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 04/1997

Entspannungstechniken in der *Integrativen Therapie*
Teil 2: Theoretische und praxeologische Grundlagen [1]

Michael Voutta-Voß, Haan *

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* **Nr. 2/1997-1/1998, Seite 27 - 38**

---

* 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, *Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc* Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: http://www.eag-fpi.com).

[1] Teil I erschien in Heft *Integrative Bewegungstherapie* 1/1997 und in https://www.fpi-publikation.de/integrative-bewegungstherapie/01-1997-voutta-voss-m-entspannungstechniken-in-der-integrativen-therapie-grundlagen-teil-1-theoretische-und-praxeologische-grundlagen/

Integrative Bewegungstherapie Nr. 2/1997-1/1998 Seite 27 - 38

Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie

Teil 2: Theoretische und praxeologische Grundlagen[1]

Michael Voutta-Voß, Haan

3. Gesichtspunkte zur Klassifikation von Entspannungstechniken

Entspannungstechniken lassen sich einteilen nach

- ihrer **therapeutischen Form** (Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung, bimodale Behandlung (systematischer Wechsels von funktional-übungszentriertem (zur allgemeinen "Wiederaneignung der Leiblichkeit" und konfliktzentriert-aufdeckendem Vorgehen, vgl. *Petzold* 1985),

- ihrer **inhaltlichen Zielsetzung** (Tonussenkung, Tonussteigerung, dynamisierende Techniken) und unter pragmatischer Sicht danach, ob sie unmittelbar auf die verspannte Körperregion selbst -bzw. die darum gruppierten Muskeln - zentriert sind, oder auf indirekte Beeinflussung i.S. multipler Stimulierung des übrigen Leibes abzielen.

- ihrer *Modalität*, wobei die häufig vorgenommene Einteilung (übungszentriert-funktional, erlebniszentriert, konfliktzentriert-aufdeckend) spezifiziert werden muß erstens nach der ***Intention des Therapeuten***, der die Technik auswählt, und zweitens nach der ***Wirkung auf den Klienten***. So kann ein als übungszentriert-funktional geplantes Autogenes Training in der Auswirkung auf den Klienten stark erlebnisaktivierend wirken ("Diese Ruhe in der Entspannungsphase - das habe ich noch nie erlebt, das ist etwas wunderbares. Jetzt muß ich überlegen, was ich in meinem Leben falsch mache") oder tiefer liegenden Ängste ("Ich habe Angst in ein schwarzes Loch zu fallen") oder Konflikte aufdecken ("Wenn ich so ruhig liege, habe ich plötzlich unbegründet die Angst, jemand könnte mich schlagen"). Anderseits kann eine stark provozierende konfliktzentriert-aufdeckend gemeinte bioenergetische Technik (z.B. in muskulärer Spannung festgehaltene Wut durch Schlagen auf die Matratze lösen) vom Klienten rein übungszentriert-funktional erlebt werden ("das tut immer wieder gut, meine ganze Wut rauszulassen"). Bei den meisten kathartisch angelegten Entspannungstechniken (z.B. die "Dynamische Meditation" nach Rajneesh) stellt sich früher oder später ein "Gewöhnungseffekt" ein.

- der **Kontakt- und Integrationsfunktion** (Perzeption, Memoration und Reflexion, Expression),

- dem **Medium**, über das zu Beginn die Tonusregulation erfolgen soll. Vergleichbar der Klassifikation methodischer Ansätze in der IBT nach ihrem

[1] Teil 1 erschien in Heft Integrative Bewegungstherapie 1/1997

Anwendungsbereich (*Petzold* 1988n) lassen sich tonusregulierende Techniken nach dem Medium, über das *zu Beginn* die Tonusregulation erfolgen soll, einordnen: Leibwahrnehmung und Selbstkontakt, Atmung, Stimme, Gehör, Bewegung, Kognition (inneres Sprechen), Imagination, Kommunikation und Interaktion. Im *Verlauf* der Anwendung der tonusregulierenden Technik kann sich deren Wirksamkeit auch auf andere Bereiche generalisieren. So können beispielsweise Stand- oder Zentrierungsübungen aus dem Integrativen Bewegungstraining *per se* zu einer relaxierende und/oder tonuserhöhenden Wirkung führen, so können Kontaktübungen (z.B. nach *Stevens* 1975) oder Selbstmassagetechniken (z.B. *Rofidal* 1982) innerhalb eines Sensibilisierungstrainings zu *verbesserten Leibwahrnehmung* führen, die wiederum Voraussetzung zur erfolgreichen Aneignung von Entspannungstechniken sein kann. Anderseits kann eine erfolgreich erlernte tonusregulierende Technik eine gute Voraussetzung für z.B. ein Kommunikations- oder Interaktionstraining sein.

- der **Art der Entspannungsinduktion**: In der Phase des Erwerbs (Aquisitionsphase) ist *jede* Entspannungstechnik heteroinduktiv, da die Entspannungstechnik durch eine Fremdperson (oder ein elektronisches Medium oder ein Buch!) vermittelt, bzw. der Entspannungszustand induziert wird. Bei den klassischen Entspannungstechniken wie AT und PME erlernt der Klient die Technik, um sie später unabhängig , d.h. durch willentliche Konzentration und auch ein deutliches autosuggestives Moment anzuwenden. Bei anderen Methoden, wie z.B. Passive Atemmassage nach Schmidt (*Schmidt* 1956) bleibt der Klient auf den Therapeuten angewiesen. Bei vielen Entspannungsverfahren, z.B. manchen Atementspannungstechniken ist die Sache schon komplizierter: ist der Klient Anfangs auf die "deutende oder leitende Hand" des Therapeuten angewiesen, der z.B. ein blockiertes Atemmuster bewußt macht, so kann durch die Verinnerlichung gerade dieser Erfahrung der "deutenden oder leitenden Hand" später eine auto-induktive Regulation des Klienten durch Aktivierung des Leibgedächtnis zu einer benignen Regulation des Atemmusters führen. Eine Zwischenstellung nehmen bioenergetische Techniken ein. Die Unterscheidung zwischen "passiven" und "aktiven" Entspannungstechniken erscheint mir deshalb zu ungenau, da ja, wie am Beispiel verdeutlicht, eine ursprünglich "passive" Technik zur "aktiven" werden kann. Stattdessen sollte - bezogen auf ihre *langfristige Performanz*- m.E. unterschieden werden zwischen **auto-induktiven** und **heteroinduktiven** tonusregulierenden Techniken,

- der **Art der Stimulierung des integralen Leibgedächtnisses** (Aktivierung der sensumotorisch-propriozeptive, atmosphärischen, multimodal-ikonischen, szenischen oder verbal-semantischen Gedächtnisinhalte).

4 Entspannungstechniken als tetradischer Behandlungsprozeß

Prozeßtheoretisch ist die Anwendung von Entspannungstechniken im Rahmen der IBT als Zusammenwirken von Pfadverläufen des Patienten (Viationen), Streckenführungen des Therapeuten (Trajectories) und Pfadverläufen des Therapeuten (Viationen) beschreibbar. Die einzelnen Entspannungstechniken stellen somit konstituierende Elemente der Streckenführungen (als Resultante von Handlungsfolien, Zielformulierungen und Interventionsstrategien) des Therapeuten dar.

Die Anwendung der Entspannungstechniken im Therapieprozeß läßt sich außerdem gut nach dem **tetradischen Modell** (Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase, Phase der Neuorientierung) von *Petzold* (1978c,S.44) beschreiben.

4.1 Initialphase

Die **Initialphase** dient neben diagnostischen Zwecken, der Korrespondenz über Inhalte und Zielsetzung der Behandlung, und der allgemeinen Instruktion des Patienten über die einzusetzenden Entspannungstechniken (Form und Ablauf, Notwendigkeit des Übens zwischen den Sitzungen etc.).
Ehe überhaupt mit irgendeinem Entspannungsverfahren begonnen wird, ist ein semantischer Kontext zu schaffen und ein „lexikalisches Wissen" zu vermitteln, um Befürchtungen und Mißverständnisse abzubauen. Dazu zählen:

- Hinweise auf die Ungefährlichkeit der Methoden,
- Hinweise darauf, daß die Probanden jederzeit die Möglichkeit haben, die Übungen abzubrechen und daß ihre Selbstkontrolle und Selbstverfügbarkeit nicht von außen angetastet oder eingeschränkt werde,
- Vermittlung der Überzeugung, daß es sich bei dem, was durch die Entspannungsverfahren gelernt wird, nicht um etwas Besonderes handelt, sondern um die Freilegung und Einübung dessen, was biologisch im körperlichen Reaktionsrepertoire immer schon vorhanden war; daraus ist abzuleiten, daß jeder in der Lage ist, mehr oder weniger rasch und intensiv die entsprechenden Erfahrungen zu machen ;. Hinweise auf den günstigen Einfluß, den die Beherrschung eines Entspannungsverfahren in belastenden Situationen haben kann.

4.2 Durchführung der Entspannungstechniken (Aktionsphase)

Nach einer speziellen, auf die bestimmte Entspannungstechniken bezogene Instruktion und die Vorbereitung des Patienten erfolgt die eigentliche spezifische **tonusregulierende Intervention**, die meist verbal vorgenommen wird, aber auch nonverbal durch Berührung (z.B. Handauflegen) oder instrumentell (z.B. Biofeedback) erfolgen kann. Gegebenenfalls erfolgt während der Durchführung der Entspannungstechniken ein mehrfacher Fokuswechsel bzw. zwischen den Sitzungen ein Wechsel der Entspannungstechniken . Anfangs kann beispielsweise

- auf die *Perzeption* fokussiert werden (z.B. "Legen Sie die Hand auf Ihre Bauchdecke und spüren Sie die Berührung zwischen Handfläche und Bauch"),
- auf eine benigne Atmosphäre ("Stellen Sie sich vor, wie sie jetzt gehalten werden, daß sie sich völlig loslassen können...") abgezielt werden,
- ein memorierbares Bild ("Stellen Sie sich eine Rose vor...") benannt werden,
- eine memorierbare Szene ("Sehen Sie vor Ihrem inneren Auge, wie die Welle an den Strand fließt ...") evoziert werden,
- auf der semantisch-verbalen Ebene ein Satz induziert ("Ich bin ganz ruhig und entspannt") werden,
- eine expressive Funktion initiiert werden ("Erzeugen Sie beim Ausatmen den Ton "s" mit den Lippen"),
- eine Handlungsaufforderung erfolgen ("legen Sie sich bitte auf den Rükken").

4.3 Integrationsphase

Die **Integrationsphase** dient dem **Sharing** (Mitteilung eigenen Erlebens i.S. einer Entlastungs- und Integrationsfunktion) und **Feedback** (rationale Stellungnahme) des Patienten und der **Analyse** des Gesamtablaufs der Sitzung,

4.4 Phase der Neuorientierung

Die **Phase der Neuorientierung** dient dem Transfer, d.h. Fragen der Anwendung und der Auswirkung der Entspannungstechniken im Alltag.

Ausführliche auf verschiedene Anwendungsbereiche bezogene **Behandlungsbeispiele** werden in einer nachfolgenden Arbeit dargestellt.

5. Das System integrativer Tonusregulation (ITR)

5.1 Eingangsdiagnostische Übungen

5.1.1 Focussieren der Awareness des Klienten durch diskursive Leibwahrnehmung.

Der Patient entscheidet selbst, in welcher Position er beginnen möchte (sitzend, liegend, stehend). In der Gruppenbehandlung empfiehlt es sich, mit in einer sitzenden Position zu beginnen, da sich dann für besonders ängstliche oder unsichere Patienten die anfänglich u.U. bedrohlich wirkende Gruppensituation - im Unterschied zu mehr regressiven liegenden Position- am ehesten zu bewältigen ist. Ihm wird vorgeschlagen, sich "jetzt einmal ganz von außen und den Gedanken zurückzuziehen und sich stattdessen einmal ganz auf den Körper, auf einzelne Körperteile zu konzentrieren". Dazu wird die Erklärung gegeben, daß allein die Tatsache, daß man sich dazu entschließt, sich ganz auf den eigenen Körper zu konzentrieren, schon eine "entspannende" Wirkung haben kann. Dem Patienten wird vorgeschlagen, die Augen dabei offen oder geschlossen zu halten. Anschließend werden vom Therapeuten diskursiv einzelne Körperergionen des Patienten angesprochen. Gleichzeitig wird der Patient aufgefordert, diese Regionen zu erspüren und - wenn vorhanden - den Kontakt mit der Unterlage zu vergegenwärtigen (z.B. "Die ganze Aufmerksamkeit jetzt auf die Fußsohle konzentrieren. Den Kontakt, die Berührung der Fußsohle mit dem Boden wahrnehmen. Ist die Berührung überall gleich spürbar?" usw.). Die "Reise durch den Körper" bewegt sich dann von den Füßen bis abschließend zur Gesichtsoberfläche).

5.1.2 Leibliche Selbstexploration des Patienten

Dazu wird er aufgefordert, auf dem Rükken liegend die Füße so nebeneinander zu legen, daß sie leicht nach außen fallen und die Hände neben den Körper zu legen. Nach der Aufforderung, sich zu dehnen und zu strecken, kommt der Patient langsam zum Sitzen, nimmt dann langsam den rechten Fuß in beide Hände, exploriert ihn ausführlich. Anschließend folgen das Fußgelenk, die Wade, Kniegelenk usw. Wiederholung mit dem linken Bein. Anschließend gehen die Pat. in den Schneidersitz, konzentrieren sich bei geschlossenen Augen auf den Becken und Bauchbereich und die "Innenräume". Abschließend werden die Pat. aufgefordert, sich wieder hinzulegen ("langsam abzulegen"), den Bodenkontakt wahrzunehmen. Nachdem sie nun diesmal ihren Körper "begreifend" erforscht haben, geht der Patient seinen Leib innerlich noch einmal durch und achtet auf Regionen,

- die er gar nicht spürt(Abspaltungen im Erleben des Leibes oder von Leibregionen),
- nur unklar oder "irgendwie merkwürdig oder "fremd" (Mangel oder Verzerrung von Wahrnehmung oder Sensibilität) wahrnimmt,
- in denen sich Schmerzgefühle und Mißsensationen befinden,
- wo die Muskulatur besonders verspannt oder erschlafft ist.

5.2 Die leibliche Selbstwahrnehmung verbessernde Techniken (Berührungswahrnehmung, Kontaktübungen, Selbst- und Partnermassage)

In der Praxis zeigt sich oft, daß der einfachste Weg zu einer adäquaten Tonusregulation zu kommen, über die im Leibgedächtnis archivierten sensumotorisch-propriozeptiven Gedächtnisinhalte führt. Nach den Wahrnehmungsübungen verschiedener Art, die auch taktile Selbststimulation beinhalten, fühlen sich Patienten häufig bereits entspannt. Es ist ein bekanntes Phänomen, daß Blutzirkulation und Stoffwechsel in dem Körperteil angeregt werden, auf den sich die Aufmerksamkeit richtet, wobei sich Unterschiede feststellen lassen, je nachdem man sich auf die Muskeln, den Körperinnenraum oder das Skelett bezieht. Die Fokussierung auf den Körperinnenraum oder das Skelett überfordert jedoch die meisten Patienten, so daß anfangs mit der Wahrnehmung der Körperoberfläche bzw. mit den wahrnehmungsmäßig relativ leicht zugänglichen Muskeln begonnen werden sollte.
Die in der Eingangsdiagnostik durchgeführte "diskursive Leibwahrnehmung" und "taktile Selbstexploration" des Patienten wird durch bewegungstherapeutische Techniken vertieft und erweitert, um die Sensibilität für den eigenen Leib, speziell für das eigene "Körperschema" zu verbessern.

5.2.1 Berührungswahrnehmung

5.2.1.1 in Ruhe

Im Liegen auf einer relativ festen Unterlage spürt der Patient wiederum von den Füßen ausgehend bis zum Kopf Stück für Stück den Kontakt zur Bodenfläche. Variationen sind möglich (Bauch- oder Seitenlage, Sitzen oder Stehen).

5.2.1.2 in Bewegung

Die Erfahrungen der vorhergehenden Übung können durch geringfügige, sehr langsam ausgeführte Bewegungen intensiviert werden (vgl. *Kjellrup* 1985,23f).

5.2.1.3. Kontaktübungen

Kontaktübungen, die sich im Sinne der Eutoniepädagogik auf einen *geschlossenen Kreis* beziehen, weil sie sich auf den eigenen Körperbereich erstrecken, können wieterhin zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung des Patienten beitragen, z.B. Handübungen, wobei unter Verwendung einer Holzkugel oder eines Tennisballs wird auf den Kontakt zwischen Handflächen und Ball fokussiert, wobei "die Verbindung von Hand zu Hand durch den Ball der Kern der Übung ist."(*Kjellrup* 1985,S.29). In die gleiche Richtung geht die "Fingerkuppen-Übung" (*Middendorf* 1984,S. 139f).
Es können auch bezogen auf den Fußkontakt Hilfsmittel verwendet werden (Bambus- oder Holzstäbe, Kugeln etc. Partnerzentrierte Kontaktübungen sind bei *Brooks* (1979,S. 97ff) beschrieben. Die Kontaktübungen können erweitert werden durch die bei *Brooks* (S.29ff) beschriebene awarenesssteigernde Arbeit an den "vier Würden des Menschen", nämlich Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen. Weitere Anregungen in dieser Richtung sind finden sich außer im *sensory awareness training* von *Brooks* bei *Stevens* (1975) und in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) von *Stolze* (1984).

5.2.2. Selbstmassagetechniken und Partnermassage

Die Kontaktübungen können auch durch den Einsatz verschiedener leichter Massagetechniken erweitert werden. Der Patient wird angeleitet, nacheinander eigene Körperteile -wiederum von den Füßen aufwärts bis zum Gesicht zu "begreifen", z.B. einen Fuß in die Hand zu nehmen, zu erforschen ("Spüren Sie den Kontakt, die Berührung zwischen Handfläche und Fuß, erforschen Sie Ihren Fuß. Wo sind weiche Stellen, wo eher harte Regionen" usw.). Für einzelne Körperbereiche bieten sich spezielle Anwendungen von Selbstmassagetechniken (z.B. *Stadtlaender* 1985; *Rofidal* 1982) an. Bei jeder Leibregion kann die Verbalsuggestion (Aktivierung des verbal-semantischen Gedächtnis: "Mein...ist angenehm weich, locker und entspannt") hinzu genommen werden. Partnerzentrierte Varianten findet sich bei *Downing* (1986) und bei *Lowen* (1985,S. 124 ff).

5.2.3 Wahrnehmung der Schwerkraft

Der Effekt der vorhergehenden Zugänge kann jeweils verstärkt werden, wenn man den Patienten zusätzlich suggestiv instruiert, nach und nach alle Körperteile der Schwerkraft zu überlassen, "loszulassen" und das Gewicht an die Unterlage "abzugeben". Dies allein kann eine starke relaxierende Wirkung haben; manchmal kommt es aber auch zu einer "bleiernen Schwere". Dies ist oft Zeichen einer besonders starken Verspannung, die Vorübergehend von einem Übertonus in einen Untertonus gefallen ist (vgl. *Schaarschuch* 1979).

Die erfolgreiche Anwendung dieser Techniken stellt eine gute Grundlage für den Einsatz der anschließenden Anspannungs-Entspannungsmethoden, der atemtherapeutisch fundierten tonusregulierenden Übungen und der komplexeren Methoden dar.

Die Grenze vom übungs- und erlebniszentrierten zum thymopraktischen Vorgehen in der Integrativen Therapie wird überschritten, wenn der Therapeut zu leibzentrierten Interventionen (heteroinduktive, durch direkten Körperkontakt stimulierende Techniken) greift, indem er beispielsweise die muskulären Verspannungen "aufbricht" und den Patienten in Ebenen therapeutischer Tiefung führt, die tiefergehende Involvierung mit dem Auftreten autonomer Körperreaktionen wahrscheinlich macht. Bei allen direkten Körperinterventionen ist zu berücksichtigen, daß sie zu Therapieschäden führen können, wenn sie die (Ich-stärkende) Abwehr des Patienten zu früh und direkt angehen (vgl. *Voutta-Voß* 1992) und zu bloßen Wiederholungen, Re-Inszenierungen der schädigenden Erfahrungen (die ja gerade zur Krankheit führten) beinhalten führen, die dann leicht in eine maligne Regression münden können, ohne daß ein notwendiger, tragfähiger "emotionaler Boden" in der therapeutischen Beziehung vorhanden wäre.

5.2.4 Bewegungsübungen zur Verbesserung der leiblichen Selbstwahrnehmung

Es empfiehlt sich, die awarenessverbessernden Kontaktübungen anschließend auf die wichtigsten Gelenke und die Wirbelsäule auszudehnen. Z.B. kann man den Patienten anfangs auffordern, durch den Raum zu gehen, sich ausgiebig zu dehnen, bei Bedarf auch herzhaft zu Gähnen, seinen spontanen Bewegungsimpulsen nachzufolgen. Nach einigen Minuten wird er instruiert, einen Platz im Raum zu finden, die Füße in Hüftbreite aufzustellen und die Zehen dabei leicht nach innen zu drehen, wobei die Knie weich und locker gebeugt gehalten werden sollen. Anschließend werden die Patienten aufgefordert, den Kontakt der Füße zum Boden wahrzunehmen, um anschließend auf die Fußgelenke zu focussieren. Dann werden sie aufgefordert, langsam nach allen Seiten hin- und her zu pendeln, wobei sie sich wahrnehmungsmäßig weiterhin auf das Fußgelenk richten. Wichtig ist, die Patienten zwischendurch immer wieder ihren Schwerpunkt, ihre Mitte finden zu lassen. Das Pendeln mündet in eine Kreisbewegung mit Richtungswechsel. So bekommen die Patienten eine gutes Empfinden für ihr Fußgelenk. Anschließend wird ganz auf Beugen und Strecken der Kniegelenke focussiert. Danach werden die Patienten aufgefordert, Kontakt mit dem Becken aufzunehmen, indem sie ihre Hände rechts und links auf die Hüftknochen legen. Es folgen leichte, immer größer werdende Kreisbewegungen um die Oberschenkelhälse, wobei der Oberkörper möglichst in Ruhe bleiben sollte. Danach sollen abwechselnd rechts und links die Hüften hochgezogen werden, wobei aber die Füße den *vollen* Kontakt zum Boden behalten sollen. Anschließend mit locker gestrecktem Arm kreisende Bewegungen aus dem Schultergelenk ausführen lassen. Weitere Übungsablauf:
-mit dem rechten Arm den linken Oberarm halten lassen. Nur aus dem Ellbogengelenk Bewegungen
ausführen lassen. Wiederholung links,
-mit der rechten Hand den linken Unterarm halten und nur aus dem Handgelenk heraus bewegen. Wiederholung links,
-Den Kopf langsam aufs Brustbei sinken lassen, dabei die Schwere und den Zug in der Nackenmuskulatur spüren lassen,
-den Kopf weiter sinken und "Wirbel nach Wirbel" abrollen lassen, bis der Oberkörper nach unten hängt. Langsam wieder aufrichten. Erneut den Stand und den Bodenkontakt wahrnehmen,
-im Liegen nachspüren lassen.
Eine hervorragende Vertiefung erfährt diese Art des Schaffens von "Bewußtheit durch Bewegung" in der Arbeit nach *Feldenkrais* (1978).

5.3 Anspannungs-Entspannungstechniken

5.3.1 Einfache Anspannungs-Entspannungstechniken

Ist die wahrnehmungsmäßige Präsenz der wichtigsten Leibregionen gegeben, und ist eine genügende "Konturierung der Körperepräsentanzen" erfolgt, bietet sich die Anwendung von Anspannungs-Entspannungstechniken als Erweiterung der sensumotorisch-propriozeptiv stimulierenden Techniken an, die dem Patienten die Möglichkeit bieten, sich des Kontrasts zwischen Anspannung und Entspannung *selbstkontrollierend* bewußt zu werden. Wie in der Methode der "progressiven Muskelrelaxation" von *Jacobson* (1938) wird davon ausgegangen, daß sich psychische Erregungen und Spannungen in einer Zunahme des Muskeltonus manifestieren können. Über eine systematische Kontrolle des Tonus einzelner Muskelpartien soll eine progressive Entwicklung eines Entspannungszustandes erreicht werden.
Dabei wird davon ausgegangen, daß sich psychische Erregungen und Spannungen in einer Zunahme des Muskeltonus manifestieren können. Über eine systematische Kontrolle des Tonus einzelner Muskelpartien soll mit Hilfe dieses Verfahrens eine progressive Entwicklung eines Entspannungszustandes erreicht werden (näheres vgl. *Bernstein* und *Borcovec* 1992).

Der systematische Wechsel von Anspannung und Entspannung einzelner quergestreifter Muskelpartien (Arme und Hände, Beine, Gesicht, Nacken- und Schultern, Rücken, Brust, Bauch) stellt eine einfache Methode dar, durch die Wahrnehmung des tonusmäßigen Kontrasts zwischen muskulärer Spannung und Lösung eine relaxierende Wirkung zu erzielen. Die Konzentration wird jeweils auf die unterschiedlichen Empfindungen gerichtet, die bei willentlicher Anspannung und anschließender Lockerung der Muskeln

auftreten. Dabei sollte der Focus nicht auf die Stärke der Anspannung der Muskeln bzw. Muskelgruppen gelegt werden, die keinesfalls übermäßig erfolgen sollte, weil dies nur allzu leicht zu Verkrampfung führt, sondern zeitlich extensiv auf den Vorgang der Lösung eingegangen werden. Der relaxierende Effekt läßt sich verstärken, wenn man unmittelbar danach die oben beschriebenen Übungen zur Bewegungswahrnehmung und/oder die (Selbst)massagetechniken anfügt.

5.3.2 Übungen für Vibration und Kontakt mit dem Boden

Bioenergetische Streßpositionen, wie z.B. die Grundübung für Vibrationen (vgl. *Lowen* 1985,S.18) intensivieren (im Anschluß an 4.2.4) die Erfahrung des Kontrasts zwischen Anspannung und Lösung weiter, lassen Verspannungen prägnanter hervortreten und zeitigen gleichzeitig - evtl. verbunden mit dem Erleben von Vibrationsempfindungen- einen starken relaxierenden Effekt. Beim Einsatz der Streßpositionen ist jedoch die Auswirkung eines möglichen *subjektiven Kontrollverlustes* für den Patienten eingehend einzubeziehen. Die Übung besteht darin, daß man mit hüftbreitem Fußabstand, leicht gebeugten Knien und ein wenig nach innen gerichteten Zehen steht, dann nach vorne beugt, bis die Finger beider Hände den Boden berühren. Dabei ruht das Körpergewicht voll auf den Füßen, während die Hände entlastet sind. Der Kopf wird locker hängengelassen. Das Gewicht wird langsam auf die Fußballen verlagert und die Knie ungefähr eine Minute gestreckt, ohne daß sie völlig gerade oder gar blockiert sind. Es kann zwischen Streckung (Anspannung) und Beugung (Entspannung) mehrfach gewechselt werden. Auch hier ist die Hinzunahme der Übungen zur Bewegungswahrnehmung und/oder der (Selbst)massagetechniken empfehlenswert.

5.4 Atemtherapeutisch fundierte tonusregulierende Techniken

5.4.1 Kontakt mit der spontanen Atembewegung

Ist das Arbeitsbündnis eindeutig geschlossen und hat der Klient eine basale Awareness für seinen Leib wiedergefunden, empfiehlt sich ein Vorgehen im Sinne funktionaler Atemarbeit durch Finden der Atembewegungen (z.B. indem der Patient eine Hand auf den Bauch legt, anfangs den Kontakt zwischen Hand und Bauchfläche wahrnimmt, dann auf den Rhythmus von Ausdehnung und Flachwerden der Bauchdecke fokussiert, um schließlich dem "Kommen und Gehen des Atems" mit der Aufmerksamkeit absichtslos zu folgen).

5.4.2 Erspüren der Atembewegung in verschiedenen Leibregionen

Anschließend kann sukzessiv das Erspüren der Atembewegung in verschiedenen Leibregionen erfolgen z.B.:
"Dann legen Sie die linke Hand auf die oberen Rippen unter das rechte Schlüsselbein und spüren dort nach, ob sich die Atembewegung einstellt; später dasselbe, indem Sie Ihre beiden Hände rechts und links in die Achselhöhlen, danach auf die Flanken (seitliche unteren Rippen) legen, später beide Hand*rücken* auf die Mitte Ihres Rückens (etwa 12.Brustwirbel) und zwischen die Schulterblätter; später beide Handrücken auf den unteren Rücken (Kreuzbeingegend), und schließlich wieder beide Hände auf die Leibdekke."(*Middendorf* 1984,S.20).

5.4.3 Suggestive "Atemlenkung"

In der IBT wird der Schwerpunkt auf den *Ausatem* gelegt. Dem Patienten wird suggeriert, den Atem bewußt in jeden Körperabschnitt zu "lenken". Diese Vorstellung soll dazu beitragen, "in Schmerzpunkten und verkrampften Gebieten das Los-Lassen, das Gewichtabgeben" zu erleichtern (*Höhmann-Kost* 1991,50). Eine Vielzahl geeigneter Techniken, den eigenen Atem zu "erfahren" findet sich bei *Middendorf* (1983). Viele Störungen im Atemmuster verändern sich durch diese Formen der Atemarbeit in positive Richtung. Andernfalls ist die Indikation für nähere Diagnostik gegeben.

5.4.4 Atmungszählende Meditation und Gangtechniken

Auch die Atmungszählende Meditation (vgl. *Linden* 1993,S.208) kann der Relaxation dienen, evtl. in Verbindung mit rhythmischen Gangtechniken (z.B. jeweils doppelt so viele Schritte beim Ausatmen als beim Einatmen).

5.4.5 "Stimmarbeit"

Eine *expressive* (ggf. erlebnisorientierte bis kathartische), tonusregulierende Ausdehnung der Atemarbeit kann dadurch erfolgen, daß man den Ausatem mit Lautäußerungen verbindet (Summen, Vokale, Konsonanten). Diese "Stimmarbeit" kann dann in verschiedene Richtungen, z.B. in der Arbeit mit dem "Vokal-Atemraum" (*Middendorf* 1985,60ff) weitergeführt werden, in der man auch Vokale mit der Einatembewegung *schweigend innerlich singt*.

5.5 Kombiniertes bewegungs- und atemtherapeutisch fundiertes Vorgehen

Hat der Patient in den vorangegangenen Stufen eine basale Awareness für seinen Leib (wieder)gefunden und einen ausreichenden Kontakt zu seiner natürlichen Atembewegungen hergestellt, bietet sich die Möglichkeit, den Klienten Blockaden und Spannungen noch prägnanter spüren zu lassen, indem man ihn auffordert, während des *Einatmens* bestimmte Muskeln im Körper anzuspannen (z.B. die Augen weit zu öffnen) um dann im *Ausatem* den Muskel zu entspannen (z.B. einmal die Augenlider zufallen zu lassen). Die damit verbundenen Leibwahrnehmungen werden dann verglichen. Analog wird mit Anspannung und Lösung anderer Leibregionen vorgegangen:
-durch kleine Bewegungen des Kopfes (Nicken, Drehen, Neigen); in Rückenlage (nachdem das Gewicht an den Boden "abgegeben" wurde) den Spielraum erst des rechten, dann des linken Schultergelenks erforschend; (wieder mit dem Ausatmen!) eine Katzenbuckel machend; Hochziehen und Fallenlassen der Schultern; Schulterblätter hängenlassen; Lockerung der Lendenwirbelsäule durch seitliches Verschieben der Hüftgelenke oder alternierendes Ziehen nach oben; den Kiefer lösen etc.

Es wird auf den relaxierenden Effekt in der Ausatmung fokussiert. Oft wird wahrgenommen, daß das Entspannen beim Ausatmen leichter empfunden wird als beim Einatmen. Weiterhin werden Generalisierungseffekte auf andere Leibregionen (Halsmuskulatur, Brustraum, Becken) wahrgenommen. Beim Ausatmen wird die Richtung des "nach unten", und das mit dem Kontakt zur Sitzfläche oder dem Boden verbundene "Abgeben des Gewichts" betont, mit dem Einatmen eher die spannungsbildende Richtung des "nach oben". Diese Bewegungsabläufe werden nun auf andere Bereiche ausgedehnt. Besonders wichtig an diesem Vorgehen ist die verbesserte "Konturierung der Körperepräsentanzen" vieler psychischer Phänomene (durch die Stimulierung des sensumotorisch-propriozeptiven und des atmosphärischen Leibgedächtnisses).

Bei besonders verspannten oder schwer gestörten Patienten werden heteroinduktive Techniken im sicheren therapeutischen Setting eingesetzt, z.B. Kombination von Atemmassage mit Dehnungen.
Z.B. wird der auf dem Rücken liegende Patient aufgefordert, ruhig und gleich-

mäßig zu atmen. Durch beruhigndes, suggestives Beisprechen (verbal-semantische Ebene) wird ein Entspannungszustand angebahnt. Durch Druck des Therapeuten auf die Bauchdecke des Patienten wird eine vollständige Ausatmung herbeigeführt (sensumotorisch-propriozeptive Ebene) und die dann reflektorisch einsetzende Einatmung dadurch vertieft, daß die Handflächen sanft der Ausdehnung des Bauchraumes folgen und die Bauchecke gleichsam "nach oben" ziehen. "Ist eine ruhige und tiefe Zwerchfellatmung erreicht, stellt sich der Therapeut rechts neben den Kopf des Pat, ergreift den rechten Arm beim Handgelenk und zieht in kräftig schräg nach oben, bis daß die rechte Schulter vom Boden abgehoben ist. Dann läßt er den Arm sanft auf die Matte herunterfallen (szenische Ebene). In gleicher Weise verfährt er mit dem linken Arm und mit beiden Beinen. Nach der "passiven Dehnung" fallen die Gliedmaßen schwer und locker nieder. Starke lokale Spannungen können durch sanfte Dehnung und massageartige Lockerung gelöst werden. es besteht hierfür ein spezifisches System von Griffen und Strichen, deren Grundprinzip die muskuläre Dehnung ist. Ist es gelungen, den Pat. "passiv", d.h. ohne seine aktive Mitarbeit zu entspannen, so kann nach mehreren Behandlungen durch einige wenige Dehnungsgriffe ein Generalisierungseffekt erreicht werden, der sich als tiefe Relaxation darstellt. Das nächste Ziel ist nun, den Klienten in das System der aktiven Entspannung einzuführen, um eine Fixierung auf die Hilfe des Therapeuten und damit auch auf seine Person vorzubeugen, um dem Patienten weiterhin die Möglichkeit zu geben, sich selbst entspannen zu können und ihn damit in seiner Beteiligung am therapeutischen Geschehen zu mobilisieren"(*Petzold* 1988n,59-172).

In ähnliche Richtung geht die "passive Atembehandlung" nach *Schmidt* (1956).

5.6. Kombination von Awareness-, Anspannungs-Entspannungs- und atemtherapeutisch orientierten Entspannungstechniken

Ist die bereits erweiterte wahrnehmungsmäßige Präsenz der wichtigsten Leibregionen vertieft, sind Atem und Stimme "erfahrbar" und ist die "Konturierung der Körperepräsentanzen" fortgeschritten, bietet sich die Kombination von Anspannungs-Entspannungstechniken mit dem Ein- bzw. Ausatem an.

5.7 Dehnungen und Dehnlagerung

Zur Vertiefung und Erweiterung der bisherigen Techniken kann der Focus auf die Arbeit mit Dehnungen oder Dehnlagerungen gebracht werden (vgl. *Höhmann-Kost* 1991,53ff; *Middendorf*,S.150ff), die eine Kompetenzerweiterung für den Patienten beinhaltet, sich auch durch *Raumlageveränderungen* seiner Möglichkeiten zur Tonusregulation bewußt zu werden.

5.7.1 Dehnung und atemtherapeutisch fundierte Entspannungstechniken

Diese finden sich in zahlreichen Varianten bei *Middendorf* (1983), z.B. die "kosmische Übung", in der "alle Möglichkeiten des Atmens und der Bewegung ausgedrückt und vereint" sind (*Middendorf* 1983,187).

5.8. atmosphärische Stimulierung

kann z.B. durch entsprechende akustische Stimulierung (regressiv stimulierende Geräusche wie Herztöne, Tonfolgen, Klangreisen, Naturgeräusche erreicht werden. Ergibt sich oft durch das Gefühl "Ich bin hier nicht allein, werde vom Therapeuten und der Gruppe gehalten" etc.". Unter gruppalem (oder dyadischem) Aspekt bietet sich der Einsatz von partnerzentrierten (z.B. "Partner-Massage" nach *Downing*) oder Übungen zum

"Gehaltenwerden und Loslassen" aus der Encounter-Tradition an.

5.9 Ikonische Autostimulierung

Der Patient wird instruiert, sich für ihn angenehme Bilder, Farben oder konstante, angenehme leibliche Atmosphären vorzustellen (z.B. "in der warmen Wanne" o.ä.). oder es werden Standardmotive (z.B. "Baum", "Rose" o.ä.) vorgegeben. Verfügt jeder Patient über ein memorierbares Bild oder eine konstante Vorstellung (auch nichtvisueller Modalität) wird die relaxierende Vorstellung im Anschluß an die vorhergehenden Techniken eingeführt. Ein wirkungsvolles Beispiel stellt der "Duft-Hauch-Atem" von Middendorf dar, in dem multimodal Atemwahrnehmung, ein Vorstellungsbild (Rose) und eine vorgestellte olfaktorische Wahrnehmung verknüpft werden (*Middendorf* 1984,S.143). Es lassen sich verschiedene andere Verknüpfungen denken. Eine interessante Variante ist auch die meditative Kontemplation eines Yantra: "Diese Übung besteht aus zwei Lernschritten. Zunächst soll der Lernende ein kleines Objekt, welches bequem in der Hand gehalten werden kann, aussuchen und versuchen, sich nur auf dieses Objekt zu konzentrieren. Der Trainierende sieht sich das Objekt von allen Seiten an, bringt es nahe heran, hält es weit weg, untersucht es taktil mit seinen Fingerspitzen usw. Erst wenn diese Konzentration gut gelingt, soll er/sie sich im zweiten Lernschritt ein Yantra aussuchen. Das Yantra ist ein zweidimensionales, geometrisches Abbild, das keinerlei feste Bedeutung haben muß. Mit geschlossenen Augen konzentriert sich der Trainierende auf das persönliche Yantra"(*Linden* 1993).

5.10 Szenische Stimulierung

Die beschriebene ikonische Autostimulierung läßt sich ins szenische erweitern durch Phantasiereisen o.ä., wobei meist eine muskelrelaxierende Technik vorgeschaltet wird. In einer entspannten Haltung im Sitzen oder Liegen werden entweder vom Patienten selbstgewählte Motive (z.B. "meine Katze") oder vom Therapeuten vorgeschlagene Standardmotive (Wiese, Bach, Wald etc.) induziert und weitergeführt, wobei stets suggestiv auf einen relaxierenden Einfluß hingearbeitet wird. Als Variante bietet sich jedoch oft an, eher die stimulieriende Wirkung dieser szenischen Abläufe zu betonen. Ähnlich wie beim Katathymen Bilderleben von *Leuner* (1955) erscheint dies Vorgehen besonders induziert, wenn innerhalb eines bimodalen Vorgehens der Widerstand durch somatische Symptome geäußert wird und eine konfliktorientierte Arbeit schwer möglich erscheint.

5.11 verbal-semantische Stimulierung

Durch Verwendung den Patienten nach seinem Dafürhalten positiv stimulierender Wörter (z.B. Ruhewort) oder Sätze ("Ich bin ganz ruhig und entspannt"), oder aber durch die meditative Verwendung eines Mantra gelingt es vielen Patienten, eine tonusregulierenden Effekt zu erzielen.

5.12. Erweiterung der Kombination von Awareness-, Anspannungs- Entspannungs- und atemtherapeutisch orientierten Entspannungstechniken durch zusätzliche ikonische, szenische oder verbal-semantische Stimulation

Ist der Patient in der Lage, Anspannung bzw. Lockerung seiner Muskulatur hinreichend prägnant wahrzunehmen und zu kontrollieren und dieses mit seinem Atem zu koordinieren, bietet sich Varianten der "progressiven Muskelrelaxation" von *Jacobson* (1938) an, z.B. die von *Kaluza* und *Basler* 1991 im

Rahmen eines Streßbewältigungstrainings. Die Methode besteht in einem Wechsel von Anspannung und Entspannung einzelner quergestreifter Muskelpartien (Arme und Hände, Gesicht, Nakken- und Schultern, Bauch, Brust, Beine, des Rückens). "Dabei wird die An- und

Entspannung mit dem Ein- und Ausatemvorgang koordiniert. Die Konzentration wird jeweils auf die unterschiedlichen Empfindungen gerichtet, die bei willentlicher Anspannung und anschließender Lockerung der Muskeln auftreten. Dadurch wird eine Sensibilisierung für subjektive Anzeichen von Anspannung und Entspannung erreicht. Diese ist für eine möglichst frühzeitige Wahrnehmung körperlicher Anspannung wichtig. Im weiteren Verlauf wird die Entspannungsübung verkürzt, indem einzelne Muskeln zu Gruppen zusammengefaßt werden, die dann gleichzeitig entspannt werden. Außerdem wird ein Ruhewort eingeführt, daß die Teilnehmer beim Ausatmen und gleichzeitigen Loslassen der Anspannung innerlich mitsprechen sollen"(*Kaluza* und *Basler* 1991,36). Es ist individuell zu entscheiden, ob sich relaxierende Bilder, Szenen oder Worte am besten die innere Kopplung mit der muskulären Entspannung ermöglichen.

In vergleichbare Richtung geht die "Relaxative Organgymnastik" (*Berger* 1971) und das "isodynamische" Vorgehen von Petzold (*1977a*), in denen bestimmte Muskelgruppen angespannt und entspannt werden, wobei Kontraktion und Relaxation in der Vorstellung mitvollzogen werden. Beim Loslassen wird zusätzlich suggeriert, daß die Körperteile "größer und länger" werden. Hier werden somit zusätzlich das multimodal-ikonische und das szenische Leibgedächtnis aktiviert. Die isometrischen Anspannungen bieten außerdem ein ausgezeichnetes muskuläres Training bei tonusmäßiger Erschlaffung, da Anspannung und Entspannung optimal verbunden werden. Eine Weiterführung in dieser Richtung bietet auch der Ansatz der Eutonie (*Alexander*; *Kjellrup* 1980). Bei den letzteren Ansätzen mündet die Tonusregulation eine allgemeine bewegungstherapeutische Arbeit.

5.13. Kombinierte Stimulierung auf der sensumotorisch-perzeptiven und verbal-semantischen Ebene

Ähnlich wie in der Unterstufe des Autogenen Trainings (*Schultz* 1964) ist die Verbindung von Ruhigstellung durch Autosuggestion und Herabsetzung des Muskeltonus bzw. der Gefäßspannung durch systematische Übungen v.a. im Zusammenhang mit der bimodalen Behandlung sychosomatischer Störungen sinnvoll. Da das AT immer noch das am weitesten Verbreitete Entspannungsverfahren ist, erfolgt an dieser Stelle keine nähere Beschreibung (s. *Luthe* 1977; *Vaitl* 1993,S.169ff).

5.14 Streßbewältigungstraining

Bei mentalem Dauerstreß und/oder hyperaktivem Handlungsstil empfiehlt sich die Absolvierung eines kombinbierten Streßbewältigungstrainings (z.B. *Kaluza* 1991).

Zusammenfassung

Tonusregulierende Techniken werden in einem systematischen multimodalen Behandlungskonzept dargestellt und im Therapiesystem der Integrativen Therapie eingeordnet.

Summary

relaxation techniques are described under a systematical, multimodal standpoint and related to the therapeutic system of the "Integrative Therapie"

Anschrift des Verfassers

Michael Voutta-Voß
Bachstr. 113
42781 Haan

Literatur beim Verfasser