

Zur Erlangung des
Master of Arts in Eurythmie
Mit Studienrichtung Eurythmietherapie
an der
Alanus Hochschule
Für Kunst und Gesellschaft
Johannishof
53347 Alfter

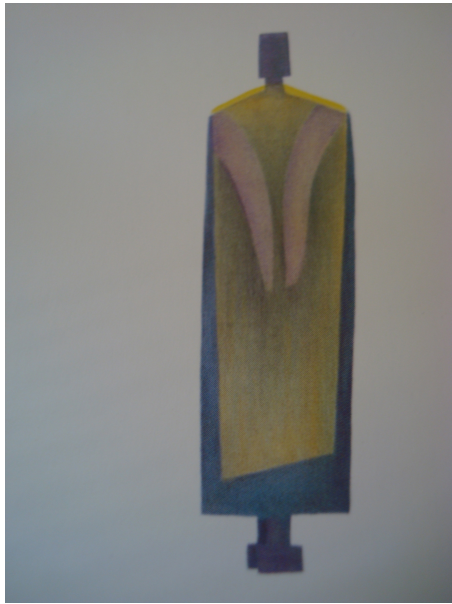
Eurythmietherapie und ADHS (ADHD)-Symptome
Auswertung von wissenschaftlich gestützten Einzelfallstudien zur
Behandlung von hyperaktivem Verhalten

Unter Anleitung von
Prof. Dr. med. Albrecht Warning
Prof Annette Weisskircher

Diese Bewegungs-Therapie-Einzelfall Studien sollen einen intrapersonalen Vergleich der Einzelfälle und gleichzeitig einen interpersonellen Vergleich der vorhandenen Daten ermöglichen.

Vorgelegt von:
Herbert Langmair
Buechweid 14
8332 Russikon
Schweiz

Matrikelnummer: 1132



U-Gebärde



M-Gebärde

Die Fotos der Eurythmiefiguren stammen von dem Plakat der Eurythmiefiguren von Annemarie Baeschlin; Gesamtausgabe GA K 26a: „Die Eurythmiefiguren von Rudolf Steiner“ Rudolf Steiner Verlag, Basel 2007/ 2012 www.steiner Verlag.com

Die Daten sind im Computerprogramm MAXQDA+ 2010 gespeichert und können für weitere Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden.

Sie sind durch ProLitteris/Schweiz rechtlich geschützt.

Videoaufzeichnungen der Übungen ausgeführt durch den Therapeuten können als Modell auf der website www.bewegungspraxis.ch/projekt/ eingesehen werden.

In der Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit darauf verzichtet männliche und weibliche Anredeformen gleichzeitig zu gebrauchen, selbstverständlich gilt immer beides.

Inhaltsverzeichnis

EURYTHMIETHERAPIE UND ADHS (ADHD)-SYMPTOME	1
ABSTRAKT	6
BEGRIFFSKLÄRUNG	7
LEGENDE	7
VORWORT	7
EINLEITUNG	8
METHODIK	9
ABLAUFPLAN DES FORSCHUNGSPROJEKTES	11
FORSCHUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODEN	11
MENSCHENBILD	11
TEIL 1 EURYTHMIETHERAPIE	12
1.1 WAS IST EURYTHMIE?	12
1.2 WAS IST EURYTHMIETHERAPIE?	14
1.3 DAS ANTHROPOSOPHISCHE KONZEPT DES MENSCHLICHEN ORGANISMUS UND ANSATZ ZU EINER PATHOGENESE	16
1.4 WAS SIND ADHS-SYMPTOME?	17
1.5 THERAPIEZIELE	18
1.6 METHODISCHE HINWEISE DES THERAPEUTEN FÜR PATIENTEN WÄHREND INTERVENTIONSSTUNDEN	18
1.5 ZUSAMMENFASSUNG TEIL 1	19
TEIL 2 METHODEN UND MITTEL	19
2.1 DIE WAHL DER METHODEN UND DER MITTEL	19
2.2 FORSCHUNGSVORGEHEN	19
2.3 DIE WAHL DER ERHEBUNGSMETHODEN	20
2.4 DIE WAHL DER AUSWERTUNGSMETHODEN	21
2.5 DIE AUSWERTUNG DES QUANTITATIV VERWERTBAREN MATERIALS	22
2.6. DIE AUSWERTUNG DES QUALITATIV VERWERTBAREN MATERIALS	22
2.6.1 DIE AUSWERTUNG DER TAGEBUCHAUFZEICHNUNGEN	23
2.6.2 FESTLEGUNG DES MATERIALS (AUSSCHLUSSKRITERIEN FÜR VERWENDETE KATEGORIEN UND ÜBUNGEN)	23
2.6.3 DER VERFASSER GEWICHTET DIE KATEGORIE NACH FOLGENDEN KRITERIEN	24
2.6.4 DAS AUSWERTUNGSVORGEHEN	25
2.7 REFLEXION ZU DEN METHODEN	26
2.7.1 QUANTITATIVE FORSCHUNGSMETHODEN	26
2.7.2 QUALITATIVE FORSCHUNGSMETHODEN	26
2.8 ZUSAMMENFASSUNG TEIL 2	26
TEIL 3 FALLBESCHREIBUNGEN	26
3.1 FALL 1	26
3.1.1 DIAGNOSE	27

3.1.2 LITERATURBESTAND	28
3.1.3 ANAMNESE	28
3.1.4 ERSTER EINDRUCK UND EIGENBEURTEILUNG	28
3.2 FALL 2	31
3.2.1 DIAGNOSE	31
3.2.2 LITERATURBESTAND	32
3.2.3 ANAMNESE	32
3.2.4 ERSTER EINDRUCK UND EIGENBEURTEILUNG	32
3.3 ZUSAMMENFASSUNG TEIL 3	35
TEIL 4 DOKUMENTATION	36
4.1 DOKUMENTATION	36
4.1.1 THERAPIEPLAN FALL 1	36
4.1.2 THERAPIEPLAN FALL 2	38
4.1.3 THERAPIEPROZESS FALL 1	41
4.1.4 THERAPIEPROZESS FALL 2	49
4.2 QUANTITATIVE MESSUNGEN AN HAND DER FORSCHUNGSZIELE/ DIAGNOSESTUNDE	55
4.3 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER DIAGNOSESTUNDEN	59
4.3 ZUSAMMENFASSUNG TEIL 4	60
TEIL 5 REFLEXION	60
5.1 REFLEXION ERGEBNIS 1, 2 UND DIAGNOSESTUNDEN	60
5.2 REFLEXION DIAGNOSESTUNDEN	62
5.3 REFLEXION DER DATEN DER INTERVENTIONSSTUNDE IN BEZUG ZU DEN VIER GESTALTENDEN KRÄFTEN	63
TEIL 6 DISKUSSION	64
6.1 ZUR DIAGNOSE ADHS	64
6.2 ZUR EINZELFALLFORSCHUNG	65
6.2.1 ZU DEN THERAPIEERFOLGEN FALL 1	66
6.2.2 ZU DEN THERAPIEERFOLGEN FALL 2	67
6.3 ZUR DIAGNOSESTUNDE	68
6.4 ZUR INTERVENTIONSSTUNDE	69
6.5 ZUR GROSSEN U-ÜBUNG	69
6.6 ZU DEN PATIENTEN	69
6.6.1 ZU PATIENT 1	70
6.6.2 ZU PATIENT 2	71
6.7 ZUR BEWEGUNGSMEDIKATION DER EURYTHMIETHERAPIE IN VERGLEICH ZU ANDEREN THERAPIEMETHODEN	71
6.8 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ADHS-SYMPTOMEN UND GRUNDHALTUNGEN IM UMFELD DER PATIENTEN	72
6.9 ZUR INTENTION DER EURYTHMIETHERAPIE UND IHR ZUSAMMENHANG MIT DER TIEFENSENSIBILITÄT	73
6.9.1 PHYSIOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER BEWEGUNG	73

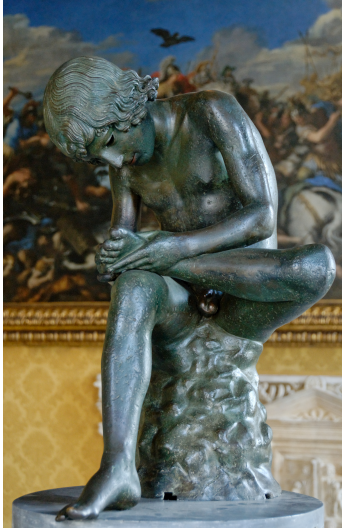
6.9.2 ERLEBNISORIENTIERTE, SEELISCH GEISTIGE GRUNDLAGEN DER BEWEGUNG	74
6.9.3 ZU SYSTEMTHEORETISCHEN ANSÄTZEN	75
LITERATURVERZEICHNIS	76
DANKSAGUNG	79
FAZIT	79
AUSBlick	80
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	80
ANHANG (BAND 2):	80



Patient 2



Patient 1



Spinario, Dornauszieher¹

Abstrakt

In dieser Studie werden 2 Einzelfälle mit ADHS-Symptomen und deren Behandlung durch Eurythmietherapie (Bewegungstherapie) dargestellt. Beide erhielten in der Therapieperiode kein Methylphenidat (Ritalin/Celesta etc.)

Den Therapeuten hat vor allem die motorische Entwicklung und die Veränderung des hyperaktiven Verhaltens während der Therapieperiode interessiert.

Die Entwicklung der vestibulären Wahrnehmung konnte in den Diagnosestunden signifikant nachgewiesen werden. Durch Aktivierung der Tiefensensibilität und Feinabstimmung des globalen Muskeltonus konnten sich die Patienten vermehrt beruhigen, ruhig stehen, gelassene, geführte Gebärden ausführen. Das oft wenig gesteuerte, manchmal auch traumatisch, impulsiv reagierende und dissozierende Denken, Fühlen und Handeln der Patienten hat sich als Folge davon, trotz widriger biographischer Umstände harmonisiert. Der motorische Ansatz der Therapie ermöglichte es, die Patienten dort abzuholen, wo sie gerade stehen, und ihre beweglichen, kreativen und unternehmerischen Energien zu bündeln. Die fortschreitende Tiefensensibilisierung ermöglichte eine Verstärkung der globalen Feinabstimmung der Muskulatur der Patienten. Die zentrierende Wirkung der Vokal-Gebärden, im Besonderen der grossen U-Übung, konnte in diesem bescheidenen Rahmen eindrücklich nachgewiesen werden.

In der kurzen Therapieperiode wurde keine signifikante Änderung der Selbstorganisation der Patienten festgestellt.

Abstract

The present study details two individual cases with ADHS symptoms (12 and 17 years old) and their treatment by means of Eurythmy therapy (movement therapy). During the treatment period neither of the subjects was administered any methylphenidate (Ritalin, etc).

¹ siehe Spinario, Dornauszieher

The therapist's particular focus was on the motor development and the changes in hyperactive behavior during the treatment period.

It was possible to demonstrate a significant development in vestibular perception in the course of treatment sessions. Both subjects' capability of calming down, standing composed, and performing unperturbed, controlled gestures increased, thanks to the activation of proprioception and the fine-tuning of global muscle tone. As a consequence, their thinking, feeling and acting, which initially had frequently been uncontrolled, at times traumatically or impulsively directed and dissociating, became more balanced, in spite of adverse biographical conditions. The psycho-motor approach of the therapeutic method made it possible to meet the patients' actual needs and to focus their motile, creative and initiatory energies. The progressive development of their proprioception fostered a corresponding strengthening of their global muscular fine-tuning. Even though rather modest in its set-up, the study provides impressive evidence for the centering effect of the vowel gestures, in particular of the great U-exercise.

No significant changes in the subjects' self-organization were observed during the short treatment period.

Keywords ADHS-Symptome, Hyperaktivität, Indigokinder, Eurythmietherapie, Heileurythmie, psychiatrische Krankheitsbilder, Entwicklungspädiatrie,

Begriffsklärung

siehe Anhang Band 2

Für die in dieser Arbeit verwendeten Grundannahmen siehe Begriffsklärung:

Anhang Nr. 1 Geisteswissenschaftliche Forschung

Kapitel 1.3 Anthroposophisches Konzept und Menschenbild S.11

Legende

120411 = 11.4.2012

GS/ DB = Kodes von Patienten

funktionale Ebene = energetische Ebene

Vorwort

Vor Ihnen liegen die Ergebnisse eines Einzelfallforschungsprojekts mit Schülern, die ADHS-Symptome aufweisen. Die Schüler, im weiteren Verlauf „Patienten“ genannt, wurden ½ Jahr in ein wissenschaftlich gestütztes Eurythmietherapie-Einzelfallforschungsprojekt aufgenommen. Zwei gleichaltrige Schüler konnten in das Projekt als Kontrollgruppe aufgenommen werden, wurden aber schlussendlich aus Datenschutzgründen nicht mit in die Auswertung genommen.

Die Herausforderung dieses Projekts bestand darin, die Arbeit mit Patienten aufzugreifen, die eine schwierige Lernbiographie hatten und dadurch, vermutlich auch nicht sehr einfach in einen therapeutischen Lernprozess einsteigen konnten.

Mit dieser Arbeit liegen die ersten Ergebnisse einer wissenschaftlich gestützten Interventionsphase vor. Sowohl die Planungs-, die Durchführungs- wie die Auswertungsphase wurden beschrieben und dokumentiert.

Die strukturierten Tagebuchaufzeichnungen wurden für eine erste Sichtung des Materials ausgewertet. Sie sind im Datenverarbeitungsprogramm MAXQDA+ 2010 eingespeichert und können jederzeit für eine weitere Verarbeitungsrunde verwendet

werden. Die Verarbeitung des Materials kann in den nächsten Jahren weitergeführt und zur Kodierung(InterCoderreliabilität) frei gegeben werden.

Das Ringen um mehr Objektivität, Authentizität und Klarheit in der Darstellung des Materials hat dazu geführt, dass ich mich im weiteren Verlauf in der dritten Person als „Therapeut“ ansprechen werde.

Gerade weil, Eurythmie und Eurythmietherapie am Beginn einer Entwicklung stehen, etwas Keimhaftes in sich tragen², scheint es mir wichtig, die Wirkung der Therapie mit verschiedenen Untersuchungsmethoden zu durchleuchten. Darum wurden im Design dieses kleinen Projekts qualitative und quantitative Ansätze erprobt.

Ich möchte an dieser Stelle nochmals meinen Patienten und ihren Eltern danken, dass sie die anonymisierten Daten zur wissenschaftlichen Bearbeitung freigegeben haben.

Mir ist sehr wichtig hier noch gegenüber den behandelten Patienten zu betonen, dass die Kräfte, die sie fürs Leben mitbringen, ihre Authentizität, Kreativität und Energie, vielleicht gerade wichtige Ressourcen für die Bewältigung ihrer zukünftigen Lebensaufgaben sind.

Einleitung

Es gibt seit Jahren eine kontroverse Diskussion zum Thema ADHS in der Fachwelt. Viele Eltern werden durch dieselbe und durch eine zunehmende Diagnose von ADHS/ADS bei Kindern im Vorschul- bzw. Schulalter verunsichert. Könnte es sein, dass mein Kind nicht einfach sehr sensibel und beweglich ist und viel Energie und Lebensfreude in ihm steckt? Diese Fragen verhindern immer wieder, dass Eltern den Schritt zur Abklärung wagen, mit Folgen, die sich wiederum auf die gesamte Lernbiographie ihres Sohnes, ihrer Tochter auswirken können. Die Spannung der Lehrmeinungen erstreckt sich vom multimodalen Konzept bis zu spezifischen Kriterien wie dem Abbau von persistierenden frühkindlichen Reflexen.

Schon bei der Diagnose von ADHS fängt das Problem an. Wir leben offensichtlich in einer Kultur, in der Bewegung, Aktivität zurückgedrängt und das heranwachsende Kind wenige Möglichkeiten bekommt, sein Bewegungsbedürfnis auszuleben.

Heute erhalten die Erwachsenen im Umfeld der betroffenen Kinder Fragebögen zu Hyperaktivität, Impulsivität und zu Aufmerksamkeitsdefiziten. Der Fokus wird auf die vermeintliche „Störung“ in der Entwicklung des Kindes gerichtet, Was passiert aber dadurch mit dem Kind? Prof. Dr. Remo H. Largo³ stellte an diesem Punkt in einem Telefongespräch lapidar fest, dass wir zur Diagnose eigentlich nur die Erwachsenen fragen, ob das Kind sie nervt.

Könnte es nicht sein, dass sich durch diese Fokussierung wiederum die negativ gefärbte Erwartungshaltung des Erwachsenen auf das Kind überträgt?

² Barfod 1992:10 (Barfod, 1992)

³ Telephonnotiz 19.9.2011

Andererseits wirkt ein konsequentes Wegschauen, wenn ein Kind in ständiger innerer Getriebenheit leben muss, ebenfalls nicht förderlich. Gerade die mit ADHS-Symptomen geplagten Kinder scheinen im frühen Kindesalter die besten Entwicklungschancen zu haben.⁴ Die Rolle von Prävention und Salutogenese scheinen in diesem Zusammenhang sehr wesentlich zu sein.

Ritalin und andere Methylphenidate nehmen in dieser Diskussion einen prominenten Platz ein. Ich möchte mich aber vor allem mit der Frage beschäftigen, ob durch Bewegungstherapie, im Speziellen durch Eurythmietherapie, ein beruhigender Prozess bei hyperaktiven Kindern angeregt werden kann. Ich werde eine möglichst exakte Darstellung von Diagnosekriterien, Prozess und Wirkung einer wissenschaftlich gestützten Therapie mit zwei Patienten mit ADHS-Symptomen geben.

Da es von Steiner keine eurythmische Lautreihe für ADHS-Symptome und nur eine Indikationsreihe für hyperaktive, von ihm maniakale Kinder genannt, gibt, wurden an Hand der Diagnose bei den Patienten drei unterschiedliche Lautkombinationen in klar abgegrenzten Interventionsphasen erprobt.

Beide beobachteten Schüler hatten eine spezielle Biographie in Bezug zu der Medikation mit Ritalin.

Den jüngeren Patient(12.jährig) wollte der ihn begleitende Arzt mit Ritalin im Wechsel zu Placeboprobe überprüfen. Er wollte feststellen, ob der Patient auf das Mittel anspreche, um rückschliessend feststellen zu können, dass er unter ADHS leide. Seine Mutter konnte dieses Vorgehen nicht tolerieren, der Patient kam in die Eurythmietherapie.

Der zweite Patient hatte etwa 3 Jahre Celesta 54 (Methylphenidat) und war in der Schule dadurch kaum auffällig. Als er aber mit etwa 16 Jahren das Ritalin absetzte, weil er, so wie er meinte, davon emotional beeinträchtigt („abgelöscht“ wie er sich ausdrückte) werde, zeigten sich verstärkt Hyperaktivität, Konzentrationsmangel und mangelnde Selbstorganisation. Er wollte von sich aus durch Eurythmietherapie etwas gegen diesen Mangel unternehmen.

Bei diesem Patienten waren Anerkennung und Verantwortung, bei jenem die Berücksichtigung von Kompetenzwahrnehmung und Autonomie richtunggebende Motivatoren während den Interventionen des Therapeuten. Ausserdem musste das starke Bewegungsbedürfnis der Patienten berücksichtigt werden.

Der Therapeut hofft, dass diese bescheidene „Fallserie“ nach seinem Master-Abschluss in seiner Bewegungspraxis als weiterführende Studie fortsetzen kann.

Methodik

Die eurythmietherapeutischen Übungen wurden so aufgebaut, dass die hyperaktiven Patienten gemäss ihren Möglichkeiten angesprochen wurden. Wenn Übungen über einen längeren Zeitraum immer wieder wiederholt werden, können sich diese

⁴ Leuzinger-Bohleber et al 2006

Patienten nicht mehr damit verbinden. Darum wurden mehrere therapeutische Lautgebärden-Übungsreihen geübt. Diese Reihen sollen das Zusammenspiel des oberen und des unteren Menschen, das psychosomatische Gleichgewicht aus unterschiedlichen Perspektiven behandeln.

Die Tagebuchaufzeichnungen wurden folgendermassen strukturiert:

Äusserungen zu der **Bewegung** an sich (habituellem Aspekt Wie wird die Bewegung ausgeführt?)

Äusserungen zu der **Kraft** der Energie, mit der diese Bewegung ausgeführt wurde.

(Vitalitätsaspekt Wärme Bewegungsatem Wie atmet dies Bewegung zwischen Schwere und Leichte? etc)

Äusserungen über die **Bewegungsqualität** (imaginativer Aspekt/ Beziehung innen/aussen/ synästhetische Vergleiche – als ob dies oder das wäre! Welchen synästhetischen oder imaginativen Eindruck bekommt der Betrachter von der Bewegung?)

Äusserungen zu der **Bewegungsführung** (intentionaler Aspekt/ aus einem Griff/ zentriert/ Kann Hingabe an die Bewegung entstehen? Wie stark ist die Bewegung auf ein Ziel ausgerichtet? Wie schnell sind Richtungswechsel möglich? etc.)

Der Fokus, worauf der Patient seine Aufmerksamkeit richtet, bestimmt, welche der Bewegungsdimensionen für den Therapeuten sichtbar werden oder eben von ihm nicht wahrgenommen, ausgeblendet werden.

Die Schwierigkeit liegt beim Beobachten von Bewegungsqualität und Bewegungsführung. Wie kann der Therapeut von „aussen“ etwas über die Qualität einer Bewegung oder über deren Intention wahrnehmen? Er kann nur beschreiben wie diese Bewegung auf ihn wirkt, und darauf hoffen, dass durch die eigenen Reaktion auf die Wahrnehmung etwas von dem Empfinden, von der Intention nachvollziehbar wurde, die gerade vom Gegenüber gebildet wurde.⁵

Wir sind dabei auf ein intuitives Verstehen der Wirklichkeit angewiesen, welches ich hier aber deutlich von einem Interpretieren der Wirklichkeit abgrenzen möchte.

Bauer beschreibt ausführlich in seinem Buch „Warum ich fühle, was du fühlst“, was Spiegelneuronen sind, wie sie wirken und unser Verhalten beeinflussen. Wir Menschen scheinen, biologisch gesehen, wie es Bauer ausdrückt, in einem gemeinsamen Bedeutungsraum zu funktionieren. Kurz umschrieben, die Nachahmungsfähigkeit des eigenen Leibes hat direkt mit der spontanen Nachahmungsfähigkeit der Gefühle meiner Mitmenschen zu tun. Durch diese Fähigkeit wird zwischenmenschliche Beziehung gestaltet. Ich kann also Handlungen, Absichten und Gefühle anderer Menschen, die ich beobachte intuitiv verstehen.⁶

Dieses Forschungsprojekt wurde durch eine Kollegin (Eurythmielehrerin und Eurythmietherapeutin) begleitet. Sie konnte beim Entstehen des Therapieplans ihre Ideen einbringen, war in den Diagnosestunden und in einigen Interventionsstunden

⁵ Bauer 2006:15

⁶ Bauer 2006:55

Beobachterin und Protokollantin und ihr Rat wurde bei der Auswahl des auszuwertenden Materials mitberücksichtigt. Ausserdem gab es Anregungen zum Therapieplan von den Mentoren der Alanus-Hochschule.

Ablaufplan des Forschungsprojektes

Voruntersuchungen/ Kennenlernen der Patienten

1.Diagnosestunde

~10 Interventionsstunden

2. Diagnosestunde

1.Auswertung der Kategorien an Hand der Tagebuchaufzeichnungen des
Therapeuten

~10 Interventionsstunden

3.Diagnosestunde

Forschungs- und Auswertungsmethoden

Teilnehmende Beobachtung und Auswertung einer Auswahl von Tagebuchaufzeichnungen.

Regelmässig wiederkehrende Video-Aufzeichnungen geben dem Therapeuten die Möglichkeit, seine Wahrnehmungen nachträglich zu überprüfen.

Bewegungsdiagnostisches Verfahren nach DMB.(Dietrich Eggert)⁷

Die bei der Ausarbeitung der Tagebuchaufzeichnungen gewonnenen Kategorien werden kodiert und können für weitere Forschungszwecke verwendet werden..

Menschenbild

Die Eurythmietherapie, damals Heileurythmie genannt, wurde 1921 von Dr. Rudolf Steiner als System vorgestellt.⁸ (GA 315) Dieses basiert auf der anthroposophisch orientierten Medizin.

Es ist das Richtziel dieser Arbeit eine Methode zu finden, wie man die Wirkung einzelner eurythmietherapeutischer Übungen dokumentieren kann.

Aus dem Blickwinkel des Verfassers ermöglicht die Anthroposophie Rudolf Steiners einen Denkansatz, der anregt, Natur-und Geisteswissenschaften nebeneinander, miteinander und komplementär zueinander weiter zu entwickeln.

Qualitative Forschungsmethoden und vor allem ein Ansatz, in dem unterschiedliche Entwicklungs-Phänomene synoptisch zusammengeschaut werden, könnten den Forschenden vielleicht in Zukunft ermöglichen, das, was als Abdruck der Individualität des Menschen in einer Biographie sichtbar werden kann, zu erfassen.

Die Geisteswissenschaften, vor allem die Resilienzforschung und Antonowsky⁹ mit seinem Modell der Salutogenese¹⁰, haben zum Verstehen von „Voraussetzungen

⁷ Eggert 2008

⁸ Steiner 1981

⁹ Antonowsky 1997

¹⁰ siehe Begriffsklärung im Anhang

die gesund-oder krankmachend in einer Biographie wirken“ einen wichtigen Beitrag geleistet.

Das anthroposophische Konzept den menschlichen Organismus wird im Anhang ausführlich beschrieben und soll im Kapitel 1.4 kurz dargestellt werden.

Dieses Konzept baut auf der Grundlage auf, dass jeder Lebensbereich aus eigenen gestaltenden Kräften aufgebaut wird. Es gibt gestaltende Kräfte für physische, energetisch-lebendige, seelische und durch die Persönlichkeit eines Menschen durchdrungenen Lebensbereiche. Der menschliche physische Organismus wird auf diesen Kräfte aufbauend in einen den Nerven-Sinnespol durchdringenden oberen Menschen und einen den Stoffwechsel-Gliedmassenpol durchdringenden unteren Menschen geteilt welcher über das Rhythmische System miteinander verbunden bleibt. Diese Pole werden entweder durch zentripetal wirkende Wahrnehmungs- und Denkprozess oder durch zentrifugal wirkende Willensprozesse durchdrungen. Das Gefühl entfaltet seine Tätigkeit im Rhythmischen System. Nur dann, wenn die ausgleichende Tätigkeit des Rhythmischen System erhalten bleiben kann entsteht Gesundheit. Bei hyperaktiven Patienten scheinen Wahrnehmungs-und Willensspol nicht miteinander zu korrelieren.

Grobziel der vorliegenden Arbeit:

Das Grobziel dieser Arbeit mit hyperaktiven Patienten ist:

Die Darstellung der Planung des Therapieprozesses und der Auswertung von Beobachtungen an Patienten in der Eurythmietherapie. Die Wirkung von einzelnen Übungen soll festgestellt werden.

Teil 1 Eurythmietherapie

1.1 Was ist Eurythmie?

Eurythmie ist eine Bewegungskunst, die Denken, Fühlen und Handeln des Menschen ganzheitlich ergreift und dadurch, dass sie die Gesetzmässigkeiten der Sprache in Bewegungen abbildet, Sprache sichtbar macht.

Die Laute der Sprache werden durch mit ihnen korrelierende Körperbewegungen ausgedrückt. Es gibt eine Lautgebärde für das A, das B etc.

Diese Laute werden aber, wie bei lebendiger Sprache, nicht einfach monoton aneinander gereiht, sondern bekommen über die Bewegung eine expressive individuelle Aussagekraft, wie sie durch das Wort, einen Satz oder Grundgebärden eines Gedichtes gestaltet werden können.

Die gleich im Anschluss beschriebene Figur stellt den Typus der Gebärde dar. Dieser kann in der Kunsteurythmie im Zusammenhang eines Gedichtes in unzähligen Variationen dargestellt werden. Die Gebärde kann klein, gross, in unterschiedlichen Zonen am Leib (oben/Mitte/unten) mit einem Arm etc. dargestellt werden, soll aber immer, im Fall der U-Gebärde z.B. Parallelität darstellen und in der Kunsteurythmie nur in besonderen Fällen wirklich in der Gebärde ankommen. Normalerweise wird der Fluss der Sprache durch fließende Übergänge zwischen den Lautgebärden sichtbar gemacht.

Diese Lautgebärden wurden durch Rudolf Steiner¹¹ auf Anregung der Bildhauerin Edith Maryon (1957) in Skizzen dargestellt. Ursprünglich wurden die Figuren nur mit einem dunklen Stift schraffiert, später hat Edith Maryon dieselben zu farbigen Figuren umgestaltet.

Die oben beschriebenen drei Elemente finden wir in zahllosen Variationen an Farben und Formen in allen 35 Eurythmiefiguren wieder. Sie bilden die Grundelemente der Eurythmie des jeweiligen Lautes ab.

Steiner bezeichnet diese Grundelemente:

Bewegung

Gefühl

Charakter

Die Wirkung zweier Lautgebärden wird hier exemplarisch dargestellt:

Die Lautgebärde U

Das Bild der Laut-Gebärde U zeigt eine stehende Figur, welche ein blaues Kleid trägt, deren Arme eng am Körper parallel nach unten weisen und die einen gelben Schleier wie eine Stola über dem Kleid umgehängt hat. An den Schultern reicht die Farbe der Stola etwas über das Kleid hinaus, wie wenn sie den dargestellten Menschen nach oben ziehen möchte.

Der Kopf ist viereckig und violett, die Arme violett, die Füße wie ein klobiger Holzklotz, nicht ausdifferenziert, ebenfalls violett.

Die ganze Figur gibt einen kompakten, schmalen und sehr in sich ruhenden, aber doch mit dem oberen Raum verbundenen Eindruck. Die dunklen Farben verstärken diese Wirkung und geben gleichzeitig, da vor allem Blau und Violett vorherrschen, einen passiven, die Seele weitenden, aber trotzdem durch die gelbe, aktive Farbe der darüber gelegten Stola einen wieder zusammengehaltenen Eindruck.

Die Lautgebärde M

Das Bild der Lautgebärde M zeigt eine Figur welche im Profil zum Betrachter steht. Sie trägt ein grünes Kleid. Die Arme der Figur werden auf Schulterhöhe in einer Haltung dargestellt, die Bewegung impliziert. Der rechte Arm scheint gerade nach aussen gestreckt zu sein, der linke Arm nach innen gebeugt, jetzt aber bereitet sich eine Wende beider Hände vor, so dass die Bewegungsrichtung der Arme gewechselt und die umgekehrte Streckung oder Beugung der Arme stattfinden kann.

Die Haltung der ganzen Gestalt ist etwas nach vorne gebeugt. Der Kopf ist in diese Beugung mit hineingenommen, scheint, als würden nur die Zehenspitzen den Boden berühren. Die beiden blauen Schleier drumherum passen sich an die Bewegungsrichtung beider Arme an. Der Schleier des linken Arms scheint etwas nach hinten gedrückt, der des rechten Arms nach vorne gezogen.

¹¹ Steiner 1957

Der Arm ist vor allem im Bereich der Extensoren (Armstrecker) dunkelviolett. Im Bereich des Innenarms schimmert das Grün noch etwas durch. Stirn, Nacken und lumbaler Bereich weisen ebenfalls violette Färbungen auf.

Das Kleid weist zusammen mit dem linken Schleier einen diagonalen Zug von vorne unten nach hinten oben auf. Am vorderen zur Spitze des Kleides hin gewandten Teil befindet sich ebenfalls violette Farbe.

Die Füße weisen ebenfalls eine Haltung auf, als ob sie in Bewegung wären und gerade der nächste Schritt angesetzt würde. Bei einem Fuss befindet sich der Charakter oberhalb des Fussgelenks, beim anderen unterhalb desselben. Der Fuss ist, bis zur Fussspitze ausgefüllt mit Violett.

Die Figur wirkt, als ob sie in sich sehr beweglich wäre und einen besonderen, ganz im dynamischen Gleichgewicht zwischen verschiedenen Bewegungsintentionen stehenden Moment drinnen stehen würde. Die sanftmütigen, passiven Farben von Charakter und Gefühl unterstreichen diesen Eindruck und fügen sich harmonisch in die grüne Bewegung des Kleides ein.

Diese beiden Lautgebärden werden im Verlauf dieser Arbeit eine tragende Rolle spielen und sind darum als einzige am Anfang dieser Arbeit abgebildet und beschrieben.¹²

1.2 Was ist Eurythmietherapie?

In der Eurythmietherapie gibt es für alle Laute des Alphabets entsprechende Bewegungen (siehe oben M und U) und für fast alle Laute Figuren, an denen man sich orientieren kann. Diese können auch zu Wort- oder Lautreihen zusammengestellt werden, je nach Indikation. Der Patient übt immer wieder dieselbe Bewegung und soll durch diese Wiederholung der Übungen zu bestimmten Krankheits- Symptomen behandelt werden.

Eurythmietherapie beschäftigt sich ähnlich wie die Psychomotorik mit dem Phänomen, wie Bewegung und damit unweigerlich verbundene Ich-Aktivierung gesundend auf den ganzen Menschen zurückwirken kann.

In der Eurythmietherapie wird der Versuch gemacht, die Seele in ihrer „Klangfarbe“ zu behandeln, diese wirkt wiederum auf den Körper zurück und kann dadurch helfen Schmerzsymptome zu lindern.

Die oben bereits dargestellten Übungselemente dieser Lautreihen sind:

Bewegen mit dem Leib im Raum die **Bewegungsgrundlage** = das Kleid

Erleben des Verhältnisses zwischen Bewegendem und Raum, in dem die Gebärde gestaltet wird **Bewegungsqualität** = der Schleier

Charakteristische Impulsierung der Gebärde **Bewegungsimpuls**= der Charakter

Ausgehend von dem oben angedeuteten Menschenbild wird mit dieser Dreiheit durch die Lautgebärde der ganze denkende, fühlende und handelnde Mensch angesprochen. Dadurch aber, dass die in der Lautsprache verborgenen Bewegungsimpulse durch den gesamten „Bewegungsapparat“ sichtbar gemacht

¹² siehe Seite 4

werden, kann die Wirkung der Laut-Gebärde auf den ganzen Menschen wiederum rückkoppelnd verstärkt werden.

In der Eurythmietherapie wird ausserdem, ausgelöst durch konsequentes Wiederholen derselben Laut-Gebärde, ganz anders als in der Kunsteurythmie die Wachheit, die im Alltag normalerweise im Nerven-Sinnespol konzentriert ist, zurückgedrängt und auf den Bewegungsmenschen, den Stoffwechsel-Gliedmassenpol konzentriert.

Rudolf Steiner¹³ spricht bei dieser Art des Übens davon, dass durch das „innere Abfotografieren“ [innerlich imaginieren - d. Verf.] der Lautgebärde und durch das „Nachlauschen“ [ruhig auf sich im Nachhinein wirken lassen - d. Verf.] derselben, der Charakter des jeweiligen Lautes noch verstärkt werden kann

Es gibt Lautgebärden-Übungsreihen für zahlreiche, nicht nur somatisch bedingte Krankheitsbilder. Rudolf Steiner geht sogar soweit, dass er sagt, man könnte mit bestimmten Übungen Zahnkorrekturen machen.¹⁴

Durch die Eurythmietherapie wird der Seele die Möglichkeit gegeben, dort wo sich Denken, Fühlen und Wollen im Leib verhakt haben, sich wieder zu weiten und neue Impulse in sich aufzunehmen.

Die Impulse kommen bei dieser Therapieform nicht nur aus dem Eigenseelischen, sondern wirken über die Urbilder der Lautgebärden aus dem Umkreis (klingendem Raum) heraus auf den physischen Leib.

In der Psychomotorik wird der zu behandelnde Klient in seinem seelischen Umfeld wahrgenommen und behandelt. Es ist dem Verfasser sehr wohl bewusst welche wohltuende Wirkung von einer seelisch ausgleichenden Therapie, in der die Aspekte von Geborgenheit, Entwicklung und Anerkennungsbedürfnis¹⁵ der Patienten angesprochen werden, ausgehen kann. Siehe auch die kleine Schrift Begegnung-Eurythmietherapie und Strabismus.¹⁶

In der Eurythmietherapie wird anders als in der Psychomotorik nicht „nur“ seelisch mitgestaltet. Es kommt, der oben beschriebene spirituelle Aspekt dazu. Der Eurythmietherapeut versucht bei den in der Sprache wirksamen Kräften anzuknüpfen, die wie beim gesprochenen Wort aus dem Umkreis, dem klingenden Raum hereinwirken. Diese Kräfte können als Logos Kräfte betrachtet werden, die einen spirituellen Umkreis abbilden und von dort ausgehend gesundend in den physischen Leib eingreifen können.

Leib, Seele *und* Geist sollen ernst genommen werden, auch wenn wir die geistigen Aspekte der Therapie nur erahnen und mit unserem momentanen Denken noch nicht klar festhalten können.

Diese obigen Ausführungen werden aber bei Schülern nicht in die Therapiestunde einfließen. Dort kann der Therapeut, gerade bei Kindern und Jugendlichen, die grundsätzlich eine starke emotionale Offenheit mitbringen, die vermutete und erhoffte

¹³ Steiner 1981:32/58

¹⁴ Steiner 1981:105

¹⁵ Largo 2003:233

¹⁶ Langmair 2009:7

Wirkung der Laute direkt und immer wieder überraschend unerwartet in einzelnen Bewegungsmomenten wahrnehmen.

Das Kind soll sich spielerisch in diese Gebärdensprache einleben können und mit der Zeit selber merken, was ihm gut tut.

1.3 Das anthroposophische Konzept des menschlichen Organismus und Ansatz zu einer Pathogenese

Die oben dargestellte vereinfachte Darstellung der Dreigliederung des menschlichen Organismus differenziert und verfeinert sich bei näherer Betrachtung des Menschen.

J. Schwab hat eine sehr übersichtliche Darstellung dieser Ausdifferenzierung ausgearbeitet, die für diese Arbeit zur Verfügung gestellt wurde. Der Verfasser hat sie vor allem an einer Stelle bei der Übersetzung erweitert (IV) um die im Menschen wirksamen Gesundheitskräfte im Gegensatz zu den Krankheitskräften für diese vorliegende Arbeit noch klarer zu charakterisieren.¹⁷

I Das Vier Ebenen-Konzept der gestaltenden Kräfte

Geht davon aus, dass die gestaltenden, formenden Kräfte im menschlichen Organismus über vier Ebenen wirksam werden:

gestaltende physische Kräfte, gestaltende vegetative Kräfte, gestaltende seelische Kräfte, gestaltenden Ich-Kräfte

II Das dreigliedrige Modell der menschlichen Konstitution

Wenn aktive Gestaltungsbewegung und passive sinnliche Wahrnehmung aufeinander treffen, gliedert sich der physische Organismus in:

Nerven Sinnessystem: der Wahrnehmungspol dominiert, Seele und Geist sind relativ getrennt von den unteren Gestaltungskräften, Innenraum bildet sich.

Stoffwechsel Gliedmassensystem: Die Verbindung von Geist, Seele und Körper ist enger, was die Voraussetzung für persönlich intendierte Körperbewegungen schafft.

Das beide Systeme miteinander verbindende und ausgleichende

Rhythmische System.

Diese drei Konstitutionsschichten des physischen Leibes, sind auf der seelischen Ebene mit Wahrnehmungs- und Vorstellungsvermögen, mit Wille und Gefühlsäusserungen verbunden.

III Das Konzept der zyklischen Reifung

In der Kindheit werden diese Systeme in Siebenjahrzyklen fortschreitend entwickelt und sind erst mit +/- 21 Jahren vollständig ausgebildet.

IV Das Konzept der zentripetalen und zentrifugalen Kräfte und ihre Bedeutung für die menschliche Gesundheit

Bei der zentripetalen Bewegung der Wahrnehmungs- und Nervensinnesprozesse wird Innenraum gebildet und werden Lebenskräfte abgebaut.

¹⁷ Siehe Anhang Nr.2

Bei der zentrifugalen Bewegung der Willens und der Stoffwechsel-Gliedmassenkräfte wird Aktivität entfaltet und Lebenskräfte werden aufgebaut.

Bei der ausgleichenden Bewegung des rhythmischen Systems entsteht im Lungensystem ein abgeschwächter Nerven-Sinnesprozess, im Herz-Kreislaufsystem ein abgeschwächter Stoffwechsel-Gliedmassenprozess, der im rhythmischen Wechsel beider Systeme pulsierend Ausgleich schafft und Gesundheit erhält.

V Dislokation des gesunden Zustandes führt zur Pathogenese

Dominieren beim Menschen die oberen Nerven-Sinnesprozesse, entsteht ein durch „Einatmung dominiertes oberes System“ d.h. ein hoch-aufmerksamer, lebendiger Habitus, im Extremfall übererregt und nervös.

Dominieren beim Menschen die unteren Stoffwechsel-Gliedmassenprozesse, entsteht ein durch „Ausatmung dominiertes unteres System“ d.h. ein geerdeter, entspannter Habitus, vielleicht auch dumpf und gleichgültig, im Extremfall mit völligem Bewusstseinsverlust.

1.4 Was sind ADHS-Symptome?

Das sogenannte ADHS-Syndrom wird in der heutigen Medizin kontrovers diskutiert (siehe unter anderem Köhler¹⁸, Döpfner/ Lehmkuhl¹⁹, Leuzinger - Bohleben, Brandl, Hüther²⁰, Ruf-Bächtiger et al.²¹) und in zahlreichen Forschungen untersucht.

ADHS ist seit 1978 in die ICD-Kriterien aufgenommen ist und die Diagnose wird vor allem im letzten Jahrzehnt auch in der Schweiz immer häufiger gestellt.

Da noch keine Biomarker für ADHS gefunden wurden, wird für die Diagnose mittels Fragebogen und Interviews von Eltern und anderen Bezugspersonen (Lehrkräften) eine Auslegeordnung gemacht und ausgewertet.

Es gibt drei Problemfelder:

Unaufmerksamkeit: starke Ablenkbarkeit/ Konzentrationsschwäche

Hyperaktivität: unruhiges Verhalten/ zappeln ec.

Impulsivität: Entscheidungen nicht abwarten können/ ungeduldig werden/ impulsives reagieren/ gewalttätig werden.

ADHS darf diagnostiziert werden, wenn:

der Patient ein halbes Jahr dieses Verhalten aufweist,

an zwei Lebensgebieten ähnliche Verhaltensweisen auftreten,

der Patient bereits vor dem 7./6. Lebensjahr einen Teil der Beschwerden hatte,

das Verhalten nicht der Entwicklungsstufe des Kindes entspricht,

ausserdem erst dann, wenn er selber und das Umfeld beträchtlich darunter leiden.

¹⁸ Köhler 2008:9

¹⁹ Döpfner & Lehmkuhl 2006

²⁰ Leuzinger-Bohlen, Brandl, Hüther 2006

²¹ Ruf-Bächtiger et al. 1998

Ausserdem wird in den modernen Diagnoseverfahren nach der Komorbidität gefragt. Das kann unter anderem eines oder mehrere der unten dargestellten Störungen sein:

Oppositionelles Verhalten
Störung von Sozialverhalten
Affektive Störungen
Angststörungen etc.

Merke: ADHS ist, nach gegenwärtigem Konsens[d.Verf.], keine diskrete eindeutige Störung, die entweder ganz oder gar nicht auftritt, sondern wir beobachten in der Praxis fließende Übergänge von verschiedenem ADHS-Verhalten.²²

Hier gibt es weiterhin Forschungsbedarf. Der Verfasser möchte in dieser Richtung etwas beitragen. Er richtet seinen Fokus, wie bereits oben erwähnt, auf den Teilbereich Hyperaktivität.

Der Verfasser hat Fragebogen von Döpfner/ Lehmkuhl²³ vor und nach der Therapie an Eltern, Lehrer Patienten verteilt. Die Auswertung derselben wird aus Platzgründen und weil bereits einige Abklärungen, wie bei der Einleitung erwähnt wurde, stattgefunden haben,²⁴ nicht in dieser Arbeit berücksichtigt.

1.5 Therapieziele

Die Behandlung von Hyperaktivität; Im Besonderen wird darauf geachtet, die Entwicklung eines körperlichen, seelischen und geistigen Gleichgewichts zu unterstützen und diese Patienten auf ihre Stärken hinzuweisen. Diese Patienten sollten nach den Interventionseinheiten über einen längeren Zeitraum entspannt ruhig stehen können.

Die Herausforderung an den Therapeuten wird sein:

Mit welcher eurythmietherapeutischen Übung kann ich diesen Menschen beruhigen?

1.6 Methodische Hinweise des Therapeuten für Patienten während Interventionsstunden

Der Therapeut versucht die Patienten von Beweglichkeit zur Ruhe hinzuführen, die Tiefensensibilisierung und Feinabstimmung der Muskulatur zu verstärken, ihnen die Möglichkeit zu geben eigene Wärmeausstrahlung wahrzunehmen und ihre Eigenbewegung mehr von innen (zentrifugal) ergreifen zu können. Bei diesen Patienten ist es wesentlich, immer wieder neu das Interesse für die Gebärde zu wecken und die Tendenz, schneller werden zu wollen, umlenken zu können.

Die Vielfalt der Übungen orientiert sich an den Patienten. Sie sollen immer wieder durch neue Anreize in der Therapiestunde angeregt werden. Dadurch erwartet der Therapeut, dass Momente in der Stunde entstehen, in denen eine gewisse

²² Caterina Gawrilow 2009:16

²³ Döpfner; Lehmkuhl 2006

²⁴ siehe auch Anhang Nr.12/13

Sättigung dieser Reize stattfindet. In diesen Momenten kann die beruhigende Wirkung von bestimmten Laut-Gebärden und Übungen eingesetzt werden.

1.5 Zusammenfassung Teil 1

Im Vorspann wurde diese Arbeit in den Kontext unserer Zeit gestellt, die Perspektive dargestellt, aus der dieses Forschungsprojekt entstanden ist und erste methodische Hinweise wurden gegeben. Im ersten Teil wurden Eurythmietherapie und ADHS-Symptome und das anthroposophische Konzept vorgestellt. Ausserdem wurde die Grundannahme der gestaltenden Kräfte als Arbeitshypothese in das Projekt aufgenommen und kann durch die Art, wie beobachtet wurde, immer wieder reflektiert werden. Die physische, die energetische, die seelische und die intentionalen Kräfte sollen immer wieder reflektiert werden. Ausserdem wird das Therapieziel für das Projekt vorgestellt.

Dissoziation ist eines der Grundthemen dieser Patienten, die Frage ist immer wieder, welche Kräfte können die Seele „gesund“²⁵ zusammenhalten. Die Biographieforschung scheint Möglichkeiten zu bieten Lebensthemen von Patienten zu verstehen. Zu den naturwissenschaftlich gestützten Perspektiven zum Thema ADHS-Symptome sollte in dieser Arbeit ergänzend eine geisteswissenschaftliche Perspektive gestellt werden.

Teil 2 Methoden und Mittel

2.1 Die Wahl der Methoden und der Mittel

Hier soll versucht werden die Wahl der Einzelfallserie für Forschungszwecke und die Wahl der Auswertungsmethoden zu begründen.

2.2 Forschungsvorgehen

Der Verfasser entscheidet sich, weil die Biographieforschung nahe an die Problematik der Patienten mit ADHS-Symptomen kommt, für die qualitative Forschung und im Besonderen für Cognition-based-Medizin (CBM)²⁶.

Mit dieser Methode wird es möglich, unter bestimmten Gesichtspunkten Einzelfallstudien zu dokumentieren, deren Auswertungen zu diskutieren, miteinander zu vergleichen und, wenn genügend Einzelfallstudien zum selben Thema vorhanden sind, zu einem validen Ergebnis zu kommen.

Was ist qualitative Forschung?

Qualitative Forschung hat sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt und ist heute eine in vielen Bereichen anerkannte Form wissenschaftlichen Forschens. Sie arbeitet mit Methoden, die es ermöglichen, die Lebenswelten der Menschen von innen heraus zu erforschen. Die qualitative Forschung geht davon aus, dass in den Handlungen der Akteure immer implizit einiges Wissen verborgen ist, dessen sie sich selber nicht bewusst sind. Dieses implizite Wissen bewusst zu machen, ist das Ziel

²⁵ siehe Antonowsky 1997

²⁶ Kiene 2001

der Forschungsprojekte. Es gibt sehr unterschiedliche Methoden und Ansätze aber eines haben alle gemeinsam, sie arbeiten mit:

Teilnehmender Beobachtung, Tagebüchern, Interviews, Videoaufnahmen, Gruppengesprächen, Fragebögen und deren Auswertung...

Was ist CBM?

CBM (Cognition-based-Medicine) ist ein neu entwickeltes methodologisches System in der Medizin. Ausgangskriterium ist die kriteriengestützte, valide und verlässliche Wirksamkeitsbeurteilung am einzelnen Patient.[...] CBM ermöglicht eine methodologische Professionalisierung des ärztlichen Urteils, sowie eine Explikation von ärztlicher Erfahrung und ärztlicher Expertise.[...] ²⁷

Die heutige medizinische Forschung stützt sich auf eine Wirksamkeitsbeurteilung aus randomisierten, doppelblinden gross angelegten Studien. Durch die Entwicklung von Cognition Based Medicine wurde der Boden geschaffen, eine Wirksamkeitsbeurteilung im bescheidenen Rahmen eines Einzelfalls wieder in Erwägung ziehen zu können.

CBM geht davon aus, dass die Gestalt, die Ursache von etwas sich in der Wirkung davon wieder abbildet. (das Wagenrad bildet sich im Boden ab und umgekehrt kann jeder, der das sieht und ein Wagenrad kennt, unmittelbar, evident einsehen, wenn er diesen Abdruck sieht, dass da ein Wagenrad war). Mit diesem unmittelbaren Vergleich der direkten Erkennbarkeit, Evidenz von Ursache und Wirkung möchte dieser Ansatz arbeiten. Der Therapeut arbeitete in diesem Projekt mit den Patienten ebenfalls in dieser Richtung. Wie war die Ausgangslage? Welche Veränderungen wurden wahrgenommen. Wie kann der Prozess des sich Veränderns beschrieben werden? Wie war der Patient davor und wie danach? etc.

2.3 Die Wahl der Erhebungsmethoden

Für den Therapeuten war teilnehmende Beobachtung der Wirkung der verschiedenen eurythmietherapeutischen Interventionen am besten handhabbar. Darum wählte er die Methode strukturierter Tagebuchaufzeichnungen. Während den Diagnosestunden und einigen Interventionsstunden wurden Videoaufzeichnungen gemacht, die bei der Auswertung und Überprüfung der Daten behilflich waren.

Therapeut und Expertin beachteten folgende Massnahmen zur Verhinderung von Beobachtungsfehlern (beschrieben von Steiger- Lippmann²⁸):

1. Systematisch Beobachten
2. Trennen sie klar zwischen Beobachten Festhalten der Beobachtung Beurteilen Interpretieren
3. Hinterfragen Sie die Richtigkeit des eigenen Urteils kritisch
4. Nutzen Sie Möglichkeiten sich mit anderen abzustimmen und arbeiten Sie mit verschiedenen Verfahren.
5. Unterscheiden Sie bewusst zwischen dem was Sie sehen wollen, und dem, was Sie sehen.

²⁷ Kiene 2005:301

²⁸ Steiger, Lippmann 2008: 76

Die verschiedenen Items wurden folgendermassen berücksichtigt:

1. Der Therapeut hat die Tagebuchaufzeichnungen nach Übungen strukturiert und die, bei jeder Übung gemachten Aufzeichnung wiederum geordnet nach: Beobachtungen, von Motorik und Energie der Bewegung, deren Erlebnisqualität und danach, ob diese aus einem Griff gestaltet, geführt wurden. Pädagogische, therapeutische Bemerkungen finden man im Text davor oder danach.
2. Der Therapeut unterscheidet zwischen Beobachten von Bewegungen und deren Resonanz auf den Therapeuten, denn er kann, was die Erlebnisqualität und die Intention der Gebärde betrifft, nur davon ausgehen, wie sie auf ihn wirkt²⁹.
3. In dieser Arbeit soll die Wirksamkeit der Therapie hinterfragt werden können.
4. In den Diagnosestunden und in jeweils drei Interventionsstunden war eine Expertin anwesend. Die Vielfalt der Verfahren wäre erst gegeben, wenn im Anschluss an diese Masterarbeit die Videos ausgearbeitet und transkribiert würden.
5. Diese Aufgabe ist für den Bereich, in dem es um die Erlebnisqualität der Gebärde und über die Intention, den Bewegungsimpuls geht, am schwierigsten zu gestalten. Die Therapeuten sind sich dessen bewusst und hinterfragen immer wieder ihre diesbezüglichen Aussagen.

2.4 Die Wahl der Auswertungsmethoden

Die Auswertung der Daten orientiert sich an der qualitativen Forschung, teilweise an Vorgaben von Mayring³⁰, teilweise an Kiene³¹..

Bei Mayring beschäftigte sich der Verfasser mit der Fragestellung ob dieses für Interviews entwickelte Verfahren auch für die Auswertung von Tagebuchaufzeichnungen zur Bewegungstherapie gebraucht werden kann. Bei der Suche nach brauchbaren Kategorien war dieses Verfahren sehr nützlich, bei der weiteren Analyse der Daten hat sich der Verfasser eher am einfachen Vergleich davor und danach orientiert.

Durch die qualitative Inhaltsanalyse wird im Gegensatz zur freien Interpretation des Materials darauf geachtet, dass eine methodisch kontrollierte Textauswertung, in diesem Fall der Tagebuchaufzeichnungen, stattfinden kann. Folgende Grundsätze werden berücksichtigt:

Einordnung in ein Kommunikationsmodell: Es soll festgelegt werden, was das Ziel der Analyse ist.

Regelgeleitetheit: Das Material wird in Analyseeinheiten zerlegt.

Arbeiten mit Kategorien: Die Analyseaspekte werden in Kategorien gefasst, die genau begründet werden[sic.] und im Lauf der Arbeit überarbeitet werden.

²⁹ siehe Methodik

³⁰ Mayring 2010

³¹ Kiene 2001

Gütekriterien: das Verfahren soll intersubjektiv nachvollziehbar sein, seine Ergebnisse mit anderen Studien vergleichbar machen und Reliabilitätsprüfungen (Intercodeerreliabilität) einbauen.³²

2.5 Die Auswertung des quantitativ verwertbaren Materials

Die Auswertung der messbaren Werte zur motorischen Entwicklung des Gleichgewichts soll durch Säulendiagramme dargestellt werden.

Während den Tests wurden in den der Diagnosestunden Messungen zu der motorischen Entwicklung der Patienten gemacht.³³ Die Ergebnisse dieser Messungen sollen im vierten Teil dieser Arbeit dargestellt werden.

Die Tests der Diagnosestunde:

- 1. Spannbogen (auf dem Bauch liegend Beine und Arme hoch strecken)**
- 2. Balancieren auf der Langbank**
- 3. Zehenspitzenstand**
- 4. Schlussprung**
- 5. AEAU Sprungtanz**

Während dieser Tests wurde die Zeit mit einer Stoppuhr gemessen und die Anzahl der gemachten Sprünge oder die gelaufenen Längen auf der Langbank gezählt, zum Beispiel:

Die Zeit wurde gemessen, die ein Patient ruhig stehen konnte.

Beim Spannbogen wurde gemessen, wie lange es dauerte, bis er keine Kraft mehr in den Armen hatte.

Beim Balancieren auf der Langbank wurde gemessen, wieviel Längen er schaffte, ohne herunterzufallen.

Beim Zehenspitzenstand war es wichtig, wie lange er auf den Zehen stehend mit geschlossenen Augen das Gleichgewicht halten konnte.

Beim Schlusssprung wurde gemessen, wieviel Sprünge der Patient nacheinander schaffte, und wie lange es dauerte, bis er nach dem Sprung wieder das Gleichgewicht fand.

Die oben beschriebenen Übungen Nr. 1 - 4 wurden vom Therapeuten aus dem diagnostischen Inventar für motorische Basiskompetenzen entnommen und für die Eurythmietherapie-Diagnose für diese Altersstufe angepasst.³⁴ Die Sprungtanzübung orientiert sich am Raum-Zeit-Inventar vom selben Autor.³⁵

2.6. Die Auswertung des qualitativ verwertbaren Materials

Beim Auswerten und Sichten des gewonnenen Materials wurde dem Verfasser klar, dass er mit diesen Daten der Rahmen einer Masterarbeit sprengen würde. Es gibt neben den Tagebuchaufzeichnungen auch Videoaufzeichnungen, die erst in einem späteren Zusammenhang ausgewertet werden können.

Das Auswertungssystem (MAXQDA+ 2010) ist ein Auswertungsprogramm für qualitative Forschung. Der Therapeut gab die Daten in das Programm ein und

³² Mayring 2008:10

³³ siehe Anhang Nr. 7 Geschicklichkeitsparcour

³⁴ Eggert:193: 135,150,146,137,

³⁵ Eggert, Bertrand 2002:293

versuchte sie in einem ersten Schritt zu kategorisieren. Später wurden die Basisaufzeichnungen bereinigt, Wiederholungen rausgestrichen, danach generalisiert und schlussendlich die wichtigsten dabei entstandenen Kategorien gewählt. Die auszuwertenden Kategorien waren schlussendlich Tiefensensibilität und Gleichgewicht. Sie sollten ursprünglich exemplarisch für ein regelgeleitetes Auswahlverfahren gebraucht werden, wurden aber schlussendlich, im Zusammenhang mit Zeitmanagement und Umfang der Aufgabe nur bei der Auswertung der beiden Hauptübungen in vergleichenden Verfahren eingesetzt.

2.6.1 Die Auswertung der Tagebuchaufzeichnungen

Für die Masterarbeit wird, wie bereits oben erwähnt, nur der Teil der Tagebuchaufzeichnungen verwendet, der durch die beiden Therapeuten/Experten als besonders aussagekräftig bezeichnet werden konnte. Eine Übung war besonders wirksam in Bezug zur Ausgangsfrage. Eine andere Übung war eher nur bei einem Patienten wirksam und soll zum Kontrast dazu hier ebenfalls dargestellt werden.

In den Tagebuchaufzeichnungen werden verschiedenste Hinweise auf die Wirksamkeit der einzelnen Übungen wahrnehmbar. Die Therapeuten waren sich spontan darüber einig, welche Übungen wirksam waren, welche nicht. Bei der Überprüfung des Verlaufs der Eintragungen einzelner Übungen in den Tagebuchaufzeichnungen konnte wahrgenommen werden, dass der Patient sich verändert hat.

Dort heisst es zum Beispiel:

111214 - Patient verliert schnell das Gleichgewicht.

120606 - Patient steht im Gleichgewicht.

120709 - Patient macht schön geführte Gebärden.

2.6.2 Festlegung des Materials (Ausschlusskriterien für verwendete Kategorien und Übungen)

Ausschlusskriterien für die eurythmietherapeutischen Übungen und die verwendeten Kategorien:

Die Validität der Kategorien gegenüber der Ausgangsfrage des Therapeuten.

Die Handhabbarkeit der Daten, falls sie den Umfang der Masterarbeit übersteigen sollten.

Verlauf des Auswahlverfahrens:

120610: Ausschlusskriterien; Die ersten, in MAXQDA+ aufgenommenen Kategorien müssen in einer Zwischenauswertung auf eine kleine überschaubare Kategorienliste gekürzt werden. Sie sollen definitiv in einer zweiten Phase (August 2012) in induktiven Verfahren aus den Textstellen neu generiert werden.

120803: Die Auswertung der Tagebuchaufzeichnungen sollen sich nur auf die Kategorien Gleichgewicht, und Tiefensensibilität beziehen, die bei der Auswertung der Diagnosestunden und der Interventionsstunden am aussagekräftigsten waren.

120808: Da das zur Verfügung stehende Material für diese Masterarbeit zu umfangreich ist und in der Therapiephase die grosse U - Übung eine tragende Rolle

gespielt hat, sollen Tagebuchaufzeichnungen zu folgenden Übungen verwendet werden:

Grosse U - Übung
AEAU Sprungtanz
ruhig stehen können
Wärmeübung
A und B
M-Übung

Die Sprungtanzübung gibt einen Überblick über die Entwicklung der Selbstorganisation. Die Wärmeübung gibt einen Einblick in die Entwicklung der Tiefensensibilität. Die Fähigkeit, für einen längeren Zeitraum ruhig stehen zu können, gibt einen Einblick darüber, wie sich der Patient zentrieren, konzentrieren kann und wie lange er es schafft, auch innerlich ruhig zu bleiben. Die Übungen A und B auf Fünfstern- und Fünfeckwegen sind ebenfalls sehr aussagekräftig, aber nur über die erste Übungsphase. Mit der M - Übung kann aufgezeigt werden, dass sobald er die Gebärde mit Beinbewegungen koordinieren sollte, schnell an seine Grenzen kommt.

120810: Von den oben beschriebenen Übungen soll jetzt nochmals selektiert werden, da die Aufzeichnungen sonst den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden:

Definitiv werden jetzt folgende Übungen ausgewertet:

Grosse U-Übung
M-Übungen

120815: Die erarbeiteten Codes für Tiefensensibilität und Gleichgewicht scheinen brauchbar zu sein, um den Umfang der Arbeit aber nicht zu sprengen, wird hier die Arbeit damit eingestellt. Die Codes können in einer weiteren Phase, falls das Forschungsprojekt mit anderen Probanden weiter geführt werden soll, wieder verwendet werden.

2.6.3 Der Verfasser gewichtet die Kategorie nach folgenden Kriterien

Aussagekraft gegenüber der Anfangsfrage, gegenüber den beiden Teilgebieten Euythmietherapie und Wirkung auf den Patienten mit hyperaktivem Verhalten.

Häufigkeit, häufiges Auftreten der Kategorie bei der Beschreibung der Übungen in den Tagebuchaufzeichnungen.

Die Kategorie Tiefensensibilisierung und Gleichgewicht haben eine hohe Validität bezüglich der Ausgangsfrage.

Das ursprüngliche, intuitive Urteil der beiden Therapeuten zu der Auswahl der Übungen konnte durch die Auswertung der Tagebuchaufzeichnungen bestätigt werden. Der Verlauf der Einträge bei der grossen U-Übung weist eine Klarheit und Stringenz auf, die bei den anderen vermisst wird.

Die Häufigkeit, mit der die Kategorien Tiefensensibilität und Gleichgewicht angesprochen wurden, ist ebenfalls verblüffend.

Juni 2012 wurde aus 3600 Wörtern aus dem damals noch nicht vollständig nachgeführten Tagebuch (etwa 2/3 der Wörter) folgende Worthäufigkeiten mit MAXQDA festgestellt: Tiefenwahrnehmung 45 Gleichgewicht 77

August 2012, bei Patient Nr.1: In 8 Übungen und dem Begleittext wird Tiefenwahrnehmung und verwandte Begriffe +/- 55 Mal und Gleichgewicht und verwandte Begriffe ebenfalls +/- 55 Mal angesprochen.

Der Unterschied der beiden Aussagen von MAXQDA und der selber erstellten Worthäufigkeitsliste könnte von der Art, wie Therapeut und der Computer anders Wörter gewichten herkommen.

Bei Patient Nr.2: In 8 Übungen und dem Begleittext werden Tiefenwahrnehmung oder verwandte Begriffe +/- 60 Mal angesprochen. Das Gleichgewicht wird in demselben Übungsumfang +/- 40 Mal angesprochen.

Die Entwicklung des Gleichgewichts wird bei beiden Patienten in der Diagnosestunde ausgearbeitet werden. Der Fokus bei der qualitativen Auswertung richtet sich auf die Kategorie Tiefensensibilisierung.

2.6.4 Das Auswertungsvorgehen

Alle Daten von den täglich zu den Interventionsstunden notierten Aufzeichnungen wurden erst im PC gesammelt, danach eine Auswahl derselben ausgedruckt, auf mehrere grosse Flipchartblätter geklebt und in induktivem Verfahren generalisiert. Neben den von oben nach unten geklebten Tagebuchblättern wurden in einem ersten Schritt nur die Daten herausgeschrieben, die mit der Wahrnehmung einer Wirkung der Übungen zu tun hatten. Im zweiten und im dritten Schritt wurden Kernaussagen formuliert und diese wiederum so abstrahiert, dass schlussendlich wenig Kategorien übrig blieben. Diese Kategorien wurden beispielhaft für die Auswertung des nochmals eingeschränkten Materials verwendet:

U-Übung, gerade stehen, Wärmekugel, B und P, grosse A-Übung, M-Variationen.

Die Regeln für die erste Selektion der Tagebuchaufzeichnungen beim induktivem Selektieren der Kategorien aus den Aufzeichnungen sind:
wegfallen sollen;

- Übungsbeschreibungen

- Pädagogisch - therapeutische Beschreibungen

- Befindlichkeitsaussagen

- gut/schlecht Beurteilungen

- Wie der Therapeut gerne die Übung sehen würde.

- Wiederholungen, ausser sie machen eine Entwicklung des Patienten sichtbar.

- Besondere Ereignisse wie die Verletzung von DB können zu Ausschluss von Daten führen.

Sätze, die nur für den Kodierer im Kontext verständlich sind werden ergänzt oder im Satzbau umgestellt.

Ausserdem soll bei der Anordnung des Textes, falls mehrere Aussagen zu einer Übung an einem Tag gemacht werden, die Reihenfolge eigener Körper, Beine, Hände, Finger, Raum eingehalten werden.

2.7 Reflexion zu den Methoden

2.7.1 Quantitative Forschungsmethoden

Die drei Messpunkte ermöglichen eine differenzierte Auswertung der motorischen Entwicklung der Patienten. Es gibt klare Vorgaben für eine objektive Messsituation.

2.7.2 Qualitative Forschungsmethoden

Der Aufbau von Zielformulierung, Therapieplanung, Therapieprozess und Therapieauswertung, wie er im folgenden Kapitel für die beiden Einzelfälle verwendet wird, orientiert sich an den Vorgaben der Cognitiv Based Medicine.

Den Verfasser beschäftigte in Zusammenhang mit der Methode von Mayring, die vor allem für Interviews entwickelt wurde, ob diese Methode für die Eurythmietherapie anwendbar ist. Die Übungen stellen eine bestimmte Frage an den Patienten. Der Patient soll sich an den Anforderungen der jeweiligen Übung weiter entwickeln können. Aus dieser Perspektive versuchte der Verfasser Kategorien zu kodieren.

Es gibt einen Kodierleitfaden, der aber schlussendlich nicht für die weitere Bearbeitung eingesetzt wurde.³⁶

Der Kodierer möchte ausdrücklich die Bereitschaft dafür betonen, dass die aus der Arbeit entstandenen Kategorien weiterhin für andere Einzelfälle verwendet werden können und für zyklisches Lernen freigegeben werden sollen.

2.8 Zusammenfassung Teil 2

Die Wahl der Einzelfalldokumentation wurde begründet und die Erprobung eines induktiven Verfahrens zur Generalisierung von Kategorien für die Erhebung der Daten wurde vorgestellt. Dieses Projekt stützt sich einerseits auf Messergebnisse zur motorischen Entwicklung der Patienten aus den Diagnosestunden und andererseits auf teilnehmende Beobachtung. Die strukturierten Tagebuchaufzeichnungen des Therapeuten wurden zu jeder Übung direkt nach der Interventionsstunde aufgeschrieben. Die Tagebuchaufzeichnungen der Expertin wurden während der Interventionsstunde mitgeschrieben. Die Kriterien zur Verhinderung von Beobachtungsfehlern wurden dargestellt.

Dieses Kapitel beschäftigte sich ausserdem mit der Frage von Gütekriterien der qualitativen Forschung und stellte den Ablauf der Diagnosestunden dar. In diesem Abschnitt wurde detailliert auf die Wahl der Methoden und deren Einsatz im Forschungsprojekt hingewiesen. Die Übungen U und M haben sich als zentrale Übungen für die Arbeit mit diesen Patienten profiliert, die Kategorien Gleichgewicht und Tiefensensibilität wurden als untersuchungswürdig durch die Daten bestätigt.

Teil 3 Fallbeschreibungen

3.1 Fall 1

GS geht in die 6.Klasse. Er ist männlich, 12 jährig hat grosse braune Augen, helle Haare, eine lange bei den Nasenflügel etwas spitz nach vorne auslaufende Nase

³⁶ siehe Anhang Nr.8

und eine sehr sprechende Mimik. Er ist leicht gebaut, seine Körperhaltung ist oft leicht gebückt.

Er macht, wenn er draussen unterwegs ist, mit Kopf und Nase voraus, eher grosse ausladende Schritte. Wenn er in der Eurythmiestunde einen Richtungswechsel machen muss, knickt der Nacken meistens ein bisschen ein, als ob er zusammengedrückt werden würde.

Seine Reaktionen sind verzögert, wenn er etwas Neues lernen, aber auch wenn er Bekanntes wiederholen soll. Er kommt in die Eurythmietherapie wegen motorischer Schwierigkeiten und eines sehr unruhigen und oppositionellen Verhaltens.

Besonderes Ereignis:

In einer Stunde, in der, in Zusammenhang mit einigen Reflexabbautests, sein Kopf vom Therapeuten vorsichtig nach rechts und nach links gedreht werden sollte, konnte er sich erst nach mehreren Versuchen entspannen und die Bewegung des Kopfs führen lassen. Nicht weil er nicht wollte, sondern weil der Nacken sofort verkrampfte. Als er doch entspannen konnte, war er so entspannt, dass er sich danach sofort auf einer Decke in einer Ecke des Raumes wohligh kuschelte.

Dokumentation nach:

Tagebuchaufzeichnungen des Therapeuten:³⁷

3.1.1 Diagnose

Fremdbefunde:

Siehe Anhang „Ärztliche Befunde“

Neurologischer Befund/Z:

1. Entwicklungspädiatrische Untersuchung/ Nonverbaler

Test K-ABC 080626:

Altersentsprechend kognitive Entwicklung

Schwäche im Visuellen Bereich

ADHS-Typische Verhaltensmuster/Teilleistungsschwäche

Vorschlag Methylphenidat-Präparat-Abgabe

2. Zürcher-Neuromotorik-Test/060818:

Neurologische Auffälligkeit mit vermindertem passivem

Muskeltonus und erhöhtem aktivem Muskeltonus

Motorische Ungeschicklichkeiten

Neurologischer Befund/D:

3. Neurologische Untersuchung nach Frau Dr. med. L. Ruf-

Bächinger/041030:

psychomotorische Ungeschicklichkeiten

Eigenbefund:

Wesensgliederdiagnose siehe Anhang 9.1

³⁷ Anhang Nr 9.3

3.1.2 Literaturbestand

siehe Anhang:

Fall 1 und 2 Quantitative Messungen/ Diagnosestunde

Fall 1 Wesensglieder-Diagnose/ Übungsbeispiele/ Tagebuch

Fall 2 Wesensglieder-Diagnose/ Übungsbeispiele/ Tagebuch

Fall 1 und 2 Geschicklichkeitsparcour/Diagnosestunde

Fall 1 Ärztliche Befunde

Fall 2 Ärztliche Befunde

Fall 1 Vertrag mit Bewegungspraxis

Fall 2 Vertrag mit Bewegungspraxis

3.1.3 Anamnese

siehe Anhang „Ärztliche Befunde“³⁸

3.1.4 Erster Eindruck und Eigenbeurteilung

Wahrnehmungen aus der Wesensglieder- Diagnose und aus der Diagnosestunde:

Der Patient ist männlich 12 Jahre alt wirkt schlank, feingliedrig und beweglich. Er hat dunkelblonde Haare, braune grosse Augen.

Erst ein kurzer Bericht aus der 1. Diagnosestunde:

Als er den Spannbogen ausführen soll, also auf dem Bauch liegend seine Rückenmuskulatur spannen und gleichzeitig Arme und Beine parallel über den Boden strecken muss, wird er sehr schnell müde und sackt zusammen.

Übungen, wie z.B: die Hampelmann- Übung, die einen hohen Grad an Memorisation und an Koordinationsfähigkeit verlangen, fallen ihm schwer.

In der Diagnosestunde möchte er gerne seine Jonglierkünste zeigen mit drei später mit zwei Bällen. Er hat beim Jonglieren die Tendenz nach vorne kippend zu laufen, kann aber sehr gut einige Male ohne Fehler jonglieren. Danach geht er zur umgekehrten Langbank steigt auf den Querbalken und versucht zu balancieren, während er mit drei Bällen jongliert. Da ihm das zu schwer fällt, wirft er einen Ball schnell runter und arbeitet mit zwei Bällen an einer Hand weiter. Dies gelingt, aber er muss aufpassen, dass er nicht immer schneller wird beim Laufen. Es bewegt seinen Oberkörper etwas nach vorne in Schräglage und er muss immer mehr mit den Händen, die nicht mehr so rhythmisch bewegenden Bälle kontrollieren und Unregelmässigkeiten auffangen.

Auf den Vorschlag des Therapeuten, doch mal Rückwärts zu laufen kommt erst lachend „Nein“. Danach versucht er es aber doch. Er konnte diesen Schwierigkeitsgrad kaum meistern, fiel beim dritten Schritt bereits von der Bank und brach die Übung bald ab.

Er kann auf der Langbank sehr gut ohne Bälle balancieren, könnte so endlos weiter laufen, als aber der Therapeut plötzlich unerwartet auf ihn zuläuft, fällt er sofort von derselben.

³⁸ Anhang Nr. 12

Er sagt, dass er in der Eurythmietherapie ist, weil er lernen will im Unterricht weniger zu zappeln.

3.1.4.1 Bewegungsübungen

IAO: Er knickt im lumbalen Bereich etwas nach hinten und kann den Oberkörper nicht konstant in der Aufrechte halten. Die Oberarme werden kaum gehoben und die Arme zu dicht am Körper, die Finger gespreizt.

Der Therapeut sieht Muskeltonus in den Händen, der restliche Arm hängt schlaff am Leib. In den Fingern ist der Tonus aber zu stark, sie sind verkrampft.

Er drückt immer wieder den Kopf leicht nach hinten oben. Im Nacken gibt es starke Muskelspannung. Beim Springen kommt er nicht auf die Fersen.

Die Bewegungen werden vor allem beim schneller werden der Gebärden flüchtig ausgeführt. Insgesamt besteht eine Neigung schneller werden zu wollen. Er wird dabei aber immer unsicherer und kann zum Schluss bei den Sprüngen die Koordination der Arme und Beine nicht mehr halten. Es entsteht keine geführte Bewegung in den Händen. Ausserdem zeigt er beim Ausführen der Übung wenig Ausdauer, kann sich nur mit viel Ermunterung und Geduld des Therapeuten etwas zusammen nehmen und weiter machen.

Schreiten: Am Anfang der Schreitübung stellt er ohne Aufforderung seine Füße gerade und in eine gute Ausgangsstellung im offenen Schritt. Er kann sehr gut sein Gleichgewicht zwischen beiden Füßen verteilen, findet aber beim Schreiten selber zu keinem Bewegungsfluss. Er versucht möglichst kurz auf dem Standbein zu stehen und das Gewicht schnell wieder auf das Spielbein zu verlegen. Das natürliche Schreiten hat bei ihm eine drängende Vorwärtsbewegung. Diese Form des „zurückhaltend bewussten Schreitens“ scheint ihn sehr zu fordern.

Verdichten und Lösen (Beugen und Strecken der Arme): Bei Variation zwei³⁹ wird für einen Augenblick Zug und Druck in den Armen wahrnehmbar. Er streckt sich gut durch die Gestalt beim Beugen ist er aber schon mit dem Kopf nicht mehr dabei, beim Strecken der Gebärde, es entsteht kein Bewegungsatem.

Er zeigt grosse Mühe diese Bewegungsübung überhaupt auszuführen, unterbricht immer wieder den Therapeuten und kann sich nur kurz auf Beugen und Strecken der Arme einlassen.

3.1.4.2 Bewegungsdiagnose

Er scheint auf der Ebene der gestaltenden Lebenskräfte geschwächt zu sein, wirkt schnell kraftlos, schwach und kann kaum gerade stehen.

Die AEAU–Springübung (Hampelmann) hat er früher immer wieder geübt, kann sie aber noch immer nicht ausführen ohne dass er sehr viel Energie aufbringen muss um nicht sofort wieder die Konzentration zu verlieren.

³⁹ siehe Anhang: Fall 1 Übungsbeispiele Übung 16.6-10 in 9.2

Sowohl seine Koordinationsfähigkeit als auch seine Gedächtnisfähigkeit, scheinen nicht sehr stabil zu sein.

Dieser Patienten scheint eine Vorliebe für das Luftelement zu haben. Er möchte am liebsten immer in Bewegung bleiben, nicht anhalten oder zur Zurückhaltung angehalten werden.

Der Therapeut ergänzte innerlich diese Wahrnehmung mit dem Bild eines ständig in seinen Flugrichtungen sich verändernden Vogelschwarms.

Aber hier wird auch sofort ein scheinbarer Widerspruch in dem Bild, dass man sich von ihm machen kann, wahrnehmbar. Einerseits ganz draussen, beweglich geschmeidig, andererseits wirkt er ungeschickt, kann seine Arm und Beinbewegungen nicht koordinieren, Die Feinabstimmung des globalen Muskeltonus scheint gestört.

Die gestaltenden seelischen Kräfte, der Astralleib werden durch die ihn umgebenden Reize sehr stark nach aussen gezogen, der Oberkörper schiesst nach vorne, der Schritt kann kaum zurückgehalten werden, wird ebenfalls nach vorne gedrängt. Die Ich – Aktivität ist noch zu schwach, welche die seelischen Kräfte zurückhalten und bündeln sollte.

3.1.4.3 Zusammenfassung

Die Ich-Organisation⁴⁰ soll dadurch unterstützt werden, dass Zurückhaltekräfte durch verschiedene Bewegungsübungen entwickelt werden und dadurch die gestaltenden seelischen Kräfte, Denken, Fühlen und Handeln ins Gleichgewicht gebracht werden können. Seine Tendenz immer schneller werden zu wollen soll dadurch, dass er mit seinen Armen in einer Gebärde (Vokale sowohl als auch Stosslaute) anhalten und ausharren lernt, behandelt werden.⁴¹

3.1.4.4 Auswertung Therapie-Feinziele

Er geniesst es, Die Stehübung wird in den Therapieplan aufgenommen werden.

Koordinationsübungen, Stärkung seiner Rücken- und Nackenmuskulatur, Wärmewahrnehmungsübungen und verstärkte Tiefensensibilisierung vor allem im rumpfzugewandten Bewegungsapparat, aber auch Entspannung in Füßen und Händen, werden wichtige Übungsansätze sein.

Ausserdem soll Beweglichkeit angeregt werden, von derselben ausgegangen und zur Ruhe geführt werden. Durch kanonisch ausgeführte Sprungtänze und ähnliche Übungen soll er sich besser konzentrieren lernen und seine Ablenkbarkeit vermindert werden.

Er kann sich selber im Stehen ansatzweise gut zentrieren sollte aber auch noch beim vorwärts Schreiten mehr Zurückhaltekräfte entwickeln können.

Wichtig wird weiterhin sein, dass Gedächtnisbildung durch rhythmisieren von Bewegungsabläufen und durch Erarbeiten von geführten Bewegungen stattfindet. In der Therapie sollen viele Vokalübungen aber auch konsonantische Lautgebärden gemacht werden. Trotzdem muss aber immer beachtet werden, dass bildlich gesprochen, das luftige Element, wenn es von aussen unter Druck gesetzt wird

⁴⁰Anhang Nr. 2 und Begriffsklärung: Geisteswissenschaftliche Forschung

⁴¹Anhang Nr. 9.2

explosiv werden kann. (Druckkochtopfeffekt) Der Therapeut hat die Erfahrung gemacht, dass er nur mit ihm konstruktiv arbeiten kann wenn er selber auch wirklich eine Übung mitmachen will.

3.2 Fall 2

DB geht zum Zeitpunkt der Therapie in die 10. Klasse. Er ist männlich, 17 jährig, hat helle Augen, dunkle kurz geschnittene Haare und ist gross und schlank.

Er wirkt um das leicht fliehende Kinn etwas ungeformt. Sein Gesicht bekommt dadurch einen ungeformten Ausdruck um die Mundwinkel. Wenn er läuft, macht er entweder kleine, schlurfende Schritte bei denen die Beine kaum gehoben werden, oder grosse ausladende Schritte, wenn er ein Ziel vor Augen hat. Seine Körperbewegungen weisen eine nicht altersgemässe, viel zu schwache Bewegungsdynamik auf.

Im lumbalen Bereich sackt er oft nach hinten, verliert die Verbindung zwischen Oberkörper und Beinen. Wenn er eine stark anfeuernde Bewegung machen muss (Seitwärtsgalopp), wird er ganz wach, aufrecht, bekommt grosse Augen und wirkt im Brustbereich aufgewühlt und aufgeregt. Er atmete lange sehr oberflächlich.

In den ersten Eurythmiestunden, wenn die Übungsabläufe komplexer wurden, machte er wankende Bewegungen beim Schreiten, im späteren Verlauf der Therapie scheint sich die Stütz- und Haltemuskulatur zu verbessern.

Er kommt zur Eurythmietherapie wegen ADHS-Symptomen, hyperaktivem Verhalten, mangelnder Selbstorganisation.

Dokumentation nach:

Tagebuchaufzeichnungen der Therapeuten⁴²

3.2.1 Diagnose

Epiklinik, Neuropsychologischer Untersuchungsbericht/ 071010:

Es liegt eine Aufmerksamkeitssymptomatik mit Hyperaktivität, vor vereinbar mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nach ICD-10 F90.0 = ADHS

Celesta 54 (Methylphenidat) bis Weihnachten 2010

Fremdbefunde siehe Anhang „Ärztliche Befunde“:

INDP Epiklinik/ J:

Stärken: rechnerisches Denken, visuell semantische Diskriminationsfähigkeit, analytisch synthetische Formverarbeitung

Schwächen: verbale Merkspanne, verbales Arbeitsgedächtnis, psychomotorische Geschwindigkeit - graphomotorische Schwäche, abstraktes Denken

Das abstrakte sowie divergente Denken erwiesen sich als durchschnittlich. Das konvergente als gut durchschnittlich. Die Handlungsplanung und Kontrolle ist diskret reduziert.

Er verfügt über ein gutes durchschnittliches bis überdurchschnittliches allgemeines kognitives Leistungsniveau.

⁴² siehe Anhang Nr. 9.2/10.2

Eigenbefunde

Wesensgliederdiagnose siehe Anhang 9.1

3.2.2 Literaturbestand

siehe Anhang:

Fall 1 und 2 Quantitative Messungen/ Diagnosestunde

Fall 1 Wesensglieder-Diagnose/ Übungsbeispiele/ Tagebuch

Fall 2 Wesensglieder-Diagnose/ Übungsbeispiele/ Tagebuch

Fall 1 und 2 Geschicklichkeitsparcour/Diagnosestunde

Fall 1 Ärztliche Befunde

Fall 2 Ärztliche Befunde

Fall 1 Vertrag mit Bewegungspraxis

Fall 2 Vertrag mit Bewegungspraxis

3.2.3 Anamnese

siehe Anhang „Ärztliche Befunde“⁴³

3.2.4 Erster Eindruck und Eigenbeurteilung

Wahrnehmungen aus einem Erstgespräch und aus ersten Übungen:

Der Patient ist männlich, 17 Jahre alt, wirkt gross, kräftig, schlank, bewegt sich aber etwas unsicher und sehr vorsichtig im Raum. Ein grosser runder Kopf mit dunklen Haaren und heller, sich sehr stark an die Lichtverhältnisse der Umgebung anpassenden Augenfarbe. Der Oberkörper hängt entweder etwas nach vorne oder wird z.B: bei der mit den Armen vor dem Oberkörper rundenden O-Gebärde im lumbalen Bereich nach hinten weggedrückt.

Seine Mimik zeigt beim Zuhören wenig Reaktion, sie wirkt maskenhaft, kann aber plötzlich in nervöser Spannung zucken, wenn er etwas erzählt, was ihn sehr begeistert. Dann schiesst der Oberkörper auch etwas nach vorne und seine Gebärden begleiten angeregt seine Rede.

Sein Blick wirkt beim Zuhören etwas trüb und abwesend. Er wirkt beinahe uninteressiert. Im Moment der Begeisterung fangen die Augen aber sofort zu leuchten an.

Wenn der Therapeut ihm etwas erklärt, macht er oft beim Zuhören, obwohl der Therapeut an der Mimik des Patienten sehen kann, dass seine Aufmerksamkeit auf das Gesprochene vorhanden ist, verschiedenen Lageänderungen, Zwischen-Bewegungen und Bewegungen der Hände, die er selber nicht wahrzunehmen scheint. Sitzend am Tisch beginnt er ab und zu mit seinem rechten Bein nervös auf und ab zu wippen. Erst nach einer Weile bemerkt er dieses und hält etwas beschämt die Bewegung inne.

Er sagt er komme in die Eurythmietherapie weil er ein starkes Bedürfnis nach Ruhe habe und seine Selbstwahrnehmung verbessern möchte.

⁴³ Anhang Nr.13

3.2.4.1 Bewegungsübungen

Videoaufzeichnungen der Übungen ausgeführt durch den Therapeuten können als Modell auf der Website www.bewegungspraxis.ch/projekt/ eingesehen werden. IAO und Verdichten und Lösen kann eingesehen werden, dreiteiliges Schreiten nicht.

IAO: Erst wenn die Bewegungen sehr langsam nacheinander ausgeführt werden, nachdem die Beine in A-Stellung gesetzt wurden sackt der Oberkörper im lumbalen Bereich etwas nach hinten, wird aber korrigiert. Beim Beschleunigen der Bewegung wird der Oberkörper versteift, nach hinten oben gedrückt, die Oberarme fest an den Körper gedrückt und Unterarme und Hände schnell, aber mit wenig Bewegungsempfinden hin und her bewegt.

Die Beine werden zu weit auseinander gestreckt, dadurch verliert der Patient das Gleichgewicht und wird es für ihn schwierig Koordination von Armen und Beinen aufrecht zu erhalten. Ausserdem sackt er leicht in X-Bein Stellung.

Beim abschliessenden Verlangsamen kommt er nicht zur Ruhe, wackelt noch etwas mit dem rechten Bein, macht eine asymmetrische Seitwärtsbewegung durch den Oberkörper und sackt eine Spur nach innen durch die Knie.

Schreiten: Der Oberkörper wird immer wieder, entgegen der Schrittrichtung gehalten. Er wackelt oben oft etwas hin und her und scheint sich nicht gut zentrieren zu können. Der Impuls des Schritts wird kaum wahrnehmbar beim Heben des Beins. Es entsteht kein Fluss beim Schreiten. Er wackelt immer wieder mit dem Oberkörper hin und her und hat instabilen Fusskontakt zum Boden.

Verdichten und Lösen (Beugen und Strecken):

Hat der Patient in drei Variationen gemacht.

Variation 1: beim Weiten dicht an der Gestalt auf der Höhe des Sonnengeflechts bleiben:

Er wirkt dabei sehr verkrampft. Die Bewegungen der Arme und Hände wirken so, als ob sie von wenig Bewegungsempfinden durchdrungen sind.

Variation 2: atmende Gebärde horizontal auf Schulterhöhe die Arme ganz durchstrecken:

Er entspannt etwas mehr im Oberkörper, die Gebärde ist aber wenig koordiniert und wirkt ebenfalls so, als ob wenig Bewegungsempfinden vorhanden wäre. Es wird kaum ein Atem zwischen nach aussen strecken und nach innen beugen wahrnehmbar.

Variation 3: Zu der beugenden Gebärde kommt eine vertikale Beugung des Oberkörpers und Knie durch die Gestalt bis beinahe in Hockstellung und wieder eine Streckung, wenn die Arme in die Weite strecken:

Jetzt wird bis in die Hände eine lastende drückende Bewegung und eine ziehende, nach aussen verströmende Bewegung wahrnehmbar.

Das Beugen und Strecken der Arme wirkt durchatmet, der Oberkörper belebt.

3.2.4.2 Bewegungsdiagnose

Die Bewegungen des Patienten können selten fließend und atmend ausgeführt werden. Manchmal verkrampfen sie, dann wieder werden sie zu wenig koordiniert und geführt. Die gestaltenden seelischen Kräfte (Astralleib) des Patienten scheinen sehr stark aus seiner eigenen Dynamik heraus in den Bewegungsorganismus einzugreifen und von den gestaltenden Lebenskräften scheint dem wenig Substanz entgegen zu wirken. Der „Lebensleib“ kann das Einwirken des „Seelenleibs“ nicht genügend zurückfedern und dadurch stockt die Bewegung. Interessiert sich der „Seelenleib“ nicht mehr für die Bewegung, dann wirkt sie plötzlich flüchtig und unkoordiniert.

Im Lendenwirbelbereich gibt es oft einen Knick in der Gestalt- oben und unten können einander nicht gut durchdringen. Vielleicht konnte gerade darum die Gebärde des Verdichtens und Lösens während Variation 3, als der Patient durch die ganze Gestalt gehen musste, gut gegriffen werden? Diese Bewegung verlangte eine Feinabstimmung des gesamten Bewegungsapparates und er konnte dadurch nicht im Rücken wegkippen.

Beim Schreiten verliert er den Fusskontakt zum Boden und wackelt mit dem Oberkörper. Dass weist darauf hin, dass er noch nicht ökonomisch den Muskeltonus des gesamten Bewegungsapparats aufeinander abstimmen kann. Er kann kaum das Gleichgewicht halten, wirkt auf den Therapeuten als ob er etwas getrunken hätte. Mit seiner Ich- Organisation kann er die Bewegungsabläufe nicht koordinieren und dosieren. Dadurch schießen Bewegungen auch übers Ziel hinaus. Er kommt aus dem Gleichgewicht oder aber das Tempo wird zu stark gedrosselt und die Bewegung verkrampft. Oft verliert er beim Bewegen die Übersicht im Raum und es entsteht kein Bewegungsfluss.

3.2.4.3 Zusammenfassung

Die Ich-Organisation soll durch Koordinationsübungen unterstützt werden den Bewegungsapparat ökonomisch und global ergreifen zu lernen. Durch rhythmisches Bewegen und Gestalten sollte seine Nervosität beruhigt und seine gestaute Energie wieder in Fluss gebracht werden. Die Tiefensensibilisierung hat während des Bewegens verstärkt zu werden und die Bewegungen müssen bewusster geführt werden. Es sollte, wie auch im Essay von H. von Kleist⁴⁴ „Über das Marionettentheater“ (Berliner Abendblätter 1810) dargestellt wird, Umkreis und Zentrum seiner Bewegungen in Einklang gebracht werden.

Aus ersten verpassten Terminen wird ersichtlich, dass Selbstorganisation eine wichtige Rolle im Therapieverlauf spielen wird.⁴⁵

⁴⁴ Kleist 2009

⁴⁵ Anhang Nr. 2/ 10.1 und Begriffsklärung

3.2.4.4 Auswertung Therapie-Feinziele

Gezielte Dosierung seines Krafteinsatzes, Koordinationsübungen, rhythmische Übungen, Wärmewahrnehmungsübungen und verstärkte Körperwahrnehmung vor allem im rhythmischen System sind bei diesem Patienten unbedingt zu beachten.

Die Lautgebärden sollen bis in die Muskelspannung (Charakter) geübt werden und immer sind die Übungen so anzulegen, dass gleichzeitig mehrere Aufgaben gelöst werden. (z.B: eine horizontale Bewegung der Gestalt verbunden mit einer Vertikalen Bewegung der Arme von oben nach unten)

Wahrnehmen und Bewegen sollen einander mehr durchdringen können. Die Tiefensensibilisierung beim Bewegen muss verstärkt werden.

3.3 Zusammenfassung Teil 3

Patient 1 und Patient 2 wurden nacheinander dargestellt. Die Darstellung beider Patienten gab einige gemeinsame Ausgangspunkte, die am Ende der Arbeit bei der Auswertung der Ergebnisse berücksichtigt werden können.

Physischer Ebene: Die Stütz und Haltemuskulatur beider Patienten ist schwach entwickelt. Bei beiden ist der Fusskontakt mit dem Boden nicht sehr ausgeprägt.

Energetische Ebene: Die Bewegungen beider Patienten wirken stockend, nicht fließend, die Tiefensensibilität scheint schwach entwickelt zu sein.

Emotionale, seelische Ebene: Beide Patienten können sich schwer auf etwas, was nicht direkt mit ihnen zu tun hat, z.B: wenn ihnen eine Aufgabe erklärt wird, konzentrieren, Beide Patienten sind schnell ablenkbar. Sie reagieren schnell frustriert oder verunsichert, wenn sie etwas nicht können, scheinen oft den Eindruck zu haben, dass sie den Anforderungen des Lernalltags nicht gewachsen sind.

Intentionale, Ich-Ebene: Ihr Motiv in die Eurythmietherapie zu kommen ist, dass sie sich erhoffen ruhiger zu werden, weniger zu zappeln. Mangelnde Selbstorganisation, ihre eigensinnige Energie, ihre Authentizität, ihre spielerische Beweglichkeit und ihr Humor sind Ressourcen, die sie mitbringen und sollen trotz hohen Anforderungen immer wieder genützt werden.

Patient 1 spezielle Ausgangslage

Komorbidität: Neurologische Auffälligkeiten mit erhöhtem
passivem und verstärktem aktiven Muskeltonus
motorische Ungeschicklichkeiten
visuelle Schwächen
oppositionelles Verhalten

Patient 2 spezielle Ausgangslage

Verbale Merkspanne, verbales Arbeitsgedächtnis
graphomotorische Schwäche
Sehr schwach entwickelte Selbstorganisation

Teil 4 Dokumentation

4.1 Dokumentation

4.1.1 Therapieplan Fall 1

Wie schon bei der Einleitung erwähnt, wurde der Therapieplan so erstellt, dass das Temperament der Patienten berücksichtigt werden kann. Danach soll viel Unruhe, Beweglichkeit und Ablenkbarkeit zur Ruhe geführt werden. Aus diesem Grund gibt es mehrere Eurythmietherapeutische Fasen.

In der ersten Phase soll er motorisch gestärkt und zentriert werden. Darum Fünfstern A/B und grosse U-Übung. Von Anfang an muss Stütz- und Haltemuskulatur gestärkt und der Schüler zentriert werden.

In der zweiten Phase soll er noch mehr in Bewegung kommen, durchwärmt werden und an seiner Koordinationsfähigkeit gearbeitet werden. Jetzt werden auf dem Fünfstern Konsonanten gearbeitet. Jetzt muss er lernen Bewegungen Haltungen ankommen zu lassen. Ausserdem ist Rhythmen stampfen sehr wichtig.

In der dritten Phase soll die Bewegungsführung, die Gebärde und die einzig von Steiner angegebene Lautreihe für unruhig „maniakale Kinder“ (Formulierung Steiner/ d.Verf.)⁴⁶ verwendet werden. Jetzt soll die Führung der Gebärde beachtet werden.

Diese Phasierung hat den Nebeneffekt, dass die verschiedenen Phasen, was die Wirksamkeit der Übungen betrifft, miteinander verglichen werden können.

Die ausführliche Beschreibung der Übungen finden Sie im Anhang (9.2 Übplan Patient 1) zu der Masterarbeit. Unten gibt es zu den einzelnen Übungen nur einen kurzen Hinweis zu deren erwarteten Wirkungen.

Phasen Patient 1

Phase 1 Stärken

Stunde 1-3

IAO	ganze Gestalt
AEAU-IIAU	Füsse/Koordination
vv-	Rhythmen/Gegenrhythmen
A auf Fünfstern	oberer Mensch
B	unterer Mensch
Grosse U Übung	Zentrieren

Stunde 4-6

Wärmekugel	zusammenziehen und ausdehnen (Wärmehülle)
U-Säule	Aufrichtekraft
iAO	ganze Gestalt
AEAU/IIAU	Füsse/Koordination
U/A	Füsse/Beine im Wechsel/Koordination
vv--	Rhythmus mit Beinen

⁴⁶ Steiner 1975:89

M-Schaukelschritt	Atmung vertiefen/Ausatmung verstärken
R-Schaukelschritt	Kraft/Bewegungsfluss
A auf Fünfstern	Raum/oberer Mensch
B auf Fünfeck	Umhüllung/Unterer Mensch
U Grosse U-Übung	Zentrieren

Phase 2 Durchwärmen

Stunde 7-9

IAO	Ganze Gestalt
Wärmekugel	Wärmehülle
Liebe E	Pulsieren im Wechsel von Entspannung und Anspannen
Fuss E	Beine/Füsse vitalisieren
A Seitwärts-Galopp	Kraft/Belebung der Beine
A Jambisch	Verbindung auditiver und Bewegungswahrnehmung
vv-	Rhythmen/Gegenrhythmen
M Schaukelschritt	offene Gelenke/atmende Bewegung
R Schaukelschritt	Kräftigung/im Besonderen der Bein und Rückenmuskulatur
K-Sprünge	kräftigen/Gleichgewicht
GKMRG auf Fünfstern	Zentrifugale Bewegungsstrom verstärken/trotzdem Gebärde anhalten
B auf Fünfeck	unteren Menschen umhüllen
Grosse U-Übung	oberer Mensch/zentrieren

Stunde 9-10

IAO	Ganze Gestalt
Wärmekugel	Wärmehülle
Liebe E	Pulsieren im Wechsel von Entspannung und Anspannen
Fuss E	Beine/Füsse vitalisieren
A Seitwärts-Galopp	Kraft/ Belebung der Beine
A Jambisch	Verbindung auditiver und Bewegungswahrnehmung
vv-	Rhythmen/Gegenrhythmen
M Schaukelschritt	offene Gelenke/atmende Bewegung
R Schaukelschritt	Kräftigung/im Besonderen der Bein und Rückenmuskulatur
K -Sprung	Kräftigen/Gleichgewicht
GKMRG auf Fünfstern	Zentrifugale Bewegungsstrom verstärken/trotzdem Gebärde anhalten können.
B auf Fünfeck	unteren Menschen
Grosse U-Übung	oberer Mensch

Stunde 11- 14

IAO	Ganze Gestalt
Wärmekugel	Wärmehülle
Liebe E	Pulsieren im Wechsel von Entspannung und Spannung
Fuss E	Beine/Füsse vitalisieren
M mit Kiebitz-Sprung	oberer und unterer Mensch verbinden
A Seitwärts-Galopp	Kraft/Belebung der Beine
A Jambisch	Verbindung auditiver und Bewegungswahrnehmung
M Schaukelschritt	offene Gelenke/atmende Bewegung

R-Schaukelschritt	kräftigen/Rücken stärken
K-Sprünge	kräftigen/Gleichgewicht
GKMRG auf Fünfstern	Zentripetalen Bewegungsstrom stärken/Gebärden anhalten
B auf Fünfeck	unteren Menschen
Grosse U Übung	zentrieren

Phase 3 innen und aussen, anspannen und entspannen, Durchatmen

Stunde 15-21

AEAU/IIAU	Füsse/ Koordination
Wärmekugel	Wärmehülle
M mit Kiebitz-Sprung	oberer und unterer Mensch verbinden
Grosse E-Übung	Tiefenwahrnehmung der Eigenbewegung/zentrieren
Kupferstäbe werfen vv-	Rhythmen/ Mut
M mit Kupferstab rollend	offene Gelenk/ atmende Bewegung
Wasserfall	Aufrichtekraft
N mit Stab und rückwärts	Nackenmuskulatur entspannen
B und P ein- und ausspiralen	Umhüllende Bewegung
Grosse A-Übung	Zentrieren einatmend
U	Zentrieren/ausatmen/ los lassen

Wichtige Übaspekte

Kräftigung.

Die Stosslaut-Gebärden werden angehalten.

Die Oberarme werden gebraucht.

Er kommt beim Rhythmus Laufen in die Beine.

Zentrifugale und zentripetale Bewegungsstrom kommen ins Gleichgewicht.

Zentrieren.

Die Kupferstäbe, welche in der 3. Phase eingesetzt werden, sollen dazu beitragen dem Patienten zu ermöglichen das Verhältnis zwischen innen und aussen, zwischen Rumpf und Gebärde, welches oft nicht ganz ausgestaltet werden kann, besser erfassen zu können. (z.B: die Oberarme heben bei der B-Gebärde)

4.1.2 Therapieplan Fall 2

Wie schon bei der Einleitung erwähnt, wurde der Therapieplan so erstellt, dass das Temperament der Patienten berücksichtigt werden kann. Bei diesem Patienten soll in Bewegung geführt werden um dieselbe aber wieder beruhigen zu können. Aus diesem Grund gibt es mehrere Eurythmiemedikament-Phasen. Bitte nehmen sie Band 2/Anhang dazu wenn sie sich näher über die Ziele und erwarteten Wirkungen der Eurythmietherapie (Übplan) zu informieren.

In der ersten Phase soll er motorisch gestärkt (z.B: AEAU) und zentriert werden. Darum Fünfstern A/B und grosse U-Übung.

In der zweiten Phase soll er noch mehr in Bewegung kommen, durchwärmt werden und an seiner Koordinationsfähigkeit gearbeitet werden. Jetzt werden auf dem Fünfstern Konsonanten Blaselaute und M/R) gearbeitet. R-Schaukelschritt, grosse I-Übung und viel mit den Beinen rhythmisierend.

In der dritten Phase soll die Bewegungsführung, die Gebärde und die einzig von Steiner angegebene Lautreihe für unruhig „maniakale Kinder“ (Formulierung Steiner/

d.Verf.)⁴⁷ verwendet werden. Jetzt kann wieder stärker zentrierend gearbeitet werden. Der Bewegungsraum in der Gebärde, innen und aussen rücken ins Zentrum der Bemühungen.

Diese Phasierung hat den Nebeneffekt, dass die verschiedenen Phasen, was die Wirksamkeit der Übungen betrifft, miteinander verglichen werden können.

Die ausführliche Beschreibung der Übungen finden Sie im Band 2 (Anhang/Übplan Fall 2) zu der Masterarbeit. Unten gibt es zu den einzelnen Übungen nur einen kurzen Hinweis zu deren erwarteten Wirkungen.

Phasen Patient 2

Phase 1 Stärken

Stunde 1-3

IAO	ganze Gestalt
AEAU-IIAU	Füsse/Koordination
vv-	Rhythmen/Gegenrhythmen
A auf Fünfstern	oberer Mensch
B	unterer Mensch
Grosse U Übung	Zentrieren

Stunde 4-6

Wärmekugel	zusammenziehen und ausdehnen (Wärmehülle)
iAO	ganze Gestalt
AEAU/IIAU	Füsse/Koordination
U/A	Füsse/Beine im Wechsel
M-Schaukelschritt	Atmung vertiefen/Ausatmung verstärken
R-Schaukelschritt	Kraft/Bewegungsfluss
vv-	Rhythmen/Gegenrhythmen
A auf Fünfstern	Raum/oberer Mensch
B auf Fünfeck	Umhüllung/Unterer Mensch
U Grosse U-Übung	Zentrieren

Phase 2 Durchwärmen

Stunde 7-9

IAO	Ganze Gestalt
Wärmekugel	Wärmehülle
Liebe E	Pulsieren im Wechsel von Entspannung und Anspannen
Fuss E	Beine/Füsse beleben
A Seitwärts-Galopp	Kraft/Belebung der Beine
A Jambisch	Verbindung auditiver und Bewegungswahrnehmung
vv-	Rhythmen/Gegenrhythmen
M Schaukelschritt	offene Gelenke/atmende Bewegung

⁴⁷ Steiner 1975:89

R Schaukelschritt	Kräftigung/im Besonderen der Bein und Rückenmuskulatur
SDMRH auf Fünfstern	Zentrifugale Bewegungsstrom verstärken
B auf Fünfeck	unteren Menschen/umhüllen
Grosse I-Übung	oberer Mensch/ausstrahlen

Stunde 9-10

IAO	Ganze Gestalt
Wärmekugel	Wärmehülle
Liebe E	Pulsieren im Wechsel von Entspannung und Anspannen
Fuss E	Beine/Füsse beleben
A Seitwärts-Galopp	Kraft/Belebung der Beine
A Jambisch	Verbindung auditiver und Bewegungswahrnehmung
vv-	Rhythmen/Gegenrhythmen
M Schaukelschritt	offene Gelenke/atmende Bewegung
R Schaukelschritt	Kräftigung/im Besonderen der Bein und Rückenmuskulatur
SDMRH auf Fünfstern	Zentrifugale Bewegungsstrom verstärken
B auf Fünfeck	unteren Menschen
Grosse I-Übung	oberer Mensch

Stunde 11- 15

Stehen	offene Gelenke
Wärmekugel	Wärmehülle
Liebe E	Pulsieren
AEAU/IIAU	Koordination/geht nur bis 21.5.12/danach Dispens
M mit Kupferstab rollend	offene Gelenke/atmende Bewegung
Wasserfall	Aufrichte stärken
Kupferstäbe werfen vv-	Rhythmen/Mut
B und P ein- und ausspiralend	Umhüllende Gebärde
AEAU/IIAU mit Füßen	Füsse/Koordination
R-Schaukelschritt	kräftigen/Rücken stärken
Grosse E-Übung	Tiefenwahrnehmung der Bewegung
M mit Kiebitz-Sprung	oberer und unterer Mensch verbinden
Grosse U Übung	Zentrieren

Phase 3 Spannung/Entspannung im Wechsel/Durchatmen:

Stunde 16-20

Stehen	offene Gelenke
AEAU/IIAU	Füsse/Koordination
R-Schaukelschritt	kräftigen/Rücken stärken
Grosse E-Übung	Tiefenwahrnehmung der Eigenbewegung/zentrieren
M mit Kiebitz-Sprung	oberer und unterer Mensch verbinden
M mit Kupferstab rollend	offene Gelenk/atmende Bewegung

Wasserfall	Aufrichtekraft
N mit Stab und rückwärts	Nackermuskulatur entspannen
Kupferstäbe werfen vv-	Rhythmen/Mut
B und P ein- und ausspiralen	Umhüllende Bewegung
Grosse A-Übung	Zentrieren einatmend
U	Zentrieren ausatmen

Wichtige Überaspekte

Kräftigung.

Muskelspannung verbessern. (Charakter)

Tiefensensibilisierung während Gebärden ausgeführt werden.

Zentrifugaler und zentripetaler Bewegungsstrom kommen ins Gleichgewicht.

Zentrieren.

Die Kupferstäbe, welche in der 3. Phase eingesetzt werden, sollen dazu beitragen dem Patienten zu ermöglichen das Verhältnis zwischen innen und aussen, zwischen Rumpf und Gebärde, welches oft nicht ganz ausgestaltet werden kann, besser erfassen zu können. (z.B: die Oberarme heben bei der B-Gebärde)

4.1.3 Therapieprozess Fall 1

4.1.3.1. Dokumentation und Auswertung erfolgte nach folgenden Kriterien

Wie oben bereits unter Ausschlusskriterien festgelegt, werden hier exemplarisch Tagebuchaufzeichnungen zu folgenden Übungen bearbeitet und in Beziehung zur Ausgangsfrage, ist der Patient ruhiger geworden, gestellt:

Der grossen U Übung

Der M Übung

Einiger pädagogisch, therapeutischer Aspekte, Störfaktoren, Entwicklungsaspekte und Arbeitshaltung

Ausgewertet werden diese Aspekte mit den Kategorien:

Tiefensensibilität (Lage-, Bewegungs- und Kraftsinn)

**Gleichgewichtssinn (Gleichgewichtsorgan in Innenohr und Kleinhirn-Gehör-Sehsinn-
Oberflächensensibilität der Haut –Muskulatur)**

Bezug nehmend zu:

Bewegungsgrundlage

Bewegungsqualität

Bewegungsimpuls

4.1.3.2 Darstellung Therapieprozess Fall 1

Zitate aus nummeriertem Tagebuch⁴⁸ sind kursiv geschrieben:

Die U-Übung wurde während der gesamten Therapieperiode, in verschiedenen Lautgebärden-Settings, immer wieder geübt: In der ersten Phase als grosse U-Übung im Zusammenhang mit B und A, in einem davor gemachten Fünfstern stehend. In der zweiten Phase ebenfalls am Ende der Interventionsstunde und in der

⁴⁸ siehe Anhang Nr. 9.3/10.3

dritten Phase am Anfang der Stunde als einfache Gleichgewichtsübung (Schaue Auf) und am Ende derselben nur die Gebärden der grossen U-Übung.

Tiefensensibilität

Die Tiefensensibilität konnte relativ schnell entwickelt werden, da in der Interventionsstunde darauf geachtet wurde, dass der Patient seine Eigenwärme, erst mal in den Händen, später in den Armen spüren sollte. Dadurch richtete er automatisch seine Aufmerksamkeit auf die Eigenwahrnehmung des Körpers. An seiner Mimik konnte dabei abgelesen werden, dass er entspannte (Anhang 9.3-120515). Mit der Zeit wurde die Bewegungsqualität der Lautgebärde wahrnehmbar. In der letzten Stunde der 2. Periode steht sogar im Tagebuch: „Er steht ruhig, in sich gekehrt!“ (Anhang 9.3-120418) In der vorletzten Stunde vom dritten Quartal: „Ruhig, gute Konzentration, das U sehr unterschiedlich ausgeführt [...]“. (Anhang 9.3-120618) Der Verfasser erinnert sich, dass der Patient in dieser Stunde eine sehr hingebungsvolle Ausstrahlung hatte. Die Führung der Gebärde wurde dadurch weniger wichtig. Er stand, wie wenn er in einer Kathedrale wäre.

Gleichgewicht

Der Patient konnte relativ schnell mit Hilfe dieser Übung zu Ruhe und stabilem Gleichgewicht finden.

Das Gleichgewicht war anfänglich noch sehr instabil, er wackelte mit dem Oberkörper (120117),. aber in Interventionsstunde 120124 konnte er bereits die Arme nach unten schwingen und dabei verlangsamen, ohne die Konzentration zu verlieren. Immer wieder hielten ihn vagabundierende Gedanken davon ab, ganz konzentriert zu bleiben. (120313) Immer mehr wurde das Konzentrationsvermögen in den folgenden Interventionsstunden angesprochen. Bis zur letzten Interventionsstunde 120619 hiess es in den Tagebuchaufzeichnungen sieben Mal, er wirke zentriert.

Insgesamt hat die Wirkung der grossen U-Übung auf den Patienten die Erwartungen des Therapeuten übertroffen. Es kann gesagt werden, dass sich sowohl die Körperhaltung des Patienten, wenn er die U-Gebärde in den verschiedenen Zonen formte, seine Tiefensensibilität beim Bewegen selber und der Bewegungsimpuls der U-Gebärde wahrnehmbar wurde. Es war erstaunlich zu sehen, wie bei einem Patienten, der erst seinen Leib kaum spüren konnte, jetzt plötzlich eine stille, in sich gekehrte und trotzdem offene Haltung möglich wurde.

Die M-Übung wurde ebenfalls in verschiedenen Settings geübt. In der 2. Periode M-Schaukelschritt, vor der Übung R-Schaukelschritt. Im Fünfstern auf einem der Fünfsternwege M-Gebärde und im letzten Quartal als M mit rollendem Stab auf dem Arm und mit Kiebitz-Sprung.

Wenn der Patient die M-Gebärde im Stehen ausführen sollte, konnte er nach Aufforderung des Therapeuten für einen Moment eine schön geführte Bewegung machen. Er hat aber bei Wiederholungen sofort die Gebärde schneller und unachtsamer gemacht. Die Armbewegungen wirkten grundsätzlich kurzatmig. Wiederum auf Aufforderung konnte er die Gebärde nach aussen recht gut verlangsamen, nach innen beugte er meistens zu schnell (120306). Mit der Zeit

wurde die M-Gebärde bis zu den Fingerspitzen geführt.(120411). Beim Rollen des Kupferstabs hatte er lange grosse Mühe, seine Oberarme hoch genug zu heben, dass er den Stab über den ganzen Arm rollen konnte. Koordination des Schaukelschritts mit den Beinen und der erwartete Krafteinsatz mit den Armen war lange nicht möglich. Beim M mit Kiebitzsprung war es ähnlich die Sprünge waren schnell kraftlos, die Gebärden flüchtig. Als der Therapeut ihn in einer Stunde aufforderte, sich mehr einzusetzen, wurde er zornig, danach aber konnte er die Übung gut ausführen (120515) Bei der letzten Interventionsstunde mit der Expertin bekam er für die Führung der Arme nur „Arme nicht schlecht geführt“ (120618)

Der Therapeut musste am Anfang immer darauf achten, dass der Patient nicht schnelle flüchtige Bewegungen machte. Er zählte bei jeder Stosslautendstellung, aber auch bei Bewegungen wie der M- Gebärde bis fünf, dass sie etwas länger ausgehalten wurden. Immer wieder mit grosser Hartnäckigkeit erschien das Muster, schneller zu werden und die M-Gebärde flüchtig zu gestalten. Im Gegensatz dazu wird ein verlangsamtes Reaktionsvermögen vom Therapeuten wahrgenommen, wenn es darum geht Bewegungen von ihm nachzuahmen oder einfach auf Aufforderungen zeitnah zu reagieren.

Insgesamt scheint es für ihn bei dieser Übung ein Problem zu sein, dass die Koordination der verschiedenen Variationen der M-Gebärde schwierig war. Dem gegenüber steht aber, dass er, wenn er die Gebärde im Stehen machte, diese ebenfalls kaum geführt und immer schneller und flüchtiger wurde. Ausserdem hat er, als er ein wenig unter Druck gesetzt und zornig wurde, die Bewegungen plötzlich gut ausführen können. (120515)

Der Fortschritt bei dieser Übung überzeugte nicht, vor allem die streckenden Armgebärden wurden bis zum Schluss der Therapieperiode zu wenig geführt und verlangsamt. Interessant bei der Rollübung ist, dass er im Nackenbereich relativ schwache Muskulatur mitbringt. Wie aus der Anamnese ersichtlich, ist dies ein Problem, das ihn seit seiner Geburt begleitet.⁴⁹ Er macht normalerweise im Alltag sehr grosse Schritte beim Gehen. Vielleicht belastet auch dies seinen Nacken.

Er ist bei dieser Übung nur ansatzweise in Gebärde und Rumpf zu einer Verbesserung der Tiefensensibilität gekommen. Für ihn war sofort, wenn er in Bewegung kam, die Lagewahrnehmung schwierig. Er kam an Grenzen seiner Kraft (hatte Mühe die Arme zu heben) und konnte die Gebärde nur ab und zu wirklich gut führen.

Er konnte sich beim Üben nur ab und zu im Brustbereich und in den Armen Bewegungsqualität erarbeiten.

4.1.3.3 Beschreibung des gesamten Therapieprozesses

GS hat in der Therapiephase einen fröhlichen, dann wieder schalkhaften Eindruck hinterlassen. Er hatte immer etwas Mühe mit der Bewegungstherapie, aber eine gute Beziehung zum Therapeuten. Als der Therapeut etwas mehr von ihm forderte, wurde er stiller, teilweise konzentrierter, teilweise war aber seine Aufmerksamkeit nicht mehr wahrnehmbar(z.B. drehte er plötzlich der Kopf zur Seite etc.).

⁴⁹ siehe Anhang Nr.9.3

Gleichzeitig zu diesem Prozess in der Eurythmietherapie kam er, so berichtete seine Lehrkraft, an schulische und soziale Grenzen im Klassenverband. Er scheint jetzt aber durch diesen Prozess reifer geworden zu sein. Erste Schritte zur Entwicklung von Selbstreflexion wurden im Verlauf der Therapiestunden wahrgenommen. (siehe 120306 Anhang 9.3/29 - er reflektiert die Anforderungen der Eurythmietherapie und Anhang 9.3/29 120522 - Wortwechsel mit dem Therapeuten über ausweichendes, Anstrengung vermeidendes Verhalten.)

Er hat eine sehr originelle Seite, kann in die Stunde kommen und alle möglichen Gründe finden, wieso er nicht anfangen möchte. Bis er schlussendlich kapituliert und sagt: „Bringen wirs hinter uns!“

Grundsätzlich gab es in der Therapiephase bezüglich zur Ausgangsfrage sehr viele Fortschritte. Vor zwei Jahren konnte er noch nicht ruhig stehen, berichtete er, ohne den Eindruck zu bekommen, dass er gleich platzen würde. Vor einem Jahr konnte er maximal 3 Minuten konzentriert an einer Übung arbeiten, und der Therapeut musste mit ihm vor allem machen, was er wollte.

Für den Therapeuten war es eine Herausforderung, diesen wissenschaftlich gestützten Therapieprozess mit ihm anzugehen. Durch seine Abneigung gegen Wiederholungen und seine starken motorischen Behinderungen war es für den Patienten ebenfalls eine grosse Herausforderung in diesen Übprozess einzusteigen. Frühere Frustrationserlebnisse überlagerten immer wieder die jetzige Arbeitssituation und motorisch kam er, bedingt durch seine Konstitution immer wieder an Grenzen. Störungen, Unbeteiligtheit, Flüchtigkeit oppositionelles oder ausweichendes Verhalten traten immer wieder auf und das eigentliche Thema, die Therapie, geriet in den Hintergrund.

120131: Beim Ausfüllen des Fragebogens bewegen immer wieder die Finger der anderen Hand mit.

Kontralaterale Mitbewegungen waren am Anfang der Therapieperiode⁵⁰ noch zu sehen, später nicht mehr.

Erste Phase 111129-120124:

Der Patient steigt in der ersten Übphase sehr gut in den Prozess ein. Die Fünfsternbewegung im Raum verlangt von ihm unter anderem auch, weil er es kaum schafft kleine Schritte zu machen sehr grosse Konzentration,, scheint ihn aber zu interessieren.

Zweite Phase 120131-120411:

Der Patient soll sich verschiedenste Koordinationsübungen erarbeiten, seine Achtsamkeit auf die Bewegungen, seine Konzentrationsfähigkeit und Tiefensensibilität verstärken. Jetzt wird intensiver an Stosslauten, konsonantisch gearbeitet. Ausserdem wird mehr darauf geachtet, dass der Patient die Bewegungen verlangsamt. Der Therapeut ist erst zufrieden, wenn er diese Anforderungen wirklich umsetzt. In Folge davon gibt es einige Störungen, er ist aber einen Schritt weiter gekommen.

Dritte Phase 120417-120619:

⁵⁰ siehe Anhang Nr. 9.3

Jetzt wird verstärkt mit Kupferstäben gearbeitet. Die Folge davon ist, dass er einerseits wieder mehr chaotisiert, da die Arbeit mit den Stäben viel Wachheit und Koordinationsvermögen verlangt, andererseits aber auch bei schwierigen Stab-Würfen, emotional sehr herausgefordert wird. (120522/120618) Bei der B-Übung haben ihm die Stäbe sehr gut getan. *Die Gebärden sind jetzt gut mit dem Oberarm geführt und wirken voll und Innenraum bildend.* (120618/120619) Er muss jetzt auch mit dem Stab in der Hand seine Oberarme gebrauchen, anders kann er die Übung gar nicht ausführen.

4.1.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeit mit den Lautgebärden Fall 1

Er ist kräftiger geworden und kann die Arme länger in einer Haltung (Lautgebärde/Stosslaut) ankommen lassen.

Die Koordinationsfähigkeit hat sich verbessert.

Die Fähigkeit, an Aufgaben dranzubleiben und nicht sofort abzuschweifen, hat sich ebenfalls verbessert.

Die Fähigkeit, ruhig stehen zu können, hat sich um 200% verbessert.

Siehe 111206: 105.23 sec

120124: 309.91 sec

Die Wirkung der grossen U-Übung ist für die Therapeuten wahrnehmbar geworden. Der Patient konnte in eine „in sich gekehrte“ Seelenstimmung kommen und für einen längeren Zeitraum zentriert bleiben und aus dem Erleben heraus seine Bewegungen führen.

4.1.3.5 Ergebnisse Fall 1

Physische Ebene: Der Stütz und Halteapparat des gesamten Bewegungsapparats wurde gestärkt. Seine Tiefensensibilität hat sich verbessert.

Energetische Ebene: An der grossen U-Übung konnte Tiefensensibilität signifikant verbessert werden. Das stabile Gleichgewicht hat sich ebenfalls verbessert. Am Ende der Therapieperiode wurde allgemein mehr Bewegungsempfinden und atmende Bewegung an den Armen (B-Übung) wahrgenommen. Es war aber für ihn nur selten möglich die Bewegungsqualität einer Lautgebärde mit der ganzen Gestalt auch mit den Füßen über den Bodenkontakt, auszudrücken.

Emotionale Ebene: An der grossen U-Übung wurde vom Therapeut Bewegungsqualität wahrgenommen. Er hat die Gebärden soweit verinnerlicht, dass er die „Stimmung“ des Lautes erleben konnte. Er strahlte am Ende der Therapieperiode Ruhe und Konzentration aus, wenn er diese Übung machte.

Intentionale Ich-Ebene: Er scheint Denken, Fühlen und Handeln bei der grossen U-Übung in Einklang bringen zu können und dadurch den ursprünglichen Bewegungsimpuls des Lautes auf sich wirken lassen zu können.

Er hat in der Interventionsstunde ausserdem noch freiwillig die Messungen zu ruhigem Stehen mit der Stoppuhr gemacht. Dabei steigerte er sich von:

111206: 105.23 sec
111213: 129.09 sec
120124: 309.91 sec.
um 200% von 105.23 sec auf 309.91 sec.

Im weiteren Verlauf konnte er immer mehr die „Stimmung“ der Gebärde, deren Bewegungsqualität erfassen. Die grosse U-Übung hat für diesen Patienten sehr viel Ruhe gebracht.

Bei der M-Übung zeigt sich ein anderes Bild. Der Therapeut fand keinen Weg um zwischen Überforderung und Unterforderung zu einer konstruktiven anhaltenden Arbeit an diesem Laut zu kommen. Es wurde kein „Flow“-Erfahrung möglich. Die Anforderungen wurden immer wieder hoch gesetzt, weil er sich sonst gelangweilt hätte, waren dann aber wieder zu schwierig.

Er konnte mit der grossen U-Übung seine Unruhe in den Griff bekommen. Die M-Übungen verlangten eine viel grössere Koordinations- und Bewegungskompetenz. Vielleicht hat ihn das überfordert. Grundsätzlich, scheint dem Therapeuten, habe die M-Übung die Möglichkeit, Patienten ins Gleichgewicht zu bringen, zu zentrieren und damit zu beruhigen. Bei der M-Übung ist das Hauptthema [wie sie der kurzen Beschreibung im Abschnitt über Eurythmie S.13 über das M entnehmen können] dynamisches Gleichgewicht. Vielleicht liegt in seinen motorischen Schwierigkeiten der Schlüssel dazu, dass er bei komplexen Bewegungsabläufen nicht einsteigen kann.

Die Tiefensensibilisierung des Patienten hat sich vor allem beim Stehen verbessert. Beim Gehen, beim Schaukelschritt etc. sind die Anforderungen noch nicht erreicht.

4.1.3.6 Vergleich mit der Diagnose der gestaltenden Kräfte vor der Therapieperiode (siehe Anhang 7.1)

Die Übungsangaben werden teilweise noch mit anderen ähnlichen Übungen verglichen.

Gestaltende physische Kräfte

Stütz und Haltemuskulatur im Rücken ist gestärkt, im Nackenbereich ist er noch relativ verkrampft (macht bei Richtungswechsel immer noch zusammensackende Kopfbewegungen).

IAO: Die Oberarme werden mehr gehoben. Der Nacken verkrampft aber noch immer etwas.

Schreiten: Die Schreitbewegungen sind weniger abgehackt, Die Feinabstimmung des globalen Muskeltonus hat sich etwas verbessert.

Verdichten und Lösen: Beugen und Strecken der Arme kann er jetzt relativ gut ausführen, manchmal muss er noch dran erinnert werden, ganz zu strecken.

Gestaltende Lebenskräfte - Bewegungsfluss

Der Oberkörper sackt nicht mehr nach hinten, bei der B-Gebärde konnte er in den letzten Stunden, Gebärde und einspiralende Raumbewegung synchron miteinander verbinden.

IAO: Das Gleichgewicht ist noch oft zu weit vorne auf den Fussballen, aber der Bewegungsfluss hat sich verbessert. Die Sprünge sind etwas rhythmischer und kraftvoller geworden.

Schreiten: Der Schritt ist kleiner geworden, das Gleichgewicht wird aber noch immer zu schnell auf den vorderen Fuss gelegt.

Verdichten und Lösen: Er kann beim Verdichten der Gebärde einen innigen Innenraum schaffen, das Weiten der Gebärde fällt ihm aber noch immer schwer. Die Wärmekugelübung hat dabei etwas geholfen, der Therapeut hat vor allem bei der G-Übung eine geführte, weitende Gebärde gesehen. Dabei wurden die Hände erst wie bei der Wärmekugelübung (siehe Anhang Übungen: Nr. 9.2/10.2) gegeneinander gehalten, danach aus dieser Position diagonal, eine kopfwärts, die andere fusswärts auseinander geführt (siehe Anhang: Nr. 9.2/10.2; G auf dem Fünfstern). Dadurch konnte Innenraum entstehen, in dem die Bewegungsqualität des Weitens sichtbar wurde.

Gestaltende seelische Kräfte - emotionale Ebene

Der obere und der untere Mensch fallen vor allem bei der grossen U-Übung nicht mehr auseinander. Er wirkt ganz zentriert, wenn er sie macht.

Die Feinabstimmung des globalen Muskeltonus hat sich verbessert.

IAO: Die Armbewegungen sind weniger achtlos ausgeführt, haben aber noch immer die Tendenz, schneller werden zu wollen.

Ausdauer und Kraft haben sich verbessert, er kann besser springen.

Zug und Druck sind in der Armgebärde selten wahrnehmbar, ausser bei der grossen U-Übung, grosse A-Übung, der B-Übung und der M-Übung im Stehen.

Schreiten: Es ist ihm jetzt, z.B. bei der B-Übung, möglich, die vorwärts drängende Bewegung seiner Füsse zurückzuhalten und den Raum drum herum beim Schreiten, während er die Spiralform abläuft, nicht zu verlieren.

Verdichten und Lösen: Während er seine Arme streckt oder beugt kann er vermehrt den Bezug zwischen innen und aussen, besonders bei beugenden Bewegungen, erhalten.. Die Tendenz, schneller werden zu wollen, ist weiterhin vorhanden und verhindert noch oft, dass er seine Bewegungen mehrmals hintereinander ruhig atmend führen kann. Er ist schnell fertig, meint, es habe sich erledigt.

Gestaltende Ich Kräfte - Intentionalität

Er kann sich selber besser Richtung geben und die Bewegungen so zurückhalten, dass er nicht über das Ziel hinausschiesst. Die Bewegungsintentionen im Voraus greifen ist möglich, er ist aber beim Richtungswechsel (Fünfstern) noch nicht geschickter und schneller geworden.

Die seelische Präsenz im Raum ist noch immer stark, er kann aber jetzt zu sich kommen bei der grossen U-Übung, bei beugenden Gebärden.

Z.B. bei B-Gebärde und nach innen gewendeten Formen fällt ihm die Führung der Gebärde viel leichter.

Bei streckenden Gebärden, z.B, beim nach aussen gewendeten P auf einer ausspiralenden Form gelaufen, verliert er noch immer die Orientierung im Raum.

Durch die Vokalübungen hat er mehr Bewegungsempfindung aufbauen können, der Therapeut bekommt den Eindruck, dass er bei einfachen vokalischen, vor allem radialen Gebärden seinen Körper besser spüren kann und seine Gedanken dabei weniger vagabundieren.

IAO: Koordination Armbewegungen und Schaukelschritt oder Sprünge fallen ihm schwer. Er hat sich jetzt den Ablauf gemerkt, aber macht oft dadurch, dass er schneller werden möchte, Flüchtigkeitsfehler.

Er kann jetzt ruhig und entspannt aufrecht stehen.

Schreiten: Er kann jetzt, ohne gerade ganz unzufrieden zu werden, das dreiteilige Schreiten machen und auf sein dynamisches Gleichgewicht achten. In Kombination mit Gebärden bleibt es aber schwierig.

Beim Stampfen von Rhythmen wurde er relativ schnell in den Beinen und Füßen wach und viel aufrechter in der Gestalt.

Verdichten und Lösen: Liebt diese Übung gar nicht und ist oft bei der verwandt wirkenden Wärmeübung innerlich abgehakt - keine Achtsamkeit bedeutet, dass es ihm nicht möglich ist dran zu arbeiten.

Wichtige Information der Mutter am Ende der Therapieperiode:

Anscheinend spielt er seit ein paar Monaten Tennis. Seine Mutter beschrieb kurz nach Abschluss der Interventionsphase, dass der Tennislehrer von motorischen Schwierigkeiten noch nichts gemerkt habe.

4.1.4 Therapieprozess Fall 2

4.1.4.1 Dokumentation und Auswertung erfolgte nach folgenden Kriterien

Wie oben bereits unter Ausschlusskriterien festgelegt, werden hier exemplarisch Tagebuchaufzeichnungen zu folgenden Übungen bearbeitet und in Beziehung zur Ausgangsfrage, ist der Patient ruhiger geworden, gestellt:

Der grossen U Übung

Der M Übung

Einiger pädagogisch, therapeutischer Aspekte, Störfaktoren, Entwicklungsaspekte und Arbeitshaltung

Ausgewertet werden diese Aspekte mit den Kategorien:

Tiefensensibilität (Lage-, Bewegungs- und Kraftsinn)

**Gleichgewichtssinn (Gleichgewichtsorgan in Innenohr und Kleinhirn-Gehör-Sehsinn-
Oberflächensensibilität der Haut –Muskulatur)**

Bezug nehmend zu:

Bewegungsgrundlage

Bewegungsqualität

Bewegungsimpuls

4.1.4.2 Therapieprozess Fall 2

Zitate aus nummeriertem Tagebuch⁵¹ sind kursiv geschrieben:

Die grosse U-Übung: wurde während der gesamten Therapieperiode, in verschiedenen Lautgebärden-Settings, immer wieder geübt: In der ersten Phase als grosse U-Übung im Zusammenhang mit B und A in einen davor gemachten Fünfstern stehend. In der zweiten Phase ebenfalls am Ende der Interventionsstunde. In der dritten Phase wurde die U-Gebärde am Anfang der Stunde als einfache Gleichgewichtsübung (Schau auf) und am Ende derselben nur die Gebärden der grossen U-Übung gemacht.

Tiefensensibilität

120208 U mit Beinen: Der Mund war offen, die Hände etwas zappelig

U mit Armen: Er hat nicht gesprochen, die Augen waren teilweise geschlossen, der Rücken etwas hinter der Gestalt.

Der Patient wirkt am Anfang der Therapieperiode noch sehr unsicher. Die Haltung, wenn er gerade steht, ist oft etwas wankend, wie wenn er Alkohol getrunken hätte.

Die Tiefensensibilität für den ganzen Körper muss noch erschlossen werden. Im Lendenwirbelbereich sackt er schnell nach hinten ein.

120521: Durch die Art wie der Patient steht, wird Tiefensensibilität gegenüber seinem ganzen Körper für den Therapeuten wahrnehmbar. Der Patient wirkt jetzt entspannt und zentriert, wenn er die grosse U-Übung ausführt.

120704: Er steht in innerem Gleichgewicht

120711: Schön geführte Gebärde

⁵¹ siehe Anhang Nr. 9.3/10.3

Jetzt wird ein Hauch von Poesie in der Beschreibung der Wirkung der Übung wahrnehmbar. Wir Therapeuten merkten immer wieder, wenn für uns wirklich Bewegungsqualität wahrnehmbar wurde, dass wir,, mit Begriffen wie schön, innerem Gleichgewicht etc. unsere ganzheitliche, stimmige Wahrnehmung zu beschreiben versuchten.⁵²

Gleichgewichtssinn

111214: Auf den Zehen verliert er schnell das Gleichgewicht, er wackelt mit dem Oberkörper

120521: Er wirkt entspannt und zentriert.

120604: Er kommt zur Ruhe beim U.

120704: Er steht in innerem Gleichgewicht hat guten Fusskontakt zum Boden.

120711: schöne, geführte Gebärde.

Wie oben beim Zusammenziehen der Daten zur U-Übung ersichtlich wird, hat sich parallel zur Entwicklung der Tiefensensibilität auch die Seite der motorischen Fähigkeiten, die beim Bewegen eher mit Verbindung zum Raum zu tun hat, weiter entwickelt. Am Anfang der Therapieperiode hatte der Patient wenig Raumwahrnehmung und vor allem eine nicht altersgemässe Bewegungsdynamik. Das hat sich in den paar Monaten signifikant geändert.

Die M-Übung: wurde ebenfalls in verschiedenen Settings geübt. In der 2. Periode M-Schaukelschritt, vor der Übung R-Schaukelschritt. Im Fünfstern auf einem der Fünfsternwege M-Gebärde und im letzten Quartal als M mit rollendem Stab auf dem Arm und mit Kiebitz-Sprung. Die Übphase vom M mit Kiebitzsprung ging von 120521-120711. Bereits ab der zweiten Stunde (120530) konnte er verletzungsbedingt nicht (kaum) mehr springen, dadurch ist es schwierig, diese Daten in der Aufarbeitung mit zu berücksichtigen.

Tiefensensibilität

120314: [zur M-Gebärde]

Es gibt Momente, an denen „Leichtigkeit“, Atem in der Gebärde sichtbar wird.

120321: Der imaginativ intendierte Widerstand, der in der Gebärde erwünscht wäre, kann noch nicht wahrgenommen werden.

Er kann relativ schnell in eine harmonische, atmende Bewegungsqualität herein finden, danach wird es aber schwierig, mental Widerstand zu imaginieren und dementsprechend, als ob dies so wäre, die Bewegungen auszuführen.

120321: Die Körpermitte entspannt, bleibt frei atmend, aber die Hände sind beim Richtungswechsel noch zu wenig geführt.

120424: Am Anfang leicht spastische Bewegungen, danach aber gut fließend ausgeführt.

120620:[Beispiel zum Kiebitz Sprung] Die M-Gebärde wird durch den Sprung verwackelt. Wenn die Gebärde gestreckt wird, ist sie zu schnell fertig, wenn die Gebärde gebeugt wird, ist sie geführt und ruhig.

An diesen drei Tagebucheinträgen kann, meines Erachtens sichtbar werden, wie sich die Tiefenwahrnehmung kontinuierlich verbessert.

120711: schön harmonische Bewegungen.

Wieder gilt wie oben bereits beim U, dass sich der Tagebucheintrag zum Schluss wirklich einer Beurteilung der Bewegungsqualität nähert.

⁵² siehe Anhang Nr. 1 Begriffsklärung: Imagination

Im Grossen und Ganzen kann gesagt werden, dass der Patient in diesem halben Jahr Lage-, Bewegungs- und Kraftsinn weiter entwickelt hat.

Die Bewegungsempfindung hat sich verbessert, atmende Gebärden gibt es bereits nach 2 Monaten. Seine Bewegungsdynamik, die in den ersten Monaten geprägt von einem schwachen Rücken und steifen Beinen war, hat sich bis zum Schluss der Therapie sehr verbessert. Bis in die letzte Therapiestunde, hat der Patient versucht, sich besser zu zentrieren, schlenkernde Gebärden zu vermeiden und immer mehr Tiefensensibilität zu erlangen.

120620: Die Problematik, bei streckenden Gebärden Wahrnehmungsfähigkeit zu verlieren, im Gegensatz zu beugenden Gebärden, bei denen er auch in anspruchsvollen Situationen Bewegungsqualität erhalten kann.

Gleichgewichtssinn

120321: Die Koordination Gebärde/Fünfsternweg und Rhythmus in den Beinen bleibt eine Herausforderung.

120424: Am Anfang leicht spastische Bewegungen, danach aber gut fliessend ausgeführt.

Einen komplizierter Bewegungsablauf, wie der Schaukelschritt mit einer M-Gebärde, bei der er mit den Beinen tief durch die Knie gehen muss (die Gebärde zwischen kopfwärts oder fusswärts bewegen), kann er sich relativ schnell erarbeiten.

120606: Die Gelenke bleiben locker, er ist zentriert.

120711: Während des Schaukelschritts den Kupferstab über die Arme rollen: schön harmonisch in der Bewegung.

Seine Koordinationsfähigkeit hat sich ebenfalls kontinuierlich verbessert. Das motorische Koordinationsvermögen baut auf ein gut funktionierendes vestibuläres System auf, also muss sich das Gleichgewicht ebenfalls verbessert haben.

4.1.4.3 Beschreibung des gesamten Therapieprozesses

Emotional und sozial gesehen, waren die letzten Monate ein Wechselbad für verschiedene erhebende und bedrückende Ereignisse.

Bis zum Februar wirkte der Patient noch relativ geordnet. Plötzlich musste er vier Mal in der Woche abends noch trainieren. Er ging viel zu spät, erst um ein oder zwei Uhr morgens, ins Bett. Dadurch kam er oft zu spät zur Schule, verpasste viele Eurythmietherapie- Interventionsstunden und lernte beinahe nicht mehr für die Schule. Da die Lehrkräfte bereits letztes Jahr im Frühling eine ähnliche Situation erlebt hatten, waren sie nicht mehr bereit, ihn in der Schule weiter mitzutragen. Er musste am Ende des Schuljahrs die Schule verlassen.

Trotz dieser Turbulenzen blieb er, wenn er in die Eurythmietherapie kam, davon überzeugt, dass ihm dieselbe gut tut. Er hat bis Ende Schuljahr gut gearbeitet und ist, zumindest was seine Motorik betrifft, ruhiger und geordneter geworden (wippende Knie etc. hat der Therapeut schon lange nicht mehr wahrgenommen). Das hat sich aber anscheinend nicht auf den Rest seines Lebens beruhigend auswirken können.

Berührend war aber Konstanz und Treue zu der Eurythmietherapie, die ihm vielleicht, gerade weil es so turbulent war, doch noch etwas Halt geben konnte.

Erste Phase 111207-120118:

Der Patient steigt in der ersten Phase sehr gut in den Prozess ein. Es ist für ihn nachvollziehbar, dass er mehr Tiefensensibilität (sich selber spüren) entwickeln sollte und er dadurch wahrscheinlich besser mit seiner Unruhe, [z.B. „restless legs“] im Sitzen umgehen könnte. Die Fünfsternbewegung hat er schnell verinnerlicht. Die Gebärden wirken auf den Therapeuten kraftlos, wenig sensibel für deren Bewegungsqualität.

Zweite Phase 120208-120424:

Der Patient soll sich verschiedenste Koordinationsübungen erarbeiten und seine Tiefensensibilisierung verstärken. Jetzt wird intensiver an Blaselauten, konsonantisch gearbeitet. Ausserdem wird darauf geachtet, dass der Patient die Bewegungen verlangsamt und die Selbstwahrnehmung beim Bewegen aufrechterhalten bleibt. Die grösste Herausforderung ist, dass er den Bus nicht verpasst und rechtzeitig in die Stunde kommt. Seine Armbewegungen z.B: beim Beugen und Strecken aber auch bei der Wärmeübung werden vermehrt von Erleben durchdrungen und innerlich geführt.

Dritte Phase 120521-120709:

Jetzt wird verstärkt mit Kupferstäben gearbeitet. Die Folge davon ist, dass seine Koordinationsfähigkeit herausgefordert wird, andererseits wird er aber auch, wie bei schwierigen Stab-Würfen emotional herausgefordert. (120523) Bei der B-Übung konnte er sehr schnell Innenraum bilden und die Arme kontinuierlich nach innen führen. Manchmal war die Lage der Gebärde etwas zu hoch über den Schultern (120606), er liess sich aber schnell korrigieren. Bei der M Gebärde wurde vor allem beim Beugen Bewegungsqualität Innigkeit wahrnehmbar.

4.1.4.4 Zusammenfassung zum Ergebnis der Arbeit mit den Lautgebärden

Der Patient ist kräftiger geworden.

Seine Koordinationsfähigkeiten haben sich verbessert er wirkt zentriert.

Wenn er die Arme beugt, können sie gut vom inneren Erleben geführt werden, streckende Armbewegungen eher nicht.

An einigen Lautgebärden wird ein verstärktes Empfinden für die Bewegung wahrnehmbar. Er ist unerwarteterweise im Gegensatz zu seinem momentan sehr turbulenten Leben, bedeutend ruhiger geworden.

4.1.4.5 Ergebnisse Fall 2

Sowohl bei der grossen U-Übung als auch bei der Erarbeitung der M-Gebärde-Variationen hat sich der Patient signifikante verbessert.

Physische Ebene: Sein Stütz und Halteapparat ist gestärkt. Er hatte am Anfang der Therapieperiode eine sehr schwache Aufrechte, vor allem im Rücken, war lange von Steifbeinigkeit geplagt und konnte seine Gebärden kaum selber empfinden.

Energetische Ebene: Seine Gebärden wirken jetzt von Bewegungsempfinden durchdrungen.

Emotionale Ebene: Es wurde am Anfang der Therapieperiode vom Therapeuten keine altersgemässe Bewegungsdynamik wahrgenommen. Seine

Bewegungsintentionen waren unkoordiniert und nicht kraftvoll und dynamisch durch den ganzen Körper gestaltet.

Bei komplizierten Bewegungsabläufen begann er sofort mit dem Oberkörper zu wackeln. Jetzt, am Schluss der Therapiephase, bewegt er sich ökonomisch, die Feinabstimmung der Muskulatur im ganzen Körper beachtend. Die Bewegungsabläufe sind gut koordiniert und der Therapeut sieht, dass er den gesamten Bewegungsapparat einsetzt, also auch viel dynamischer bewegen kann als vor einem halben Jahr.

Intentionale Ich-Ebene: Insgesamt machen seine Bewegungen einen fließenden, geführten Eindruck. Wenn er neue Bewegungsabläufe lernt, dann wird noch immer sichtbar, dass ihm die beugende Bewegungsart in den Armen leichter fällt. Bei streckenden, nach aussen gerichteten Bewegungen hat er eher die Tendenz, noch zu schnell zu werden. Er scheint dafür nicht geduldig genug zu sein.

Die Bewegungsqualität der Laut-Gebärden konnte immer wieder ansatzweise wahrgenommen werden. Die Bewegungsführung derselben war in Momenten, in denen er noch Neues lernen sollte, noch etwas schwierig. Er ging damit aber sehr gut um. Der Therapeut erinnert sich, dass auf der Videoaufnahme der grossen A-Übung zu sehen war, wie die Arme nach hinten pendelten. Als er vom Therapeuten darauf aufmerksam gemacht worden war, war an ihm das Bemühen wahrzunehmen, seine Gebärden noch zentrierter zu gestalten. Die Expertin notierte 120711: „*Auch hier das Zurücknehmen der Gebärde betont.*“ Sie hatte, ohne davon Kenntnis erhalten zu haben, wahrgenommen, welche Intention der Patient gerade verfolgte.

4.1.4.6 Vergleich mit der Diagnose der gestaltenden Kräfte vor der Therapieperiode (siehe Anhang 7.1)

Die Übungsangaben werden teilweise noch mit anderen ähnlichen Übungen verglichen.

Gestaltende physische Kräfte - Form

Richtung/Orientierung: Im Voraus geht sehr gut. Er hat eine sehr gute Übersicht über den Raum.

Stütz und Haltemuskulatur im Rücken sind gestärkt, er wackelt nicht mehr unkontrolliert mit dem Oberkörper, sondern kann Schaukelschritt und andere Bein- und Armbewegungen gut miteinander koordinieren, z.B: die Übung mit dem Rollen des Stabs parallel über die Arme während dem Schaukelschritt (M-Übung)

Er bricht im Rücken nicht mehr die Bewegung ab.

IAO: Der Bewegungsansatz liegt jetzt nicht mehr in den Gliedmassen, sondern ist deutlich intentional geführt.

Schreiten: Er hat die Einteilung seines Schritts verbessert und zeigt ein gutes dynamisches Gleichgewicht beim Schreiten. Die Feinabstimmung des globalen Muskeltonus hat sich sehr verbessert. Nur bei der E-Übung mit den Beinen, beim Seitwärtsgalopp etc. hatte er lange Mühe nicht steifbeinig zu werden.

Verdichten und Lösen: Er kann jetzt gut beugen und strecken bis in die Fingerspitzen, ohne zu verkrampfen oder im Oberkörper dagegen zu halten oder mitzugehen.

Gestaltende Lebenskräfte - Bewegungsfluss

Er wackelt nicht mehr und konnte die Arm-und Beinbewegungen von Stunde zu Stunde besser zentriert führen. Nur nach dem Unfall war es logischerweise für ein paar Wochen wieder schwieriger.

IAO: Er hält jetzt nicht mehr mit dem Oberkörper im Lendenbereich (M. Longissimus) nach hinten dagegen, wenn er das O macht. Beim Schnellerwerden der Gebärden kann er in einem gemeinsamen Rhythmus bleiben. Er berührt den Boden nicht gerne mit den Fersen und läuft oft auf den Zehen.

Schreiten: Der Schritt ist weniger vorsichtig, der Fusskontakt zum Boden ist besser geworden. Er kann souverän aufrecht laufen.

Verdichten und Lösen: Das Verdichten der Gebärde fällt ihm leichter, aber er hat bis zum Ende der Therapieperiode auch sehr gut gelernt zu weiten. Sein Atem ist seit dem dritten Monat viel tiefer geworden. Er wirkt auf den Therapeuten so, als ob er im rhythmischen System jetzt wirklich gut verankert wäre. Er kann vor allem beugende, Innenraum schaffende Gebärden sehr schön führen. Immer wieder wird bei Lautgebärden deren Bewegungsqualität sichtbar. Zug und Druck erscheint immer wieder an der Armbewegung.

Gestaltende seelische Kräfte-emotionale Ebene

Der obere und untere Mensch können miteinander verbunden bleiben. Die Dynamik der Bewegung hat sich sehr verbessert,

Die Feinabstimmung des globalen Muskeltonus und seine Bewegungsintentionen sind ökonomisch verteilt.

IAO: Die langsame Bewegung kann er sehr ruhig und gefasst ausführen. Die Sprungbewegungen sind dynamisch geführt und können nach der Steigerung der Bewegung schnell wieder gestoppt werden. Die Bewegungen sind nicht mehr stockend ausgeführt.

Zug und Druck sind in der Armgebärde ab dem dritten Monat der Interventionsphase immer wieder gut wahrnehmbar.

Schreiten: Das Schreiten ist dynamischer geworden, er schiebt den Fuss nicht mehr flach über den Boden.

Verdichten und Lösen: Zug und Druck wird an seinen Armbewegungen bei verschiedensten Lautgebärden sichtbar. Immer wieder wird Bewegungsqualität wahrnehmbar.

Gestaltende Ich Kräfte-Intentionalität

Wenn er sich aus irgendwelchen Gründen seelisch verausgabt, fällt es ihm noch schwer, sich auf seine Bewegungen (Gebärden und Beinbewegungen) zu konzentrieren. Dann redet er viel.

Er kann sich sehr gut zentrieren bei der grossen U-Übung. Beim M mit Schaukelschritt fällt ihm die beugende Gebärde viel leichter als die streckende M-Gebärde. Aber meistens kann er mit Hilfe dieser Übung ein dynamisches Gleichgewicht finden.

Bei der B-Gebärde kann er den Stab sehr schön einspiralend nach innen führen und der Therapeut nimmt wahr, dass ihn diese Gebärde und Form zentrieren und beruhigen.

Bei streckenden Gebärden z.B: beim nach aussen gewendeten P auf einer ausspiralenden Form gelaufen, hat er es geschafft, trotz der ausspiralenden Bewegung noch zentriert zu bleiben und die Arme gut zu führen.

Durch die Vokalübungen hat er mehr Bewegungsempfindung aufbauen können; der Therapeut bekommt den Eindruck, dass er bei einfachen vokalischen, vor allem radialen Gebärden, seinen Körper besser spüren kann.

Die grosse A-Übung konnte er am Ende der Periode sehr gut greifen. Er konnte seine Gebärden mit den Armen kontinuierlich besser zentrieren.

Er ist weniger ablenkbar. Er kann jetzt innerlich weiten, die zentrifugalen Kräfte sind nicht mehr blockiert. Genügend Achtsamkeit, Bewusstsein in der Bewegung zu halten und gleichzeitig diese strömende Willensbewegung zu lassen wurde immer wieder geübt und hat sich von Stunde zu Stunde verbessert.

IAO: Er kann seine Bewegungen jetzt führen, die Arme pendeln nicht mehr automatisch hin und her. Die Feinabstimmung des gesamten Muskeltonus hat sich sehr verbessert. Er kann achtsam bewegen.

Schreiten: Er kann, während er schreitet, sein dynamisches Gleichgewicht aufrecht erhalten. Seine Bewegungsintentionen sind ökonomisch verteilt. Er muss sich weniger von aussen kontrollieren, sondern kann entspannt mit voller Achtsamkeit dabei bleiben.

Verdichten und Lösen: Er betrachtet sich nicht mehr von aussen, sondern ist mit seinem Bewegungsempfinden, seiner Achtsamkeit ganz bei der Gebärde und kann dieselbe immer mehr intentional vorbereitet führen.

4.2 Quantitative Messungen an Hand der Forschungsziele/ Diagnosestunde

Ursprünglich wurden die quantitativen Messungen mit 4 Schülern gemacht. Die beiden Patienten und 2 gleichaltrige Schüler die im Unterricht ebenfalls etwas auffällig sind. (mangelndes Konzentrationsvermögen) Die Selbstorganisation der beiden Schüler war aber, im Vergleich zu den beiden Patienten, viel mehr ausgereift. Die Sprungtanzübung wurde von beiden einmal gelernt, nicht mehr vergessen und konnte bis zur 3. Diagnosestunde signifikant verbessert werden.

Die Daten der Kontrollgruppe konnten aber nicht, da einer der Beiden seine anonymisierten Daten nicht freigeben wollte, in die Studie aufgenommen werden.

Der Therapeut stellte für die Diagnosestunde, so wie bereits oben in 2.5 erwähnt, ein Diagnosemenue siehe Anhang Nr.5 und 6 zusammen, das für mehrere Altersstufen verwendet werden kann.

Dieses Menu hat den Vorteil, dass die Entwicklungsstufe der Patienten berücksichtigt wird und dadurch die Anforderungen möglichst nahe beim Patienten angesetzt werden können, trotzdem aber Vergleichbarkeit gewährleistet wird.

Vertikal: gesehen werden die Übungen immer schwieriger und können dadurch etwas über die allgemeine Entwicklung des Patienten aussagen. Alle Schüler, die ähnliche Übungen machen können, wären dann auf einem ähnlichen Entwicklungsstand. Die Übungen erhielten fortlaufend eine Nummer welche später zur Auswertung verwendet werden konnten. Wenn ein Patient bei der höchsten Nummer angekommen war, konnte er die schwierigste Übung. Die hier gemachten

Messungen sagen etwas über den Schwierigkeitsgrad der Übung aus und nichts darüber ob sie richtig ausgeführt werden konnte.

Horizontal: gesehen wurden die Übungen an drei Messpunkten, vor, während und nach der Interventionszeit gemacht. In dieser Zeit wurden für die Patienten bestimmte Übungen wichtig: das bedeutet, sie haben sie an allen drei Messpunkten gemacht. Die dabei festgestellten Messwerte können miteinander verglichen werden. Viele Messwerte sagen etwas über die vestibuläre Wahrnehmung (Gleichgewichtssinn) der Patienten aus.

Die Messungen zur motorischen Entwicklung waren so angelegt, dass ausser vestibulären Kompetenzen auch andere Daten gemessen wurden. Da motorisch gesehen Kompetenzen wie Gelenkigkeit, Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit Voraussetzung dafür sind, dass das Gleichgewicht⁵³ funktioniert, wurden nicht diese, sondern nur die Daten der Entwicklung des Gleichgewichts berücksichtigt. Die Unterscheidung von stabilem Gleichgewicht und dynamischem Gleichgewicht waren für den Verfasser für die weitere Bearbeitung des Materials sehr wesentlich.

Die Intrinsische Motivation: wurde, als Vergleichswert, als Wirkung auf Therapeut und Experte, gemessen. Sie bildet einen Nebenwert, der die quantitativ gemessenen Werte in diesem Zusammenhang ergänzen und erläutern kann:

Die Patienten waren motiviert. Bei Patient 1 konnte festgestellt werden, dass seine Motivation aber doch immer wieder schwankte: Eine Übung wie die Übung „ruhig zu stehen“, die er mit äusserster Konsequenz immer wieder auch selbständig gemacht hat, war in der letzten Diagnosestunde plötzlich nicht mehr interessant.

Diese Messwerte werden in Säulendiagrammen dargestellt. Bitte nehmen Sie den Anhang dazu und vergleichen sie auch andere Säulendiagramme und Daten mit dem hier notierten. Links steht immer die Ausprägung, z.B. die Zeit, welche gemessen wurde, unten steht immer die Erhebungseinheit der verwendeten Variablen.

Beinahe alle Werte übersteigen die Untergrenze von einer Mindeststeigerung von 50% der horizontalen Messungen.

Horizontale Messungen:

Zum Lesen der Säulendiagramme:

Blauer Patient ist Fall 1

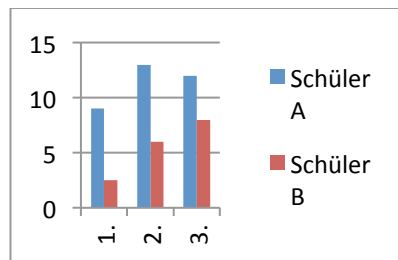
roter Patient ist Fall 2

Bitte die genauen Daten im Anhang überprüfen:

Die für die Säulendiagramme gebrauchten Werte sind im Anhang Nr.5/6 in der Auswertung des Geschicklichkeitsparcours farbig gekennzeichnet.

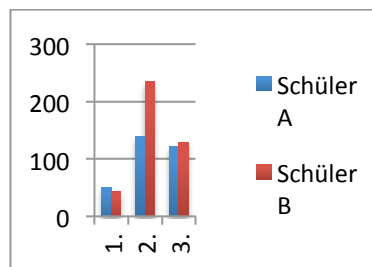
⁵³ Eggert 1993:67

1. Balancieren auf der Langbank: Fall 1 Steigerung <50% Fall 2 Steigerung 200%



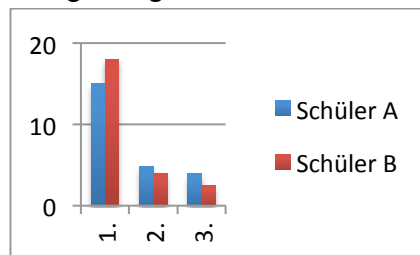
2. Zehenspitzenstand:

Fall 1 Steigerung ~200% Fall 2 Steigerung 200%



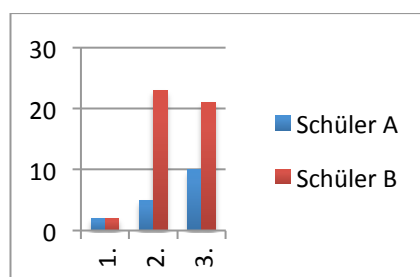
3. Vorwärtssprung auf die

Zehenspitze und inne halten: Fall 1 Steigerung 500% Fall 2 Steigerung 700%



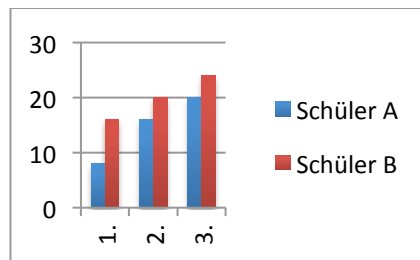
4. Anzahl Schlussssprünge über
die Langbank:

Fall 1 Steigerung 500% Fall 2 Steigerung 700%



5. AEAU Sprungtanz:

Fall 1 Steigerung ~150% Fall 2 Steigerung 50%



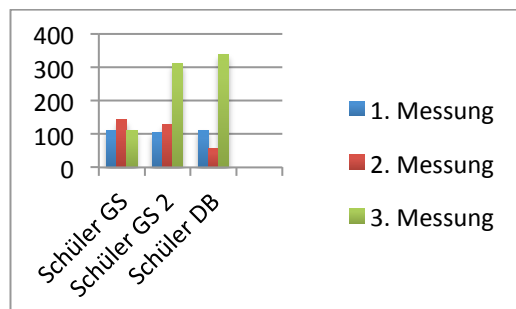
6. Ruhig stehen:

Fall 1 Steigerung 150% Fall 2 Steigerung 450%

Fall 1 Messungen 1-3= Säulendiagramm Schüler GS und in der Interventionsstunde GS 2

Fall 2= 3.Säulendiagramm Schüler DB

Zur Übung ruhig stehen: Merkwürdigerweise gab es bei Patient 1 einen Abfall der Messwerte in der Diagnosestunde, aber eine Zunahme derselben in der Interventionsstunde darum wurden 2 Messsäulen angegeben.



Es war z.B. für die Beobachter eindrucklich, wie schnell die Patienten das stabile Gleichgewicht auf dem Zehenballenstand (Übung 3) finden konnten.

Balancieren auf der Langbank: Fall 1 Steigerung weniger als 50%

Fall 2 Steigerung weniger als 50%

Zum Schwierigkeitsgrad der jeweiligen Tabelle/Vertikale Messung:

Vertikale Messungen: Der Schwierigkeitsgrad der Übungen (vertikale, altersentsprechende Anordnung der Schwierigkeitsgrade) hat sich in den letzten sechs Monaten meist nicht mehr, als um 50% gesteigert.

Intrinsische Motivation: Diese Patienten scheinen sehr stark auf Einflüsse aus ihrem Umfeld zu reagieren. Ihre Motivation neue Entwicklungsschritte gehen zu wollen, wird dadurch beeinträchtigt und ihre Leistungsfähigkeit vermindert. Intrinsische Motivation wirkt sich sofort auf ihre Leistungsfähigkeit aus. Um einen Vergleichswert zu haben ob die Übung motiviert oder unmotiviert gemacht wurde, hat der Verfasser die intrinsische Motivation zu den quantitativen Messungen dazu genommen.

An der Skala zum Balancieren auf der Langbank, kann wahrgenommen werden, dass die Schüler bis zum Schluss hoch motiviert blieben. Eine „Steigerung“ der Motivation kann dann natürlich nicht festgestellt werden.

Bei der Übung auf dem Balancebalken fällt auf, dass die Steigerung der Leistung von Fall 1 unter 50% fällt, obwohl er hoch motiviert seine Übungen machte und immer versuchte, schwierigere Aufgaben zu übernehmen. Dies scheint das Ergebnis etwas zu drücken. Er war mehr mit Jonglieren oder anderem auf der Langbank beschäftigt, als damit, seine Längen zu laufen.

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Diagnosestunden

Patient 2 hat eine signifikante Verbesserung der Leistungen erreicht. Patient 1 war sowohl im Bereich der Motivation, als auch im Bereich der Arbeitsleistung immer wieder schwankend. Das wird auch durch die Messdaten sichtbar. Positiv zeichnet sich ab, dass er in einem Bereich, in dem er sich nicht sehr sicher fühlt, über einen längeren Zeitraum Interesse zeigte, an der Verbesserung seiner Leistung zu arbeiten. Beim Ruhigstehen, konnte er ~ 3 Monate intensiv dranbleiben. Beim Balancieren war er in den Diagnosestunden immer sehr bei der Sache. Er hat mit Balancieren und Jonglieren ein Gebiet gefunden, in dem er sein Gleichgewicht mit Freude weiter trainieren kann.

Steigerung Leistung bei Patient 1

1 Mal <50%

2 Mal 150%

1 Mal 200%

2 Mal 500%

Steigerung Leistung bei Patient 2

1 Mal 50%

2 Mal 200%

1 Mal 450%

2 Mal 700%

Diese Leistungssteigerungen sind bei beiden Patienten sehr signifikant. Auch würde man die sehr guten Leistungen der Kontrollgruppe berücksichtigen, sind die Leistungssteigerungen in der motorischen Entwicklung der Patienten sehr auffällig. Die Leistungssteigerungen von 200%-700% weisen auf eine hervorragende Entwicklung in der Testphase hin.

4.3 Zusammenfassung Teil 4

In diesem Teil wurde der Therapieplan vorgestellt. Es wird auf die im Anhang befindlichen Tagebuchaufzeichnungen und auf die Übungsbeispiele hingewiesen. Danach wird der Prozess der Therapiestunden dargestellt und in Bezug gesetzt zur Ausgangsfrage und zu den ersten Beobachtungen am Patienten. Die Wirkung der Übungen auf den Patienten wird mit den Kategorien Tiefensensibilität und Gleichgewicht eingeschätzt, vor allem am Beispiel der grossen U-Übung und der M-Übungen weiter entwickelt und wiederum in Bezug gesetzt zu den Diagnoseübungen IAO, Verdichten und Lösen und dreiteilig Schreiten. Zu guter Letzt werden die Ergebnisse der quantitativen Messungen aus der Diagnosestunde vorgestellt.

Teil 5 Reflexion

5.1 Reflexion Ergebnis 1, 2 und Diagnosestunden

Zur Tiefensensibilität:

Lagesinn: In den Interventionsstunden konnte wahrgenommen werden, wenn der Patient eine Lautgebärde zu hoch machte und korrigierend eingegriffen werden konnte, er entspannte und sich zentrierte. Die Lage der Gebärde in Bezug zum eigenen Körper scheint wesentlich zu sein (120606 DB)

Bewegungsempfinden: In einem zweiten Schritt war wesentlich, dass die Bewegung geführt blieb und sich die Aufmerksamkeit des Patienten nicht verflüchtigte und Tiefensensibilität, Bewegungsempfinden im ganzen Körper erhalten blieb (120521 DB/120124 GS).

Kraftsinn: In einem dritten Schritt (z.B. 120418 GS: *der Patient steht ganz in sich gekehrt*) wurde ermöglicht, dass der Patient selbständig mit seinem Erleben ein Verhältnis zum Laut aufbauen konnte. Hier wurde kaum mehr korrigiert, sondern darauf geachtet, dass er sich für die Bewegungsqualität des Lautes öffnen konnte, wenn das innerlich aufgebaute Bild die Lautgebärde von aussen verdichtete, zum Beispiel Innenraum gebildet wurde und die Kraft des Lautes am Leib wirken sollte.

Es wurde also daran gearbeitet, dass die Tiefensensibilität durch Lage- und Haltungskorrekturen, durch Verstärkung des Bewegungsempfindens und durch die Aktivierung des Kraftsinns verstärkt wurde und sich der Bewegungsimpuls des jeweiligen Lautes darin abbildete.

Bewegungsimpuls, Bewegungsqualität, Bewegungsgrundlage bei Patienten mit ADHS-Symptomen:

Es ist die Absicht dieser Therapieform, dass ihre Kunstmittel, Bewegung, Gefühl und Charakter der jeweiligen Lautgebärde vom Bewegenden imaginiert, intentional gegriffen und in die äusserlich erscheinende Bewegung übergeführt werden. Die Bewegung erscheint als Folge davon für den Betrachter, als ob er den seelischen Bewegungsimpuls wahrgenommen habe. Durch die Wahrnehmung des Lagesinns, kann Zone und Grösse einer Bewegung erfasst werden, durch die Wahrnehmung des Bewegungsempfindens ihre Qualität (Stimmung, Sphäre). Durch die Wahrnehmung des Kraftsinns kann die Bewegung intentional gerichtet und tatsächlich ausgeführt werden. Bewegungsentention und Bewegungsqualität der Lautgebärden erscheinen so, in diesem Fall, auf der Bewegungsgrundlage der Tiefensensibilität. Der Patient erfasst aus seinem Erleben heraus, den Bewegungsimpuls der jeweiligen Lautgebärde. Diese innere Gebärde wird sichtbare Bewegung und lässt die Sphäre, in der die Bewegung erscheint (deren Bezug zum Raum) und deren ursprünglicher Intention durch die Bewegung sichtbar werden. Schauspieler arbeiten ähnlich mit ihrer physischen Präsenz auf der Bühne.⁵⁴ Dadurch, dass Leib, Seele und Geist für diese feinen Bewegungsansätze sensibilisiert werden, kann das psychosomatische Gleichgewicht wieder hergestellt werden und die Eurythmietherapie ganzheitlich auf die Patienten wirken.⁵⁵ Denken, Fühlen und Handeln werden durch diese Intensivierung der Verbindung zum physische Leib stärker integriert und die Neigung zu Dissoziation abgebaut. Die Patienten werden zentriert, für ihre Eigenbewegung sensibilisiert und gekräftigt.⁵⁶

Der oben im Kasten beschriebene Bewegungsimpuls, die Bewegungsqualität und die Bewegungsgrundlage können durch den jeweiligen Fokus auf Lage- und Bewegungsempfinden sowie den Kraftsinn für den Betrachter nur sichtbar werden, wenn sich der Bewegende mit diesen imaginativ intendierten Bewegungsansätzen verbindet. Richtet der Bewegende seinen Fokus z.B. nur auf das Beugen und Strecken der Gebärde wird diese innere Beteiligung, obwohl vielleicht die Gebärde äusserlich nachgeahmt wird, nicht nachempfindbar.

Dieser Bewegungsansatz konnte mit beiden Patienten, wenn auch unterschiedlich intensiv erarbeitet werden. Bei beiden wurde in einer abschliessenden Phase die Bewegungsqualität und in besonderen Momenten der wirksame Bewegungsimpuls einer Lautgebärde sichtbar.

Die primären Ziele bei der Arbeit mit diesen Patienten waren die Patienten auf ihre Stärken anzusprechen, Innenraum zu bilden und die Tiefensensibilität zu verstärken. Erst nachdem das einigermaßen gelungen war, konnte differenziert an Koordinations- und Konzentrationsfähigkeit gearbeitet werden.

Diese Patienten weisen beide eine sich verflüchtigende Neigung beim Bewegen auf, eine Tendenz, immer schneller und unkonzentrierter zu werden. Sie haben in der Anfangszeit beide noch oft „gezappelt“ und mussten zentriert werden. Die Vokale und im Speziellen die grosse U-Übung hatten auf beide diese zentrierende, beruhigende Wirkung.

⁵⁴ siehe Anhang Nr.1: Ausdruck

⁵⁵ siehe Seiten 12-15/ 1.1 und 1.2

⁵⁶ siehe Anhang Begriffsklärung und Kodes Nr.8

Zur vestibulären Wahrnehmung

Das komplexe Gebiet der Gleichgewichtswahrnehmung konnte bei der Analyse des Materials nicht abschliessend ausgearbeitet werden. Die Daten von beiden Patienten sind zu unterschiedlich und der Umfang der Masterarbeit würde gesprengt werden. Es kann keine abschliessende Aussage in Bezug zur Eurythmietherapie (wie oben bei der Tiefensensibilität) gemacht werden.⁵⁷

Vergleichende Wahrnehmungen aus dem Therapieprozess

Phänomene am Anfang der Therapiephase waren:

Der Fusskontakt zum Boden war schwach entwickelt.

Finger wurden überstreckt.

Aufrechte Körperhaltung wird bei einem Patienten im Lendenwirbel-beim anderen im Nackenbereich unterbrochen.

Rhythmusempfinden und Nachahmungsfähigkeit/Resonanzfähigkeit war zu schwach entwickelt.

Das Bewegungsempfinden und Erlebnis der Qualität der Gebärden war bei beiden schwach entwickelt.

Phänomene am Ende der Therapiephase waren:

Der Fusskontakt zum Boden hat sich verbessert.

Stütz-und Haltemuskultur, der ganze Bewegungsapparat ist gekräftiger.

Die Feinabstimmung des globalen Muskeltonus hat sich verbessert.

Die Patienten konnten Rhythmen, vor allem wenn sie die Arme gebrauchten, besser vom Gegenüber abnehmen (z.B: Kupferstäbe werfen).

Die Bewegungsqualität von einzelnen Lauten wurde für die Therapeuten wahrnehmbar.

5.2 Reflexion Diagnosestunden

Das stabile Gleichgewicht hat sich bei beiden Patienten in vielen Bereichen signifikant verbessert. Das dynamische Gleichgewicht blieb vor allem für Patient 1 eine Herausforderung.

Bei Patient 1 hat sich das stabile Gleichgewicht und bei Patient 2 haben sich das stabile und das dynamische Gleichgewicht signifikant verbessert. Bei beiden Patienten wurde in den Diagnosestunden bei den Messwerten zum Gleichgewichtssinn eine Steigerung von 200%-700% gemessen. Wenn man die Daten der Kontrollgruppe dazu nähme, die ebenfalls, aber ohne Therapie, eine beträchtliche Steigerung ihrer Leistung in den Diagnosestunden geschafft haben, würde sich das Bild etwas korrigieren. Trotzdem kann gesagt werden, dass die motorische Entwicklung von beiden Patienten in Bezug zum Gleichgewicht signifikant ist.

Patient 1: hat sich bei fünf von den sechs zur Überprüfung der Entwicklung des Gleichgewichtssinns gemachten Übungen signifikant verbessert.

Patient 2: hat sich ebenfalls bei fünf von den sechs Übungen signifikant verbessert.

Trotz seiner motorischen Ungeschicklichkeiten versuchte Patient 1 immer wieder auf dem Schwebebalken zu balancieren und hat Freude am Jonglieren entwickelt.

⁵⁷ siehe Anhang Begriffsklärung und Kodes Nr.8

Patient 2: wurde immer geschickter bei den Sprungtänzen und hat allgemein seine Koordinationsfähigkeit verbessern können. Er kann jetzt seine Bewegungsintentionen so aufeinander abstimmen, dass eine dynamisch kraftvolle, altersgemässe Motorik zur Verfügung steht.

Verhalten von Patient 1: Das oppositionelle Verhalten von Patient 1 hat sich ansatzweise verbessert. Er hat es nicht mehr nötig zu zeigen, dass er nur macht, was er selber will. Er verhält sich aber die letzten Wochen vermehrt so wie wenn es ihm nicht ganz klar wäre was der Therapeut von ihm erwartet oder ob er den Therapeuten nicht verstehen wollte weil er anderes zu tun hat.

Die Selbstorganisation von Patient 1: z.B. bei dem Sprungtanz hat sich etwas verbessert.

Die Selbstorganisation von Patient 2: hat sich nicht grundlegend verbessert.

5.3 Reflexion der Daten der Interventionsstunde in Bezug zu den vier gestaltenden Kräften

Physische Ebene

Patient 1: Die Tiefensensibilität hat sich verbessert, stabiles Gleichgewicht hat sich verbessert und er hat Interesse an dynamischen Gleichgewichtsübungen entwickelt.

Patient 2: Die Tiefensensibilität, stabiles und dynamisches Gleichgewicht haben sich verbessert.

Energetische Ebene

Patient 1: ist kräftiger geworden und ausdauernder, wenn es darum geht eine Übung zu wiederholen. Er ist aber noch relativ schnell mit seinen Übungen fertig. Er kann eine Gebärde eine Spur länger anhalten.

Patient 2: kann jetzt dynamische, durch den ganzen Körper geführte, kraftvolle Bewegungen machen.

Emotionale Ebene

Patient 1 Zwischen seiner Affinität mit dem Luftelement (siehe erster Eindruck) einerseits und seiner motorischen Ungeschicklichkeit andererseits scheint eine Diskrepanz zu bestehen. Der Therapeut unterscheidet aber eine vom Ich geführte, aus der Nachahmung erarbeitete Gebärde oder von spontanem Tun, ohne dabei eine Bewegung bewusst zu führen, empfindungsmässig begleiten und intentional vorgreifen zu müssen.

Der Patient hat gelernt sich besser zu zentrieren. Bei beugenden Gebärden gelingt ihm das besonders gut, bei streckenden Gebärden verflüchtigt sich die Aufmerksamkeit schnell.

Patient 2: Hat vor allem mit der Wärmekugelübung und mit dem Verdichten und Lösen durch die ganze Gestalt gelernt sein Bewegungsempfinden einzusetzen und seine Bewegungen durch Bilder zu intendieren, innerlich zu weiten, danach wiederum zu verdichten etc. Bewegungsatem zwischen aussen und innen wird in der Gebärde sehr schön sichtbar. Auch bei ihm haben Gebärden nach innen tendenziell eher eine imaginativ empfundene Bewegungsqualität.

Intentionale Ich-Ebene

Patient 1: Bei ihm konnte die Wirkung der Lautgebärde U sehr eindrücklich wahrnehmbar werden. Der Bewegungsimpuls dieses Lautes konnte ihn in eine in sich ruhende andächtige Stimmung versetzen. Man könnte sagen er wurde aus der Neigung des Vorwärtsdrängens zu sich selber zurück geführt. Er kann jetzt für längere Zeit ruhig und gelassen stehen ohne etwas tun zu müssen oder beinah zu platzen wie er sich einmal ausdrückte. Seine Gebärden wirken so als ob seine Persönlichkeit diese immer bewusster gestalten kann.

Patient 2: Bei ihm konnten die Wirkungen der Lautgebärden U, A , M und B beobachtet werden. U führte ihn zu seinen Quellen (Ressourcen), A zentrierte ihn mehr, hat ihm geholfen die Sagitalebene mehr ins Bewusstsein zu bekommen. Die Wirkung der Konsonanten kann so umschrieben werden:

Ruhige und geführte Bewegungen im Einklang von Bewegungsvorstellung, Bewegungsempfinden und Handeln konnten entstehen, obwohl er in der letzten Übphase mit einer Verletzung umzugehen hatte.

Beide Patienten können für einen längeren Zeitraum als davor ruhig und gelassen stehen. Die Halte- und Stützmuskulatur im lumbalen Bereich scheint sich verbessert zu haben. Sie können mit Bewegungsqualität umgehen und sind im geschützten therapeutischen Rahmen weniger schnell unruhig, zappelig, aufgewühlt und frustriert. Im schulischen Bereich konnten noch keine signifikanten Änderungen der Selbstorganisation festgestellt werden.

Teil 6 Diskussion

Am Anfang der Diskussion muss gesagt werden, dass die Untersuchung von 2 Einzelfällen noch nicht repräsentativ ist, es müssten noch weitere Fälle dazu kommen, dass eine eindeutige Aussage gemacht werden kann. Diese beiden Studien könnten aber die Richtung angeben, in der mit ADHS-Patienten eurythmietherapeutisch weiter geforscht werden kann.

Weil diese Bewegungstherapie, wie übrigens andere Formen von Bewegungstherapie auch, in ihrer Erforschung in ihren Anfängen steht, braucht es den Dialog zwischen den Forschenden, sodass sie voneinander lernen können.

Dieser dialogische Prozess sollte sich meines Erachtens in der heutigen Zeit nicht nur in der Fachgruppe selber weiter entwickeln, sondern interdisziplinär. Da, wie bereits erwähnt, eine transparente Sprachregelung erst gefunden werden muss, könnte die Eurythmietherapie in der heutigen Zeit keinen Anschluss finden, wenn sie sich ausschliesslich in eigenen Kreisen bewegen würde. Darum bemühte sich der Verfasser eine Sprachregelung zu finden, die auch von nicht anthroposophisch orientierten Forschern nachvollzogen werden kann.

6.1 Zur Diagnose ADHS

Die Phänomene, die in der Literatur besprochen werden, haben aus der Perspektive des Verfassers eines gemeinsam: Sie scheinen eine Ähnlichkeit mit

posttraumatischen Belastungsstörungen aufzuweisen und werden oft durch Dissoziation von Denken, Fühlen und Handeln wahrnehmbar. Hilfreich ist aus der Sicht des Verfassers dass mit integrierenden, der oben beschriebenen Tendenz des Auseinandertreibens der seelischen Kräfte(dissoziieren), entgegenwirkenden Methoden gearbeitet werden soll.

Beide Patienten haben, während der Interventionsphase ADHS-Verhalten gezeigt. Sie waren schnell ablenkbar, manchmal ungeduldig, wenn sie dem Therapeuten zuhören mussten und zeigten immer wieder unruhiges hyperaktives Verhalten. Beide Patienten weisen Defizite in ihrer Lernbiographie und mangelnde Selbstorganisation auf.

Der Fokus der Untersuchungen richtete sich wie bereits oben erwähnt auf das Thema Hyperaktivität und dadurch vor allem auf die Bewegungs-Entwicklung der Patienten.

Vor allem die Verstärkung der Tiefensensibilität und der Fokus auf die Stärken der Patienten hat scheinbar eine positive Wirkung darauf, dass die seelischen Kräfte mehr aneinander gebunden bleiben. Die Entwicklung der Achtsamkeit für die Eigenbewegung führte zum Abbau von hyperaktivem Verhalten.

6.2 Zur Einzelfallforschung

Die Beobachtung und Dokumentierung der Entwicklung von Patienten ermöglichte es einen intrapersonalen Vergleich zu ziehen und diesen wiederum im Quervergleich zwischen Ähnlichkeiten und individuellen Abweichungen zu untersuchen.

6.2.1 Zu den Therapieerfolgen Fall 1

Fortschritte:

Weiterhin bestehende Defizite

Physische Ebene: Die Motorik hat sich verbessert, er ist kräftiger geworden. Er kann signifikant länger ruhig stehen, als vor der Therapiephase. Die Tiefensensibilität hat sich verbessert.	Physische Ebene: Er scheint weiterhin im Bereich von Praxie, Memorisation und Koordination von Bewegungen Defizite aufzuweisen. Der Nacken ist immer wieder verspannt: vermutet wird, dass einzelne persistierende Reflexe noch nicht ganz abgebaut sind.
Energetische Ebene: Der Bewegungsfluss hat sich bei beugenden Bewegungen verbessert.	Energetische Ebene: Er hat noch immer Mühe, vor allem bei streckenden Gebärden sein Bewegungsempfinden aufrecht zu erhalten und fließende Bewegungen auszuführen.
Seelische Ebene: Vor allem bei nach innen beugenden Bewegungen konnte seelisch erlebte Qualität wahrnehmbar werden. Der Patient war mit der Zeit mit seiner Aufmerksamkeit mehr bei seinen Bewegungsaufgaben und weniger mit Lust, Unlust oder anderen seelischen Inhalten beschäftigt.	Seelische Ebene: Er macht am Ende der Therapiephase einen introvertierten Eindruck, ist weniger offen, gesprächig und aufgeweckt.
Ich-Ebene: Er hat mehr Selbstvertrauen entwickelt und wirkt innerlich gefestigt und ruhiger. Selbstwahrnehmung und Willenseinsatz sind mehr aufeinander abgestimmt. (siehe Begriffsklärung: zentrifugal und zentripetal)	Ich-Ebene: Er wird schnell ungeduldig, kann Gebärden nicht lange in einer Stellung aushalten und hat Mühe Aufgaben zu wiederholen.

6.2.2 Zu den Therapieerfolgen Fall 2

Fortschritte:

Weiterhin bestehende Defizite

Physische Ebene: Die Feinabstimmung des globalen Muskeltonus, seine Koordinationsfähigkeit, seine Tiefenwahrnehmung und sein dynamisches Gleichgewicht haben sich signifikant verbessert. Er zappelt kaum mehr mit den Beinen. Er kann viel länger ruhig stehen als vor der Therapieperiode.	Physische Ebene: Sein Rhythmusempfinden sollte noch weiter geschult werden. Er wirkt manchmal noch etwas steifbeinig. (z.B: Kiebitz-Sprung)
Energetische Ebene: Sein Bewegungsempfinden hat sich verbessert, er kann seine Armbewegungen fließend ausführen und auf Bewegung und Gegenbewegung der gesamten Gestalt abstimmen. Sein Krafteinsatz ist dynamisch gestaltet und gut koordiniert.	Energetische Ebene: Der Bewegungsfluss bricht bei komplexen Bewegungsabläufen vor allem bei streckenden Gebärden. Z.B: M-Kiebitzsprung
Seelische Ebene: Er kann zwischen innen und aussen atmende Bewegungen ausführen. Vor allem beim Beugen der Arme kann für den Betrachter seelisch erlebte Qualität wahrnehmbar werden.	Seelische Ebene: Wenn die Bewegungsabläufe, abgestimmt auf seine Möglichkeiten werden und trotzdem für sein Empfinden relativ schnell ausgeführt werden sollen, kann er die Bewegungen nicht mehr führen. Dasselbe Phänomen tritt bei streckenden Gebärden auf. Er kann die Bewegung nicht mehr so führen, dass ein seelisches Erlebnis imaginiert wird.
Ich-Ebene: Der Patient zeigte während der gesamten Therapieperiode den Willen, dass er lernen möchte sich zu zentrieren. Bei einigen Übungen hat er es geschafft aus einem Guss zu bewegen. z.B: M mit rollendem Stab. Selbstwahrnehmung und Wille wirken, während er bewegt, im Gleichgewicht. Seine Bewegungsintentionen wirken so, als ob sie ökonomisch verteilt wären.	Ich-Ebene: Es gibt aber auch Übungen, vor allem mit komplexen Bewegungsabläufen bei denen er noch nicht aus einem Guss bewegen kann.

Beide Patienten haben eine intensive Entwicklungsperiode hinter sich. Sie haben sich, wie oben ersichtlich ist, sowohl auf der motorischen, auf der energetischen, auf der seelischen und der intentionalen Ebene signifikant verändert. Was bleibt

Ist eine gewisse Ungeschicklichkeit mit den Beinen.
streckende, weitende Gebärden können seelisch imaginativ nicht begleitet werden.
Bei beiden Patienten geht die Übersicht verloren, wenn Bewegungen zu schnell ausgeführt werden. Die Selbstorganisation während längeren kontrollierten Bewegungsabläufen wirkt noch immer etwas schwach.

Fall 1: hat grosse Mühe seine Oberarme zu heben und Gebärden kraftvoll zu führen. Er kann ausserdem nur mit Mühe Übungen wiederholen oder mit seinen Armen längere Zeit mit Muskelspannung in einer Stellung verharren. (darum wurden ursprünglich Stosslaut-Gebärden geübt)

Vor der Interventionsperiode konnte sich dieser Patient maximal 3 Minuten auf eine Übung konzentrieren die ihm Freude machte. Nun ist er fähig, sich deutlich länger auch auf Übungen zu konzentrieren die ihm nicht unbedingt Freude bereiten.

Fall 2: reagiert anscheinend im Frühling sehr stark auf die Veränderung der Lichtverhältnisse mit Energieüberschuss. Er schläft wenig, vergisst Absprachen und wirkt nervös, übermüdet, dann wieder überdreht. Es bleibt abzuwarten ob sich dieses Bild nächstes Jahr wiederholen wird oder eine Veränderung eingetreten ist.

Beide Patienten haben auf die Lautgebärde U sehr positiv reagiert, können ruhiger stehen wirken weniger gestresst und sind zentriert. Sie können aber den Alltag noch nicht ohne Hilfestellungen aus dem Umfeld (Eltern/ Lehrkräfte) alleine bewältigen.

6.3 Zur Diagnosestunde

Beide Patienten waren motiviert, der eine mehr, der andere weniger. Die Leistung hat sich bei allen 6 Messwerten verbessert. Nur bei einem Messwert von Fall 1 fällt diese Leistungsverbesserung unter die 50% Marke.

Bei Patient 1 fällt, trotzdem er zu Unruhe und oppositionellem Verhalten auch noch eine massive motorische Problematik mitbrachte auf, dass seine Messerergebnisse bei fünf von sechs Messungen eine Verbesserung seiner Leistung von 200% bis 500% aufweisen.

Beim Vergleich der Daten der Videoaufnahmen der ersten und der letzten Diagnosestunde zu den Übungen von Patient 2 kann man wahrnehmen, dass der Patient seine Bewegungsintentionen ökonomischer verteilt und es bei den meisten Übungen kaum mehr etwas von Unsicherheit während der Bewegungskoordination wie in den ersten Interventionsstunden zu sehen gibt. Seine Messergebnisse zeigen bei fünf von sechs Messungen eine Steigerung von 200% bis 700%.

Das Gleichgewicht von Patient 2 hat sich signifikant verbessert. Das Gleichgewichtsempfinden von Patient 1 weniger signifikant. Patient 1 konnte vor allem sein statisches Gleichgewicht verbessern und für einen längeren Zeitraum entspannt ruhig stehen.

Beide sind in ihrem Auftreten selbstbewusster geworden.

6.4 Zur Interventionsstunde

Die Ergebnisse der Interventionsstunden sind vor allem im Zusammenhang mit der Tiefenwahrnehmung bei beiden Patienten relevant. Die Vokalübungen und im speziellen die grosse U-Übung können als wichtige Grundübung für Kinder mit hyperaktivem Verhalten verwendet werden. Die heileurythmischen M-Übungen bedürfen bereits einer feinen, ökonomischen Verteilung der Bewegungsintentionen und scheinen darum für Patienten, die ein motorisches Problem mitbringen, weniger relevant zu sein. Patient 2 konnte sich aber mit dieser Übung gut weiter entwickeln. In den ersten Stunden wankte er noch sehr stark beim Schaukelschritt, am Ende der Therapieperiode konnte er souverän mit Schaukelschritt die Kupferstäbe in einer M-Gebärde beugen und strecken.

Aber auch bei ihm scheint die Hauptübung die grosse U-Übung zu sein.

6.5 Zur grossen U-Übung

Der Therapeut wagt zu behaupten, auch wegen ähnlichen Erfahrungen mit anderen Patienten, dass die grosse U-Übung eine wesentliche Übung bei der Behandlung von Patienten mit hyperaktivem Verhalten zu sein scheint, sozusagen die Königsdisziplin:

Durch das U wird der Patient zu einer aufrechten Haltung gebracht- Stütz- und Haltemuskulatur werden gestärkt.

Er kann seine Bewegungen im stabilen Gleichgewicht auf sich selber konzentrieren und verdichten und macht eine zentripetale Bewegung.

Diese Bewegungen bekommen eine Bewegungsqualität, die eine tiefsinnige in sich gekehrte Stimmung aufrufen.

In dieser Stimmung kann der Bewegungsimpuls der Gebärde, seine Intention sichtbar werden und muss nicht gegenüber Patienten ausgesprochen werden:

Ich ruhe in mir selbst und bin in meinem geistigen Ursprung verankert!

Diese Intention kann Patienten aus einer starken Getriebenheit und Überaktivität zu Ruhe und Gelassenheit führen.

Die Patienten lernen an dieser Gebärde ihr individuelles Verhältnis zwischen Punkt und Umkreis, zwischen physischem, lebendigen Leib und seinem seelisch, geistigem Umkreis. Beim Ineinandergreifen von zentrifugalen und zentripetalen Kräften verbindet sich die Individualität des werdenden Menschen mit seiner Leiblichkeit.

6.6 Zu den Patienten

Beide Patienten sind ruhiger geworden und haben eine signifikante Verbesserung ihres Bewegungsempfindens erreicht.

Das ursprüngliche Ziel hyperaktives Verhalten durch Eurythmietherapie zu beruhigen, wurde erreicht.

Der Verfasser hat die Erfahrung gemacht, dass es für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wesentlich ist, mit denselben vor der wissenschaftlich gestützten Intervention bereits gearbeitet zu haben und bereits eine Beziehung aufgebaut zu haben. Die therapeutischen Interventionen würden, ohne diese Vorbereitung, zu

stark von pädagogischen Aufgaben beeinflusst werden. Subjektive Begegnung ermöglicht also erst, dass möglichst objektiv geforscht werden kann. Bei beiden Patienten hat vor der gestützten Interventionsphase bereits eine Arbeitsphase stattgefunden.

Die Verstärkung der Tiefensensibilisierung ermöglichte es den Patienten, sich zu beruhigen. Die Kategorie Tiefensensibilisierung hatte hohe Validität in Bezug auf die Ausgangsfrage gezeigt. Die Entwicklung des Gleichgewichts konnte vor allem beim Gleichgewichtstest in der Diagnosestunde wahrgenommen werden jedoch in der Eurythmietherapie, auch weil einer der Patienten starkes motorisches Defizit mitbrachte), weniger wahrgenommen werden.

Die Vokal-Gebärden schulen diese Patienten dadurch, dass der Patient sich darauf konzentrieren muss die Gebärden zu spüren⁵⁸, anders als die Konsonanten-Gebärden, die eher auf die Kompetenzen des sich am Umkreis orientierenden dynamischen Gleichgewichtssinns aufbauen.

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass Patient 1 in seiner Freizeit Tennis spielt und der Tennislehrer von diesen Orientierungs- und Koordinationsschwierigkeiten noch nichts wahrgenommen hat. Hier scheint eine Verbindung mit dem Jonglieren, das er recht gut beherrscht, vorhanden zu sein. Er muss seine Intentionen auf etwas ausserhalb von sich richten und gleichzeitig schnell reagieren. Dies könnte mit dem Dopaminwert zusammen hängen, der durch diese Aktivitäten erhöht wird und damit, so wie Sacks beschreibt, dass es sich bei diesen Patienten um eine Art Überschuss an Erregungs-Transmittern im Gehirn handeln könnte. (Kapitel; Witty Tickey Ray)⁵⁹ Die Eurythmietherapie verlangt aber Ich-Aktivität, die weniger durch Affekte gesteuert wird.

6.6.1 Zu Patient 1

Im ärztlichen Bericht 041104 wird von einem Schiefhals im Säuglingsalter gesprochen, im ärztlichen Befund 060818 wird von einem zähflüssigem Bewegungsmuster und kontralateralen einschliessenden Mitbewegungen bei allen Bewegungen gesprochen. Ausserdem von einer Überstreckungstendenz des ganzen Körpers mit Übergang in den Zehenstand und davon, dass er bei einem einfachen Sprungtest durchs Knie gesackt ist und sich am Boden abstützen musste, um nicht zu fallen.⁶⁰

Wenn der Therapeut ihn mit sich selber vergleicht (intrapersonal) und die Ausgangslage der ärztlichen Befunde beachtet, sind die Fortschritte erfreulich ausgefallen. Die M-Übung vor allem wenn sie mit Schaukelschritt gemacht wird, verlangt vom Patienten ein dynamisches Gleichgewicht. Das blieb für ihn bis zum Schluss der Interventionsperiode schwierig. Das stabile Gleichgewicht konnte er in der Eurythmietherapie weiter ausbilden, das dynamische Gleichgewicht ist noch weiter entwicklungsbedürftig. Seine Koordinationsfähigkeit bleibt eingeschränkt. Das

⁵⁸ Steiner 1966/ 1981:22

⁵⁹ Sacks 2011:143

⁶⁰ Siehe Anhang „Ärztlicher Befund Fall 1/Dr. D“

anfänglich noch eher oppositionelle Verhalten hat sich eher in eine Strategie der stillen Verweigerung gewandelt. Dieses Verhalten weist eventuell darauf hin, dass er damit vermutete Defizite kompensieren möchte.

6.6.2 Zu Patient 2

Im ärztlichen Bericht 071010 wird von einer „Aufmerksamkeitssymptomatik mit Hyperaktivität vereinbar mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ geschrieben. Dieser Patient hat signifikante Fortschritte im Umgang mit seiner Motorik und mit der Führung seiner Gebärden gemacht. Er ist allgemein ruhiger und selbstbewusster geworden. Seine Selbstorganisation hat sich aber noch nicht verbessert. Wie bereits oben erwähnt, als die Tage im Frühling wieder länger wurden, wurde er in seiner Freizeit sehr aktiv, ging als Folge davon wenig schlafen und kam morgens verschlafen in den Unterricht. Worunter wiederum seine Selbstorganisation litt. Da dies schon im zweiten Schuljahr passierte, wurde an ihn herangetragen die Schule zu verlassen. Es ist zu hoffen, dass sich in Zukunft die in der Therapiestunde erarbeitete Ruhe mehr stabilisieren kann und sich bis in sein Privatleben überträgt.

6.7 Zur Bewegungsmedikation der Eurythmietherapie in Vergleich zu anderen Therapiemethoden

Man kann, wenn man die Wirkung der Interventionsphase auf diese beiden Patienten untersucht, feststellen, dass sie sich, wenn man sie mit sich selber und untereinander vergleicht, sehr positiv entwickelt haben.

Diese oben verwendete Methode die Eurythmietherapie so einzusetzen, dass Beweglichkeit angeregt, Ablenkbarkeit beruhigt wird, und die Patienten möglichst mit ihren Stärken angesprochen werden, hat diesen beiden hyperaktiven Patienten offensichtlich sehr gut getan.

Diese Methode grenzt sich von anderen Methoden insofern ab, dass sie die Patienten nicht alleine über Verhaltenskorrektur in einen Lernprozess bringen möchte. In der Eurythmietherapie wird, wie eingangs bereits erwähnt, damit gearbeitet, dass die geübten Lautgebärden ohne direktes Eingreifen des Therapeuten in die Bewegung des Patienten eine korrigierende Kraft auf das psychosomatische Gleichgewicht haben.

Ausserdem kann Eurythmietherapie als gute Alternative zu Ritalin-Konsum (Methylphenidate) betrachtet werden. Möchte man die Wirkung der Eurythmietherapie auf den Hormonhaushalt im Nervensinnes-Stoffwechsel untersuchen, müssten aber weitere Studiendesigns entwickelt werden. Interessant ist hier vielleicht, dass Steiner bereits in den ersten Vorträgen, die er zur Gründung der Eurythmietherapie gegeben hatte, darauf hingewiesen hat, dass die Vokalgebärden über den Rückenmarkskanal in die Gehirntätigkeit hinein wirken⁶¹.

⁶¹ Steiner 1981:105

Gerade die Vokalgebärden mit radial zentrierenden Armbewegungen und im Besonderen die U-Gebärde hatten in dieser Studie eine starke Wirkung auf beide Patienten gezeigt. Ob dies zufällig ist, müsste in weiteren Studien überprüft werden.

Der Vorteil der Eurythmietherapie gegenüber Methylphenidatetherapie ist, dass der Patient bei seinen Gesundheitsprozessen und seinen Stärken angesprochen werden kann. Ausserdem können die Phänomene der Toleranzbildung in der substantiellen Therapie und der Nebenwirkungen der Medikamente den Heilungsprozess nicht negativ beeinflussen.

Das Bewegungsmedikament Eurythmietherapie, ist dem Verfasser in der heutigen Zeit immer wichtiger bei der Behandlung von Patienten, da es in der substanziellen Therapie immer mehr das Phänomen gibt, dass die Dosis erhöht werden muss, weil ihre gewünschte Wirkung nicht mehr erreicht werden kann.

6.8 Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und Grundhaltungen im Umfeld der Patienten

Wenn der Verfasser den Problemkomplex ADHS und im speziellen die Hyperaktivität betrachtet, muss er die Gewissenhaftigkeit anerkennen, mit der in den letzten Jahren an annehmbaren Diagnosen gearbeitet wurde, kann sich aber gleichzeitig des Eindrucks einer Problemfokussierung nicht erwehren. Diese Problemfokussierung des Umfelds der Kinder beeinflusst das Verhalten der Kinder/Jugendlichen/Patienten negativ. Negative Erwartungshaltungen im Umfeld der Patient verstärken deren Unsicherheit und den Prozess des Dissoziierens.

So, wie der Therapeut die beiden Patienten in der therapeutischen Praxis wahrnahm, waren sie sehr sensibel für Haltungen, Werte und Normen, die der Therapeut in den Arbeitsprozess miteinbrachte. Der Therapeut musste, obwohl er die Patienten durch die Arbeit an den Lautgebärden an ihre Grenzen führen musste, sehr sensibel auf der Beziehungsebene reagieren. Der Verfasser könnte sich vorstellen, dass der Fokus auf die starke Energie, die diese Kinder mitbringen, einen Weg für eine sinnvolle Diagnostik und Therapie aufzeigen könnte. Wenn der Therapeut seine Achtsamkeit auf ihre Stärken richtet, kann er ihr Selbstvertrauen stärken. Andererseits bleibt es auch wichtig die Probleme nicht aus den Augen zu verlieren. Gerade bei Kindern mit ADHS-Symptomen ist es sehr sinnvoll die Therapie schon in der Basalstufe (5-9 jährig) einzusetzen.⁶²

Gesellschaftliche Phänomene sowie das Bedürfnis immer erreichbar und vernetzt zu sein, der Leistungsdruck und das allgegenwärtige Multitasking haben eine zerstreuernde zu Hyperaktivität verleitende Wirkung. Es könnte sein, dass gerade diese Phänomene eine Grundlage dafür bieten, dass das ADHS-Syndrom in unserer Zeit bei Kindern und Erwachsenen immer mehr auftritt. In Afrika gab es bis heute kaum Studien über ADHS. Es scheint als ob es dort kaum ADHS geben würde. Bemerkenswert ist, dass dieser Kontinent noch kaum von unserem Leistungsdenken geprägt und den neuen Technologien ausgesetzt ist.

⁶² Leuzinger Bohleben et al. 2006

6.9 Zur Intention der Eurythmietherapie und ihr Zusammenhang mit der Tiefensensibilität

Bei Kindern und Jugendlichen kann von einer allgemein sehr lockeren Verbindung der Seele mit dem Leib gesprochen werden, siehe auch Schwab: Das dreigliedrige Modell der menschlichen Konstitution. Darum sollte über Bewegungstherapie Denken, Fühlen und Handeln der Patienten gestärkt und gleichzeitig verhindert werden, dass die seelischen Kräfte auseinander treiben und sich jedes in seinem Bereich verselbständigt. Eine geistige Kraft, die Persönlichkeit des Bewegenden,⁶³ hier abgegrenzt von unreflektierter Esoterik, kann dadurch, dass der Patient die Lautgebärden übt, so im Leib wirksam werden, dass dieser Prozess die seelischen Kräfte Denken, Fühlen und Handeln zusammenhält und verhindert, dass diese Kräfte dissoziieren.

6.9.1 Physiologische Grundlagen der Bewegung

Delabarre⁶⁴ schreibt 1891 in seiner Dissertation- die erste, welche in der Geschichte über Bewegung verfasst worden war- folgendes:

An keinem Punkt des Gehirns verschwindet der materielle Prozess in etwas Immaterielles, und kein immaterieller Vorgang verursacht oder hilft verursachen einen neuen materiellen Prozess. Nirgends verwandelt ein spirituelles Etwas ein Molekül auch nur ein Haarbrett aus seiner Bahn zu schwingen oder auch nur länger zu schwingen, als die physischen Vorgänge es vorschreiben. Wenn die Welt wirklich erklärbar ist, dann müssen physische Vorgänge die einzige Ursache physischer Vorgänge sein.

Bereits im vorletzten Jahrhundert wurden die Grundlagen unseres naturwissenschaftlichen Denkens und Forschens gelegt. Diese Denkart hat dazu geführt, dass sich die Naturwissenschaft auf die physiologischen Vorgänge konzentrierte, die unser Seelenleben und unsere Intentionen begleiten. Viele erfolgreiche Therapieformen, so auch die Methylphenidattherapie bei ADHS-Symptomen, haben sich daraus entwickelt. In manchen Lebenssituationen kann diese Therapie sehr sinnvoll für Kinder sein. Aber die Frage ist, wie weit wird die gesunde Entwicklung der Persönlichkeit des betroffenen Kindes durch solch einen starken physiologischen Eingriff behindert. Einige Fragen der Nebenwirkung dieser Therapie sind ebenfalls nicht geklärt. Der Neurologe Fuchs schreibt 2008 in seinem Buch „Das Gehirn-ein Beziehungsorgan“⁶⁵

Das Gehirn ist die biologische Bedingung für die Realisierung seelisch geistiger Lebensäußerungen, doch es erzeugt sie nicht.

Hier scheint sich in unserer Zeit ein Gesinnungswandel zu vollziehen. Die neurologischen Grundlagen unserer Erlebniswelten werden als Abdruck der seelischen Erfahrung und nicht mehr als Ursprung derselben gesehen. Die Persönlichkeit des Menschen und deren seelische Äußerungen bekommen vielleicht wieder einen anderen Platz im wissenschaftlichen Diskurs. Durch die Stärkung der Persönlichkeit, durch Üben von Lautgebärden, die an den Sprachlauten abgelesen

⁶³ Langmair; Begegnung 2009:10

⁶⁴ Delabarre 1891:3

⁶⁵ Fuchs 2008/2010: 299

sind, kann auf das psychosomatische Gleichgewicht eingewirkt werden. In der Begegnung mit einem Menschen, in seinem Sprechen und Zuhören, in seinen Intentionen, in seinen Absichten wird ein konkreter Mensch wahrnehmbar. Nicht nur ein Wesen, welches sich aus physiologischen Vorgängen zusammensetzt. Dieser Gesinnungswandel könnte vielleicht eine ähnliche Auswirkung auf unser Menschenbild haben, wie der Wandel vom geozentrischen ins heliozentrische Weltbild im 16. Jahrhundert. Vielleicht steht uns eine Zeit bevor, in welcher der seelisch-geistige Ursprung des Menschen als Forschungsobjekt anerkannt werden wird, eine Zeit in der anerkannt werden wird, dass bei der Erforschung der Persönlichkeit des Menschen mit ganz anderen Prämissen gearbeitet werden sollte als sie momentan noch durch die Naturwissenschaften gegeben sind.

6.9.2 Erlebnisorientierte, seelisch geistige Grundlagen der Bewegung

Kleist weist in seiner Abhandlung „Über das Marionettentheater“ auf den göttlichen Ursprung des bewegenden Menschen. Aus dem Geist einer metaphysischen Philosophie haben die drei Grazien (aus der griechischen Mythologie - die Chariten: Freude, Schönheit und Glück) den ganz in seinem Bewegungsempfinden Versunkenen schön bewegen lassen. Er schreibt in derselben Abhandlung auch über das Bild vom schön und harmonisch bewegenden Dornauszieher (Kapitolinischer Dornauszieher/ Rom)⁶⁶. Die Grazien⁶⁷ werden als Ausdruck eines überhöhten oder eines träumenden, schlafenden Bewusstseins dargestellt.

Wir sehen, dass in dem Masse, als, in der organischen Welt, die Reflexion dunkler und schwächer wird, die Grazie darin immer strahlender und herrschender hervortritt. –
Doch so, wie sich der Durchschnitt zweier Linien, auf der einen Seite eines Punkts, plötzlich wieder auf der anderen Seite einfindet, oder das Bild des Hohlspiegels, nachdem er sich in das Unendliche entfernt hat, plötzlich wieder dicht vor uns tritt:
So findet sich auch, wenn die Erkenntnis gleichsam durch ein Unendliches gegangen ist, die Grazie wieder ein; so dass sie zu gleicher Zeit, in demjenigen menschlichen Körper am reinsten erscheint, der entweder gar keins, oder ein unendliches Bewusstsein hat, d.h. in dem Gliedermann, oder in dem Gott.

Mythen und metaphysische Denkstrukturen weisen darauf, dass sich Denken, Fühlen und Handeln im physischen Leib integrieren, wenn der Handelnde in sein Bewegungsempfinden versunken, das heisst vielleicht auch an dasselbe selbstvergessen hingegeben ist. Das Bild der drei Grazien scheint etwas von dieser Selbstvergessenheit zu bewahren. Sie scheinen in ihrer Anmut etwas von ihrem geistig seelischen Ursprung bewahrt zu haben und damit verbunden zu bleiben. Es geht darum, dass sich das bewusste Seelenleben mit unbewussten und überbewussten Seelenbereichen verbindet.

Steiner schreibt über das Bewegungsempfinden in GA 315:⁶⁸

Das ist beim Vokalischen ausserordentlich wichtig, dass man gewissermassen die Bewegung oder die Haltung, die gemacht wird, fühlt. Das ist das Wichtige.

⁶⁶ siehe das Bild auf Seite 6

⁶⁷ siehe Begriffsklärung im Anhang

⁶⁸ Steiner 1981:22

Das Bewegungsempfinden wird bei Steiner sofort mit den Vokalgebärden verknüpft. Die Bedeutung der Tiefensensibilität und somit auch des Bewegungsempfindens wurde in der Arbeit des Therapeuten mit den ADHS-Symptomträgern ein wichtiger Faktor. Gleichzeitig wurde die Wirksamkeit der vokalischen Übungen sehr deutlich sichtbar.. Mit Eurythmietherapie wird eine Verbindung zwischen dem in Natur und Kosmos wirksamen geistigen Ursprung des Menschen, seiner Persönlichkeit und seiner Leiblichkeit geschaffen. Der Mensch wird mit diesen in ihm unbewusst wirkenden Ursprungs Kräften über die Lautgebärden, vermittelt durch das Bewegungsempfinden, verbunden.⁶⁹

Der Mensch kann als einziges irdisches Wesen als Wirkender gleichzeitig in seiner Wirkung im Physischen Leib direkt wahrgenommen werden.⁷⁰ Diese Therapieform ermöglicht es Geist, Seele und Leib des Menschen miteinander zu verbinden und Denken Fühlen und Handeln wieder zu integrieren. Steiner schreibt über die menschliche Natur:

Das ist das Wesen der *Natur*, dass Gesetz und Tätigkeit auseinander fallen[...]das ist das Wesen der *Freiheit*, dass beide zusammenfallen, dass sich das Wirkende in der Wirkung unmittelbar darlebt und dass das Bewirkte sich selber regelt.⁷¹

6.9.3 Zu systemtheoretischen Ansätzen

Da die Patienten mit ADHS- Symptomen sehr sensibel auf ihre Umgebung reagieren, muss bei Diagnose und Therapie immer auch das Umfeld in dem diese aufwachsen, mit einbezogen werden. Die eurythmietherapeutischen Übungen können in ihrer Wirksamkeit unterstützt werden, wenn ein Wandel im Umfeld des Patienten mitvollzogen werden kann. In der heutigen immer komplexer werdenden Zeit werden systemtheoretische Ansätze für das Verstehen von miteinander in einer polaren Spannung wirkenden Kräften immer wichtiger.

Diese Formen des Verstehens der sozialen Wirklichkeit sind aus der Sicht des Verfassers auch sehr geeignet, lebendige, komplexe Zusammenhänge eines menschlichen Organismus zu verstehen. Martin Buber fasst diese Gedanken in dem einfachen Satz zusammen:

Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du.
Alles wirkliche Leben ist Begegnung.⁷²

In diesem Sinne hofft der Verfasser, dass diese Arbeit Anregungen zu einem weiterführenden Dialog geben kann.

⁶⁹ Steiner 1955/1979:57

⁷⁰ siehe Begriffsklärung „Geisteswissenschaftliche Forschung“

⁷¹ Steiner1979:117

⁷² Buber 2006:15

Literaturverzeichnis

(13.7.2012/15:38). <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/legalcode> :
wikipedia.org/wiki/Psychomotorik.

Antonowsky, A. (1987/ Dt 1997). *Salutogenese, Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: Deutsch Desellschaft für Verhaltenstherapie/ dgvt- Verlag.

Barfod, W. (1992). *Die drei Urphänomene eurythmischen Bewegens*. Dornach: Philosophisch.Anthroposophischer Verlag am Goetheanum.

Bauer, J. (2007). *Lob der Schule*. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Bauer, J. ((2006/Tb 2008)). *Prinzip Menschlichkeit*. München: Willhelm Heyne Verlag.

Bauer, J. (2005/Tb 2006). *Warum ich fühle, was du fühlst*. München: Hoffmann und Campe Verlag.

Blythe, S. G. (2011). *Greifen und Begreifen*. VAK Verlags GmbH : Kirchzarten bei Freiburg.

Bockemühl, J. e. (1977). *Erscheinungsformen des Aetherischen* (Vol. Beiträge zur Anthroposophie Bd.1). Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben GmbH.

Bohnsack, R. (2011). *Qualitative Bild-und Videointerpretation*. Opladen und Farmington Hllis: Verlag Barbara Budrich.

Buber, M. (1923/2006). *Das Dialogische Prinzip* (Vol. Sammelband). Gütersloh: Guethersloher.

Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2006). *KIDS Kinder Diagnostik-System*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH .

Delabarre, E. B. (1891). *Über Bewegungsempfindungen* , *Albert Ludwigs Universität Freiburg* . Freiburg in Baden: Buchdruckerei Hch. Epstein.

Eggert, D. e. (1993/2008). *DMB-Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen*. Dortmund: SolAagent Media AG /borgmannn blishing.

Eggert, D., & Bertrand, L. (2002). *Raum.-Zeit-Inventar*. Dortmund: borgmann publishing.

Fuchs, T. ((2008/2010)). *Das Gehirn-ein Beziehungsorgan*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Gawrilow, C. (2009). *ADHS*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Köhler, H. (2002/2008). *War Michel von Lönneberga aufmerksamkeitsgestört?* Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.

Kapitolinischer Dornauszieher. (1471). Rom.

Kiene, H. (2001). *CBM Komlementäre Methodenforschung in der Medizin*.

Kiene, H. (Juni 2005). *Was ist Cognition Based Medicine?* Abgerufen am 16. August 2012 von <http://www.elsevier.isoftware.de/php?/>.

Kiene, H. (Juni 2005). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. (I. f. Methodologie, Hrsg.) Abgerufen am 16. August 2012 von [elsevierisoftware.de/inhalt.php?/](http://www.elsevierisoftware.de/inhalt.php?/)

Kleist, H. v. (1984/ 2009). *Über das Marionettentheater* (Reclams Universalbibliothek Nr 8004 Ausg.). (P. R. KG, Hrsg.) Stuttgart.

Koehler, H. (1994/ 7. Auflage 2009). *Von ängstlichen, traurigen und unruhigen Kindern*. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.

Langmair, H. (2009). *Begegnung-Eurythmie-therapie und Strabismus* (Vols. www.grin.com/e-book/131942/). München: Grin Verlag.

Langmair, H. (2009). *Dialog-zur Qualitätssicherung im sozialpädagogischen Alltag* (Bde. www.grin.com/e-book/163912/). München: GRIN Verlag.

Laue, H.-B. v. (2007). *Zur Physiologie der Heileurythmie*. Dornach: Medizinische Sektion/ Verlag am Goetheanum.

Leuzinger-Bohlen, M., Brandl, Y., & Hüther, G. (2006). *ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung (Theorie, Forschung, Kontroversen)*. (H. Gerald, Hrsg.) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH und Co. KG.

Link, J. (1992). Geht die Normalität schwanger mit Neorsassismus? Zur Rolle der Kollektivsymbolik in den Massenmedien. *Heft 1 August 1992*.

Mayring, P. G.-Z. (2008). *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim und Basel: Beltz-Verlag.

Rauh, E., & Rief, W. (2006). *Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Rudolf Steiner-Nachlassverwaltung. (1912-1924). *Die Entstehung und Entwicklung der Eurythmie*. Dornach/ Schweiz: Verlag der Rudolf Steiner-Nachlassverwaltung.

Ruf-Bächtiger, L., Humm, R., & et al. (1998). *Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag POS, ADS und HKS*. (C. Thierstein, Hrsg.) Bern, Stuttgart, Wien: Paul Haupt.

Sacks, O. (1985). *Der Mann der seine Frau mit einem Hut verwechselte* (Taschenbuch 1987/33.Auflage 2011 Ausg.). (D. v. Gunsteren, Übers.) rororo.

Schwab, J. H. (2011). Eurythmietherapie in Anxiety. *Alternative Therapies in Health and Medicine* , Vol: 17 Nr.4 (Studie) . www.alternative-therapies.com.

Spillner, V. (2011). *Verstehen in der Quantenphysik* (Vol. Dissertation). Bonn: Rheinische Friedrich Willhelms Universität.

Spitzer, M. ((2006/ 2009)). *Lernen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Steiner, R. (1998). *Der unsichtbare Mensch in uns*. Dornach: Rudolf Steiner Nachlassverwaltung.

Steiner, R. (1969/Tsd. 1978). *Die Erziehung des Kindes vom Gesichtspunkt der Geisteswissenschaft*. Dornach: Rudolf Steiner Nachlassverwaltung.

Steiner, R. (1955/1979). *Eurythmie als sichtbare Sprache* (Vol. GA 279). Dornach: Rudolf Steiner Nachlassverwaltung.

Steiner, R. (1963/ Tsd 2003). *Geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte zur Therapie/ Heileurythmie* (Vol. Sammelband GA 313 und GA 315). Dornach: Rudolf Steiner Verlag .

Steiner, R. (1960/1979). *Grundlinien einer Erkenntnistheorie der Goetheschen Weltanschauung* (Vol. GA 2). Dornach: Rudof Steiner Nachlassverwaltung.

Steiner, R. (1966/1981). *Heileurythmie* (Vols. GA 315/Vorträge vom 12.4.1921-18.4.1921/28.10.1922). Dornach: Rudolf Steiner Nachlassverwaltung.

Steiner, R. (1952/ 1975). *Heilpädagogischer Kurs* (Bd. GA 317). Dornach: Rudolf Steiner Nachlassverwaltung.

Steiner, R. (1957). *Skizzen zu den Eurythmiefiguren*. Dornach: Rudolf Steiner-Nachlassverwaltung.

Studer-Senn, K. (2005). *Der unsichtbare Mensch in uns*. Dornach: Medizinische Sektion am Goetheanum.

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle denjenigen danken die es ermöglicht haben, dass ich diese Arbeit, neben meinen übrigen Aktivitäten zu Ende bringen konnte. Meine Frau, Kollegen am Arbeitsplatz und andere haben mir sehr geholfen dieses Forschungsprojekt in Ruhe zu planen, umzusetzen, auszuwerten und in dieser Masterarbeit darstellen zu können. Im Speziellen danke ich auch meinen Dozenten an der Alanus Hochschule, den Korrekturen des Übersetzers und denjenigen die diese Arbeit Korrektur gelesen haben.

Fazit

Die Imaginationsfähigkeit der Patienten und die Fähigkeit diese mit Intentionen, Willensimpulsen zu verbinden wurden durch die eurythmietherapeutischen Übungen stärker mit dem physischen Leib verbunden. Z.B: Parallele Bewegungen (U Übung) haben geholfen die seelischen Kräfte (Denken, Fühlen und Wollen) stärker an den physischen Leib zu binden.

Der Seele wurde durch das Üben der Parallelität eine Form gegeben, durch die sie sich an der Bewegungswahrnehmung am eigenen physischen Leib innerlich aufrichten konnte. Die Patienten konnten sich an der eurythmietherapeutischen Leibesbetätigung seelisch geistig weiter entwickeln und beruhigten sich.

Gleichzeitig gilt aber zu beachten, dass das Interesse der Patienten, die einzige Konstante im Umgang mit diesen Patienten ist. Darum sollte die Therapie sich immer darauf richten das Interesse der Patienten immer wieder für diese Übungen zu gewinnen. Das verlangt viel Kreativität und Beweglichkeit vom Therapeuten. Vielleicht können wir Therapeuten in diesem Punkt noch einiges von diesen Schülern lernen. Vielleicht kann das folgende kleine Haiku die Stimmung wiedergeben, aus der gearbeitet wurde. Eine abkühlende, wache Gebärde kann gegenüber einer erwärmenden Gebärde ins Gleichgewicht kommen, ein neuer Lebensraum in der Natur entstehen. Beim Betrachter bildet sich, während sich diese Werdekräfte in der Anschauung durchdringen, ein neuer Innenraum.

Nebel reifend legt,
sanft wiegend den Tag über
erwachendes Moor

(Langmair im August 2012)

Ausblick

Der Verfasser möchte dazu anregen weiter auf diesem Gebiet zu forschen und die Forschungsarbeiten miteinander zu vernetzen. Erst eine Studie von ~ 40 Einzelfällen zum selben Thema könnte eine valide Aussage erlauben.

Es kann gesagt werden, dass bestimmte eurythmietherapeutische Übungen und ein pädagogisch therapeutischer Ansatz, der auf die Stärken der Patienten eingeht, ermöglichen, dass sich das hyperaktive Verhalten bei diesen zwei Patienten signifikant verbesserte. Einzelne Übungen, wie die grosse U-Übung können sehr gut für weiterführende Studien eingesetzt werden.

Die sowohl in den Diagnose-, als auch in den Interventionsstunde immer wieder anwesende Expertin kam in einem abschliessenden Interview aus ihrer Perspektive ebenfalls zu dem Schluss, dass auf jeden Fall die U Übung aber auch die M-Übungen sehr gut bei den Patienten gewirkt haben⁷³ und für weitere Studien verwendet werden könnten.

Die Kategorien Tiefensensibilität und Gleichgewichtswahrnehmung können ebenfalls für weitere Studien verwendet werden. Für beide Kategorien wurden Codes entwickelt.

Für weiterführende Studien könnten diese Codes in regelgeleiteten, qualitativen Forschungsverfahren ebenfalls weiter verwendet werden.

Eidesstattliche Erklärung

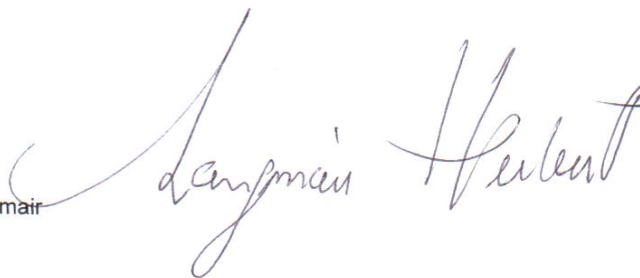
„Eidesstattliche Erklärung“

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Masterarbeit von mir selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst wurde. Sämtliche benutzte Quellen sind unter Beachtung der wissenschaftlichen Zitier-Richtlinien im Text oder im Anhang nachgewiesen.

Die Arbeit wurde in keinem anderen Studiengang als Prüfungsleistung verwendet.

Datum: 30.09.2012

Name: Herbert Langmair



Anhang (Band 2):

⁷³ siehe Anhang Experten-Interview Nr. 11