

Mall, Winfried

Entspannungstherapie mit Thomas - Erste Schritte auf einem neuen Weg

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 8, S. 298-301

urn:nbn:de:bsz-psydok-28211

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour)	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms)	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program)	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ)	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children)	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants)	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers)	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment)	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families)	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy)	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide)	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History)	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”)	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention)	117

F. Matthejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasic Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics)	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path)	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling)	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa)	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare)	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities)	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania)	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child)	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children)	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders)	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa)	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications)	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter)	175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress)	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children)	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schilhaupt-schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schilhauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltensproblematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Entspannungstherapie mit Thomas

Erste Schritte auf einem neuen Weg *

Von Winfried Mall

Zusammenfassung

Es werden erste Erfahrungen im Kontaktaufbau zu einem 9jährigen, hospitalisierten, geistig behinderten Jungen mit autistischen Verhaltensweisen und evtl. einem frühkindlichen Hirnschaden berichtet, zugleich ein Versuch der Therapie seiner Wahrnehmungsstörungen im Bereich des Gleichgewichtssinns. Erfahrungen aus der „Funktionellen Entspannungstherapie“ von *Marianne Fuchs* kommen in dieser Therapie entscheidend zum Tragen, vor allem ihre Sicht des Menschen als Leib-Seele-Einheit. Die Entwicklung einer Form „basaler Kommunikation“ auf frühkindlichem Niveau wird geschildert, wie auch der Aufbau erster Schritte zu einer persönlichen Beziehung und zur Entwicklung von Vertrauen.

Kennenlernen

Thomas (Name und Daten sind verändert) wurde am 29.8.1970 geboren. Er hat weder Mutter noch Vater jemals gekannt. Die ersten Monate blieb er im Krankenhaus, dann lebte er, bis er sechs Jahre alt war, im Säuglingsheim, für das er schließlich zu alt wurde. Aufgrund der eingetretenen starken Entwicklungsverzögerung (Gehen mit 3 Jahren, keine Sprache) wurde er am 21.6.1976 im St. Josefshaus Herten aufgenommen. Die Ärzte vermuten bei Thomas einen frühkindlichen Hirnschaden, eventuell aufgrund einer Rhesusfaktor-Unverträglichkeit, sie sehen auch Hinweise auf eine zerebrale Bewegungsstörung. Er zeigt ausgeprägte autistische Verhaltensweisen.

Ich lernte Thomas im Oktober 1978 in seiner Wohngruppe kennen. Er ließ Kontakt mit sich aufnehmen, wirkte dabei jedoch zurückhaltend. Er schaute einen kaum an. Es

kam vor, daß er auf andere Kinder zuing, wenn auch oft nur, um sie an den Haaren zu ziehen. Zu einem Jungen bestand sogar eine Art Freundschaft. Ihn schob Thomas gern auf dem Dreirad durch die Gruppenräume.

Was mir auffiel, war, daß Thomas sehr häufig starke Erregung zeigte, wobei er auf den Zehen durch die Räume lief, dabei mit den Händen wedelte oder Dinge herunterwarf und dazu hohe, gepreßte Schreie ausstieß. Auch hüpfte er mit steifen Beinen vorwärts, preßte die Arme vor die Brust und schnaubte mit gewaltigem Druck durch die Nase, bog den Kopf nach hinten und drehte sich um sich selbst.

Alle seine Bewegungen zeigten ein Zuviel an Spannung und Kraft, waren unangepaßt und dadurch oft zerstörerisch. Wenn er jemanden anfaßte, war es meist ein Zwicken, oder er zog an den Haaren. Sein Greifen war gleich ein Zupacken, sein Loslassen ein Werfen. Er selbst war ständig in Bewegung, unfähig, eine Sekunde ruhig zu stehen.

Thomas machte einen unglücklichen, trostlosen Eindruck mit seinen klagenden Lauten und seinem Gesicht, das fast nie lachte, und wenn, nur als verzerrtes Grinsen.

Anfänge

Die ersten Sitzungen bei mir benötigte Thomas, um sich an die neue Situation, den ungewohnten Raum, die unbekannte Person zu gewöhnen. Von Anfang an war es ihm am liebsten, wenn er sich an mich lehnen durfte und Körperkontakt mit mir hatte. Wenn ich ihn aber zu ungewohnten oder plötzlichen Bewegungen führte oder ihn in neue Körperstellungen brachte, geriet er schnell in Panik, machte sich völlig steif und krallte sich fest, egal woran. Dazu weinte und schrie er. Spielzeug, das ich ihm anbot, benutzte er ganz kurz sinnvoll, dann warf er es weg.

Meine anfänglichen Ziele in der Arbeit mit Thomas waren, seine verspannte Haltung aufzulockern, ihn zu einer verbesserten Gleichgewichtskontrolle zu führen sowie ein gelöstes Lautieren zu erreichen. Ich setzte dazu in der Hauptsache Übungen aus Rhythmik und Psychomotori-

* Dank gebührt vor allem Frau *Sigrun Carl*, Lehrtherapeutin für Funktionelle Entspannungstherapie, Freiburg, Frau *Maria Pfluger-Jakob*, Diplom-Psychologin, Leiterin des Psychologischen Dienstes im St. Josefshaus Herten, Rheinfelden/Bd., sowie Herrn *Prof. Dr. A. Sagi*, Direktor des St. Josefshauses Herten, ohne deren Unterstützung und Beratung dieser Bericht nicht entstanden wäre.

scher Übungsbehandlung ein mit Wiegen, Hüpfen, Schaukeln, Krabbeln, dazu auch viel Körperkontakt. Es gelang mir, Thomas zu kleinen Fortschritten zu führen. Als ich jedoch begann, den Schwierigkeitsgrad etwas zu steigern, kehrte die frühere Panik wieder, die sich auch auf die inzwischen gewohnten Übungen übertrug.

Reflexion

Da stellte ich folgende Überlegungen an: Thomas hat aller Wahrscheinlichkeit nach noch nie in seinem Leben, vor allem nicht als Säugling und Kleinkind, die Geborgenheit und Sicherheit einer emotional warmen und verlässlichen Beziehung erlebt. Nach dem, was wir über Krankenhäuser und Säuglingsheime wissen, dürfte er ständig wechselnden Bezugspersonen ausgesetzt gewesen sein, die alle wenig Zeit für ihn hatten und ihm vor allem keine emotionale Geborgenheit geben konnten. Auch die Aufnahme im Heim für geistig Behinderte konnte diesbezüglich wohl keine entscheidende Änderung bringen.

Dazu kommt wahrscheinlich ein großes Defizit an Anregungen für neue Lernerfahrungen, die für eine gesunde Entwicklung maßgeblich sind, und all dies eventuell zusätzlich zu einer schon bestehenden, organischen Beeinträchtigung. So hat sich Thomas' Umwelt nie an seinen eigenen, zentralen Bedürfnissen orientiert und keine freie Entfaltung seiner Möglichkeiten zugelassen.

In der Folge – so meine Überlegungen – hat sich Thomas immer mehr in sich verkapselt, sich von der Umwelt zurückgezogen. Die ständig wiederholte Angst, ja Panik, die die Umgebung mit ihren unberechenbaren Veränderungen hervorgerufen hat, weitete sich aus zu einem tiefen Urmißtrauen und zu einer sehr hohen Angstbereitschaft.

Angst lähmt, Angst verkrampft, macht sinnvolles Handeln unmöglich. Der immer vorhandenen Angst entspricht die allgemeine Verspannung. Die überhöhte Muskelspannung wieder macht koordinierte Bewegungen unmöglich, die Motorik wird unsicher, unangepaßt, überschießend, die Gleichgewichtskontrolle mißlingt. Das führt zu ständigen Mißerfolgen in den Bewegungserfahrungen, zu unangepaßtem Verhalten, auch im sozialen Bereich, wodurch neue Angst hervorgerufen wird, die wiederum die Verspannung erhöht – ein sich selbst verstärkender Kreis.

Vor diesem Hintergrund war keine ausreichende Entwicklung des Gleichgewichtsorgans mit den zugehörigen, zerebralen Verarbeitungsinstanzen möglich. Die extrem niedrige Angstschwelle hat sich auch hier niedergeschlagen. Schon geringe Anforderungen an die Gleichgewichtsregulierung führen zu Panikreaktionen.

Um so fataler wirkt sich das alles aus, je weniger die Umwelt bereit ist, Thomas entgegenzukommen, und ihn so immer wieder neu überfordert und ablehnt. Liegt tatsächlich noch eine organisch bedingte, zerebrale Bewegungsstörung zugrunde, wird ein Durchbrechen dieses Kreislaufs noch schwieriger.

Ich kam bei meinen Überlegungen zu dem Schluß, in der Übungsbehandlung mit Thomas an der Wurzel seiner Angst anzusetzen. In der Zeit bei mir sollte Thomas sich ange-

nommen, geborgen und sicher fühlen können. Damit sollte ihm möglich werden, ganz allmählich aus seiner Abkapselung herauszutreten, sich „gehen zu lassen“, sich „loszulassen“.

Mein Ziel war nun zunächst, zu erreichen, daß sich Thomas bei mir wohl und sicher fühlt. Aus dieser neuen Sicherheit heraus wollte ich dann versuchen, ihn auch zu neuen Umwelt- und Bewegungserfahrungen zu führen, die er nun ohne Angst und Panik bewältigen würde.

Begegnung mit der Funktionellen Entspannungstherapie

In diesem Stadium traf ich auf die Funktionelle Entspannungstherapie von *Marianne Fuchs* (1). Diese Methode richtet sich vornehmlich auf Personen mit psychosomatischen Beschwerden und arbeitet in der Regel weitgehend über den Dialog zwischen Therapeut und Patient, das heißt über die Sprache. Andererseits hat Frau *Fuchs* die grundlegenden Anfangserfahrungen mit ihrer Methode bei ihrem noch nicht zweijährigen Sohn gemacht, der unter einer spastischen Bronchitis litt.

Es war ihr gelungen, mit Hilfe ihrer Hand und ihrer mittönenenden Stimme das Kind die „Auflösung“ seiner spastisch „gehaltenen“ Atmung und die Harmonisierung seines Eigenrhythmus finden zu lassen. Hier schienen mir Ansatzpunkte zu liegen, wie ich nonverbal, ohne Sprache, Thomas das „Auflösen“ seiner Überspannung erleben lassen könnte.

Ich hatte nun die Gelegenheit, in 10 Selbsterfahrungsstunden bei Frau *Sigrun Carl*, Lehrtherapeutin für Funktionelle Entspannungstherapie in Freiburg/Br., diese Methode kennenzulernen. Ich erfuhr an mir selbst, wie ich unter Beachtung der drei Grund-„Spielregeln“ („Alles im Aus“ – „Alles nur zwei- bis dreimal“ – „Nachspüren“) mit Hilfe der Therapeutin zu einer verfeinerten Wahrnehmung meines Körpers gelangte, entdeckte, wo ich auf falsche Weise am „Festhalten“ war, wie ich „loslassen“ und richtig „festhalten“ konnte, welchen „Spielraum“ ich hatte. Ich erlebte in der Folge, wie ich durch diese Lebenserfahrungen insgesamt eine gelöstere, gelassenere Haltung erreichte, damit auch ausgeglichener und leistungsfähiger wurde.

Vor allem erfuhr ich, wie das „Aus“ (-atmen) der Ort ist, an dem „Loslassen“ wie „Festhalten“ ihren besten Platz haben, wie das „Aus“ jedoch ergänzt wird durch das „Ein“ (-atmen), das „Luftschnappen“, die „schöpferische Pause“, wie beides, „Aus“ und „Ein“, sich ständig anstoßen und aufheben und erst das Unterbrechen dieses Kreislaufs zum falschen „Festhalten“, zum Stauen und Verspannen führt.

Beginn der Entspannungstherapie mit Thomas

All das versuchte ich, auf Thomas zu übertragen, wobei mir Frau *Carl* entscheidende Anregungen geben konnte. In Thomas' Atemrhythmus wurde seine tiefe Verspannung überdeutlich. Oft staute er den Atem beängstigend lange, bis dieser sich explosionsartig entlud, wobei Thomas sich auch körperlich zusätzlich versteifte. In Phasen besonderer

Erregung preßte er die Luft, die er durch den Mund eingeatmet hatte, mit lautem Schnauben durch die Nase. Oder er schrie in hohen, gepreßten, überlang gezogenen Tönen, in einem fast bodenlosen „Aus“. Ein gelöster harmonischer Rhythmus von „Aus“ und „Ein“ war eigentlich nie zu beobachten, selbst wenn ich ihn auf den Schoß nahm, mit ihm koste und versuchte, ihn zur Entspannung zu bringen.

Zunächst beging ich den Fehler, Thomas meine Vorstellung von einem harmonischen Rhythmus aufzwingen zu wollen, was natürlich nicht ging. Dann erkannte ich, daß ich zuvor mich in Thomas einfühlen, mich in seinen momentanen Rhythmus einschwingen und diesen aufnehmen muß, daß ich Thomas dort abholen muß, wo er sich befindet.

„Basale Kommunikation“

Ich begann, mich in Thomas' Rhythmus einzustimmen, indem ich mit ihm atmete, meinen Rhythmus seinem anglich. Dann versuchte ich, mit ihm auf der Ebene seines eigenen Rhythmus in Kontakt zu kommen. Ich machte mein „Aus“, das ich seinem „Aus“ angepaßt hatte, durch Brummen, Summen und Tönen hörbar. Damit wollte ich Thomas so viel sagen wie: „Ich lasse dich so, wie du bist; du darfst so sein“, aber auch, auf einer noch tieferen Ebene: „Es ist jemand da wie du.“

Es dauerte etwa einen Monat, bis Thomas begann, mein Tönen aufzugreifen und mitzutönen. Nun konnten wir in einen Austausch eintreten, den ich mit „basaler Kommunikation“ beschreiben möchte, eine Kommunikation allein auf der Körperebene, jenseits von Sprache und Symbolen, ähnlich der Kommunikation zwischen einem Neugeborenen und seiner Mutter.

Durch leichte Variation meines Tönens konnte ich Thomas ermuntern, das, was er gerade fühlte, hörbar zu machen, so seine Erregung mal hinauszuschreien, oder auch seine Entspannung ausklingen zu lassen. Und ich konnte in dieser Kommunikation Thomas anregen, sich mal „gehen zu lassen“, „loszulassen“, so, wenn ich seinem gepreßten Schrei ein lockeres, lautes Tönen entgegensetzte, oder seinem verspannten Lachen ein gelöstes Lachen gegenüberstellte und er dies aufgreifen konnte.

Lockern von Fixierungen

In der Funktionellen Entspannungstherapie werden, um Selbstwahrnehmung zu ermöglichen und „Fehl-Haltungen“ aufzudecken, an den „drei Kreuzen“ des Skelett-„Gerüsts“ (Verbindungsstelle Kopf-Hals/Schultergürtel/Beckengürtel) im „Aus“ ganz feine Bewegungsreize gesetzt. Dabei wird möglicher oder eingeschränkter „Spielraum“ erfahrbar, kann „Loslassen“ und richtiges „Festhalten“ eingeübt und vertieft werden.

Ich konnte Thomas nicht wie in der Erwachsenentherapie verbal die Anregung geben, solche Bewegungsreize zu versuchen, da er es nicht verstanden hätte. So setzte ich meine Hände, später, als ich feststellte, daß er diese gezielte Berührung nicht so liebte, meinen Körper ein, wenn er auf

der Matte gegen mich lehnte und ich meine Arme über seinen Oberkörper legte, um in sein „Aus“ hinein an seinen drei „Kreuzen“ ein leichtes Rütteln oder Vibrieren auszuüben. Dabei mußte ich ganz behutsam vorgehen, um nicht Ablehnung und noch mehr Spannung hervorzurufen.

Es benötigte einige Wochen, bis ich Wege fand, diese Reize wirkungsvoll zu setzen. Voraussetzung war vor allem, daß ich mich selbst nicht darin versteifte, Thomas um jeden Preis zur Entspannung zu bringen, sondern daß ich auch für mich gelassen blieb und so Thomas lassen konnte, wie er war. Dann gelang es allmählich, Thomas in den meisten Sitzungen zu einer Erfahrung des „Loslassens“ zu führen, in der er sich, geborgen zwischen meinen Knien lehnd, für eine Weile „gehen lassen“ konnte. Sicheres Zeichen dafür war, wenn seine sonst stets zuckenden und sich bewegenden Finger zur Ruhe kamen.

Entspannungstherapie mit Thomas heute

Inzwischen fühlt sich Thomas in den Sitzungen bei mir, die seit Beginn schon über 140 mal, mindestens drei mal pro Woche für 30 Minuten stattfanden, ausgesprochen wohl. Betreten wir den Raum und setze ich mich auf die Matte, setzt er sich gleich dazu und rückt zu mir, um sich an mich zu lehnen. Er atmet meist lockerer, ist oft über längere Zeit in einem gelösten Rhythmus. Er lacht viel, nicht mehr so verspannt wie früher und wirkt dabei richtig glücklich.

Gern setzt er sich mir gegenüber. Dann schaut er mir lange ins Gesicht, lächelt mich an, und wir üben, wie man einander sanft streicheln kann, ohne an den Haaren zu ziehen oder zu kratzen. Dabei führe ich seine Hand – wieder in seinem „Aus“ – über meine Haare, mein Gesicht, meinen Bart. Manchmal streichelt er mich ohne meine Führung, manchmal natürlich zieht er doch an meinen Haaren, worauf ich ihn ruhig korrigiere.

In anderen Lagen, auf dem Rücken oder auf dem Bauch, gelingt es Thomas noch nicht oder nur für wenige Sekunden, sich „loszulassen“. Er fühlt sich da noch zu unsicher und ungeborgen und verfällt in seine frühere Panik. Dagegen gelingt es ihm schon etwas länger, wenn ich ihn an den Händen halte und in seinem „Aus“ leicht an den Armen rüttle, ruhig bei mir stehen zu bleiben. Sitzt er noch auf der Matte und ich rufe ihn, steht er auch gleich auf, ohne sich wie früher an einem Möbel hochziehen zu müssen.

Ich setze mich dann auf den großen Gymnastikball und nehme Thomas auf den Schoß. Er läßt sich gern an mich drücken, und ich versuche, mich in seinen Rhythmus einzufühlen und über diesen in Kommunikation mit Thomas zu treten.

In letzter Zeit hat er es weniger nötig, Erregung herauszuschreien. Er nimmt es höchstens mal kurz auf, wenn ich ihm in sein „Aus“ ein lautes „aaa“ anbiete. Auch sein Tönen in einem fast bodenlosen „Aus“ ist seltener geworden.

Schaukle ich jedoch auf dem Ball zu stark, oder beuge ich mich mit Thomas zu weit nach vorn, versagt noch immer

seine Gleichgewichtsregulation, und seine Panik kehrt wieder. Er krallt sich an mir fest, egal, wie sicher ich ihn halte.

Ausblick, Ziele, Hoffnungen

Den weiteren Weg mit Thomas sehe ich darin, den kleinen Keim von Vertrauen, der wohl gelegt ist, weiter wachsen und sich verwurzeln zu lassen. Allmählich soll Thomas lernen, auf seinen eigenen Füßen zu stehen und sich sicher zu fühlen, in seinem Körper wie in seiner Umwelt. Unter immer neuen Umständen, in immer neuen Lagen soll er sich „lassen“ können, soll er „Fehlhaltungen“ und Verspannung vermeiden. Ansatzpunkte dabei bleiben weiterhin sowohl seine Psyche, seine Gefühle, wie auch sein Körper. In beiden soll er lernen, in sich zu ruhen, Gleichgewicht zu halten. Der Weg wird lang sein, es bleibt viel zu tun.

Leider sehe ich wenig Möglichkeiten, wie sich die Erfahrungen, die Thomas bei mir sammeln kann, in seinem Alltag in der Wohngruppe und Schule fortsetzen lassen. Die Vermittlung meines Vorgehens an die Gruppenerzieher oder die Lehrerin halte ich für schwierig, da dafür die Selbsterfahrung der Methode unbedingte Voraussetzung ist. Es fließt so viel an Nonverbalem, an Einfühlung und Gespür mit ein, was sich kaum weitergehen läßt. Was möglich ist, ist der Versuch, Verständnis für Thomas zu wecken, damit es leichter fällt, ihn zu akzeptieren, und er nicht weiter überfordert wird.

Ansonsten bleibt die Hoffnung, daß Thomas durch die bei mir gemachten Erfahrungen doch allmählich genug Vertrauen gewinnt, um das Verhalten, das er bei mir gelernt hat, auch auf andere Situationen zu übertragen. Trifft er dabei auf eine verständnisvolle Umgebung, die ihn so akzeptiert, wie er ist, dann wird vielleicht der Kreislauf aus Ablehnung - Überforderung - Angst - Rückzug - Verspannung - unangepaßtem Verhalten - wieder Ablehnung durchbrochen. Es wäre der Weg geebnet, daß Thomas sich in seine Gruppe integrieren und seine Möglichkeiten entfalten kann.

Nachtrag

Nachdem ich Thomas 155 mal bei mir gehabt habe, sind einige bemerkenswerte Veränderungen zu schildern:

Aus der basalen Kommunikation, in der ich Thomas vermitteln: „Es ist jemand da wie du“, wächst immer mehr der Ansatz zu einer wirklich inter-personalen Kommunikation. Thomas sitzt mir lange gegenüber, lächelt mich an, berührt mit seinem Gesicht ganz sanft das meine, streicht meinen Bart, umarmt mich. Es ist, als ob er mich immer deutlicher als Person erkennt und sagen will: „Das bist ja DU!“ Dabei kann er lange in einem harmonischen Rhythmus atmen.

Zum „Loslassen“ kommt es nicht mehr so oft und meist nur mit deutlicher Führung durch mich. Ich halte ihn fest, damit er sich loslassen kann. Dazu setze ich mich auf die Matte, lasse Thomas mit dem Rücken gegen mich lehnen, lege meine Beine um ihn herum über seine Hüften und meine Arme über seine Schultern und halte seine Hände in meinen auf seinem Bauch. So trete ich wieder in die basale Kommunikation ein und versuche, durch leichtes Rütteln ihn zum „Loslassen“ zu führen. Manchmal gibt er nach und „läßt sich gehen“, manchmal auch nicht.

Schön sind Thomas' erste Versuche, mit seinem Gleichgewichtssinn zu experimentieren. Er schaukelt mit Kopf oder Oberkörper hin und her und mag es, wenn ich mit ihm schaukle. Nehme ich ihn auf den Arm und trage ihn im Zimmer umher, schwinde ihn auch leicht im Kreis, bleibt die Panik länger aus, ebenso, wenn ich auf dem Gymnastikball mit ihm schaukle. In der Gruppe läßt er sich auf eine große Sprungfedermatratze werfen und lacht dazu vor Freude. Sein Gang wird langsam sicherer und weniger steif, er will auch weniger geführt werden. Die Treppen steigt er mit weniger Angst und Verspannung allein hinauf und hinunter.

Ganz überraschend zeigten sich diese Veränderungen. Sie sprechen dafür, daß der eingeschlagene Weg richtig ist und lassen auf weitere Überraschungen hoffen.

Summary

Relaxation Therapy with Thomas – First Steps on a New Path

The article is a report on establishing personal contact to a nine-year-old mentally retarded boy with a history of life-long hospitalization, autistic behaviour, and a presumed infantile brain damage. Besides the child suffered from perceptual disabilities, manifest in his inability to maintain his balance. The attempts at treating this particular symptom are also described.

The therapy is decisively influenced by experiences in „Funktioneller Entspannungstherapie“ („functional relaxation therapy“) as developed by *Marianne Fuchs*, especially by its concept of the human being as unity of body and soul. Described are the establishment of a system of „basic communication“ on an early infantile level as well as the development of first stages towards a personal relationship and the establishment of trust.

Literatur

Fuchs, M.: Funktionelle Entspannung, Stuttgart 1974.

Anschr. d. Verf.: Winfried Mall, Dipl.Soz.Päd. (FH), Heilpädagoge im Psychol. Dienst, St. Josefshaus Herten, 7888 Rheinfelden 4.