

Peter B. BOLEN

ARBEIT AN DEN GELENKEN

Ein systematischer Ansatz in der Emotionalen Reintegration.

Keine mir bekannte körperpsychotherapeutische Schule legt den Schwerpunkt ihres Körperansatzes auf die Gelenksarbeit. Wohl gibt es einzelne Ansätze und auch Beobachtungen über Zusammenhänge zwischen Gelenken und anderen Organsystemen bei anderen Schulen, es fehlt jedoch der systematische Ansatz unter Einbeziehung der Neurophysiologie (z.B. A-Beta Fasern von Mechanorezeptoren zum Hinterhorn als Leiter von spinalen Neuronen), der Biokybernetik (zum Beispiel das Reafferenzprinzip (1) und das Divergenzprinzip (2)) und der Biochemie (Neurotransmitter, algetische körpereigene Substanzen).

Da ich vor meiner körperpsychotherapeutischen Ausbildung einige Jahre auf neuroorthopädischem Gebiet an der Neurologischen Universitätsklinik Wien gearbeitet habe und eine manualtherapeutische Ausbildung besitze, galt mein Interesse von jeher der Arbeit an den Gelenken. Schon damals war mir zum Beispiel aufgefallen, daß nach manualtherapeutischen Deblockierungen von Gelenken neben vegetativen Reaktionen starke emotionale Reaktionen auftraten, die allerdings in einer neuroorthopädischen Ambulanz wenig Platz hatten, da vom Klienten erwartet wurde, daß er sich emotional kontrolliert.

Die Kritik an den Erfolgen von plötzlicher Schmerzunterbrechung war das Rezidiv. Die orthopädischen Kollegen versuchten diesem mit dem Ansatz der Rehabilitation zu begegnen, mein Interesse lag in der Erforschung der psychischen Zusammenhänge. Da waren zunächst die durch den manualtherapeutischen Eingriff und den vegetativen Stoß ausgelösten regressiven Zustände mit starken Emotionen. Die Beschäftigung mit diesen Phänomenen führte zu den psychischen Ursachen der chronischen segmentalen Muskelanspannung im Sinne der von Reich beschriebenen Muskelpanzerung, der darauffolgenden Fehlfunktion, der mechanischen Überanspruchung der Gelenke und der Bandscheibe im Bewegungssegment.

Ein zusätzlicher unspezifischer Reiz, wie Abkühlung (Reiz über die segmentalen Thermorezeptoren), eine "falsche" Bewegung (Reiz über die Nozizeptoren im Gelenk), eine akute emotionale Belastung (Reiz über absteigende Bahnen von der Formatio reticularis und dem Limbischen System), führte zur segmentalen Blockierung im Gelenk. Anders ausgedrückt: Labilisierte Systeme reagieren überschießend auf Zusatzreize (3).

Die Möglichkeiten der Schmerzbeeinflussung und der spontanen Deblockierung als Selbstregulation mußten auf umgekehrtem Wege, also mittels Wärme oder Kälte (Kryotherapie), Manualtherapie und durch das Auslösen von starken Emotionen, durchführbar sein.

Damals begann meine Arbeit als körperorientierter Psychotherapeut. Den Ansatz des Be-HAND-ens und den Bereich der Berührung und die damit auslösbare psychosomatische Reaktion habe ich nie wieder verlassen. Die Arbeit mit den Händen erscheint mir bis heute das natürlichste Heilmittel in jeder Therapieform.

Bevor wir uns den neurophysiologischen Grundlagen der Gelenksarbeit zuwenden, ist es mir wichtig festzuhalten, daß die Muskulatur und das Gelenk eine untrennbare Funktionseinheit bilden (4).

Reich mußte als aufmerksamer Beobachter auf die festgehaltenen Emotionen in der Skelettmuskulatur stoßen. Ist doch das Muskelsystem quantitativ das größte System des Körpers, funktionell gesehen Ursprung der meisten sensorischen Afferenzen, Haupteffektor aller sensomotorischen Abläufe und hat damit über die zentrale Vernetzung wesentlichen Einfluß auf das emotionale Zustandsbild.

Statik und Dynamik der Muskulatur wird durch das sogenannte Gammasytem gesteuert. Dieses wird in einen peripheren Teil, die Gammaschleife und eine zentrale Steuerung, nämlich die Formatio reticularis und das Limbische System eingeteilt.

Allein aus diesen neurophysiologischen Tatsachen ist es verständlich, warum emotionale Faktoren einen wesentlichen Einfluß auf die muskuläre Grundspannung, die Körperhaltung und den Bewegungsausdruck besitzen und, das scheint mir wichtig hervorzuheben, umgekehrt können wir natürlich über Einflußnahme auf die Muskelspannung, die Körperhaltung und den Bewegungsausdruck das Limbische System, also den emotionalen Ausdruck, beeinflussen.

Nicht unerwähnt seien an dieser Stelle auch die Nervenfasern, die vom Pallidum (Pallidum) zur Formatio reticularis und zum Limbischen System ziehen (5). Also die Verbindung zwischen Bewegungsautomatik und Gefühl. Die unterschiedliche Muskeltätigkeit in den verschiedenen Stufen der Bewußtseinsheitlichkeit und in verschiedenen emotionalen Zuständen wird, soweit sie unbewußt ist, vom Pallidum gesteuert. Der Globus Pallidus ist für die individuelle Ausgestaltung der Psychomotorik verantwortlich, zum Beispiel eben der Körperhaltung(6). Ebenso sei hier schon auf die zentrale Bedeutung des Gelenkes hingewiesen, als Mittler zwischen der seelischen Verfassung und der Gliederstellung, die ja die Körperhaltung bestimmt.

Obwohl Beeinflußung von Schmerzen und Gelenksblockierungen mit körperorientierter Psychotherapie möglich, aber nicht das Hauptanwendungsgebiet dieser Methode darstellt, möchte ich zunächst ein Beispiel über psychische Ursachen von Gelenksblockierungen aus der Zeit meiner Klinikstätigkeit bringen, weil es meine erste eindrucksvolle Erfahrung mit diesen Phänomenen darstellt.

Ich selbst litt unter rezidivierenden anfallsartigen Schmerzattacken im Kreuzbereich, was man im deutschsprachigen Raum einen Hexenschuß nennt. Auslöser waren offenkundige "falsche" Bewegungen, organisch lag dem eine Bandscheibenprotrusion zwischen L5 und S1 zugrunde. Manualtherapeutische Behandlungen und Infiltrationen, aber auch Antirheumatika vermochten die Schmerzen immer wieder zu beseitigen. Während eines Aufenthaltes in meinem damaligen Landhaus beschloß ich, einen nahegelegenen Sandsteinbruch aufzusuchen, um aus dem lockeren Sand möglichst unversehrt einige junge Föhren zu ziehen, die ich auf meinem Grund einpflanzen wollte. Als ich fest am ersten Bäumchen anzog, spürte ich plötzlich einen heftigen Schmerz im Kreuz, war stark bewegungseingeschränkt und konnte nur unter großer Anstrengung und starken Schmerzen mein Haus erreichen. Ruhigstellung durch Bettruhe erbrachte leider keine Besserung, sondern völlige Bewegungsunfähigkeit und weiterhin starke Schmerzen.

Kein Manualtherapeut, kein Arzt und kein Antirheumatikum weit und breit, mein Landhaus lag zwei Kilometer vom nächsten Dorf entfernt, Telefon hatten wir damals noch keines. In dieser ungemütlichen Situation, in der ich mich auf einen längeren

Krankenstand einstellte, bekamen wir Besuch von Linda Smith, einer Trainerin aus meiner Körpertherapieausbildung.

Obwohl ich von der rein mechanischen Ursache und vom organischen Substrat der Schmerzen, nämlich der lädierten Bandscheibe überzeugt war, bat ich sie dennoch, ob sie mir nicht irgendwie helfen könnte.

Zu meiner Überraschung begann sie nicht mit der Untersuchung meines Kreuzes, sondern forderte mich auf, auf dem Rücken liegend zu atmen. Ihre Hände arbeiteten an meinem Zwerchfell und vorsichtig an meinem Iliopsoas, beziehungsweise an meinem Hüftgelenk. Plötzlich kam Traurigkeit in mir hoch und mit starker emotionaler Betroffenheit erinnerte ich mich an ein schmerzliches Erlebnis aus der jüngsten Vergangenheit, welches mit dem Tod meines Lieblingshundes zusammenhing. Das Resultat dieser mir sehr nahegehenden körperpsychotherapeutischen Arbeit war völlige Bewegungsfreiheit und nur noch geringe Schmerzen.

Wie können wir uns nun genauer neurophysiologisch vorstellen, daß einerseits ein starkes emotionales Erlebnis eine Gelenkblockierung und damit verbunden starke Schmerzen hervorrufen und andererseits das Wiedererleben und Ausdrücken des Schmerzes selbstregulativ die Gelenkblockierung aufheben und die Schmerzen lösen kann? Also ohne die klassische manualtherapeutische Intervention der Deblockierung? Die Muskulatur als Steuerorgan von Statik und Dynamik wird von einem Regelkreis gesteuert, dem weiter oben erwähnten Gammasytem. Die Gammaschleife besteht aus dem beschriebenen segmentalen Bereich aber auch aus dem zentralen Anteil, der Formatio reticularis und dem Limbischen System. Als Mittelpunkt des Systems liegen die in der Muskulatur eingebetteten Muskelspindeln, die in sich noch einen wichtigen Sensor haben, den anulospiralen Rezeptor. Die Muskelspindeln registrieren analog ihrer Dehnung Längsänderungen der Muskel und leiten sie über das Hinterhorn zu den großen Alphanotoneuronen des Vorderhorns weiter, von wo aus als Antwort ein Kontraktionsbefehl an die Muskulatur zurückläuft, die die Längsdehnung wieder aufhebt und die Muskelspindel beruhigt. Es gibt außerdem noch eine Sicherung dieses Systems, die Spannungsrezeptoren in den Sehnen (Sehnenkörperchen), die erst feuern, wenn der Muskel übermäßig gespannt wird. Ihre Reizschwelle liegt über der der Muskelspindeln und sorgt für einen schützenden Spannungsabbau dadurch, daß ihre Afferenzen die Alphanotorneurone hemmen. Dieser letztgenannte Mechanismus sei deshalb erwähnt, weil er bei rasch intendierten, aktiven und passiven Bewegungen wirksam wird, die wir etwa in der Progressionsphase der Therapie anwenden oder zur Unterstützung, um aus hilflosen Gefühlen herauszukommen und etwa Wut adäquat ausdrücken zu können.

Ein interessantes Erklärungsmodell wären diese neurophysiologischen Grundlagen aber auch für die gezielten Angriffe auf Gelenke, wie sie in einer japanischen Kampfkunst, dem Aikido, gelehrt werden. Dabei wird der Angriff auf das Gelenk sowohl für Immobilisationstechniken verwendet, wie auch dazu, die Gewalt des Angriffes durch eine cirkuläre Richtungsbeeinflussung unter Benützung der Angriffsgeschwindigkeit, gegen den Angreifer selbst zu führen. Dabei werden sowohl die später unten zu besprechenden Haltungs- und Stellreflexe beeinflusst, als auch über das Gelenk eine psychische Immobilisation des Angreiffers herbeigeführt(9).

Doch weiter zu unseren Überlegungen zur Physiologie der Muskulatur: Da es für die verschiedenen Erfordernisse nicht sinnvoll sein kann, daß ein Muskel immer dieselbe Ausgangsspannung besitzt, wird eine entsprechende Anpassung zum Beispiel an den Schlafzustand, eine Höchstleistung oder an den Zustand angstvoller Erwartung dadurch erzeugt, daß die Muskelspindel selbst wieder in ihrer Ansprechbarkeit verändert werden kann.

Dies geschieht durch die Zwischenschaltung des genannten anulospiralen Rezeptors, der zwischen zwei Muskelbündeln gespannt ist und die Spindel gegenüber Dehnungsreizen, je nach Vorgabe mehr oder weniger empfindlich macht. Diese Muskelbündel (intrafusale Fasern) werden durch Efferenzen der Gammamotoneurone im Vorderhorn gesteuert. Dieses Zusammenspiel zwischen Spindelafferenzen und Spannungsvorgabe paßt erst den Muskel optimal an die jeweiligen Erfordernisse an. Die Gammamotoneurone selbst wieder unterliegen dem Einfluß von Zwischenneuronen, die über Dehnungsreize aus der Peripherie gehemmt werden können. Dies ist ein Erklärungsmodell für den Angriffspunkt unserer langsamen passiven Gelenkbewegungen, die wir in unserer Methode anwenden.

Also einer der Interventionsmöglichkeiten der Körperpsychotherapie am Gelenk.

Das Gelenk als Fühlerorgan der Körperwahrnehmung besitzt neben den sogenannten **Nozizeptoren** zur Schadensmeldung reichlich spezialisierte sensorische Elemente, wobei zwei Rezeptortypen (**Mechano oder Propriorezeptoren**) vorherrschen. Solche mit schneller Anpassung, die sofort auf Dehnungsreize ansprechen und die Winkelveränderungen der Gelenke erfassen und langsam adaptierende Rezeptoren, die die jeweils eingenommene Gelenkeinstellung des Gelenkes signalisieren (4). Die Gesamtheit der Ruhe und Bewegungsfrequenzen, das sogenannte Afferenzmuster wird zentral verrechnet und wirkt mitbestimmend auf die ununterbrochen kontrollierte und adaptierte Eigenempfindung (Propriozeption) des Körpers.

Langsam intendierte Bewegungen in Gelenken, welche die Mechanorezeptoren in den Gelenken reizen, beeinflussen die Kontrollmechanismen, die eine bestimmte Muskelspannung aufrechterhalten.

Noch genauer betrachtet können wir uns diese Einflußnahme folgendermaßen vorstellen:

Afferenzen von Nozizeptoren (A-Delta Fasern und C-Fasern) erregen über Synapsen Rückenmarksneurone, Verbindungsglieder zu sympathischen und motorischen Reflexen sowie zu den aufsteigenden Bahnen des Vorderseitenstranges.

Diese Rückenmarksneurone können nun gehemmt werden von:

1.) Spinalen Neuronen. Diese werden beeinflusst von den Afferenzen der Mechanorezeptoren, die über A-Betafasern ins Hinterhorn ziehen und bevor sie im Hinterstrang zentralwärts ziehen, auf ein Zwischenneuron Einfluß haben. Dieses beeinflusst über Vorderhornzellen die motorischen (die erwähnte Gammaschleife), aber auch die sympathischen Schmerzreflexe.

Hier sehen wir den Angriffspunkt unserer langsam intendierten passiven Bewegungen bei radikulären oder pseudoradikulären Schmerzen.

Periphere therapeutische Stimulation der Gelenkkapsel beeinflusst daher über die A-Betafasern die spinale Aktivität, die nach Eintreffen im periaquäduktalen Grau wieder über absteigende Signale die Schmerzhemmung bewerkstelligt

2.) Absteigenden Bahnen vom Hirnstamm (Formatio reticularis), die wieder ihrerseits mit dem Limbischen System in Verbindung stehen.

Daher kann über starke Affekte eine Entspannung in der Gammenschleife und eine Schmerzhemmung in der Peripherie (im Bewegungssegment) entstehen.

Das Gelenk wird freigegeben und bei der nächsten Spontanbewegung erfolgt eine selbstregulative Deblockierung.

Umgekehrt kann aber auch, wie bereits beschrieben, über Reizung von Propriozeptoren in der Gelenkkapsel das Gammasytem, auch in seinem zentralen Anteil stimuliert werden.

Ein anderer, nicht minder wichtiger Angriffspunkt der körpereigenen Schmerzhemmung ist die Ausschüttung von Noradrenalin. Dieses Streßhormon sensibilisiert einerseits die Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) direkt durch die Kontraktion glatter Muskeln, also durch vasomotorische Wirkungen, aber auch durch Freisetzung algetischer Substanzen. Dies sind körpereigene Substanzen wie Kcl, H⁺-Ionen, Serotonin, Bradykinin und Prostagladine. Sie wirken schmerzerregend, in unterschwelliger Konzentration sensibilisierend.

Da wir wissen, daß Muskelspannung zur Unterdrückung von Gefühlen verwendet werden kann, ist es verständlich, daß langsame und sorgfältig durchgeführte passive Bewegungen, wie wir sie anwenden, plötzlich vorher unterdrückte und kontrollierte starke Gefühle zum Ausbruch bringen können. Selbstverständlich im Rahmen eines entsprechenden psychotherapeutischen Settings, welches Gefühlsausbrüche erlaubt.

Bleiben wir noch kurz bei der Muskulatur.

Eine funktionelle Unterteilung der Skelettmuskulatur in tonisch reagierende und phasisch reagierende Muskel scheint nicht nur für die Chirotherapie, die Orthopädie und die Neuroorthopädie sondern auch für die Körperpsychotherapie wichtig zu sein. Diejenigen Muskelpartien, die überwiegend stützende, haltungsbestimmende Aufgaben erfüllen, werden als **posturale oder tonische Muskeln** bezeichnet. Dies sind zum Beispiel der sternale Anteil des Pectoralis major, der obere Trapeziusanteil, Flexoren der Hand, der Iliopsoas, der Rectus femoris oder die kurzen Adduktoren des Oberschenkels.

Ich habe hier bewußt die Muskel aufgezählt, die durch langsame Bewegungen in den großen Gelenken bewußt stimuliert werden können. Diese Muskel ermüden langsam, **aktivieren leicht** und neigen zur Verkürzung.

Die Muskeln, die gezielte rasche Bewegungen ausführen sollen, werden **phasische Muskeln** genannt. Zum Beispiel die kleine Hand und Fußmuskulatur. Sie ermüden rasch, **aktivieren langsam** und neigen zur Abschwächung.

Anhaltende und das Muskelsytem schädigende Zustände wie etwa Muskelblockierungen im Sinne Reichs betreffen die tonische Muskulatur. Interessant ist es auch zu wissen, daß die Antagonisten dieser Muskel dann zur Abschwächung neigen. Ein noch genaueres Eingehen darauf soll einem weiteren Artikel vorbehalten bleiben.

Die systematische Anwendung der Gelenksarbeit in der Emotionalen Reintegration bezieht sich primär auf die Arbeit mit sogenannten "soft structures" (Radix), also Körperstrukturen, deren Abwehr nicht durch Muskelpanzerung an der für den Körperpsychotherapeuten leicht zugänglichen Körperoberfläche manifest wird. Bei solchen Körperstrukturen bieten sich als Körperansatz nicht die Muskelmaximalpunkte der "gepanzerten" Muskulatur an.

Bei den weichen Strukturen erscheint die Körperoberfläche weich, die Muskelanspannungen liegen in der Tiefe, nahe der Wirbelsäule und an der Schädelbasis. Das System der angespannten Muskulatur ähnelt dem Bild einer Kaulquappe (W. Pitzal). Die Energie wird im Zentrum festgehalten.

Der Körperkontakt des Therapeuten erfolgt über die Hände und Arme des Klienten. Durch den Berührungskontakt wird die Aufmerksamkeit in die Peripherie gelenkt, es erfolgt aber zunächst noch kein Fließen oder Pulsieren. Die Erwartungshaltung ist ängstlich, die Erwartungshaltung besteht darin, Energie vom Therapeuten zu bekommen.

Eine mögliche Arbeit an den kleinen Fingergelenken dient zur Verstärkung und feinernden Wahrnehmung der eigenen peripheren Körperstruktur. Die Reaktionen sind meist wohlige Verwunderungen über die Entdeckung der Funktion der eigenen Peripherie und der damit möglichen Kontakte zur Umwelt.

Die Entscheidung an den großen Gelenken, nämlich Handgelenk, Ellenbogengelenk und Schultergelenk zu arbeiten, hat das Ziel, die Kontrollmechanismen, die es der in unserem Beispiel tiefgelegenen kontrahierten Muskulatur nicht erlauben sich zu entspannen, zu beeinflussen. Es kommt zum unwillkürlichen Loslassen. Durch den sanften aber deutlichen Druck auf das Gelenk und/oder die langsame passive Bewegungen kommt es zur Irritation und Verwirrung im Bereiche des Gammasytems, welches zum Nachgeben der Muskelspannung führt.

Wie oben erläutert, geschieht dies über Reizung der Propriozeptoren in der Gelenkkapsel und Einflußnahme auf das Gammasytem mit seinem peripheren und zentralen Anteil.

Im Modell der Reichschen Spannungs-Ladungsformen (7) bedeutet starke Stimulation es zunächst Aufladung.

Nach dem Kippen in die Entladung erfolgt nicht nur die bekannte muskuläre Reaktion des Zitterns und dann des rhythmischen Pulsierens mit dem subjektiven Gefühl des Strömens, sondern auch immer eine mehr oder minder starke emotionale Reaktion. Die Stärke dieser Entladung hängt natürlich mit der Atmungsfrequenz und der Atmungsintensität zusammen, also inwieweit im Augenblick der Organismus fähig ist ein höheres Erregungsniveau zu tolerieren.

Bei sehr flacher Atmung, besonders im oberen Thoraxbereich, das Charakteristikum der weichen Strukturen, würde eine sanfte Gelenksberührung beruhigenden Charakter haben und die langsamen, passiven Bewegungen der Extremität den Effekt der Entspannung.

Also eine andere Wirkung als die der Aufladung und die damit bewußt intendierte darauffolgende gesamtkörperliche und emotionale Entladung.

Wollen wir keine Entladung provozieren, um den Körper an seine selbstregulativen Mechanismen zu erinnern und vorher unbewusste Überanspannung loswerden, sondern

im Gegenteil den Klienten darin unterstützen, Gefühle halten zu können, können wir dazu auch am Gelenk ansetzen. Jede aktive und passive rasche Bewegung stimuliert über beschriebene Bahnen des Gammasytems die Formatio reticularis, bewirkt damit eine sogenannte arousal reaction. Dies ist eine Aufhellung des Bewußtseins, verbunden mit einer Tonisierung der Muskulatur, Anhebung des Pulsschlages und des Blutdruckes, Erweiterung der Pupille und damit des Sehfeldes, Kontraktion der Blutgefäße an der Körperoberfläche, Sammeln des Blutvolumens im Bauch und damit Vermittlung des Gefühles der Zentriertheit und mehr.

Interessant waren für mich die Hinweise, die ich in David Boadellas Buch über die Einführung in die Biosynthese (8) über die Gelenke gefunden habe. Nämlich die Beobachtungen über Zusammenhänge zwischen Handgelenk und Halssegment, Ellenbogen und Zwerchfell, beziehungsweise Schultergelenk und Beckensegment. Ich kann aus eigener Erfahrung diese Beobachtungen über die beschriebenen Zusammenhänge bestätigen, abgesehen natürlich von der Tatsache der Beeinflußung des Brustsegmentes durch jede Berührung im Bereiche der oberen Extremitäten. Etwa dem Auslösen von Emotionen, die wir dem Herzen zuordnen, andererseits auch von in der Rückenmuskulatur festgehaltenen aggressiven Gefühlen.

An dieser Stelle möchte ich kurz auch Erfahrungen erwähnen, die aus einer Körpertherapieschule stammen, die sich nicht explizit als Psychotherapie versteht, nämlich der Polarity von Randolf Stone (einem gebürtigen Österreicher mit dem ursprünglichen Namen Stein). Interessant im Hinblick auf von ihm gefundene Zusammenhänge zwischen Gelenken und (Reichschen) Körpersegmenten. Stone hat beobachtet, daß bei Druck auf verschiedene gelenksnahe (Ellenbogengelenk) Punkte am Oberarm eine Vertiefung der Atmungsfrequenz (Zwerchfell) stattfindet. Die Punkte am Daumengrundgelenk scheinen eher auf den oberen Thoraxteil stimulierend zu wirken.

Boadellas Beobachtungen haben mich dazu geführt, auch etwaige Zusammenhänge zwischen anderen Gelenke und Reichschen Segmenten zu suchen. Obwohl der Beobachtungszeitraum für eine endgültige Systematik zu kurz ist, möchte ich doch eine Skizze versuchen.

Zunächst scheint sich die Triade Handgelenk, Ellenbogengelenk und Schultergelenk im Bereich der Finger zu wiederholen, und zwar im distalen Gelenk, im Mittelgelenk und im Fingergrundgelenk .

Das Hüftgelenk, das Kniegelenk und der Knöchel wirken zunächst alle auf das Beckensegment.

Die häufigste Interventionstechnik im Bereiche der vom Klienten aus gesehen passiven Techniken am Beckensegment, die ich im Rahmen der Emotionalen Reintegration lehre, ist die Arbeit an den großen Gelenken der unteren Extremität.

Das untere Sprunggelenk scheint darüberhinaus auch auf das Zwerchfell zu wirken. Die Möglichkeit der Arbeit an den Zehen gehört, wie die Arbeit an den kleinen Gelenken der Finger, zur Stimulation der Ganzkörperempfindung und zum Spüren der Peripherie und wird bei Beruhigungsstrategien und zur Entspannung angewendet.

Abschließend sei noch etwas zu dem, für unseren Angriffspunkt wichtigsten Gelenk des Körpers gesagt, dem **Kopfgelenk** (Occiput /Atlas). Diesem Gelenk kommt eine Sonderstellung zu.

Die in den Gelenkscapseln der Kopfgekenke sitzenden Propriozeptoren wirken nicht wie in den anderen Gelenken nur segmental auf die Gammaschleife, sondern es besteht

eine Regulationsdominanz über sämtliche Gelenke des Körpers. Dies zeigt sich unter anderem dadurch, daß freie und harmonische Bewegung des Achsenorgans nur möglich ist, wenn keine Störung der Beweglichkeit der Kopfgelenke vorliegt. Ebenso wird die Tonussituation des ganzen Muskelsystems beeinflusst.

Aus dem Rezeptorenfeld der Kopfgelenke ziehen Verbindungen zu vegetativen Zentren, zu den Abduzenskernen. Die Kopfgelenke haben eine Stellung als peripheres Gleichgewichtsorgan.

Wenn wir ein Tier beim Sprung beobachten, so sehen wir, wie es den Kopf in die Sprungrichtung dreht, der Körper vollzieht automatisch diese Bewegung mit. Beim Menschen können wir diesen Mechanismus zum Beispiel beim Turmspringer beobachten, der seine Schraube in der Luft durch Drehung des Kopfes intendiert, oder bei einer alltäglicheren Erfahrung, beim Fahrradfahren. Wenn wir unsere ersten Versuche beim Lernen unternehmen, haben wir die größte Mühe, nicht sofort in die Richtung zu lenken, in die wir gerade schauen. Automatisch folgt der Körper der Drehung des Kopfes. Wir haben die Möglichkeit diesen sogenannten Haltungs- und Stellreflex mit unserem Großhirn zu unterdrücken. Bei neugeborenen Kindern ist dieser Reflex noch intakt, ebenso bei decerebrierten Erwachsenen, zum Beispiel nach Unfällen. In der nach ihren Erfindern benannten Bobaththerapie in der Heilgymnastik wird bei neugeborenen spastischen Kindern, bei denen es wichtig ist, passiv die Gelenke zu bewegen, damit sie nicht versteifen, mittels der passiven Bewegung in den Kopfgelenken erreicht, daß sich Arme und Beine reflexartig mitbewegen. Wird der Kopf nach rechts gedreht, wird der gleichseitige Arm und der gegengleiche Fuß gebeugt und umgekehrt.

Welche Bedeutung haben nun die Kopfgelenke in der Körperpsychotherapie?

Durch langsame, vorsichtige Beugung der Halswirbelsäule (HWS) und noch mehr bei der passiven Drehung des Kopfes zur Seite werden die Kopfgelenke angesprochen. Wir registrieren sorgfältig kleine Widerstände im Bewegungsablauf, verharren dort in unserer Bewegung um erst weiterzugehen, wenn der Klient bewußt den Zusammenhang zwischen dem Stop und der gesamtkörperlichen Reaktion wahrgenommen hat. Ebenso geht es dabei wie immer um die Wahrnehmung der emotionalen Reaktion und der ausgelösten inneren Bilder, oder den Engrammen im akustischen Repräsentationssystem.

Mit diesen Techniken können wir mittels Arbeit an den Kopfgelenken Kontakt zu allen anderen Gelenken des Körper aufnehmen. Wir bekommen einen Eindruck von dem Gesamttonus der Muskulatur. Daher eignet sich die Arbeit an den Kopfgelenken in der Körperpsychotherapie zum diagnostischen Überblick am Beginn der Therapie, zur gezielten Unterstützung des Loslassens, also auch bei Beruhigungsstrategien, beziehungsweise zur präzisen Arbeit an der körperlichen Manifestation des Widerstandes.

Nicht durch den Versuch ihn zu überwinden, sondern um ihn vom Klienten bewußt wahrnehmen zu lassen. Auf der körperlichen Ebene und im Zusammenhang mit dem historischen Material. Erst das Verstehen und Einfühlen mittels Erinnern auf allen drei corticalen Ebenen somatisch-vegetativ, emotional und kognitiv (mit der Einschränkung der zeitweiligen Notwendigkeit einer kognitiven Rekonstruktion), ermöglicht das Zulassen der selbstregulativen Änderung im Sinne der Auflösung des Widerstandes, wenn er situativ für den Klienten unangemessen war.

Gewarnt sei an dieser Stelle vor kräftigen Manipulationen an der HWS, um starke Reaktionen körperlicher und emotionaler Art hervorzurufen.

Erlauben es doch die komplexen topographisch-anatomischen Zusammenhänge zwischen der Arteria vertebralis und den Durchtrittslöchern in den Querfortsätzen der Halswirbelkörper nicht, Dreh- und Zugbewegungen, vor allem in der Retroflexion ohne subjektive unangenehme Sensationen wie das Auslösen von Schwindel, durchzuführen. Sorgfältige Kenntnis der Gefäßpathologie und der Gefäßversorgung der hinteren Schädelgrube mit den lebenswichtigen vegetativen Zentren des Hirnstammens, wie wir sie in unserer Ausbildung lehren, sind Voraussetzung zur Vermeidung von medizinischen Zwischenfällen.

- 1) Referenzprinzip nach Holst und Mittenstaedt 1956: Erst die Rückmeldung des Erfolges an das Steuerzentrum bestimmt den Verlauf der weiteren Leistung
- 2) Divergenzprinzip: Eintreffende Reize werden stets über mehrere Bahnen und Schaltebenen geleitet, gefiltert, gespeichert oder verstärkt wirksam.
- 3) H.Tilscher, M.Eder: Reflextherapie, Stuttgart 1989
- 4) M.Eder, H.Tilscher: Chirotherapie, Stuttgart, 1990, S 39ff
- 5) R. Hassler, in: Hans Hoff, Muskel und Psyche, Basel 1964
- 6) D.Langen, in: Manuelle Medizin und ihre wissenschaftlichen Grundlagen, Wolff (Hsgb), Heidelberg 1968
- 7) Wilhelm Reich, Charakteranalyse, Köln, Berlin 1970
- 8) David Boadella, Befreite Lebensenergie, München 1987, S 80
- 9) Nocquet A.: Der Weg des Aiki Do, Berlin 1978 ,S 31, S 41