



Sensomotorische Körpertherapie
nach Dr. Pohl®

Helga Pohl:

Körpertherapie bei funktionellen Unterbauch- und Beckenbeschwerden

Vortrag auf dem gemeinsamen Symposium des Arbeitskreises Psychosomatische Aspekte in der Urologie und der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Mainz, 1996.

Theoretische Grundlagen

Ich bin weder Gynäkologin noch Urologin, sondern Psychotherapeutin. Was ich Ihnen aber heute darstellen möchte, ist eine jedoch fachübergreifende Theorie und Therapie. Sie wird Ihnen zunächst wahrscheinlich so fremd sein, wie sie es mir anfangs war. Es ist eine andere Sichtweise des Menschen. Kurz gesagt, möchte ich Ihnen heute darstellen, dass es sich bei diffusen Becken- und Unterbauchbeschwerden um funktionelle Erkrankungen, genauer um Bewegungsstörungen handelt, und dass man Schmerzen, Spannungsgefühle und andere unangenehme Empfindungen dort spürt, wo man Muskeln - ohne es zu wollen und ohne es zu merken - nicht mehr bewegt, weil es zu unbewussten Dauerkontraktionen der Muskulatur gekommen ist. Diese Dauerkontraktionen gehen mit bestimmten Mustern im ZNS einher und können mit psychisch unangenehmen Empfindungen verbunden sein - namentlich dann, wenn sie sich auf der Vorderseite des Rumpfes befinden. Sie lassen sich am besten dadurch therapieren, dass man

Körpertherapie-Zentrum Dr. Helga Pohl

die betreffenden Muskeln lockert, wieder in Bewegung bringt, das ZNS neue Muster lernen lässt und damit Schmerz und alle unangenehmen Sensationen zum Verschwinden bringt. Wie das geht, möchte ich Ihnen später anhand eines konkreten Falles zeigen.

Zunächst möchte ich Ihnen jedoch die theoretischen Grundlagen darstellen: Als aufgeklärte Zeitgenossen glauben wir alle, dass es sich bei funktionellen Unterbauch- und Beckenbeschwerden um psychosomatische Vorgänge handelt. Und zwar vertreten wir im allgemeinen ein einseitig kausales Modell, dergestalt, dass wir annehmen, seelische Sorgen und Probleme oder auch unterdrückte oder verdrängte seelische Regungen verursachen die körperlichen Störungen, oder die körperlichen Vorgänge seien nur Ausdruck oder Begleitphänomen der eigentlichen, nämlich der seelischen Probleme.

Für die Therapie bedeutet das konsequent weiter gedacht: man muss vorrangig die seelischen Reaktionen ändern oder indirekt zu beseitigen trachten - die körperlichen verschwinden dann von alleine. Diesem Modell habe ich selbst, als Psychologin und Psychoanalytikerin lange *Zeit* angehangen. Inzwischen vertrete ich es nicht mehr. Heute meine ich, dass folgendes psychosomatisches Modell, das von Moshé Feldenkrais stammt, der Wirklichkeit mehr entspricht und für die Therapie praktikabler ist: jeder Zustand des Menschen hat, solange er lebt, mindestens die folgenden vier Dimensionen: Fühlen, Denken, Wahrnehmen und Bewegen. Diese Dimensionen sind vier unterschiedliche Aspekte des Gleichen - wie bei der Betrachtung verschiedener Seiten eines Würfels: sie verursachen sich nicht gegenseitig, sondern sind konstituierende Teile eines Ganzen.

Ein Zustand, nehmen wir den der Depression, erweist sich auf allen vier Ebenen als depressiv: sowohl Fühlen wie Denken, wie Wahrnehmung und Bewegung sind depressiv. Sie alle kennen die Bewegungseinschränkung und Verlangsamung bei depressiven Patienten, die sich in der Mimik wie auch in der Körpermotorik bemerkbar machen. Die gleiche Verwobenheit gilt für den Zustand, oder besser gesagt den Vorgang, der "Angst" oder der "Freude": Es sind jeweils alle vier Ebenen

unseres Seins davon betroffen. Nicht nur Fühlen und Denken sind bei Angst und Freude deutlich unterschiedlich, sondern auch Wahrnehmen und Bewegen.

Dabei gilt allgemein, dass wir bei positiven Gefühlen unsere Muskulatur eher entspannen und lockern, während wir bei negativen Gefühlen eher anspannen und die Spannung halten, namentlich dann, wenn keine motorische Ausdrucksbewegung stattfindet.

Die körperlichen Phänomene sind also nicht Folge, unnütze Begleiterscheinung oder Somatisierung der seelischen, sondern sie sind selbst konstituierende Elemente des Gesamtzustandes, ohne die dieser nicht wäre. Muskeln und Nerven, wie auch Wahrnehmung und Bewegung, sind auf doppelte Weise mit dem Gefühl und dem Denken verbunden: Wird ein Reiz der Außenwelt oder auch eine innere Vorstellung vom Organismus als bedrohlich eingestuft, ziehen sich – vermittelt über Impulse im ZNS und den efferenten Nerven - die Muskeln zusammen. Dieser Kontraktionszustand beeinflusst zum einen die Atmung (und damit viele chemische Vorgänge im Körper) und wird zum anderen via Wahrnehmung über die afferenten Nerven als Stimmung oder Gefühl an die Zentrale weitergeleitet. Dies stimmt mit der Theorie des Neurologen Antonio Damasio überein, wonach das Gehirn jeweils seinen Körper durchscannt. Was es dabei registriert, empfinden wir als Gefühl oder Stimmung. Das heißt: ohne Motorik und Körperempfindung, die schon räumlich im gesamten ZNS eng miteinander gekoppelt sind, gibt es keine seelischen Regungen. Da Gefühle körperliche Vorgänge sind, können wir sogar sagen und zeigen, wo im Körper wir sie wahrnehmen. Wenn Sie jetzt zum Beispiel die Augen schließen und sich eine Situation vorstellen, die bei Ihnen Angst auslöst (beispielsweise auf der Autobahn rast ein Auto auf Sie zu) und in Ihren Körper hinein spüren und dann auf die Stelle deuten, **wo** Sie die Angst empfinden, so werden wohl alle von Ihnen auf eine Stelle auf der Vorderseite des Rumpfes deuten. Angst wird in der Brust-, Bauch- und/oder Halsregion wahrgenommen, ebenso Depression - während wir bei Wut eher die Streckmuskulatur, also überwiegend die Rückseite des Körpers aktivieren. Kein Mensch empfindet Angst am Rücken, am Ellbogen oder am großen Zeh.

Umgekehrt ist es auch möglich, durch "dumme Angewohnheiten", wie berufsbedingte Fehlhaltungen das seelische Befinden zu beeinflussen und Schmerzen zu erzeugen, zum Beispiel durch eine ständig vornüber gebeugte Haltung depressiv zu werden und sich Bauch- und Beckenbeschwerden zuzuziehen. Diese Auswirkung der Körperhaltung auf die Stimmung ist inzwischen auch experimentell nachgewiesen (Döring-Seipel 1996).

Für die Therapie besagt die Untrennbarkeit von Körper und Seele, dass wir an einem der vier Aspekte (also Fühlen, Denken, Wahrnehmung oder Bewegung) ansetzen und damit eine Änderung des Gesamtzustandes erreichen können. Traditionell sind wir gewohnt, eine Änderung im Fühlen und Denken anzustreben und damit eine Änderung in den körperlichen Vorgängen zu bewirken. Es ist aber möglich, die Psychosomatik gerade andersherum zu betreiben: man kann von der körperlichen Seite her eingreifen, Motorik und Sensorik ändern und damit Fühlen und Denken beeinflussen.

In der Praxis zeigt sich, dass diese Änderungen weitaus einfacher und schneller zu bewerkstelligen sind, da Wahrnehmung und Bewegung wesentlich leichter zugänglich sind als Fühlen und Denken. Das ist die Grundlage dessen, was ich heute tue und in der Tat sind meine Therapien heute bedeutend effektiver und kürzer als früher.

Ablauf der körperlichen Vorgänge bei funktionellen Unterbauch- und Becken-Beschwerden

Um auf der körperlichen Seite psychosomatischer- Vorgänge eingreifen zu können, muss man zunächst ein klares Verständnis davon haben, was da körperlich eigentlich genau vor sich geht. Vage Konzepte wie Konversion, Resomatisierung, zweiphasige Verdrängung u. a. reichen dafür nicht, denn daraus lässt sich keine körperliche Handlungsmaxime ableiten. Daher möchte ich Ihnen als nächstes schematisiert die körperlichen Vorgänge bei funktionellen Unterbauch- und Beckenbeschwerden darstellen.

Unter Bedrohungen und Belastungen, kurzum allen negativen Reizen, kommt es meist zu einer Rückzugsreaktion des Organismus. Geschieht das plötzlich, so ist dies als Schreckreaktion deutlich erkennbar. Der ganze Körper zieht sich auf seiner Vorderseite plötzlich zusammen, es kommt zur Kontraktion aller Beugemuskeln. Feldenkrais nannte das "Körperschema der Angst oder des passiven Selbstschutzes". Thomas Hanna nannte es "Stopp-Reflex" oder "Rückzugsreaktion". Diese Reaktion ist schon beim Neugeborenen - und zwar hier zuerst auf Entzug der Unterlage, also als Realangst – auslösbar. Phylogenetisch handelt es sich wahrscheinlich um eine uralte Reaktion zum Schutze der inneren Organe, wie wir sie bereits bei der Schnecke wahrnehmen können, wenn wir ihr auf die Fühler tupfen.

Beim Menschen kontrahieren sich dabei vor allem der m. rectus abdominis, die Brustmuskeln und die mm. intercostales, das Zwerchfell, die Hals- und Nackenmuskulatur, die Iliopsoas- Muskeln und die Oberschenkel-Adduktoren. Das plötzliche Zusammenziehen geschieht nicht etwa bewusst, sondern erfolgt durch untere Hirnareale weit jenseits der bewussten Steuerung.

Zu den negativen Reizen, die diese Reaktionen auslösen können, gehören übrigens nicht nur solche, die im allgemeinen als psychisch bezeichnet werden, wie zum Beispiel Verlust des Partners oder chronische Überforderung, sondern auch solche Reize, die im allgemeinen als körperliche gesehen werden, wie Kälte oder operative Eingriffe und solche, die sowohl die seelische wie die körperliche Integrität bedrohen, wie beispielsweise Inzest und Vergewaltigung.

Durch die Kontraktion der Brust- und Bauchmuskulatur kommt es zwangsläufig zu einer Atemstörung, dergestalt, dass nicht mehr in den Unterbauch geatmet werden kann. Wenn der m. rectus abdominis fest ist, kann das Zwerchfell sich nicht mehr nach unten bewegen. Dadurch entfallen auch die Bewegung der Beckenboden-Muskulatur und die passive Bewegung der inneren Organe. Der gesamte Unterbauch erstarrt und es kommt zur Lageverschiebung der Kleinbecken- Organe (vgl. SCHMITT 1969).

Dabei sind zwei Hauptverläufe zu unterscheiden: entweder die Atmung ist dann generell reduziert, es wird zu wenig Sauerstoff aufgenommen. Dann kommt es zu depressivem Erleben bei geringem Energieniveau, "alles wird unendlich mühsam". Oder es wird Überkompensatorisch zu schnell nach oben geatmet. In diesem Fall entsteht Hyperventilation mit all den dadurch bedingten vasomotorischen Störungen (wie feuchte und/oder zitterige Hände, trockener Mund, Schwindel, Kurzatmigkeit, Herzrasen, Harndrang usw.), auf der seelischen Seite wird Angst bzw. Aufgeregtheit erlebt.

All diese Vorgänge, ob sie nun zur Depression oder zur Angst führen, geschehen ohne beziehungsweise gegen unseren eigenen Willen, da sie aus alten, tieferen Hirnschichten stammen, die unserer bewussten Steuerung nicht zugänglich sind. Deshalb erlebt man dabei ein Gefühl der Ohnmacht und der Hilflosigkeit. Insbesondere gefühlshafte, aber auch gewohnheitsmäßige und reflexhafte Bewegungen der Skelettmuskulatur entspringen nämlich nicht dem Neocortex, dem Sitz der Willkürbewegung, sondern tieferen Gehirnabschnitten.

Wiederholen sich solche unwillkürlichen Kontraktionen, entsteht allmählich eine chronische Verspannung der Vorderpartie des Körpers, die an einer vornüber gebeugten Haltung sichtbar wird und sich situativ verstärken kann. Wenn dieser Zustand erreicht ist, können sich erstmals Schmerzen aufgrund der verkrampften Muskulatur und andere muskuläre Dysfunktionen wie Reizblase, Harnverhalt, Unterbauchkrämpfe, Bewegungseinschränkungen bemerkbar machen und es kann zu funktionellen Beeinträchtigungen der inneren Organe kommen.

Mit der vornüber gebeugten Haltung hängt zusammen, dass Menschen, die unter funktionellen Unterbauch- oder Beckenbeschwerden leiden, häufig auch andere "psychosomatische" Beschwerden haben, wie Beklemmungsgefühle, Herzstechen, chronische Müdigkeit, Gastritis oder Darmbeschwerden, aber auch Kopf- und Nackenschmerzen, sowie Schmerzen im oberen Rücken - da der Kopf in dieser Haltung nicht mehr von der Wirbelsäule getragen wird, sondern die Muskeln des Nackens und des oberen Rückens ständig angespannt gehalten werden müssen.

Manchmal entsteht auch eine paradoxe Atmung, dergestalt, dass beim Einatmen der Unterbauch ein- und das Zwerchfell hochgezogen wird, was zu schmerzhaften Verkrampfungen führt. Oder es kommt zum Erstarren des Zwerchfells in der extremen Einatemstellung. Dann entsteht ein schmerzhafter aufgeblähter Leib, in dem sich jedoch keine Gase finden.

Die Anspannung der Vorderpartie des Körpers ist eine *conditio sine qua non* bei funktionellen Unterbauch- und Beckenbeschwerden. Je nach Art und Lokalisation der Beschwerden sind dabei unterschiedliche Muskeln des gesamten Musters stärker verspannt, bei der Reizblase und der Beckenbodenmyalgie beispielsweise mehr der Beckenboden, wobei durch die Erhöhung der Atemfrequenz bei der Reizblase meist eine ausgeprägte Angstsymptomatik besteht. Bei funktionellen Unterbauchschmerzen und Urethralyndrom liegt die Verspannung dagegen schwerpunktmäßig mehr auf der Unterbauchmuskulatur (*m. rectus abdominis* und *mm. obliqui abdominis*). Psychisch herrschen eher Depression und Aggressionshemmung vor.

Sind diese Beschwerden einseitig, so sind gewöhnlich die *m. obliqui* (*interni* und *externi*) sowie der *m. quadratus lumborum* und der *m. psoas* auf dieser Seite betroffen. In diesem Fall ist oft keine psychische Beteiligung zu finden. Die Dauerkontraktion ist gewöhnlich auch auf andere Art entstanden: meist ist aufgrund von Verletzungen oder beruflich bedingten Fehlhaltungen eine Schiefstellung des Körpers entstanden.

Einen Sonderfall stellen diejenigen Patienten dar, bei denen Schmerz und/oder Parästhesien indirekt muskulär bedingt sind, da sie durch Druck verspannter Muskeln auf die Nerven entstehen (Wenn zum Beispiel der *m. piriformis* den *n. pudendus* auf den Beckenknochen quetscht).

Es kommt vor, dass zusätzlich zu der Verspannung an der Vorderseite des Körpers eine auf der rückwärtigen besteht. Bei dieser Hohlkreuzhaltung ist die gesamte Rückenmuskulatur inklusive der *mm. trapezii* und der Außenrotatoren verspannt,

sowie die Strecker an der Vorderseite der Oberschenkel. Thomas Hanna nannte diese Haltung "Startreflex" oder "Handlungsreaktion". Sie verstärkt sich, wenn man Problemen eher mit Leistungsbereitschaft, Standhalten oder "Sich-Zusammenreißen" begegnet. Sie ist eher mit einer gereizt-aggressiven Stimmung verbunden und kommt etwas häufiger bei Männern vor, während bei der nur vornüber gebeugten Haltung eindeutig die Frauen überwiegen.

Von innen, also vom Erleben des Patienten her, werden all diese Verspannungen kaum wahrgenommen, denn da wir (infolge der innigen Verschränkung von Sensorik und Motorik) nur die Muskeln spüren, die wir bewegen können, und nur die Muskeln bewegen können, die wir auch zu spüren imstande sind, entsteht im Gefolge der Dauerkontraktion eine "sensomotorische Amnesie" (Thomas Hanna). D. h. das Gehirn vergisst, wie die betroffenen Muskeln sich anfühlen und sich bewegen lassen. Es entstehen weiße Flecken auf der Körperlandkarte, das Körperbild wird lückenhaft. Dadurch nimmt man die Verspannungen gewöhnlich nicht wahr und merkt nicht, dass man die betreffenden Muskeln im Alltag nicht mehr bewegt. Erst wenn die Verspannung so stark wird, dass ein Schmerz oder eine massive muskuläre Dysfunktion auftritt, spürt man, dass in dieser Region etwas nicht stimmt.

Wenn der Schmerz oder die Dysfunktion eine gewisse Intensität überschreiten, stehen diese gewöhnlich im Vordergrund des Erlebens des Patienten. Die Depression wird dann vom Patienten kaum registriert, oder sie wird aufgrund des schlechten Befindens für selbstverständlich gehalten. Oft stellen die Patienten erst im Laufe der Therapie, wenn sie sich bereits schmerzfreier und besser fühlen, fest, wie niedergedrückt sie sich zuvor gefühlt haben müssen. Ebenso ergeht es der Angst bei Reizblase und Harnverhalt. Sie wird vom Patienten meist für eine Folge des Symptoms gehalten.

Wenn umgekehrt Depression und/oder Angst im Vordergrund des Erlebens stehen, Schmerz und übrige Beschwerden aber weniger intensiv sind, kommen die Patienten kaum zu Ihnen in die urologische oder- gynäkologische Praxis, sondern gehen zum Psychiater oder Psychotherapeuten, wo sie dann als somatisierte Depression laufen.

Von außen lassen sich all diese bis jetzt beschriebenen muskulären Veränderungen leicht ohne Apparate feststellen. Man kann sie sehen und fühlen. Sehen kann man muskuläre Verspannungen an der Haltung des Patienten. Alles, was von der aufrechten Körperhaltung abweicht, weist auf muskuläre Verspannung hin (Abb. 1 bis 3)

Diese werden auch sichtbar, wenn der Patient sich bewegt, da die betreffenden Muskeln aus der Bewegung ausgeschlossen werden. So kann man zum Beispiel sehen, dass beim Gehen die Rumpfmuskulatur nicht bewegt wird, sondern die Bewegung nur mit den Extremitäten erzeugt wird. Wenn man selbst den Patienten bewegt, spürt man die verspannten Muskeln als Widerstände. Wenn man ihn abtastet, spürt man harte Muskelstränge.

Vor allem bei länger chronifizierten Fällen spürt man auch Myogelosen oder Triggerpoints: punktuelle, tastbare Verdickungen auf dem Muskel oder im Bindegewebe, die auf Druck schmerzhaft sind und die Kontraktion im Gewebe aufrechterhalten.

Erschwert wird die Suche nach der verspannten Muskulatur - die für die Schmerzen verantwortlich ist - dadurch, dass es auch ausstrahlende Schmerzen ("referred pain") gibt (vgl. Travell and Simons, 1983, 1992). Das heißt, es gibt Schmerzen, die sich nicht am Ort des Geschehens bemerkbar machen – also nicht da, wo die Muskulatur verspannt ist - sondern in einem anderen Gebiet, was zu Fehldiagnosen führen kann. So ist zum Beispiel dem Umstand, dass Schmerz vom m. quadratus lumborum im Rücken nach vorn in die Bauchregion strahlen kann, schon mancher unschuldige Blinddarm zum Opfer gefallen. Umgekehrt verhält es sich mit der Ausstrahlung beim Kreuzschmerz, der beim Pelipathiesyndrom und der "Prostatodynie" häufig auftritt. Zwar kann er auch auf verspannte Rückenmuskeln, also auf eine Hohlkreuzhaltung, zurück zu führen sein, häufiger aber stammt er aus den Iliopsoas-Muskeln und geht mit einer gebeugten, depressiven Haltung einher.

Ausstrahlende Schmerzen sind auch für den chronischen Unterbauchschmerz und die Dysmenorrhoe verantwortlich. Der Schmerz wird hier tief innen im Bauchraum

wahrgenommen, obgleich er von Verspannungen in der Bauchwandmuskulatur außen ausgeht. Hormonelle Einflüsse scheinen hier nur insoweit eine Rolle zu spielen, als sie die Schmerzschwelle herabsetzen und/oder die Krampfbereitschaft erhöhen, so dass bereits bestehende Verspannungen stärker zum Tragen kommen. Beseitigt man die Verspannungen, verschwinden auch die Schmerzen.

Körpertherapeutisches Vorgehen bei funktionellen Unterbauch- und Beckenbeschwerden

Wenn wir wissen, dass all den funktionellen Unterbauch- und Beckenbeschwerden muskuläre Verspannungen zugrunde liegen, so ergibt sich für die Therapie, dass sie im wesentlichen darin bestehen muss, diese Muskeln zu entspannen und wieder in Bewegung zu bringen, denn Bewegung ist ein ständiger Wechsel zwischen Spannung und Entspannung in allen Abstufungen. Wenn dann die Muskeln auch im Alltag wieder bewegt werden, können wir damit rechnen, dass sich sowohl die Schmerzen, wie auch Angst, Depression und andere Missempfindungen und Dysfunktionen verlieren.

Das ist zunächst einfacher gesagt als getan, denn wir können unwillkürlich kontrahierte Muskeln nur sehr begrenzt willkürlich entspannen. So führen zum Beispiel die „Halte-Dich-gerade“-Appelle bei vornüber gebeugter Haltung keineswegs dazu, dass die unwillkürliche Verspannung an der Vorderseite des Körpers aufgegeben wird. Vielmehr wird ihr nur eine willkürliche Verspannung auf der Rückseite des Körpers entgegengesetzt. Sobald man nicht mehr daran denkt, findet man sich in der alten vornüber gebeugten Haltung wieder. Das bewusste System ist gegenüber dem unbewussten ziemlich machtlos.

Doch wurden in der Körpertherapie Verfahren gefunden, wie man auf neurophysiologischen Umwegen doch eine Lockerung der Muskulatur erreichen kann - im Beispielfall also vor allem eine Lockerung der Bauch- und Brustmuskeln, des Zwerchfells, der Nackenmuskulatur, der Beckenbodenmuskulatur sowie der Adduktoren, wodurch sich der Betreffende von alleine wieder aufrichtet.

Ich selbst verwende im Rahmen der **Sensomotorischen Körpertherapie nach Dr. Pohl** folgende Verfahren:

Pandiculations nach Thomas Hanna Dieses Verfahren werde ich Ihnen im Anschluss an diesen Vortrag an einem Patienten zeigen. Man bringt dabei den Patienten dazu, gezielt genau die Muskeln wieder zu bewegen, die er sonst in unwillkürlicher Dauerspannung hält. Dies geschieht, indem man den Patienten veranlasst, die verspannten Partien zunächst bewusst noch stärker anzuspannen und zwar gegen den muskulären Gegendruck des Therapeuten und die Spannung dann allmählich und genau dosiert wieder zurück zu nehmen – ebenfalls mit sensomotorischen Feedback durch den Therapeuten, der jeweils entsprechenden Gegendruck leistet.

Myogelosen- oder Triggerpunktbehandlungen Hat der Patient Schwierigkeiten, über die Pandiculations die bewusste Steuerung seiner Muskulatur wieder vollkommen zu erreichen, findet man in der betroffenen Muskulatur oft noch Myogelosen oder Triggerpunkte: von außen tastbare, punktuelle Verhärtungen, die sich mit einer Art punktueller, schmerzhafter Massagen auflösen lassen.

Bindegewebsbehandlungen Hier behandelt man das Unterhautbindegewebe, das zunächst ebenfalls schmerzhaft ist, mit rollenden Bewegungen zwischen den Fingern, bis sich Verhärtungen lösen und Schmerz und Missempfindung verschwinden.

Körperbewusstseintraining Dieses Training ist vor allem erforderlich, damit die Patienten, sich ihre Beschwerden im Alltag nicht wieder zuziehen. Dabei lernen sie zu spüren, was sie im Alltag für „dumme Angewohnheiten“ haben, z. B. bei Aufregung oder Stress immer den Bauch festzumachen und den Atem anzuhalten oder den Beckenboden anzuspannen. Erst mit Bewusstsein dieser Angewohnheiten können sie sie auch wieder aufgeben.

Somatische Übungen Auch diese Übungen sollen mit großer Bewusstheit durchgeführt werden, damit dem Patienten die bewusste Steuerung seiner Muskulatur allmählich wieder möglich wird und die unbewusste Dauerkontraktion sich löst. Bei Funktionellen Unterbauch- und Beckenbeschwerden richten sich die

Übungen natürlich vor allem auf die Bauch-, Brust, Beckenboden- und Adduktorenmuskulatur. Gegebenenfalls fügt man natürlich Übungen für den Rücken, den Iliopsoas usw. hinzu.

Durch all diese Maßnahmen verliert der Patient nicht nur seine Beschwerden im Unterbauch und Beckenboden, sondern wird auch insgesamt beweglicher, verliert Angst und Depression und gewinnt an Lebensfreude.

Literatur

- Damasio, Antonio: Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn, List, 1996
- Döring-Seipel, Elke: Stimmung und Körperhaltung, Psychologie-Verlags-Union, 1996
- Feldenkrais, Moshé: Body and Mature Behavior, Routledge and Kagan Paul, London 1949, Reprint Alef, Tel Aviv, 1989
- Feldenkrais, Moshé: Die Entdeckung des Selbstverständlichen, Suhrkamp, Frankfurt, 1987
- Hanna, Thomas: Beweglich sein - ein Leben lang, Kösel, München, 1989
- Schmitt, Johannes, L.: Atemheilkunst, Humata, Bern, 1969
- Timmons, Beverly and Ley, Ronald (Eds.) :Behavioral and Psychological Approaches in Breathing Disorders, Plenum. New York, 1994
- Travell, Janet G. and Simons. David G.:Myofascial Pain and Dysfunction. The Triggerpoint Manual. Vol I and 2, Williams and Wilkins, 1983 bzw. 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