kann es sein, es tut sich etwas und die Bewegung wird möglich.

Wo bewegt sich der Brustkorb hauptsächlich, ist das mehr unten oder

- mehr oben an den ersten Rippen? Unter dem Schlüsselbein, ist da auch Bewegung?
- Sie werden merken, wenn Sie den Brustkorb bewegen, bewegt sich auch der Bauch und wenn Sie den Bauch bewegen, dann bewegt sich auch der Brustkorb, daß läßt sich nicht voneinander trennen.
- Bewegung: Deshalb machen Sie das jetzt einmal, atmen Sie ein, schieben Sie den Bauch raus und lassen gleichzeitig den Brustkorb kleiner werden, dann lassen sie den Brustkorb größer werden und ziehen den Bauch ein.
- Wahrnehmung: Das ist dann wie eine Wippbewegung. Sie können eine Hand auf den Bauch und eine Hand auf den Brustkorb legen, dann spüren Sie wie das so hin- und herwippt.
- Versuchen sie es ganz flüssig zu machen, daß es ganz leicht hin- und hergeht. Um so flüssiger es geht, um so besser ist das Zusammenspiel der Muskeln, die am Atem beteiligt sind.
6. Bewegung: Atmen Sie jetzt so tief wie möglich aus, halten Sie den Atem fest und schieben Sie dann den Bauch vor und machen den Brustkorb kleiner, dann den Brustkorb größer machen und den Bauch einziehen.
- Wahrnehmung: Lassen Sie alle überflüssigen Bewegung weg, z. B. wenn Sie die Zehen noch anziehen oder die Oberschenkel anspannen, die Gesäßmuskeln. Wenn Sie das Gesicht verziehen dabei, lassen Sie diese Spannungen weg.
- Vielleicht geht es auch hier schon flüssiger. Kontrollieren Sie es wieder mit den Händen auf Bauch und Brustkorb.
- Vergleichen Sie wieder für sich, was geht leichter, mit dem ausgeatmeten Zustand oder mit dem eingeatmeten Zustand? Wie ist das mit dem Brustkorb, läßt der sich leichter bewegen als der Bauch? Wie flüssig ist die Bewegung geworden? Wie war das am Anfang, wie ist das jetzt?
- Ruhen Sie sich ein wenig aus und spüren Sie einmal, wieviel tiefer Sie jetzt schon einatmen. Wieviel Ruhe bringt ihnen dieses mehr an Lungenvolumen? Fühlen Sie sich jetzt ruhiger, vielleicht ein wenig gelassener? Bringt es nicht nur für das Gefühl etwas, sondern bringt es auch etwas für den Rücken? Wo gibt es Veränderungen, liegen Sie jetzt vielleicht etwas tiefer? Wie tief oder wie leicht geht jetzt der Atem?
- Vergleichen Sie auch noch einmal die Atembewegung, ist da an bestimmten Stellen jetzt mehr als vorher da war? Bewegen sich jetzt Stellen mit, die sich vorher nicht bewegt haben?
7. Ausgangsposition: Stellen Sie noch einmal die Füße auf, beugen die Knie.
- Bewegung: Wir kommen noch einmal zurück zu dieser Atemwippe, versuchen sie einmal, während Sie diese Wippbewegung machen, ganz flach weiter zu atmen.
- Wahrnehmung: Wenn Sie die Kehle offen lassen, können Sie spüren, wie ganz leicht die Luft rein und rausgeht.
- Sie müssen gar nicht aktiv atmen, sondern die Atmung geschieht beiläufig durch diese Wippbewegung, deshalb könnten Sie diese Bewegung eigentlich immer weitermachen.
- Ruhen Sie sich noch einmal aus und spüren: Wie ist jetzt der Kontakt mit dem Boden?
- Vielleicht fühlen Sie sich jetzt ein bißchen größer im Brustkorb- oder im Bauchbereich, Sie nehmen mehr Raum ein.
- Vielleicht brauchen Sie jetzt gar nicht so viel tun, um zu atmen. Dadurch, daß das Volumen größer ist, brauchen sie gar nicht so oft ein- und auszuatmen.
- Ist der Atem automatisch tiefer, ohne daß Sie etwas dazu tun müssen?
- Ausgangsposition: Rollen Sie sich über die Seite und kommen in den Stand hinein, suchen Sie den Kontakt mit dem Boden, schließen Sie die Augen.
- Wahrnehmung: Wie haben jetzt die Füße Kontakt, ist das so, wie Sie das kennen, ist das anders? Wie groß oder wie klein fühlen Sie sich im Moment?

Wenn Sie sich vorstellen, Sie hätten jetzt eine Auseinandersetzung, wie sicher würden Sie sich fühlen? Fühlen Sie sich sicherer als sonst, mehr mit dem Boden verbunden?
Ist der Atem auch noch etwas ruhiger, tiefer als Sie es gewohnt sind?

Testergebnisse des Fragebogens zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens (FAW)

A) Mittelwerte der einzelnen Skalen

1. Skala Zufriedenheit mit dem eigenen Körperzustand (ZU)

	Vorher			Nachher	
	n	x	s	x	s
1. Test	6	19,67	4,96	20,50	6,34
2. Test	7	20,57	5,73	21,57	8,8
3. Test	6	20,83	4,26	24,83	7,8

2. Skala Gefühle von Ruhe und Muße (RM)

	Vorher			Nachher	
	n	x	s	x	s
1. Test	6	23,67	2,98	27,83	5,87
2. Test	7	26,57	3,85	29,00	8,64
3. Test	6	25,17	4,41	28,17	5,93

3. Skala Gefühle von Vitalität und Lebensfreude (VL)

	Vorher			Nachher	
	n	x	s	x	s
1. Test	6	16,50	4,27	19,33	5,15
2. Test	7	19,71	5,55	20,71	7,70
3. Test	6	16,33	4,99	19,17	6,72

4. Skala Gefühle nachlassender Anspannung (NA)

	Vorher			Nachher	
	n	x	s	x	s
1. Test	6	15,67	6,34	21,17	2,54
2. Test	7	18,57	5,42	20,14	5,22
3. Test	6	17,67	3,04	21,83	3,53

5. Skala Genußfreude und Lustempfinden (G)

	Vorher			Nachher	
	n	x	s	x	s
1. Test	6	21,83	4,06	24,50	5,22
2. Test	7	24,57	6,57	27,29	9,04
3. Test	6	19,50	5,47	26,67	7,45

6. Skala Subjektive Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit (KR)

	Vorher			Nachher	
	n	x	s	x	s
1. Test	6	26,33	2,81	28,67	3,94
2. Test	7	28,57	6,11	28,57	6,82
3. Test	6	25,83	5,87	30,67	6,42

7. Skala Gefühle von Gepflegtheit, Frische und angenehmen Körperempfinden (GFK)

	Vorher			Nachher	
	n	x	s	x	s
1. Test	6	28,83	6,67	27,50	5,80
2. Test	7	29,57	6,23	30,14	7,81
3. Test	6	31,33	1,97	33,83	4,49

B) Einzelwerte der Teilnehmer (Anonym)

(Nur in der gedruckten Fassung)

C) Anstieg der Mittelwerte vom Vor- zum Nachtest in Prozent

	ZU	RM	VL	NA	G	KR	GFK
1. Test	+ 4,22	+ 17,57	+ 17,15	+ 35,10	+ 12,23	+ 8,89	- 4,61
2. Test	+ 4,86	+ 9,15	+ 5,07	+ 8,45	+ 11,07	+/- 0	+ 1,93
3. Test	+ 19,20	+ 11,88	+ 17,33	+ 23,54	+ 36,77	+ 18,74	+ 7,98