

Integrative Bewegungstherapie

Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert*, *Apostolos Tsomplektis*, *Hilarion G. Petzold*, *Martin J. Waibel*

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),
Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;
Hermann Ludwig, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 04/1992

Die Behandlung einer psychosomatisch bedingten Dysästhesie auf der Grundlage der Psychotonik nach Glaser

*Matthias Glatzer, Hamburg **

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 2/1992

* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Zusammenfassung: Die Behandlung einer psychosomatisch bedingten Dysästhesie auf der Grundlage der Psychotonik nach Glaser

Der Artikel gibt anhand einer ausführlichen Fallstudie Einblick in die Atem- und Leibtherapie nach Prof. Dr. med. V. Glaser. Das Verfahren, das Glaser bereits in den 1930er Jahren entwickelte und seither im Rahmen seiner Forschungstätigkeit theoretisch und praktisch fundiert hat, wird "Psychotonik" genannt. Der Name bezieht sich auf den engen Zusammenhang zwischen seelischen und gefühlsmäßigen Vorgängen und der neuromuskulären Regulation des Tonusgeschehens.

Zum besseren Verständnis der Fallstudie werden die Grundprinzipien der Psychotonik kurz erläutert. Zur Vertiefung wird der interessierte Leser auf die einführende Literatur verwiesen.

Schlüsselworte: Glaser, Psychotonik, Dysästhesie, Leibtherapie.

Summary: The treatment of psychosomatic dysesthesia based on the psychotonic Glaser

The article provides an in a depth case study on breath and skin therapy according to Prof. Dr. med. med. V. Glazier. The process, which Glaser developed as early as the 1930s and has since been theoretically and practically grounded in his research activities, is called "psychotonic". The name refers to the close relationship between emotional processes and the neuromuscular regulation of the tonus.

To better understand the case study, the basic principles of psychotony are briefly explained. For further information, the interested reader is referred to the introductory literature.

Keywords: Glaser, Psychotonik, Dysaesthesia, Leibtherapie, Body therapy.

Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB und dem Autor. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Autors / der DGIB (www.iblt.de)

Der folgende Artikel gibt anhand einer ausführlichen Fallstudie Einblick in die Atem- und Leibtherapie nach Prof. Dr. med. V. Glaser. Das Verfahren, das Glaser bereits in den 30er Jahren entwickelte und seither im Rahmen seiner Forschungstätigkeit theoretisch und praktisch fundiert hat, wird "Psychotonik" genannt; der Name bezieht sich auf den engen Zusammenhang zwischen seelischen und gefühlsmäßigen Vorgängen und der neuromuskulären Regulation des Tonusgeschehens.

Zum besseren Verständnis der Fallstudie werden die Grundprinzipien der Psychotonik kurz erläutert; zur Vertiefung sei der interessierte Leser auf die einführende Literatur verwiesen (Grossmann-Schnyder 1987, Moorhoff 1987).

1.0 Kurzer Abriss der Psychotonik

Grundlage der Psychotonik sind die leib-seelischen Phänomene und neuromuskulären Prozesse, die entstehen, wenn der Mensch seiner Umwelt begegnet und auf sie absichtsvoll einwirken will. "Im Vordergrund unserer Betrachtungsweise hat aber immer die Gesamtverhaltensweise zu stehen, also die Art, wie der Mensch sich in seine Welt stellt" (Glaser zit. n. Grossmann-Schnyder 1987, S.11). Glaser stützt sich dabei u.a. auf die Auffassungen von Buber, Marcel und Binswanger. Physiologisch untersuchte Glaser die Regulation des Atems und des Muskeltonus bei sog. intentionalen Bewegungen, d.h. bei natürlichen Bewegungen, die "an die ganz persönliche, eigenständige Intention der Hinwendung und damit primär an einen positiven psychischen Vorgang gebunden sind" (Glaser 1990).

Dieser Umweltbezug und die damit verbundene Ausweitung des Raumgefühls wird Transsensus ("Über sich hinausspüren") genannt, die neuromuskulären Lösungsvorgänge dabei heißen Obtentus ("Hinwendung"). Im übrigen gelten in der Psychotonik auch aggressive, kämpfende Auseinandersetzungen als Hinwendung, nicht dagegen Flucht- und Abwehrverhalten. Letztere haben zwar auch Umweltbezug ("fliehen vor etwas"), verneinen aber die Umweltzuwendung. Hier finden sich Übereinstimmungen mit Reich (1985), der das Abwehrverhalten ebenfalls mit Muskelspannungen bzw. -panzer in Verbindung brachte.

Neben der Ausarbeitung des umfangreichen neuromuskulären Modells intentionaler Bewegungen systematisierte Glaser außerdem den seelischen und emotionalen Sinngehalt bestimmter Bewegungs- und Haltungsmuster. Ergebnis war das differenzierte KeiRaKu-System, das Parallelen zum

chinesischen Meridiansystem hat: "Bei einigen Ausdrucksformen, die mit Hinwendung auf die Umwelt verbunden waren, stellte sich ein Fließ- und Wärmegefühl im Verlauf der Meridianlinien ein. Gleichzeitig veränderte sich die Atmung in ganz besonderer Weise. Bei anderen Ausdrucksformen kehrten sich die angenehmen Gefühle ins Gegenteil um, und zwar dann, wenn sie eine Kontaktverneinung zum Inhalt hatten. So konnte ich im Laufe der Zeit zwischen Evolutions- und Involutionsformen unterscheiden, die beide eindeutig und reproduzierbar Zusammenhänge zwischen Meridianverlauf, Verhaltensthema, Muskelfunktion und Atemveränderung erkennen lassen" (Glaser 1984). Detaillierte Darstellungen des KeiRaKu-Systems finden sich u.a. in Glaser (1987,1988,1990).

2.0 Fallstudie "Frau N."

Die Therapie mit Frau N. stützte sich in der Hauptsache auf den nonverbalen Kontakt über Bewegen und Berühren. Parallel fanden allerdings psychotherapeutische Gespräche statt, um die durch die körperliche Behandlung angeregte seelische Thematik in den Prozeß zu integrieren. Gerade durch die Verknüpfung verbaler und nonverbaler Therapieverfahren lassen sich erfahrungsgemäß auch Personen behandeln, bei denen ein hoher Grad an Abspaltung zwischen psychischem und somatischem Geschehen bzw. Leiden besteht. Im folgenden sind die Hintergrund-Informationen aus der Anamnese zum besseren Verständnis zusammengefaßt:

2.1 Hintergrund-Informationen

2.1.1 Anlaß zum Erstkontakt

Frau N. wandte sich an mich wegen einer psychosomatisch und körperorientierten Psychotherapie mit dem Ziel, Beschwerdefreiheit hinsichtlich ihrer Taubheitsgefühle und Dysästhesien im linken Arm und Schulterbereich zu erlangen. Hinzu kamen Schmerzen im rechten Bein. Der behandelnde Facharzt kam zu dem Ergebnis, daß ihre Beschwerden vornehmlich seelisch bedingt seien, da eine organische Ursache fehle.

2.1.2 Anamnese der aktuellen Lebensbedingungen

Als Tänzerin im Ballett der Staatsoper war Frau N. stark durch das Symptom beeinträchtigt, sie konnte es aber zur Zeit noch willentlich überspielen. Frau N. stand unmittelbar vor existentiellen Entscheidungen in persönlicher wie beruflicher Hinsicht, erlebte sich demgegenüber aber hilflos und ambivalent. Zum einen mochte sie die Beziehung zu ihrem im Ausland lebenden Partner intensivieren und ggf. dorthin ziehen, zum anderen hatte sie mehrere Angebote für Engagements in anderen deutschen Städten erhalten. Ihre ältere Schwester drängte sie massiv, ein bestimmtes, für die Karriere wichtiges Angebot anzunehmen. Das Engagement wäre aber in einer ihr unbekanntem und langweiligen Stadt. Frau N. fühlte sich derzeit gezwungen, Neues und vor allem Eigenes zu wagen, erlebte sich gleichzeitig aber sehr unsicher und handlungsunfähig "wie ein Kaninchen vor der Schlange".

2.1.3 Familiärer und sozialer Hintergrund

Frau N. ist jüngste Tochter einer 5-köpfigen Bauernfamilie aus dem Süden. Der Kontakt zu den Eltern und dem Bruder beschränkt sich auf gelegentliche Familientreffen; sie steht aber in engem Kontakt mit ihrer älteren Schwester. Frau N. fühlt sich sehr mit ihrer Heimat und der Familie ver-

bunden; die Großstadt ist ihr fremd. In ihrem Ensemble hat sie ein bißchen eine Ersatzfamilie gefunden. Andere Freunde habe sie nicht. Die Familie hat ihr viele Wege geebnet und gebahnt, tat dies aber zu frühzeitig, so daß Frau N. keine eigenständige Ablösung aus der Familie vollziehen konnte. Dadurch verfügt sie nicht ausreichend über die notwendige Sicherheit und die Kraft, ihr Schicksal "in die eigene Hand zu nehmen".

2.1.4 Körperorientierte Anamnese:

Die gesamte linke Seite von Frau N. erscheint unbewegt und unlebendig. Es existiert eine abwehrende Haltung mit hoher muskulärer Spannung im Arm- Nacken- und Schulterbereich, die sich bei Kontakt zu einer abwendenden Rückzugsbewegung steigert. Psychotonisch gesehen mangelt es ihr hier an Kontaktbereitschaft, was sich sensumotorisch durch eine hypertone Fehlregulation des Bereitschaftstonus der Muskulatur bemerkbar macht.

Probleme auf der linken Seite begleiteten Frau N. schon seit früher Jugend, sie empfand sich immer ein bißchen linkisch und war häufig gezwungen, den linksseitigen Zugang zur Außenwelt über die linke Seite ganz bewußt und willentlich zu suchen. Beim Tanzen machten sich diese Schwierigkeiten aber hauptsächlich nur dann bemerkbar, wenn sie sich entweder schlecht fühlte oder gerade wenn sie mit jemandem gerne tanzte. Rechts dagegen gelingen ihr Bewegungen und Handlungen relativ spontan und geschmeidiger.

2.2 Vorläufige Diagnose / Ausgangspunkt der Behandlung

Allgemein beziehen sich Diagnosen in der Psychotonik auf das Kontaktverhalten eines Menschen zu einem anderen und darauf, wie sich dabei die psychomotorische Regulation verhält. Es werden also keinerlei objektivierend- distanzierte Diagnosen körperlicher Defizite oder Persönlichkeitseigenschaften vorgenommen. Vielmehr hat der Therapeut aktiv und von sich aus die Begegnung mit dem Patienten zu suchen. Aus den hierbei gemachten Beobachtungen und taktil-kinetischen Erfahrungen werden dann therapiebegleitende Diagnosen erstellt als Ausgangspunkte weiterer Behandlungsschritte.

Die Diagnosen erfolgen systematisch und differenziert anhand der Atemphänomene und der Tonusregulation des Patienten und werden interpretiert anhand des KeiRaKu-Systems von Glaser (Glaser 1964, 1988). So kennt die Psychotonik beispielsweise verschiedene spezifische Formen der Tonusregulation: ob ein Mensch sich gegen den Kontakt sperrt (hyperton), sich entzieht (hypoton), indifferent ist (keine Tonusveränderung, eher wächsern) oder den Kontakt bejaht (Lösungsphänomene, sog. "Obtentus" n.Glaser 1990). Ähnliches gilt für die Atemphänomene und Bewegungsabläufe.

Eins der wichtigsten Kriterien für ein seriöses (leib-)therapeutisches Verfahren ist damit erfüllt: die Diagnosen sind ebenso wie die daraus abgeleiteten Behandlungsschritte für andere beobachtbar und nachvollziehbar; die Interpretationen anhand des psychophysiologischen KeiRaKu-Modells können ebenfalls überprüft und diskutiert werden, da auf Glaubensfragen und mystische Spekulationen verzichtet werden kann.

Die Ausgangsdiagnose wird relativ allgemein gehalten; sie geht bereits aus der Körperorientierten Anamnese (s. 3.1.4) hervor: Zu beobachten ist eine Zurückgezogenheit mit linksseitiger Dominanz und Schwerpunkt im kommunikativen Gebiet (Involutionshaltung in der Rumpfmittle n. Glaser 1988). Die starken Kontraktionen der Muskulatur deuten auf eine Abwehrhaltung hin ("gegen et-

was"). In diesem Zusammenhang sind auch die körperlichen Beschwerden als Zeichen eines Fehlverhaltens zu sehen: Über das Abwehr-Thema wird auch der Zusammenhang zwischen linkem Arm (und angrenzenden Gebieten) und rechtem Bein deutlich; letzteres hat eine wichtige Stützfunktion bei der Abwehr nach links und wird hierbei starken Verkrampfungen ausgesetzt. Weitere prozeßbegleitende Diagnosen finden sich in den Stundenbeschreibungen.

2.3 Therapie

2.3.1 Allgemeines Konzept und Ziel der Behandlung.

Da das Symptom Ausdruck einer sinngebundenen (Fehl-)Verhaltensweise ist und funktionalen Charakter besitzt, erfolgt die Therapie zweigleisig auf verbalem und körperorientiertem, nonverbalen Wege, d.h. es erfolgt ein systematischer und sorgsamer Wechsel zwischen körperlicher Ausdrucksgestaltung und Gesprächen über die dabei auftauchenden psychischen Inhalte. Ziel der Therapie ist, die Entscheidungskompetenz Frau N.s zu stärken und ihr die Ablösung aus der familiären Bindung hin zu ihrer Eigenständigkeit zu ermöglichen. Parallel dazu wird die Thematik: "Auf den eigenen Beinen stehen und das Eigene zum Ausdruck bringen bzw. das eigene Leben in die Hand nehmen" auch im körperlichen Ausdruck aktiv gefördert. Insbesondere über taktil-kinetische Kontaktangebote wird versucht, Frau N. zu einer auch linksseitig aktiven Bezugnahme zur Außenwelt zu motivieren; so wird eine elastische Tonisierung der Muskulatur in den beeinträchtigten Gebieten zu erzielen sein bei gleichzeitiger Behebung der Symptome.

2.3 2 Stundenverlauf / Therapieprozeß

1. und 2. Stunde : Anamnese und erste Begegnungen

Anfangs wurde die o.g. Anamnese erstellt. Zunächst führten Patientin (P.) und Therapeut (Th.) ein Gespräch. Es konnten viele Informationen gesammelt werden, aber es fand sich kein nennenswerter bzw. fühlbarer Zusammenhang zwischen den genannten Konflikten, Gefühlen und dem Symptom. Vielmehr blieb alles in einer gewissen Beliebigkeit, und das Gespräch drohte, einen unverbindlichen Charakter anzunehmen.

Soweit erkennbar, war dies nicht auf eine aktuelle Beziehungsstörung zwischen P. und Th. zurückzuführen. Vermutlich war einfach das Sprechen über körperliche Phänomene der falsche Weg, um zu einer Begegnung zu kommen. So suchte der Therapeut die Begegnung über Berührung und "Kommunikatives Bewegen" (taktil-kinetischen Ebene).

Auch für eine routinierte Tänzerin ist es nicht selbstverständlich, sich berühren zu lassen; zudem ist es ein Unterschied, ob sie im Rahmen einer Choreographie oder in einer direkten Begegnung taktilen Kontakt hat. Sicherlich könnte Frau N. berufsbedingt eine gewisse Abwehr überspielen, ein solches "Tun als ob" gelingt aber nicht im unmittelbaren Berührungskontakt; denn an der Tonusregulation im Berührungsgebiet kann der Th. sehr genau die innere Haltung zum Kontakt erspüren.

Der nächste Schritt bestand also darin herauszufinden, wie sich die Beschwerden der Patientin im unmittelbaren Miteinander äußern. So wurden Übungen aus dem "Kommunikativen Bewegen" und aus dem "Verbal-taktilem Eutonieaufbau" (s.Glaser 1990) verwendet. Im Kommunikativen Bewegen kommt es darauf an, das eigene Verhalten jeweils auf den Partner abzustimmen, d.h. nicht

im bezugsleeren Raum einzelne Bewegungsübungen zu vollziehen, sondern sich gemeinsam mit dem anderen zu bewegen, den anderen zu bewegen oder sich von ihm bewegen zu lassen.

Beim verbal-taktilen Eutoniefbau wird die Fähigkeit einer Person angesprochen, ohne Bewegung zu einem anderen hinzuspüren (Transsensu). In beiden Verfahren kann der Therapeut an den sensorischen Phänomenen (muskulärer Obtentu) erkennen, wo die Patientin ihm gut begegnen konnte und wo weniger gut. Zugleich ist es möglich, über die Qualität des Körperkontakts ansatzweise den emotionalen und thematischen Hintergrund des Verhaltens erspüren.

Die verschiedenen Berührungen und Bewegungen begannen zunächst am Rücken und rechts also in Gebieten, wo der Kontakt leichter fällt. Belastende, kräftige Begegnungen ("Dem anderen standhalten") wechselten sich mit sanfteren ("Sich dem anderen zuneigen") ab. Den linksseitige Kontakt gestaltete Frau N. mit einer verwirrenden Mischung aus Gegenhalten ("eckiger" Arm), Sich Wegziehen (eingezogener Hüftbereich) und einer "Wackeligkeit" im linken Bein, dagegen einer fast starren Festigkeit im rechten Bein. Ansatzweise traten diese Phänomene auch bei dem Kontakt über die rechte Körperseite auf. Am leichtesten gelang Frau N. der Kontakt über den Rücken.

3. bis 6. Stunde : Stabilisierung der leibtherapeutischen Begegnung im Berühren und Bewegen

Entscheidend in der Psychotonik ist nun, aus den taktil-kinetischen Erfahrungen den Sinngehalt zu entwickeln und alle weiteren Übungen mit einem inhaltlichen Thema zu unterlegen:

(1) Wenn sich Frau N. so verhält, wie lautet ihre Einstellung zu diesem Kontakt, wie läßt sich ihre Beziehungsgestaltung benennen?

(2) Wie muß ich als Therapeut meinen Kontakt zu ihr inhaltlich gestalten, welche Art von Begegnung muß ich anbieten, damit unser Kontakt unmittelbar und unverzerrt ist und damit die Tonusregulation in den beeinträchtigten Gebieten angeregt wird?

Da Frau N. am besten über den Rücken Kontakt zu mir halten konnte, wurde weiterhin über Bewegungsübungen und Atemmassage kräftig und dynamisch gearbeitet. Entsprechend dem KeiRaKu-System erfolgte der Kontakt zur Außenwelt über die Gebiete von Blasen- und Dünndarm-Meridian (BL, DÜ). Es zeigt sich, daß die Grundvitalität bei Frau N. nicht sonderlich beeinträchtigt war; so machte es ihr geradezu Spaß, sich in die Welt hineinzudrängen und ihren Lebensraum zu beanspruchen. "Durch die Stoßkraft der Beine schafft sich der Mensch seinen Raum und hält Fremdes auf Abstand. Mit den Armen kann er besitzergreifend Ansprüche stellen. Der (...) Rücken nimmt alle Schwierigkeiten des Lebens auf sich, um sie mit kreativer Impulsivität und Durchsetzungsfähigkeit zu meistern" (Glaser 1988,S.136).

Erst als auf diese Weise Frau N. ihre Daseinsberechtigung vital erfahren und ohne innere Zweifel zum Ausdruck bringen konnte, wandten wir uns dem problematischen Seiten-Thema zu. Eingezogene (kontrahierte) Körperseiten verneinen im Wesentlichen mitmenschliche Kontakte, ein Miteinander-Sein. Emotional entspricht eine solche Haltung gefühlsmäßiger Starrheit ("Nichts soll sich bewegen und verändern") und Einsamkeit ("Ich gehöre nicht dazu").

Um über die Seiten wieder ein positives Kontaktverhalten anzubahnen, sind sowohl dynamische Bewegungsübungen mit spielerischem, wechselhaftem Charakter angezeigt, wie auch Übungen, die schwerpunktmäßig das ruhige Hinspüren zum anderen entwickeln und das Aufgehobensein in einer

gemeinsamen Runde thematisieren. Der dynamische Aspekt (Meridiane 3E und GB) hat das Thema: Neues kennenlernen, Vorwärtsgelangen, immer an der Welt körperlich dranbleibend mal hierhin, mal dorthin gehen. Ziel ist die Fähigkeit, angstfrei mit der Tatsache umzugehen, daß sich alles und jedes in ständigem Wandel befindet. Der statische (ruhende) Aspekt (Meridiane LE und KS) hat das Thema: Sich angleichen, austauschen, sich in andere einfühlen, sich als Teil einer sozialen Gruppe fühlen können, zugehörig sein, ohne sich aufzulösen und ohne dominieren zu wollen. Bildhaft gesprochen wäre der dynamische Aspekt der Wind, der um die Bäume streicht, während der ruhende Aspekt die Bäume sind, die sich dem Wind hinneigen und sich von ihm bewegen lassen.

7. - 9. Stunde : Schrittweises Einbeziehen persönlicher seelischer Inhalte in die leibtherapeutische Arbeit

Die bisherige Arbeit war eher unspezifisch, die persönliche Thematik der Patientin kam noch nicht zum Vorschein. Vereinzelt tauchte jetzt aber persönliches Material in Form von Träumen auf; in dieser Phase der Therapie ist ein vermehrtes Traumgeschehen häufig zu beobachten (vgl. Glatzer 1987). Die Patientin erinnerte Träume mit aggressiven Kämpfen um sich herum, wobei sie selbst passiv blieb und versuchte, sich selbst zu schützen. Sie war davon morgens völlig erschöpft.

Diese Themen wurden sofort in die Bewegungsarbeit umgesetzt; denn hier liegt der entscheidende Punkt, wo psychisches (verdrängtes) Material auftaucht und sich leibtherapeutisch weiterhin erschließen und zugleich in zugewandtes Kontaktverhalten umwandeln läßt.

Die passive Haltung Frau N.s im Kampf wurde über das vitale Raum-Schaffen (BL,DÜ, siehe oben) in Kontaktverhalten umgewandelt: anstatt daß Frau N. ihr bisheriges starres Ausharren gegen ein Bedrängt-Werden zeigt, wurde ein dynamisches Sich-Herandrängen an die Kämpfenden, ein Mitrangeln angebahnt: Raum-Halten und Raum-Greifen im dynamischen Umgehen mit der Außenwelt.

Ziel dieser Arbeit war nun, eine Art körperliches "Wiedererinnern" zu ermöglichen und so konkreten Situationen und Menschen auf die Spur zu kommen, die mit den Symptomen in Zusammenhang stehen.

Entscheidend in der Psychotonik ist, daß das Wiedererinnern aus dem aktiven körperlichen Umgehen mit der Welt erwächst (also aus der Anregung verschiedenster Bewegungsmuster) und nicht aus Meditationen, Entspannungstechniken o.ä. bei erschlaffter Muskulatur. Dies hat seinen Grund in der Tatsache, daß viele und insbesondere kindliche Erlebnisse über Bewegungsmuster gespeichert sind und somit über taktil-kinetische Begegnung am effektivsten wiederbelebt werden können (Glaser 1986, Grof 1987, Henatsch 1988). Noch wichtiger aber für die Therapie ist, daß der Patient lernt, sich wieder aktiv handelnd auf seine Erlebnisse zu beziehen, und sie nicht nur als geistiges Phänomen passiv erfährt. Die Unmittelbarkeit des körperlichen Wiedererinnerns und veränderten Umgehens traumatisierender Erfahrungen wird von den Patienten als ausgesprochen wohltuend erlebt; gerade bei der Behandlung psychosomatischer Störungen ist die Psychotonik daher außerordentlich wirksam.

8. Stunde

Frau N. berichtete von einer erfolgreichen Auseinandersetzung mit ihrer Schwester: Die Schwester drängte sie massiv, ein bestimmtes Engagement anzunehmen. Frau N. widerstand erfolgreich dem Drängen der Schwester und zugleich auch ihrem inneren Bedürfnis, sich an die Schwester anzulehnen und fraglos deren Willen zu folgen. Frau N. bekannte sich dazu, es noch nicht entscheiden zu können. Nach dieser Auseinandersetzung hatte Frau N. verstärkt Taubheitsgefühle im linken Arm und Schmerzen im Schultergürtel.

Zweierlei ist an dieser Episode wichtig:

(1) Frau N. kann die Therapieerfahrungen auch außerhalb umsetzen; Veränderungen von Verhaltensmustern finden also über die Körperebene statt, ohne daß vorher sprachlich-psychotherapeutisch gearbeitet werden mußte.

(2) Es gibt nun erste Hinweise darauf, daß die Symptome etwas mit der Familie zu tun haben. Die Verstärkung der Symptome können als körperlicher Widerstand interpretiert werden, d.h. als der Versuch, die neuen Verhaltensmuster mit muskulärem Lösungscharakter in alte Kontraktionsmuster zurückzuverwandeln (Glatzer 1991).

9. Stunde

In dieser Stunde gelang ein entscheidender Zugang zu verdrängtem Material. Ausgehend von dem schwesterlichen Streit bat ich Frau N., ihre Schwester räumlich so zu positionieren, wie es ihrem körperlichen Bezug zu ihr entspricht. (Bei einem solchen Nachstellen einer "Szene" geht es in dieser Arbeit ausschließlich um die räumliche Darstellung von körperlichen Wahrnehmungen einer Beziehung. Diese können mitunter erheblich von der "objektiven" Anordnung abweichen.). Frau N. wählte sich einen massiven Schaumstoffklotz und stellte ihn auf ihre rechte Seite. Bei dieser Anordnung habe sie dasselbe körperliche Empfinden wie kürzlich beim Streit; aber im Grunde hätte sie ihre Schwester schon immer dort gehabt, es sei nicht neu.

Hieran ist zweierlei interessant: Die Schwester sitzt rechts und nicht etwa links auf der Symptomseite. Die Schwester sitzt seitlich und nicht - wie bei einer Auseinandersetzung zu erwarten wäre - frontal gegenüber.

Sofort stellt sich die Frage, wer könnte die noch verborgene Figur auf der linken Seite sein? Eine Antwort darauf läßt sich in der Therapie häufig nur indirekt erarbeiten. Ich vermutete, daß die (familiäre) Sitzordnung eine Rolle spielen könnte und fragte die Patientin ganz allgemein danach. Hier hatte Frau N. spontan die Abendbrotzeit in der Herkunftsfamilie vor Augen, wobei tatsächlich ihre Schwester rechts saß und auf der linken Seite über Eck der Vater. Langsam schälte sich heraus, daß sich Vater und Schwester regelmäßig Wortschlachten am Tisch lieferten, aus denen sich alle anderen heraushielten, nur Frau N. mitten im Gefecht saß und den heftigen Streitereien hilflos ausgeliefert war. Weder wurde sie von der Mutter geschützt, noch gab es aufgrund der rigiden Sitzordnung eine Möglichkeit, sich woanders hinzusetzen.

10.- 23. Sitzung : Bearbeitung des Hintergrundkonflikts des psychosomatischen Symptoms

Die weiteren Stunden wurden darauf verwendet, diese offenbar zentrale und traumatisierende Zeit im Leben von Frau N. sowohl bewegungsmäßig als auch verbal zu bearbeiten. Ziel im leibtherapeutischen Vorgehen war, die in den Symptomen "eingefrorenen" Bewegungsabsichten aufzutauen. Dazu ist eine sorgfältige Hinführung notwendig; denn zentral in der psychotonischen Arbeit ist, daß solche Bewegungsabsichten (=intentionale Bewegungen) wirklich, d.h. ganzkörperlich und be-

zogen auf die Familienmitglieder, ausgeführt werden. Auf keinen Fall ist mit dem Auftauen gemeint, Frau N. solle nun mal kräftig ihre Wut auf den Vater mit ihrem linken Arm und am besten mit viel Geschrei ausagieren, wie es leider so häufig und ebenso erfolglos praktiziert wird. Ein solches Vorgehen würde überhaupt nicht der komplexen Situation gerecht; zudem bliebe die Patientin in diesem Agieren weiterhin einsam.

Die - zugegebenermaßen langwierige - Hinführung auf die festgehaltenen Ausdrucksbewegungen geschah forgendermaßen: Zunächst wird nicht an den ausführenden Extremitäten gearbeitet, sondern am vitalen Kerngebiet (Becken, Rücken etc.). Denn dieses Gebiet ist nicht nur der Ausgangspunkt vitalen Handelns, sondern auch das Gebiet, was die Ergebnisse des Handelns tragen muß und die Kraft gibt, im Kontakt zu den anderen zu bleiben, hier: zunächst zwischen Vater und Schwester präsent zu werden und ihren Platz zu beanspruchen. Erst dann wird sie den Streitenden den Rücken zukehren und sich einen neuen Platz an der Tafel suchen können. Wichtig ist, daß Frau N. sich im Kontakt zu den anderen umwendet, d.h. körperlich ausstrahlt, daß sie jederzeit zum Wiedereinnehmen ihres Platzes bereit ist; sie "verdünnsiert" sich also nicht.

Alle Verhaltensabsichten und -möglichkeiten wachen in der Vorbereitung auf und werden auch körperlich erfahren. Die Ähnlichkeit mit Rollenspielen an dieser Stelle ist aber nur gering: In der Psychotonik geht es in dieser Phase nicht um da Einüben von einzelner Verhaltensweisen, sondern um das ganzkörperliche Aufrufen von Verhaltensmöglichkeiten. Konkret heißt es, daß es meistens ausreicht, das Raumschaffen und Raumhalten dorsal und lateral zu verwirklichen, indem ich Frau N. seitlich und vom Rücken her bedränge und zur körperlichen Stellungnahme motiviere. Dies erfolgt ganz unspezifisch zwischen ihr und mir, mit und ohne gymnastisches Material, in Bewegung und Massage. Ich trete dabei nicht als Übertragungsfigur (Vater oder Schwester) auf. Erst wenn die verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten aufgerufen und zu mir hin realisiert werden können, erst dann werden je nach aktuellem Behandlungsstand thematische Elemente aus der Familienszene mit hineingenommen.

Beispiel: Erst als Frau N. das Raumhalten mir gegenüber realisierte, bat ich sie (ohne das Bedrängen zu unterbrechen), sich vorzustellen, ich wäre jetzt ihr Vater bzw. ihre Schwester. Sofort wurde ihr bisher geschmeidiges Standhalten starrer. Die Arbeit bestand nun darin, daß sie das gut-tonisierte Standhalten, das ihr zu mir als dem Therapeuten gelang, jetzt auch zu mir in meiner Übertragungsrolle als Vater hin realisiert. Gut tonisiert heißt nicht etwa nett und freundlich, sondern nur im Bezug zum anderen den Eigenausdruck beibehalten. Selbst massive Wut verwandelt sich dann vom blinden (kontaktlosen) Ausagieren zu einer bezogenen Wut, die den anderen auch meint und ihn zwingt, sich mit ihr auseinanderzusetzen. Ohne daß hier etwa Gefühle gemindert oder zugedeckt werden, mußte Frau N. sich an die Reaktions- und Verhaltensmöglichkeiten von Vater und Schwester soweit anpassen, daß sie sich weder verausgabte noch sich in ihren Gefühlen verlor, sondern daß sie sich zwischen beiden behauptete und gefühlsmäßig wie körperlich präsent machte. Eine solche Präsenz gelingt nur, wenn sie sich mit den Betreffenden im Kontakt befindet. Sobald Zeichen von Anstrengung oder willentlichem Machen zu bemerken sind, wird der Übertragungskontakt wieder abgewandelt zum aktuellen Kontakt zwischen mir und ihr: Frau N. wurde dann aufgefordert - ohne daß ich wiederum den Körperkontakt unterbrach - mit mir umzugehen. Eine solche Rückwandlung ist natürlich nur möglich, wenn zuvor in der Vorbereitung der Kontakt stabilisiert wurde.

24. Sitzung : Abschluß

Die Therapie wurde beendet, als die Symptome nach und nach verschwanden und allenfalls noch in einzelnen Momenten auftraten. Das Wichtigste aber war, daß nach der Bearbeitung des Hintergrundkonflikts Frau N. nicht mehr an ihr Symptom ausgeliefert war, sondern körperliche Phänomene als inhaltliche Ausdrucksbewegungen erkennen und benennen konnte. Sie hatte außerdem die (paradoxe) Erfahrung machen können, daß die beste Selbsterkenntnis im Kontakt zum anderen gelingt.

3.0 Literatur

Briner, F. (1983) Atemtherapie, Atemmassage, Psychotonik nach Glaser. In: Petzold, H. (Hrsg.) Integrative Therapie 4, Jungfermann, Düsseldorf.

Glaser, V. (1986) Rehabilitation of efferent systems by tactile-kinetic stimulation of communicative intentions. Unveröffentl. Kongreßvortrag, Prag

Glaser, V. (1984) Reicht unsere heutige Wissenschaft aus, das chinesische Meridiansystem zu erklären? Erfahrungsheilkunde 9, 553-563.

Glaser, V. (1987) Hauptmeridiane als archaische Intentionenbahnen. Erfahrungsheilkunde 11, 712-722.

Glaser, V. (1988) Das chinesische Meridiansystem als psychomotorisches Phänomen. Akupunktur - Theorie und Praxis 3, 130-143.

Glaser, V. (1990) Eutonie, Lehrbuch der Psychotonik. Haug, Heidelberg.

Glaser, V. & Glaser, U. (1990) Atemtherapie. In: Schimmel, K.-C. Lehrbuch der Naturheilverfahren. Hippokrates, Stuttgart.

Glatzer, M. (1987) Psychotherapie und Psychotonik: Möglichkeiten

praxisbezogener Integration. In: Grossmann-Schnyder, M. (Hrsg.), Psychotonik. Haug, Heidelberg, 103-121.

Glatzer, M. (1991) Individualspezifische Reaktionsmuster (ISR) als psychosomatisches Phänomen. Unveröff. Vortrag, Freudenstadt.

Grossmann-Schnyder, M. (1987) Standort, Entstehung und Theorie der Psychotonik. In: dies. (Hrsg.) Psychotonik. Haug, Heidelberg.

Grossmann-Schnyder, M. (1990) Zur Phänomenologie des Berührens. Psychotonik 4, 4-14.

Grof, S. (1987) Das Abenteuer der Selbstentdeckung. München. Henatsch, H.-D. (1988) Paradigmenwechsel und Paradigmenstreit in der Neurophysiologie der Motorik. Naturwissenschaften 75, 67-76.

Moorhoff, A. (1987) Persönlichkeitsentfaltung durch entwicklungsorientierte, ganzheitliche Bewegungserziehung auf der Basis der Psychotonik. Diplomarbeit am Lehrinstitut Prof. Glaser, Freudenstadt.

Autor:

M. Glatzer,

Dipl.-Psych., Klin. Psychotherapeut (BDP), Dipl.-Atemtherapeut (AFA).

Bleickenallee 22,

2000 Hamburg 50