

# Paradigmenwechsel

„Was ist der Unterschied zwischen Physiotherapie und Kinaesthetics?“ Mit dieser Frage wird **Emile Sorel** häufig konfrontiert, weil er in der „Stiftung Wagerenhof“ in Uster (CH) zuerst als Physiotherapeut tätig war, jetzt aber als Kinaesthetics-Trainer in Vollzeit arbeitet. Im Folgenden stellt er dar, worin für ihn persönlich die wichtigsten Unterschiede liegen.

## Ich als Physiotherapeut ...

**Vom Behandlungsparadigma geleitet.** Die Physiotherapie ist geschichtlich eng mit der Medizin verbunden. PhysiotherapeutInnen wenden therapeutische Übungen zur Behandlung und Prävention von Dysfunktionen der menschlichen Bewegung an. Mit meinem beruflichen Hintergrund als Physiotherapeut trage ich dieses Behandlungsparadigma in mir. Es ist geprägt vom medizinischen Denkmodell. Es geht um das Lösen eines Problems der Bewegung, das Bekämpfen von Begleitsymptomen oder die Vorbeugung von Problemen mit bestimmten Übungen, Hilfsmitteln und Geräten. Es geht also durchaus um Anliegen, zu denen auch Kinaesthetics stehen könnte, wie z. B. um Kontrakturenprophylaxe, Tonusregulierung, Erhalt von Mobilität usw.

**Die Diagnosen ...** Am Anfang einer physiotherapeutischen Behandlung steht eine Diagnose. Bei solchen Diagnosen werden alle Störungen und Dysfunktionen mit einem Fachbegriff bezeichnet. Und in aller Regel orientieren sie sich, wie die folgenden Beispiele zeigen, an einem Defizit oder sozusagen an fehlender Normalität:

- Perinatale Hirnschädigung (Asphyxie)
- Schwere Intelligenzminderung mit Verhaltensstörungen
- Spastische tetraplegische, linksbetonte Zerebralparese
- Knick-Senkfüße, leichte beidseitige Spitzfuß-Stellung
- Eingeschränkte Sprachentwicklung

**... und die daraus abgeleiteten Ziele.** Auf einem Formular „Verordnung zur Physiotherapie“ werden verschiedene generelle Ziele der physiotherapeutischen Behandlung beschrieben wie:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion

- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der kardiopulmonalen Funktion
- Entstauung

Diese Behandelziele sind biomedizinisch begründet, werden einzeln definiert und scheinen voneinander losgelöst zu sein. Auf der Grundlage dieses Behandlungsparadigmas bekämpfte ich als Physiotherapeut hauptsächlich Symptome, und zwar für lange Zeit – mit mehr oder weniger Erfolg. Dadurch entwickelte sich in mir die Erkenntnis, dass mein (Be-)Handeln keinen Sinn machte, denn ich war nicht imstande, eine Brücke zwischen der Theorie und meiner persönlichen Erfahrung zu schlagen. Ich befand mich im Unwissen über die Wirkung meines (Be-)Handelns; nie hatte ich mich gefragt, wie sich das eigentlich anfühlt, wenn ich einen Menschen therapeutisch bewege oder von Geräten bewegen lasse.

**Eigenschaften der Behandlungen.** Unter dem Behandlungsparadigma bewegte ich den Körper der BewohnerIn, ich mobilisierte z. B. ihren hemiplegischen Arm. Mein Fokus lag dabei auf ihrer Muskelspannung und nicht auf meiner eigenen Spannungsregulation. Meine Bewegungsanleitungen waren klar definiert und einförmig. Sie zeigten keine Variation, es fehlte die Offenheit, sich auf die aktuelle Situation bzw. neue Entwicklungen einzulassen. Ich selbst behandelte die BewohnerIn in ziemlich starren Bewegungsmustern meinerseits; entweder arbeitete ich im Stehen oder im Sitzen.

Meine Behandlungen fanden im Physiotherapieraum statt, also losgelöst von der Wohn- und Arbeitsumgebung, und nur selten im Beisein von MitarbeiterInnen der Wohngruppe. Die Behandlung war losgelöst vom funktionalen Kontext der alltäglichen Bewegung der BewohnerIn; es fanden einseitige Manipulationen an ihr statt, die keinen Bezug zu ihrem Alltag hatten.

Die Ziele wurden einseitig von mir bzw. der

---

## Konzeptsystem

Ein kleiner Streifzug durch das Konzeptsystem von Kinaesthetics soll verdeutlichen, wodurch mein Verhalten als Physiotherapeut, der sich am Behandlungsparadigma orientiert, charakterisiert wurde.

Meine Wahrnehmung ist hauptsächlich auf visuelle Reize fokussiert. Wenig Beachtung schenke ich dem kinästhetischen Sinnessystem. Es erlaubt mir die Wahrnehmung von Muskelspannung in mir, die übrigens nicht als direkte Wirkung der Interaktion mit der BewohnerIn gesehen wird, sondern eher als eine allgemeine Form der Anstrengung, die wesentlich von mir selbst abhängig ist.

Die Bewegungselemente Zeit, Raum und Anstrengung werden von mir bestimmt; direkt durch körperliche Manipulation oder auch indirekt durch das Einstellen von verschiedenen Parametern an physiotherapeutischen Geräten (z. B. Bewegungstempo bzw. -geschwindigkeit oder -widerstand).

Die Interaktionsform wird von mir bestimmt und ist hauptsächlich einseitig: Ich bewege die BewohnerIn, d. h., ich führe ihre Bewegungen, oder eine Maschine übernimmt das für mich. In der Bewegungsinteraktion leite ich die Gestaltung von Zeit, Raum und Anstrengung, die BewohnerIn folgt meinen Vorgaben.

Ich betrachte die menschliche Anatomie hauptsächlich unter dem Aspekt der „Defekt-Behebung“. Dazu ein Beispiel: Die BewohnerIn XY hat eine Beugekontraktur in der linken Hand aufgrund einer Spastizität. Dadurch ist sie nicht imstande, Gewicht auf ihre Handfläche abzugeben. Bei einer solchen Diagnose wird das Ziel der Behandlung als „Tonus-Regulierung“ umschrieben. Dies geschieht mithilfe von sogenannten passiven Bewegungen („den Arm durchbewegen“) und dem Verordnen einer Handschiene. Im Grunde genommen wird hier die Absicht verfolgt, dass ihre Anatomie durch äußeres Einwirken einen „Soll-Wert“ erreicht.

Ich betrachte die Position oder Körperhaltung eines Menschen tendenziell als einen stabilen Zustand, der in einer beschreibbaren „Idealform“ gehalten werden muss. Ich berücksichtige die Perspektive, dass Sitzen, Stehen oder Liegen Bewegungsaktivitäten sind, kaum.

Die Grundpositionen als Modell der motorischen Entwicklung bzw. das Modell der „Hierarchie der Kompetenzen“ zeigt auf, dass ich dazu neige, ein „Entwicklungsstadium“ zu überspringen, indem ich z. B. einer BewohnerIn, die noch weit davon entfernt ist, selbstständig sitzen zu können, ein Stehbrett anbiete oder mit jemandem das Gehen trainiere, der sich in den einfacheren, tieferen Positionen nicht gehend fortbewegen kann.

Ich fokussiere mich beim Thema Fortbewegung tendenziell auf die gehende Fortbewegung aus stehender Position. Fortbewegung in und aus den tieferen Grundpositionen heraus ist kaum ein Thema.

therapeutischen Absicht einer Maßnahme definiert und die Frage, ob und was die BewohnerIn beim Ganzen für sich lernt, stand nicht im Zentrum.

Weil ich meist keine gemeinsame Absicht mit der BewohnerIn verfolgte, sondern nur meine Intentionen einseitig umsetzte, stand nicht im Vordergrund, dass ich mich bzw. meine Bewegungskompetenz an ein Gegenüber anpasse. Eine differenzierte Selbst- bzw. Bewegungswahrnehmung spielte vordergründig keine Rolle. Mein Verhalten und mein Handling wurden von Annahmen, Modellen und Theorien bestimmt und nicht von Erfahrungen meiner eigenen Bewegung.

Auf diesen Grundlagen ist es schwieriger, sich Informationen über die Wirksamkeit seines Angebotes zu verschaffen, weil die Frage, ob die BewohnerIn sich der Absicht einer physiotherapeutischen Übung anschließt, gar nicht gestellt wird. Bei dem Behandlungsparadigma geht es nicht darum, dass die BewohnerIn eine Aktivität nachvollziehen kann und lernt, wie sie diese möglichst selbstständig verrichten kann. Die Tatsache, dass die BewohnerIn ganz andere Absichten haben kann als diejenigen, die mit bestimmten Übungen verfolgt werden, wird leicht übersehen.

Dass die Verantwortung in vieler Hinsicht ausschließlich bei mir als Begleitperson lag, ließ bei mir eine Kluft zwischen Handeln und Wirken entstehen. Es stellte sich damit für mich die Frage nach dem Sinn.

## ... und ich als Kinaesthetics-Trainer

**Sinnhaftigkeit und Entwicklungsparadigma.** Aufgrund dieser Frage entstand bei mir der Wunsch, mehr Sinn in meine Arbeit hineinbringen zu können. Zu Beginn meines Bildungsweges in Kinaesthetics habe ich versucht, es unter dem Behandlungsparadigma zu benutzen: Ich suchte nach neuen Tricks und Techniken, die ich anwenden könnte, um Lösungen finden zu können. Erst allmählich fand eine Wandlung statt in Richtung von Entwickeln und Lernen.

Immer noch tappe ich manchmal in die Falle des Lösungsbringers, wenn es darum geht, MitarbeiterInnen bei ihren Lernprozessen mit Kinaesthetics zu begleiten. Häufig komme ich in Situationen, in denen von mir eine Vorzeigerolle verlangt wird. Dieser Versuchung zu widerstehen und den







Fragen nachzugehen, was es in dieser Situation braucht und wie wir miteinander eine Lernumgebung gestalten können, erachte ich als eine der größten Herausforderungen. Der Prozess vom „Behandeln“ zum „Entwickeln“ ist ein langsamer Vorgang mit Erfolgen und Rückschritten.

### Konzeptsystem

Ein zweiter Streifzug durch das Konzeptsystem soll verdeutlichen, wodurch mein aktuelles Verhalten charakterisiert wird, bei dem ich mich auf das Entwicklungsparadigma zu stützen versuche.

Bei Bewegungsinteraktionen orientiere ich mich an meiner kinästhetischen Sinneswahrnehmung, natürlich in Kombination mit dem visuellen und anderen Sinnen. So merke ich viel besser, ob die BewohnerIn bereit ist, an einer Aktivität teilzuhaben.

Dies hat zur Folge, dass auch das Bewegungselement der Zeit sich ändert. So stelle ich immer wieder fest, wie Zurückhaltung meinerseits (sprich abzuwarten, mehr Zeit zur Verfügung zu stellen) eine Zunahme der Bewegungsautonomie der BewohnerIn zur Folge hat. Die „zusätzliche“ Zeit innerhalb der Bewegungsinteraktion führt zudem zu merkbar weniger Anstrengung für beide Interaktions-PartnerInnen. Zugleich folge ich der Bewegung der BewohnerIn und führe sie nicht nur; dadurch ändert sich auch die Interaktionsform.

Die aktuelle Anatomie, die durch die Ressourcen der BewohnerIn gegeben ist, kann sich als funktionale Struktur entwickeln. So darf sich Herr XY auf seinen Handrücken abstützen und muss nicht zwingend seine Handfläche dazu benutzen. Der Muskeltonus reguliert sich autonom in funktionalen Aktivitäten in einer den BewohnerInnen angepassten Interaktionsform.

Neben den – von außen gut erkennbaren – großen Bewegungen spielen nun auch kleinere, unwillentliche Bewegungen und die Gewichtsorganisation eine wichtige Rolle. Insbesondere bei Menschen mit schwersten körperlichen Beeinträchtigungen, einer hohen Körperspannung und auf den ersten Blick wenig willentlichen Bewegungsmöglichkeiten bringt die Differenzierung von Haltungs- und Transportbewegung in der Bewegungs-Anleitung eine deutliche Zunahme der eigenen Bewegungsmöglichkeiten und der Selbstbestimmung mit sich.

Das Kinaesthetics-Instrument der „Hierarchie der Kompetenzen“, das vom Modell der sieben Grundpositionen ausgeht, bildet die Basis der Unterstützungsangebote. Dabei sind Leitfragen, wie das Gewicht der Körperteile in der Schwerkraft organisiert und kontrolliert wird und wie sich die individuelle Bewegungskompetenz einer BewohnerIn in und zwischen diesen Grundpositionen entwickeln kann.

Doch wenn ich jetzt die Absicht verfolge, unseren BewohnerInnen zu ermöglichen, ihre Lernschritte zu machen, stelle ich fest, dass ich weniger ausgepumpt bin und mein Unterstützungsangebot als sinnvoll erfahre: Die BewohnerIn erlernt selbstständigeres Handeln oder zumindest ein aktives Partizipieren an einer gemeinsamen Bewegung. Ihr soziales Umfeld wird aktiv einbezogen und freut sich ebenfalls über die erreichten Fortschritte.

**Eigenschaften der Interaktionen.** Aus der Interaktion mit der einzelnen BewohnerIn ergibt sich meine eigene Bewegung. Durch sie gewinne ich ein Bild der Bewegungsmuster, die vorhanden sind und sich im Laufe der Zeit gefestigt haben. Anders als beim Behandlungsparadigma verschaffe ich mir auch Wissen durch Erfahren und Merken aus meiner Innenperspektive.

Im Gegensatz zu früher finden meine Bewegungsinteraktionen – wenn möglich und sinnvoll – in allen und durch alle Grundpositionen hindurch statt; ich benutze die Spielräume meines Körpers vielfältiger. Lernangebote für die BewohnerInnen mache ich nicht nur im Physio-Raum, sondern auch auf der Wohngruppe. Im Rahmen des Bildungsprojekts „Kinaesthetics“ in unserer Institution erhalten die MitarbeiterInnen im Rahmen von Grund- und Aufbaukursen eine einmalige Praxisbegleitung. Die sogenannten Kinaesthetics-VermittlerInnen erhalten monatlich eine solche Begleitung.

Dadurch sind weitere Kreise entstanden, die sich aktiv an der Gestaltung von Lernumgebungen für die BewohnerInnen beteiligen. So entstehen Synergien zwischen den MitarbeiterInnen von Tagesstrukturen und Ateliers sowie jenen der Wohngruppen. Dadurch wird ein interkollegialer Dialog gefördert und unterstützt. Mit meiner Rolle als Kinaesthetics-Trainer innerhalb dieses Bildungsprojekts ist eine Vielzahl von Aktivitäten und Vernetzungen mit BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Kinaesthetics-VermittlerInnen sowie anderen Institutionen in der Umgebung verbunden.

**Zurückhaltung in Anwesenheit.** Meine Unterstützung von BewohnerInnen ist viel mehr auf aktive Partizipation ausgerichtet. Der Faktor Zeit spielt für mich eine signifikant bedeutendere Rolle. Insgesamt brauche ich nicht mehr Zeit, sondern setze die verfügbare Zeit so ein, dass sie zu mehr Bewegungsautonomie der BewohnerInnen führt. Meine Rolle in dieser Qualität der Zeit



definiere ich als „Zurückhaltung in Anwesenheit“.

Die Berührungsqualität verbinde ich mit den Stichworten „weniger, weicher und wirksamer“ im Vergleich mit der früheren „manipulativen“, stark führenden Unterstützung. Dies führt auch dazu, dass ich als Hilfesteller nach der Arbeit nicht erschöpft bin: Die Interaktion wird nicht mehr einseitig von mir gestaltet, sondern gemeinsam. So hat sich meine Arbeit zu einem freudvollen Ereignis entwickelt, bei dem ich wieder den Sinn entdecken kann.

**Ausblick.** Der größte Gewinn, seit ich mit Kinaesthetics unterwegs bin, ist die Wirkung, und dies sowohl bei BewohnerInnen als auch bei den Mitarbeitenden. Dazu zwei Beispiele:

Bewohnerin XX, die über Jahrzehnte von zwei Mitarbeitenden in den Rollstuhl gehoben wurde, hat – mit sichtbarer Kompetenzwirksamkeit – gelernt, dies unter Anleitung einer MitarbeiterIn zu tun.

Bewohner XY wurde über Dezennien über seine linke Hüfte aufgenommen, obwohl dort Hüftkopf und Oberschenkelhals entfernt worden waren. Hier hilft mir auch das „Wissen“ des Physiotherapeuten, das mir sagt: Auf der linken Hüftseite gibt es keinen kongruent gebildeten Zwischenraum. Bisher reagierte der Bewohner einerseits mit erhöhter Körperspannung und wollte schnellstmöglich aus dieser Lage erlöst werden. Auf der anderen Seite waren die MitarbeiterInnen überfordert und fanden bei der Konfrontation mit dieser erhöhten Körperspannung keinen Weg, bei dem sie sich selber nicht überlasteten. Mittlerweile hat dieser Bewohner gelernt, sich unter Anleitung auf die rechte Seite zu drehen, und kann beim Aufsitzen mit den Armen mitwirken, statt sich um den Hals der MitarbeiterIn zu klammern.

Es ist auch von Bedeutung, über verbale Kommunikation den Kontext der Aktivität für BewohnerInnen klarzustellen. Grundsätzlich habe ich gemerkt, wie wichtig es ist, eine Brücke zwischen der BewohnerIn und der Bedeutung der Aktivität, in der ich sie anleiten will, zu schlagen, damit sie ihre zirkulären Selbstregulationsprozesse bewusster steuern lernen kann.

Die größte Erkenntnis in meiner persönlichen und beruflichen Entwicklung kreist um die folgenden Begriffe:

Die anfängliche Leere, eine unbequeme Leere; daraus die Sehnsucht; daraus das Wissen; daraus die Enttäuschung; daraus die Erkenntnis; daraus die Leere, aber eine sinngebende Leere.



Und dann fängt der ganze Zyklus wieder von vorne an mit einem anderen Thema oder in einem anderen Setting, aber nicht von vorne, weil mittlerweile Vertrauen gewachsen ist – und genau dieses Vertrauen bildet die dritte Dimension dieser „Lernspirale“.

Ich möchte meinen Artikel mit zwei Gedanken abschließen, die mir wichtig geworden sind:

- Wenn mein Wissen nicht aus der Erfahrung stammt, wächst die Kluft zwischen Handeln und Wirken.
- Wenn mein Wissen aus der Erfahrung stammt, weiß ich, was ich tue, finde darin Sinn und es kann Vertrauen für neue Situationen wachsen.



**Der Autor:**

Emile Sorel ist Physiotherapeut und Kinaesthetics-Trainer. Seit Januar 2016 hat er eine Vollzeitstelle als Fachperson für Kinaesthetics in der „Stiftung Wagerenhof“, Uster (CH).

**Stiftung Wagerenhof**

Die Stiftung Wagerenhof in Uster bietet 225 Menschen mit geistiger und teils schwerster körperlicher Beeinträchtigung ein lebenslanges Zuhause. Sie finden im „Wagerenhof-Dörfli“ einen vielgestaltigen Lebens- und Arbeitsraum. Die Ateliers, die Gärtnerei mit Blumenladen, die Landwirtschaft, Gastronomie, Wäscherei oder Technik bieten Arbeits- und Beschäftigungsplätze. Mit seinen Betrieben und öffentlichen Veranstaltungen ermöglicht der Wagerenhof Begegnungen und Beziehungen zum Umfeld.

[www.wagerenhof.ch](http://www.wagerenhof.ch)