

Introductie van een artikel van V. Glaser en F. Veldman uit 1966

Suzan Lucas, lid van de VVH-Literatuurgroep en GZ-Haptotherapeut in Leiden, heeft het artikel "Die psycho-tactile therapie nach Glaser-Veldman uit het tijdschrift "Physikalische Medizin und Rehabilitation" oktober 1966 vertaald. Op de volgende pagina's vind je de volledige vertaling in het Nederlands en daarna het oorspronkelijke artikel in het Duits.

Dit artikel sluit heel mooi aan bij hetgeen Dolly Verhoeven op pagina 18 en 19 in het boek "Werken met gevoel, Geschiedenis van het beroep haptotherapeut in Nederland" (2013) schrijft. Bij het hoofdstuk 'Een nieuwe therapie' beschrijft ze o.a. dat dit Duitse artikel tot één van de eerste publicaties van Frans Veldman en Glaser behoort. Op pagina 19 geeft Dolly Verhoeven verkort aandacht aan de inhoud van dit artikel.

Ook Willem Pollmann besteedt in het interview in Haptonomisch Contact, 2016-2, kort aandacht aan de wederzijdse interesse destijds van Veldman en Glaser en hun verschil. Frans Veldman wilde verder gaan en de wederkerigheid uitdiepen.

De VVH-Literatuurgroep ziet het vertalen van dit artikel als aanvulling op hetgeen Dolly Verhoeven al geschreven heeft en in het belang van de geschiedenis van de haptonomie. Interessant kan het zijn om te bekijken of de, in het artikel van 1966, genoemde begrippen, nu 50 jaar later, al dan niet in betekenis veranderd zijn.

Om de groei en reikwijdte van de haptonomie en de haptotherapie (weer) op een andere manier te bestuderen geven we je de suggestie om vanuit het boek "Levenslust en Levenskunst" dit 50 jaar oude artikel te lezen.

De begrippen: psycho-tactiele therapie" (pag.2, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13), "Transsensu", "Obtentu", "intentie tot expansie", "haptische ruimte" (pag.3), "euton", "vreugdevolle ontmoetingsbereidheid" (pag.4), "Gamma-Faser-System (G.N.S.)" (pag.5), "ademsynchronisatie", "reciprotonus-fase" (pag.10) uit dit vertaalde artikel kun je terug vinden in "Levenslust en Levenskunst" (2007) en/of "Haptonomie, wetenschap van de affectiviteit" (1987) en/of "Woordenboek van de haptonomie" (2013).

- Daarbij kun je gebruik maken van de, op de Ledenpagina van de VVH-site staande, documenten Grondslagen Haptonomie (GH), Kernwaarden Haptotherapie (KH) en Gezamenlijke Uitgangswaarden Haptotherapie (GUH). In deze documenten is een zeer verkorte essentie uit "Levenslust en Levenskunst" beschreven.
- In de begrippenlijsten GH, KH en GUH, gekoppeld aan GH, KH en GUH en ook te vinden op de Ledenpagina, vind je een verwijzing van bovengenoemde begrippen naar pagina's in het boek "Levenslust en Levenskunst" (2007) en/of "Haptonomie, wetenschap van de affectiviteit" (1987) en/of "Woordenboek van de haptonomie" (2013).

Op deze manier kun je zien welke ontwikkeling de haptonomie in de loop der jaren heeft doorgemaakt.

Zowel qua naamsverandering ('psycho-tactiele-therapie' naar haptonomie) als qua inhoud en reikwijdte. 'Psycho-tactiel contact' wordt zowel in de Kernwaarden Haptotherapie als in de bijbehorende begrippenlijst genoemd mede ter onderscheid van het 'thymo-tactiele contact'. Tevens kun je in de begrippenlijst terugvinden dat het woord 'psychotactiel' in het boek "Haptonomie, wetenschap van de affectiviteit" veelvuldig genoemd wordt en in "Levenslust en Levenskunst" wordt het nauwelijks nog gebruikt. Daarentegen wordt 'Thymo-tactiel contact' in "Haptonomie, wetenschap van de affectiviteit" niet genoemd en juist weer wel in "Levenskunst en Levenslust". Ook dit geeft de ontwikkeling van de haptonomie door de jaren heen aan.

Het begrip "eutonus" genoemd op pagina 4 in het artikel uit 1966 is in de loop der jaren verlaten ten gunste van de term "eustatus". In het "Woordenboek van de Haptonomie" vind je op pagina 29 de toelichting en omschrijving van beide begrippen.

Al studerend ontdek je zeker nog meer verbanden.

Juli 2016,
Catholijn te Wechel
Coördinator VVH-Literatuurgroep

VERTALING VAN HET ARTIKEL “DIE PSYCHO-TACTILE THERAPIE NACH GLASER-VELDMAN”

Uit het tijdschrift “*Physikalische Medizin und Rehabilitation* 7. Jahrg., Heft 10, Oktober 1966”

De psychotactiele therapie volgens Glaser en Veldman

van V. Glaser en F. Veldman

Een deel van het werk van een geneeskundige, is om diagnostisch en therapeutisch aan te raken, tactiel te werk te gaan, dus in de ware betekenis van het woord te *behandelen*. Naast zakelijk-objectieve bevindingen bij het tactiel werken, ervaart de therapeut aan de reactie van de patiënt op deze tactiele benadering ook, hoe en of deze zich ook als persoon “bedoeld” voelt. Zelfs in het therapeutisch handelen laat de geneeskundige afhankelijk van de mate van zijn eigen emotionele betrokkenheid, de impact van zijn eigen persoonlijkheid geruststellend, troostend of bemoedigend door zijn hand meestromen. Dit contactmoment is een wezenlijk werkzaam middel voor het herstel.

De goede geneeskundige is zich hier niet van bewust en wordt hierin door zijn intuïtie geleid. In de psychotherapie is men zich al duidelijker bewust van de waarde van contact, hoewel daar begrip van het verband met “de tast” als lichamelijk aanrakingsfenomeen nog nauwelijks herkenbaar is. (Kontaktpsychologie SPEER’s, Der Psychotherapeut als Partner(MAEDER), Der Arzt als Arznei (TOCHTERMANN) en anderen)

De zuiver somatische fenomenen van zowel de tactiele als de verbale contactgebeurtenissen zijn tot nu toe onvoldoende uitgelegd. Zoals de psychotherapeut het tactiele contact als een gevaarlijk niemandsland beschouwt, dat hij beter niet kan betreden, wordt de vanwege zijn beroep tactiel handelende fysiotherapeut pas echt gewaarschuwd, om het tussenland van het rijk van de psyche niet binnen te gaan.

Men eist van hem emotionele afstand, omdat de psychologische fenomenen van contact

nog duister zijn. Dit niemandsland te onderzoeken en begaanbaar te maken, is de wens van de auteurs. In de loop van zes jaar gemeenschappelijk onderzoek openbaarde zich een zeer bruikbare, zelfs aan te bevelen mogelijkheid, om het contact nemend gedrag binnen het aanrakend handelen therapeutisch te gebruiken. Sinds drie jaar is dit onder de naam “psycho-tactiele therapie” volgens GLASER-VELDMAN in Nederland gesystematiseerd tot een leerbare methodiek. De uitvoering van zo’n therapievorm is aan enkele onvervreemdbare voorwaarden gebonden:

1. De betekenis van het op contact gerichte gedrag moet somatisch helder zijn en voor de patiënt in het belang van zijn gezondheid zijn. (Het somatische aspect)
2. Het moet psychologisch verantwoord zijn. (Psychologisch aspect)
3. Het proces moet de bewuste controle en sturing beogen, het mag niet aan de therapeut verbonden blijven. (Scholing en praktijkervaring)

ad 1. Het somatische aspect

Beide auteurs zijn gestart vanuit de manuele therapie, Glaser oorspronkelijk gericht op de ademhaling. Hun startpunt is dus somatisch. In dit werk werden psychosomatische fenomenen duidelijk die zich uiteten in de tonusverandering van de dwarsgestreepte musculatuur en die de volgende verbanden lieten zien: het zich voorstellen van contractie dus de tendens om aan te spannen, gaat hand in hand met verharding van de musculatuur en beperking van de bewegelijkheid. Het zich voorstellen van uitreiken, dus de tendens tot naar buiten voelen verbetert de elasticiteit van de spieren en bevordert de coördinatie van de bewegingen. Qua betekenis is hiermee verbonden:

De neiging tot contractie heeft psychologisch betrekking op de eigen persoon.

De neiging tot expansie (het naar buiten voelen) heeft betrekking op de buitenwereld.

We kozen voor dit psychologische fenomeen, van het via zichzelf naar buiten voelen, de term “TranssensuS”. Deze correspondeert met het er naar toe bewegen (uitreiken) als bewegingskarakteristiek (Obtentus).

Terwijl aan de totstandkoming van een neiging tot contractie enkele precies aan te duiden spieren deelnemen, is bij het realiseren van de intentie tot expansie (verruiming, uitreiken) de inbreng van de als antagonisten aangespannen spieren uitgebreider en in het bewustzijn meer op de achtergrond. De neiging tot expansie, uitreiken, dus contact maken, toont zich meer van dienst bij sport en gymnastiek dan het zich voorstellen van een contractie; bijvoorbeeld bij het contact met een bal en andere materialen, partneroefeningen, het zich een voorstelling van een doel maken enz. (zie GLASER-HOLLER: Sinnvolle Gymnastik durch aktives Dehnen, Helfer Verlag, 1966). Het inachtnemen van de expansie, het ernaartoe voelen wekt het lichaamsgevoel (BECKER), op grond waarvan zich een gevoelsbeeld van de eigen lichaamsbegrenzing vormt, het zogenaamde lichaamsschema. Dat hoeft zeker niet identiek te zijn met de feitelijke lichaamsvorm. De elasticiteit van de musculatuur verbetert in dezelfde mate als dat het lichaamsschema, voorbij de lijfelijke grenzen verruimd, ervaren wordt. Een op zich natuurlijk fenomeen in de dagelijkse omgang met de leefomgeving, die bij een geamputeerde een karakteristieke tegenhanger heeft in het actief vormen van een fantoomledemaat, als middel om zo actief en vanzelfsprekend met zijn prothese om te gaan, dat het lijkt alsof deze met hem vergroeid is. (POECK) De mens vormt op die manier denkbeeldige gewrichten, wanneer hij zijn vermogen tot tasten als een blinde via de stok verlengt, wanneer hij zijn lichaamsschema rond de stoel uitbreidt die hij voorzichtig door de deur werpt, wanneer hij zijn auto al voelend langs de stoeprand manoeuvreert. Deze verruiming gaat bij een dergelijke handeling samen met een totale coördinatieve samenwerking van het hele lichaam. Daar nemen ook de adembewegingen aan deel.

Als deze tendens tot uitbreiden de feitelijke tactiel te ervaren ruimte overbrugt, als we ons voelbaar in de haptische ruimte uitbreiden, dan maken we “virtueel” contact, we omvatten de ander slechts in gedachten of nemen hem in onze sfeer op, we vullen de ruimte om ons heen als het ware met leven. Deze vorm van contact maken is de in

de psychagogiek en psychotherapie gangbare vorm. SPEER zou deze het liefst als “beweging in de ruimte” inzichtelijk maken, maar vindt nergens een duidelijke aanwijzing voor de daadwerkelijke daarbij betrokken tonusverandering, en nog wel in het minst van het ademapparaat, dat volgens BUYTENDIJK en GROEN toch zo’n duidelijke reflectie is van de gemoedsbeleving. Aan de adembewegingen (GLASER) zijn de aard en de omvang van het contact gedrag bijzonder gedifferentieerd af te lezen en ook af te tasten, dit voornamelijk aan de buik, vanwege zijn musculaire karakteristiek in het antagonisme tussen middenrif en buikwand. Zo bereik je het fenomeen van de eotonus, de optimale tonus, relatief eenvoudig. Dit fenomeen is in de wetenschappelijke literatuur nog niet beschreven, wat begrijpelijk is, daar het zich volgens onze bevindingen slechts aandient als het verbonden is met een contactmoment, en deze nauwelijks beschikbaar is tijdens een fysiologisch spieronderzoek. Men vindt deze hoogstens bij een ontmoetingsbereid jong kind. Op zo’n buik kan men, zonder angst voor afweerreacties, genoeglijk kloppen; hij blijft veerkrachtig, elastisch en belastbaar.

Bij volwassenen moet men deze vreugdevolle ontmoetingsbereidheid gewoonlijk eerst oproepen om een vergelijkbare elasticiteit tot stand te brengen. Lukt dit, dan is er tegelijkertijd een betere belastbaarheid van het gehele lichaam tot stand gekomen. De gewrichten bewegen zich gemakkelijker, passen zich soepel aan een leidende beweging aan en kunnen, verbazingwekkend genoeg, bijvoorbeeld bij partneroefeningen met de armen, precies op elkaar afgestemd de leiding overnemen. Voorwaarde daarvoor is dat er bij beiden een tendens is, van voorbij zichzelf voelend, de andere arm in zich op te nemen. Dit kan men in een groep aantonen, altijd tot grote verwondering van iedereen.

Recent heeft modern onderzoek, met inbegrip van de cybernetica hiervoor theoretische onderbouwing beschikbaar gesteld. De resultaten zijn tot nu toe niet als samenvatting maar slechts als monografieën gepubliceerd. De volgende namen springen in het oog: BARKER, ECCLES, GÖPFERT, GRANIT, HENATSCH,

HOFFMANN, HUFSCHMIDT, ISCH, RANKE, SCHÄFER, SCHALTENBRAND, SCHEIDT, WAGNER.

Om laboratoriumtechnische redenen is de eotonus daarbij nog niet herkend, laat staan dat deze verklaard is. Als toepasbare werkhypothese dient zich aan: de automatische reflexmatige tonusregulatie vindt plaats door middel van de spierspoeltjes als rekreceptoren. Rekprikkels verhogen reflectoir de spanningstoestand van de betreffende musculatuur (stretch-reflex). Hiermee gaat over het betreffende gewricht reflexmatig een tegengestelde beïnvloeding van de antagonisten als verlengingsreactie (lengthening reaction) samen. In dit spel grijpt een ander mechanisme in; het zogenaamde Gamma-Faser-System (G.N.S.). Dit zijn, via extrapyramidale banen vanuit de hersenstam komende, dunne efferente zenuwbanen, die door een kleine (intrafusale) spiervezel in de spoeltjes deze zodanig verstellen dat ze met een hoger rendement werken, alsof ze al passief gerekt worden. Dat leidt ertoe dat ze eerder beginnen met hun reflexactiviteit (dus automatisch) en deze bij minder α -intensiteit (dus cerebrale impulsen) kunnen uitvoeren. Omdat de γ -vezels een spreidingsmodus hebben, die zich verder dan de α -banen uitspreidt, is met de Gamma-activiteit, die overigens slechts functioneert in een wakkere opmerkzame toestand, steeds het hele lichaam betrokken, dat heeft tot gevolg dat de compensatie- en aanpassingsfuncties over het gehele lichaam zijn verdeeld, en reguleert daarmee de coördinatie. Daaraan doet ook de adembeweging mee. Omdat dit slechts een aanpassingsregulatie is, heeft die alleen invloed op een reeds in gang gezette beweging. Dat geldt gewoonlijk alleen voor de ademhaling, die onder niet aflatende medullaire invloed staat. Deze wordt alleen door de γ -activiteit veranderd, en wel, omdat zowel het middenrif als de buikwand worden aangesproken, in de richting van aanpassing en bijstelling van de interactie. Dat drukt zich uit in een flexibele ademhaling, rondom een wat verhoogd middengebied van het sinusritme - waarbij tegelijkertijd een opvangmogelijkheid voor belastende invloeden - bijvoorbeeld een duw op de buikwand - zonder irritatie van de ademhaling is ingesteld. Deze nerveus geschakelde veerkracht van de buikwand simuleert een pneumatische elasticiteit; alsof er lucht onder zit.

Experimenteel is de gamma-activering tot nu toe waargenomen bij prikkelen van de huid (Pinna-reflex bij een dier; aan het oor krabben), dus ook bij omgevingsprikkel. We nemen ze eveneens bij mensen waar onder invloed van huidprikkel, zoals door hydrotherapie, huid borstelen en massage. Dit echter alleen als er daardoor een actieve, al is het misschien een onbewuste, positieve gerichtheid op die prikkel uitgelokt wordt. Vluchtreacties, of het zich bewust afsluiten als controle, blokkeert dit gebeuren, vaak ook al de kritische waarneming en aandacht op zichzelf, waarvan algemeen bekend is dat ze de natuurlijke beweging frustreren.

Deze reacties zijn dus visueel waarneembaar en bovenal tactiel duidelijk en gedifferentieerd te ervaren. Het meest wezenlijke is echter - zeker met betrekking tot punt 3 - de mogelijkheid om over al deze fenomenen van het lichaamsgevoel bewuste controle en sturing te krijgen. Wij menen dit somatisch onderbouwd te zien doordat de afstellingstoestand van het spierspoeltje via het G.N.S. bovendien sensibel registreerbaar is. Daarvoor zou het feit kunnen spreken, dat het spierspoeltje behalve de gemyeliniseerde afferente innervatie voor de rekreflex ook nog met dunne afferente zogenaamde A1-vezels bekleed is, die volgens ISCH naar hogere centra voeren. Over de betekenis van het G.N.S. als psychosomatische schakel is door GLASER reeds met uitgebreide literatuuropgave verslag gedaan in Asklepios nummer 7 juli 1965.

ad.2 Het psychologische aspect

Het op contact gerichte handelen in de psychotactiele therapie is psychologisch verantwoord als het de patiënt in zijn zelfstandigheid en autonomie versterkt.

Dat is enkel uit de uiteenzetting van het somatische aspect op te maken. De eotonus is één van de tonusregulaties van de musculatuur die optimale veerkracht benadert. Door deze veerkracht is de mens niet alleen belastbaar voor mechanische prikkels, hij is - vanwege het verband tussen handeling en de in de voorstelling ervaren actieve

innerlijke toewending daaraan - ook als mens in zijn totaliteit - belastbaarder voor psychische invloeden.

De dan bereikte gesteldheid wordt ondanks de samenhangende ervaring zichtbaar als een zeer complexe gebeurtenis met tegengestelde componenten. De volgende fenomenen komen daarbij tevoorschijn: het gevoel van innerlijke rust, zelfverzekerdheid en autonomie, het weet hebben van wie je bent, met tegelijkertijd een actiebereidheid met alle ontmoetingszin, openheid en verbondenheid tot de wereld. En dit in vrijheid, zonder een gevoel van geketend zijn, vol toewending, zonder zelfopoffering, in staat zich aan te passen en toch mede vormgevend, leven en laten leven, onbaatzuchtig op het belang van de ander gericht en toch met gevoel voor eigenwaarde, ontspannen en vrij en toch vol intensiteit, veilig door het afzien van zelfbescherming, moedig, zonder vrees, zich bewust van de eigen kracht toevertrouwd aan de wereld en tot slot daarmee het liefdevolle Samenzijn volgens BINSWANGER in blijmoedige onverstoorbaarheid realiserend.

Bij in de psychotactiele therapie goed opgebouwd contact ontstaan dus vanzelf gesteldheden die ook op een andere manier te bereiken zouden kunnen zijn, gesteldheden die grenzen aan religieuze aspiratie, onderwerp van psychagogische aanbevelingen, inhoud van meditatie oefeningen. Deze bloot te leggen is het streven van psychoanalytisch werk.

De toewending is de meest significante werkende kracht van deze handelwijze. Hoeveel makkelijker is dit op te roepen wanneer een ander helpt. LUYPEN formuleert het met betrekking tot het onderwijs, "als het zo is zoals het behoort te zijn":

"De liefdevolle toewending van de ander 'veroorzaakt' mijn subjectiviteit, in zo ver als de ander door zijn genegenheid op mysterieuze wijze deelneemt aan mijn subjectiviteit, die ondersteunt en bemoedigt, zodat ik niet meer 'alleen' mijn menszijn schep en mijn bestemming tegemoet treed, maar 'samen' met anderen.

De liefde van de ander geeft mij mezelf.” “Door de kracht van de genegenheid van de leraren is een hindernis niet langer onoverkomelijk, is de leerling ‘de situatie meester’ en is in staat zichzelf te realiseren tot een hoogte die hij nooit had bereikt als hij alleen gelaten was.”

Deze opvatting geldt ook voor de psychotactiele therapie zodat voor leraar therapeut, voor onderwijs therapie en voor leerling patiënt ingevuld kan worden. Als therapeut moet men, zoals SPEER het van de psychotherapeuten verlangt, een dragend contact realiseren, zodat de patiënt zich omvat, geaccepteerd en geborgen kan voelen. Als de feitelijke aanraking door de hand als drager van zo’n contact wordt aangewend, dan wordt de reikwijdte van de gewaarwording zowel in positieve zin versterkt, als ook in negatieve zin zodra er een slechte afstemming in zou sluipen. Daarmee is het gegrond de derde stelling toe te lichten.

ad 3 Scholing en praktijkervaring

Volgens Speer is het dragende contact wel degelijk te onderrichten en aan te leren. Er ontbreken echter praktische instructies. Hier zou nou juist de tastzin kunnen helpen. In de psychotactiele therapie schoolt de therapeut zijn eigen aanwezigheid in wederkerige uitwisseling tot aan zelfverzekerd meesterschap, indien hij de hand als voel - en beïnvloedend zintuig aanwendt. Hij moet aan zichzelf de later toe te passen - de eutonie - opbouw ervaren. Hij moet zelf in staat zijn deze door de eutonie gedragen toewending bij het werken met patiënten te realiseren. Dit zal hem des te makkelijker afaan wanneer hij van zijn kant, geraakt door het lijden van zijn patiënten, niet slechts zakelijk juist, maar zich volledig toegewijd aan zijn genezende taak toewendt tot de mens als persoon, hem meer met zijn ziel omvat, optilt en draagt, dan met zijn handen. Zo’n instelling in het streven naar het voorbij zichzelf tenderen (volgens LERSCH), die we als transsensuS aanduiden, zorgt ervoor dat zijn eigen contact makende lichaamsdelen zich eutonisch aanpassen en dat - vaak al zonder verbale ondersteuning - een adequate gesteldheid van de patiënt wordt opgewekt.

Het fundament van de psychotactiele therapie is het opbouwen van de eunomie.

De structuur van deze opbouw wordt om didactische redenen in verschillende fasen met vloeiende overgangen uitgevoerd en heeft zich tot dusver praktisch bewezen. Bij de meestal liggende patiënt worden de handen indien mogelijk in het lendegebied neergelegd. In deze fase laat zich al een allereerste antwoord (respons) zien. Die wordt bepaald door de huidige uitgangspositie van de patiënt met betrekking tot een aanraking. De tonus van de musculatuur onder de huid geeft uitsluitsel over de manier waarop de patiënt zijn lichaamsschema vormgeeft: bij een verhoogde prikkelbaarheid van de reflexen is het teruggetrokken, kleiner dan het lichaam, dus ver binnen de huid; als de spieren hard worden, gepantserd, kapselt het zich in onder een dikke huid. Reageert de musculatuur futloos, alsof de patiënt door niets wordt geraakt, dan is het lichaamsschema ongeveer congruent met het lijf; de patiënt stelt zijn huid onverschillig gedogend zogenaamd slechts ter beschikking. Ontmoet de hand echter een reeds elastische belastbare of zelfs zoekend tastende musculatuur, dan is dat tot stand gekomen door een lichaamsschema, dat voorbij de lichaamsgrenzen in de ontmoetingsruimte uitgebreid is. De patiënt is van begin af aan vreugdevol ontmoetingsbereid aanwezig, speels toegewend.

Natuurlijk is deze reactievorm van vele factoren afhankelijk, niet in de laatste zin van de gewoonte van de patiënt en therapeut. En toch is ze toegankelijk voor de bewuste beïnvloeding; deze wijze van instellen kan op oproep ingenomen en afgewisseld worden. Daarbij is het niet-contact makende gedrag, dus zich terugtrekken, afweer en beheerst toelaten, zondermeer cerebraal, dus willekeurig bestuurbaar. Bij de ontmoetingsvormen, die immers het voorbij zichzelf naar buiten tenderen vereisen, moet het voorstellingsvermogen aangesproken worden.

Deze daarvoor in de eerste plaats noodzakelijke verbale instructie leidt tot de resonantie-fase. De patiënt wordt uitgenodigd zijn lichaamsschema eerst tot het gebied van de hand, en dan stapsgewijs verder langs de aanrakende arm zodanig uit

te breiden, dat hij (analoog aan het proces van het zien) als het ware met het voelen adapterend, daar naartoe “kijkt”. Dit fenomeen is herkenbaar aan een onder de hand zachter worden van de musculatuur en nog zachter in de richting van de zich naar de aanrakende hand richtende ademhaling. De therapeut kan (vreemd genoeg), waarschijnlijk door de tonusverandering teweeg gebracht, subjectief in zijn eigen arm voelen of dit fenomeen al dan niet heeft plaats gevonden, en zijn correctie aan brengen.

De overgang gaat vloeiend verder naar de diepe-resonantie-fase, als de patiënt in staat is zijn lichaamsschema ook tot en met de therapeut zodanig uit te breiden dat hij hem gevoelsmatig in zijn totale wezen opneemt. Dit wederzijdse in het gevoel aangesproken zijn leidt tot empathie (het innerlijk deel hebben aan), dat zichtbaar wordt door een zich onbewuste afstemmende ademsynchronisatie tussen patiënt en therapeut. Toets: een lichte druk in het toegewende deel (meestal lumbaal) wordt niet ontweken, bij een sterkere druk bezwijkt de instelling. Belasten is dus nog niet mogelijk.

De overgang gaat vloeiend verder naar de reciprotonus-fase als de patiënt het tot dusver verworven gevoel van verbinding met de therapeut niet alleen als verschijningsvorm gewaar wordt, maar ook de bijbehorende levendigheid toelaat en erkent, het verworven gevoel van verbinding dus ook in zijn levendigheid van kracht laat zijn.

Fenomenologisch drukt dit zich hierin uit, dat het tegemoetkomende verruimen tijdens de inademing ook bestand is tegen een hogere belasting. Bij het uitademen (dus bij verminderde eigen activiteit) wordt de sterkere invloed van de ander nog meer toegelaten. En toch ontwikkelt zich in deze fase het gevoel van belastbaarheid bij de patiënt en van de betere mogelijkheid tot doseren bij de therapeut.

Bij verende druk bouwt de overgang naar de eutonie zich makkelijker op. De stemming ligt vast; de constellatie die hierboven beschreven is, is ingesteld; belasten is zonder de ademhaling te hinderen mogelijk, de mogelijkheid tot opvangen blijft

tijdens elke ademfase hetzelfde. Deze toestand wordt zelfs door patiënten als vanzelfsprekend en natuurlijk ervaren. De verwondering dient zich pas aan als er uitgenodigd wordt het gevoel van verbondenheid los te laten en zich te isoleren. De kwetsbaarheid komt weer op zeer indrukwekkende wijze tevoorschijn.

In dit oproepen en terugnemen ontwikkelt zich in de patiënt echter pas het besef dat hij zelf de staat van eotonie vorm geeft en niet de therapeut, die hem daarbij slechts behulpzaam is.

Om de zekerheid van de omgang hiermee te versterken moet de therapeut overstappen naar een andere vormen van verbinding maken. Het is het meest eenvoudig als hij andere participanten erbij kan betrekken, om van een amphi-eotonie (op twee betrekking hebbend) naar een amphi-eotonie (betrekking hebbend op meerderen) over te stappen (bijvoorbeeld andere medewerkers, echtgenoten of opleidingsgroepen). De speelse opvangmogelijkheid ten opzichte van veel wisselende vormen van belasting is elke keer weer een echt plezierig gebeuren. Als deze praktische uitbreiding van partnerbetrekkingen niet mogelijk is, dan moet bij de patiënt de gevoelszekerheid van de sfeer zodanig geconsolideerd worden dat hij deze mee naar buiten kan nemen, om zo de wereld tegemoet te treden, vanuit dezelfde zekerheid als tegenover de therapeut.

Het indicatiegebied van de psychotactiele therapie is breed omdat er een toestand wordt opgeroepen van belastbaarheid, die geschikt is het vermogen tot herstel in geval van ziekte te verbeteren. Zelfs de fysiotherapeut die scholing van de psychotactiele therapie doorlopen heeft, wordt meelevender, afgestemder en voelt zich (naar het schijnt) zekerder in de manuele therapie, hij beïnvloedt immers in grote mate de patiënt met zijn eigen elasticiteit, zodat deze eerder geneigd is zich adequaat af te stemmen. De psychotactiele therapie kan dus toegevoegd worden aan andere manuele technieken en deze zo verbeteren (oplossen van spanning, stijfheid, musculair bepaalde pijntoestanden, functionele spastische toestanden, compensaties van verlammingen, verstoringen in de coördinatie).

Het meest uitgebreide indicatiegebied zouden de psychosomatische stoornissen kunnen zijn, daar de psychotactiele therapie immers bewust in dit gebied opereert (hypertone en hypotone reactiepatronen, vegetatieve dystonie, verkeerde neurotische houdingen, in zoverre de patiënten aanspreekbaar zijn op contact en een zekere intelligentie bezitten [met kinderen speelt men contact makend] astmatische toestanden en andere vegetatieve spasmen).

Daarmee schaart de psychotactiele therapie zich aan de zijde van de systematische werkmethode van de psychotherapie. Hoewel ze zich richt op een autonoom in te nemen gedragswijze, onderscheidt ze zich wezenlijk van andere autogene werkwijzen, zoals I.H. SCHULZ's "Autogene training", JACOBSONS "Progressieve relaxatie", ALEXANDER's "Eutone bewegingsleer", de "yoga" e.a., doordat ze door de oriëntatie op het "jij" en de wederkerigheid het "existentiële zijn" vorm tracht te geven. Psychotische stoornissen en perversies, die zich in ontkennen van contact of overduidelijke misverstanden laten zien, zijn met een eenvoudige eutoniepouw niet behandelbaar, ze kunnen duidelijke contra indicaties vormen.

Samenvatting

Er wordt verslag gedaan van een methodiek, die de mogelijkheden van spiertonusregulatie door de aanraking (de tactus) verbonden met het voorstellingsvermogen als hulpmiddel therapeutisch benut. Ze wordt aangeduid als psychotactiele therapie volgens GLASER-VELDMAN. De kern van de behandeling is de eutoniepouw. Eutonie is de meest optimale nerveus beïnvloede mate van elasticiteit van de musculatuur, die alleen maar in een contactsituatie gerealiseerd kan worden. Deze gedragswijze kan bij de patiënt in de omgang met de therapeut onder tactiele controle opgeroepen worden en naar autogeen beheer worden overgebracht. Het daardoor beter aankunnen van fysieke en psychische belasting bevordert de zelfverzekerdheid en autonomie van de patiënten en geeft hen tegelijkertijd meer aanpassingsvermogen en souplesse. De scholing in deze therapievorm verbetert de manuele techniek van fysiotherapeuten op al hun

indicatiegebieden. In de psychagogiek en psychotherapie heeft de psychotactiele therapie zich als een bruikbare systematische werkmethode bewezen.

Literatuur

ALEXANDER, G.: Eutonie, Haug 1964

BECKER, H.: Auslösung und Bewußtwerdung von Leibesempfindungen, Dtsch. med. Journal 9, 11 (1958)

BINSWANGER, L.: Grundformen und Erkenntnisse menschlichen Daseins, Reinhardt 1962

BUYTENDIJK, F.J.J.: Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung, Springer 1956

GLASER, V.: Die Bedeutung der Variationen im Ablauf der Atembewegungen, Ärztl. Forschung 3-6 1948

GROEN, J., J. PRICK, H. FABER: Psychosomatik, Geneeskunde en mensbeschouwing, Scheltema en Holkema 1953

JACOBSON, E.: Progressive relaxation, Chicago 1929

LERSCH, P.: Aufbau der person, Barth 1956

LUYPEN, W.: Existentiële fenomenologie, Spectrum 1964

MAEDER, A.: Der Psychotherapeut als Partner, Rascher V, 57

POECK, K.: Über die Entwicklung des Körperschemas, Fortschritt der Neurologie und Psychiatrie 32, 538 (1964)

SCHULZ, I H.: Das autogene Training, Thieme 1950

SPEER, E.: Die Liebesfähigkeit, Lehmann 1953

TOCHTERMANN, W.: Der Arzt als Arznei, Dustri Verlag 1955

Adressen van de auteurs: Dr. med. Volkmar GLASER, 729 Freudenstadt, Straßburger Straße 25; Frans VELDMAN, Physiotherapeutisches Institut, Berg en Dalseweg 124, Nijmegen, Nederlande

Vanuit het Duits vertaald door Suzan Lucas

Lid VVH-Literatuurgroep

Physikalische Medizin und Rehabilitation

HAEMOSTYPTICUM Revici

hilft spontan bei

Blutungen, Schock, traumatischen Schmerzen

HAEMOSTYPTICUM-REVICI bewirkt infolge seiner neuartigen Eigenschaften eine sofortige Normalisierung im verletzten Gewebe nach operativen Eingriffen, bei Lungen- und Magenblutungen, bei Nieren-, Blasen- oder Darmblutungen jeder Genese, Netzhautblutungen, gynäkologischen Blutungen, Blutergüssen, Sportverletzungen, bei Unfällen im Betrieb, im Straßenverkehr und zur Prophylaxe.

REVICI-KAPSEL, 6 Kapseln DM 3,50
REVICI-ORAL, Flasche zu 20 ccm DM 1,45
REVICI-INJEKTION, 3 Ampullen zu 5 ccm DM 6,10
Klinikpackungen

Die moderne Erste Hilfe bei allen blutenden und schmerzenden Verletzungen

Bestellschein: Erbittle Schrifttum u. Muster von HAEMOSTYPTICUM-REVICI

(persönliche Unterschrift des Arztes und Stempel erbeten!)

PMR

SCHWARZHAUPT · KÖLN

Aus dem Inhalt:

Arzt und Presse

Deich

Hintergründe und Gründe der Therapie

Glycoside: Orzechowski

Manuelle Therapie: Glaser, Asdonk

Inhaltsverzeichnis

Bewährte Therapeutika	II
Aus der Statistik	IV
Aktuelle Rechtsfragen für Praxisinhaber	VI
Orzechowski , Quantitative Unterschiede bestimmen die differentialtherapeutische Bedeutung der Herzglykoside	215
Deich , Gesundheitserziehung und Presse	217
Glaser-Veldmann , Die psychotactile Therapie nach Glaser-Veldmann	221
Asdonk , Chirotherapie und Bindegewebe	225
Schwarz , Präventive Behandlung des WS-Syndroms	229
Sander , Welche Beziehungen bestehen zwischen den Colibakterien des Darmes und seinem Redox-Potential? (Erfahrungen aus der Praxis)	230
Buchbesprechungen	233
Aus dem Verbandsleben	235
Referate	235
Titelliste	236

ML Verlag

Medizinisch-Literarischer Verlag

311 Uelzen

Postfach 120/140, Tel. 0581/2357

**Uelzen
4R7775E**

Phys. Med. u. Reh.

ihnen beispielsweise ewige Jugend verspricht. Ich habe das Wort „Illustrierten-Medizin“ bereut oder besser: Ich bekenne mich schuldig, die rühmlichen Ausnahmen nicht genannt zu haben. Die Zeitschrift KRISTALL möchte ich in diesem Zusammenhang nicht erwähnen, um nicht in den Verdacht zu geraten, ich würde für einen Konzern Schleichwerbung treiben. Die große Ausnahme, die ich meine, ist der STERN. Er hat am 16. Januar 1966 in Nr. 3 ein „Journal für Ihre Gesundheit“ herausgebracht, das vorbildlich genannt werden muß, auch wenn es eine Anzeige für „Filatows biogene Stimulatoren“ bringt, von deren Existenz ich ebenso wenig überzeugt bin wie von dem Wissenschaftlichen Institut in Vaduz, in welchem die biogenen Stimulatoren erforscht werden sollen.

Das Gesundheitsmagazin im STERN ist in seiner Art völlig neu. Es ist seriös und dennoch nicht langweilig. Das sage ich hier keineswegs deswegen, weil das Vorstandsmitglied ihres Zentralverbandes und der heutige Tagungsleiter, Kollege OELZE, an diesem Heft mitgewirkt hat. Das Hauptverdienst an diesem Heft gebührt wohl den Medizin-Journalisten Günter Dahl und Klaus Lembke. Ich weiß, wie schwer es ist, ein solches Gesundheitsbrevier zusammenzustellen und dafür die richtigen Mitarbeiter zu finden, da ich selbst einmal vor vielen Jahren ein solches Heft versucht habe. Oskar Graf von BOTHMER, ein früherer Diplomat, gab damals eine illustrierte Zeitschrift DAS FENSTER heraus, eine Zeitschrift, die nicht florierte, weil Graf Bothmer den üblichen Sex- und Crime-Rummel nicht mitmachen wollte. Er gab mir den Auftrag, ein Heft der Gesundheitsvorsorge zu widmen. Es gab ein Tauziehen zwischen mir und dem mir sonst recht sympathischen Herausgeber, dessen Herz aber zu sehr an Außenseiter-Methoden hing. Das Ergebnis dieses Zweikampfes ist ein historisches Dokument zweifelhaften Ranges.

Ich möchte mich nicht weiter über Beispiele aus der Zeitschriften-Branche auslassen. Sondern zum Schluß kurz und bündig erklären, daß das Fernsehen der Presse in bezug auf die Gesundheitserziehung haushoch überlegen ist. Ich habe zusammen mit Dr. Georg MUNCK, Arzt und Filmproduzent, für das Zweite Deutsche Fernsehen eine 45-Minuten-Sendung gemacht, in der wir gezeigt haben, daß der Mensch ein Geh- und kein Sitztier ist. Wir haben einen Teil des Filmes in Ohlstadt mit Peter BECKMANN als Initiator der internistischen Übungsbehandlung gedreht, und wir hatten damit den schönsten Erfolg, abzulesen an der Testzahl der Zuschauer, die sich eingeschaltet hatten. Es waren einige Millionen. Noch heute werde ich auf diese Sendung angesprochen, dann nämlich, wenn ich einmal mit dem Lift fahre. Ich hatte nämlich

in der Sendung gesagt, daß das Treppensteigen gesund ist, und daß der Fahrstuhl für Alte und Kranke, aber nicht für gesunde Menschen geschaffen wurde.

Das Echo war gewaltig. Es war unmöglich, alle Briefe zu beantworten. Die größte Freude machte mir eine Mitteilung von der Zentrale des Zweiten Deutschen Fernsehen, die Sport- und Turnvereine hätten einige Tausend neue Mitglieder bekommen. Es gibt vielleicht wirklich so etwas wie eine Gesundheitswelle, genau weiß ich es nicht. Es wird wieder gewandert. Es treiben heute mehr alte Leute Sport als noch vor zehn Jahren, obwohl ich mit keinen Zahlen aufwarten kann. Es wird mehr geschwommen, aber es müßten noch viel mehr öffentliche Schwimmbäder errichtet werden.

Diesen Erfolgen steht die bittere Erkenntnis gegenüber, daß ich mit der mir zur Verfügung stehenden Presse nicht erreicht habe, daß die Frauen fußgerechte Schuhe tragen. Selbst in meiner eigenen Familie habe ich mit meinem Kampf gegen die spitzen Schuhe und die hohen Absätze elend Schiffbruch erlitten. Die Mode war stärker als meine Feder, die manchmal mindestens so spitz war wie die Schuhe der Frauen.

An der großen Gesundheitswelle des Jahrhunderts hat die Presse den geringsten Anteil. Das hat der Sport gemacht. Auch der Wille zur Sauberkeit, der zu Beginn des vorigen Jahrhunderts einsetzte und welcher die Seuchen vor der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert KOCH wegschwemmten, war die Presse nicht beteiligt, sondern das war allein das Verdienst der Seife, die auf einmal durch ein billiges Verfahren jedem zugänglich war.

Ich weiß nicht, ob ich durch meine Kampagne gegen das unsinnige und maßlose Zigarettenrauchen auch nur einen einzigen Menschen auf den richtigen Weg gebracht habe. Man kann das nicht wissen, die Leute schreiben einem ja nur, wenn ihnen etwas nicht paßt. Aber selbst dann, wenn sich keiner finden sollte, der auf Grund meiner Artikel das Rauchen aufgegeben hat, ich werde es nie aufgeben, gegen das Rauchen zu schreiben. Und ich werde auch nicht aufhören, zu schreiben, daß die Ärzte mit gutem Beispiel voranzugehen haben. Der Erfolg der Pressearbeit an der gesundheitlichen Aufklärung bleibt verständlicher Weise verborgen. Ich halte es also mit meinem Missionar: Und wenn ich nur einem einzigen Menschen geholfen habe, so bin ich zufrieden, denn – meine Freunde – wißt ihr, was eine Seele wert ist? Eine Seele, daß heißt ein gesunder Mensch ist mehr wert als alle Güter dieser Erde. Was bedeutet das? Der Wert der Gesundheit ist an irdischen Maßstäben nicht zu messen.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Friedrich DEICH, Wissenschaftlicher Redakteur, 2 Hamburg 67, Birkenredder 2

Die psycho-tactile Therapie nach Glaser-Veldman

Von V. Glaser und F. Veldman *)

Es liegt im Aufgabenkreis ärztlicher Tätigkeit, diagnostisch und therapeutisch die Hand anzulegen, „tactil“ vorzugehen, also in des Wortes rechter Bedeutung zu behandeln. Neben sachlich-objektiven Befunden beim tactilen Vorgehen erfährt der Therapeut aus der Reaktion des Patienten auf diese tactile Annäherung auch Wesentliches darüber, wie und ob dieser sich als Person ebenfalls „berührt“ fühlt. Selbst im therapeutischen Akt läßt der Arzt je nach dem Grade seines eigenen emotionellen Engagements die Wirkung seiner eigenen Persönlichkeit beruhigend, tröstend oder ermunternd mit durch die Hand fließen.

Dieser Kontaktvorgang ist ein wesentliches Agens für die

Gesundung. Dem guten Arzt ist dies unbewußt und wird von ihm instinktsicher dirigiert.

In der Psychotherapie ist man sich des Wertes des Kontaktes bereits deutlicher bewußt, obwohl dort der begriffliche Zusammenhang mit dem „Tactus“ als leiblichem Berührungsvorgang kaum mehr erkennbar ist. (Kontaktpsychologie SPEERs, Der Psychotherapeut als Partner [MAEDER], Der Arzt als Arznei [TOCHTERMANN] u. a.)

Die rein somatischen Phänomene sowohl des tactilen wie des verbalen Kontaktvorganges haben bisher nur ungenügende Darlegungen gefunden.

Wie dem Psychotherapeuten der tactile Kontakt als ein gefährliches Niemandsland erscheint, das er besser nicht be-

*) nach einem Vortrag und Kurs beim 31. Kongreß für Naturheilverfahren im September 1966 in Freudenstadt.

treten sollte, so wird umgekehrt der von Berufs wegen tactil vorgehende Physiotherapeut vorerst mit Recht gewarnt, in das Zwischenland zum Reich der Psyche einzutreten. Man fordert von ihm emotionelle Distanz, weil die psychologischen Phänomene des Kontaktes noch dunkel sind.

Dieses Niemandsland zu erforschen und begehbar zu machen, ist das Anliegen der Autoren.

Im Laufe von sechsjähriger gemeinsamer Forschung ergab sich eine durchaus brauchbare, ja empfehlenswerte Möglichkeit, das kontaktende Verhalten innerhalb des tactilen Vorgehens therapeutisch zu nützen. Sie ist seit drei Jahren unter der Bezeichnung „psycho-tactile Therapie“ nach GLASER-VELDMAN in Holland zu einer lehrbaren Methodik systematisiert worden. Darüber soll hier berichtet werden.

Die Durchführung einer solchen Therapieform ist an einige unabdingbare Prämissen gebunden:

1. Der Wert des kontaktenden Verhaltens muß somatisch offensichtlich sein und für den Patienten einen Gesundheitswert repräsentieren. (Somatischer Aspekt.)
2. Es muß psychologisch gerechtfertigt sein. (Psychologischer Aspekt.)
3. Der Vorgang muß der bewußten Kontrolle und Steuerung unterstehen, d. h., er darf nicht an den Therapeuten gebunden bleiben. (Schulung und Praxis.)

Ad.1. Somatischer Aspekt.

Beide Autoren basieren auf der manuellen Therapie, GLASER ursprünglich dabei ausgerichtet auf die Atemführung. Ihr Ansatzpunkt ist also somatisch. In dieser Arbeit wurden psycho-somatische Phänomene offenbar, die in der Tonusänderung der quergestreiften Muskulatur zum Ausdruck kommen und folgende Zusammenhänge erkennen ließen:

Kontraktionsvorstellungen, also Zusammenziehungstendenzen, gehen einher mit Verhärtung der Muskulatur und Einengung der Beweglichkeit. Dehnungsvorstellungen, also Weitungstendenzen verbessern die Elastizität der Muskulatur und fördern die Koordination der Bewegungen. Sinngemäß verbunden damit ist:

Kontraktionsvorstellungen sind psychologisch auf die eigene Person bezogen,

Dehnvorstellungen auf das Draußen bezogen.

Wir wählten für diesen psychologischen Vorgang des Über-sich-hinaus-Spürens den Begriff „Transsensu“. Ihm entspricht als Bewegungscharakteristik das Entgegenstrecken (Obtentus).

Während an der Verwirklichung einer Kontraktionsvorstellung einzelne genau bezeichnbare Muskeln beteiligt sind, ist bei der Realisierung des Dehnvorganges der Anteil der als Antagonisten kontrahierten Muskeln umfassender und tritt bewußtseinsmäßig in den Hintergrund.

Für Sport und Gymnastik hat sich dieser Akzent auf die Dehnvorstellungen, also Kontaktaufnahme, bereits dienlicher erwiesen als Kontraktionsvorstellungen, z. B. Umgang mit Ball und anderen Geräten, Partnerübungen, Zielvorstellung u. ä. (siehe GLASER-HOLLER: *Sinnvolle Gymnastik durch aktives Dehnen*, Helfer Verlag, 1966).

Die Beachtung der Dehnung erweckt das Körpergefühl (BECKER), auf Grund dessen sich ein Empfindungsbild der eigenen Leibesbegrenzung konstituiert, das sogenannte Körperschema. Es muß durchaus nicht identisch sein mit der tatsächlichen Körperform.

Die Elastizität der Muskulatur verbessert sich in dem Maße, wie das Körperschema als über die leiblichen Grenzen hinaus ausgeweitet empfunden wird. Ein an sich natürlicher Vorgang beim tätigen Umgang mit der Umwelt, der ein eigentümliches Pendant hat in der aktiven Gestaltung eines Phantomgliedes beim Amputierten, mit Hilfe dessen er so selbstverständlich mit der Prothese umgehen kann, als sei

sie mit ihm verwachsen (POECK). Der Mensch bildet in diesem Sinne virtuelle Glieder, wenn er sein Tastvermögen wie ein Blinder durch den Stock verlängert, wenn er sein Körperschema um den Stuhl ausweitet, den er behutsam durch die Türe lanciert, wenn er seinen Wagen fühlbar an den Bordstein dirigiert. Überall ist diese Ausweitung mit einem allgemeinen koordinativen Ausgleich des gesamten Körpers auf diese Tätigkeit verbunden. Daran haben auch die Atembewegungen Anteil.

Überbrückt diese Weitungstendenz den tatsächlich tactil erfassbaren Raum, indem wir uns nur spürsam in den sogenannten haptischen Raum ausweiten, so nehmen wir virtuellen Kontakt auf, umfassen den anderen nur im Geiste oder nehmen ihn in unsere Atmosphäre auf, erfüllen den Raum um uns gleichsam mit Leben. Diese Form der Kontaktnahme ist die in der Psychogik und Psychotherapie gebräuchliche Form. SPEER möchte sie am liebsten als „Bewegung im Raume“ verständlich machen, doch findet sich nirgends ein deutlicher Hinweis auf die faktisch daran beteiligten Tonusänderungen, zum allerwenigsten am Atemapparat, der nach BUYTENDIJK und GROEN doch ein so deutliches Abbild des Gemütslebens ist. An den Atembewegungen läßt sich Art und Ausmaß kontaktenden Verhaltens besonders differenziert ablesen (GLASER) und auch ertasten, und dies vornehmlich am Abdomen, wegen seiner muskulären Besonderheit im Antagonismus zwischen Zwerchfell und Bauchdecken.

Hier läßt sich relativ einfach das Phänomen des Eutonus, der bestmöglichen Tonisierung, einstellen. Dieses Phänomen wurde noch nicht in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben, verständlicherweise, da es nach unseren Beobachtungen nur mit einem Kontaktvorgang verbunden vorkommt, und dieser kaum bei muskelphysiologischen Untersuchungen vorhanden ist. Man findet ihn allenfalls beim begegnungsfreudigen Kleinkind. Auf eines solchen Bauch kann man, ohne Abwehrreaktionen zu befürchten, vergnüglich klopfen; er bleibt federnd, elastisch und ertragsfähig.

Beim Erwachsenen hat man – üblicherweise – diesen begegnungsfreudigen Zustand erst aufzurufen, um eine ähnliche Elastizität zu erzeugen. Gelingt dies, dann ist aber auch gleichzeitig eine bessere Belastungsfähigkeit des gesamten Körpers angebahnt. Die Glieder bewegen sich leichter, passen sich geschmeidig einer Führung an und vermögen – verwunderlicherweise – etwa bei Partnerübungen der Arme ebenso bündig angepaßt die Führung zu übernehmen. Vorbedingung dazu ist, daß bei beiden die Einstellung des Über-sich-hinaus-Spürens den anderen Arm mit einbezogen hat. Dies läßt sich in der Gruppe – stets mit allgemeinem Erstaunen – beweisbar machen.

Neuerdings hat die moderne Forschung unter Einbeziehung der Kybernetik dafür theoretische Grundlagen bereit gelegt. Die Ergebnisse liegen bisher nicht als Zusammenfassung, sondern nur als Monographien vor. Es ragen heraus die Namen: BARKER, ECCLES, GÖPFERT, GRANIT, HENATSCH, HOFFMANN, HUFSCHEIDT, ISCH, RANKE, SCHÄFER, SCHALTENBRAND, SCHEIDT, WAGNER.

Aus laboratoriumstechnischen Gründen ist dabei der Eutoniezustand noch nicht erkannt worden, geschweige denn zur Erörterung gekommen. Als verwertbare Arbeitshypothese bietet sich an: Die selbsttätige reflektorische Tonussteuerung geschieht mittels der Muskelspindeln als Dehnungsrezeptoren. Dehnungsreize erhöhen reflektorisch den Spannungszustand des betreffenden Muskels (Stretch-Reflex). Ebenso reflektorisch ist über das Segment damit eine entgegengesetzte Beeinflussung der Antagonisten als Verlängerungsreaktion (Lengthening Reaktion) verbunden. In dieses Spiel greift ein weiterer Mechanismus, das sog. Gamma-Faser-System (GNS) ein. Dies sind auf extrapyramidalem Wege vom Hirnstamm kommende dünne, efferente Nervenfasern, die durch einen kleinen (intrafusalen) Muskel innerhalb der Spindeln diese so verstellen, daß sie unter einem höheren Wirkungsgrad arbeiten, also so, als ob sie bereits passiv gedehnt worden seien. Das führt dazu, daß sie ihren Reflexvorgang (also die Automatik) früher einleiten und bei

weniger α -Intensität (also cerebralen Impulsen) durchführen kann. Da die γ -Fasern einen Verteilungsmodus haben, der sie weitgehender als die α -Bahnen auffächert, ist mit Gamma-Aktivität – die übrigens nur in Wachheit funktioniert – stets die Gesamtheit des Körpers betroffen und dadurch die Ausgleichs- und Anpassungsfunktion über den ganzen Körper verteilt, die Koordination eingestellt. Daran hat auch die Atembewegung Anteil. Da es nur eine Reglervorstellung ist, hat diese nur Einfluß auf bereits im Gang befindliche Bewegung. Das trifft üblicherweise nur für die Atmung zu, die unter unerschöpfbaren medullären Impulsen steht. Sie wird durch Gamma-Aktivität nur verändert, und zwar – da sowohl Zwerchfell und Bauchdecken angesprochen sind – in *Richtung auf Ausgleich und Anpassung des Wechselspieles*. Das drückt sich aus als schwingende Atmung um eine etwas erhöhte Mittellage im Sinusrhythmus, wobei gleichzeitig noch eine Abfangfähigkeit für zusätzliche Einflüsse – etwa Stoß auf die Bauchdecken – ohne Atemirritierung eingestellt ist. Diese neural geschaltete Elastizität der Bauchdecken simuliert eine pneumatische Elastizität „als wäre Luft darunter“.

Experimentell wurde die Gamma-Aktivierung bisher beobachtet bei Hautreizen (Pinna-Reflex beim Tier = Reiben am Ohr), also auch Umwelt-Reiz. Wir beobachten sie beim Menschen ebenfalls bei Hautreizen, wie durch Hydrotherapie, Hautbürsten und Massage. Dies aber stets nur dann, wenn dadurch eine aktive – wenn auch vielleicht unbewußte – positive Hinwendung auf das Einwirkende erweckt wird. Fluchtreaktionen oder absichtliches Abschließen als Beherrschung blockiert den Vorgang, oft auch schon die selbstkritische Beobachtung und Aufmerksamkeit, Vorgänge, die ja allgemein bekannt sind als Irritation einer natürlichen Bewegung.

Diese Vorgänge sind also visuell beobachtbar und vor allem tactil deutlich und differenziert empfindbar. Das Wesentlichste aber – vor allem in bezug auf die Praemisse 3 – ist die Möglichkeit, all diese Vorgänge über das Körpergefühl unter Bewußtseinskontrolle und Direktive zu bekommen. Wir glauben dies somatisch darin begründet zu sehen, daß der Einstellungszustand der Muskelspindel über das GNS zusätzlich sensibel erfaßbar ist. Dafür könnte die Tatsache sprechen, daß die Muskelspindel außer der markhaltigen afferenten Nervenversorgung für den Stretch-Reflex noch mit dünnen afferenten sog. AI-Fasern beschickt ist, die nach ISCH zu höheren Zentren führen.

Über die Bedeutung des GNS als psycho-somatisches Bindeglied wurde bereits mit ausführlicher Literaturangabe von GLASER in Asklepios Heft 7, 6. Jahrgang, Juli 1965, berichtet.

Ad 2. Psychologischer Aspekt.

Das kontaktende Verhalten in der Psycho-tactilen Therapie ist dann psychologisch gerechtfertigt, wenn es den Patienten in seiner Selbstsicherheit und Eigenständigkeit bestärkt.

Das ist allein aus den Darlegungen des somatischen Aspektes zu entnehmen. Der Etonus ist eine der idealen Elastizität nahekommende Tonusregelung der Muskulatur. Durch diese Elastizität ist der Mensch nicht nur in bezug auf mechanische Einwirkungen abfangfähig, sondern er ist – wegen der Bindung des Vorganges an die Vorstellung einer aktiven seelischen Hinwendung – auch als Gesamtpersönlichkeit abdefensungsfähiger gegenüber Einwirkungen auf psychischer Ebene. Der dann erreichte Zustand erscheint trotz der Einheitlichkeit des Erlebens als ein sehr komplexes Geschehnis mit diame-tralen Komponenten. Folgende Phänomene tauchen darin auf: Bei dem Gefühl innerer Ruhe, Selbstsicherheit und Eigenständigkeit, beim Wissen um das Selbst-Sein ist zugleich vorhanden eine Bereitschaft zum Tun mit aller Begegnungsfreudigkeit, Offenheit und Verbundenheit zur Welt. Und dies in Freiheit, ohne Kettungsgefühl, voller Hinwendung, ohne Selbstaufgabe, anpassungsfähig und doch mit-gestaltend, geltend und geltenlassend, selbstlos auf die Be-lange des anderen gerichtet und doch im eigenen Wert-gefühle stehend, gelöst und doch voll Spannkraft, geschützt

durch den Verzicht auf Selbstschutz, mutig, ohne Angst, im Bewußtsein eigener Kraft der Welt anheim gegeben und damit letztendlich das „liebende Miteinandersein“ nach BINSWANGER in freudiger Gelassenheit verwirklichend.

Es erwachsen also bei gut aufgebautem Kontakt in der psychotactilen Therapie von selbst solche Zustandsformen, die auf anderem Wege zu erreichen ein Anliegen religiöser Strebungen, Aufgabe psychagogischer Empfehlungen, Inhalt meditativer Übungen sein mögen. Sie freizulegen ist das Bemühen psychoanalytischer Arbeit.

Die „Hinwendung“ ist das bedeutsamste Agens dieser Verhaltensweisen. Wieviel leichter ist sie aufzurufen, wenn ein Partner Hilfestellung gibt. LUYPEN drückt es in bezug auf die Erziehung aus, „wenn sie so ist, wie sie sein soll“:

„Die liebevolle Zuwendung des anderen ‚bewirkt‘ meine Subjektivität, soweit der andere durch seine Zuneigung auf eine geheimnisvolle Weise an meiner Subjektivität teilnimmt, diese unterstützt und begünstigt, so daß ich nicht mehr ‚allein‘ mein Menschsein entwerfe und meiner Bestimmung entgegenrete, sondern ‚zusammen‘ mit anderen. Die Liebe des anderen gibt mich mir selbst.“ „Durch die ‚Kraft der Zuneigung‘ des Erziehers verliert ein Hindernis seine Unüberwindlichkeit, wird der Zögling ‚Herr der Lage‘ und ist imstande, sich selbst zu verwirklichen zu einer Höhe, die er nie erreicht hätte, wenn er allein gelassen worden wäre.“

Diese Auffassung gilt auch für die psychotactile Therapie, so daß für Erzieher Therapeut, für Erziehung Therapie und für Zögling Patient gesetzt werden kann. Als Therapeut hat man, wie SPEER es vom Psychotherapeuten fordert, einen „tragen-den Kontakt“ zu verwirklichen, in dem sich der Patient umhüllt, angenommen und geborgen fühlen kann.

Wird die tatsächliche Berührung durch die Hand als Träger der Vermittlung eines solchen Kontaktes eingesetzt, so potenziert sich das Ausmaß der Empfindung sowohl im positiven Sinne, wie auch im negativen, sobald sich Fehleinstellungen einschleichen sollten.

Damit gilt es, die 3. Praemisse zu erörtern.

Schulung und Praxis

Nach SPEER ist der tragende Kontakt durchaus lehrbar und lernbar. Nur fehlen dort praktische Anweisungen. Hier würde gerade der Tactus helfen. In der psychotactilen Therapie schult der Therapeut die eigene Einstellung im gegenseitigen Austausch bis zur selbstsicheren Beherrschung der Modalitäten, indem er die Hand als Empfindungs- und Wirkorgan einsetzt. Er hat an sich selbst den späterhin zu praktizierenden Etonie-Aufbau zu erleben. Er muß selbst in der Lage sein, bei der Beschäftigung mit dem Patienten diese eutonietragene Hinwendung zu realisieren. Es wird ihm dies um so leichter gelingen, wenn er sich seinerseits – angerührt von der Leidenssituation des Patienten – nicht nur sachlich richtig, sondern voll hingegen an seine heilerische Aufgabe dem Menschen als Persönlichkeit zuwendet, ihn mehr mit seiner Seele umfaßt, erhebt und trägt, denn mit seinen Händen. Eine solche Einstellung in der Strebung des Über-sich-hinaus-Tendierens (nach LERSCH), die wir als Transsens-sus bezeichneten, bewirkt, daß seine eigenen kontaktenden Glieder sich eutonisch anpassen und – oft schon ohne verbale Unterstützung induzierend – einen adäquaten Zustand im Patienten anregen.

Grundstock der psychotactilen Therapie ist der Etonie-Aufbau.

Die Gliederung dieses Aufbaues in einzelne Phasen mit fließenden Übergängen wurde aus didaktischen Gründen vorgenommen und hat sich bisher praktisch bewährt.

Bei dem in der Regel liegenden Patienten werden die Hände

tunlichst im Lendengebiet angelegt. Schon in dieser Phase zeigt sich eine allererste Antwort (Respons). Sie ist bestimmt durch die gegenwärtige Ausgangslage des Patienten in bezug auf eine Berührung. Der Spannungsgrad der Muskulatur unter der Haut gibt Aufschluß darüber, wie der Patient sein Körperschema gestaltet: Bei erhöhter Reflexerregbarkeit ist es in sich hineingezogen, kleiner als der Leib, also weit innerhalb der Haut; wird die Muskulatur hart, wie abgepanzert, verkapselt es sich unter Dickfelligkeit. Ist die Muskulatur reaktionsträge, als sei der Patient durch nichts berührt, so ist das Körperschema etwa deckungsgleich mit dem Leib; der Patient stellt seine Haut indifferent zulassend gleichsam nur zur Verfügung. Begegnet die Hand aber bereits einer elastischen, abgangsfähigen oder gar sich anschmiegenden Muskulatur, so wäre dies veranlaßt durch ein Körperschema, das über die Leibesgrenzen hinaus in den Begegnungsraum geweitet ist. Der Patient ist bereits von Anbeginn an begegnungsfreudig daseiend, spielbereit hingewendet.

Natürlich ist diese Reaktionsform von vielerlei Faktoren abhängig, nicht zuletzt vom Habitus des Patienten und dem des Therapeuten. Und doch ist sie der bewußten Direktive zugänglich; diese Einstellungsformen können auf Aufforderung eingenommen und abgewandelt werden. Dabei sind die nicht kontaktenden Verhaltensweisen, also Sich-zurückziehen, Abwehren und beherrscht Zulassen, ohne weiteres *cerebral, also willkürlich steuerbar. Bei den Begegnungsformen, die ja das Über-sich-hinaus-Spüren (Transsensu) bedingen, muß die Vorstellungsbildung angesprochen werden.*

Dieses dafür zumeist erforderliche verbale Vorgehen leitet über zur Resonanz-Phase. Der Patient wird aufgefordert, sein Körperschema erst um den Betrag der Hand, und dann stufenweise weiter entlang des berührenden Armes in der Weise auszuweiten, daß er (analog zum Sehvorgang), gleichsam mit dem Fühlen adaptierend, dorthin blickt. Dieser Vorgang ist erkennbar an einem Weicher-Werden der Muskulatur unter der Hand und weicherer in Richtung auf die berührende Hand hintendierender Atmung. Wahrscheinlich durch diese Tonusänderung induziert, ist es dem Therapeuten (eigentümlicherweise) möglich, subjektiv in seinem eigenen Arme zu fühlen, ob die Vorstellung realisiert worden ist oder nicht, und seine Korrektur anzusetzen.

Der Übergang geht fließend weiter zur Tiefen-Resonanz-Phase, wenn es dem Patienten möglich ist, sein Körperschema auch auf den Therapeuten so auszuweiten, daß er ihn empfindungsmäßig in seiner gesamten Gestalt erfährt. Das gegenseitige Angesprochen-Sein führt zur Empathie (dem inneren Mitmachen), das seinen Ausdruck findet in einer unbewußt sich einstellenden Atem-Synchronität zwischen Patient und Therapeut. Prüfung: Einem leichten Druck im zugewendeten Teil (meist lumbal) wird nicht ausgewichen, bei einem stärkeren Druck bricht die Einstellung zusammen. Belastung ist also noch nicht möglich.

Fließender Übergang zur Reziprotonie-Phase, wenn der Patient das bisher erlangte Bezugsgefühl zum Therapeuten nicht nur gestaltmäßig wahrzunehmen glaubt, sondern ihm auch die dazugehörnde Lebendigkeit zugestehen kann, ihn also in seiner Lebendigkeit gelten läßt.

Phänomenologisch drückt sich dies darin aus, daß das Entgegenweiten während der Einatmung auch einer stärkeren Belastung standhält. Im Ausatmen (also bei verminderter Eigenaktivität) gibt es der stärkeren Einwirkung des anderen noch nach. Und doch entwickelt sich in dieser Phase das Gefühl für Abgangsfähigkeit beim Patienten und der besseren Dosierungsmöglichkeit beim Therapeuten.

Bei federndem Druck baut sich leichter der Übergang zur

Eutonie auf. Die Atmosphäre steht; es ist die Zustandsform eingestellt, die oben beschrieben wurde; Belastung ist ohne Irritierung der Atmung möglich, die Abfederung bleibt in jeder Atemphase gleich. Dieser Zustand wird selbst vom Patienten als selbstverständlich und natürlich empfunden. Das Erstaunen keimt erst auf, wenn aufgefordert wird, das Verbundenheitsgefühl wieder aufzugeben und sich zu „ver-einzeln“. Sehr eindrucksvoll tritt die Empfindlichkeit wieder auf.

In diesem Aufrufen und Zurücknehmen entfaltet sich aber erst im Patienten die Erkenntnis, daß „er selbst“ den Eutoniezustand gestaltet und nicht der Therapeut, der ihm dazu nur Hilfestellung gibt.

Um die Sicherheit des Umganges damit zu stärken, muß der Therapeut auf andere Bezugsverhältnisse überleiten. Am einfachsten ist, wenn er Mitbeteiligte hinzuziehen kann, um von einer Amphi-Eutonie (auf zwei bezogene) zu einer Amphi-Eutonie (auf mehrere bezogene) überzuleiten. (Etwa weitere Mitarbeiter, die Ehegatten oder Schulungsgruppen.) Die spielerische Abfederungsfähigkeit gegenüber vielen wechselvollen Belastungen ist jedesmal ein recht vergnügliches Ereignis. Ist diese praktische Ausweitung der Partnerschaftsbeziehungen nicht möglich, so muß dem Patienten die Gefühlsgewißheit der Atmosphäre so gefestigt werden, daß dieser sie mit hinausnehmen kann, um sie der Welt entgegenzutragen, in gleicher Sicherheit wie gegenüber dem Therapeuten.

Das Indikationsgebiet der psychotactilen Therapie ist weit gespannt, denn es wird ja ein Bewältigungszustand aufgerufen, der geeignet ist, allgemein die Gesundheitsfähigkeit im Krankheitsfalle zu steigern. Selbst der Physiotherapeut, der durch die Schulung der psychotactilen Therapie gegangenen ist, wird einfühlsamer, angepaßter und (wie es scheint) instinktsicherer in der manuellen Therapie, ja er induziert bereits in hohem Maße seine eigene Elastizität dem Patienten, so daß dieser geneigter ist, eine adäquate Einstellung zu verwirklichen. Die psychotactile Therapie kann also auf andere manuelle Techniken, sie verbessernd, superponiert werden. (Lösung von Verspannungen, Versteifungen, muskulär bedingten Schmerzzuständen, funktionellen Spastik-Formen, Kompensation von Lähmungen, Koordinationsstörungen.)

Das ausgebreitetste Indikationsgebiet dürften die psychosomatischen Störungen sein, da die psycho-tactile Therapie ja bewußt in diesem Zwischenreich ansetzt. (Hypertone und hypotone Reaktionslagen, vegetative Dystonie, neurotische Fehlhaltungen, soweit die Patienten einer Kontaktansprache zugänglich sind und einen gewissen Intelligenzgrad besitzen [mit Kindern spielt man kontaktend], asthmatische Zustände und andere vegetative Spasmen.)

Damit reiht sich die psychotactile Therapie ein in die organischen Verfahren der Psychotherapie. Obwohl sie auf eine autogen einzunehmende Verhaltensweise abzielt, unterscheidet sie sich von anderen autogenen Praktiken, wie I. H. SCHULTZ's „Autogenes Training“, JACOBSON's „Progressive Relaxation“, ALEXANDER's „Eutone Bewegungsschulung“, dem „Yoga“ u. ä., im wesentlichen dadurch, daß sie durch die Hinwendung auf das Du und die Gegenseitigkeit das existentielle Dasein zu konstituieren trachtet.

Psychotische Störungen und Perversionen, die sich in Kontaktverneinung oder offensichtlichen Fehlinterpretationen kundtun, sind durch den einfachen Eutonieaufbau nicht an-gebar, sie können ausgesprochene Gegenindikationen bilden.

Zusammenfassung

Es wird über eine Methodik berichtet, die die Möglichkeiten der Muskeltonussteuerung durch die Berührung (den Tactus)

in Verbindung mit Vorstellungsbildung therapeutisch nützt. Sie wird bezeichnet als psychotactile Therapie nach GLASER-VELDMAN. Kernstück der Behandlung ist der Etonie-Aufbau. Etonie ist der bestmögliche neural geschaltete Elastizitätsgrad der Muskulatur, der nur in einer Kontaktsituation verwirklicht werden kann. Diese Verhaltensweise kann beim Patienten unter tactiler Kontrolle gegenüber dem Therapeuten aufgerufen und in autogene Leitung überführt werden. Die dadurch gesteigerte Bewältigungsmöglichkeit physischer und psychischer Belastungen fördert die Selbstsicherheit und Eigenständigkeit des Patienten und macht ihn zugleich anpassungsfähiger und geschmeidiger. Die Schulung in dieser Therapieform verbessert die manuelle Technik des Physiotherapeuten auf all seinen Indikationsgebieten. In Psychagogik und Psychotherapie hat sich die psychotactile Therapie als ein brauchbares organismisches Verfahren der Psychotherapie erwiesen.

Literatur

- ALEXANDER, G.: Etonie, Haug 1964
 BECKER, H.: Auslösung und Bewußtwerden von Leibesempfindungen, Dtsch. med. Journal 9, 11 (1958)
 BINSWANGER, L.: Grundformen und Erkenntnisse menschlichen Daseins, Reinhardt 1962
 BUYTENDIJK, F. J. J.: Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung, Springer 1956
 GLASER, V.: Die Bedeutung der Variationen im Ablauf der Atembewegungen, Arztl. Forschung 3-6, 1948
 GROEN, J., J. PRICK, H. FABER: Psychosomatik, Geneseskunde en mens-beschauwing, Scheltema en Holkema 1953
 JACOBSON, E.: Progressive Relaxation, Chikago 1929
 LERSCH, P.: Aufbau der Person, Barth 1956
 LUYPEN, W.: Existentielle fenomenologie, Spectrum 1964
 MAEDER, A.: Der Psychotherapeut als Partner, Rascher V, 57
 POECK, K.: Über die Entwicklung des Körperschemas, Fortschritt der Neurologie und Psychiatrie 32, 538 (1964)
 SCHULTZ, I. H.: Das Autogene Training, Thieme 1950
 SPEER, E.: Die Liebesfähigkeit, Lehmann 1953
 TOCHTERMANN, W.: Der Arzt als Arznei, Dusterl Verlag 1955
 Literaturangaben bezüglich der Muskelphysiologie und des Gamma-Nervenfaser-Systems bei GLASER, V.: Das Gammanerv-System (GNS) als psychosomatisches Bindeglied; Asklepios 6. Jahrg. H. 7, 1965
 Weitere Literaturnachweise bei den Autoren zu erfragen.
 Anschriften der Verfasser: Dr. med. Volkmar GLASER, 729 Freudenstadt, Straßburger Straße 25; Frans VELDMAN, Physiotherapeutisches Institut, Berg en Dalseweg 124, Nijmegen, Niederlande

Chirotherapie und Bindegewebe

Von J. Asdonk

Was geschieht im Organismus durch den chirotherapierenden Griff?

TERRIER (1) schildert es so:

„Es scheint, daß die physiologische Bewegungsgrenze eines Gelenkes durch eine Sperre geschützt ist. Es scheint, daß die Sperre an einem tonischen Widerstand des Gewebes gebunden ist. Es scheint schließlich, daß ihre Überwindung (beim „Griff“) mit einer schlagartigen Detonisierung einhergeht.“

Weiter betont TERRIER die Wichtigkeit des knackenden Geräusches, wenn auch der Entstehungsmechanismus bisher keineswegs geklärt sei. Dieses so prägnant und exakt beschriebene Geschehen, das jedem chirotherapeutisch tätigen Arzt wohl bekannt ist, zwingt, nach Strukturen zu suchen, die dieses Geschehen ermöglichen bzw. bewirken.

Nach GUTMANN (2) u. a. ist die intraartikuläre Sperre (nach ZUCKSCHWERDT) mangels anatomischer Möglichkeiten abzulehnen. In dieser Verlegenheit bietet sich die dem Bewegungssegment am nächsten gelegene Gewebestruktur, das bindegewebige Stützkorsett, als Erklärungsmöglichkeit dieses Verhaltens geradezu an.

Bild 1 zeigt uns die massige Anordnung von Bindegewebe um ein Bewegungssegment herum als Beispiel. Zwar kann dieses Gewebe nicht wie die Muskulatur in wechselnder, neuralgesteuerter Spannungs- und Längenänderung in dynamisch wechselnder Weise die Gelenkstellungen aktiv verändern. Wenn aber ein solches Bindegewebe teilweise schrumpft, so entsteht eine entsprechende feste Bewegungssperre. Wenn es durch Dehnung wieder verlängert wird, wird diese Sperre aufgehoben. Wenn diese Dehnung ruckartig erfolgt, muß das zurückschwingende Gelenksystem seiner Eigenresonanz entsprechend ein knackendes Geräusch erzeugen. (Vgl. Bild 3A u. B.)

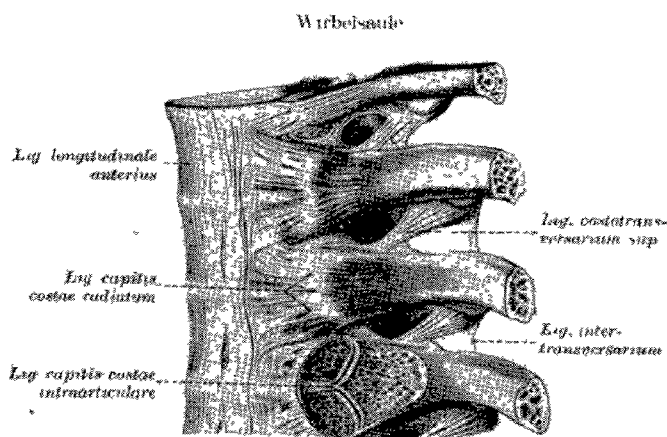
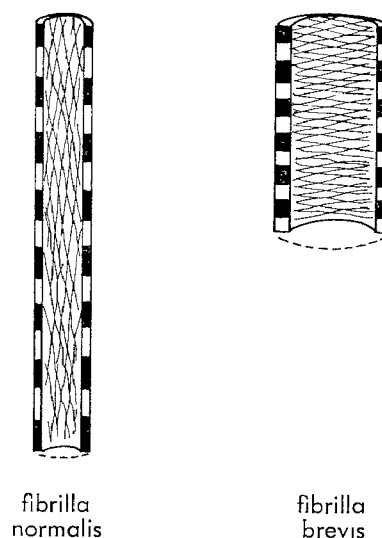


Abb. 1 nach BENNINGHOFF-GOERTTLER (3)

Massierte Bindegewebsstrukturen im Bereich des foramen intervertebrale. Die Bedeutung des Bindegewebes als Stützkorsett wird durch dieses Bild demonstriert.

Nach einem Vortrag auf dem 1. Internationalen Kongreß für manuelle Medizin in London am 29. 8. 1965

fibrilla
(elektronenoptisch)



fibrilla
normalis

fibrilla
brevis

Abb. 3A

Gedehnte und geschrumpfte Fibrille schematisch.