

Vorwort

Nun ist es endlich da, das neue Heft Funktionelle Entspannung - Beiträge zu Theorie und Praxis Heft 41.

Es hat länger gedauert als es beabsichtigt war. Es gab Veränderungen, Neuwerbungen und Anpassungen sowohl im Redaktionsteam als auch in der Geschäftsstelle.

Nach langer und engagierter Tätigkeit hat Doris Lange die Redaktion des Heftes abgegeben und ein neues Redaktionsteam bestehend aus Petra Saltuari, Johann Matthes und Christian Meier hat sich dieser Aufgabe angenommen.

Wir haben die Vorträge der 28. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung A.F.E. „Körper, Lust und Sinnlichkeit Sexualtherapie und Körpertherapie in synergetischer Resonanz“ aufgenommen sowie die Vorträge des Symposiums für Sophie Krietsch 2013 in Berlin. Weiter zu finden ist ein Beitrag zur Homöopathie und FE, der aus einer Abschlussarbeit entstanden ist. So ist eine Mischung aus Tagungsvorträgen aber auch neuerer FE-Forschung entstanden.

Dieses Heft ist randvoll mit wertvollen Beiträgen und wir wünschen viel Vergnügen beim Entdecken, Nachspüren, Auseinandersetzen, Lernen und Anwenden!

Das neue Redaktionsteam:

Petra Saltuari

Johann Matthes

Christian Meier

Inhalt

| | |
|---|-------|
| Beate Martin Sexualität als Ressource und Quelle von Lust und Lebensfreude | S. 5 |
| Gabriele Martin Sexualität und Liebe im Alter | S. 10 |
| Gedenksymposium Sophie Krietsch | S. 18 |
| Veronika Schmoetzer und Verena Lauffer „Sophie Krietsch – ein Leben mit und für die Funktionelle Entspannung. Ihr Lebenslauf und beruflicher Werdegang von der Bewegung | S. 19 |
| Cornelia Gudden Sophie Krietsch und ihre besondere Bedeutung in der Körperpsychotherapiemethode Funktionelle Entspannung (FE) | S. 21 |
| Verena Lauffer Störungen transformieren – Körperpsychotherapie als gemeinsame Suchbewegung | S. 31 |
| Andrea Nawka Homöopathie und Funktionelle Entspannung - Entsprechung und Ergänzung zweier Therapieverfahren | S. 41 |
| Autorinnen dieses Heftes | S. 48 |

Sexualität als Ressource und Quelle von Lust und Lebensfreude

Beate Martin

In einer Zeit, in der auch die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen vielfältige Berührungspunkte und Konfrontationen mit dem Thema Sexualität aufweisen, kommen Erwachsene nicht umhin, sich auch aus pädagogischer, beraterischer und therapeutischer Sicht mit dem Thema Kinder- und Jugendsexualität zu beschäftigen. Unabhängig von eigenen Unsicherheiten, Sensationslust, Voyeurismus, Mythenbildung und einem Leben in einer sexualisierten Alltags- und Medienwelt, haben Heranwachsende ein Recht auf professionelle Begleitung und Beratung auch in Bezug auf sexualitätsbezogene Themen. Aktive Sexualitätsbegleitung geht von der Grundannahme aus, dass Sexualität im Leben eines Menschen eine Bedeutung hat, die es zu beachten/zu begleiten gilt. In Bildungs-, Beratungs- und therapeutischen Prozessen wird dem Thema „Sexualität“ in verschiedener Hinsicht oft keine oder zu wenig Bedeutung beigemessen. Einen Umdenkungsprozess einzuleiten, erscheint mir lohnenswert. Voraussetzung dafür ist es, nicht immer nur die problemorientierte Seite des Sexuellen in den Fokus zu nehmen und das Thema (mehr) mit entsprechender Reflexions- und Handlungskompetenz zu versehen. Dazu gehört schwerpunktmäßig die Verankerung des Themas in allen Ausbildungsgängen, in denen Menschen geschult werden, die perspektivisch mit Heranwachsenden arbeiten.

Sexualität ist vielseitig

Sexualität ist eine Lebensenergie, die Kraft, Freude und Wohlbefinden spenden kann. Somit kann sie als Ressource verstanden werden, dessen Förderung positive Impulse setzt. Sexuelle Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess, der durch sexualfreundliche Begleitung im Kindes- und Jugendalter und durch sexuelle Bildungsmaßnahmen in den verschiedenen Lebensphasen unterstützt werden kann. Sexuelle Bildung und Sexualpädagogik beschäftigen sich mit Sexualität und Körper. Sexualität ist im Körper immer spürbar und wird vor allem körperlich ausgedrückt. Der Verstand und die Gefühle (Geist und Seele) sind in Wechselwirkung mit dem Körper am Sexuellen beteiligt, doch der Körper ist niemals unbeteiligt. Lust und Lebendigkeit sind auch mit Sexualität verknüpft, von der Geburt bis zum Tod. Sexualität wird gelernt, ist veränderbar, gestaltbar und beeinflussbar. Sie wandelt sich in den verschiedenen Lebensphasen und Beziehungen. Sexualitäten werden individuell gestaltet, sind aber gleichfalls von sozialen Kontakten, biografischen Erlebnissen, kulturellen und familiären Werte- und Normsystemen, Lernmöglichkeiten und Freiräumen, den physiologischen Befindlichkeiten des Körpers, den individuellen Verknüpfungssystemen und der sexuellen Orientierung abhängig.

Begleitung verändert sich durch einen anderen Blickwinkel

Beratung und bewusste Begleitung wird oft dann angefordert, wenn etwas nicht rund läuft, ein Kind, ein Jugendlicher aus Sicht des Betrachters/der Betrachterin auffällig ist. So flammt bei den Erwachsenen schnell die Frage auf: Was ist eigentlich normal im Sexuellen und in diesem Alter? Normal im Jugendalter ist unter anderem das Spannungsfeld zwischen Lust und Frust, Liebe und Hass, Hilflosigkeit und Stärke, Macht und Ohnmacht, Wunsch nach Nähe und Distanz. Starke hormonelle Veränderungen tragen in der pubertären Phase zu einer Verstärkung der widersprüchlichen Gefühle bei und das macht es für Erwachsene nicht immer leicht, angemessen zu reagieren.

Wissen über die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, deren Wünsche, Bedürfnisse, auch in Bezug auf sexuelles Verhalten, tragen dazu bei, sie besser zu verstehen. Das trägt zur Verstärkung eines angemessenen und sensibilisierten Umgangs bei. Und dennoch entlastet es den Einzelnen in der pädagogischen Begleitung nicht davon, jedes Kind / jeden Jugendlichen als Einzelfall zu betrachten, um individuell

gestaltete Maßnahmen durch entsprechende Begleitung bzw. Beratung anbieten zu können.

Eindeutige Definitionen von Normalität gibt es nicht, wohl aber Orientierungspunkte. Im gesellschaftlichen Kontext werden bedingt durch die menschliche Adaptionsfähigkeit die allgemein anerkannten Verhaltenskodexe als normal erlebt. Normal ist in der Regel das, was die Mehrheit zur Norm erklärt. Das kann z. B. durch mediale Einflüsse, gesellschaftliche Tabus oder Veröffentlichungen begrenzt oder verstärkt werden. Konkret bedeutet das aber auch, dass Normalität einem sich stets zyklisch veränderndem System unterworfen ist sowie vielfältigen gesellschaftspolitischen und kulturellen Strömungen. Sexuelles Handeln wird je nach Bildung, Kultur, sozialer Schicht, Geschlechtszugehörigkeit und situativ, beispielsweise auch nach der Stimmung des Beobachters / der Beobachterin als normal oder deviant eingestuft. Da psychosexuelle Entwicklung niemals gradlinig verläuft, sondern gleichfalls von vielen Faktoren abhängt, geht es in der pädagogischen Begleitung auch bei sexuellen Themen immer wieder darum, die Balance zwischen Normalität und Abweichung, zwischen Zulassen und Unterbinden, zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und notwendigen Hilfemaßnahmen zu beurteilen und adäquat zu handeln. Auf Seiten der Erwachsenen (im Beratungs-, Begleitungskontext) steht dabei die Selbstreflexion und kritische Überprüfung der eigenen Wertesysteme und Interventionen im Vordergrund. Impulsive, nicht reflektierte Handlungen schaden in der Regel mehr als das sie nützen. Das Gelingen pädagogischer Interventionen hängt sehr stark von den jeweiligen Beziehungen ab, in denen diese geschehen, z.B. zwischen Klient/ Klientin und Therapeut/ Therapeutin oder Heranwachsenden und dem Pädagogen/ der Pädagogin.

Die Voraussetzung um Sexualität als Ressource nutzen zu können, ist ein gewisses Maß an sexueller Bildung und das Lernfeld sexueller Selbstbestimmung und Verortung. Um die sexuellen und reproduktiven Rechte wahrnehmen zu können, benötigen Heranwachsende ebenfalls prozessorientierte Unterstützung. Gemeint ist eine wohlwollende Begleitung, die Raum und Zeit für das eigene Handeln und Ausprobieren lässt. Dazu gehört auch das Recht auf „schlechte Erfahrungen“ im selbstbestimmten Rahmen von einer dem Alter angemessenen Entscheidungsfähigkeit. Gemeint sind alltägliche Gegebenheiten und Erlebnisse, die sowohl gute als auch schlechte Gefühle bei Kindern und Jugendlichen auslösen können und mit denen jeder Erwachsene in der Begleitung gleichfalls umzugehen lernen muss. Denn auch der Erwerb einer Frustrationstoleranz gehört zu einem wichtigen Lernfeld im Hinblick auf spätere Beziehungsgestaltung. Fremdbestimmung, Manipulation, sexuelle Übergriffe und Gewalt sind selbstverständlich davon ausgeschlossen. Im Gegenteil zählt der von mir skizzierte Umgang eher zu den präventiven Maßnahmen, die Heranwachsende befähigen, den eigenen Gefühlen zu trauen, Frustrationserlebnisse in angemessener Form zu bewältigen, Auseinandersetzungsfähigkeit zu erwerben und ein Gefühl für riskante bzw. gewaltvolle Situationen zu erlangen.

Die Bedeutung der Sexualität bei Kindern und Jugendlichen

Sexualität ist facettenreich und kann in ihren unterschiedlichen Ausdrucksformen als ein menschliches Grundbedürfnis bezeichnet werden. Sexuelle Bedürfnisse und sexuelles Begehren variieren in Lebensphasen, in Beziehungen und bei den Individuen. Im Kindes- und Jugendalter trägt Sexualität zu einer bedeutsamen Weichenstellung in der individuellen Persönlichkeitsentwicklung bei. In jeder Altersstufe kommen neue Entwicklungsaufgaben hinzu. Im Jugendalter tritt das Spannungsfeld zwischen einerseits „normal“ und andererseits „etwas Besonderes“ sein zu wollen, besonders verstärkt auf. Gleichfalls wird vieles was bis dahin Sicherheit geboten hat, in Frage gestellt bzw. umstrukturiert.

In der Phase der Pubertät trägt die vermehrte Produktion von Hormonen zu großen körperlichen und psychischen Veränderungen bei. Die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale bringt Veränderungen im Fühlen und Denken mit sich. Eine große Entwicklungsaufgabe in diesem Alter ist die Akzeptanz der Veränderungen im Körperempfinden und des „neuen Körpers“. Derartige Prozesse können nicht folgenlos und unauffällig geschehen. Dazu gehören die Zurückhaltung im Körperkontakt und in Bezug auf Nacktheit, homosexuelle Erfahrungen mit gleichzeitig insbesondere bei Jungen teilweise homophoben Tendenzen, eine neu zu erlernende Geschlechterrolle, der Aufbau von gegengeschlechtlichen Beziehungen zu Gleichaltrigen, gravierende Veränderungen der Statur (Verhältnis Körperfett und Muskelmasse), Wachstumsschübe mit Zunahme von Größe und Gewicht. Auch psychische Folgen wie die Reduzierung des Selbstwertgefühls, Stimmungsschwankungen, Körperunzufriedenheit mit geschlechtsspezifischen Unterschieden beeinträchtigen das Wohlempfinden von vielen Jugendlichen in dieser Altersphase. In den unterschiedlichen Entwicklungsphasen unterscheiden sich die Themen, die Aufgaben und die Einflussfaktoren, die jeder Jugendliche zu bewältigen hat. Im Zentrum der Identitätsentwicklung stehen die Auseinandersetzung mit dem Körper, der Sexualität sowie Partnerschaft und Berufswahl. Die Selbstwahrnehmung stützt sich vornehmlich auf die Einschätzung von außen. Grenzen zu erkennen, diese auszuloten und auch zu überschreiten gehören zu den großen Herausforderungen im Jugendalter. Die Grenze zwischen Ausprobieren, neugierig darauf sein, wo die eigene Grenze und die des Gegenübers überschritten wird und übergriffigem Verhalten ist fließend und keineswegs immer deutlich erkennbar. Sexualität hat auch immer etwas mit Verführung zu tun. Etwas Neues auszuprobieren, sich an eigene Grenzen und die von anderen heranzutasten, die Gefühle aktuell und im Nachhinein zu prüfen, können nicht ohne das deutliche Wahrnehmen von eigenen Grenzen sowie „Grenzüberschreitungen“ geschehen. Wie diese im Nachhinein als gut oder schlecht bewertet werden und welche Konsequenzen daraus für weitere sexuelle Interaktionen gezogen werden, ist gleichfalls individuell sehr verschieden.

Einflussfaktoren und pädagogisches Handeln

Viele Faktoren beeinflussen den Entwicklungsprozess von Kindern und Jugendlichen. Wie und unter welchen Bedingungen sie aufwachsen hat Einfluss darauf, welche Chancen und Möglichkeiten sie zum Ausbau ihrer persönlichen Fähigkeiten erhalten. Gesellschaftliche Reaktionen, insbesondere der Familienangehörigen und der Gleichaltrigen, die Anbindung und das Gefühl von Aufgehobensein in der Gleichaltrigengruppe (Peers) sowie die kritische Bewertung der elterlichen Werte beeinflussen das Erleben und Verhalten der Jugendlichen. Institutionen wie z.B. die Schule gewinnen mit zunehmendem Alter der Kinder an Bedeutung. Die Art der sozialen Interaktionen, die Übertragung von Verantwortung sowie die Möglichkeiten von Selbstbestimmung, Erfahrungen machen und sich selbst ausprobieren können, bestimmen im Jugendalter die Persönlichkeitsentwicklung der Heranwachsenden in nicht unerheblichem Ausmaß. Jugendliches Verhalten wird ursprünglich nicht durch äußere Faktoren verursacht. Diese können aber Verhalten beeinflussen, indem sie z.B. Normen setzen, Mythen hervorrufen und Halb- und Falschwissen verstärken.

Weil Sexualität störanfällig ist, lohnt sich ein Blick auf Gefahren, die eine sexuelle Identitätsentwicklung massiv beeinträchtigen können. Dazu gehören: mangelnde Entfaltungsmöglichkeit sowie fehlende Bewegung und Freiräume; Überbehütung bzw. Überforderung, Vernachlässigung, misslungene Ablösung und mangelnde Unterstützung der Autonomie sowie wenig bis gar keine erziehende Begleitung, verkürzte Kindheit durch Krisen oder Scheidung innerhalb der Kernfamilie, pubertätsbedingte Früh-, bzw.

Spätentwicklung oder erlebte (sexuelle) Gewalt. Während der Familienstruktur eher ein minimaler Einfluss zugeschrieben wird, zählt die Qualität der Beziehungen umso mehr. Für pädagogisches Handeln bedeutet das nichts anderes als mögliche Gefahrenquellen rechtzeitig wahrzunehmen, ihnen eine Bedeutung beizumessen und geeignete präventive Maßnahmen und Interventionen einzuleiten. Das ist die Voraussetzung für eine sexualfreundliche Begleitung und die Nutzung des Sexuellen als Ressource.

Jugendsexualität heute

Der größte Teil der Jugendlichen geht heutzutage aufgeklärt, partnerschaftlich und verantwortungsbewusst mit Sexualität um. Wissen und Kenntnisse über Erwachsenensexualität stehen Heranwachsenden heute früher und detaillierter zur Verfügung als den Generationen zuvor. Meist auch lange bevor sie eigene sexuelle Erfahrungen gemacht haben. Durch medialen Konsum von Sexualwissen, insbesondere durch das Internet und aus den leicht zugänglichen pornografischen Darstellungen, erhalten Jugendliche Wissen, das aufklärend, aber auch verunsichernd, überfordernd oder verwirrend wirken kann. Dennoch werden diese Einflussfaktoren auf das Liebes- und Sexualleben von Jugendlichen deutlich überschätzt. Altersangemessene Sexualaufklärung durch Schule und Elternhaus bleibt deshalb weiterhin bedeutsam. Das bestätigen nicht nur die Praktiker, sondern auch sämtliche Jugendsexualitätsstudien (z.B. BZgA: Jugendsexualität 2010) auch noch im Anschluss als Literaturangabe. Jugendliche verfügen über verschiedene Zugangswege von Sexualinformationen und viele handeln verantwortungsbewusst. Auch wenn das durch wissenschaftliche Forschung noch nicht eindeutig belegt ist, spricht vieles dafür, dass ein gutes Körper- und Sexualwissen sowie das Vorhandensein einer Vertrauensperson bzw. eines Ansprechpartners/ einer Ansprechpartnerin Heranwachsende mehr vor den (dauerhaften) Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt schützt, auch in freiwillig gewählten Beziehungen. Sexuelle Bildungsarbeit und sexualpädagogische Maßnahmen und Projekte in schulischen und außerschulischen Institutionen, in der Kinder- und Jugendhilfe, in Beratung und Therapie können dazu beitragen, familien- und biografisch Erlebtes ergänzend vorhandene Wissens- und Verhaltenslücken zu schließen. So hätten alle Heranwachsenden die Chance an einer gesellschaftlichen Teilhabe, indem sie Angebote erhalten, die vorhandene Bildungslücken in Bezug auf Sprach- und Kommunikationskompetenz, Körper- und Sexualwissen sowie auf einen angemessenen Verhaltenscodex aufgreifen und ergänzen.

Fazit

Sexualität ist allgegenwärtig. Wissen und Bewusstsein tragen zur sexuellen Gesundheit bei. Sexualität und körperliches Erleben beinhalten eine helle und eine dunkle Seite. Die Widersprüche im Fühlen müssen auch in Bezug auf das körperliche Erleben in pädagogischen, beraterischen und therapeutischen Kontexten thematisiert werden. Und – es kommt stets auf die eigene persönliche Haltung der Vermittelnden an. Heranwachsende benötigen Gesprächspartner/innen auf Augenhöhe, die ihnen Halt geben, ihnen aber gleichfalls Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten entgegenbringen. Sie benötigen ein Umfeld konstruktiver Konflikt- und Feedbackkultur, die ihnen Anregungen zur Auseinandersetzung mit sich und anderen bieten. Aber auch Körper-, und Sexualinformationen und Kenntnisse über die sexuellen und reproduktiven Rechte unterstützen sexuelle Bildungsprozesse. Jeder Mensch, auch Kinder und Jugendliche, haben ein Recht auf sexuelle Lust und die Befriedigung sexueller Bedürfnisse, auch wenn sich diese deutlich von Erwachsenensexualität abgrenzen lassen. Eine Erziehung zum „Nein sagen“, die teilweise immer noch als präventive Maßnahme empfohlen wird,

widerspricht einer Erziehung zur Entfaltung der eigenen Bedürfnisse von Lust und Lebensfreude und zum Neugierig sein. Multisinnliches Lernen und Erleben fördern die Lust am Lernen. Dazu können Verfahren der funktionellen Entspannung hilfreich sein. Die Vielfalt des Sexuellen sollte in allen pädagogischen, beraterischen und therapeutischen Angeboten stets mit bedacht werden.

Definition (von Sexualität auf die ich mich in meinen Ausführungen beziehe)

Denn... „Sexualität ist das, was sich Menschen darunter vorstellen“ oder „... was sie daraus machen. Eine teure oder billige Ware, Mittel zur Fortpflanzung, Abwehr gegen die Einsamkeit, eine Form der Kommunikation, ein Werkzeug der Aggression, ein kurzweiliger Zeitvertreib Liebe, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse oder das Gute, Luxus, oder Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstachtung, eine Form der Zärtlichkeit, eine Art der Rebellion, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung, Neugier und Forschungsdrang zu befriedigen, eine biologische Funktion, eine Technik oder...“ (Offit 1979, S. 16 zitiert nach Walter 2002, S. 34 f.)

all das, was Sie sich darunter vorstellen oder damit verbinden.

Verwendete Literatur aus:

Grob Alexander und Jaschinski Uta: Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Weinheim, Basel, Berlin 2003

BZgA (Hrsg.: Jugendsexualität.

Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern). Köln 2010

Das Thema Sexualität begleitet mich schon sehr lange aus den verschiedensten Perspektiven: als Pädagogin, als Soziologin, als Psychologin und ganz besonders natürlich als FE-Therapeutin.

1988 habe ich auf der Jahrestagung der AFE in Bad Orb schon einmal einen Vortrag zu dem Thema gehalten. Damals als Co-Referat zu einem Vortrag von Marianne Fuchs, die in besonderer Weise das dialogische Prinzip und die Beziehungsdimension von Liebe darstellte.

Auch damals war es mir wichtig, Sexualität als eine Dimension menschlichen Seins darzustellen, die einen eigenständigen Wert hat – auch ohne tiefe Einbettung in Beziehung.

24 Jahre später bin ich hoffentlich nicht nur älter, sondern auch weiser geworden: die Beziehungsdimension von Sexualität (und sei es die zu mir selber) ist mir wichtiger geworden und trotzdem wird es in diesem Vortrag mehr um „die leibliche Dimension“ von Sexualität gehen. Als Leibtherapeuten wissen wir sehr genau um das Zusammenwirken von Leiblichem und Seelischem und wissen, dass dem Leib dabei eine immens wichtige Empfindungs-, Erlebnis- und Ausdrucksdimension zukommt.

Ich habe mich – nachdem ich spontan zugesagt hatte, den Vortrag über `Sexualität im Alter` zu halten – natürlich auch gefragt, ob ich überhaupt befugt bin, über dieses Thema zu sprechen, denn ich bin keine Expertin, keine Wissenschaftlerin, keine ausgewiesene Sexualtherapeutin, sondern habe nur

- außer meinen persönlichen Erfahrungen – ein großes Interesse und das Wissen aus 30 Jahren therapeutischer Arbeit mit FE, eine Arbeit, die, weil sie so Leibniz ist, Sexualität immer mitschwingen lässt.

Begleiten Sie mich also auf der Suche nach Fragen, Perspektivenwechseln, Visionen und einem „Erfahrungsaustausch“ über Sexualität im Alter – egal, wie jung oder alt sie sind. Sexualität war früher ein Tabuthema. Das hat sich heute geändert. Sexualität im Alter ist immer noch ein Tabuthema, aber es scheint so als würde sich auch hier eine Veränderung abzeichnen. Ich habe im letzten Jahr bemerkt, dass – immer wenn ich gefragt wurde, woran ich gerade arbeite und meine Antwort war: Sexualität im Alter – sich nach einem kurzen Weiten der Pupillen doch ein reges Gespräch anschloss und ich gewann den Eindruck, dass meine Gesprächspartner/innen geradezu froh waren, endlich mal über ihre Vorstellungen, Ängste und Wünsche bezüglich der Alterssexualität zu sprechen. Diese Erfahrung habe ich auch im Zusammenhang mit den Sexualanamnesen bei einigen meiner Klinikpatienten gemacht.

Natürlich trägt zu dieser Veränderung auch der demografische Wandel bei. Immer mehr Menschen sind alt, auch ohne hinfällig zu sein. Sie werden interessanter, weil sie sich interessieren und zunehmend keine gesellschaftliche Randgruppe (2020 werden ca. 33% der Bevölkerung über 60 Jahre sein) mehr darstellen, sondern intensiv am gesellschaftlichen Leben und Diskurs teilnehmen.

Aber: wer ist eigentlich „alt“?

Es gibt den vielzitierten Spruch: „man ist so alt, wie man sich fühlt“ – das ist zwar unbestritten richtig, aber man drückt sich damit auch ein bisschen um die Definition, die Zuschreibung oder die Selbsterkenntnis. Wissenschaftliche Untersuchungen tendieren dazu, 60 Jahre als eine Grenze anzunehmen jenseits derer man einen Menschen, jedenfalls in Bezug auf seine Sexualität, schon als alt bezeichnen kann. Spätestens mit 60 erleben Männer und Frauen, dass sich physische Veränderungen einstellen. Allerdings

sind Frauen in der Regel schon um die 50 – mit dem Einsetzen der Menopause und dem Ende der Reproduktionsfähigkeit – mit dem Erleben der Veränderung konfrontiert. Heute liegt die Lebenserwartung der Frauen bei 83, die der Männer bei 78 Jahren. Das heißt, es gibt eine Spanne von ca. 20 Jahren, in denen der alte Mensch nicht nur überlebt, sondern sich um seine Lebensqualität Gedanken machen kann und muss. Zur Lebensqualität gehört neben sozialen und gesundheitlichen Faktoren für viele Menschen die Zufriedenheit mit ihrer Sexualität dazu. Das unterscheidet den alten Menschen nicht von dem jungen. Sexualität bleibt auch im Alter ein Thema – auch wenn sehr verschieden damit umgegangen wird.

Die Forschungslage zur Sexualität im Alter ist relativ übersichtlich. Es gibt Spekulationen darüber, warum dies so ist, eine analytische z.B. nimmt an, dass junge Forscher vom Inzesttabu abgeschreckt sind. Schließlich fällt es ja den meisten Menschen schwer, sich seine Eltern beim Sex vorzustellen.

Ich nehme eher an, dass das Vorurteil, dass die Sexualität im Alter ohnehin versiegt, forschungsintensiv war und die entsprechenden alten Menschen – so sie noch sexuell aktiv waren – sich ihrer Sexualität geschämt haben, sich eher als „anormal“ betrachtet haben.

Wissenschaft bildet in diesem Zusammenhang ja bestenfalls die bestehende Wirklichkeit ab. Die Forschung gestaltet und verstärkt damit aber auch einen Erwartungshorizont über das, was der Norm entspricht und was nicht. Gängige Normen verhelfen dem Individuum in der Regel jedoch nicht, adäquate Wege und Lösungen für sich selber zu finden. Die Vielfältigkeit im Umgang mit der Sexualität im Alter wird durch eine quantitative Forschung nicht abgebildet. Jedoch kann allein das Wissen um die vitale Existenz von gelebter Sexualität im Alter aufklärend Schamgrenzen senken und den Diskurs selbstverständlicher machen.

Männer und Frauen erleben körperliche Veränderungen im Laufe ihres Lebens. Das betrifft natürlich auch die Hormonproduktion und die Sexualorgane. Ich möchte hier ganz bewusst nicht von Dysfunktion sprechen, da es sich um physiologisch normale Prozesse handelt, mit denen Männer und Frauen auf ihre je eigene Art umgehen müssen.

Bei Frauen werden die ersten Veränderungen wie gesagt im Zusammenhang mit der Menopause um die 50 Jahre bemerkbar. Es gibt allerdings nach Blitzer auch Hinweise darauf, dass Veränderungen schon Ende 30 beginnen (Vortrag HH 2013). Die Östrogenproduktion wird allmählich zurückgefahren und verringert sich schließlich um 90%; Frauen erleben eine Veränderung des Menstruationszyklus bis zum völligen Ausbleiben der Menstruation. Viele Frauen erleben in den sogenannten Wechseljahren Hitzewallungen, Schmerzen bei Geschlechtsverkehr, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen etc.; das Spektrum der Beschwerden ist groß. Allerdings gibt es auch einen recht hohen Anteil (30%-40%) von Frauen, die keine Wechseljahresbeschwerden nennen (Schulz-Zehden 2004).

Mit dem Ausbleiben der Menstruation ist die Reproduktionsphase der Frau beendet. Für viele Frauen ist dies eine bedeutsame Veränderung und wird manchmal auch als kränkend erlebt. Einige erleben das Ausbleiben der Menstruation allerdings auch als „Befreiung“ und besonders *die* älteren Frauen, für die die Verhütung noch nicht so selbstverständlich war, erlebten ein Aufblühen ihrer sexuellen Erlebnisfähigkeit, ohne die Angst, schwanger zu werden.

Die Veränderung schreitet auch nach den Wechseljahren weiter fort: die Vaginalhäute werden zarter, die Schleimhäute sind weniger feucht, bei vielen Frauen verändert sich die Lubrikationsfähigkeit, das „Feuchtwerden“ bei sexueller Erregung. Einige Frauen erleben auch eine Verringerung der sexuellen Appetenz.

Allerdings scheinen letztere, also die Veränderung der Lubrikationsfähigkeit und die Abnahme von sexueller Appetenz viel weniger eine Folge von rein somatischen Veränderungen zu sein, sondern vielmehr psychologischen und psychosozialen Faktoren zusammen zu hängen.

Doch davon später mehr.

Bei Männern führt die Absenkung des Testosteronspiegels zu einer Veränderung der Erektionsfähigkeit, der Ejakulationsfähigkeit und der sexuellen Appetenz. Die Erektion kann sich langsamer einstellen, weniger hart sein, auch ganz ausbleiben, der Drang zu ejakulieren wird weniger stark und die Qualität des Ejakulats verändert sich.

Im Gegensatz zu den Frauen bleiben die Männer jedoch reproduktionsfähig und die Veränderungen sind nicht so deutlich spürbar, weil sie sich über einen längeren Zeitraum hinziehen (Bucher S. 45 ff).

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wird die sexuelle Erregbarkeit durch Medikamente, die im Alter häufiger eingenommen werden, wie z.B. Antidepressiva, bluthochdrucksenkende Mittel zusätzlich gesenkt.

Es scheint jedoch weder für Frauen noch für Männer eine Altersobergrenze für sexuelle Erregbarkeit und sexuelle Aktivität zu geben. Insgesamt wurde in vielen Forschungen zur Sexualität im Alter deutlich, dass die Varianzbreite sehr groß ist, d.h. es gibt eine große Spanne etwa von völlig eingestellter Sexualität bis hin zu hoher sexueller Aktivität in hohem Alter. Das macht natürlich eine Mittelwertbildung schwierig. Man kann nicht unbedingt klare einheitliche Trends entdecken, aber dafür hier wieder erkennen, wie vielgestaltig und individuell die Möglichkeiten menschlichen bzw. sexuellen Ausdrucks sind.

Bitte behalten Sie das im Hinterkopf, wenn ich Ihnen jetzt einige Zahlen nenne.

Eine 2005 von Beute, Siedentopf und Brähler durchgeführte Untersuchung zeigte, dass insgesamt die sexuelle Aktivität von Männern und Frauen in Abhängigkeit vom Lebensalter abnimmt. Geben bei den 18-40-jährigen noch 93,3% an sexuell aktiv zu sein, sinkt diese Angabe bei über 60-jährigen auf 39,1%. Differenziert man diese nach dem Geschlecht, zeigt sich bei den über 60-jährigen eine große Differenz zwischen Männern, die mit 58,4% angeben sexuell aktiv zu sein und Frauen, die nur noch zu 24,9% angeben, sexuell aktiv zu sein. Dabei besteht eine hohe Abhängigkeit der sexuellen Aktivität vom Vorhandensein einer Partnerschaft. Bei den über 60-jährigen differieren die Angaben bzgl. der sexuellen Aktivität zwischen 64,3% der Menschen mit einer Partnerschaft gegenüber 7,3% ohne Partnerschaft. Bei Frauen, die älter als 60 Jahre sind und keinen Partner haben, geben nur 4,2% an, sexuell aktiv zu sein, bei Männern 16,9%.

An dieser Stelle wirkt sich wahrscheinlich die Tendenz der Frauen aus, sich vorzugsweise mit älteren Männern zu liieren, und umgekehrt wählen Männer eher jüngere Frauen zur Partnerin. Die Beweggründe dafür sind neben eher sozialen Faktoren wie Sicherheit und Existenzsicherung wahrscheinlich auch psychologische und bei den älteren Männern wohl auch die Nivellierung ihrer abnehmenden sexuellen Erregbarkeit durch eine jüngere sexuell aktivere Frau. Dieser Weg wird von Frauen *noch* eher selten beschritten. Die amerikanische Publizistin Susan Sontag weist in diesem Zusammenhang auf den sogenannten „double standard of aging“ hin (zit. nach v. Sydow S. 75).

Danach ist es sozial eher anerkannt, wenn ältere Männer auch deutlich jüngere Frauen zur Partnerin haben, als es Frauen erlaubt ist, deutlich jüngere Männer als Partner zu erwählen. Während die grauen Schläfen eines Mannes ihn nicht unbedingt unattraktiver machen, werden die grauen Haare einer Frau gerne frühzeitig gefärbt. Allerdings scheint sich etwas zu verändern: auch Männer färben sich die Haare und sogar prominente Männer wie der Fußball-Trainer Jürgen Klopp geben zu, sich zusätzliche Haare implantieren zu lassen und ältere Frauen werden zunehmend auch medial aufgewertet. So

fand sich im September in einer Frauenzeitschrift eine längere Fotostrecke mit einem 85-jährigen weiblichen Fotomodell.

In einer 2003 veröffentlichten Studie differenziert Thomas Bucher die sexuelle Aktivität älterer Menschen nach deren Wünschen und der tatsächlichen Aktivität. Der Wunsch nach Zärtlichkeit ist bei Männern und Frauen über 65 fast ungebrochen, lediglich die über 65-jährigen Frauen ohne Partner haben auch ihre Wünsche nach Zärtlichkeit zurückgefahren. Bei den Wünschen nach Petting und Geschlechtsverkehr ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen gar noch deutlicher: am wenigsten wünschen sich die über 65-jährigen Frauen ohne Partner mit 60% diese Sexualpraktiken, dagegen wünschen sich über 80% der über 65-jährigen Männer ohne Partner Geschlechtsverkehr.

Bei der Betrachtung der tatsächlichen sexuellen Aktivität ist besonders interessant, dass dann auch die Selbstbefriedigung eine Rolle spielt. Bei den Frauen über 65 ohne Partner ist die Selbstbefriedigung die am häufigsten genannte Sexualpraktik.

Zusammenfassend sind m.E. interessant und bemerkenswert:

1. Der ungebrochene Wunsch älterer Menschen nach sexueller Zärtlichkeit
2. die Abhängigkeit der sexuellen Aktivität von einer bestehenden Partnerschaft
3. und die Wichtigkeit der Möglichkeit zur Selbstbefriedigung bei Männern und Frauen.

Vielleicht erinnern Sie sich an den Film „Wolke 9“ von Andreas Dresen. Dieser Film zeigt die Geschichte einer älteren verheirateten Frau, die sich neu verliebt. In diesem Film werden die Körperlichkeit älterer liebender Menschen relativ „ungeschminkt“ dargestellt. Vielleicht erinnern Sie sich auch noch an ihre Reaktionen darauf, ihre Gedanken und Gefühle.

Meine Reaktionen waren, als ich den Film das erste Mal sah, folgende: ich fand die Bilder ziemlich abstoßend. Und zwar nicht nur, weil in 2,5 Minuten ein Sexualakt abgehandelt wurde, den ich mir gerne 10mal länger wünschen würde, sondern weil mir der Anblick alter Körper im Zusammenhang mit Sex völlig unvertraut war.

Wir sind gewohnt, in Filmen, Zeitschriften etc. nur junge, „schöne“ Körper zu sehen und was schön ist, ist relativ klar definiert und hat wenig mit der Realität menschlicher Körperlichkeit zu tun. Wir werden von Bildern, wie ein menschlicher Körper auszusehen hat, überschwemmt und werden medial kaum mit der Normalität verschiedener körperlicher Erscheinungen konfrontiert. Wenn wir uns im Spiegel betrachten, haben wir oft etwas an uns auszusetzen, schämen uns gar und versuchen, körperliche Unzulänglichkeiten mit der Kleidung zu kaschieren.

Der Neurobiologe Gerald Hüther erzählt uns in seinem Buch „Die Macht der inneren Bilder“ etwas über neuronale Verschaltungsmuster und die neuronale Bahnung von Denk-Gefühls- und Handlungsmustern. Je häufiger wir bestimmten Erfahrungen ausgesetzt sind und je stärker sie mit emotionalen Qualitäten aufgeladen sind, desto hartnäckiger bestimmen sie unsere inneren Bilder. Das gilt auch für die Bewertung von alter Körperlichkeit.

Jede/r von uns hat schon einmal erlebt, wegen seines Aussehens kritisiert worden zu sein. Ich hieß z.B. als Kind jahrelang „Dickie“, das hat das innere Bild meines Körpers geprägt und bestimmt nicht zur Förderung meines körperlichen Selbstbewusstseins beigetragen. Im besonderen Maße sind wir kränkbar bezüglich unserer sexuellen Attraktivität. Die Art, in der wir uns als sexuelle Wesen erfahren, begreifen und akzeptieren, ist abhängig von den positiven Erfahrungen und Rückmeldungen, die wir im Laufe unseres Lebens sammeln - oder eben von den negativen! Was die Alterssexualität angeht, schwanken die Reaktionen oft zwischen „wie süß, die Alten treiben es auch noch miteinander“ bis hin zu Abscheu und moralischer Entrüstung. In dem genannten Film gibt es eine Szene, in der

die Protagonistin von ihrem Ehemann eine Ohrfeige erhält mit dem entrüsteten Aufschrei „schäm dich, du in deinem Alter!“ (Verliebst dich und hast Sex/ als sie ihm berichtet, dass sie sich in einen anderen verliebt und mit ihm geschlafen hat)

Ich denke, solche Einstellungen zur Alterssexualität machen ältere Menschen befangen und setzen sie unter Stress, wenn sie als Ältere ihre Sexualität leben wollen.

Die amerikanische Publizistin Naomi Wolf beschreibt in ihrem kürzlich erschienenen Buch „Vagina“ die Auswirkung von Stress auf die sexuelle Erregbarkeit und das sexuelle Interesse (Wolf S.229). Sie zitiert dabei eine Untersuchung, die an Rattenweibchen durchgeführt wurde und zeigte, dass Stress nicht nur negative Auswirkungen auf die sexuelle Erregbarkeit und die Bereitschaft zur Paarung hat, sondern sich auch die Vaginalgewebe der gestressten Rattenweibchen verändern.

Es deutet einiges darauf hin, dass es viel weniger die Veränderungen körperlicher Art sind, die die Alterssexualität verändern, als vielmehr die negative Resonanz, die ältere Menschen in Bezug auf ihre Sexualität erleben und/oder sich zuschreiben. Ein weiterer Hinweis wird von K. v. Sydow berichtet und betrifft die Lubrikationsfähigkeit älterer Frauen (K. v. Sydow S. 74). Eine Laborstudie zeigte, dass die Vagina von prämenopausalen Frauen im sexuell nicht erregten Zustand feuchter ist als die von postmenopausalen Frauen. Es konnte jedoch kein Unterschied von vaginaler Feuchtigkeit im sexuellen Erregungszustand bei jüngeren und älteren Frauen gefunden werden!

Auch bei Männern wäre interessant zu fragen, wie weit das Nachlassen der Erektionsfähigkeit ihr sexuelles Erleben beeinflusst oder vielmehr die Angst vor Ausbleiben der Erektion und den damit verbundenen Schamgefühlen in einem gesellschaftlichen Klima, in der die männliche Potenz eine große Rolle spielt. Auch hier sei noch einmal der Film „Wolke 9“ zitiert. In einer Liebesszene zwischen der Protagonistin und ihrem Liebhaber bleibt bei ihm die Erektion aus und beide lachen eher darüber und erzählt einen (schlechten) Witz. Das wirkt auf den ersten Blick eher ungewöhnlich, zeigt aber einen Weg mit altersbedingten Änderungen umzugehen, ohne sich beschämt zurückzuziehen.

Der Umgang mit Sexualität ist in den gesellschaftlichen Diskurs eingebettet. Es gibt Regeln, Normen, Mythen und es gibt immer auch Deviationen. Die Vorstellung, dass Sexualität im Alter uninteressant, unmoralisch oder sogar gesundheitsgefährdend ist, ist sicher ein Mythos und es gibt – das zeigt die hohe Varianzbreite bei den Angaben zu Untersuchungen der Alterssexualität – genügend Individuen, die sich offenbar abweichend verhalten.

Mir geht es im Folgenden bestimmt nicht darum, für neue Normen bezüglich der Alterssexualität zu plädieren etwa in Gestalt der Empfehlung, dass jeder Mensch möglichst lange sexuell aktiv sein müsste, aber angesichts der Zunahme an Selbstwertgefühl und Kreativität (Wolf 56 f), der Verbesserung von Lebensqualität über eine lange Strecke des Lebens, ist es schon angemessen zu fragen: was könnte hilfreich sein, auch im Alter eine erfüllte Sexualität zu erleben?

Als Leibtherapeuten wissen wir, dass es auch in jüngeren Jahren eine Vielzahl von sexuellen Störungen gibt oder auch Sex nicht wirklich lustvoll erlebt wird und eher Angst macht. Eine behutsame Leib-Spürarbeit, die dazu verhilft, den eigenen Leib besser kennen zu lernen, zu verstehen, was Leiden verursacht und zu einer besseren Akzeptanz des eigenen Leibes führt, ist auch in jüngeren Jahren eine wichtige Hilfestellung. Ich erinnere in diesem Zusammenhang gerne an die Arbeit von Silke Witt, die in ihren Workshops „Weibsein – Leibsein“ eine solche FE-Arbeit anbietet und diese auch im Praxisbuch „Funktionelle Entspannung“ beschrieben hat. Es gilt natürlich genauso für ältere Menschen, dass das Erspüren, das differenzierte Wahrnehmen des eigenen Leibes, die Wahrnehmung dessen, was leiblich gut tut und was eher schmerzt,

sozusagen der Königsweg zum Erleben einer lustvollen, altersentsprechenden Sexualität ist.

Der nächste Schritt wäre dann, diese Wahrnehmungen und die entsprechenden Wünsche dem Partner zu kommunizieren.

Der amerikanische Sexualtherapeut David Schnarch weist darauf hin, wie schwer es den Partnern oft fällt, ihre Wünsche und Bedürfnisse bzgl. Sexualität zu kommunizieren. Dies gilt auch für ältere Liebende, die sich dem fortgesetzten Veränderungsprozess auf eine besondere Weise stellen müssen (Schnarch 2012).

Altersabhängige Veränderungen werden oft unnötigerweise negativ wahrgenommen. Ein Beispiel wäre die haptische Qualität der Haut: die Textur junger Haut ist straff, prall und glatt, aber die ältere Haut ist von unvergleichlicher Zartheit und Weichheit, auch und gerade wenn sie runzelig ist.

Und es noch ein Beispiel, bei dem sich das Älterwerden in Bezug auf die Sexualität nicht unbedingt negativ auswirkt:

Ältere Menschen sind meist nicht mehr so straff in den Arbeitsprozess einbezogen. Sie haben mehr Zeit, könnten gelassener sein und haben – soweit sie von Altersarmut verschont sind – ihr Haus bestellt. Die Sexualität ist weniger vom Hormondiktat bestimmt, weniger drängend. Das kann Raum geben für eine bewusstere Hinwendung zum Spüren und zur Wahrnehmung des eigenen Leibes und des Leibes des Partners.

Menschen, denen die Funktionelle Entspannung vertraut ist, haben dafür ein gutes Hilfsmittel. So kann auch die Veränderung der Erektionsfähigkeit des Mannes für ein älteres Paar dazu führen, dass beide sich lieber und länger mit den Zärtlichkeiten des sogenannten Vorspiels befassen, das Streicheln und Kosen vielleicht den Koitus ersetzt und beiden zu einer großen Innigkeit verhilft.

Ein Vorschlag von David Schnarch könnte dies unterstützen. Er hat beobachtet, dass die Umarmungen von Paaren oft sehr flüchtig sind und schlägt als Intervention für ein verbessertes Miteinander die „Umarmung bis zur Entspannung“ vor. Paare nehmen sich gegenseitig „frontal“ in den Arm und bleiben in dieser Position bis sie die Entspannung bei sich und dem anderen spüren.

Als FE-Therapeutin finde ich diese Intervention genial, verhilft sie doch – neben paardynamischen Effekten – zu einer Intensivierung der leiblichen Wahrnehmung des anderen und gespiegelt an den leiblichen Reaktionen des anderen auch zur Intensivierung der eigenen Leibwahrnehmung. Hierzu möchte ich Ihnen einen Text vorlesen, den ein Teilnehmer an dieser Übung verfasst hat.

Umarmungen

Wir sind einander zugewandt

Wir legen die Arme um uns

Stille

Ich spüre deine Nähe, dein und mein Atmen

Mein Herzschlag verlangsamt sich

Im Brustkorb wird Weite spürbar und tiefe Ruhe

Die Gesichtshaut entspannt sich

Die Ohren scheinen zu fallen

Die Augen wandern nach innen – scheinen völlig losgelöst

Von außen muss ich uralte aussehen

Jetzt erst merke ich, wie gespannt ich war

Von innen kommt der Impuls, mich aufzurichten

Die Arme sinken hinunter

Langsam löst sich die körperliche Grenze zu Dir auf

Wir vereinigen uns
Zeit und Raum lösen sich langsam auf
Eine wohlige Entgrenzung und Erweiterung
Das ist wie Sex ohne Sex
Wie lange haben wir so gestanden?

Ich empfehle ihnen sehr, diese Übung zuhause oder – wenn sie mit Paaren arbeiten – mit diesen auszuprobieren.

Lassen sie mich noch ein paar Worte zur Autoerotik sagen. Von Woody Allen ist der Ausspruch überliefert: „Sagen Sie nichts gegen Masturbation, es ist Sex mit jemandem, den man wirklich liebt“ (Henning/ Olszewski 2012). Wir haben gehört, dass die Selbstbefriedigung im Alter weiterhin eine wichtige Sexualpraktik bleibt. Für viele Frauen ohne Partner ist es die häufigste Form sexueller Aktivität.

Für die Männer ist Selbstbefriedigung schon in jungen Jahren ein Thema, für Frauen auch, aber es wird wesentlich weniger darüber gesprochen. Das hängt u.a. mit rigider Sexualmoral zusammen, die der Frau nicht wirklich zugestand, dass Sex für sie lustvoll sein dürfe und das ist leider immer noch nicht Geschichte (Haarmann 2006).

Sexuelle „Selbsterkundung“ und Selbstbefriedigung sind in jedem Alter wichtig. Das Aufklärungsbuch „MakeLove“ (Henning/ Olszewski 2012) empfiehlt jungen Menschen dringend, sich erst sexuell zu erkunden, um später dem Partner oder der Partnerin auch sagen und zeigen zu können, was sie mögen und was nicht. Das gilt ganz genauso für ältere Menschen, die ihren Körper und dessen Veränderungen so in Ruhe und entspannt erleben und sich daran erfreuen können. In der Autoerotik fehlt zwar die lustspendende Komponente der körperlichen Zuwendung durch den Partner oder die Partnerin, es fehlt aber auch die manchmal irritierende Fokussierung auf die Bedürfnisse des anderen. Und da, wo der Partner zeitweise oder dauerhaft fehlt, ist die Selbstbefriedigung eine Möglichkeit sich trotzdem als sexuelles Wesen zu fühlen. Bei Haarmann findet sich das Zitat einer Frau: „Aber ich muss dabei (der Selbstbefriedigung) bleiben, sonst verliere ich das Gefühl für meine Sexualität wieder ... ich muss und möchte mich damit beschäftigen und den Kontakt zu mir nie mehr verlieren!“

Sich auch ohne Partner als sexuelles Wesen erleben zu können, verbessert das Selbstwertgefühl und das leibliche Selbst-Bewusstsein.

Im Umgang mit der Sexualität verändert sich im Lauf eines Lebens einiges, aber Vieles bleibt auch gleich:

Die leibliche Achtsamkeit mit sich selbst und dem anderen bleibt ein führendes Leitmotiv für eine erfüllte Sexualität während des ganzen Lebens.

Wir haben von der Macht der inneren Bilder gehört. Es ist an uns älteren Menschen selbst neue Bilder, Wünsche und Bedürfnisse bzgl. unserer Sexualität zu entwickeln und Phantasien, die uns beflügeln, und dass wir uns nicht Vorurteilen ausliefern, die uns lahmliegen.

Die Begründerin der F.E: Marianne Fuchs mag uns als ein Vorbild dienen; sie verblüffte uns jüngere Schülerinnen schon vor 30 Jahren, da war sie schon über 70, mit einem vitalen Bekenntnis zu weiterhin lustvoll erlebter Sexualität.

Die italienische Journalistin Vanna Vanuccini schreibt Mut machend in ihrem Buch „Liebe mit 70“, wie sich über 70-jährige Frauen frisch verlieben und diese Liebe – auch angesichts der nicht mehr so lang zur Verfügung stehenden Zeit – als etwas Köstliches erleben.

Zum Schluss noch ein Bericht einer Frau, die Kirsten v. Sydow in ihrer Untersuchung „sexuelle Probleme im höheren Lebensalter“ befragt hat:

Eine Frau Mitte 60, deren Mann sich wegen einer Lebererkrankung sexuell zurückzog, berichtet: " In den ersten Jahren (der Krankheit) ist wenig zu merken (gewesen), aber danach doch.- <schluckt>

Ich hab´ s meinen Mann zunächst nicht spüren lassen, dass ich etwas (Sexualität) vermisste. Und dann kam der Punkt, wo er mal auf einer Reise sagte >Na ja, Alte<. – Da hab ich aber (geschrien) >So nicht!< Nicht, ich bin bereit, Dinge in Kauf zu nehmen, die nicht zu ändern sind, aber – das geht mir nicht so ohne weiteres so, nicht! Da war er ganz erschüttert drüber und sagte >Du hast mich´ s ja nie spüren lassen. Lass mich das doch mal spüren, was Du möchtest.< - Dann haben wir noch glückliche Jahre gehabt....Na ja, mein Mann merkte nicht, dass ich Bedürfnisse hatte und ich wollte ihn nicht in Bedrängnis bringen, nicht. Und es zeigte sich dann, dass meine Wünsche seine Möglichkeiten wieder weckten.“ (zit. n. Sydow, 1994, S.26)

Literaturliste

1. Beutel, Siedentopf, Brähler: Sexuelle Aktivität und Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft im Alter, in Brähler, Berberich, Sexualität und Partnerschaft im Alter – Giessen 2009
2. Bitzer, Johannes, Frauenklinik Uni Basel, Vortrag HH, Feb. 2013
3. Brähler, Berberich (Hg.): Sexualität und Partnerschaft im Alter, Giessen 2009
4. Bucher, Thomas: Altern und Sexualität in: Brähler ... (3.)
5. Haarmann, Claudia: Unten rum – die Scham ist nicht vorbei, Köln 2006
6. Henning, Ann-Marlene; Bremer-Olszewski, Tina: Make Love, Berlin 2012
7. Herholz, Johnen, Schweitzer (Hg.): Funktionelle Entspannung – Das Praxisbuch, Stuttgart 2009
8. Hüther, Gerald: Die Macht der inneren Bilder, Göttingen 2006
9. Schnarch, David: Die Psychologie sexueller Leidenschaft, München, 13. Aufl. 2012
10. V. Sydow, Kirsten: Sexuelle Probleme im höheren Lebensalter, in Brähler... (3.)
11. Vanuccini, Vanna: Liebe mit 70, München 2012
12. Wolf, Naomi: Vagina – eine Geschichte der Weiblichkeit, Hamburg 2013

Gedenksymposium Sophie Krietsch

„Sophie Krietsch und die Funktionelle Entspannung (FE) - Erfahrung von Halt und Grenze als bedeutsame Themen einer in der Psychosomatik beheimateten Körperpsychotherapie“

Symposium im Rahmen des Kongresses der Deutschen

Gesellschaft für Psychosomatik

Titel: „Moderne Zeiten - Antworten der Psychosomatik und Psychotherapie“

Termin: 26. – 29.03.2014 / Symposiums: 29.03.2014

Veronika Schmötzer:

„Sophie Krietsch – ein Leben mit und für die Funktionelle Entspannung. Ihr Lebenslauf und beruflicher Werdegang von der Bewegungstherapeutin zur Lehrbeauftragten für Körperpsychotherapie“

Cornelia Gudden:

"Sophie Krietsch und ihre besondere Bedeutung in der Körperpsychotherapiemethode Funktionelle Entspannung (FE)"

Angela von Arnim:

"Von der Körper- zur Körperpsychotherapie: Das methodische Grundkonzept von Halt und Grenze und dessen Anwendung bei modernen Zeitkrankheiten in der Psychosomatik" *

Verena Lauffer:

"Störungen transformieren - Körperpsychotherapie als gemeinsame Suchbewegung" *

Workshops als Fortbildungsangebot "Körperpsychotherapie mit FE als wertvolle Kompetenzerweiterung für PsychosomatikerInnen in 'modernen Zeiten' "

Cornelia Gudden: Erfahrung von innerem und äußerem Halt

Angela von Arnim : Selbsterfahrung mit der Haut - das Erleben von Kontakt und Grenze

Verena Lauffer: Die Rolle der Berührung

„Sophie Krietsch – ein Leben mit und für die Funktionelle Entspannung. Ihr Lebenslauf und beruflicher Werdegang von der Bewegungstherapeutin zur Lehrbeauftragten für Körperpsychotherapie“

Veronika Schmoetzer und Verena Lauffer

Sophie Krietsch ist am 8. Februar 1922 in Riedhausen als siebtes von acht Kindern der Gärtnerfamilie Mederer geboren. Im Kreis ihrer großen Familie, zu der auch die Großmutter und Tante gehörten, verbrachte sie ihre Kindheit und blieb ihr ganzes Leben mit ihren Geschwistern verbunden.

Nach der Grundschule in Murnau besuchte sie einige Jahre das Lyzeum in Garmisch und hatte die Idee, Klosterschwester werden zu wollen. Das hat ihrer sehr frommen Mutter gut gefallen und so verbrachte Sophie einige Jahre im Angerkloster in München, wo sie aber bald so viel Heimweh hatte, dass sie doch wieder nach Hause kommen durfte.

Nach dem Schulabschluss machte sie eine Lehre bei der Vereinsbank, eigentlich eine recht untypische Berufswahl für Sophie, bei der sie auch nicht geblieben ist. Vielmehr ging sie nach Berlin in die Klamt-Schule und erwarb im Februar 1945 das Diplom als staatlich geprüfte Gymnastiklehrerin. Die Kriegsjahre verbrachte sie daher in Berlin, und kam, wie durch ein Wunder, mit einem der wenigen Züge aus dem brennenden Berlin heraus und zurück nach Murnau.

Sie begann als Turnlehrerin an einem Gymnasium in Hohenschwangau zu unterrichten, bis sie schließlich zu ihrer eigentlichen Lebensaufgabe, der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, in dem großen Landeskrankenhaus Schussenried fand. Sie war so berührt von der Bewegungslosigkeit dieser oft schon jahrelang chronisch kranken Menschen und hatte so viel Überzeugungsfähigkeit bei der Bewerbung, dass der damalige Chefarzt sie sofort einstellte.

Bis zu ihrem Ruhestand blieb sie in diesem Arbeitsgebiet, entwickelte eine wirklich segensreiche Tätigkeit, zunächst eine eigene Art der Bewegungstherapie für psychisch kranke Menschen. Hier lag ihre ganz große Begabung.

1962 begegnete sie Marianne Fuchs und erlernte bei ihr, sowie bei Eberhard Eberspächer die Funktionelle Entspannung. Aus ihrer Erfahrung in der Zusammenarbeit mit psychotisch Kranken, die ihre Körpergrenzen nicht spüren, erweiterte Sophie Krietsch die FE um die Anwendung der Methode im Feld der Körperpsychotherapie und zwar um die Arbeit mit frühen Verletzungen.

Sophie Krietsch lernte ihren späteren Ehemann, Dr. Helmut Krietsch, während der Zeit in Schussenried kennen. Sie ging mit ihm an das psychiatrische Landeskrankenhaus nach Zwiefalten, wo er die Chefarztstelle übernahm und sie die Bewegungstherapie leitete.

Nach der Pensionierung verzogen beide nach Rechtenstein an der Donau, wo sie noch weitere 15 Jahre Patienten betreuten.

Als Lehrbeauftragte für FE begleitete Sophie Krietsch viele Weiterbildungskandidaten.

Viele von uns werden sich erinnern an die Selbsterfahrungsstunden bei ihr in ihrem Arbeitszimmer in Rechtenstein, an das weiche Fell auf der Liege, an den wohligen großen Sessel, ihre liebevolle, geduldige präzise Leibarbeit, ihre lebendige respektvolle Weise der Berührung, dabei zu erleben, bedingungslos angenommen zu sein, zu spüren, ich bin wirklich gemeint. Und viele werden sich an die wundervolle Küche Sophies erinnern, in der

sie für uns Köstliches gekocht hatte und so auf einer anderen Ebene Mütterlichkeit zelebrierte und für uns sinnlich erfahrbar werden ließ.

Ihre wertvollen Erkenntnisse gab sie auf vielfältige Weise weiter, hielt Seminare und leitete Supervisionsgruppen, u.a. in der Nervenlinik in Tübingen. Zusammen mit ihrer Kollegin Birgit Heuer veröffentlichte sie 1997 das Buch „Schritte zur Ganzheit – Bewegungstherapie mit schizophrenen Kranken“. Weiter verfasste sie mehrere Artikel in Büchern und im Theorieheft der A.F.E.

Neben dieser beruflichen Arbeit, die ihr vor allem immer Freude war, hatte sie später ein bisschen mehr Zeit, ihre vielfältigen Begabungen zu pflegen.

So hatte sie immer einen wunderschönen Garten, fing an zu malen, was sie bis zuletzt praktizierte.

Seit neun Jahren verbrachte sie mit ihrem Mann ihren Ruhestand in Murnau.

In dieser Ruhestandszeit gründete sich ein Arbeitskreis um sie von ehemaligen Schülerinnen, FE Therapeutinnen und Lehrbeauftragten.

Wir trafen uns einmal im Jahr, um ihre besondere Arbeit zu würdigen und miteinander weiter zu tragen. Und Sophie war jedesmal intensiv interessiert dabei. Oft hatte sie etwas Neues gefunden, an dem sie uns teilhaben ließ. Z. B. mit den „Hautfühlerchen nach Innen“ zu tasten. Und sie ließ uns Raum für unsere Eigenheiten. Und sie ließ uns zuletzt auch teilhaben an persönlicher Not mit Notwendigkeiten des Alters.

Ich möchte Sophie Krietschs besondere Leistung würdigen, die FE methodisch erweitert zu haben im körperpsychotherapeutischen Bereich. Sie integrierte in ihre Arbeit mit dem Leib Theorien zur Schizophrenie von Scharfetter und Winnicotts Darstellungen der frühen Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Säugling. So brachte sie in die FE das Verständnis ein, dass wir erst die Verlässlichkeit der körperlichen Ich-Strukturen von Halt und Abgrenzung erarbeiten, bevor sich Blockaden in Gelenken lösen können. Dabei war sie bereit, in der Begegnung mit Menschen in Not die Theorie zu vergessen zu Gunsten derer ganz eigenwilligen Lösungen.

Sie befähigte uns, mit unseren eigenen früh verletzten Anteilen genauso umzugehen wie mit denen unserer Patienten und in Sophies Weise, liebevoll, geduldig, Zeit lassend, präzise am Leib orientiert die für die Not passenden Antworten zu suchen, Halterfahrungen über Berührungen zu ermöglichen.

Mit diesem Erfahrungsschatz können wir uns im Feld der vielen Körper- und Leibmethoden selbstbewusst körperpsychotherapeutisch vertreten.

Am 25. Oktober 2012 verstarb Sophie Krietsch an den Folgen einer Hirnblutung.

Zu ihrer Beerdigung wählte sie den folgenden Text von Willigis Jäger:

„Der Tod ist die Vollendung unserer Geburt. Wir fügen uns nicht dem Tod, wenn wir sterben, wir fügen uns in den Fortgang des Lebens, das kein Verweilen kennt.“

Sophie Krietsch und ihre besondere Bedeutung in der Körperpsychotherapiemethode Funktionelle Entspannung (FE) Cornelia Gudden

Sophie Krietsch hat 1945 ihre Ausbildung zur Gymnastiklehrerin abgeschlossen. 1955 nahm sie eine Anstellung als Bewegungstherapeutin im psychiatrischen Landeskrankenhaus Schussenried an.

Folgende Beispiele und Zitate habe ich aus dem Buch „**Schritte zur Ganzheit**“ (Krietsch, 1997) entnommen. Sie hat das Buch mit Birgit Heuer geplant und geschrieben. B. Heuer ist Physiotherapeutin und Therapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie und wurde auch Therapeutin für FE und war langjährige Kollegin von S. Krietsch. Im Folgenden werde ich S. Krietsch oft zu Wort kommen lassen, weil ich finde, dass sie selbst ihre Arbeit am besten beschreiben kann.

Im Buch berichtet sie von ihrem ersten Tag: *„Der 15. August 1955 war mein erster Arbeitstag, es herrschte sommerliches Wetter. Eine Ärztin stellte eine Gruppe mit 8 Frauen zusammen. Es waren gerade die Frauen, die mir bei der ersten Begegnung ob ihrer Unlebendigkeit und Hässlichkeit den großen Schrecken eingejagt hatten. Eine Schwester brachte die Gruppe in den Garten, wo sie sich sofort verliehen. Ich hatte einen Ball und versuchte, mit jeder Frau, indem ich ihr nachging, Ball zu spielen. Dabei erlebte ich zu meinem Erstaunen, dass die Gesichter lebendiger wurden. Warme Augen richteten sich auf mich, und am Ende der ersten Stunde standen die Frauen im Kreis um mich herum. Ich warf den Ball jeder Einzelnen zu und erhielt ihn wieder. Es kam in mir das starke Gefühl auf - das kann ich-. Ich wußte das mit dem Herzen, mit dem Kopf jedoch wußte ich, dass ich nichts Konkretes weiß, was mein neues Arbeitsgebiet betraf. Jedoch durch meine Erfahrung aus dieser ersten Stunde erkannte ich, daß Beziehungslosigkeit ein Ausdruck der Krankheit ist. Beziehung gehört zum Leben und so wurde Kontakt herstellen, Beziehung aufnehmen der erste Ansatzpunkt, mit dem ich mich in meinem Wirkungsbereich beschäftigte und auseinandersetzte.“* (Krietsch 1997, S.2)

Es ist berührend, wie genau und ehrlich sie ihre Anfangssituation beschreibt, es leuchtet Zuversicht und Vertrauen durch.

S. Krietsch hatte besondere Fähigkeiten, mit diesen verwundeten Patienten umzugehen. Sie hatte eine große Liebe, ein weites Herz, eine besondere Affinität zu diese Menschen. Sie betont, dass sie immer darauf geachtet hat, den Patienten, auch wenn sie sich hilflos und kindlich zeigen, mit Würde und erwachsen zu begegnen. Sie war eine ausgesprochen freundliche, fröhliche und zugewandte Therapeutin. So habe ich sie oft erlebt.

Die Traumatherapeutin Luise Reddemann betonte in einem Vortrag in Lindau mit dem Thema: „Würde, ein vergessener Wert in der Psychotherapie?“ die Notwendigkeit von „Würde als Haltung“ für Psychotherapeuten, dem „Recht auf Würde“ für den Patienten und findet: „Liebe und Würde gehören zusammen.“ (Reddemann 2009, S.9-29)

S. Krietsch entwickelte ein eigenes Gruppenkonzept auf Grund von Beobachtung, Ausprobieren und Neugierde.

Sie erkannte, dass **Beziehungslosigkeit** nicht nur den zwischenmenschlichen Bereich betraf, sondern sich in allen Lebensbereichen zeigte. Sie vermutete hier die „Grundstörung der Schizophrenen Erkrankung, die es verhindert, dass die Kranken sich adäquat in den äußeren realen Lebensraum einbringen können.“(Krietsch 1997, S.3

Der schizophrene Kranke muss zuerst seinen Körper als lebendig erfahren, ehe er selbst aktiv Beziehungen nach außen aufnehmen kann.

Sie las bei Winnicott in dem Buch „Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse“ (Krietsch 1997, S.159) und fand dort ihre Beobachtungen bestätigt, dass Schizophrenie als Folge einer tiefen Beziehungsstörung bereits in den ersten Monaten der Säuglingszeit entsteht. Inzwischen wissen wir, dass schon in der pränatalen Zeit unter Umständen Grundsteine dafür gelegt werden.

S.Krietsch beschreibt **vier Übungsleitlinien**, nach denen sie ihre Arbeit ausgerichtet hat, sie sind *aus der Beobachtung entstanden*.

1. Beziehung zum eigenen Körper
2. Beziehung zu Raum und Zeit
3. Beziehung zu den Dingen
4. Beziehung zum Mitmenschen

1. Die **Beziehung zum eigenen Körper** erachtet sie als die Grundlage der Bewegungsarbeit mit schizophrenen Kranken, damit die Patienten lernen, über die Körperwahrnehmung Kontakt zu sich einzuüben. Sie sollten ihre eigene leibliche Realität erleben und im Umgang mit sich selbst sicherer werden.

In ihrem Buch erwähnt sie anschauliche Übungsbeispiele, damit der Leser sich ein Bild machen kann. Es leuchtet eine Leichtigkeit und Fröhlichkeit durch und sehr viel Achtung vor den Patienten.

Bei Körperfühlübungen, können die Patienten Erfahrungen machen, die ihnen helfen, mit sich und der äußeren Welt in Kontakt zu kommen.

Alle Patienten haben Spannungen an den Gelenken, bzw. halten die Gelenke fest aus Angst vor der Umwelt.

Ein Patient drückt das so aus: „Wenn ich die Zehen einkralle, ziehe ich mich in mein Häusle zurück, strecke ich sie aus, nehme ich die Umwelt wahr, aber da habe ich Angst vor der Zukunft. Ich ziehe mich wieder zurück.“ (Krietsch 1997, S.34)

Ein großes Thema ist die Haut als Körpergrenze: Es braucht „angenehme Berührung von außen, um dem Patienten seine Haut ins Gefühl zu bringen. Diese angenehme Berührung von außen weckt andererseits in ihm den Impuls, diese Berührung von innen her aktiv mitzuverfolgen, bis an die Peripherie seines Körpers. Durch die beiden Prozesse kann dem Patienten seine Haut als Grenzorgan zum Erlebnis werden in dem Sinne, dass er dahinter Schutz finden oder nach außen Kontakt aufnehmen kann.“ (Krietsch 1997, S.40)

So ist es verständlich, wenn S. Krietsch betont, dass nur stabil erfahrene Körpergrenzen die Abgrenzung zu andern Menschen ermöglichen, und wenn ein Gefühl für die Körpergrenze entwickelt wird, kann der Innenraum geschützt erlebt werden.

Eine Patientin berichtet: „Ich saß fest da und spürte, dass ich mich sicher fühlte und die tiefe innere Angst einfach wegging. Ich fühlte mich ganz im Körper und von anderen abgegrenzt. Vorher spürte ich meinen Körper nicht so und es war eher etwas Fließendes von mir zu anderen und von anderen zu mir.“ (Krietsch 1997, S.51)

2. **Beziehung zu Raum und Zeit:** Dazu gehört die „Entwicklung von Halt und Vertrauen über die Beziehung zum Boden“. (Krietsch 1997, S.57)

Oft fängt sie mit dem Liegen an, mit der Beziehung zur Matte, dem Boden. Sie möchte, dass die Patienten dabei Halt und Vertrauen entwickeln durch die Wahrnehmung des Kontakts zum Boden. Sie fordert z.B. die Patienten auf, weiche Schaumstoffbälle oder

Sandsäckchen an verschiedene Stellen des Rückens unterzulegen und auszuprobieren, wie sie darauf liegen. Dann erfragt sie, wie es sich anfühlt, wenn der Gegenstand wieder weggenommen wird.

Die Rückmeldungen sind dann meistens, dass sich die Patienten „leichter, lockerer, wärmer, flacher aufliegend, breiter aufliegend, schwerer aufliegend“ fühlen. (Krietsch 1997, S.59) Es kann auch „bei dem einen oder anderen zu einer unangenehmen Empfindung kommen: es fehlt etwas“, oder sogar „Die Stelle fühlt sich wie ein Loch an“. (ebenda)

Zitat : „Es kann daraus geschlossen werden, dass der Patient sich mit dem Ball symbiotisch verbunden erlebte und der Verlust diese unangenehme Körperempfindung hervorruft. Diese Stelle des Körpers ist nicht integriert. Durch nochmaliges Unterlegen des Balles in dem Sinne, dass diese Stelle flexibel wird und sich mit der übrigen Wirbelsäule verbindet, kann das unangenehme Körpergefühl aufgehoben werden.“ (Krietsch 1997, S. 59)

Wenn die Patienten den Raum betreten, wirken sie anfangs oft verloren. Sie lernen die räumlichen Richtungen und Grenzen erst am eigenen Körper: oben- unten, vorn- hinten, rechts-links. Aus der selbst erfahrenen Richtung am eigenen Körper regt die Therapeutin die Umsetzung von Richtungen im konkreten Raum an: der Ball kann die Decke berühren, oder zu einer Wand gerollt werden, danach folgt die Erfahrung von Raumwegen beim Gehen.

„Die Raumstruktur (Ausgangspunkt, Weg und Ziel) und die rhythmische Zeitstruktur (Beginn, Ausführung und Ende) geben die Orientierung. Allmählich kann diese Raum-Zeit-Struktur verinnerlicht werden.“ (Krietsch 1997, S.74)

3. Beziehung zu den Dingen: Es werden unterschiedliche Geräte angeboten: Bälle von verschiedener Größe und Beschaffenheit, Stäbe, Reifen, Tücher, kleine Säckchen mit unterschiedlichem Inhalt, Pezzibälle, Schaukelbretter, große Rollen laden zum Ausprobieren ein.

Die Patienten lernen die Besonderheiten und Möglichkeiten der Geräte kennen, ein wichtiges Ziel ist es auch zu merken, wann sie von einer Beschäftigung genug haben und diese beenden wollen.

4. Beziehung zu den Mitmenschen: Im Kontakt mit anderen haben die Patienten oft Angst vor Nähe oder die Angst ausgeliefert zu sein. Sie suchen dann eine Möglichkeit sich zurück zu ziehen. Dem wirkt sie entgegen, in dem sie Spiele erfindet, wo es um ein Hin und Her geht.

Ein Beispiel dafür ist das gemeinsame Spiel mit 2 Tamburinen. Einer klopft mit dem Tamburin und dann klopft der andere. So beginnt ein Kontakt. Es kann eine Art Dialog entstehen.

„Deutlich fällt in diesem Wechselspiel die Hauptschwierigkeit der Patienten auf: Einer findet kein Ende, der andere kann nicht beginnen, oder einer hat seine Mitteilung noch nicht beendet und der andere beginnt bereits.“ (Krietsch 1997, S. 90)

Sie beschreibt viele Angebote für Partnerübungen mit und ohne Geräte: Unterschiedliche Möglichkeiten des Körperkontaktes erleben, mit Druck, und Gegendruck umgehen, sich gegenseitig ziehen, führen und folgen erproben.

Sie möchte dass die Patienten möglichst positive, stärkende Erfahrungen erleben. Dabei erfährt jeder sich als eine aktive Person , die etwas kann und auch übt sich zu zeigen. S. Krietsch hatte immer ein Ziel oder einen Plan und meistens wurde sie in der Gruppe von einer oder zwei Kolleginnen begleitet, damit die Patienten, speziell wenn sie zu

zweien arbeiten, viel Unterstützung erleben. Mit den Kolleginnen hat sie nach den Stunden den Verlauf besprochen und neue Ziele festgelegt.

Sie unterstützt nicht nur das Wahrnehmen der Empfindungen, sie möchte auch den Patienten helfen, dass sie diese Empfindungen verbalisieren lernen.

Beschreibungen für Körperempfindungen zu geben ist keine leichte Aufgabe, aber nötig für die „Bewusstwerdung“ sie sagt dazu: . „Durch das Finden der stimmenden Worte zur Empfindung und dem begleitenden Körpergefühl wird diese reale Erfahrung im Gehirn gespeichert und kann erinnert werden. Ein wohliges Körpergefühl, das durch angenehme Körperempfindungen hervorgerufen wurde, bedeutet für die Patienten, sich besser annehmen zu können.“ (Krietsch 1997, S.29)

Nach einer Fühlübung mit warmem Bohnensäckchen schreibt sie: „Das Sich-Wohl-Fühlen-Dürfen soll den Patienten eine Selbstverständlichkeit werden“. (Krietsch 1997, S.30)

Bei unangenehmen Empfindungen hilft die Therapeutin dem Patienten damit umzugehen und sie regt erst an, selbst eine Lösung zu finden, oder sie bietet Hilfen an: z.B. die Position zu verändern, oder sie schlägt ein anderes Bewegungsangebot vor.

S. Krietsch hatte von Anfang an den Wunsch, mehr zu erfahren und zu lernen, leider gab es in der damaligen Zeit keine Veröffentlichungen über Bewegungsarbeit in der Psychiatrie.

Sie erfuhr von Marianne Fuchs und begann 1962 die Methode FE zu erlernen, die sie für ihr Arbeitsfeld so veränderte, dass daraus ein eigener Bereich der Körperpsychotherapie entstand.

Die Funktionelle Entspannung von Marianne Fuchs

Marianne Fuchs war auch Gymnastiklehrerin. Sie besuchte die Güntherschule in München und lernte dort eine funktionelle Gymnastik mit musikalisch-rhythmischen Elementen.

Heute verstehen wir darunter eine Heilgymnastik unter Berücksichtigung der freien Bewegung mit innerer Beteiligung. Es ging dabei um das Einfache und Natürliche des Sich-Bewegens bis hin zum Wahrnehmen und zur sprachlichen Symbolisierung.

1936 zog sie mit Ihrem Mann, der Historiker an der Universität war, von Marburg nach Heidelberg, wo sie ab 1946 in der Klinik als Bewegungstherapeutin unter Prof. Siebeck arbeitete. An der Klinik wurde sie auch beeinflusst von den Gedanken der

anthropologischen Medizin von Victor von Weizsäcker, der kranke Menschen in besonderer Weise verstehen und begleiten wollte: bei der Anamnese stellte er oft die Fragen: „ Warum gerade hier? Warum gerade jetzt?“, wenn es um ein Symptom ging, das er in die Lebensgeschichte einordnete. Weizsäcker war Arzt und Philosoph, interessierte sich für die Lehren Freuds und das Unbewusste. Er schrieb u.a. ein Buch über „Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegung“ (Weizsäcker 1968). Hier finden wir viele Hinweise auf Themen, die die Methode beeinflusst haben. Es war die Zeit des Aufbruchs und Neubeginns, das hat auch M. Fuchs inspiriert.

Sie hatte inzwischen drei Kinder bekommen. Ihr jüngster Sohn litt an spastischer Bronchitis.

In einer Atemnotsituation des 1,5 jährigen Jungen konnte sie erleben, dass durch eigene Achtsamkeit und Einfühlung, indem sie selbst innerlich losließ, der Sohn aufatmen konnte. Sie blieb aufmerksam für diesen Zusammenhang von Bezogen-sein und mit sich selbst in Kontakt sein.

Außerdem hat sie mit beiden Händen am Brustkorb des Jungen, ihn einfühlsam während des Atemrhythmus begleitet und ihm dadurch Sicherheit und Halt vermittelt. Durch diese haltgebende Berührung hat sie eine physiologische Regulierung eingeleitet.

Der Junge reagierte darauf, indem er immer wieder Mutters Nähe suchte: "Mama Puh machen!"

Bei der Weitergabe der Methode an Kolleginnen und in Lindau bei den

Psychotherapietagen in den 50iger Jahren entwickelte sie die sogenannten „Spielregeln“ .

Die erste Spielregel:

Alles Empfinden, Entspannen und Bewegen beschreiben lassen! Tun im Lassen, Lassen im Aus!

Der Patient lernt dabei Richtungs-, Druck- und Spannungsänderungen wahrzunehmen.

Die zweite Spielregel:

Das rhythmusbezogene Empfinden, Entspannen und Bewegen nur zwei oder dreimal wiederholen! Weniger ist mehr!

Die dritte Spielregel:

Nichts tun - Nachspüren Wo? Wie? Was? - Sich überlassen!" (Fuchs 2013, S.34-35)

Mit den **Spielregeln** hat M. Fuchs eine wichtige Entdeckung formuliert: nämlich das gelassene Tun in Verbindung mit dem Atemrhythmus, sich der Schwerkraft überlassen, sich Zeit lassen, die eigene Befindlichkeit erspüren und für-wahrnehmen. Die Spielregeln beinhalten das Ziel der FE: den Eigenrhythmus finden und sich Entfaltung erlauben.

So habe ich sie gelernt bei meiner Weiterbildung bei M. Fuchs in den 1970iger Jahren.

Das fürsorgliche, aufmerksame mit mir Umgehen ist mir zur Gewohnheit geworden, es ist eine Lebenshaltung, wobei ich froh bin, dass ich inzwischen leicht, freundlich und spielerisch mit mir umgehe und dies auch gerne weitergebe.

Die Regel: „Alles im Aus“ (s.o.) lässt sich erweitern in - Tun „im Weiteratmen“(Fuchs 2013, S.37). Ich begegne vielen verausgabten Patienten, die, wenn sie auf die Ausatmung achten sollen, sehr unter Druck geraten. Diesen Patientinnen höre ich aufmerksam zu, wenn sie von sich berichten und wenn sie aufatmen sage ich manchmal: „Ihr Inneres atmet auf!“ (So wie ich es in den 1980/90iger Jahren bei Barbara und Eberhard Eberspächer gelernt habe.)

Damit spreche ich eine wichtige Ressource an: etwas bekommen, etwas hereinlassen, innen Platz haben und sich selbst als wichtig und lebendig wahrnehmen.

Später gebe ich mitunter den Hinweis: „begrüßen Sie das Ein und spüren Sie, dass Sie etwas bekommen“.

In einem Artikel beschreibt Eberhard Eberspächer das lösungsorientierte Vorgehen in der FE. Er erinnert an die Not des kleinen Jungen, dem M. Fuchs durch aufmerksame Beobachtung helfen konnte: „mit einer bestimmten Art des Umganges mit sich und dem Kind“.(Eberspächer 1993,S.2)

Über den Umgang mit Symptomen sagt er: „es reicht nicht, wenn die Störung `weg` ist, es muß erinnerbar gespürt werden, wie es dann dort leiblich ist.“ (Eberspächer 1993,S.4)

Und weiter: „ Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an der jeweiligen Wirkung des Tuns: dabei ist gemeint, wie es sich während des Tuns au wirkt und wie die Nachwirkung ist.“ (Eberspächer 1993, S.7)

Wir erleben in der FE eine dialogische Methode: Die Therapeutin ist mit sich selbst in Kontakt und gleichzeitig mit dem Gegenüber, außerdem erspürt sie in der Resonanz

mitschwingende Themen des Gegenübers. Die Patientin redet mit der Therapeutin und wird, wenn es sich ergibt, zur leiblichen Kontaktaufnahme motiviert und angeregt.

Das strukturierte Vorgehen der Spielregeln hat einen historischen Wert, ist aus der Zeit zu verstehen. In der Weiterentwicklung der FE als Körperpsychotherapie suchen wir sehr individuelle Wege mit den Patienten. Wir hören die Lebensgeschichte, orientieren uns am leiblichen Wohlgefühl, lassen den Atemrhythmus mitschwingen, geben dem Patienten viel Raum beim selber suchen, laden zum Loslassen ein und wir lassen viel Zeit.

Wenn wir von der Leibebene auf die Gesprächsebene wechseln, sprechen wir von einem Ebenenwechsel, das Tun wirkt sich auf verschiedenste Ebenen aus: die leibliche, die emotionale, die soziale und die geistige Ebene, die sich gegenseitig vertreten können.

Aus der Fülle der Themen greife ich noch das Bewegen und spielerische Suchen von gelenkigen Verbindungen heraus. Gelenke sind wie Ventile, die wir mit Anspannung verschließen, aber auch mit kleinen Bewegungen lockern bzw. durchlässig werden lassen können.

Gelenke stellen Verbindungen her: z.B. das Schultergelenk zu den Ellenbogen und Händen und zur Wirbelsäule.

Die Unterlage bzw. der Boden spielen in der FE eine bedeutsame Rolle, hierhin lassen wir uns, geben wir der Schwerkraft nach. So geben wir dem Loslassen eine Richtung! Es gibt viele Patienten, die erst Begleitung brauchen beim Sich-einlassen auf die Unterlage, um dort Halt zu erfahren, wie ich es vorhin berichtet habe. Ein wichtiges Thema ist die Haut und der innere und äußere Halt.

Wenn wir beachten, dass die Anfänge der FE-Methode in der Nachkriegszeit liegen, können wir die Bedeutsamkeit besonders schätzen. In Jahren des Mangels, der Not, der Sprachlosigkeit und Verzweiflung entstehen Erlaubnisse zum Leben: sich auf sich besinnen, freundlich mit sich umgehen, mit kleinen Bewegungen mit sich Kontakt aufnehmen, üben sich zu lassen, aus-und aufatmen dürfen, sich herantasten an die eigene leibliche Befindlichkeit, in besonderer Weise sich wahrnehmen und für sich sorgen lernen.

Die FE als tiefenpsychologisch fundierte Methode mit ihren vielfältigen Facetten in der Anwendung wird für viele Berufsgruppen angeboten und erprobt: Pädagogen, Berater, Heil-Hilfsberufe, Therapeuten, Psychotherapeuten und Ärzte. Wir können verstehen, dass dieser achtsame Umgang mit sich eigentlich für jeden lebenserhaltend und -notwendig ist. So verstehe ich FE als Lebenshaltung. Die Beschreibungen des Wahrgenommenen haben meist etwas mit der Lebensgeschichte zu tun und können je nach Möglichkeiten der Therapeutin bearbeitet werden. Für alle Bereiche ist es möglich, eine Freundlichkeit mit sich entwickeln, die vielen Menschen fremd ist. Auch sich zu lassen, bzw. loszulassen ist Menschen, die es gewöhnt sind, sich zu kontrollieren, fremd.

Marianne Fuchs wurde 101 Jahre alt und ist 2010 gestorben.

Einzelarbeit von Sophie Krietsch

Nach der Arbeit in der Klinik begleitete sie noch einige Jahre lang Patienten in der Praxis ihres Mannes in Rechtenstein, und ich habe sie dort oft für Supervision aufgesucht, wir saßen im Sommer draußen „im Paradies“, so nannte ich ihren Garten.

Ich berichte aus Artikeln, die sie in den Heften der AG für FE veröffentlicht hat

Ich benenne 3 Themen-Bereiche :

- haltgebende Berührung
- Arbeit mit den Füßen
- Erfahrungen mit dem Boden

„Haltgebende Berührungen finden vorwiegend in der Einzeltherapie statt.“ (Krietsch 1997, S. 21)

Lange Zeit sind die Hände der Therapeutin der Boden und die Stütze für die Wirbelsäule. Sie geben die Begrenzung für den Körper, damit der Patient darin seine eigenen Grenzen finden kann.

Da S. Krietsch meist intuitiv, vorging, freute sie sich immer, wenn sie ihre Erkenntnisse in Büchern bestätigt fand, wie z.B. bei Winnicott. Er sprach von „holding“ und bestätigte ihr, dass „das sichere, warme, einfühlsame Gehaltensein, Geborgenheit vermittelt und vom Baby internalisiert wird.“ (Krietsch 1997, S.21)

„Es gibt Patienten, die zunächst nichts von sich spüren, als die Hände der Therapeutin und erst allmählich unter diesen Händen den eigenen Körper zu fühlen beginnen.“

Sie sagt dazu weiter: „Die Qualität der Berührung muss für den Patienten stimmen: er bestimmt, wie leicht, oder wie fest er die Hand der Therapeutin spüren möchte.“ (Krietsch 1997, S.21)

Eine Besonderheit der Arbeit von S. Krietsch, ist ihre Anregung, sich unter der Hand zu bewegen! Sie sagt dazu: „Die Gewissheit des Gehaltenseins gibt dem Patienten Mut, seine Bewegung in dem Sinne weiterzuführen, dass er aus dem Halt der Hände herausgeht, sich trennen kann.“ (Krietsch 1997, S. 22)

Und, weiter lesen wir: „Durch die Bewegungen im Kontakt der Hände erfahren die Patienten das Selbst-Sein und somit die Abgrenzung.“ (ebenda, S.22) Der Patient erfährt dabei, dass die Hände mitgehen mit den Bewegungen. Das ermutigt ihn zu mehr eigenen Bewegungen. Der nächste Schritt ist es, sich zu trennen, von dem Kontakt wegzugehen, aber auch wieder zurückzukommen.

Auch wenn der Patient weiß, dass er jederzeit zurückkommen kann, um dieses Spiel zu wiederholen, ist das Trennen immer schwierig, weil Verlassenheitsgefühle entstehen können oder auch Verzweiflung und das Gefühl Fallen-Gelassen zu werden. Deshalb nimmt sie nie die Hand ohne Ankündigung weg. Es ist auch möglich, dass der Patient übt, selbst aus dem Kontakt zu gehen.

Arbeit mit den Füßen

An den Füßen hat sie viel geforscht und uns beigebracht, in bestimmter Weise beide Füße zu halten, auch an den Füßen Widerstand zu geben, um zu Eigenaktivität anzuregen. Ich erinnere mich noch daran, dass sie von ihren Erfahrungen mit den Zehengrundgelenken berichtete.

Dazu ein Beispiel:

Die Zehen sind oft sehr festgehalten, die Therapeutin ermöglicht, dass sich die Zehen an den Händen festkrallen, dann auch lösen können. Wichtig ist hierbei, das Festhalten so lange zu lassen, bis der Patient selbst loslässt! Der Patient lernt Vertrauen: „die Hand bleibt da und gibt mir Halt, ich muß mich gar nicht festhalten oder festklammern. Durch

das Erleben des Dableibens kann allmählich Verlässlichkeit, Vertrauen entstehen."
(Krietsch 1997, S.114)

Ein anderes wichtiges Thema ist für S. Krietsch die Arbeit mit dem Boden. Sie bezeichnet den „**Boden als Muttersymbol**“. (Krietsch 1988, S.10)

Sie zitiert Winnicott: „Wenn der Säugling krabbelt und später gehen lernt, übernimmt der Boden immer mehr die stützende Funktion der Mutter.“(Krietsch 1990, S.47)

Für S. Krietsch steht der Boden als Symbol für die Beziehung zur leiblichen Mutter. Sie sagt: „mit dem gefühlsmäßigen Einlassen auf den Boden, auf den Lebensgrund findet eine Projektion der Beziehungsfähigkeit, die immer auf die primäre Beziehungsfähigkeit mit der Mutter zurückgeht, auf den Boden statt.“ (1988,Krietsch S.10)

In den Erwachsenentherapien ist der Boden als Muttersymbol immer ein wichtiges Thema wegen des oft erlebten Mangels in der frühkindlichen Entwicklungsphase.

Hier ein Beispiel, wie eine Patientin den Boden erlebt:

„Ich traue mich nicht loszulassen“ wirft z. B. die Frage auf „Wohin Loslassen?“ An diesem Patientenbeispiel erklärt sie, wie der Halt-gebende Mutterboden nicht erlebt wurde, weil die Patientin als Baby in Heimen oder bei Tanten untergebracht war. Da ein „Halt-gebender Mutterboden für sie gar nicht präsent ist, müssen ihr meine Hände zunächst den Halt vermitteln, in den sie sich hineinlassen kann, jedoch bereits immer wieder schon im Wechsel mit dem wirklichen Boden.“ So lernt die Patientin Halt wahrzunehmen und zu vertrauen.

Im nächste Schritt drückt die Patientin folgendes Gefühl aus: „Jetzt bin ich richtig drin im Boden, jetzt habe ich ein Gefühl von Geborgenheit.“

Nun, so sagt S. Krietsch, ist es wichtig, dass die Patientin in diesem „Geborgenheitsraum ihr ICH“ entwickelt. Sie ermuntert die Patientin zu eigenen Bewegungen und zu Widerstand, dass sie ihre innere Kraft erlebt und auch den Mut findet, sich von den Händen und vom Boden wegzubewegen.

Das klingt so einfach, doch es ist viel Geduld nötig, bis der Boden Nähe und Geborgenheit vermittelt. Bis die Patientin sagen kann: „Ich kann mich auf ihn verlassen, dass er nicht weggeht.“(Krietsch 1988,S.10)

Der Kontakt von außen ist für die Grenzbildung unerlässlich, damit der eigene Körper gegen den anderen unterschieden werden kann. Aber nicht nur die Therapeutin nimmt Kontakt auf, sondern es ist wichtig, dass auch der Patient von sich aus Lust bekommt, Kontakt aufzunehmen.

Zitat Ehlhardt: „Damit es (das Baby) wagen kann, seine ersten Kontaktfühler in die umgebende Welt, an die es abhängig ausgeliefert ist, tastend vorzustrecken, muß ihm diese im Sinne eines `seelischen Uterus adäquat entgegen kommen.....“

Kommt die Mutter diesem Kontaktstreben ihres Säuglings nicht befriedigend entgegen - so Ehlhardt weiter: „Die Kontaktfühler werden dann zurückgezogen, die sich anbahnende Objektbeziehung wird unterbrochen, es ist der Ansatz zum grundlegenden Lebensgefühls des Ur-Mißtrauens.“ (Krietsch 1997, S.116; Zitat: Ehlhardt 1994, S.73 und 75)

S.Krietsch forderte Patienten mitunter auf, ob sie auf der Haut kleine Fühler spüren können, mit denen sie mit der Hand Kontakt aufnehmen können, oder auch, die „Fühler nach innen“ spüren zu lassen.

Die Methode der **Bindungsanalyse (BA)**

In der Bindungsanalyse begegnen wir einer Methode, die auf die Bedeutsamkeit des Kindes verweist, sich als eigenständig und akzeptiert zu erleben und speziell in pränataler Zeit schon ein Selbst-sein durch die Mutter gespiegelt zu bekommen.

Als ich S. Krietsch von dieser Methode berichtete, hat sie sofort das Buch "**Nabelschnur der Seele**" (Hidas 2006) gelesen und sich in unserem Arbeitskreis von der Weiterbildung bei J. Raffai und meinen Erfahrungen berichten lassen. Sie äußerte mehrmals Bedauern, dass sie diese Methode nicht mehr lernen konnte.

In der BA geht es darum, schwangere Frauen zu begleiten und die verschiedenen Themen, die auftauchen zu begleiten:

- das eigene Geworden-sein
- die Beziehung zu Eltern und Großeltern
- die Beziehung zum Kind

In der Schwangerschaft werden die eigenen vorgeburtlichen Erlebnisse der jungen Mutter reaktiviert; diese tauchen in Bildern und Empfindungen auf, während der regressiven Entspannungsphase.

Daneben werden die Beziehungen zu den Eltern und Großeltern beleuchtet, dabei spielen die Geburtsgeschichten eine wichtige Rolle und oft besteht eine noch nicht erfolgte Ablösung von den Eltern.

Einen weiten Raum nimmt die Kontaktabbauung zum Baby ein

Zitat Raffai: „Der Fötus nimmt erst Kenntnis von sich selbst aufgrund des Bildes, das sich im Bewusstsein der Mutter von ihm entwickelt hat. Das ist eine Vorbedingung zur Entfaltung des fötalen Bewusstseins. Unser Bewusstsein beinhaltet immer noch ein anderes, denn ohne einen anderen gibt es kein Selbstbewusstsein." (Raffai 2010, S.7)

In Analysen mit psychotischen Jugendlichen hat Herr Raffai erlebt, dass die jungen Patienten ihre pränatale Entwicklungsgeschichte wiederholen. Er berichtet von einem Patienten, der sich als Fötus nicht als von seiner Mutter getrenntes Wesen erfahren hat, er erlebte sich als Teil der Mutter wie ein inneres Organ, so konnte er keine Körper- und Ich-grenzen entwickeln.

Die BA wurde als Methode der Prävention entwickelt, um späteren psychotischen Erkrankungen vorzubeugen.

Hauptfokus liegt auf der Bindung, indem „die Mutter ihrem Baby ihre Existenz und ihre Verschiedenheit widerspiegelt. So kann sie ihr Baby in der Entfaltung der eigenen Körper- und Ich-Grenzen unterstützen." (Raffai 2010, S.8)

Besonders für FE-Therapeutinnen ist diese Methode eine gute Ergänzung zu ihrer Arbeit. Es gibt viele Schwangere in Not mit Angst vor der Geburt, nach schwieriger Geburt und Frauen, die neugierig sind, schon vor der Geburt, eine Beziehung zu ihrem Baby zu entwickeln.

Zum Schluss möchte ich noch betonen: Ich habe mich während der Vorbereitung sehr intensiv an meine Lehrenden: Marianne Fuchs, Barbara und Eberhard Eberspächer und Sophie Krietsch erinnert und bin dankbar für das, was ich bei ihnen gelernt habe.

Literatur:

Eberspächer E. (1993) Orientierung an der lösenden Wirkung des Tuns in der FE, in: Mitteilungsblatt der AG Funktionelle Entspannung Heft Nr. 15, S.2-7

Fuchs M. (2013): Funktionelle Entspannung, 7. überarbeitete Auflage, Herausgegeben von: Herholz I., Johnen R., Schweitzer D., Wurzbacher S., Berlin, Pro Business,

Hidas G., Raffai J. (2006): Nabelschnur der Seele, Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby; Psychosozialverlag, Gießen

Krietsch S. (1988): Der Boden als Muttersymbol, in :A.F.E. intern, Mitteilungsblatt der AG Funktionelle Entspannung, Heft 6, 1988, S. 10 -11

Krietsch S.(1990): Die Haut als äußere Hülle des Menschen, an der Kontakt und Abwehr geschieht- wie beeinflusst sie den Halt? in: A.F.E. Festschrift zum 100 Geburtstag von Marianne Fuchs, November 2008, S.47-52

Raffai J. (2010) : Bindungsanalyse, die Auswirkungen des Abhängigkeitskonfliktes der Eltern im intrauterinen Raum, in: A.F.E.-Intern, Mitteilungsblatt der AG Funktionelle Entspannung, Heft 37, S.7 -19

Reddemann L. (2009): Würde, ein vergessener Wert in der Psychotherapie? in: Dorst B., Neuen C., Teichert W. (Hrsg.): Würde - Eine psychologische und soziale Herausforderung; Schriftenreihe der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V., Patmos Verlag, Düsseldorf, S.9-29

Weizsäcker v.V.(1986) Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, 5.unveränderte Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart

Störungen transformieren – Körperpsychotherapie als gemeinsame Suchbewegung Verena Lauffer

Ausgehend von der Not des Patienten versuchen wir die Lösungsimpulse des Leibes aufzuspüren, die im gegenwärtig Störenden verborgen sind.

Dieses Vorgehen basiert auf der Grundannahme, dass im Leib alle Möglichkeiten vorhanden sind. Zum einen als angelegte Fähigkeit, zum andern als erworbener Erfahrungsschatz. Im erworbenen Erfahrungsschatz findet sich beides, gedeihliche Erfahrung wie auch verletzende bis hin zu lebensvernichtender. In der Zusammenarbeit mit dem Leib sind wir mit allen Erlebensweisen im Kontakt bis in die frühesten pränatalen Bereiche.

Der erste Schritt der gemeinsamen Suchbewegung um Störungen zu transformieren, liegt im Wahrnehmen und Anerkennen des Störenden. Der nächste Schritt in der Frage ist, was braucht es jetzt.

Wirksamkeit der Beachtung von selbstregulativen Impulsen

Die Antwort kann relativ leicht gefunden werden, wenn es dem leidenden Menschen möglich ist, sich den selbstregulativen Impulsen zu überlassen. So einem Musiker, der über fast 10 Jahre unter Schmerzen im Iliosakralgelenk litt, wobei mehrfache schulmedizinische wie alternativmedizinische Behandlungen nicht ausreichend geholfen hatten. Er ließ sich auf den Vorschlag ein, wahrzunehmen, wie es sich anfühlt und ohne Bewertung sich dem zu überlassen, was aus dem Inneren auftaucht, spürbar wird oder sein will. Vielleicht Bewegungen, Berührungsimpulse, Bilder, Einfälle oder was immer. Er saß auf einer Holzbank, ich schräg gegenüber auf einem Stuhl. Bei geschlossenen Augen entfalteten sich Bewegungsimpulse, zum Teil extreme Gewichtsverlagerungen und extreme Beugungen, drehende Bewegungen im ganzen Körper, starke Streckungen, Verharren in extremen Positionen des Kopfes, mit den Beinen im Halbkreis über den Boden wischen und viele Bewegungen außerhalb des normalen Maßes. Meine Aufgabe bestand lediglich darin, aufmerksam mitspürend dabei zu sein. Ich hatte mehrfach Sorge, er könne von der Bank fallen und sich verletzen. Er versicherte mir, es sei kein Grund zur Beunruhigung und folgte ganz im Vertrauen auf die Kräfte in seinem Inneren den verwunderlichen Bewegungen. Nach etwa einer dreiviertel Stunde spürte er, dass sich „mit einem großen Rums“ wie er es nannte, etwas einrenkte im Iliosakralbereich und ihm war klar, dass diese jahrelange Störung behoben war.

Eines der langfristigen Ergebnisse hilfreicher Körperpsychotherapie ist, dass Menschen lernen, sich diesen selbstregulativen Impulsen anzuvertrauen.

Wenn dieser feinfühlig, vertrauensvolle, geduldige und den inneren Fähigkeiten gegenüber demütige Selbstumgang noch nicht gelingt, was braucht es dann, um Störungen zu transformieren? Und was macht die gemeinsame Suchbewegung von Patient und Therapeut aus?

Wirksamkeit der therapeutischen Haltung

Dazu möchte ich mich mit Ihnen zusammen zunächst der Wirklichkeit der Therapeuten zuwenden. Es ist notwendig, als Therapeutin sich vor dem Kontakt mit der Patientin wahrzunehmen, hinzuspüren, was braucht es für mich jetzt, um nachher gut da sein zu können. Dies umfasst den gesamten Bereich der Selbstfürsorglichkeit von Therapeuten, wie ein gutes Pausenmanagement für sich zu betreiben, die eigenen Grundbedürfnisse zu befriedigen, sich in seinen Notwendigkeiten genauso liebevoll ernst zu nehmen wie wir es mit unseren Patienten tun. Vorurteilsfrei wahrzunehmen, wie bin ich jetzt? Sich so

wahrnehmen, wie es ist und sich darum zu kümmern, was es braucht, um gut da sein zu können. Dazu ist der feinfühlig Selbstumgang mit FE hilfreich.

Diese Vorbereitung auf die therapeutische Begegnung ist Teil der therapeutischen Haltung. In der Begegnung mit dem Patienten ist die Beachtung der therapeutischen Haltung weiterhin von grundlegender Bedeutung. Sie ist dann ein Teil des Umgangs mit Resonanzphänomenen und Übertragungs- Gegenübertragungsvorgängen, auf die ich später genauer eingehen werde.

Der feinfühlig Selbstumgang der Therapeutin mit FE im Zusammensein mit der Patientin, die Anwendung der Methode für sich, stellt eine neurophysiologisch wirksame Komponente der Gestaltung des intersubjektiven Raumes dar. Im Moment der Begegnung mit dem Pat. mit FE gut für sich zu sorgen, bei sich zu bleiben und für sich genauso unbestechlich liebevoll aufmerksam zu sein wie für den Pat. Darauf zu achten, wie gut habe ich Halt, spüre ich noch den Kontakt zur Unterlage, oder bin ich dabei, abzuheben; wie leicht, frei beweglich bin ich jetzt, habe ich noch Spielraum oder wird es eng; spüre ich meine Grenzen noch oder bin ich außer mir; wie verändert sich mein Atemrhythmus; welche Gefühle bewegen mich, und was brauche ich jetzt. Damit als Therapeutin dafür zu sorgen, in einer Haltung bleiben zu können, die sichere Bindung anbietet, statt durch eigenen Stress die Bindung zum Pat. zu unterbrechen. Diese Selbstbeachtung der eigenen Bedürfnisse und ihre angemessene Befriedigung wirkt sich aus auf den Klang der Stimme, die Art des Blickkontakts, auf den Atemrhythmus, die Körperhaltung, die Durchlässigkeit der Gelenke und zeigt sich in allen minimalen Signalen des leiblichen Unbewussten. Stephen W. Porges (2010) beschrieb mit der Darlegung der Ployvagal-Theorie neurophysiologische Grundlagen, die auch in Therapien wirksam werden. Er zeigt die Feinfühligkeit von Säugetieren für den physiologischen Zustand ihrer Artgenossen. Auf diese Weise wird zwischen Artgenossen innerhalb des Bruchteils einer Sekunde kommuniziert, welche Situation vorliegt – die Notwendigkeit zu Kampf oder Flucht oder die Möglichkeit zu Entspannung und prosozialem Verhalten.

Der kleinschrittige FE-Dialog der Therapeutin mit sich selbst im Zusammensein mit dem Pat. ermöglicht, diesen kokreativen Anteil der Therapeutin im Moment der Begegnung so zu regeln, dass eine situativ möglichst gut angepasste, vegetative Gestimmtheit der Therapeutin auf den Pat. ausstrahlt und für beide, Pat. wie Therapeutin wirksam wird.

Sophie Krietsch fasste es in einem Vorschlag zur Weiterbildung in klare Worte: Durch die eigene Körperwahrnehmung bei sich bleiben.“ (1995, S.9)

Gestaltung des intersubjektiven Raums

Um das weitere methodische Vorgehen der FE anschaulich werden zu lassen, nutze ich die Aufzeichnungen aus einer bisher etwa 80 stündigen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die ich der Zusammenarbeit mit einer Pat. verdanke. Sie hat die Mitteilungen erlaubt.

Die 48 jährige Pat. kam zunächst mit den Beschwerden von Übelkeit, Anfällen von Herzrasen, Anspannung im Rücken, Schmerzen im rechten Bein nach einem chronischen Bandscheibenprolaps, rezidivierender depressiver Symptomatik und einer gelegentlich auftretenden dissoziativen Bewegungsstörung. Diese Bewegungsstörung äußert sich auf folgende Weise: sie kann sich nicht bewegen, auch nicht sprechen, es imitiert zum Teil das Bild eines Schlaganfalls. Sie liegt dann ganz still und erlebt eine Verbindungslosigkeit zu ihrem Körper, ist unverbunden mit ihren Gefühlen, kann manchmal aus dem Körper raus und in ihn hinein gehen und außerhalb der normalen körpergebundenen Sinneswahrnehmung etwas wahrnehmen und findet nach Stunden wieder

Beweglichkeit und Sprache. Diese Störung trat erstmals auf seit der Geburt des 2. Sohnes, dann als die jüngste Tochter noch sehr klein war und auch mehrmals während unserer Therapie. Im ersten Kontakt berichtet die Pat. von den vielfältigen Feldern ihrer Leistung für andere – als Betreuerin für die alt werdenden Eltern, als Mutter für ihre sechs Kinder, als Exfrau finanzielle Regelungen mit dem Exmann finden, als Partnerin für den neuen Geliebten da sein, als Ersatzmutter für das halbwüchsige Kind des Geliebten, Geld verdienen müssen. Ich fühle mich im Mitspüren fast wie erschlagen, bin beeindruckt von der Leuchtkraft und Lebendigkeit ihrer Augen beim Erzählen und bin, ohne es klarer fassen zu können, irritiert und gleichzeitig angezogen von der Gleichzeitigkeit von Vitalität und im Verborgenen durchscheinender maximaler Erschöpfung. Und ich mag die Patientin.

Ich berichte aus der prozesshaften Entwicklung unserer bisherigen Zusammenarbeit. Und fokussiere auf einzelne Wirkfaktoren, die mir als Kraft zur Transformation erscheinen. Am Beispiel einzelner Stunden versuche ich es etwas genauer sichtbar werden zu lassen.

Zunächst formuliert die Pat. als Therapieziel: sich besser annehmen zu können, zu sich zu stehen, zu spüren, was für sie gut ist. Ich kann mich diesem Ziel gut anschließen.

Ein Wirkfaktor in der gemeinsamen Suchbewegung: eine gemeinsame Ausrichtung auf Veränderung, ein gemeinsames Ziel, das sich im Lauf der Suche auch wieder verändern kann.

Beim sich Spüren führt es uns zu unterschiedlichen Anteilen ihrer einverlebten Biographie.

Der nächste Faktor: sich Einlassen auf die Dimension des Spürens und das Vertrauen auf die im Leib vorhandenen Möglichkeiten.

Den Einstieg finden wir über Spannungen und Schmerzen in der rechten Schulter und dem rechten Arm. Sie entdeckt, dass dies eine einverlebte Erfahrung ist aus der Reaktion auf die Strenge ihres Vaters, die sie ängstigte und von klein an auf sie einwirkte. Daraus hatte sich in ihr eine Dauerhaltung entwickelt, zugleich angstvoll und auch liebevoll die Erwartungen zu erfüllen. Dies ist jetzt repräsentiert in den Spannungen und Schmerzen im Arm. In der Körperpsychotherapie nennen wir dies „RIGs“ – Representations of Interaktions that are generalized“. Sie entdeckt Freude daran, die eigene Bewegung zu finden, dabei Wärme und Kraft zu spüren, sich Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken.

Hier erscheint ein weiterer Faktor: sich orientieren am Wohlgefühl und die leiblich aufspürbaren Ressourcen nutzen.

Nach einer Zeit der inneren Auseinandersetzung mit dem Vater, fängt sie an, sich mit ihrer Mutter auseinander zu setzen. Sie erlebt dabei immer wieder Druck im Bauch. Manchmal braucht es meine Hände in ihrem Rücken als Unterstützung. Ausgehend von verschiedenen leiblichen Störungen wie Schmerzen im Fuß, Schüttelfrost, Härte im Nacken, spürt sie den leiblichen Empfindungen folgende Erlebnisse im Kontakt mit der Mutter als – zweijährig in der Küche, etwas älter im Vorschulalter, als Älteste von fünf Geschwistern elterliche Aufgaben übernehmend -. Immer wieder geht es darum, wie sehr sie für die Bedürfnisse der Mutter da sein musste und wie wenig ihre Bedürfnisse beachtet wurden. Und immer wieder wird es notwendig, ganz im Gegenwärtigen, das damals Fehlende jetzt konkret leiblich spürbar werden zu lassen, z.B. die geängstigte

Kleine in die Arme zu nehmen und zu beachten, wie es sich anfühlt, wenn sie einfach nur sein darf, wie es dann warm und frei im Nacken wird statt weh zu tun. Sie überträgt dies auf die Situation mit der heute 70 jährigen Mutter, dass sie sich heute spüren darf, wenn sie für sie sorgt und damit auch die Grenzen ihrer Kräfte berücksichtigen darf. Oft ist es hilfreich, wenn ich sie, soweit es für sie stimmt, berühre, die Füße halte, den Kopf, den Rücken.

Hier benenne ich zwei weitere Wirkfaktoren: ganz im Gegenwärtigen das damals Fehlende heute konkret leiblich spürbar werden lassen und dabei die Möglichkeit der Berührung zu nutzen, Halt und Grenze konkret erfahrbar werden zu lassen.

Es kommt zur ersten dissoziativen Bewegungsstörung während unserer Therapiezeit. Im davon Erzählen und darauf achten, wie es sich jetzt anfühlt, spürt sie starken Druck auf der Brust. Sie empfindet es als wohltuend eine wegstreichende Geste ihrer eigenen Hand im Abstand von etwa 10 cm über dem Brustbein, verweilt dabei, spürt dem nach und empfindet eine tiefe Zärtlichkeit.

An dieser Stelle möchte ich die Bedeutung der Berührung weiter ausführen. S. Krietsch`s Beobachtung war, dass früh verletzte Menschen erst ausreichend Halt und bestätigende Grenzerfahrungen brauchen, ehe sie die eigene Lebendigkeit erleben können. „Das Gefühl, Halt zu haben, entsteht über das Gehalten Werden im Säuglingsalter. Je sicherer, liebevoller, wärmer ein Kind gehalten wird, umso selbstverständlicher wird das Gefühl von Halt verinnerlicht.“ (Krietsch 1990, S.2) Und an anderer Stelle: „Die Mutter fügt in dieser Zeit, und das ist ein wesentlicher Vorgang, durch das liebevoll haltende Dasein beim Pflegen und Nähren den Körper des Kindes zu einem Ganzen zusammen.“ (ebenda 1993, S.13) Um dies für einen früh verletzten Menschen konkret erfahrbar werden zu lassen, ist die Berührung ein wesentliches Element. Dabei bestimmt die Patientin den Ort der Berührung, die Art, Ausformung und Dauer. So lehrte uns S. Krietsch, in der Begleitung anzuregen, dass die Patientin im Kontakt mit unserer Hand sich spürt, Veränderungen beachtet, Impulsen folgt, Gefühle ausdrückt.

Die Hand der Therapeutin ist dabei gut bei sich und je nach Wunsch der Patientin ruhig, oder auch bewegt und sehr lebendig, manchmal fester, haltgebend, die Struktur erfassend. Manchmal möchte jemand nur mit einer Fingerspitze berührt werden, oder mit den Füßen, mit dem Rücken oder mit dem ganzen Körper. Gelegentlich kommt es vor, dass ein Patient nicht direkt, sondern mit einem Abstand berührt werden möchte. Und es kann auch sein, dass ein Patient auf die Frage, ob es einen Berührungswunsch gibt, entdeckt, dass das Hilfreiche die Selbstberührung ist. Wie in der oben beschriebenen Stunde mit der Patientin. Das Ziel ist, dass die Patientin im Zusammensein mit der Therapeutin als mütterliches Übertragungsobjekt die im frühen Lebensalter erfahrene Situation aufnehmen und dann in der therapeutischen Begleitung als neue leib-seelische Dimension erleben kann. Wir nennen diesen Umgang mit Berührung „Berühren in verantworteter Beziehung“, was beinhaltet, dass die Übertragungs- Gegenübertragungsbedingungen beachtet werden und die Berührung in der Beziehung verantwortet wird. Das schließt mit ein, als Therapeutin gut auf sich zu achten beim Halten, damit Halten nicht zum Aushalten wird. Sich zu spüren sowohl an der Kontaktstelle als auch in der Gegend, die wir berühren und somit aufmerksam zu sein für alle Veränderungen. Während des Berührens kann es zu einem Dialog kommen, wie es sich anfühlt, was sich wie und wo verändert, wo vielleicht noch und was es sich jetzt wünscht. Daraus kann sich ein Berührungs-, Bewegungs- oder Handlungsdialog entwickeln. Das Berühren kann vielfältige Funktionen erfüllen:

- zur Ermutigung partieller Regression

- Berühren, um lebendigen Halt zu geben
- Berühren als annehmende, bestätigende, antwortende, ordnende Funktion
- als Spürhilfe für abgespaltene Anteile
- zur Ermutigung partieller Regression
- als Bestätigung aggressiver Impulse
- als Beziehungshilfe, im Dasein sich abgegrenzt zu erleben

Was ich hier in getrennten Funktionen aufgezählt habe, integriert sich im Leib, wird oft als Einheit von allem erlebt und führt zu einem neuen Körperbild. Ein kurzes Beispiel aus der Zusammenarbeit mit einer anderen Pat., die an Depression, Schmerzen und Dissoziation leidet. Sie fühlte sich unruhig und zerfahren, nahm kaum den Boden wahr. Deshalb fragte ich, ob sie sich vorstellen könne, dass ich ihr die Füße halte. Ich hielt ihr eine dreiviertel Stunde lang einen Fuß, sie steuerte mich wie, zunächst die Fußsohle an meinem Bauch, meine Hände über dem Fußrücken, dann eine Hand an der Ferse, dann am seitlichen Fußstrahl, an den Zehen, während sie immer wieder sehr weinte. Dann stand sie auf, lachte, meinte „ich stehe wie ein Fels auf dem Boden“ und verwundert „um mich herum habe ich jetzt eine klare, feste Kontur, ich bin zusammenhängend“.

Jetzt zurück zu der Patientin.

Es fängt das Herz an, sich in den Stunden zu melden in Form von Schmerzen und Unruhe und führt uns zu einer Mißbrauchserfahrung 11 j. durch einen Lehrer. Hilfreich wird, ihr Gespür von damals aufzunehmen, dass es nicht in Ordnung ist, und den damals nicht verwirklichtbaren Impuls des Weglaufens jetzt zu verwirklichen. Sie läuft innerlich zur Oma und weint sich in deren Arm aus und spürt nach, wie sich das jetzt im Leib auswirkt. Es wird ruhig im Herzen und warm in ihr, wo sie sich vorher leer gefühlt hat.

Ein weiterer Wirkfaktor, Impulse zu beachten und ihnen die stimmige Antwort zu geben. Auf diese Stunde bezogen war es ein in der Vergangenheit unterbrochener Impuls, der zu Ende geführt werden wollte.

Ich möchte hier etwas verweilen und wieder S. Krietsch zitieren, die ihre praktischen Erfahrungen bestätigt fand in der Objektbeziehungstheorie von Winnicott.

„Winnicott sagt in seinem Modell vom „wahren und vom falschen Selbst“, dass das wahre Selbst sich nur entwickeln kann, wenn sich die Umwelt (Mutter) in den ersten Lebenswochen und Monaten nach den Bedürfnissen des Individuums richtet und mit „aktiver Anpassung“ darauf eingeht. Das heißt für die Therapie, das Bedürfnis des Patienten zu erkennen und in aktiver Anpassung Hilfe zur Erfüllung des Bedürfnisses zu geben.“ (2000 , S. 53). Und an anderer Stelle (1991 S. 8) : „Der Therapeut darf keine Ansprüche stellen. Mit diesem Satz verbinde ich Forderungen an den Patienten, denen er noch gar nicht gewachsen ist, z.B. eine bestimmte Form der Eigenbeteiligung, deren er aber noch nicht fähig ist.“

In aktiver Anpassung Hilfe zur Erfüllung des Bedürfnisses zu geben bedeutet, sehr aufmerksam zu sein für Impulse, die sich verwirklichen wollen, aber aus der entsprechenden Lebenserfahrung heraus sich eher verbergen. Dies können Bewegungsimpulse, Berührungsimpulse sein, Impulse, die Lage zu verändern, sich hinzuwenden oder wegzudrehen, gesehen werden wollen oder sich verstecken, und vieles mehr. Diese können letztlich nur die Patienten spüren.

Gleichzeitig haben wir als begleitende Therapeuten die Aufgabe, sehr aufmerksam zu sein für minimale Zeichen des leiblichen Unbewussten, die Patienten nicht bemerken, z. B. unwillkürlich geschehende Bewegungen, Zittern oder Erstarren, Signale in Form von Hautveränderungen, Erröten, Erblassen, Veränderungen im Atemrhythmus, Signale die

vom Blick ausgehen, freudig strahlend aufmerksam werdend oder verwirrt, irritiert suchend oder resignativ stumpf werdend.

Ich hatte ganz zu Beginn meines Vortrags von den selbstregulativen Impulsen gesprochen. Durch die Therapie wollen wir Patienten befähigen, diese Selbstregulationen wieder beachten und eigenständig verwirklichen zu können. Wenn wir während der Therapie Impulse aufnehmen, können diese gegenwartsbezogen selbstregulativ oder vergangenheitsbezogen sein. Diese weisen dann darauf hin, dass damals die Selbstregulation unterbrochen war und es für die damalige Lebenserfahrung noch eine hilfreiche Antwort sucht. Indem wir dem Menschen heute, das damals Fehlende konkret leiblich spürbar werden lassen, kann die neue Erfahrung einverleibt werden und die historisch gültige Vergangenheit in eine neue Funktion bringen. Die sich zeigenden Impulse sind dabei klare Wegweiser, ebenso wie die dann spürbar werdende leibliche Auswirkung.

Zurück zu unserer Patientin.

Sie erkrankt an einer virusbedingten Leberentzündung und daraus ergibt sich nicht geplant oder abgesprochen eine Unterbrechung der Therapie für die Dauer von 1 Jahr. Eine der ersten Stunden nach der langen Unterbrechung schildere ich beispielhaft genauer.

Die Stunde beginnt im Sitzen. Die Pat. klagt über große Erschöpfung. Ihr Gesicht ist auf der Stirn äußerst angespannt. Ich spüre dabei für mich überraschend einen starken Herzschmerz. Ich frage sie, ob es in Ordnung ist, wenn ich ihr mitteile, was ich gerade spüre. Sie bejaht und ich teile ihr das mit. Wir verweilen eine Zeitlang schweigend. Dann beginnt sie auf Grund meiner Nachfrage der Spannung im Gesicht zu folgen. Als dazugehöriges Gefühl benennt sie Wut. Ich frage sie, ob für die Wut das Sitzen stimmt oder ob es vielleicht spürbare Bewegungsimpulse gibt. Sie spürt nach und will aufstehen. Im Stehen melden sich Impulse in den Beinen von wegtreten wollen, auch in dem ständig schmerzenden und sonst so schwachen Bein. Sie tritt sehr kraftvoll. Auf meine Frage, ob sie gegen etwas treten möchte, verneint sie. Sie schleudert zusätzlich ihre Arme und merkt, dass sie auch noch mit dem Rücken drücken möchte. Ich frage, ob ihr meine Hände als Widerstand hilfreich wären und bin erstaunt, wie viel Kraft ich aufbringen muss, um ihr stand zu halten. Sie steht dann gut aufgerichtet da, erlebt aber ihre Atmung noch bedrückt. Beim Hinspüren, wo es sich im Körper jetzt etwas wünscht, legt sie spontan ihre Hände aufs Brustbein. Ich frage nach, wie sich das anfühlt. Sie erlebt die Hände und die Gegend des Brustbeins miteinander in ganz liebevollem Kontakt. Findet Worte dafür wie „liebevoll bei sich sein“, „zu sich halten“. Im Brustkorb ist es jetzt befreit.

Rückblickend auf die Stunde staunen wir über die Transformation von Erschöpfung zu Wut und Kraft, dann die Veränderung vom bedrückt sein der Atmung hin zu der liebevollen Selbstbegegnung. Wir entwickeln die Hausaufgabe, es immer wieder erinnernd nach zu spüren. Mit den Händen am Brustbein liebevoll bei sich zu sein und zu sich zu halten, anstatt einfach so die von außen sich ergebenden Anforderungen zu erfüllen.

Umgang mit Resonanzphänomenen und Übertragungsvorgängen

Bei dem Versuch, Körperpsychotherapie als gemeinsame Suchbewegung zu verstehen, möchte ich mich an dieser Stelle dem Umgang mit Resonanzphänomenen zuwenden. Als die Patientin sehr erschöpft und gleichzeitig auf der Stirn sichtbar angespannt vor mir saß, bemerkte ich die starken Herzschmerzen. Natürlich tat sie mir leid. Musste mir deshalb das Herz so sehr weh tun? Und war es nötig, es ihr zu sagen? Und wenn ich es schon sage, hätte ich nicht gleich eine Deutung mitliefern müssen oder wenigstens ein gemeinsames, verstehen wollendes Reflektieren einleiten sollen?

Für den Umgang mit Resonanzphänomenen möchte ich noch einmal an die oben beschriebene therapeutische Haltung erinnern, als Therapeutin sich genauso zu beachten wie unsere Patienten und V.v.Weizsäcker zitieren.

Er schildert die Phänomenologie bei Max Scheler auf eine Weise, wie sie für die dem Resonanzphänomen zu Grunde liegende Haltung zutreffend ist: „Denn für ihn ist Phänomenologie ein aufgeschlagenes Auge, eine geöffnete Hand, also eine Empfangsbereitschaft, die von der liebenden Art ist“ (Weizsäcker 1956, S. 73–76). Aus dieser Empfangsbereitschaft reagierte mein Herz.

In einem analytischen Denkmodell könnte man dies als leibliche Gegenübertragung bezeichnen. Ich möchte mit dem Begriff des Resonanzphänomens die phänomenologische Dimension betonen. Manchmal ist die leibliche Resonanz in der Therapeutin eine Art mediale Wahrnehmung, die vermutlich über sehr differenzierte Spiegelungsvorgänge genau das Erleben des Pat. wiedergibt. Dies wäre dann eine konkordante Spiegelung – intuitiv, mitfühlend, bestätigend. Während der Stunde mit der Pat. tat ihr das Herz nicht weh, während der Therapie vorher öfter und ganz zu Beginn der Therapie in Form von Herzrasen. So war es nicht auf den Begegnungsmoment bezogen konkordant, aber vielleicht auf ihre Geschichte bezogen.

J. Bauer unterscheidet (2005) konkordante und komplementäre Spiegelungsvorgänge. Der komplementäre Spiegelungsvorgang erweitert die beobachtete Erfahrung aus dem impliziten Wissen des Beobachters. Dies war sicher ein Teil meiner Reaktion.

Dass ich es ihr mitteile, sie daran teilhaben lasse, ermöglicht ihr, zu bemerken, dass sie etwas in mir in Gang setzt, durch ihr Dasein in mir eine tiefe Auswirkung spürbar wird. Indem wir eine Weile gemeinsam schweigen, findet eine Art nonverbaler Reflektion und Kommunikation statt. In der FE ist es ein Teil des systematischen Vorgehens, dem Wahrgenommenen nachzuspüren, und dabei offen sein für das, was sich zeigt, sein will, aus dem bis dahin noch nicht Bemerkten auftaucht oder sich reguliert auf allen Ebenen. Dabei stellt sich ein Gefühl ein von gegenseitiger Beachtung, ein Bemerkten von Einschwingen und sich Abstimmen, Erleben von verbunden sein und gleichzeitig anders sein dürfen, sich ernst nehmen dürfen im Beisein der anderen. Und es wird erfahrbar, dass wir beide verändert werden in der Begegnung. Es geschehen zum Teil verbalisierte, jedoch noch viel mehr nicht verbalisierte Synchronisationsvorgänge. So versuchen wir in der FE uns gleichzeitig in der gleichen Gegend des Körpers zu spüren, mit der die Patientin gerade beschäftigt ist. Es kommt zu Feinabstimmung im Bereich der Affekte und der Vitalitätsformen, der Passungsvorgänge, ein Erweitern des gemeinsamen impliziten Beziehungswissens. D.Stern (2012, S.206) beschreibt die Kenntnis über das Zusammensein mit anderen als implizites Beziehungswissen. Es wird gespeist aus vielen Lebenserfahrungen, die nicht im dynamischen Sinn verdrängt, sondern als Teil unserer nicht-bewussten Verarbeitungsvorgänge prozedural gespeichert im Impliziten vorhanden sind. Im gemeinsam sich darauf Einlassen öffnet sich ein intersubjektiver Raum, in dem all die vorher genannten Faktoren wirksam werden können, das implizite Beziehungswissen der Patientin und mein eigenes sich ständig gegenseitig beeinflussen und erweitern. Dies erfordert von mir, mich einzulassen auf Momente der Unsicherheit und des nicht Wissens.

Hilfreich für uns Therapeuten ist dabei der oben beschriebene feinfühlig Selbstumgang mit FE, um spür- und handlungsfähig zu bleiben.

Wir orientieren uns an der leiblich spürbaren Auswirkung auf uns und auf die Patienten. Jetzt gibt es Möglichkeiten, die wir vorher nicht hätten denken oder planen können. Und diese Möglichkeiten haben etwas mit unserer individuellen Einmaligkeit zu tun, die auch bei Einhaltung der Abstinenzregel wirksam ist, und die wir in ihrer therapeutischen Kokreativität verantworten müssen. Dazu ist eine tiefgehende Selbsterfahrung im frühen Bereich notwendig.

Im Übertragungsvorgang geht es um die Aktualisierung der Vergangenheit. Im dynamischen, dialogischen Vorgehen der FE erweitern und ergänzen sich die Ebenen des Empfindens, des Fühlens, des Worte Findens und im Nachspüren sich Zeit lassen für Selbstregulatives. Die einzelnen Ebenen führen einen Dialog miteinander, von dem wir nur Ausschnitte mitbekommen und den wir quasi ein wenig belauschen. Zwischen Patient und Therapeut gibt es nicht nur den bewusst geführten, verbalen Dialog, sondern auf jeder Ebene gibt es Antworten, Veränderungen und Beeinflussungen zwischen Patient und Therapeut. Bewusst werdende und weniger bewusste Vorgänge verknüpfen sich. Die Resonanzphänomene nutzend, sind wir über das Spüren, Impulsen folgen, Worte finden, Antworten auf Bedürfnisse suchend in einem dynamischen, Sekunde zu Sekunde sich entwickelnden, wechselseitigen Prozess, indem sich das gemeinsame prozedurale Implizite und das deklarativ verbale Explizite ständig erweitern. Über den Leib geschieht dabei eine Regulation, die Gegenwärtiges mit Vergangenem verbindet aus einem eigenen Erfahrungsschatz an Verarbeitungsmechanismen. Erklärungen finden, um diese Vorgänge zu verstehen aus dem gegenwärtigen neurobiologischen Wissensstand, können wir bei Antonio Damasio in seinem 2013 erschienenen Buch „Selbst ist der Mensch“. Er zeigt den „...Körper als das Fundament des bewussten Geistes. ...“ (S.33) und beschreibt die dynamische, verbundene Einheit, die Resonanzschleifen zwischen Körper und ZNS und die Erweiterung des Gehirns in den Körper und umgekehrt während der Vorgänge von Wahrnehmen.

In jedem Moment bringt das Leibgeschehen die einverlebten Erfahrungen wie auch das in diesem Leib vorhandene Potential in den jetzt stimmenden Ausdruck. Als Therapeuten können wir bestenfalls dieser Fähigkeit, die sich im Spüren zeigt, geduldig und staunend folgen und unsere Resonanz verantworten. D. Stern (2012, S. 15) formuliert als Konzept der Wirksamkeit des impliziten Beziehungswissens in dynamischen Psychotherapien : „ Nicht –deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie: Das Etwas-Mehr als Deutung.... Das Etwas-Mehr ist die implizite Veränderung.“ Er fordert „Konzepte, die auf die von Sekunde zu Sekunde ablaufenden relationalen Austauschvorgänge fokussieren und vielschichtige, gleichzeitig operierende Kommunikationskanäle mit einschließen, über die primäre und nicht in erster Linie auf dem semantischen Inhalt beruhende Bedeutungsaspekte vermittelt werden.“ (ebenda S. 245)

Mit unserer körperpsychotherapeutischen Arbeit sind wir genau an dieser Stelle tätig. Abschließend ein Stundenprotokoll, an dem das Miteinander von Übertragungsvorgängen und der Umgang mit Resonanzphänomenen deutlich wird.

Die Patientin kommt in die Stunde mit der Klage, ihr altes Muster, mit dem Verstand zu begreifen, was läuft, geht nicht mehr. Sie spürt vor allem Schmerzen im Bein, ist traurig, fühlt sich schwarz und leer. Ich frage sie, welche Position im Raum für sie stimmen würde, und sie legt sich auf das Sofa. Ich sitze schräg daneben. Sie wirkt sehr unglücklich und ich sage ihr, dass es mir leid tue. Nach einiger Zeit stellt sich bei mir das Gefühl ein, im falschen Abstand zu sitzen. Ich frage nach. Sie bestimmt dann

sehr genau, dass es für sie besser ist, wenn ich weiter weg sitze. Danach fühlt sie sich wie 3-jährig, dann wie mit einer Hülle um sie herum. In der Hülle bemerkt sie starke Spannungen im Rücken und den Impuls, weglaufen zu wollen. Sie steht vom Sofa auf, läuft hinter mir herum und weint sehr. Ich fühle mich nicht hilfreich, angespannt und ungut. Ich soll mich aber nicht zu ihr umdrehen.

Dann merke ich, wie mir furchtbar übel wird in der Art wie ich es aus den Schwangerschaften mit meinen Söhnen kenne und glaube zu verstehen, dass ich gerade einen negativen pränatalen mütterlichen Anteil stellvertrete. Als ich wahrnehme, dass sie sich etwas beruhigt hat, teile ich ihr mit, wie übel mir ist und dass ich vermute, dass ich gerade ihre Mutter stellvertrete und frage sie, ob sie etwas wisse aus der Zeit, als ihre Mutter mit ihr schwanger war. Sie erzählt, dass die Mutter 19-jährig schwanger wurde, als sie gerade zu studieren begonnen habe, es nicht gepasst habe und die Großeltern sehr gegen die Schwangerschaft waren. Gleich fällt ihr noch ein, dass der 3 Jahre jüngere Bruder zu den Großeltern gegeben wurde. Weil es ihr jetzt besonders schlecht geht, beschließe ich, die Stellvertretung des ablehnenden mütterlichen Anteils zu verlassen und frage sie, ob das für sie in Ordnung sei. Sie stimmt dem zu und setzt sich sehr erschöpft wieder auf das Sofa. Wir suchen gemeinsam, was ihr jetzt hilfreich sein könnte. Sie meint ein Schutzengel als Hülle um sie herum. Berühren darf ich sie jetzt nicht. Ich bringe ihr ein Seidentuch, das in den vergangenen Stunden für ihren schmerzenden Fuß hilfreich gewesen war und lege es um sie herum. Sie sagt im Nachspüren, sie will sich nicht um das Dunkle, Schwarze bei den Eltern kümmern und baut aus Kissen symbolisch eine Mauer zwischen sich und das elterliche Dunkle. In den folgenden Stunden stellen sich mehrfach sehr frühe, pränatale Erfahrungen ein, und wir kümmern uns darum, was es braucht. Der letzte dissoziative Anfall liegt drei Jahre zurück.

Ich danke Sophie Krietsch für ihre liebevolle, feinfühlig, geduldige Aufmerksamkeit für unsere Nöte im frühen Lebensbereich, womit sie uns befähigt hat, andere Menschen zu begleiten.

Literaturangaben

- Arnim, A.v. (2002): »Subjektive Anatomie«. In: Uexküll, T.v.; Geigges, W. & Plassmann, T. (2002): Integrierte Medizin. Stuttgart (Schattauer).
- Alberti, B. (2010): Die Seele fühlt von Anfang an. München (Kösel Verlag).
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was Du fühlst. Hamburg (Hoffmann und Campe).
- Bauer, J. (2006): Prinzip Menschlichkeit. Hamburg (Hoffmann und Campe).
- Buber, M. (2002): Das Dialogische Prinzip. Heidelberg (Gütersloher Verlagshaus).
- Damasio, A. (2013): Selbst ist der Mensch. (Pantheonverlag)
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. München (Kösel).
- Eberspächer, E. (1986): Der Ebenenwechsel in der Funktionellen Entspannung. A.F.E.-Intern, 2–7.
- Eberspächer, E. (1993): Orientierung an der lösenden Wirkung des Tuns in der Funktionellen Entspannung. A.F.E.-Intern 15, 2–6.

- Fuchs, M. (1997): Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. 6. Aufl. Stuttgart (Hippokrates).
- Herholz, I.; Johnen, R. & Schweitzer, D. (2009): Funktionelle Entspannung Das Praxisbuch. Stuttgart (Schattauer).
- Krens, I. & Krens, H. (2006): Risiko Mutterleib. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Krietsch, S. (1988): Funktionelle Entspannung - eine Methode für die Einzeltherapie in psychiatrischer Klinik und Praxis. A.F.E. - Intern, Heft 6, S.5/6
- Krietsch, S. (1990): Haut als äußere Hülle des Menschen, an der Kontakt und Abwehr geschieht. Wie beeinflusst sie den Halt? A.F.E. - Intern, Heft 10, S.2
- Krietsch, S. (1991): "Die Grundstörung" nach Balint und Möglichkeiten der Therapie mit den Elementen der Funktionellen Entspannung. A.F.E. -Intern, Heft 11, S. 8
- Krietsch, S. (1995): Einige Gedanken zur Weiterbildung. A.F.E. -Intern, Heft 19, S. 9
- Krietsch, S. (2000): Funktionelle Entspannung Beiträge zu Theorie und Praxis, Heft 28, S. 53
- Krietsch, S. (2009): Funktionelle Entspannung Beiträge zu Theorie und Praxis, Heft 36, S.7
- Krietsch, S. & Heuer, B. (1997): Schritte zur Ganzheit. Stuttgart (G. Fischer Verlag).
- Lauffer, V. (2003): Zur Wirksamkeit der körperbezogenen und dialogischen Angebote der Funktionellen Entspannung – Integration verschiedener theoretischer Erklärungsmodelle. Psychodynamische Psychotherapie 2003(2), 206–216.
- Lauffer, V. (2009): Von der Freundlichkeit des Leibes. In: Funktionelle Entspannung – Das Praxisbuch. Stuttgart (Schattauer), S. 109–114.
- Lauffer, V. (2013): Funktionelle Entspannung am Beispiel einer Traumatherapie. (In :M. Thielen Hrsg.: Körper – Gruppe – Gesellschaft. PsychosozialVerlag)
- Levine, P. (2010): Sprache ohne Worte. München (Kösel).
- Porges, S.W. (2010): Die Polyvagal-Theorie. Paderborn (Junfermann).
- Renggli, F. (2001): Der Ursprung der Angst. Zürich (Walter).
- Renggli, F. (2013): Das Goldene Tor zum Leben. Arkanaverlag
- Schore, A. (2003a): Affect Regulation and the Repair of the Self. New York (Norton).
- Schore, A. (2003b): Dysregulation and the Disorders of the Self. New York (Norton).
- Stern, D.N. (2005): Der Gegenwartsmoment. Frankfurt a.M. (Brandes und Apsel).
- Stern, D.N. (2010): Ausdrucksformen der Vitalität. (Brandes und Apsel).
- Stern, D.N. et al. (2012): Veränderungsprozesse. (Brandes und Apsel).
- Uexküll, T.v.; Fuchs, M.; Müller-Braunschweig, H. & Johnen, R. (1997): Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapieverfahren. Stuttgart (Schattauer).
- Uexküll, T.v., Geigges, W.& Plassmann, T. (2002): Integrierte Medizin. Stuttgart (Schattauer)
- Weizsäcker, V.v. (1956): Gesammelte Schriften Band 10. Pathosophie. Frankfurt a. Main. (Suhrkamp)

HOMÖOPATHIE UND FUNKTIONELLE ENTSPANNUNG

Entsprechung und Ergänzung zweier Therapieverfahren

Andrea Nawka

Als Ärztin für Naturheilverfahren konsultieren mich in meiner Praxis Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen. Mit Therapiemethoden der klassischen Naturheilverfahren, Akupunktur und Homöopathie unterstütze ich die Patienten darin, ihre Selbstheilungskräfte und ihre Regulationsfähigkeit anzuregen und begleite Heilungsprozesse. Teil dieser Arbeit sind auch Angebote, körperliche und seelische Beschwerden als Entsprechungen zu verstehen, sie biografisch einzuordnen und ihre Sinnhaftigkeit zu hinterfragen, eigene Wirkmächtigkeit zu entdecken und zu entwickeln. Mein ursprüngliches Motiv, mich der körpertherapeutischen Arbeit zu widmen, entstand aus dem Wunsch, mich in meiner körperlich/leiblichen Wahrnehmung zu „bilden“. Mit diesen Erfahrungen auch für Patienten ein vielfältigeres, „ähnlicheres“ Gegenüber sein zu können und Anregungen für die Wahrnehmung und Beschreibung ihrer Symptome zu ermöglichen – meinen „Resonanzboden“ besser zu bestellen. Und ich hatte auch das vage Bedürfnis, mich zu entlasten und den Patienten mehr in die Eigenverantwortung „schicken“ zu können.

In der Auseinandersetzung und im Tun mit der Funktionellen Entspannung (FE) finde ich vor allem in meiner homöopathischen Arbeit neue Anregungen – für mein Verständnis des Resonanzprinzips, für meine innere Haltung im anamnestischen Dialog und im Suchen nach der homöopathischen Arznei.

Die Entsprechungen, Ergänzungen und auch Unterschiede dieser beiden Therapiemethoden sind das Thema dieser Arbeit zur Erlangung des FE-Zertifikates.

Phänomenologie in der Philosophie

Phänomenologie (von altgriechisch phainómenon ‚Sichtbares‘, ‚Erscheinung‘ und lógos ‚Rede‘ ‚Lehre‘) beschreibt eine durch E. Husserl geprägte philosophische Strömung: Quellen der Erkenntnis-gewinnung sind die mit den Sinnen wahrnehmbaren Phänomene und konkreten Erscheinungen. Heidegger hat in seinem Husserl gewidmeten Werk *„Sein und Zeit“* verdeutlicht, wie wesentlich die Methode der Phänomenologie für die Frage nach dem Sein ist. Und hat Husserls *„Gegebenheitsweisen der Gegenstände“* erweitert um die *„Dimension von Gegebenheit und Wahrheit als solcher“* (De Gruyter 1970).

„Heidegger bezeichnet das Phänomen als ‚das Sich-an-ihm-selbst-zeigende‘, als das, was sich am Seienden selbst zeigt als das, was es ist: ‚das Sein des Seienden‘ (Wikipedia).

Der Philosoph Emmanuel Levinas entwickelte eine Ethik, die sich vom Antlitz des Anderen leiten lässt. Der Andere ist für Levinas letztlich niemals einzuholen, d. h. in seiner Totalität zu verstehen, es geht von ihm ein Anspruch aus, der letztlich alles übersteigt. Buber sieht im Gegensatz zu ihm, in dem Gegenüber ein prinzipiell Gleiches.

Phänomenologische Grundhaltung in therapeutischen Theorien

Auf Martin Buber gründet sich u.a. die phänomenologische Grundhaltung in therapeutischen Theorien. In seinem Hauptwerk *„Ich und Du“* thematisiert er den Dialog als anthropologisches Prinzip und weist über die hier im Folgenden dargestellten therapeutischen Haltungen in Homöopathie und FE hinaus:

„Die Beziehung zum Du ist unmittelbar. Zwischen Ich und Du steht keine Begrifflichkeit, kein Vorwissen und keine Phantasie; und das Gedächtnis selber verwandelt sich, das aus der Einzelung in die Ganzheit stürzt. Zwischen Ich und Du steht kein Zweck, keine Gier und keine Vorwegnahme; und die Sehnsucht selber verwandelt sich, da sie aus dem

Traum in die Erscheinung stürzt. Alles Mittel ist Hindernis. Nur wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht die Begegnung.“ (Buber 2006)

Viktor von Weizsäcker, Begründer der psychosomatischen Medizin und der Medizinischen Anthropologie, begründete mit seinem phänomenologisch-anthropologischen Ansatz die Funktionelle Entspannung. *„Von Weizsäcker greift immer wieder auf zwei Denksysteme erklärend zurück. Sein originäres ist der phänomenologisch-anthropologische Ansatz, sein erst in den 30er-Jahren übernommenes ist die Psychoanalyse. Da die Psychoanalyse mit dem Übertragungskonzept, dem biografischen Ansatz und der Theorie der inneren Konflikte seinem Anliegen über weite Strecken entgegenkam, erklärte er ihren Ansatz für unverzichtbar. In der ‚Pathosophie‘ (das Pathische, Leidenschaftliche im Menschen), seinem opus magnum, das er selbst nicht mehr zur Druckreife brachte, ist der anthropologisch-phänomenologische Ansatz aber wieder an die erste Stelle gerückt. So werden die pathischen Kategorien des Will, des Kann, des Darf, des Soll und des Muss zur entscheidenden Referenz, über die die Phänomene ‚dekliniert‘ werden.“ (Hoffmann 2006)*

Weizsäcker hat den Begriff der Phänomenologie in seinem „Gestaltkreis“ auf die Kategorien Wahrnehmen und Bewegen übertragen: im Sich bewegen erscheint etwas, was wahrgenommen werden kann und die Wahrnehmung bedingt Bewegung.

Die gemeinsame phänomenologische Grundhaltung in humanistisch-psychotherapeutischen Richtungen, z.B. der Gestalt-, Gesprächstherapie u.a. ist: *„die Vorsicht bezüglich schneller Interpretation, Theorien nicht verabsolutieren zu wollen, sondern immer dem konkreten Erfahrungsbereich des Alltags verbunden zu bleiben, sowie die Autonomie der Erfahrung des anderen zu achten.“ (Wikipedia)*

Phänomenologische Grundhaltung in der Homöopathie und der Funktionellen Entspannung

Bei Hahnemann, dem Wiederentdecker des homöopathischen Prinzips, klingt der phänomenologisch begründete Auftrag an den Arzt so: *„Der vorurtheillose Beobachter, - die Nichtigkeit übersinnlicher Ergrübelungen kennend, die sich in der Erfahrung nicht nachweisen lassen, - nimmt, auch wenn er der scharfsinnigste ist, an jeder einzelnen Krankheit nichts, als äußerlich durch die Sinne erkennbare Veränderungen im Befinden des Leibes und der Seele, Krankheitszeichen, Zufälle, Symptome wahr, das ist, Abweichungen vom gesunden, ehemaligen Zustande des jetzt Kranken, die dieser selbst fühlt, die die Umstehenden an ihm wahrnehmen, und die der Arzt an ihm beobachtet. Alle diese wahrnehmbaren Zeichen repräsentieren die Krankheit in ihrem ganzen Umfange, das ist, sie bilden zusammen die wahre und einzig denkbare Gestalt der Krankheit.“ (Hahnemann 1996)*

Bei Weizsäcker:

„Die Krankheit soll dem Arzt zuerst so erscheinen, wie sie dem Kranken selbst erscheint, nicht wie sie nach bekannten klinischen Bildern und nach Gesetzen der Pathologie vermutlich ‚ist‘.“ (Weizsäcker 2005) Und an anderer Stelle: *„Ich pflege deshalb zu sagen. Wir haben nur Erscheinungen des Seins, nicht das Sein selbst; aber das was so erscheint ist doch das Sein selbst. Das ist nun auch für die Krankheitslehre zutreffend.“*

In diesem Sinne verstehen sich die Homöopathie und die FE als phänomenologisch begründete therapeutische Verfahren. Ich möchte mich hier auf die gemeinsame Ebene der FE und Homöopathie beziehen. Beide Verfahren nutzen Sicht- und Wahrnehmbares (ikonische und indexikalische Zeichen) und ihren sprachlichen Ausdruck (Symbole) für den therapeutischen Dialog und das therapeutische Angebot (Uexküll et al. 1997).

Das Prinzip der Resonanz in der Homöopathie

Die homöopathische Anamnese und Therapie bilden Schwerpunkte meiner Arbeit. Im Verständnis dieser Therapiemethode entsteht Krankheit als Ergebnis einer Disharmonie der „Lebenskraft“ (Hahnemann 1996). Symptome entwickeln und zeigen sich als kreative Leistung unserer Selbstheilungskräfte, eine Homöostase wieder zu erlangen. Sie sind also nicht nur als Krankheitszeichen zu verstehen, sondern Zeichen eines Regulations- und Gesundungs-Prozesses. Die Homöopathie als phänomenologisches Heilverfahren nutzt diese Symptome, Zeichen und Veränderungen im körperlichen, vegetativen, emotionalen und geistigen Erleben für das Finden einer Arznei. Mineralische, pflanzliche, tierische u. a. potenzierte Arzneimittel, die in Arzneimittel-Prüfungen an gesunden Menschen ähnliche Symptome hervorrufen, gehen in Resonanz mit dem Erkrankten und setzen Heilimpulse. „*Similia similibus curentur*“, „*Ähnliches möge durch Ähnliches geheilt werden.*“ (Hahnemann)

Die Wahl eines stimmigen homöopathischen Mittels bedarf der Kenntnis und des Studiums der „Arzneimittelbilder“ durch den Therapeuten. Die eigentliche Kunst dieser Heilmethode besteht darin, im Dialog mit dem Patienten die ganz individuellen Ausprägungen des „Krankheitsbildes“ zu erfassen. Die Herausforderung für den Patienten ist dabei, Veränderungen sowohl im Leiblichen als auch im Bereich des Geistes und Gemütes wahrzunehmen und ihnen sprachlichen Ausdruck zu verleihen. Mit der homöopathischen Anamnese eröffnen wir dem Patienten hierfür einen Raum.

Die Homöopathische Anamnese

Das Kernstück der Anamnese (von griechisch *anámnēsis* ‚Erinnerung‘) ist der sogenannte Spontanbericht. Der Patient wird gebeten, ohne Unterbrechung, ohne fokussierende oder suggestive Fragen des Therapeuten von sich und seinen Beschwerden zu berichten. Erst anschließend versucht der Therapeut im Dialog, im „gelenkten Gespräch“, das Bild zu vervollständigen, zu konkretisieren und vor allem zu individualisieren, d.h. neben den pathognomonischen (krankheitsspezifischen) Phänomenen die individuellen Besonderheiten mit dem Patienten zu entwickeln. Je differenzierter die Symptome sich zeigen, gespürt und benannt werden können, umso größer wird die Möglichkeit eine wirksame Arznei zu finden.

In der homöopathischen Anamnese kann diese bezugte Zuwendung zur „Störung“ (als innerer und äußerer Dialog) für den Patienten sehr entlastend und ordnend sein. Oft gestaltet sich dieses gemeinsame Suchen aber auch schwierig. Einerseits sind Patienten im Wahrnehmen und Beschreiben ihrer leiblichen Empfindungen und Emotionen unsicher, unvertraut und ungeübt. Andererseits erlebe ich mich auch nach vielen Jahren Therapieerfahrung oft in der inneren Haltung es „wissen zu müssen“ was der Patient braucht, das „richtige“ homöopathische Mittel finden zu müssen. D.h., obwohl ich meine Arbeit nur anbieten kann im Vertrauen auf die gesunden Anteile des Patienten und die Unerschöpflichkeit von Selbstheilungskräften, bin ich dem Patienten gegenüber oft die Ärztin, die die Verantwortung dafür übernimmt, ob Linderung und Heilung „gelingt“.

Die homöopathische Anamnese und die Suche nach dem „vollständigen Symptom“ ,

die FE - Methode als hilfreicher Wegweiser

Am Anfang im Verhältnis von Arzt und Krankem sei *„nicht Wissen, sondern Fragen“*. *„Das Erste ist nicht, dass ich das Ich erkennen muss, sondern dass ich mit ihm sprechen muss“*. (Weizsäcker 2005).

Ein Hauptaugenmerk in der homöopathischen Anamnese liegt - neben den Körpersymptomen, der vegetativen, emotionalen und geistigen Verfassung, der

Krankheitsbiographie und der Familienanamnese - im Aufspüren des sogenannten „vollständigen Symptoms“ der aktuellen Beschwerde: Auslöser der Beschwerde, Lokalisierung, Sensationen, Modalitäten und Begleitsymptome.

Hier ist für mich die FE mit ihren Angeboten und Spielregeln eine Ergänzung und Bereicherung in der homöopathischen Anamneseführung geworden.

Lokalisierung

Homöopathie: Wo äußert sich die Beschwerde? Lokalisierung, Seitenbezug, Ausstrahlung

FE: Wahr-Nehmen, Spüren: Wo? Wo oder wo nicht? Wohin? Wo geht's nicht weiter?

Sensation

Homöopathie: Art und Weise des Schmerzes, des Hautausschlages etc.

FE: Wahr-Nehmen, Spüren: Wie ist es jetzt? Was spüren Sie? Wie fühlt es sich an?

Modalitäten

Homöopathie: Wodurch werden die Erscheinungen evtl. ausgelöst und verändert: z.B.

Ruhe, Bewegung, bestimmte Lagerung, Berührung, Druck, warme o. kalte Anwendungen, klimatische und Wetter-Bedingungen, Zuwendung, Trost, Alleinsein oder Gesellschaft etc.

FE: Bewegungs-Impuls, Innehalten, Nachspüren: Was hat sich verändert? Wie ist es jetzt? Was ist anders?

Begleitsymptome

Homöopathie: Was verändert sich mit den Symptomen evtl. noch? (körperliche oder vegetative Begleitsymptome, Stimmungsänderung etc.).

FE : Ebenen-Wechsel: Wo noch?

Das FE-Ritual, den Patienten am Beginn der Anamnese erst einmal ankommen zu lassen, es sich auf dem eingenommenen Platz noch etwas bequemer zu machen, ist für mich ein hilfreicher Einstieg in das Gespräch geworden und erinnert mich inzwischen immer häufiger, mich meines eigenen äußeren und inneren Halts zu versichern.

Und die FE ermöglicht mir zunehmend, die offene, unvoreingenommene Haltung gegenüber dem Patienten und seinen Beschreibungen, die Wahrnehmung von Übertragungen und Gegenübertragungen und die „mittlere Distanz“ entstehen zu lassen und halten zu können, damit ein gemeinsames Suchen gelingen kann.

Die innere therapeutische Haltung

„Das höchste Ideal der Heilung ist schnelle, sanfte, dauerhafte Wiederherstellung der Gesundheit, oder Hebung und Vernichtung der Krankheit in ihrem ganzen Umfange auf dem kürzesten, zuverlässigsten, unnachteiligsten Wege, nach deutlich einzusehenden Gründen.“ (Hahnemann 1996) So lautet der §2 in Hahnemanns Grundlagenwerk zur Homöopathie und beschreibt therapeutisches Ziel und ärztliche Haltung des Begründers der Homöopathie. Auch wenn wir die altertümliche Sprache des Organons berücksichtigen, klingt hier etwas anderes an als z.B. bei Marianne Fuchs: *„Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Störungen, sondern die Fähigkeit, mit ihnen umzugehen.“* oder V.v. Weizsäcker: *„Weizsäcker hat...das Ziel der Medizin so zu umschreiben versucht, dass es keineswegs darin bestehen kann, 'jemand gesund zu machen'. Es gebe aber die Möglichkeit, einem Menschen auf dem Wege zu seiner 'jeweiligen Bestimmung Dienste zu leisten'; ihn also in der Unterbrechung des Lebensstels und seiner wesentlichen Orientierung zu einem veränderten Umgang mit sich und einer Neugestaltung anzuleiten.“* (Seubert 2008)

Das „Finden“ der stimmigen homöopathischen Arznei obliegt dem Therapeuten. D.h., diese Zielorientierung läuft neben dem Dialog einher und kann mir die Offenheit im Kontakt mit dem Patienten verstellen. Der innere Dialog, das Spüren des eigenen Halts, der eigenen inneren Räume und meines Eigenrhythmus` erleichtert es mir, diese Bezogenheit auf das zu „Findende“ wahrzunehmen und mich daraus zu lösen. Beim Erfragen und Ergänzen der geschilderten Beschwerden ermöglicht mir das FE-Vokabular, den Patienten mehr zu „locken“, seine und meine Zuwendung spürbarer, und seine Wahrnehmungen und Beschreibungen bestätigender werden zu lassen. „Können Sie jetzt noch einmal in Ihre ... hineinspüren. Wie fühlt es sich an, was nehmen Sie wahr?“ - bejahendes, seufzendes „Hmm...“ - „Strahlt es irgendwohin aus?“ - „Vielleicht spüren Sie nochmals in Ihre ...!“ - „Vielleicht gibt es einen (Bewegungs-) Impuls? Gehen Sie dem doch einmal nach? Verändert sich etwas?“ - „Gibt es vielleicht in einem anderen Körperbereich oder auf der Gemütsebene eine Begleiterscheinung oder Veränderung?“ - „Gibt es im Moment einen Bereich in Ihrem Körper, der sich wohlig anfühlt? Und wenn ja wie?“ - „Gibt es aus Ihrer Erfahrung etwas anderes, was Ihnen gut tut, wenn Sie die Schmerzen haben?“

Die homöopathische Arznei als „Angebot“

Wenn nach der Gabe eines homöopathischen Arzneimittels, d.h. auf einen potenzierten feinstofflichen Reiz, eine Resonanz erfolgt und Selbstheilungskräfte angeregt werden, können unterschiedliche Reaktionen erfolgen:

- subjektive und objektive Besserung der Beschwerden
- eine sogenannte „Erstverschlimmerung“, der sich eine Verbesserung anschließt
- das Auftreten alter Krankheitserscheinungen; dieses Phänomen tritt häufig bei chronischen Krankheiten auf, insbesondere wenn diese nicht ausheilen konnten bzw. durch symptomatische Therapie „unterdrückt“ wurden oder einen anderen Ausdruck gefunden haben (Ebenen-Wechsel in der Homöopathie). Der Leib erinnert sich und bringt das Thema noch einmal zum Vorschein.
- neue Symptome zeigen sich (im Sinne eine „Arzneimittel-Prüfung“) mit unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten. Die Reizstärke, bzw. das Dosierungs-„Angebot“ des homöopathischen Mittels war für den Patienten nicht stimmig und kann korrigiert werden. Das homöopathische Mittel - Angebot war nicht passend.

Die neu entwickelten Symptome können zu einem „ähnlicheren“ Mittel führen.

Die aufgeführten Veränderungen können sich auf der körperlichen, vegetativen, emotionalen und geistigen Ebene zeigen.

In der FE besteht das „Angebot“ in der Hinwendung zum Leiblichen, in der Zuwendung zum konkret Wahrnehmbaren. Die dadurch indirekt ermöglichte Regulation des Atemrhythmus - als Einschluß in das Vegetativum - kann einerseits weitere autonome Prozesse regulierend anregen. Und andererseits kann der Dialog zum „Ebenen-Wechsel“ einladen und dem Patienten zu emotionalen, kognitiven und symbolischen Entsprechungen seiner Wahrnehmungen ermuntern. Im Wissen um die autonomen Prozesse und die Spielregeln ist der FE Therapeut jedoch eher Begleiter und Mitsuchender.

„Ausgehend vom Leib als der tiefsten Schicht des Unbewussten bringen wir in der FE einen Dialog in Gang zwischen den verschiedenen Ebenen, dem Leib - dem Empfinden, der emotionalen Ebene des Fühlens, der kognitiven Ebene - im Worte und Sprache finden

für bisher unbeachtetes und der sozialen Ebene - der Auswirkung des Wahrnehmens, Bewegens und Spürens für das Tun im miteinander. Dieser Dialog der Ebenen ist ein Gespräch zwischen ebenbürtigen Partnern. So bringt jeder seine besonderen Fähigkeiten ein, hört dem anderen zu, lässt das Gehörte auf sich wirken und sich somit auch verändern und stellt Lösungen aus dem eigenen Kompetenzbereich den andern zur Verfügung.“ (Laufer 2003)

Arzneimittelwirkung und Integrationsprozess - Spielregeln

Der Patient bekommt bei der Mittelverordnung die Information über mögliche Reaktionen auf das homöopathische Mittel und wird gebeten, diese möglichst in einer Haltung der liebevollen Zuwendung wahrzunehmen und mitzuteilen. Es gibt zu dem Arznei - Impuls sozusagen eine „Spürhilfe“ und die Ermutigung in einem inneren Dialog den Prozess zu begleiten.

Wenn o.g. Reaktionen im Sinne einer Regulation auftreten, ist der Patient angehalten das Mittel zu pausieren („innehaltend“, „nachspüren“) und erst wenn der Prozess zur Ruhe gekommen ist, einen neuen Impuls zu setzen, die Arznei zu wiederholen.

Im Dialog mit dem Therapeuten werden die aufgetretenen Veränderungen benannt, sich ihnen evtl. als Erinnerungen des Körpererlebens erneut und auf eine heilsamere Art zugewendet, das prozesshafte des Verlaufes verdeutlicht und die Wirklichkeit unserer Selbstheilungskräfte und ihre Ansprechbarkeit spürbar. Besonders Patienten mit chronischen, kausal nicht heilbaren Leiden ermutigt diese Arbeit, sich aus einem statischen Verharren in ihrem Leid dem Mitschwingen „so ist es jetzt“ und dem Vertrauen in das „sowohl als auch“ zu überlassen.

Homöopathie und Funktionelle Entspannung: Berührung, Ergänzung, Verknüpfung

Ich nutze die FE für mich, um im Anamnese-Gespräch eine Haltung der „freischwebenden Aufmerksamkeit und Offenheit“ einzunehmen.

FE ermöglicht, die homöopathische Anamnese zu „verleiblichen“ und diese nicht nur als Informationsquelle für das Aufsuchen eines homöopathischen Mittels zu nutzen.

Besonders Fragen nach einem „vollständigen Symptom“, sowohl bei akuten als auch chronischen Erkrankungen, lassen sich mit kleinen FE-Angeboten verbinden.

Die „Spielregeln“ können dabei eine Ergänzung, Erweiterung, Vertiefung entlang des homöopathischen Dialoges sein.

Schon in der homöopathischen Erstanamnese kann neben biografischer, finalistischer/sinnhafter Einordnung des Krankheitsgeschehens der Einschluß in das Vegetativum gelingen und so ein zusätzlicher Heilimpuls angeboten werden.

Bei der Suche und Gabe der homöopathischen Arznei entsteht eine „Triade“: Patient - Mittel - Therapeut, die eine mittlere Distanz in der therapeutischen Beziehung erleichtert. Übertragungs- und Gegenübertragungs-Vorgänge werden bewusst oder unbewusst auf die homöopathische Arznei projiziert. In der FE entsteht aus innerem und äußerem Dialog ein „Zwischen-Mensch“ (Buber 2006).

Die Reaktionen auf die homöopathische Arznei können für den Patienten ein Übungsfeld sein, sein Spüren und Wahrnehmen zu verfeinern und einen inneren Dialog zu führen.

FE-Angebote können dafür einen lockenden, ermunternden, wohlwollenden, bestätigenden Raum schaffen, in dem sich Patient und Therapeut als gemeinsam Suchende erleben.

Dem Patienten wird durch die FE-Angebote ein neuer Selbst-Umgang ermöglicht.

Der Dialog zwischen Patient und Therapeut während der homöopathischen Behandlung kann als zusätzlicher Integrationsprozess wirken.

In der Arbeit mit der Funktionellen Entspannung habe ich erstmalig erfahren: ich „muss, soll und kann“ es nicht wissen, was der Patient braucht. Ich kann es mit ihm gemeinsam suchen. Diese Erfahrung war für mich erstaunlich, erleichternd und bringt mich in meiner Arbeit immer wieder auch an Grenzen. Zur Ärztin für Naturheilverfahren kommen die Patienten mit mehr oder weniger klaren Behandlungsaufträgen und erleben sich erst einmal im üblichen Setting Arzt - Patient, das gewohnte Erwartungshaltungen bewirkt. Auch in mir als Therapeutin werden erlernte und gewohnte Reaktionen auf diese Erwartungshaltungen wirksam. Durch die Erfahrung mit der FE erlebe ich mich und den gemeinsamen Prozess mit dem Patienten wohlwollender, gehaltener und weiter. Und ich erlebe meine eigene Begrenztheit durch die „schulmedizinische“ Haltung deutlicher. Inzwischen dürfen beide Haltungen immer öfter nebeneinander stehen. Der innere und äußere Klärungsprozess:

„Mit welcher Haltung stehe ich dem Patienten jetzt gerade gegenüber?“ ist jedoch immer wieder schwer und eine Herausforderung.

Quellen:

Buber M. Das Dialogische Prinzip. Gütersloher Verlagshaus. 10. Auflage 2006

Fuchs, M. Funktionelle Entspannung. Hippokrates. 6. Auflage 1997

De Gruyter. Der Wahrheitsbegriff bei Husserl und Heidegger. Berlin 1970

Hahnemann, S. Organon der Heilkunst. J. M. Schmidt (Hrsg.):Haug Heidelberg, 6. Auflage 1996

Hoffmann, S. O. Viktor von Weizsäcker: Arzt und Denker gegen den Strom. Dtsch. Ärztebl. 2006; 103(11)

Köhler, G. Lehrbuch der Homöopathie Band I. Hippokrates Verlag Stuttgart 1994

Lauffer, V. Anthropologische Medizin und körperbezogene Therapieansätze am Beispiel der Funktionellen Entspannung. Vortrag auf der Jahrestagung der Viktor-von-Weizsäcker-Gesellschaft. 2003

Seubert, H. Formale Anzeige und die Landschaft des Pathischen: Prolegomena zu einem Gespräch zwischen Viktor von Weizsäcker und Martin Heidegger. Journal für Philosophie & Psychiatrie, Jg. 1 (2008), Ausgabe 1

Uexküll et al. Subjektive Anatomie. Schattauer Stuttgart, New York 1997

Weizsäcker, V.v. Gesammelte Schriften. P. Achilles, D. Janz, M. Schreck, C.F. v. Weizsäcker. (Hrsg.) Suhrkamp Verlag 2005

Autorinnen

Martin, Beate Jg.1958

Diplompädagogin, Zusatzausbildung in Sexualtherapie (DGfS) und wissenschaftlicher Gesprächspsychotherapie (GwG Köln); Mitarbeiterin bei pro familia Münster in wechselnden Arbeitsbereichen. Als sexualpädagogische Fachkraft in der Aus- und Weiterbildung beim ISP (Institut für Sexualpädagogik) Dortmund tätig, Autorin einer Vielzahl sexualpädagogischer Veröffentlichungen.

E-Mail: beate.martin@isp-dortmund.de

Martin, Gabriele, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Lehrbeauftragte der A.F.E., Vorsitzende der A.F.E., Akkreditierte Supervisorin PKSH, tätig in eigener Praxis,

Hauptstr. 36, 23738 Riepsdorf, Tel. 04363-25 63, 0170-7 33 86 47

E-Mail: G.F.Martin@t-online.de

Schmötzer, Veronika ist Gesundheitsberaterin f. g. G. und hat das Zertifikat der FE. Sie setzt die FE in Entspannungs- und Gewichtsreduktionskursen und in der Beratung ein.

Bei Sophie Krietsch hat sie einige Jahre die FE gelernt und mit ihr viel Zeit verbracht. E-

Mail: veronika.schmoetzer@googlemail.com

Gudden, Cornelia, Diplom-Psychologin, Transaktionsanalytikerin (DGTA), TZI-Diplom, Mutter-Kind-Bindungsanalyse, pränatale Psychotherapie, Traumatherapie nach L.

Reddemann (PITT), Gymnastiklehrerin, Lehrbeauftragte der A.F.E.

Buckenhofer Str. 13c, 91080 Spardorf, Tel. 09131-5 58 62,

E-Mail: cornelia.gudden@gmx.de

Lauffer, Verena, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, tätig in eigener Kassenpraxis, Lehrbeauftragte für Funktionelle Entspannung. In der körperpsychotherapeutischen Anwendung der FE in Einzelarbeit wie auch in Gruppen

integriere ich verschiedene Ansätze – Kurzzeithherapie, nach Steve des Shazer,

Hypnotherapie nach Milton, Erickson, systemische Ansätze, pränatale

Körperpsychotherapie, EMDR

Hafenstraße 32B, 17489 Greifswald, Tel. 03834-50 23 23,

E-Mail: verena.lauffer@web.de

Nawka, Andrea, Dr. med., Ärztin für Naturheilverfahren in eigener Praxis.

Korrespondenzadresse: Markt 25, D-17489 Greifswald, Tel. 03834/509661.

E-Mail: andrea.nawka@web.de

ISSN-1617-9374

Redaktion

Petra Saltuari
Johann Matthes
Christian Meier

Für den Inhalt der Beiträge tragen die Autoren die Verantwortung

Mitglieder der A.F.E. erhalten ein Exemplar des Heftes kostenlos.

Weitere Exemplare können bei der Geschäftsstelle zum Preis von 5,- € plus Portogebühren erworben werden.

Die neueren Theorie-Hefte können im Internet unter www.afe-deutschland.de heruntergeladen werden.

Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung e.V.

Geschäftsstelle

Regine Wosnitza
Bülowstr. 52/A6
10783 Berlin

| | |
|----------|--|
| Telefon | 030-38106556 |
| Telefax | 030-38106557 |
| E-Mail | info@afe-deutschland.de |
| Webseite | www.afe-deutschland.de |

Geschäftszeiten

Mittwoch 13 - 16 Uhr
Freitag 09 - 13 Uhr

Bankverbindung

A.F.E. e.V.
GLS Bank
IBAN: DE86430609671177054500
BIC: GENODEM1GLS