



Sensomotorische Körpertherapie
nach Dr. Pohl®

Helga Pohl:

ALLES PSYCHOSOMATISCH?

Leicht gekürzt veröffentlicht in *Natur und Heilen*, 10, 2000

Gängige psychosomatische Theorien

Kürzlich stand in der Zeitung, „Psychosomatische Erkrankung“ sei inzwischen in Deutschland die am häufigsten gestellte ärztliche Diagnose. „Schön“, sagt da der aufgeklärte Zeitgenosse, „da beginnt also die Medizin endlich zu berücksichtigen, welch großen Anteil psychische Faktoren am Entstehen körperlicher Krankheiten haben.“ „Gar nicht schön“ meinen die Patienten, denen die Diagnose gestellt wurde. Denn jeder von ihnen empfindet seine Beschwerden als ganz real körperlich. Einer hat zum Beispiel Rückenschmerzen: er spürt doch ganz genau, dass ihn der Rücken schmerzt und nicht die Seele! Die nächste windet sich vor Bauchschmerzen und kommt sich verhöhnt vor, wenn man ihr mitteilt, das sei alles nur psychisch. Einem anderen ist so schwindlig, dass er sich kaum auf den Beinen halten kann. Soll er sich das alles nur einbilden? Das kann nicht sein, es muss eine körperliche Ursache für die Beschwerden geben. Und genauso reagiert die mit dem Harnverhalt und der mit dem übermäßigen Harndrang, die mit dem Kloß im Hals und der mit dem Herzstechen, die mit dem Kopfschmerz und der mit der Schlafstörung usw., usw.. Es muss eine körperliche Krankheit dahinter stecken und zwar wahrscheinlich eine ganz schlimme, denn sonst hätten sie niemals solche massiven Beschwerden. Diese Krankheit hat der jetzige Arzt nur noch nicht gefunden, also wendet man sich verzweifelt an den nächsten. So beginnt – von außen betrachtet – das „doctor-hopping“ und – von innen betrachtet – eine Spirale von Angst, Verzweiflung, Wut und

Körpertherapie-Zentrum Dr. Helga Pohl

Unverstandensein. Das mündet in eine Arzt- und Klinikodysee, die irgendwann in der Heilpraktikerpraxis oder in der Esoterikszene endet (womit aber meist die Beschwerden nicht enden).

Die Reaktion auf die Diagnose „psychosomatisch“ ist so typisch, dass sie im ICD, dem offiziellen Diagnoseschlüssel, von Experten bereits zum diagnostischen Kriterium der „Somatoformen Erkrankungen“ ernannt wurde, wie die psychosomatischen Erkrankungen ohne somatischen Befund inzwischen offiziell heißen.

Dort lesen wir: „Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist das wiederholte Darbieten körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.“ Und: „...widersetzt sich der Patient gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren; sogar bei offensichtlich depressiven und Angstsymptomen kann es sich so verhalten.“

In der Unterrubrik „Somatisierungsstörung“ erscheint unter „Diagnostische Leitlinien“ gleich als zweiter Punkt das Kriterium „hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist.“

Die Ablehnung der Diagnose durch den Patienten wird hier also geradezu zum diagnostischen Beweis. Man kann eine solche Schlussfolgerung allerdings auch für perfide halten und für ein Zeichen der Borniertheit der Medizin, besonders wenn die „Diagnose“ von Aussagen begleitet wird wie: „Da ist überhaupt nichts“, „Das kann gar nicht weh tun“. „Nun stellen Sie sich mal nicht so an.“ „Haben sie nicht die Midlife-Krise?“ oder aber wenn der Betreffende gleich zum Psychiater weiter überwiesen wird.

Man beachte nämlich, wie solch eine Diagnose zustande kommt: Man untersucht den Patienten mit allen modernen Apparaten und der Laborchemie der heutigen Medizin und wenn sich dabei kein Befund erheben lässt, der vom als „normal“ oder

„gesund“ geltenden abweicht, schließt man messerscharf, dass die Beschwerden nicht körperlich verursacht sein können. Da aber die Betroffenen darauf bestehen, dass sie unter diesen oder jenen Beschwerden leiden, erklärt man kurzerhand „die Psyche“ (was immer man darunter verstehen mag) als Verursacher, da ja sonst niemand da ist. Man hat nicht etwa „die Psyche“ untersucht und festgestellt, dass mit ihr etwas nicht stimmt (denn eine gesunde „Psyche“ macht ja wohl keine körperlichen Störungen), noch zieht man in Zweifel, dass sich mit den gegenwärtigen Apparaten und Laborarbeiten jeder körperliche Vorgang erfassen lässt. Genau genommen müsste die ärztliche Auskunft nämlich heißen: „Mit meinen Apparaten konnte ich nichts finden“.

Somit lässt sich die Diagnose „psychosomatische Erkrankung“ übersetzen mit „ich weiß auch nicht, was Ihnen fehlt“ und ist ein Ausdruck der Hilflosigkeit der gegenwärtigen Medizin (sowie natürlich eine Widerspiegelung der Gestaltungsmöglichkeiten der ärztlichen Abrechnungssysteme gegenüber der Krankenkassen.)

Wenn die Diagnose „Psychosomatische Erkrankung“ mehr als eine Ausflucht oder eine Verlegenheitsdiagnose sein soll, so müsste die psychische Seite mit berücksichtigt werden. Das ist die Domäne der Psychologen und vor allem der Psychoanalytiker. Hier heißt es, der Betroffene „somatisiere“, d.h. er habe ein psychisches Problem, das er nicht sehe, nicht wahrhaben wolle und das sich daher körperlich bemerkbar mache. Wie das Somatisieren vor sich gehen soll, dafür gibt es verschiedene theoretische Modelle. Als erstes kam von Freud das Modell der „Konversion“. Dabei soll psychische Energie in körperliche transformiert werden und der vom Bewusstsein abgespaltene Konflikt im Bereich der Sexualität symbolisch mit dem Körper dargestellt werden. Wie aber der Sprung von einem System ins andere – von der immateriellen Seele in den materiellen Körper – stattfinden soll, erklärt dieses Modell so wenig wie die nachfolgenden. Weder die „Projektion“ von seelischen Konflikten auf den Körper noch die „Resomatisierung“ noch die „zweiphasige Verdrängung“ noch die „Alexithymie“ können diesen Sprung erklären.

Nichtsdestoweniger hat das psychoanalytische Konzept der „Somatisierung“ eine ungeheure Popularisierung erfahren und zwar gerade in den Ausprägungen, die einer empirischen Überprüfung am wenigsten standgehalten haben, nämlich der Persönlichkeits- und Konfliktspezifität. Hier meint man, aus einer bestimmten Erkrankung (ob nun mit oder ohne schulmedizinisch organischen Befund) auf eine bestimmte Persönlichkeit oder ein bestimmtes psychisches Problem rückschließen zu können. Allem und jedem wird eine bestimmte Bedeutung beigemessen. So wie früher Traumbücher im Schwange waren, wo man für jeden Trauminhalt eine bestimmte Bedeutung nachlesen konnte, so kann man heute in Büchern wie von DAHLKE „Krankheit als Symbol“ nachschauen, welche Bedeutung welche Krankheit haben soll, was diese Krankheit uns „sagen“ will, und was in unserem Seelenleben wir ändern sollen.

Da lesen wir dann z.B. unter dem Stichwort Fußpilz:

„Kontakt zu Mutter/Erde/Frau/Welt ist nicht sauber; ein in Vergessenheit geratener Konflikt um die eigene Standhaftigkeit will ins Bewusstsein zurückkehren und ausgetragen werden; zu schwach sein, sich seiner Haut zu wehren (schwache Abwehrlage); die eigenen Grenzbefestigungen (Haut) und Waffenarsenale (Krallen) werden von fremden Invasionstruppen besetzt, die anschließend darauf schmarotzen...“ Und das Rezept, was man gegen Fußpilze tun kann, wird gleich mitgeliefert:

„Bearbeitung: Abwehr bezüglich der eigenen Standpunkte reduzieren; kompromiss- und kooperationsfreudiger werden, die Auseinandersetzung mit fremden Impulsen pflegen;. eigene, unbenutzte, nicht mehr benötigte, leblose, abgestorbene Bereiche für fremde Lebensimpulse öffnen; Frage des eigenen Parasitentums klären: „Wo schnorre ich mich durch?“

Besonders in der Esoterik-Szene gehört es zur fanatisch betriebenen Laienpsychologie, jeder Erkrankung und jedem Unpässlichsein derart eine symbolische Bedeutung zu unterstellen.

Das ist natürlich alles Unfug, denn biologische Vorgänge richten sich nicht nach Symbolisierungen. Letztere fügen wir Menschen hinzu. Aber auch die ursprünglichen psychosomatischen Modelle der Psychoanalyse vernachlässigen fast vollständig die Pathophysiologie (bis auf ALEXANDER, dessen konfliktspezifisches Reagieren des Sympathikus versus Parasympathikus sich aber nicht verifizieren ließ, und bis auf Wilhelm REICH, der zwar bei psychosomatischen Erkrankungen Muskelverspannungen beobachtete, diese aber auf einen nicht nachweisbaren Stau an sexueller Energie zurück führte. Im Übrigen wird REICH seit seinem Ausschluss aus der Psychoanalytischen Vereinigung 1934 von der Psychoanalyse ignoriert). Der reale Körper mit seinen Empfindungen und Funktionen ist der Psychoanalyse im allgemeinen gleichgültig. Wenn, dann interessiert sie sich höchstens für das Bild, das der Betroffene von seinem Körper hat.

Das aber führt zu einer Wirklichkeitsverdoppelung. Denn:

Wenn die Bauchschmerzen psychosomatisch sein sollen, wo bitte tut es dem Betroffenen weh? In der Seele? In dem, Bild das er von seinem Körper hat? In einem Geistkörper, der neben dem eigentlichen Körper existiert? In einem Körperschema im Hirn? (kaum möglich, denn im Hirn selbst gibt es keine Schmerzrezeptoren). Sind es Phantomschmerzen? Halluziniert der Betroffene? – Das alles soll natürlich nicht sein, aber wo ist der Schmerz denn dann und wie kommt die Schmerzwahrnehmung zustande?

Diese Frage ist im klassischen psychosomatischen Modell nicht beantwortbar, da es von offensichtlich falschen Prämissen ausgeht, nämlich der Trennung von Körper und Seele und der Annahme eines (meist einseitig ausgerichteten) Ursachewirkungsverhältnisses zwischen beiden, und das auch nur im Störungsfalle. Niemand kann die Frage beantworten, wie die immaterielle Psyche sich über den materiellen Körper hermachen kann und wie sie es anstellt, in diesem Körper Missempfindungen hervorzurufen.

Auch lerntheoretische Modelle, z. B. das „Shaping“, sagen nichts darüber, wie der Schmerz in den Bauch kommt und beibehalten wird, da Schmerz ja ein aversiver Reiz par excellence ist, der eigentlich automatisch zu Vermeidungsverhalten führen

müsste. Die Behauptung, dass die Vorteile, die aus der Krankenrolle gezogen werden, das negative Erleben des Schmerzes überwiegen und den Schmerz dadurch aufrechterhalten, erscheint in Anbetracht der Schwere des Leidens der Patienten mehr als zynisch.

Auch bei psychosomatischen Beschwerden gibt es körperliche Befunde

Wenn uns all die psychosomatischen Modelle nicht weiterhelfen und wir dem Patienten seine körperlichen Missempfindungen weder ausreden noch ihm eine vernünftige Erklärung für diese Missempfindungen geben können, bleibt uns nichts anderes übrig, als die Trennung von „Körper“ und „Seele“, die sich auch in der Trennung von Medizin und Psychologie spiegelt, erst einmal aufzugeben und uns dem Patienten als lebendigem Organismus zuzuwenden. Denn nur der Patient kann valide Auskunft darüber geben, was sich in seinem Körper wie anfühlt. Er ist der einzige Spezialist auf dieser Welt für die Empfindungen seines Körpers.

Wir werden ihn also bitten: „Zeigen Sie mir doch bitte, wo Sie die Beschwerden empfinden und schildern Sie, wie sich das anfühlt“. Daraufhin wird der Patient eine bestimmte Stelle auf seinem Bauch (oder Kopf oder Rücken oder wo auch immer) zeigen und er wird Beschreibungen abgeben wie: „Also, es ist ein ganz starker, stechender Schmerz, der blitzartig hier hinein fährt.“ oder: „Es ist wie ein Eisenring um den Brustkorb hier, der mich kaum atmen lässt.“ - „Es ist ein ziehender Schmerz, der von der rechten Schulter in den Kopf geht. Wenn es ganz schlimm wird, tut auch das Ohr weh.“ - „Bei dem Schwindel dreht sich alles vor meinen Augen, es kommt immer, wenn ich den Kopf drehe.“- „Ein richtiger Schmerz ist es eigentlich nicht, aber es zieht so ganz unangenehm von den Nieren bis zur Leiste“ usw., usw.. Dabei werden wir von jedem Patienten etwas andere Beschwerden hören. Anders als wir von ärztlichen Diagnosen her gewöhnt sind, gibt es oft offensichtlich ganz verschiedene Bauch-, Rücken- oder Kopfschmerzen oder andere Beschwerden.

Wenn wir weiterfragen, erfahren wir für gewöhnlich auch noch andere Beschwerden als diejenigen, die zur Konsultation führten, und das auch wieder unterschiedlich von

Patient zu Patient. Der eine hat einen unbezähmbaren Harndrang, gleichzeitig oder alternativ hat er einen Druck auf dem Magen und zeigt dabei das Dreieck im Oberbauch zwischen den Rippenbögen, direkt unter dem Brustbein. Vielleicht hat er zusätzlich auch noch nächtliches Zähneknirschen. Die nächste Patientin hat unglaubliche Menstruationsbeschwerden, die sie jeweils mehrere Tage ans Bett fesseln. Sie zeigt dabei die Gegend, wo sie ihre Eierstöcke vermutet, wo sich in Wirklichkeit aber die Psoas-Muskeln befinden. Manchmal hat sie aber auch Kopfschmerzen, die vom Nacken hinter die Augen ziehen. Außerdem ist sie oft plötzlich so müde, dass ihr die Augen zufallen.

Auch die Kombination von Beschwerden ist wieder unterschiedlich von Patient zu Patient und lässt sich zu keiner Gesamtdiagnose zusammenfügen. Das bekommt der Facharzt natürlich nicht zu hören, denn zu ihm kommt man ja wegen der Blase, wegen des Magens, wegen der fachspezifischen Beschwerden und er will eine fachspezifische Diagnose stellen. Hören wir den Patienten dagegen unbefangen zu, hören wir individuelle Beschwerden, die sich ebenfalls individuell mit anderen Beschwerden zusammenfügen. Das eine oder das andere steht dabei im Vordergrund. Von einer üblichen Diagnose nach dem Schema „Ausschlag, Durchfall, Fieber, der und der Erreger im Blut nachweisbar macht zusammen die Krankheit X“ sind wir Meilen weit entfernt.

Als Alternative zum Stellen einer Diagnose schlage ich vor, alles, was der Patient sagt, ganz ernst und ganz wörtlich zu nehmen. Lässt man sich nämlich genau die Stelle oder die Stellen zeigen, wo die Beschwerden auftreten und drückt probierhalber auf eben diese Stellen, so wird man feststellen, dass man unter den Fingern Verhärtungen im Muskel und/oder im Bindegewebe spürt. Außerdem wird der Patient ab einer gewissen Intensität des Druckes vor Schmerzen aufschreien. „Ja“, sagt er „genau da ist es! Es ist, als wenn Sie mit einem Messer da hinein stechen“. „Da ist ja genau mein Menstruationsschmerz“ „Ja, genau, da tut mir der Rücken weh“, „Genau von da kommt meine Übelkeit.“

Wenn wir die Untersuchung weiter treiben, können wir die Beschwerden sogar von außen sehen oder hören: man kann sehen, wie sich der schmerzgeplagte Bauch bei der Atmung nicht mit bewegt, oder: der Bauch bewegt sich sehr wohl bei der Atmung, aber genau die Stelle, wo der Eisenring um den Brustkorb empfunden wird, bewegt sich nicht. Oder wir sehen, dass beim Gehen der schmerzhaft Rücken nicht mitgeht, sondern steif gehalten wird. Wir können hören, dass die Atmung durch die Nase offensichtlich nur mühsam und damit geräuschvoll erfolgt, oder hören und sehen, dass sie nur oben im Brustkorb und viel zu schnell erfolgt. Streicht man mit der Hand über die Körperpartien, wo die Beschwerden empfunden werden, kann man oft spüren, dass diese sich kälter als der übrige Körper anfühlen.

Wenn der Patient steht, kann man sehen, dass er nach vorne geneigt ist, wobei offensichtlich die Bauch- und Brustmuskulatur verkürzt sind, was man überprüfen kann, indem man diese Muskulatur betastet (sie fühlt sich hart an und ist druckempfindlich). Oder man sieht, dass der Patient im Hohlkreuz steht, und kann spüren, dass seine Rückenstrecker sich hart anfühlen und ebenfalls druckschmerzhaft sind. Diese ganze Diagnose geht ohne Apparate und ohne Labor. Es ist eine Kommunikation von einem menschlichen Organismus mit seinen Sinnesorganen zu einem anderen menschlichen Organismus mit seinen Sinnesorganen.

Als Ergebnis einer solchen Kommunikation können wir festhalten, dass der Schmerz oder die Funktionsstörung offensichtlich immer von verspannter Muskulatur und/oder verhärtetem Unterhaut- Bindegewebe ausgeht, so verschiedenartig die Lokalisation auch sein mag. Verspanntes, verhärtetes Gewebe bewegt sich nicht mehr oder kaum, da es ja immer im gleichen Spannungszustand bleibt. Bewegung aber ergibt sich aus dem rhythmischen Wechsel von Anspannung und Entspannung. Versuchen die Betroffenen, die harten Stellen zu bewegen, indem sie sie dehnen, verstärkt sich akut der Schmerz, denn sie reißen nun an verspanntem Gewebe, ohne dass dieses nachgeben würde, wie es normalerweise der Fall wäre. Beugt man sich zum Beispiel mit dem Oberkörper nach vorn, müssen die Rückenmuskeln im Normalfall

nachgeben und länger werden. Sind sie aber in einer chronischen Dauerkontraktion, geben sie nicht nach, man kann sich nicht mehr soweit vorbeugen wie früher und ein Schmerz durchfährt einem. Ist umgekehrt die Bauchmuskulatur verspannt, geht man vornüber gebeugt und das Aufrichten oder gar Nachhinterbeugen ist erschwert. Das ist, selbst wenn keine akuten Beschwerden da sind, sichtbar und tastbar.

Die Körperwahrnehmung ist in Bezug auf die Lokalisation der Störung sehr präzise. Wenn man den Kranken die Stelle an seinem Körper zeigen lässt, wo seine Beschwerden auftreten, zeigt er haarscharf die Gegend, wo sich dann von außen Verhärtungen spüren lassen. Dabei kann es sich um einzelne Punkte, so genannte Myogelosen oder Triggerpunkte, oder ein mehr oder weniger ausgedehntes Gebiet handeln. Auch wenn der Patient es gar nicht so genau zu wissen meint, zeigt er die Stelle doch ganz genau, denn das Zeigen wird eher vom sensomotorischen Gedächtnis gesteuert als vom Vorderhirn, wo das verbale Wissen zu Hause ist.

Die Wahrnehmung des Außen als Innen

Nur in einem Punkt täuscht die sonst so präzise Körperwahrnehmung: wir nehmen äußere Vorgänge, die sich an der Peripherie abspielen, häufig als innere wahr. Bei Kopfschmerz meinen wir z. B. , uns platzt der Schädel und zwar von innen. Ein anderer Schmerz wird tief innen im Gelenk empfunden, z. B. im Knie, im Ellenbogen, im Schultergelenk. Drückt man aber auf die Muskelansätze am Hinterkopf, am Knie, am Ellbogen, am Schultergelenk, sagt der Betroffene: ja, ja, das ist der Schmerz! Auch der Kloß im Hals, der als Druck- oder Fremdkörpergefühl an einer bestimmten Stelle innen im Hals wahrgenommen wird, geht auf Verhärtungen im Halsbindegewebe außen zurück. Und auch, wenn wir eine „innere“ oder „seelische“ Anspannung zu spüren meinen, nehmen wir in Wirklichkeit Spannungszustände in Muskeln und im Bindegewebe wahr. Ja selbst beim so genannten Magenschmerz, oder dem Druck auf den Magen, der gewöhnlich im Epigastrium, also im Oberbauch zwischen den Rippenbögen gezeigt wird, kann man genau an dieser Stelle außen verhärtete Bindegewebs- und Muskelpartien finden (wobei sich der Magen übrigens gar nicht an dieser Stelle, sondern weiter links befindet, der Betroffene hat nur gelernt, das als Magenschmerz zu bezeichnen). Auch „Nierenschmerzen“ gehen

nicht selten von verspannter Rückenmuskulatur in der Nierengegend aus. Das gleiche gilt für viele Blasen- und Herzbeschwerden. Es bleibt dann häufig nichts anderes übrig, als den Patienten zu bitten: „Zeigen Sie mir doch bitte mal von außen, wo es innen weh tut.“ Löst man an all diesen Punkten die äußeren Verspannungen, verschwinden auch die Beschwerden „innen“.

Der biologische Sinn dieser Abweichung in der Körperwahrnehmung ist mir bis jetzt nicht klar. Jedenfalls empfinden wir uns durch dieses Phänomen nicht als hohl, auch an den Stellen nicht, wo Organe sitzen, die wir nicht spüren können, wie das Hirn oder die Leber, da diese Organe keine Empfindungszellen besitzen. Werden trotzdem „Leberschmerzen“ angegeben, finden sich die schmerzhaften Stellen natürlich wieder auf der Bauchdecke.

Auf die Wahrnehmung des Außen als Innen ist eventuell vieles von unseren nicht immer richtigen Denkstrukturen in Bezug auf unseren Organismus zurückzuführen, insbesondere die Höherbewertung des Innen. Wenn wir der Seele überhaupt einen Platz in unserem Körper zugestehen und sie nicht nur für rein immateriell halten, dann in unserem Innern. Und zwar wohnt sie gewöhnlich in der Brust, da nämlich, wo wir unsere Gefühle spüren. Wir sagen z.B. „Wie es tief in meinem Innern aussieht, geht niemanden etwas an.“ Oder: „ wir kehren das Innerste nach Außen“, wenn wir unsere geheimsten Gefühle anderen offenbaren. Die Seele auf Empfindungen der Skelettmuskulatur zurückzuführen, mutet allzu profan, ja blasphemisch an. Eventuell hat die Verschiebung der Körperwahrnehmung nach innen auch zu Fixierung der Medizin (inklusive der psychosomatischen Medizin) auf die inneren Organe geführt.

Muskeln und Bindegewebe, das sensomotorische, System gilt in der angewandten Medizin als *quantité négligeable*, obwohl es den größten Teil unserer Körpermasse ausmacht. Es gibt keinen Facharzt dafür, denn selbst der Orthopäde kümmert sich in erster Linie um das Innere, nämlich die Knochen. Und der Psychologe spricht abstrakt von Verhalten, das von inneren Motivationen bestimmt wird, ohne sich klar zu machen, dass jedes Verhalten eine Tätigkeit unseres neuromuskulären Systems

ist. Ob wir nun gehen oder kriechen, ob wir schreiben oder umher schauen, ob wir sprechen oder essen, einen Wutanfall bekommen oder ihn zurückhalten, ob wir jemanden streicheln oder schlagen, ob wir niesen oder husten, was auch immer wir tun, wir tun es mit unseren Muskeln. Auch wenn wir auf jemandes „Charakter“ schließen, können wir das nur aufgrund von Verhaltensweisen, die dieser jemand mit seinem neuromuskulären System ausgeführt hat.

Die wichtigste, weil lebensnotwendigste Bewegung ist zweifellos diejenige der Atmung. Beim Aussetzen dieser Bewegung sind wir innerhalb von wenigen Minuten tot, denn von ihr hängen alle übrigen Funktionen unseres Organismus ab. Sie wird nicht etwa von innen, von der Lunge, sondern von außen, von der Skelettmuskulatur ausgeführt.

Psychosomatische Vorgänge beim Kranken wie beim Gesunden

Wenn wir die Patienten dann fragen: „Was haben Sie denn beobachtet, wann und unter welchen Umständen werden die Beschwerden besser bzw. schlimmer?“, dann hören wir Aussagen wie: „Also, bei Wetterwechsel ist es ganz arg, vor allem wenn es feucht-kalt wird“; „Tagsüber geht’s ja, aber nachts wird es so schlimm, dass ich nicht schlafen kann.“; „Morgens ist es am ärgsten, bis ich mich ein bisschen bewegt habe und unter der warmen Dusche war“; „Nach meiner Scheidung wurde es schlagartig besser“; „Nach Stress bei der Arbeit geht’s mir besonders schlecht.“; „Neulich hatte ich am nächsten Tag eine Auseinandersetzung mit meinem Chef vor mir, da war es besonders arg“; „Wenn ich meinen kleinen Enkel bei mir habe und mit dem schmuse und spiele, dann geht’s mir besser.“ „Immer, wenn ich mich runterbücke, genau diese Bewegung mache, ist es nicht zum aushalten.“; „Wenn ich etwas ganz schlechtes rieche, wird es auch schlimmer“ usw..

Als Ergebnis unserer verbalen Kommunikation halten wir fest, dass es offensichtlich sehr heterogene Auslöser gibt, die den Zustand der Muskelkontraktion verschlimmern oder verbessern. Kälte, Unbeweglichkeit in der Nacht, atmosphärische Störungen, plötzliche Bewegung gegen die verspannte Muskulatur, auf all das reagiert der Organismus offensichtlich mit stärkerer Anspannung,

während bei zärtlichem Körperkontakt und spielerischer Bewegung die Spannung eher nachlässt.

Wie aber verhält es sich mit der Bedingung „schlechter Geruch“? Ist das nicht Spinnerei? Und wie mit den Bedingungen „Stress in der Arbeit“; „erwartete Auseinandersetzung mit dem Chef“; „nach der Scheidung“? Ist das nicht doch psychosomatisch? Ja und nein. Nein, nach dem traditionellen Psychosomatikverständnis, denn die Beschwerden spielen sich keineswegs nur im Kopf oder in der Psyche des Betroffenen ab, sondern sind ganz genauso körperlich, wie die durch die physikalische Reize ausgelöst. Ja, wenn man mit dem Begriff psychosomatisch den Organismus wirklich als ganzen meint.

Dann können wir erkennen, dass der Organismus sich bei allem Negativem, was er via Sinnesorgan erlebt oder auch nur zu erleben erwartet, zusammenzieht, während er sich bei allem Positivem entspannt und ausdehnt. Dass wir überhaupt etwas als positiv oder negativ empfinden, liegt am empfundenen Spannungszustand der Muskulatur. Die Beschwerden der Patienten werden also genau unter den Umständen besser bzw. schlechter, unter denen wir auch im Normalfall bei uns allen eine stärkere Entspannung bzw. Anspannung der Muskulatur beobachten können. Man wird starr vor Schreck oder Angst, man bebt vor Wut, man setzt sich selbst unter Leistungsdruck, indem man die Muskeln stärker anzieht, als es zur Ausführung einer Aufgabe nötig wäre, wodurch es zu keinem Entspannen in der Bewegung mehr kommt. Umgekehrt lockert sich die Muskulatur bei Freude, Glaube, Liebe, Hoffnung, Vertrauen. Daher kommt es, dass wir auf rosa Wölkchen zu schweben meinen, wenn wir verliebt sind. Umgekehrt lässt sich mit angespannter Lippen-, Kiefer- und Stimm-Muskulatur keine glaubhafte Liebeserklärung abgeben.

Alle positiv erlebten Sinneseindrücke wie Wärme, Licht, melodiose Laute, Duft, gutes Essen, sanfte Berührung, harmonische Bewegung sind mit Entspannung und Wohlgefühl verbunden und das gilt auch für die Erwartung positiver Erlebnisse. Aus letzterem erklärt sich wahrscheinlich der Placebo-Effekt. Umgekehrt wappnen wir

uns mit der Muskulatur gegen alles unangenehme, das wir erleben, d.h. mit unseren Sinnesorganen erfahren: Verletzung, starker Druck oder Zug, Schmerz, Lärm, Kälte, starke Hitze, grelles Licht, ein abscheulicher Anblick, ekelhafte Gerüche und Geschmacksempfindungen und eben auch schon bei der Erwartung, der Vorstellung solcher Sinnesempfindungen. Ein gutes Beispiel für letzteres ist der Besuch beim Zahnarzt: noch lange bevor die schmerzhafteste Spritze sticht, das grässliche Bohrgeräusch zu hören ist, sitzen wir total verspannt im Zahnarztstuhl und umklammern die Lehnen mit den Händen, manchmal so stark, dass die Knöchel weiß werden. Aber auch, wenn wir an der Tür des „bösen“ Nachbarn vorbeigehen, werden wir, wenn wir uns selbst genauer beobachten, feststellen, dass wir uns am ganzen Körper anspannen.

Die Vorstellung – diese blässere Schwester der Sinneswahrnehmung – aktiviert die Spannungsmuster des neuromuskulären Systems und gibt daher die gefühlsmäßige Vorahnung von dem, was kommen wird. Der Neurologe DAMASIO meint sogar, dass wir (kognitive) Handlungsentscheidungen auf der Basis solcher körperlicher Empfindungen treffen. Die Entscheidung „Gehe ich zu Tante Ida oder nicht“ hängt also nicht nur von den rationalen Gründen ab, die ich dafür oder dagegen habe („schon lange nicht mehr da gewesen“), sondern auch von den Empfindungen, die ich bei einem vorgestellten Besuch bei ihr in meinem Körper habe.

Auch unsere Handlungsvorhaben finden im neuromuskulären System statt, d. h. man braucht nur den Arm heben zu wollen, ihn noch gar nicht gehoben haben, schon ist eine kleine, aber messbare Spannung im Arm. Jede mit einem „Ich möchte“ verbundene Handlung wird automatisch mit lockereren, unverkrampfteren, harmonischeren Bewegungen durchgeführt als solche Handlungen, die mit einem eigenen, wenn auch oft von außen übernommenen „Du musst!“, oder „Streng dich an“, oder „reiß dich zusammen!“ einher gehen, denn bei letzteren schaffen wir gleichzeitig einen muskulären Widerstand, den man den Bewegungen anmerkt. Man kann sich ausmalen, was das für körperliche Konsequenzen hat, wenn man, wie bei Stress üblich, ständig meint, alles auf einmal tun zu müssen.

Kontraktion als Rückzug, Selbstschutz, sich panzern, verbunden mit einem unangenehmen Gefühl, und Entspannung als Weitwerden, sich öffnen und zuwenden, verbunden mit einem positiven Gefühl, kommen nicht nur beim Menschen vor, sondern sind Grundmechanismen des Lebens. Man kann sie z. B. an Haustieren beobachten. So ist die Katze weich und schmiegsam, wenn sie schnurrt, sich offensichtlich wohl fühlt, wird aber hart und sperrig, wenn sie sich mit einer dominanten anderen Katze konfrontiert sieht. Die Schnecke ist weich und ausgedehnt, solange sie vor sich hin kriecht oder frißt. Sie wird hart und zusammengezogen, sobald man ihr auf die Fühler tupft. Ja selbst in der Pflanzenwelt scheint es nicht anders zu sein: auch das Gänseblümchen kontrahiert sich nach innen und macht dicht, wenn der Himmel sich bedeckt, Nässe und Kälte kommen - und es öffnet sich wieder und streckt sich dem Licht und der Wärme entgegen, wenn die Sonne wieder scheint. Sogar bei Einzellern wie Amöben können wir den gleichen Vorgang beobachten: wenn die Umgebungsreize von der Amöbe als irgendwie unangenehm empfunden werden, zieht sie sich in sich zusammen und von dem Reiz zurück, während sie sich andererseits wieder ausdehnt, wenn ihr Reize angenehm zu sein scheinen und sie sich auf diese zu bewegt.

Jedes dieser Lebewesen hat offensichtlich schon Rudimente eines Gefühlslebens, d.h. es hat eine Sensorik und eine Motorik, die ihm sagen können, ob bestimmte Reize für seinen Organismus zuträglich sind oder nicht und was es demnach zu tun hat. Irgendetwas muss der Organismus spüren, um Reize als angenehm oder unangenehm einordnen zu können. Je differenzierter das Lebewesen, desto differenzierter auch seine gefühlsmäßigen Reaktionen. Bei Katzen und Hunden z. B. kann man eine ganze Palette unterschiedlicher Gefühlsreaktionen wahrnehmen. Wir nehmen sie wahr als unterschiedliche Körperspannungs- und Bewegungsmuster.

Ebenso verfahren wir bei unseren Mitmenschen und bei uns selber und verstehen Gefühlsäußerungen unmittelbar. Wir hören am Klang der Stimme (der von Spannungszuständen der Rumpf- und Halsmuskulatur erzeugt wird), ob jemand

wütend, deprimiert oder gut gelaunt ist. Wir sehen an der Mimik, Gestik, Körperhaltung und Bewegung, wie jemand „drauf ist“. Wir brauchen das nicht zu lernen, vielmehr ist das meiste angeboren. Auch wenn wir manches nicht explizit wissen, so würden uns doch Äußerungen wie „jemand macht einen Luftsprung vor lauter Traurigkeit“ oder „er lässt vor lauter Freude den Kopf hängen“ absurd vorkommen. Wir wissen genau, dass das nicht stimmen kann.

Auch an uns selbst können wir unterschiedliche Spannungsmuster als Gefühle registrieren. Unsere Körperwahrnehmung ist im Allgemeinen aber längst nicht so geschult und damit bewusst, differenziert und artikuliert wie die Wahrnehmung durch unsere anderen Sinne, insbesondere diejenige durch die Augen. Subtilere Empfindungen als Schmerz oder Hunger entgehen leicht unserer bewussten Wahrnehmung, zumal wir kaum Namen für sie haben und es uns selbst häufig nicht klar ist, dass es sich um Körpersinnesempfindungen handelt. Wir überspüren viel mehr als wir übersehen und zwar in einem solchen Ausmaß, dass es das Wort „überspüren“ eigentlich gar nicht gibt. Daher setzen wir im Alltag z. B. Essen oder Alkohol zur Spannungsreduktion ein, können meist aber erst nach Schulung der Selbstwahrnehmung sagen, dass dem so ist.

Psychosomatik der Angst und Depression

Es ist uns zwar von der Wissenschaft jahrelang eingeredet worden, dass unsere Gefühle nur im Hirn ablaufen, wenn wir aber jemanden fragen: „Wo fühlst du das denn, wenn du Angst hast?“ , wird jeder, wenn er sich das vorzustellen versucht, auf die Vorderseite seines Rumpfes deuten: oft in Herznähe, manchmal auch auf den Bauch, seltener auf den Hals, manchmal auf die ganze Vorderpartie. Und genau da sitzen seine Hauptverspannungen, wenn er zu Angstanfällen neigt. Keiner empfindet Angst am unteren Rücken, am Knie oder am kleinen Finger und auch nicht im Kopf, obwohl er vielleicht sagt, dass ihm angsterfüllte Gedanken durch den Kopf jagen, aber das eigentliche „Angstgefühl“ empfindet er nicht dort. Gefühle sind also etwas, was wir fühlen, und zwar in unserem Körper, nirgends sonst ist es möglich. Das Hirn ist gewiss bei der Erzeugung und Erkennung von Gefühlen beteiligt, aber spüren

können wir dort nichts, denn das Hirn selbst hat keine Sinneszellen. Es kommuniziert mit den Sinneszellen, die über den Körper verteilt sind. Wie zur Gefühlswahrnehmung brauchen wir das Hirn auch zur Sehwahrnehmung, doch ohne Augen wären wir blind.

Auch bei der Depression wird das zentrale Gefühl, nämlich das der Bedrückung, auf der Vorderseite des Körpers gezeigt, meist ist der obere Brustkorb vorn das Zentrum. Deshalb sieht man auf alten Stichen, die nächtliches Albdrücken darstellen, den Alb immer genau auf dieser Stelle sitzen. Er sitzt nie auf der Wange oder auf dem Bein.

Gleichwohl spürt man die Angst und die Depression aber am ganzen Körper, denn es kommt dabei zur Anspannung der gesamten Beugemuskulatur, was manchmal bis in die Finger und Zehen spürbar und sichtbar ist. Die Streckmuskulatur, hauptsächlich im Rücken und Nacken, muss sich zusätzlich anspannen, um uns in diesem allseits gebeugten Zustand in der Schwerkraft noch einigermaßen aufrecht zu halten. Außerdem kann es bei Angst und Depression im gesamten Körper zu weiteren Missempfindungen und -funktionen kommen und zwar durch Veränderung der Atmung. Durch die Verspannung auf der Vorderpartie ist bei beiden Störungen die Atmung vom Volumen her eingeschränkt. Bei der Angst wird infolgedessen viel zu schnell geatmet und es kommt infolge der Hyperventilation (bei gleichzeitigem Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen) zu vasomotorischen Störungen: Herzrasen, Kniezittern, Schwindel, kalte, nasse und zitterige Hände, eine „Mattscheibe“ im Hirn usw.. Jeder, der bereits einen akuten Angstanfall hatte, wird bestätigen, dass Angst ein eminent körperlicher Vorgang ist. Manche erkennen das Geschehen gar nicht als Angst, sondern spüren nur einen als äußerst bedrohlich erlebten körperlichen Vorgang.

Auch bei der Depression ist das Atemvolumen eingeeengt, es wird aber dabei sehr langsam und flach geatmet, insgesamt also viel zu wenig. Dadurch sind die Muskeln so unterversorgt mit Sauerstoff, dass jede Bewegung, jede Unternehmung unendlich mühsam wird. Alle Glieder sind bleiern schwer, so dass schon das Aufstehen zur

riesigen Anstrengung wird. Das Denken ist so langsam, mühsam und un kreativ wie alle Bewegungen.

Dass Ängste und Depressionen relativ häufig in Zusammenhang mit „psychosomatischen“ Krankheiten auftreten, ist unmittelbar einsehbar, da beide ja auf Verspannungen basieren. Keinesfalls sind die körperlichen Beschwerden nur „Symptom“ einer „dahinter liegenden“ Depression oder „Äquivalente“ eines Angstzustandes.

Unsere Vorderseite, insbesondere der vordere Brustkorb, kann als Zentrum unseres Gefühlslebens gelten. Hier deuten wir hin, wenn wir „ich“ zeigen wollen. In dieser Gegend empfinden wir nicht nur Angst, Depression, Liebeskummer, Freudlosigkeit bei Anspannung, sondern auch Freude, Liebe, Glück und Erleichterung bei Entspannung. Daher kommen Redewendungen wie „Mir geht das Herz auf“ oder „mir fällt ein Stein vom Herzen“ (wenn die Anspannung dort plötzlich nachlässt). Insgesamt wird häufig in dieser Gegend das Gefühl oder die Seele angesiedelt. Das griechische Wort „Psyche“ heißt eigentlich „Hauch“, „Atem“. Als Sitz dieser Psyche, dieses Vorgangs, nahmen die Griechen das Zwerchfell an. Später wurde das Herz als das Zentrum des Seelen- und Gefühlslebens angesehen, wohl auch, weil die Menschen schon immer gespürt haben, dass sich der Herzschlag je nach affektiver Befindlichkeit ändert (und natürlich, weil außen als innen wahrgenommen wird).

Nur Wut, Ekel, Verachtung, die Leistungsreaktion, in „Hab-acht-Stellung“-sein, Standhalten, forcierte Selbstbehauptung gehen hauptsächlich über eine Anspannung der Rückenmuskulatur. Immer aber nehmen wir Gefühle über die Rumpf- (und damit über die Atmungs-)muskulatur nicht über die Extremitäten wahr, auch wenn wir vor Wut aufstampfen könnten. Wer also einen Druck, einen Schmerz, ein Taubheitsgefühl beispielsweise am Knie oder an der Hand empfindet, wird sich primär nicht psychisch beeinträchtigt fühlen.

Die Ent-Dinglichung der Seele

Da immer unser gesamter Organismus agiert und reagiert (man kann das nicht nur am muskulären Spannungszustand feststellen, sondern gleichzeitig an allen möglichen physiologischen Variablen), ist es ein Unsinn zu sagen, jemand „somatisiere“; als wenn die Gefühle und Vorstellungen des „Normalen“ oder Gesunden sich nicht körperlich manifestieren, sondern rein „psychisch“, immateriell daher geschwebt kämen, und dass dies das erstrebenswerte oder „reife“ Verhalten wäre.

Für das Umdenken in der Psychosomatik ist erforderlich, die „Psyche“ nicht mehr als Entität zu sehen, sondern sie aufzulösen in verschiedenen Funktionen des Organismus, wie z. B. FELDENKRAIS das getan hat. Jeder Zustand des Menschen hat demnach, solange er lebt, mindestens vier Aspekte: Wahrnehmen, Bewegen, Fühlen und Denken. Diese verursachen sich nicht gegenseitig, sondern sind sozusagen verschiedene Seiten der gleichen Medaille. Ist der Organismus beispielsweise freudig gestimmt, so ist sowohl die Wahrnehmung freudig getönt, wie auch die Bewegung, das Fühlen und das Denken.

Dabei könnte man Gefühl als Unterform der Sinnesempfindung subsumieren, während es sich bei der Wahrnehmung um eine Sinnesempfindung mit Kognition handelt. Oft werden Empfindung, Bewegung und Kognition noch ergänzt durch die Vorstellung. Die Vorstellung ist sozusagen ein lebendiges Abbild, das sich als Niederschlag unserer Sinnesempfindung entwickelt hat und das wir in der Phantasie noch verändern können. Wir können uns also vorstellen, wie etwas aussieht, sich anhört, sich anfühlt, wie etwas riecht oder schmeckt, und wir reagieren dann mit dem ganzen Körper entsprechend. Der Organismus bereitet sich darauf vor, den als angenehm vorgestellten Reiz in sich hineinzulassen (z.B. läuft uns das bei der Vorstellung eines leckeren Essens das Wasser im Mund zusammen, während wir bei der Vorstellung eines guten Geruchs die Nasenflügel weiten und langsam und tief atmen. Umgekehrt bei Vorstellung unangenehmer Sinneserfahrung: der Körper

panzert und verschließt sich gegen die Aufnahme dieser Reize („Mir wird schon übel, wenn ich nur dran denke!“).

Unser größtes, vielfältigstes aber auch am wenigsten bewusst beachtetes Sinnesorgan sitzt nicht etwa in den Augen, den Ohren oder im Mund, sondern in Gestalt von Sinneszellen in unseren Muskeln, Knochen, Sehnen und in der Haut und im Bindegewebe. Es handelt sich um Sinneszellen, die Druck-, Zug- und Temperaturunterschiede registrieren, die zum einen durch äußere Reize zustande kommen, zum anderen durch Bewegungen unseres sensomotorischen Systems, die mit bestimmten Gedanken, Vorstellungen und Vorhaben und Wahrnehmungen durch andere Sinnesorgane einher gehen. Die Empfindungszellen in unserem sensomotorischen System liefern uns die Botschaft „angenehm“ oder „unangenehm“ oder auch „leicht“ bzw. „anstrengend“, „mühsam“ usw.

Offensichtlich können alle Arten von Sinneswahrnehmungen (spüren, sehen, hören, riechen, schmecken) Bewegungen bzw. Bewegungsunterbrechungen oder – einschränkungen auslösen und steuern, die dann als angenehm oder unangenehm empfunden werden. Beim Schreck - ob nun auf ein plötzliches, lautes Geräusch oder auf einen bedrohlichen Anblick oder auf eine plötzliche Verletzung hin - zucken wir immer mit dem ganzen Körper zusammen. Und wir können nicht sagen, ob der Schreck nun ein körperlicher oder ein seelischer Vorgang ist, denn wir spüren ihn im gesamten Organismus. Nicht das erschreckende Ereignis selbst ist unangenehm, sondern das plötzliche Zusammenziehen der Muskulatur lässt uns uns unangenehm fühlen.

Ebenso wenig wie wir Gefühle im Hirn wahrnehmen, ebenso wenig spüren wir übrigens die ganzen Hormone und Botenstoffe, die mit unseren Gefühlen einhergehen. Nicht das Adrenalin selbst lässt uns z. B. aufgeregt fühlen, sondern wir spüren den beschleunigten Ablauf unserer körperlichen Funktionen, der Bewegungen in unserem Körper.

Sieht man Bewegungen als Schwingungsvorgänge, kann man sagen: unwohl fühlen wir uns, wenn die Amplitude der Bewegung eingeschränkt ist, die Muskeln also so angespannt sind, dass sie sich nur eingeschränkt bewegen können, während wir uns wohl fühlen, wenn die Muskeln entspannt sind und wir uns frei bewegen können (vor allem uneingeschränkt atmen können, auch wenn wir uns sonst nicht bewegen). Ein weiteres Charakteristikum der Bewegung ist die Frequenz. Eine Erhöhung der Frequenz nehmen wir auf der Erlebenseite als Ansteigen der Erregung oder des arousals wahr. Je nach Kombination dieser beiden Faktoren – Amplitude und Frequenz – gibt es mindestens zwei Arten von Wohlgefühl bzw. Mißempfindung: bei Entspannung und geringem arousal spüren wir inneren Frieden, Heiterkeit, In-uns-Ruhen bis zur wohligen Müdigkeit. Bei Entspannung und hohem arousal spüren wir Freude, ein angenehmes Aufgekratztsein, Energie und Tatendrang. Anspannung und geringes arousal empfinden wir dagegen als bleierne Müdigkeit, Erschöpfung, Depression. Anspannung bei hohem arousal wird dagegen als Angst, Aufgeregtheit, Nervosität oder als das Gefühl, platzen zu müssen, wahrgenommen. Die Sensomotorik der Kopfsinnesorgane synchronisiert sich mit der Sensomotorik des Körpers in Amplitude, Frequenz und Rhythmik. Daher sind bei Schreck z.B. nicht nur unsere Augen starr, sondern auch der ganze Körper, wir halten vor Schreck die Luft an und es verschlägt uns dadurch die Sprache.

All diese Gemütsbewegungen sind nicht etwa bloß Ausdruck einer inneren Befindlichkeit, sondern es gäbe die Befindlichkeit ohne die Bewegung nicht. Es ist also nicht so, dass der Stress, unter dem wir stehen, muskuläre Anspannung in unserem Körper verursacht, und ebenso wenig tut das die Angst. Vielmehr können wir Stress oder Angst nur spüren, wenn ein bestimmtes Spannungsmuster unserer Muskulatur vorliegt, und wir können so fest verspannt sein, dass wir keine Freude mehr empfinden können. Spüren und Bewegen sind zwei Seiten des gleichen Lebensvorgangs: ohne Bewegung kein Spüren, ohne Spüren kein Bewegen. Mit allen Sinnesorganen können wir nur Änderungen wahrnehmen. Diese Änderungen, diese Unterschiede ergeben sich aus der Bewegung. Selbst bei statischen Objekten ist z.B. das Auge ständig in Bewegung, um die einzelnen Punkte und Konturen

sozusagen abzutasten. „Sentio – ergo sum“ setzt der Evolutionsbiologe HUMPHREY dem DESCARTESschen „Cogito – ergo sum“ entgegen und meint mit „sentio“ einen aktiven Vorgang, die Einheit von Empfinden und Bewegen. Die Frage, ob nun Henne oder Ei zuerst da war, erübrigt sich.

Besonders empfindlich reagieren wir offenbar von Natur aus auf Reizkonstellationen, bzw. hörbare, sichtbare oder spürbare Bewegungen, die von Vertretern unserer eigenen Spezies, von anderen Menschen ausgehen. Daran liegt es, dass wir uns gleich wohler fühlen, wenn uns jemand ein Lächeln schenkt. Unwillkürlich lächeln wir nämlich zurück, was ein entspanntes Wohlbehagen bei uns auslöst. MALMO, ein Pionier der Erforschung der Zusammenhänge von neuromuskulären und stimmungsmäßigen Vorgängen, ließ den Versuchsleiter am Ende einer Untersuchung die Versuchsperson loben. Das hatte zur Folge, dass sich die Muskeln der Versuchsperson entspannten. Als man daraufhin auch den Muskeltonus des Versuchsleiters beim Aussprechen des Lobes maß, stellte man fest, dass auch dieser gesunken war. Umgekehrt reagieren wir natürlich, wenn uns jemand anschreit, schlägt oder uns ein wutverzerrtes Gesicht zeigt, mit Anspannung der Muskulatur. Auch diese zwischenmenschlichen Interaktionen funktionieren nach einiger Erfahrung schon in der Erwartung, in der Vorstellung, wenn uns diese Vorgänge auch häufig nicht bewusst werden. Auch mit Tieren, die ähnlich wie wir agieren und reagieren, können wir uns emotional noch gut verständigen. Wir verstehen auf diese Weise nicht nur Menschenaffen, sondern reagieren auch psychosomatisch auf das Knurren oder das freudige Emporspringen eines Hundes oder auf das Fauchen, Schnurren oder Schmusen einer Katze. Nur so ist es zu erklären, dass man in USA Menschen mit Bluthochdruck und Herz- und Kreislaufgefährdung mit sehr gutem Erfolg Haustiere verordnet hat.

Auch subtile, rein psychisch erscheinende Vorgänge sind in Wirklichkeit noch psychosomatisch, so z. B. die Identifikation. Von einer Identifikationsfigur übernehmen nicht nur die Meinungen und Standpunkte, sondern auch die Mimik, Gestik und Haltung. Auch das geschieht meist unwillkürlich. Sehen wir z. B., wie

jemand verletzt wird, zucken wir zusammen, als müssten wir selbst uns instinktiv gegen eine solche Verletzung schützen. Oft kommt es unbewusst zur Übernahme von Bewegungs- und Gefühlsmustern. Es ist z. B. nahezu unmöglich, samstags in einer deutschen Fußgängerzone nicht zu hetzen und sich auch entsprechend zu fühlen, da man dem Sog, es den anderen Menschen gleich zu tun, kaum entkommen kann. Während man umgekehrt in einem griechischen Dorf sich leicht tut, ruhig, gelassen und langsam daher zu schlendern und sich auch so zu fühlen. Wirklich erholsam so ein Urlaub!

Die Entstehung und Auswirkung von Dauerkontraktionen

Wenn es aber so ist, dass „Körper“ und „Seele“ tatsächlich immer eine Einheit sind und sich daher auch nicht gegenseitig verursachen, was unterscheidet dann den, der Beschwerden hat, von dem, der unbeschwert dahinleben kann?

Die Antwort ist sehr einfach: der Unterschied liegt in der Dauer und in der Intensitätsveränderung. Gefühle, Sinnesempfindungen inklusive Schmerz, sind gespürte Spannungsmuster der Muskulatur und des Bindegewebes. Sie sind im Allgemeinen flüchtig und vorübergehend. Sie beziehen sich auf momentane Gefahren- oder Vorteilsmomente und gehen mit diesen vorüber. Sie bewirken z. B., dass wir nicht blind in unser Verderben rennen, sondern dass wir schon vorher spüren, was für uns gefährlich wäre. Sie lassen uns sofort in unserer normalen Aktivität innehalten, unterbrechen also die fortlaufende Bewegung, und lassen uns dann eine neue, den veränderten Umständen angepasste Bewegung aufnehmen. So ist z.B. die Erhöhung der Atemfrequenz und die Kontraktion der Beugemuskulatur bei Angst die beste Voraussetzung zur Flucht, d.h. zum Davonlaufen (deshalb startet auch der Profilaäufer aus einer geduckten Stellung), während die Erhöhung der Atemfrequenz und –amplitude sowie die Kontraktion der Rücken- und Beinstrecker sowie der Arm- und Fingerbeuger bei Wut die beste Voraussetzung zum Kampf, d.h. zum Schreien und Losschlagen ist.

Wenn die Gefahrenmomente, die uns erstarren lassen, aber sehr intensiv sind und /oder nicht aufhören oder sich nicht abstellen lassen oder die vorbereitete Bewegung unterbleibt, können wir nicht anders, als unsere Muskulatur dauernd angespannt zu halten. In bestimmten Körperteilen kommt es mehr oder weniger zur Erstarrung, zum Aussetzen der Bewegung, dadurch sind sie schlechter durchblutet und durchlympht, dadurch schlechter ernährt und weniger von Stoffwechselabbauprodukten gereinigt. Dieser Prozess der Erstarrung und Verhärtung kann sowohl die Muskulatur wie auch das Bindegewebe betreffen. Eine Verhärtung des Bindegewebes führt ebenfalls zur Unbeweglichkeit der darunter liegenden Muskulatur.

Dauerkontraktionen entstehen häufig im Anschluss an Verletzungen, inklusive Operationen (die der Organismus natürlich auch als massive Verletzungen registriert). Sie machen sich oft erst Monate oder Jahre später bemerkbar, da das Gewebe mit der Zeit immer mehr verhärtet, immer undurchlässiger wird. Zu solchen Verletzungen zählen nicht nur offene Wunden (so führten z. B. Schussverletzungen im Krieg regelmäßig zu nachfolgenden Dauerverspannungen), sondern auch Prellungen, Brüche (hier sind neben dem Knochen immer auch die Weichteile verletzt), Schleudertraumen, Vergewaltigungen und sonstige Misshandlungen.

Die zweite Möglichkeit der Entstehung von Dauerkontraktionen sind Fehlhaltungen. Wie wir weiter oben gesehen haben, können diese aus emotionalen Gründen entstehen. Wenn wir uns z. B. in ständiger ängstlicher Erwartung befinden, sind wir schließlich auch immer vornüber gebeugt, halten die Schultern ständig hochgezogen, den Kopf nach vorn und in die Schultern gezogen. Das kann dann zu Nackenschmerzen, Magen- und Bauchbeschwerden, aber (via Atmungseinschränkung) auch zu Kraftlosigkeit und depressiven Gefühlen führen. Das gleiche lässt sich aber durch „dumme“ Angewohnheiten erreichen. Am stärksten verbreitet ist zur Zeit die dumme Angewohnheit, den Bildschirm des Computers so niedrig anzubringen, dass man den ganzen Tag gekrümmt davor sitzt. Ein weiteres sehr verbreitetes Beispiel ist, die Schulter hochzuziehen, sobald man mit der Hand etwas zu tun hat. (Tennis spielen, schreiben, ein Musikinstrument spielen etc.) Das

führt zunächst zum Schulterschmerz, später häufig auch zu Beschwerden in den Armen und Händen. "Brust raus – Bauch rein" ist mit Abstand die dümmste, weil ungesundeste aller Angewohnheiten. Die Ursachen solcher haltungsbedingter Beschwerden lassen sich ebenfalls durch einfache Selbst- und Fremdbeobachtung beim Tun feststellen (sie offenbaren sich nicht im Röntgenbild und nicht in der Kindheitsanamnese).

Die dritte Möglichkeit zur Entstehung von Dauerkontraktionen besteht im Bewegungsmangel. Nicht nur, dass unsere Muskelmasse schwindet, wenn wir uns weniger bewegen (dieser Umstand wird ja von allen Fitnessstudios angeprangert und ausgeschlachtet), nein, sie versteift auch, was gesundheitlich viel schlimmer ist. Leicht sichtbar ist das an Gliedmaßen, die längere Zeit in Gips waren. In großer Regelmäßigkeit findet man hier steife, verhärtete (wenn auch verkümmerte) Muskeln und ebenso Bindegewebsverhärtungen. Durch die verletzungsbedingte Fehlhaltung setzt sich die Dauerkontraktion auch in den übrigen Körper fort (siehe oben). Daher sind alle Arten von Schienen, Korsetts und Schanzschen Kragen das Dümmste, was man sich in der Behandlung von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen antun kann. Aber auch das normale Leben eines Couch-Potatoes führt irgendwann zu Steifheit, Schmerz, miesem Allgemeinbefinden und mieser Stimmungslage, sowie zu allerlei Zipperlein, die sich zu massiven Beschwerden auswachsen können.

Biochemische Faktoren wie Bakterientoxine, Nahrungsstoffe (bekanntestes Beispiel Magnesium-Mangel) und Hormone beeinflussen ebenfalls den Spannungszustand von Muskulatur und Bindegewebe. Sind bereits zuvor Dauerkontraktionen vorhanden, führt das Hinzutreten dieser Faktoren dazu, dass die Schmerzschwelle überschritten wird. Das macht sich dann z. B. als Gliederschmerzen bei Grippe, nächtliche Wadenkrämpfe oder Menstruationsbeschwerden bemerkbar, wobei letztere an sehr unterschiedlichen Stellen lokalisiert sein können – eben da, wo die Verspannung jeweils sitzt.

Das Dumme ist, dass diese – wie auch immer entstandenen - Dauerkontraktionen eine Tendenz zur Überreaktion und zur Ausbreitung haben. Das dauerkontrahierte

Gewebe nämlich reagiert überempfindlich auf alle die bereits erwähnten als negativ empfundenen Sinneswahrnehmungen. Wir haben bereits erfahren, dass die Betroffenen aufschreien, sobald der Druck der Berührung ein gewisses Ausmaß überschreitet, was sie an anderen Stellen des Körpers überhaupt nicht als unangenehm empfinden, d. h. das Gewebe ist nun überempfindlich auf Druck sowie auf andere Faktoren, die wir als unangenehm empfinden: Kälte, Lärm, Leistungsdruck, bestimmte Gerüche und Geschmacksnuancen, aggressive Laute und Bewegungen usw.

Die Überempfindlichkeit des Gewebes lässt sich als Lernen verstehen. Bereits geringe negative Reize lösen jetzt an den Stellen, wo negative Erfahrungen stattgefunden haben, starke Kontraktionen, starke Schmerzreaktionen hervor. Daher schmerzen die betroffenen Stellen, wenn man stärker auf sie drückt, während man bei Gewebe, das keine solch negativen Erfahrungen gemacht hat, nur einen Druck spürt. Je nach Lage der empfindlich gewordenen Stelle bekommt der eine jetzt bei Stress Bauchschmerzen, während ein anderer eher mit Kopfschmerzen reagiert. Wenn also der Nacken durch ständige ängstliche Erwartung, durch ein Schleudertrauma oder durch falsche Arbeitshaltung bereits vorgeschädigt ist, indem er sich nämlich in Dauerkontraktion befindet, reagiert er um so empfindlicher auf einen Windzug, einen Wetterwechsel, einen Ärger usw., d.h. er schmerzt dann um so heftiger und zieht sich um so mehr zusammen. Man kann darin eine Art Körpergedächtnis für Negatives sehen.

Aus der Unkenntnis dieser Vorgänge erklärt sich viel vom ärztlichen Unverständnis bei der Behandlung solcherart vorgeschädigter Patienten. Wenn ein Arzt z. B. bei einer Patientin mit Schmerz infolge von Verspannung der Unterbauch- und Beckenbodenmuskulatur eine Blasenspiegelung vornimmt, so wird er durch die Muskelverspannung das Gerät nur mit Mühe einführen können und die Patientin wird mit starken Schmerzen reagieren und zwar je häufiger die Untersuchung angestellt wird, um so mehr, da jede Untersuchung die Beschwerden noch mehr verstärkt. Der untersuchende Arzt aber glaubt, die Patientin „stelle sich an“, sei nicht kooperativ,

reagiere hysterisch etc., da ein solcher Eingriff gar nicht weh tun könne (weil er bei anderen Patienten, die dieses Problem nicht haben, ja auch nicht weh tut.)

Die Tendenz zur Ausweitung der Dauerkontraktionen und damit der Beschwerden ergibt sich aus folgendem: jeder Schmerz, jede Mißempfindung lässt uns zusammenziehen und zwar nicht nur an der direkt betroffenen Stelle, sondern auch um diese Stelle herum, verbunden mit einer mehr oder weniger starken Ausbreitung im ganzen Körper. Das heißt, ein Dauerschmerz führt automatisch zu einem erhöhten Tonus und zur Minderung der Beweglichkeit im ganzen Körper (da dabei immer auch die gesamte Rumpfmuskulatur, i. e. die Atemmuskulatur betroffen ist, wird man bei starken anhaltenden Schmerzen - gleich welcher Provenienz - unweigerlich depressiv).

Außerdem bewirken Schmerz und Missempfindung auf die Dauer immer auch eine Schonhaltung. Das heißt, wir verbiegen unseren Körper so, wie wir es noch am ehesten aushalten können. Da wir aber Kinder der Schwerkraft sind, denen es nur bei total aufrechter Körperhaltung vergönnt ist, dass das Gewicht von Skelett getragen wird, während die Muskeln von dieser Aufgabe befreit sind, führt jede Abweichung von dieser Haltung, also auch jede Schonhaltung dazu, dass Muskeln dazu missbraucht werden müssen, unser Gewicht zu tragen, damit wir nicht umfallen. Auf diese Weise entstehen neue Dauerkontraktionen, die sich durch den ganzen Körper ziehen und zu neuen Beschwerden führen. Das lässt nun wieder die Ärzte am guten Willen und Verstand des Patienten zweifeln, bald zwickt es hier, bald zieht es dort, eine richtige Diagnose lässt sich nie stellen, nichts hilft, der Patient wird allmählich lästig. Also ist das Ganze bestimmt psychisch. Der Facharzt stellt dann vielleicht die (falsche) Diagnose „larvierte Depression“.

Die Alternative kann nur sein, alle Beschwerden des Patienten ernst zu nehmen und zu versuchen, ihren funktionellen Zusammenhang in genau diesem individuellen Fall zu verstehen. Psychosomatische Erkrankungen ohne somatischen Befund gibt es nicht. Es gibt auch keinen Unterschied zwischen einem organischen und einem

psychosomatischen Schmerz. Jeder Schmerz wird physiologisch durch Schmerzrezeptoren und das Nervensystem übermittelt, jedem Schmerz entspricht eine Schädigung im Körpergewebe.

Alle funktionellen Erkrankungen betreffen zunächst wahrscheinlich das sensomotorische System. Erst in fortgeschrittenem Stadium kommt es zu Fehlfunktionen und schließlich zu strukturellen Änderungen an den inneren Organen. Aus einem Magendrücken oder Magenschmerz kann eine Gastritis werden und aus dieser ein Magengeschwür und schließlich ein Magenkrebs. Verspannungen gelten als harmlos, was sie aber keineswegs sind, denn fast nichts kann stärkere Schmerzen und Missempfindungen bereiten als Verspannungen, und sie können selbst zum Ausgangspunkt chronischer Erkrankungen werden. So können aus Verspannungen Asthma, Herzrhythmusstörungen, Colitis, Hämorrhoidalleiden und eine Vielzahl anderer Krankheiten entstehen.

Mit hundertprozentiger Regelmäßigkeit ist auch bei solchen Störungen eine muskuläre Fehlfunktion in der äußeren Umgebung feststellbar. Diese entsteht nicht, wie die Medizin meint, reflektorisch nur von innen nach außen, also infolge der Organschädigung, sondern die muskuläre Fehlfunktion geht meist der Organschädigung voraus. Die inneren Organe sind nicht unabhängig von dem, was außen geschieht. So werden z. B. bei jeder Atembewegung, die via Skelettmuskulatur geschieht, nicht nur die Lunge, sondern alle inneren Organe bewegt. Die Organe sind nicht starr an einen Punkt im Körper fixiert, sondern sie sind ständig auf der Wanderschaft, ständig in Bewegung. Und es sieht ganz so aus, als bräuchten sie diese Bewegung auch für ihr reibungsloses Funktionieren.

So ist z. B. die Darmperistaltik abhängig von der Zwerchfellbewegung. Ohne harte Bauchdecke (die die Bauch- und damit die Zwerchfellatmung nach unten unmöglich macht) keine Verstopfung. SMITH und SMITH meinten sogar, dass alle inneren Organe erst auf Anforderung des neuromuskulären Systems tätig werden, dass das neuromuskuläre System also die Funktion der inneren Organe steuert. Leicht beobachtbar ist dieser Vorgang bei Muskel-, Atmungs- und Herztätigkeit. Wenn wir z.

B. joggen, muss in den Mitochondrien der Muskelzellen mehr Energie bereitgestellt werden, wozu Sauerstoff benötigt wird. Daher atmen wir umso mehr, je stärker wir uns bewegen. Dadurch, dass Volumen und Frequenz der Atmung sich erhöhen, müssen sich Volumen und Frequenz des Herzschlags erhöhen, wodurch mehr Sauerstoff in das Blut gepumpt wird und schließlich in den Muskel-Mitochondrien landet. Umgekehrt ist es ein Leichtes, die Pulsfrequenz zu senken, indem man den Atem verlangsamt, wodurch man sich insgesamt ruhiger werden fühlt. In einer solchen Sichtweise verschwinden die Unterschiede zwischen psychosomatischen, funktionellen und organischen Erkrankungen, denn fast alle Erkrankungen (sofern es sich nicht um massive Erbkrankheiten oder angeborene Defekte handelt) beginnen als funktionelle Erkrankungen. Vielleicht sollten wir besser von Verspannungs- oder Erstarrungs-Krankheiten sprechen.

Deutlich wird das z. B. bei Rückenbeschwerden. Auch hier wird gewöhnlich unterteilt in solche Patienten mit organischem Befund und solche ohne. Wie wir bereits wissen, gibt es letztere Gruppe nicht, denn der Befund lässt sich im neuromuskulären System erheben. Wie aber verhält es sich mit der ersten Gruppe? Hier sind im Röntgenbild und/oder Computertomogramm „organische“ Veränderungen wie Bandscheibenvorfälle, verschobene Wirbel, Wirbelsäulenverkrümmungen nachweisbar. Sind diese Patienten nun anders krank als die anderen? Nein, es handelt sich nur um ein fortgeschrittenes Stadium, denn die durch Dauerkontraktion verkürzten Muskeln, die die Wirbelsäule zusammendrücken, arbeiten schließlich die Bandscheiben auf, ziehen die Wirbelsäule krumm, und wenn ein Ungleichgewicht auf beiden Seiten herrscht, ziehen sie einzelne Wirbel mehr zu einer Seite. Der Schmerz aber - das, worunter die Menschen leiden - kommt hier wie dort von der verspannten Muskulatur, nicht von dem, was man auf dem Röntgenbild sieht. Schmerz wie Wirbelschäden resultieren aus der verspannten Muskulatur. Bei der Hüftarthrose ist es nicht anders: sie geht auf Dauerkontraktionen der Hüftmuskulatur (z. B. bei Seitneigung des Körpers infolge früherer Verletzungen) zurück. Selbst dem organisch feststellbaren Herzschaden geht eine lange Vorgeschichte von Fehlathmung infolge von Verspannungen der Brust- und

Bauchmuskulatur voraus, was aber auf keinem Röntgenbild noch sonst einem bildgebenden Verfahren zu sehen ist, sondern sich nur am lebendigen Menschen beobachten lässt. Die Liste der Folgeerkrankungen ließe sich lange fortsetzen.

Damit hat - wie jedes gesunde Verhalten - auch jede Krankheit einen psychosomatischen Aspekt, das heißt jede Krankheit beeinflusst das Denken, Fühlen, Vorstellen und Handeln eines Menschen, wie auch umgekehrt sein Denken, Fühlen, Vorstellen und Handeln Einfluss auf die Krankheit hat. Wie uns die Psychoneuroendokrinologie und auch die Alltagserfahrung zeigen, bekommen wir selbst eine banale Erkältung eher, wenn wir " nicht gut drauf" sind, d.h. wenn wir angespannter sind. Die Aussage, dass es sich bei einer bestimmten Krankheit um eine psychosomatische Störung handle, wird damit zur Tautologie, denn jede Krankheit befällt einen belebten, bewegten, beseelten Körper, nur Leichen bekommen keine Krankheiten mehr.

Was man gegen Verspannungskrankheiten tun kann

Dadurch, dass nahezu alle Erkrankungen mit dem Funktionieren des sensomotorischen Systems zusammenhängen, ist es auch möglich, alle durch die gleichen Verfahren positiv zu beeinflussen. Daher finden wir immer wieder Untersuchungen, die nachweisen, dass sich Bewegung positiv auswirkt, ob prophylaktisch, heilend oder Rezidiv verhütend. Das trifft zu für die Erkrankungen des Bewegungsapparats, des Herzkreislaufsystems (z. B. Bluthochdruck, Infarkt und Schlaganfall), für innere Erkrankungen wie Diabetes, ja selbst für Krebs und natürlich – last not least – für Ängste, Depressionen und (im schulmedizinischen Sinne) „psychosomatische“ Erkrankungen.

Als besonders geeignet haben sich rhythmische Ganzkörperbewegungen erwiesen, die die Atmung und damit auch den Kreislauf in Schwung bringen und die Muskulatur lockern, also z. B. Joggen, Schwimmen, Bergwandern, Tanzen, Langlaufen. Diese schnellen, rhythmischen Bewegungen wirken entspannend und aktivierend. Ungeeignet sind Sportarten, die eher zur Verspannung als zur Entspannung führen, wie häufig Leistungssport, die meisten Kraftsportarten sowie Bodybuilding, Aber

auch die o.g. Ausdauersportarten sind dann ungeeignet, wenn die Bewegungen eckig, angestrengt, gewaltsam durchgeführt werden, was häufig schon an den angespannten und verzerrten Gesichtszügen sichtbar wird.

Bei der Empfehlung von Sport ist allerdings folgendes zu berücksichtigen: zwar stimmt es, dass wir uns bald wohler fühlen, wenn wir uns mehr bewegen - und wenn wir uns wohler fühlen, haben wir mehr Lust, uns zu bewegen. Aber es stimmt auch das Gegenteil: wenn wir uns unwohl fühlen, haben wir keine Lust, uns zu bewegen. Die Muskeln sind so lahm und so wenig mit Sauerstoff versorgt, dass es schon eines großen Willensakts bedarf, um sich in diesem Zustand in Bewegung zu setzen. Der „Innere Schweinehund“ ist in der Muskulatur zu finden. Deshalb sitzt man, wenn man depressiv ist, am liebsten in der Ecke und brütet, oder würde am liebsten im Bett bleiben, weil schon das Aufstehen zu mühsam ist. Ein solches Verhalten ist aber in Wahrheit ein Depressionsförderungsprogramm. Zwingt man sich dagegen in diesem Zustand, eine Bergtour zu machen, schwimmen oder joggen zu gehen, fühlt man sich bald wieder wohler. (Unter dem Aspekt des Bewegungsmangels betrachtet, kann man sagen, dass die üblichen psychiatrischen Kliniken Depressionen geradezu züchten).

Neben den Ausdauersportarten sind übrigens Lachen, Weinen und Singen sehr gut geeignet, um vor allem die Gefühlsmuskulatur aus der Erstarrung zu lösen. Auch alle sanften, langsamen, achtsamen Bewegungsformen, wie Tai-Chi, Chi-Gong, Feldenkrais‘ „Bewusstheit durch Bewegung“ sind gute Möglichkeiten, um aus der Verspannung wieder in den Bewegungsfluss und damit zum Wohlbefinden zu kommen. Diese langsamen, rhythmischen Bewegungen werden als entspannend und beruhigend erlebt. Spannungs- und Erregungsregulation geschieht übrigens auch im Alltag in mannigfacher Weise, worauf besonders THAYER hingewiesen hat. Wir ruhen uns dann zum Beispiel aus oder gehen eine Runde spazieren oder schaukeln unser Kind (was auf beide Beteiligten beruhigend wirkt).

Oft reichen diese natürlichen und einfachen Verfahren aber nicht, da sie sehr unspezifisch sind. Es ist daher möglich, dass der Betroffene sich zwar bewegt, aber die gerade bei ihm zentral verspannten Gebiete doch angespannt hält, ohne es selbst zu merken. Er übt dann gerade in seine Fehlhaltung hinein. Und oft ist der Schmerz auch einfach so stark, dass selbst diese Bewegungen noch gar nicht durchführbar sind. In all diesen Fällen muss man gezielter therapeutisch etwas tun.

Da, wie wir gesehen haben, Sensorik, Motorik, Denken und Vorstellen nur verschiedene Seiten des gleichen Vorgangs sind, können wir an jeder dieser Seiten therapeutisch ansetzen. Natürlich können wir wie bisher traditionelle verbale Psychotherapie einsetzen, die vor allem am Denken und an der Vorstellung ansetzt und von daher Gefühle und Motorik beeinflussen will. Eine gewisse Entlastung und Besserung bringt oft schon die Erklärung, um was es sich bei den Beschwerden handelt, denn dadurch bringt man den Patienten aus der Angst-Gedanken-Spirale, unter einer schweren Krankheit zu leiden, wobei er sich immer mehr verspannt und die Beschwerden verschlimmert. Die Behauptung „Da ist nichts“ hilft dagegen gewöhnlich nicht weiter, da der Betroffene ja ganz genau spürt, dass das nicht stimmt.

Man kann aber auch versuchen, direkt die Sinnesorgane zu beeinflussen, um damit eine Entspannungsreaktion im Körper hervorzurufen: z. B. mit Lichttherapie, mit Musik- und Klangtherapie, mit Düften oder mit Wärmeanwendung. Wenn man seine Aufmerksamkeit auf positive Sinneseindrücke richtet, kommt es - zumindest momentan - zu einer Spannungs- und Erregungsreduktion, nicht nur in der Gegend des Sinnesorgans, sondern am ganzen Körper. Das macht man sich z.B. bei der Meditation oder beim Stillen zunutze. Im Alltag gehen wir in die warme Badewanne oder in die Sauna, gehen gut essen, umarmen jemanden, hören Musik etc. Auch alle psychologischen Ablenkungsmanöver, z.B. bei der Schmerztherapie, nutzen diesen Effekt. Konzentriert man sich dagegen auf die negativen Sinneseindrücke, z.B. den Schmerz, verstärken diese sich noch.

Da das sensomotorische System, wie wir wissen, auch via Vorstellung beeinflussbar ist, kann man auch mit autogenem Training, Visualisierungsübungen, Katathymen Bilderleben, NLP und Übung von Bewegungen in der Vorstellung arbeiten. Im Alltag entspricht diesen Verfahren die Tagträumerei.

Am wirkungsvollsten sind aber nach meiner Erfahrung Körpertherapien, die direkt an den Muskeln, Faszien und am Unterhaut-Bindegewebe ansetzen, um diese zu lockern und wieder in Bewegung zu bringen, und die die Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung des ganzen Körpers und all seiner einzelnen Teile und Funktionen lenken. Beseitigt man die Blockierungen, tritt die natürliche Selbstorganisation des Organismus wieder in Kraft, er lernt eine andere Bewegungsart, eine andere Art des Umgangs mit sich selbst und es entsteht mehr Körperbewusstsein, so dass er in Zukunft selbst merken kann, was ihm gut tut und was für ihn abträglich ist. Auch hier gibt es eine Reihe von Verfahren: Feldenkrais' Funktionale Integration, Rolfing, Alexander-Technik, Trager-Arbeit, Bodymind-Balancing, Atemtherapien, bestimmte Massagetechniken u. a. m. Sie alle arbeiten direkt mit dem Körper, und verstehen dessen einzelne Teile nicht symbolisch, noch geht es um Katharsis durch Abfuhr psychischer Energie (was immer das sein soll). All diese Verfahren führen zu einer deutlichen Reduktion der aktuell – wodurch auch immer – erhöhten Spannung, womit der Tonus unter die Schmerz- bzw. Beschwerde-Wahrnehmungsschwelle sinken kann. Besonders in chronischen Fällen verschwindet damit aber häufig die Grundverspannung und damit die Überempfindlichkeit des Gewebes nicht. Damit können ungünstige Umstände wieder zu Spannungserhöhungen führen, die die Schmerzschwelle überschreiten, d.h. es kann Rückfälle geben.

Ich selber bevorzuge daher meine „Sensomotorische Körpertherapie nach Dr. Pohl“, eine Kombination von Hanna Somatics (eine Weiterentwicklung der Feldenkrais-Methode, benannt nach Thomas HANNA) und von mir weiter entwickelte Gelosen-Behandlungen, deren Urform im deutschsprachigen Bereich bereits in den Zwanziger- und Dreißigerjahren von LANGE beschrieben wurde.

Mit der Methode Hanna Somatics veranlasse ich die Patienten – ähnlich wie bei der Progressiven Muskel-Relaxation von JACOBSON – angespannte Muskeln zunächst noch stärker anzuziehen, sie dann aber – anders als bei JACOBSON - ganz langsam zu entspannen, und zwar mit exaktem sensomotorischem Feedback durch den Therapeuten, d.h. der Therapeut gibt selbst mit seinen Muskeln einen Gegendruck, den er ebenfalls langsam allmählich reduziert. Mit dieser Methode geht man das ganze individuelle Spannungsmuster durch (man behandelt also nicht nur die Stellen, wo sich bereits Beschwerden bemerkbar machen). Damit löst sich zumindest die aktuelle Spannungserhöhung wodurch der Patient sich bereits erheblich wohler fühlt.

Sind nach dieser gezielten, aktiven, funktionellen Entspannung noch Gewebeverhärtungen spürbar (was meistens der Fall ist), so haben sich in Muskulatur und/oder Bindegewebe bereits chronische, strukturelle Veränderungen, sogenannte Myogelosen und Fibrogelosen gebildet, die als punktuelle, äußerst druckschmerzhafte Verhärtungen - meist in der Gegend der Muskelinsertionen - tastbar sind. Mit gezieltem, genau dosiertem, sich verlagerndem Druck kann man diese punktuellen Verhärtungen auflösen. Damit löst sich die Grundverspannung des Gewebes endgültig und die Überempfindlichkeit hört auf, d.h. auch momentane Reize wie Druck, Kälte, Wetterwechsel, bedrohliche Situationen rufen dann keine überstarken Reaktionen und damit Beschwerden mehr hervor.

Anschließend lernen die Patienten noch somatische Übungen, die sie zu Hause durchführen können, um sich beweglich zu halten. Mittels einer Wahrnehmungstrainings kommt außerdem es zu – nunmehr mühelos durchführbaren – Haltungs- und Bewegungsänderungen im Alltag, indem die Patienten sich selbst spüren und beobachten lernen und sich neue, angenehmere Alltagsbewegungen zulegen. Sie lernen z.B. neu zu gehen, zu stehen, zu greifen. Auf diese Weise bleibt der Behandlungserfolg stabil erhalten, da die Patienten sich Körperbewusstsein und Beweglichkeit selbst erhalten können und damit das Entstehen neuer Dauerkontraktionen vermeiden.

Auch der Behandlungserfolg ist sowohl für die Patienten wie für den Behandler sichtbar und spürbar. Die Schmerzen oder sonstigen Beschwerden hören auf, das Gewebe wird weicher, der Bewegungsumfang der betroffenen Körperteile wird sowohl in der aktiven wie in der passiven Bewegung größer, die Atmung wird ruhiger und tiefer, das gesamte Aussehen gesünder (durch die bessere Durchblutung bekommt man wieder eher rote Wangen, während gerade die Schmerzpatienten am Anfang typischerweise ganz grau im Gesicht aussehen). Der ganze Mensch wird lockerer und fröhlicher, er bewegt sich mehr und anders. Durch Aufhebung der Funktionsblockaden tritt die natürliche gesunde Selbstorganisation wieder in Kraft.

Ich war früher lange Jahre Psychoanalytikerin. Ich würde heute nie wieder jemanden so behandeln. Die Körpertherapie ist viel erfolgreicher und zwar auch und gerade bei „psychischen“ und „psychosomatischen“ Störungen.

Und was ist mit den frühen Kindheitserlebnissen, die doch die Ursache aller späteren „psychischen“ und „psychosomatischen“ Störungen sein sollen? Kann man denn jemanden behandeln, ohne dieser Ursache auf den Grund zu gehen? Man kann!

Es kann durchaus sein, dass sich jemand schon in der Kindheit zusammengezogen hat, aus welchem Anlass auch immer. Manchmal können Patienten das direkt erinnern oder sie entdecken es auf alten Fotos. Aber, wie Wolfgang Loch, ein bekannter deutscher Psychoanalytiker, einmal sagte: wir können nicht ändern, was man dem Ich angetan hat, wir können nur ändern, was das Ich daraus gemacht hat. Dieser Satz gilt für alle Psychotherapie und er gilt auch, wenn man das Wort „Ich“ durch das Wort „Organismus“ ersetzt. Die frühen Kindheitserlebnisse sind nicht „die Ursache“ der heutigen Beschwerden. Sie waren unter Umständen die Auslöser von Dauerkontraktionen, die mit bestimmten Gedanken und Gefühlen verbunden sind, die heute noch bestehen und sich wahrscheinlich im Laufe des Lebens verstärkt haben. Genauso gut können sie aber auch erst im späteren Leben entstanden sein. Niemand kann dem Patienten seine frühen Kindheitserlebnisse beseitigen oder

ändern, wohl aber kann man ihn von den Dauerkontraktionen befreien, auf denen seine heutigen Beschwerden beruhen, wann immer sie entstanden sein mögen.

Damit ändert sich auch die Gefühls- und Motivationslage. Ein Patient, der ursprünglich wegen Hodenschmerzen und Unterleibskrämpfen zu mir in Behandlung kam, wobei sich aber bald herausstellte, dass er außerdem unter Herzbeklemmungen, Nackenschmerzen sowie unter Schlafstörungen und Depressionen litt, formulierte es am Ende der Behandlung so : „Meine Stimmung ist viel besser! Jetzt ist es eine angenehme Unruhe: das und das will ich noch machen. Vorher war es: das und das und das muss ich noch machen. Der Arbeitsaufwand ist der gleiche, aber von der besseren Seite her“.

Wenn zu mir aber vor 20 Jahren jemand gesagt hätte, er könne Depressionen, Ängste und „ psychosomatische“ Störungen dadurch heilen, dass er an den Betroffenen herumdrückt und sie bestimmte Bewegungen ausführen lässt und dass das sehr erfolgreich sei – ich hätte ihn gewiss für verrückt erklärt.

Literatur:

Dahlke, Rüdiger: Krankheit als Symbol. Handbuch der Psychosomatik. Bertelsmann, München, 1999.

Damasio, Antonio: Descartes´ Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. List, München, 1995.

Feldenkrais, Moshé: Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Suhrkamp, Frankfurt, 1987.

Hanna, Thomas: Beweglich sein – ein Leben lang. Die heilsame Wirkung körperlicher Bewusstheit. Kösel , München, 1990.

Humphrey, Nicholas: Die Naturgeschichte des Ich. Hoffmann und Campe, Hamburg, 1995.

Lange, Max: Die Muskelhärten (Myogelosen). Lehmanns Verlag, München 1931.

Malmo, Robert, B.: On Emotions, Needs and Our Archaic Brain. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1975.

Pohl, Helga: Körpertherapie der Angst. Natürlich Leben 2 / 1997, S.28 –30.

Pohl, Helga: Rückenschmerzen. Natur und Heilen 5/ 1997, S. 286 –293.

Pohl, Helga: Schmerztherapie ohne Chemie. Natürlich Leben 3/1997, S. 40 – 46.

Smith, Thomas J. and Smith, Karl, U.: Cybernetic factors in motor performance and development. In: Differing Perspectives in Motor Learning, Memory and Control. D. Goodmann, R.B. Wilberg and I.M. Franks (Eds.), Elsevier Science Publishers B.V. (North Holland) 1985.

Thayer, Robert, E.: The Biopsychology of Mood and Arousal. Oxford University Press, New York, 1989.

Travell, Janet, G. and Simons, David, G.: Myofascial Pain and Dysfunction. The Triggerpoint Manual. Vol. I, The Upper Extremities. Williams and Wilkins, Baltimore, 1963.

Travell, Janet G. and Simons, David G.: Myofascial Pain and Dysfunktion. The Triggerpoint Manual, Vol. II: The Lower Extremities. Williams and Wilkins, Baltimore, 1992.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Helga Pohl
Tassiloweg 2
82319 Starnberg-Percha

Tel. 08151-78171

Fax: 08151-3743

e-mail: dr.pohl@koerpertherapie-zentrum.de

Weitere Informationen

unter www.koerpertherapie-zentrum.de