



Herausgegeben von der Schweizer Charta für
Psychotherapie in der Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

🌐 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychosomatische Ansätze in der Psychotherapie

Approches psychosomatiques dans la psychothérapie

Herausgegeben von Margit Koemeda & Peter Schulthess

7. Jahrgang

Heft 2 / 2017

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Herausgeber

Schweizer Charta für Psychotherapie in der Assoziation
Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Geschäftsstelle ASP
Riedtlistr. 8
CH-8006 Zürich
Tel. +41 43 268 93 00
www.psychotherapie.ch

Redaktion

Rosmarie Barwinski, Zürich
Theodor Itten, St. Gallen
Margit Koemeda, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Hinweise für AutorInnen befinden sich auf der Homepage der
Zeitschrift: www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht
eine Abbestellung zum 15. November erfolgt.
ASP-Mitglieder wenden sich wegen des Abonnements bitte
direkt an die ASP.

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de einseh-
baren Mediadaten.
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an die Redaktion.

Digitale Version

Die Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* ist auch online
einsehbar: www.psychotherapie-wissenschaft.info



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

ISSN 1664-9583 (Print-Version)

ISSN 1664-9591 (digitale Version)

Inhalt

Editorial	5	Abstracts aus «Psicoterapia e Scienze Umane»	
Éditorial	7	zum Thema Psychosomatik und Psychotherapie	73
<i>Margit Koemeda & Peter Schulthess</i>		<i>Paolo Migone</i>	
Titelthema: Psychosomatische Ansätze in der Psychotherapie		Originalarbeit	
Thème principal: Approches psychosomatiques dans la psychothérapie		Article inédit	
Soma und Psyche im Spiegel des Menschenbildes	11	Wie man Poppers philosophischen Knüppel in einen Blumenstrauß für die Psychoanalyse verwandelt	77
Soma et Psyché dans le miroir de la conception de l'homme	18	Ein psychotherapiewissenschaftstheoretischer Essay Comment transformer la massue philosophique de Popper en un bouquet de fleurs pour la psychanalyse	84
<i>Eva Kaul</i>		Un essai sur la théorie de la science de la psychothérapie	
«Gemeinsam für den Patienten» Psychotherapeutisch-ärztliche Emergenz: ein Praxismodell integrierter Heilkunde	19	<i>Kurt Greiner</i>	
« Ensemble pour les patients »	27		
L'émergence psychothérapeutique médicale : une pratique de la médecine intégrée		Kongressbericht	
<i>Manfred Sauer & Sabine Emmerich</i>		Comptes rendus de congrès	
Körperspannung als Schutzmechanismus Eine bioenergetische Perspektive der Emotionsregulation	29	Weltkongress des WCP in Paris, 24.–28. Juli 2017	85
Tension corporelle comme mécanisme de protection	36	<i>Peter Schulthess</i>	
Une perspective bioénergétique de la régulation des émotions		Buchbesprechungen	
<i>Vita Heinrich-Clauer</i>		Josef W. Egger (2017): Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin	87
«Resonanzen in der therapeutischen Beziehung» Psychosomatische Ansätze in der Psychotherapie	39	<i>Hugo Steinmann</i>	
«Résonances dans la relation thérapeutique»	49	Irmhild Liebau (2017): Neue Lebensenergie. Ein körperorientiertes Übungsprogramm für 28 Tage	88
Approches psychosomatiques dans la psychothérapie		<i>Theodor Itten</i>	
<i>Hans Jürgen Scheurle</i>		Ulrich Sollmann (2017): Achtsam und vital. Stressbewältigung durch Bioenergetik	89
Psyche und Körper Zur Psychoneuroimmunologie körperlicher Erkrankungen	51	<i>Theodor Itten</i>	
Psyché et corps	61	Achim Votsmeier-Rühr & Rosemarie Wulf (2017): Gestalttherapie	90
Sur la psycho-neuro-immunologie des maladies physiques		<i>Peter Schulthess</i>	
<i>Volker Tschuschke</i>			
Burnout-Multidimensionalität in der körperzentrierten Psychotherapie	63		
La multidimensionnalité du burnout dans la psychothérapie centrée sur le corps	71		
<i>Kathleen Schwarzkopf & Roland von Känel</i>			

Editorial

Obwohl biopsychosoziale Konzepte in Psychiatrie und Psychotherapie Konsens zu sein scheinen und in aller Munde sind, zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass dem fallbezogenen Denken und dem praktischen Umgang mit Krankheit und Gesundheit diverser Akteure im Gesundheitswesen durchaus noch ein reduktionistisches Denken, insbesondere Unterteilungen in psychisch und somatisch bedingte Krankheiten zugrunde liegen.

Auch früher klar kognitions- und sprachlich fokussierte (z. B. psychoanalytische und verhaltenstherapeutische) Ansätze in der Psychotherapie fordern heutzutage den Einbezug des Körpers. Und im medizinischen Bereich werden eine «sprechende Medizin» sowie eine sorgfältige Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung gefordert. Dass die Umsetzung solcher Forderungen vielerorts noch keinesfalls realisiert sind – häufig, das muss hier auch angemerkt werden, aus ökonomischem Druck – weiss jeder, der selbst in die Mühlen des Gesundheitswesens geraten ist.

Aus den genannten Gründen erschien es uns lohnend, ein Themenheft zu Fragen des Zusammenhangs zwischen Körper und Seele bzw. zu psychosomatischen Ansätzen in der Psychotherapie zusammenzustellen und Expert/innen zu Wort kommen zu lassen, die erklärermassen eine «Theorie der Körper-Seele-Einheit» im Blick haben.

Das vorliegende Heft enthält Beiträge von Exponent/innen dreier in der Schweizer Charta für Psychotherapie vertretenen körperpsychotherapeutischen Methoden:

Eva Kaul (Integrative Körperpsychotherapie, IBP) zeichnet die wissenschaftsgeschichtliche Entwicklung von Körper-Seele-Spaltungen sowie anschliessende Bemühungen um deren Überwindung nach.

Vita Heinrich-Clauer (Bioenergetische Analyse und Therapie, IIBA) bezieht sich auf die schon von Wilhelm Reich (und einigen anderen Psychoanalytikern) beschriebenen und seither systematisch untersuchten Zusammenhänge zwischen emotionalen Problemen und muskulären Spannungsmustern und beschreibt die Aktualisierung und den Ausdruck von unterdrückten Gefühlen als psychotherapeutischen Wirkfaktor.

Kathleen Schwarzkopf (Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, IKP) und *Roland von Känel* (Klinik Barmelweid) schliesslich stellen ein multifaktorielles Konzept der Burnoutbehandlung vor.

Zusätzlich war es uns ein Anliegen, ärztliche Vertreter/innen psychosomatischer Ansätze in Psychiatrie und Psychotherapie für Beiträge zu gewinnen:

In dem Artikel von *Manfred Sauer* und *Sabine Emerich* geht es um Resonanzen in der therapeutischen Beziehung. Die Autor/innen stellen ein in Jahren der Zusammenarbeit erprobtes psychotherapeutisch-ärztliches Kooperationsmodell vor, bei dem schwer körperlich erkrankten und Unfall-Patient/innen eine ganzheitliche Behandlung angeboten wird, die auch die Belastungen der Angehörigen und des Behandlungsteams mitberücksichtigt.

Hans Jürgen Scheurle, Physiologe und Arzt, untersucht die Relevanz des Resonanzbegriffs für die Psychosomatik und erläutert diese sowohl bezüglich der Leib-Seele-Geist-Einheit als auch der Mensch-Welt-Beziehung. Er beruft sich dabei unter anderem auf die Monadentheorie von Leibniz, die er zu dem Körper-Seele-Dualismus von Descartes in Kontrast setzt. Monaden sind als Leib-Seele-Geist Einheiten definiert, die in hierarchischer Anordnung in Wechselwirkung zueinander stehen. Da Leibniz ihnen auch eine göttliche Eigenschaft zuschreibt, wurde im Reviewverfahren die Kritik aufgebracht, dieser Beitrag verlasse in seinem Verständnis der Psychosomatik das Feld wissenschaftlicher Fundierung und betrete jenes der Religion und der Esoterik. Wir Heft-Herausgeber fanden den Beitrag dennoch lesenswert. Urteilen Sie selbst.

Volker Tschuschke stellt aus medizinpsychologischer Sicht die Wichtigkeit psychologisch-psychotherapeutischer Behandlungsmassnahmen gerade auch bei schweren körperlichen (z. B. Krebs-)Erkrankungen dar. Und zieht dazu neuere Forschungsergebnisse aus der Psychoneuroimmunologie heran, um die «psychische» Beeinflussbarkeit von somatisch manifesten Reaktionen (z. B. bei Stress) aufzuzeigen.

Neu wird zum Thema des vorliegenden Heftes erstmalig, nebst den Zusammenfassungen in englischer, deutscher, italienischer und französischer Sprache, auch auf Originalarbeiten aus dem italienischen Sprachraum hingewiesen.

Als freie Originalarbeit behandelt *Kurt Greiner* ein wissenschaftstheoretisches Thema. Er nimmt die seinerzeitige Kritik des Philosophen Karl Popper an der Psychoanalyse und der Individualpsychologie auf und zeigt, wie die anfangs des 20. Jahrhunderts geschriebenen Argumente *gegen* die Wissenschaftlichkeit dieser ersten beiden psychoanalytischen Konzeptionen heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, als Argumente *für* deren Wissenschaftlichkeit gelten können.

Zuletzt sei auf die Buchrezensionen hingewiesen, in denen Neuerscheinungen besprochen werden: eine umfassende Konzeptualisierung des biopsychosozialen Modells (Hugo Steinmann über Josef W. Egger), ein körperorientiertes Übungsprogramm für neue Lebensenergie (Theodor Itten über Irmhild Liebau) sowie die Neuauflage eines Buches über Stressbewältigung (Theodor Itten über Ulrich Sollmann) und ein neu erschienenes Buch zur Gestalttherapie (Peter Schulthess über Achim Votsmeier-Röhr und Rosemarie Wulf).

Ein Kongressbericht zum Weltkongress des World Council for Psychotherapy im Juli dieses Jahres rundet das Heft ab.

Wir wünschen viel Vergnügen und Anregung bei der Lektüre.

Margit Koemeda & Peter Schulthess

Éditorial

Bien que les concepts biopsychosociaux en psychiatrie et en psychothérapie semblent présenter un consensus et sont sur toutes les lèvres, il s'avère en y regardant de plus près qu'une pensée réductionniste, en particulier des classifications en maladies d'origine psychiques et somatiques, sont sous-jacentes à la pensée relative au cas et à la gestion pratique de la maladie et de la santé de divers acteurs dans le secteur de la santé.

Des approches jadis clairement focalisées sur la cognition et la linguistique (par ex. des approches psychanalytiques et comportementales) encouragent aussi aujourd'hui l'inclusion du corps dans la psychothérapie. Et dans le secteur médical, une « médecine parlante » ainsi qu'une réflexion minutieuse de la relation médecin-patient sont encouragées. Quiconque est arrivé lui-même par hasard dans le manège du secteur de la santé sait que la mise en œuvre de telles demandes n'est toutefois encore en aucun cas réalisée en bien des endroits, souvent, il est nécessaire de le préciser ici, pour des raisons de pression économique.

Pour les raisons citées, il nous est apparu louable d'élaborer un dossier thématique s'intéressant aux questions concernant le lien entre le corps et l'âme et s'intéressant aux approches psychosomatiques dans la psychothérapie et de faire parler des expert(e)s qui ont explicitement en point de mire une « théorie de l'unité corps-âme ».

Le présent dossier contient des contributions de représentant(e)s de trois méthodes de psychothérapie corporelle représentées dans la Charte Suisse de la Psychothérapie :

Eva Kaul (psychothérapie corporelle intégrative, IBP) retrace le développement scientifico-historique des séparations corps-esprit ainsi que les efforts ultérieurs visant à les surmonter.

Vita Heinrich-Clauer (analyse et thérapie bio-énergétique, IIBA) fait référence aux interactions déjà décrites par Wilhelm Reich (et par quelques autres psychanalystes) et étudiées depuis d'une manière systématique qui existent entre les problèmes émotionnels et les modèles de tension musculaire et décrit l'actualisation et l'expression de sensations réprimées comme facteur d'efficacité psychothérapeutique.

Kathleen Schwarzkopf (Institut de la psychothérapie centrée sur le corps, IKP) et *Roland von Känel* (Clinique Barmelweid) présentent pour conclure un concept thérapeutique multifactoriel du burn-out.

Par ailleurs, il nous tenait à cœur d'obtenir des contributions de représentant(e)s médicaux d'approches psychosomatiques en psychiatrie et psychothérapie :

Le sujet de l'article de *Manfred Sauer* et *Sabine Emmerich* concerne les résonances dans la relation thérapeutique. Les auteur(e)s présentent un modèle de

coopération psychothérapeutique médicale éprouvée dans des années de coopération, avec lequel un traitement holistique est proposé aux patient(e)s lourdement malades sur le plan physique et aux accidenté(e)s, qui prend également en compte les charges des proches et de l'équipe soignante.

Hans Jürgen Scheurle, physiologiste et médecin, analyse la pertinence de la notion de résonance pour la psychosomatique et l'explique à la fois sur le plan de l'unité corps-âme-esprit et sur le plan de la relation homme-environnement. Pour ce faire, il s'appuie entre autres sur la théorie des monades de Leibniz qu'il oppose à la dualité corps-âme de Descartes. Les monades sont définies comme des unités corps-âme-esprit sont en interaction dans une disposition hiérarchique. Dans la mesure où Leibniz leur attribue aussi un caractère divin, la critique a été soulevée dans la méthode révisionniste selon laquelle cette contribution abandonnerait dans sa perception de la psychosomatique le champ du fondement scientifique et pénétrerait celui de la religion et de l'ésotérisme. En tant qu'éditeurs de dossiers, nous pensions toutefois que la contribution valait la peine d'être lue. Jugez par vous-même.

Volker Tschuchke présente d'un point de vue médico-psychologique l'importance des mesures thérapeutiques psychologiques psychothérapeutiques, justement aussi pour des maladies graves sur le plan physique (par ex. cancers). Et, il y intègre les derniers résultats de la recherche issus de la psycho-neuro-immunologie afin de démontrer la corrélation « psychique » de réactions manifestes sur le plan somatique (par ex. en cas de stress).

Outre les résumés en allemand, anglais, italien et français, ce qui est nouveau pour le sujet du présent dossier, ce sont également les indications aux travaux originaux issus de l'espace linguistique italien.

Kurt Greiner aborde sous la forme d'un travail original libre un sujet scientifique et théorique. Il reprend la critique de l'époque du philosophe Karl Popper sur la psychanalyse et la psychologie individuelle et démontre comment les arguments décrits au début du 20e siècle *contre* la scientificité de ces deux premiers concepts psychanalytiques pourraient aujourd'hui, au début du 21e siècle, être considérés comme des arguments *en faveur* de leur scientificité.

Enfin, il est fait référence aux critiques littéraires dans lesquelles de nouvelles publications sont discutées : une conceptualisation complète du modèle biopsychosocial (Hugo Steinmann en passant par Josef W. Egger), un programme d'exercices orientés sur le corps (Theodor Itten en passant par Irmhild Liebau), ainsi que la nouvelle publication d'un livre sur la maîtrise du stress (Theodor Itten en passant par Ulrich Sollmann) et un livre récemment paru sur la Gestalt-thérapie (Peter

Schulthess en passant par Achim Vostmeier-Röhr et Rosemarie Wulf).

Un compte-rendu du congrès mondial du World Council for Psychotherapy en juillet de cette année vient compléter le dossier.

Nous vous souhaitons une lecture pleine de plaisir et d'inspirations.

Margit Koemeda & Peter Schulthess

**Titelthema:
Psychosomatische Ansätze
in der Psychotherapie**

**Thème principal:
Approches psychosomatiques
dans la psychothérapie**

Soma und Psyche im Spiegel des Menschenbildes

Eva Kaul

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 11–17 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Zusammenfassung: Krankheitskonzepte und Diagnosen sind immer auch ein Spiegel von Erkenntnisstand und Menschenbild der jeweiligen Epoche. Die Unterscheidung zwischen Psyche und Soma geht zurück bis in die Antike und war Voraussetzung für die Spaltung der Medizin in somatische Disziplinen und Psychiatrie/Psychotherapie. Psychosomatik und Körperpsychotherapie sind bestrebt, die Psyche-Soma-Dualität zu überwinden. Die Integrative Körperpsychotherapie (IBP, Integrative Body Psychotherapy) erforscht und vernetzt mit ihren Interventionen die Erlebensdimensionen Körpererleben, Emotionen und Kognitionen und nutzt die funktionale Einheit von somatischen, emotionalen und kognitiven Prozessen. Neben Interventionen, welche direkt auf den Körper zielen, kann das Körpererleben bei psychosomatischen Erkrankungen auch indirekt über Veränderung des emotionalen Erlebens oder der kognitiven Einordnung beeinflusst werden.

Schlüsselwörter: Psyche, Soma, Psychosomatik, Körperpsychotherapie, Integrative Körperpsychotherapie IBP

Die Entwicklung des dualistischen Menschenbildes

In den archaischen Kulturen des frühen Altertums beruhte das menschliche Erleben und Handeln noch überwiegend auf leiblichen Erfahrungen und göttlichen Eingebungen ohne zentrale Steuerung. Den Helden der Ilias wächst der Zorn in der Brust wie dampfendes Feuer, es schwillt das Herz von der Galle, die Götter erregen Furcht in ihnen ... Mit ψυχή (*psyche*) bezeichnet Homer den Atem und Lebensodem, welcher den Körper beim Tod verlässt und als Schatten in die Unterwelt eingeht, niemals den Sitz der Emotionen. Die seelischen und geistigen Regungen werden Körperteilen zugeordnet (Brustkorb, Brust, Herz, Zwerchfell) und erlöschen mit dem Sterben (vgl. hierzu Völker, 1825; Schmitz, 2011). Unsterblich ist bei Homer also nicht die Seele, sondern der Atem als Lebensprinzip. Die Verwurzelung des subjektiven Erlebens im Körperlichen spiegelt sich auch in der Bedeutung des griechischen Begriffs σῶμα (*soma*). Er steht ursprünglich sowohl für den Körper und Leichnam als auch für Leben, Leib und Leben, also den belebten, beseelten Körper, ja sogar für den ganzen Menschen als Individuum.

Erst ab dem 5. Jahrhundert v. Chr. werden in der griechischen Philosophie und Sprache Körper und Geist-Seele unterschieden und hierarchisiert: Bei Demokrit ist die Seele der Herr, der Körper ihr Knecht. Platons Weltenschöpfer fügt den Menschen aus Körper und Seele zusammen, wobei letztere dreiteilig ist: Der unsterbliche, körperunabhängig existierende Seelenteil, die Vernunft, sitzt im Kopf, «der der göttlichste ist und über alles in uns herrscht» (Platon, 2003, S. 75), wohingegen der restliche Körper nur «eine Art Fahrzeug» ist (ebd., S. 77). Der Brustkorb beherbergt den besseren Teil der sterblichen Seele (Mut, Wille, Aggression), der Bauchraum den schlechteren, vernünftigen Überlegungen nicht zugängli-

chen Teil (Lust, Verlangen, Begierde). Distanzierung und Regulation im Umgang mit leiblichen Regungen sind im Menschenbild der Spätantike möglich und erstrebenswert.

Dieselbe Entwicklung zeigt sich in der jüdischen und christlichen Tradition. In der hebräischen Fassung des Alten Testaments ist das emotionale Erleben noch ganz in der konkreten körperlichen Erfahrung verankert: «In Tränen vergehen meine Augen, meine Eingeweide verkrampfen sich, zu Boden geschüttet ist meine Leber» (Klagelieder 2,11). Mit der Übersetzung des Alten Testaments ins Griechische im 3. Jahrhundert v. Chr. wird die körperliche Sprache zu einem grossen Teil durch eine seelisch-emotionale ersetzt. So wird das hebräische Wort *näfäsch* (die Kehle, mit all ihren Erlebens- und Ausdrucksweisen, also die singende, rufende, krächzende, durstige Kehle) überwiegend mit Seele übersetzt: «Lobe den Herrn, meine Seele», und nicht wörtlich: «Lobe den Herrn, meine Kehle» (vgl. Ammicht-Quinn, 2002). Das frühe Christentum übernimmt den anthropologischen Dualismus der Seelenlehre Platons und unterscheidet zwischen raum- und zeitloser Geist-Seele, dem eigentlich Wirklichen und Wertvollen, und dem Leib mit seinen flüchtigen Sinneserfahrungen. Der Leib gilt als Gefängnis der Seele, als minderwertig, sündig, unrein.

Mit Descartes wird die dualistische Trennung von denkendem Geist und nicht denkendem Körper endgültig in Philosophie und Naturwissenschaften verankert. Descartes postuliert, dass das eigentliche Sein des Menschen im Denken bestehe und keiner materiellen Grundlage bedürfe. Damit trennt er die materielle, mit entsprechend mechanischen Gesetzen arbeitende «Körpermaschine» radikal vom denkenden, immateriellen Geist. In der Folge erforschen die Naturwissenschaften mittels empirischer Methoden Physiologie und Pathologie des Körpers, welcher auf einen mess- und berechenbaren Gegenstand reduziert wird. Für die Geist-Seele sind die Geisteswissen-

schaften, insbesondere Philosophie und Theologie, später auch die Psychologie, zuständig. Mit dieser Aufteilung waren wohl beide Disziplinen zufrieden: Die Naturwissenschaftler mussten sich nicht mit den verwirrenden, nicht objektivierbaren Strebungen der Seele auseinandersetzen und die Geisteswissenschaftler konnten den von ihnen gering geschätzten Körper ausblenden und sich dem edleren und wahreren geistig-seelischen Sein des Menschseins zuwenden (vgl. Heller & Heller, 2014). In der Medizin verschwand als Folge der cartesianischen Spaltung das Bewusstsein für die Zusammengehörigkeit von Heil und Heilung zunehmend. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts versucht die Medizin sich zunehmend als Naturwissenschaft zu positionieren, löst sich vom vorneuzeitlichen ganzheitlichen Menschenbild und übernimmt die Vorstellung vom menschlichen Körper als Maschine. Im 20. Jahrhundert führt die Körper-Seele-Dualität zur Aufspaltung des Gesundheitswesens «in eine somatische Medizin mit hochspezialisierten und kostenintensiven Spezialkliniken für kranke Körper ohne Seelen und eine psychologische Medizin mit Psychotherapeuten und Neuroseklinden für leidende Seelen ohne Körper» (Uexküll, 1996, S. 16).

Psychosomatik als brückenbauende Disziplin

Parallel dazu entwickeln sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zwei neue Disziplinen, welche beide einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen und die cartesianische Spaltung zu überbrücken suchen, indem sie die Vernetzung aller Dimensionen menschlichen Erlebens (Körpererleben, Emotionen, Kognitionen und Verhalten) betonen und damit an vorneuzeitliche Menschenbilder anknüpfen: Vonseiten der Medizin versucht die Psychosomatik Körper und Geist-Seele zusammenzuführen, vonseiten der Psychotherapie die Körperpsychotherapie. Beide Fachrichtungen führen interessanterweise in ihrer Bezeichnung die Psyche-Soma-Dualität weiter und betonen eher die Wechselwirkungen zwischen den nach Aufbau und Struktur getrennten und dann zusammengeführten Einheiten Körper, Geist und Seele als das Ganze (vgl. hierzu Kuck, 2016).

Die psychosomatische Medizin geht davon aus, dass seelisch-geistige Zustände funktionelle und strukturelle körperliche Veränderungen verursachen können, dass also mentale Phänomene im Bereich physischer Phänomene kausal wirksam sind. Der Schriftsteller Ulrich Schaffer drückt dies treffend mit folgendem Aphorismus aus: «Geh du vor», sagte die Seele zum Körper, «auf mich hört er nicht. Vielleicht hört er auf Dich.»

Freud erklärte psychosomatische Symptome damit, dass der psychische Apparat im Bereich des Es gegen das Somatische hin offen sei, sodass Psyche und Soma aufeinander einwirken könnten. Er bezeichnete die Konversion von psychischer Erregung, welche keinen Abfluss in Bewusstsein und Handeln des Individuums findet, in somatische Symptome als Konversionsneurose. Heute hat sich dafür der Terminus Somatisierung eingebürgert. Die Art der sogenannten psychogenen Körpersymptome ändert

sich interessanterweise mit dem Zeitgeist. Während im 19. Jahrhundert hysterische Lähmungen im Vordergrund standen, sind heute die am häufigsten in der Grundversorgung anzutreffenden nicht organischen chronischen Körpersymptome Schmerzen, Müdigkeit und Schwindel (vgl. Känel et al., 2016). Bis weit ins 20. Jahrhundert herrschte jedoch sowohl bei somatischen Medizinerinnen als auch in der Bevölkerung die Vorstellung vor, dass «psychisch ausgelöste» Störungen keine «wirklichen», da organisch im Körper nicht lokalisierbare Krankheiten seien.

In den letzten Jahren haben Forschungsergebnisse aus Biochemie, Neurophysiologie, Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie immer mehr Verbindungen zwischen Körpersymptomen und psychischen Prozessen nachgewiesen und dazu beigetragen, die Lücke zwischen der traditionell hermeneutisch orientierten Psychosomatik und der naturwissenschaftlich ausgerichteten Somatik zu schliessen. Somatische Strukturen und psychische Funktionen funktionieren nicht unabhängig voneinander und sind gar nicht getrennt denkbar. Gemäss Gerd Rudolf befasst sich «die traditionelle philosophische Diskussion um das Verhältnis von Geist und Materie, Seele und Leib [...] zumindest im psychosomatischen Bereich mit einem Scheinproblem» (Rüegg, 2003, S. VI). Wenn man den Menschen nicht als Komposition aus Geist, Seele und Körper versteht, sondern als Ganzheit, wird die Einteilung in somatische, psychosomatische und psychische Krankheiten fragwürdig. Denn krank ist immer der ganze Mensch und nicht das Konstrukt «Seele», «Geist» oder «Körper». Auch eine vordergründig rein somatische Erkrankung hat Auswirkungen auf das emotionale Erleben und umgekehrt kann die seelische Reaktion und kognitive Einordnung der somatischen Erkrankung wiederum deren Verlauf beeinflussen. Dass unser Denken und Fühlen Bildung und Lösen von synaptischen Verbindungen in den zerebralen Nervenzellnetzwerken beeinflusst (neuronale Plastizität) ist mittlerweile Allgemeinwissen. Gerade beim häufigsten chronischen Körpersymptom, dem Schmerz, ist die Unterscheidung zwischen psychogener und organischer Ursache aufgrund der Wechselwirkungen von Körper und Seele schwierig und problematisch. Genetische und epigenetische Faktoren, biografische Erfahrungen und aktueller Stress können über komplexe, miteinander interagierende neuroendokrine, immunologische und autonome Mechanismen sowohl bei funktionellen als auch bei organischen Symptomen die zentrale Symptomsensitivität erhöhen, sodass das Körpersymptom intensiver und länger wahrgenommen wird (vgl. Ursin, 2014; Känel et al., 2016). Zentrale Hypersensitivität, subjektive Belastung der Patienten durch das Körpersymptom und dysfunktionale kognitive, emotionale und behaviorale Reaktion korrelieren nicht mit der Ätiologie des Körpersymptoms. Dieser Problematik trägt die 2013 erschienene fünfte Auflage des «Diagnostischen und Statistischen Manuals für psychische Störungen» (DSM V) Rechnung, worin die Diagnosen somatoforme Störungen, Somatisierungsstörung, Hypochondrie und Schmerzstörung abgeschafft und stattdessen neu die Diagnose der somatischen Belastungsstörung eingeführt wurde (siehe

hierzu Tabelle 1). Die neue Diagnose schliesst auch Patienten mit ein, deren organisch erklärbar körperliche Beschwerden von psychischen Symptomen begleitet sind, und hebt somit die oft stigmatisierende Unterscheidung zwischen funktionellen (somatoformen, psychogenen) und organischen (somatischen) Körpersymptomen auf.

Tabelle 1: Somatische Belastungsstörung nach DSM-5. Für die Diagnosestellung müssen die Kriterien A–C erfüllt sein

A. Somatische Symptome Eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind oder zu erheblichen Einschränkungen im Alltag führen
B. Psychologische Merkmale, wovon mindestens eines erfüllt sein muss 1. Unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome (kognitive Dimension) 2. Anhaltend stark ausgeprägte Ängste bezüglich Gesundheit oder Symptome (emotionale Dimension) 3. Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden (Verhaltensdimension)
C. Dauer Die Symptombelastung ist persistierend, typischerweise länger als sechs Monate

Der Mensch als Ganzheit

Ansätze zur Auflösung der cartesianischen Körper-Seele-Spaltung finden sich am ehesten in der Philosophie, insbesondere in der Phänomenologie des Leibes. Der Begriff «Leib» wird im Deutschen traditionell für Leben, Person und Körper, also den beseelten Körper in seinem Lebensvollzug verwendet, analog der ursprünglichen Bedeutung des griechischen *soma*. So *erleben* wir etwas am eigenen Leib, wohingegen wir es am eigenen Körper *spüren*. Der Leib umfasst also alle Dimensionen menschlichen Erlebens (Spüren, Fühlen, Denken und Verhalten), er ist «der erlebende und sich selbst erlebende Körper» (Rahm et al., 1999, S. 75). Der Leibphilosoph Hermann Schmitz unterscheidet bei den leiblichen Regungen die Dimensionen Weite und Schwellung auf der einen Seite, Enge und Spannung auf der anderen. Beide Pole lassen sich durch Richtung und Intensität/Rhythmus differenzierter beschreiben und sind über den vitalen Antrieb miteinander verbunden (vgl. Schmitz, 2011). Diese Begrifflichkeit ähnelt jener des Pioniers der Körperpsychotherapie, Wilhelm Reich, der in seinen physiologischen Experimenten eine Korrelation von lustvoller Erregung, Gewebsexpansion und Zunahme der elektrischen Ladung an der Hautoberfläche resp. von Angst, Ärger, Erschrecken, Gewebskontraktion und Ladungsabnahme fand. Reichs Vegetotherapie basierte auf der Spannungs-Ladungs-Formel (mechanische Spannung –

bioelektrische Aufladung – bioelektrische Entladung – mechanische Entspannung) und definiert Gesundheit als vegetative Beweglichkeit (vgl. hierzu Boadella, 2008).

Interessante Ansätze zu einem monistischen Menschenbild finden sich auch in der Emergenztheorie. Emergenz bedeutet, dass das Gesamtsystem Eigenschaften besitzt, welche die Teilsysteme (z. B. einzelne Hirnbereiche oder gar Zellen) nicht besitzen. Das Teilsystem Körper wird als Basis, als a priori betrachtet. Dies hat bereits Freud (1923, S. 294) betont mit seiner Aussage: «Das Ich ist vor allem ein körperliches.» Die Freude, die ich fühle, fühle ich als leibhaftiges Wesen, die Gedanken, die ich mir mache, denke ich als leibhaftiges Wesen. Fühlen und Denken bedürfen der materiellen körperlichen Grundlage, können aber nicht einfach auf physiologische Phänomene wie vegetative Aktivierung oder elektrische Nervenzellimpulse reduziert werden. Die Emergenztheorie trennt nicht zwischen immaterieller Geist-Seele und physischem Körper, sondern versteht psychische und geistige Zustände und Prozesse als emergente Phänomene physischer Strukturen (vgl. Deneke, 2001). Prozesse auf hierarchisch höheren Organisationsstufen des Gehirns gehen mit seelisch-geistigen Phänomenen einher. Wir sind uns unserer selbst bewusst, nehmen Gefühle und Körperempfindungen wahr, geben dem Erlebten eine Bedeutung usw. Subjektives Erleben wird jedoch nicht durch neuronale Prozesse verursacht im Sinne einer Wirkung von Materie auf Geist, sondern ist neuronale Aktivität. Unterschiedliches subjektives Erleben entspricht unterschiedlicher neuronaler Aktivität. Wiederholung führt zu anhaltenden Veränderungen der Synapsenstärke und damit zu morphologischen Veränderungen der Hirnstruktur.

Ein ganzheitliches Menschenbild finden wir auch in vielen asiatischen Kulturen. So wird im Zen-Buddhismus der japanische Begriff *shin* (chinesisch *hsin*) in den Bedeutungen Herz, Seele und Geist verwendet und oft mit «Herzgeist» oder «Urnatur» übersetzt (vgl. Sokei-an, 1988).

Das komplexe interaktionelle Geschehen zwischen Fühlen, Denken, Spüren und strukturellen somatischen Veränderungen werden wir wohl nie gänzlich erfassen und zergliedern können. Wir können uns aber bemühen, den Menschen in seiner Ganzheit wahrzunehmen und anzusprechen. In der Körperpsychotherapie, deren Repertoire körperliche, emotionale und kognitive Interventionen umfasst, ist dies in besonderem Masse der Fall. Die Wirksamkeitsforschung zur Körperpsychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen ist noch jung. Bisher durchgeführte Studien weisen signifikante Effekte nach, beispielsweise für funktionelle Entspannung bei Asthma und Colon irritabile (vgl. Lahmann et al., 2009, 2010) und bei Spannungskopfschmerzen (vgl. Loew et al., 2000), sowie für bioenergetische Übungen bei Immigranten mit chronischen somatoformen Störungen (vgl. Nickel et al., 2006). Gemäss einer von der Universität Marburg durchgeführten Bedarfsanalyse an 74 psychosomatischen Kliniken bewerteten 61,3 Prozent der befragten Chefärzte Körperpsychotherapie als «sehr wichtig» für die psychosomatische Behandlung und 77,4 Prozent würden bei der MitarbeiterEinstellung einen Masterabsolventen

mit fachlichem Schwerpunkt in Körperpsychotherapie bevorzugen (vgl. Wolf, 2012).

Integrative Körperpsychotherapie IBP bei psychosomatischen Erkrankungen

Die Integrative Körperpsychotherapie (IBP, Integrative Body Psychotherapy) wurde in den späten 1960er Jahren von Jack Lee Rosenberg (Ph.D., 1932–2015) in Kalifornien begründet. Rosenberg war Gestalttherapeut und Ausbilder am Institut für Gestalttherapie in San Francisco. Unter dem Einfluss körper(psycho)therapeutischer Selbsterfahrungen bei verschiedensten Lehrern (u. a. bei P. Curcuruto, A. Lowen, J. Pierrakos, M. Feldenkrais, I. Rolf und A. Halprin) erweiterte Rosenberg die zentralen Konzepte der Gestalttherapie um die somatische Dimension. Von Reich übernahm er dessen energetischen Ansatz, die Ladungskurve (charge-release-cycle), die Anwendung der Ladungsatmung (eine tiefe und rasche Thoraxatmung) sowie das Charakterstilkonzept. Aus der Psychoanalyse flossen Objektbeziehungs- und Übertragungstheorie in die IBP ein. Rosenberg verband somit über die Jahre Konzepte und Techniken verschiedener psychotherapeutischer und körperpsychotherapeutischer Ansätze zu einer neuen, kohärenten Methode, welche seit 1990 auch in der Schweiz unterrichtet und praktiziert wird. Das Schweizer IBP-Institut hat unter der Leitung von Dr. med. Markus Fischer insbesondere Erkenntnisse aus der Stress-, Trauma- und Säuglingsforschung in die Methode integriert (vgl. hierzu Abbildung 1, nach: Kaul & Fischer, 2016).

Die IBP basiert in ihrem Menschenbild und in ihrer therapeutischen Haltung auf den Grundideen der humanistischen Psychologie. Das IBP Menschenbild betont die wesensmäßige Ganzheit des Menschen, die Einheit von Körper, Geist und Seele. Menschliches Erleben und Handeln vollzieht sich im Kontext unserer Lebenswelt, deren materielle, gesellschaftlich und kulturelle Komponenten uns wesentlich beeinflussen. Beim subjektiven Erleben

können wir Körperempfindungen, Verhaltensimpulse, Gefühle, Stimmungen, Gedanken und innere Bilder unterscheiden (vgl. Abbildung 2, nach: Kaul & Fischer, 2016). Erforschen und Kenntnis dieser Erlebensdimensionen ermöglicht Orientierung, Strukturierung, Differenzierung und Verbalisierung. Die drei Dimensionen Spüren, Fühlen und Denken können jedoch nicht unabhängig voneinander gedacht oder hierarchisiert werden, sie stehen in beständiger Wechselwirkung untereinander. So gehören Angstgefühl, vegetative Aktivierung, Ausschüttung von Katecholaminen und gedankliche oder bildhafte katastrophisierende Vorstellungen untrennbar zusammen. Das subjektive Erleben ist ganzheitlich, einzigartig und im Zusammenspiel mehr und etwas anderes als die Summe der drei Dimensionen. Die funktionale Einheit von somatischen, emotionalen und kognitiven Prozessen ist breit erforscht (vgl. hierzu Storch et al., 2006) und kann therapeutisch genutzt werden. Neben Interventionen, welche direkt auf den Körper zielen, kann das Körpererleben beispielsweise auch indirekt über Veränderung des emotionalen Erlebens oder der kognitiven Einordnung beeinflusst werden.

Menschen mit körperlichen Beschwerden als Leitsymptom haben in der Regel einen hohen Leidensdruck und sind auch in einer Psychotherapie initial oft auf die Linderung ihrer Körpersymptome fixiert. Körperpsychotherapeuten haben viele Werkzeuge im Köcher, welche diesen Wunsch bedienen können (Entspannungs-, Achtsamkeits-, Atem- und Bewegungsübungen). Dieses Angebot kann den Einstieg in die Therapie erleichtern, besonders für Patienten, welche einer Psychotherapie skeptisch gegenüberstehen. Insbesondere Übungen, welche helfen, die Aktivierung des vegetativen Nervensystems zu reduzieren, zeigen bei vielen Patienten eine unmittelbare Wirkung. Der Einfluss von Stress auf die Entstehung und Symptomausprägung verschiedenster Krankheiten ist gut belegt. Psychoimmunologische Forschung weist beispielsweise einen Zusammenhang zwischen Stressausmass und Anfälligkeit für Infektionskrankheiten, Prognose von Krebserkrankungen, Wundheilung, allergischen Erkrankungen, Neurodermitis, Asthma bronchiale, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Morbus Crohn, Fibromyalgie oder Depression nach.

Besonders bei chronifizierten Symptomen wird neben der körperpsychotherapeutischen Arbeit am Symptom auch die Erforschung und Veränderung der Beziehung zur Krankheit im Vordergrund stehen. In der Beziehung zum Symptom spiegeln sich die Beziehung der Klienten zu sich selbst, ihre Prägungen und Glaubenssätze. Im imaginativen oder szenischen Dialog mit dem eigenen Körper oder Körpersymptom werden krankheitsbezogene Emotionen und Kognitionen aktualisiert. Oft zeigen sich dabei dysfunktionale

Humanistische Psychologie J. F. Bugenthal, A. Maslow K. Goldstein	Charakteranalyse W. Reich	Psychoanalyse S. Freud
Gestalttherapie F. Perls	IBP J. L. Rosenberg M. L. Rand B. Kitaen-Morse M. Fischer	Selbstpsychologie H. Kohut
Gesprächs-Psychotherapie C. Rogers, E.T. Gendlin		Objektbeziehungstheorien D. Winnicott, M. Mahler, D. Stern
Familientherapie V. Satir		Bindungstheorie J. Bowlby, M. Ainsworth
Prä-/perinatale Psychologie O. Rank W. Emerson, L. Janus		Säuglingsforschung Entwicklungsforschung D. Stern, A. Schore
Neurowissenschaften W. A. Damasio, J. LeDoux, G. Roth, J. Bauer		Selbstorganisations- und Systemtheorien H. Maturana / F. Varela G. Roth
	Stress- / Traumaforschung H. Selye, St.Porges, B. van der Kolk, P. Levine	

Abbildung 1: Quellen der Integrativen Körperpsychotherapie (IBP)

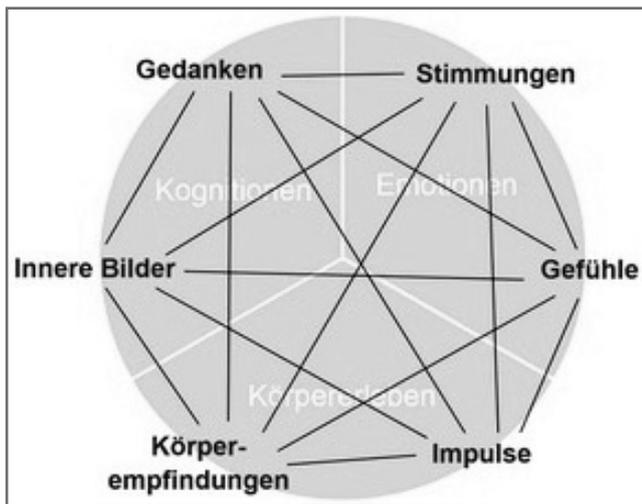


Abbildung 2: Das IBP-Integrationsmodell des menschlichen Erlebens

Erlebens- und Verhaltensmuster deutlich und können in der Folge bearbeitet werden.

Viele Menschen suchen einen Grund für ihre Krankheit und wollen verstehen, warum gerade sie davon betroffen sind. Können sie die Ursache externalisieren (Schicksal/Zufall/Gottes Wille, Genetik, Umweltfaktoren), so kann das entlasten. Werden in der deutenden Kausalitätssuche aber vom Individuum beeinflussbare Umwelteinflüsse (Ernährung, Sucht- und Genussmittel) oder die eigenen Haltungen und Handlungen für die Krankheit verantwortlich gemacht, löst das oft Schuldgefühle aus. So schreibt die 36-jährige Treya Killam, nachdem bei ihr Brustkrebs diagnostiziert wurde: «Wenn ich an die Möglichkeit psychischer Auslöser denke [...] kann ich Schuldgefühle kaum vermeiden. Ich denke dann, dass ich etwas falsch gemacht habe, falsch gedacht oder falsch empfunden» (Wilber, 1996, S. 64). Dass sie das komplexe Zusammenwirken von Schicksal, Genetik, eigenen Denk-, Fühl- und Verhaltensmustern sowie Umweltfaktoren nicht auseinanderdividieren und damit auch nicht kontrollieren kann, verunsichert sie zutiefst.

Wird das Schicksalhafte einer Erkrankung völlig verneint und Krankheit einzig als Ergebnis der eigenen Lebensführung verstanden, werden Krankheit und Gesundheit gestaltbar und scheinbar kontrollierbar. Aus der Möglichkeit zur Gestaltung kann leicht ein Imperativ zur Gestaltung werden. Ein reduktionistischer Kausalmechanismus fordert vom einzelnen Menschen, über Veränderung seiner Einstellungen und seiner Lebensführung Gesundheit erhalten resp. wiederherstellen können. Krankheit ist dann selbstverschuldet, Gesundheit durch individuelle Leistung herstellbar. Beide liegen vollständig in der Selbstverantwortung des Individuums. Eine solche Betrachtungsweise vermittelt ein falsches Bild von Kontrolle und öffnet Schuldgefühlen Tür und Tor. Eine alternative Perspektive wäre, anstatt nach der Ursache vielmehr nach dem Sinn einer Erkrankung zu suchen. Im Gegensatz zur auf die Vergangenheit ausgerichteten, den Anspruch auf Objektivität erhebenden kausalen Einordnung ist Sinnfindung ein subjektiver kreativer Akt und

weist in die Zukunft. Sinnfindung kann therapeutisch begleitet werden, ist aber immer auch eine Gnade.

Treya findet für sich einen Sinn mit der Hilfe ihres Parters, Ken Wilber, der ihr rät, den Krebs als Metapher zu nehmen,

«als Ansporn, all die Dinge in deinem Leben zu ändern, die du sowieso ändern wolltest. Die Unterdrückung bestimmter Gefühle mag an der Entstehung des Krebs beteiligt gewesen sein oder nicht; aber du wolltest mit dem Unterdrücken dieser Gefühle ja sowieso aufhören, also könntest du den Krebs einfach als Anlass dafür nehmen ... Und wenn du etwas änderst, dann nicht mit dem Gedanken, dass es die Ursache für den Krebs war – das macht dir nur Schuldgefühle» (Wilber, 1996, S. 67).

Praxisbeispiel

Das folgende Praxisbeispiel soll beispielhaft zeigen, wie die Spuren der frühen Verletzungen des Selbst als Grundstörung (vgl. hierzu Balint, 1970) sich in allen Dimensionen des Erlebens zeigen: körperlich als chronische muskuläre Spannungs- und Haltungsmuster sowie Überaktivierung des vegetativen Nervensystems, emotional als regelmäßig auftauchender Gefühlskomplex von Ekel, Angst und Scham, kognitiv als negative Glaubenssätze und auf der Handlungsebene als dysfunktionale Verhaltensweisen. In IBP werden alle diese Dimensionen immer wieder angesprochen und miteinander vernetzt. Die Beeinflussung des Leitsymptoms Schmerz gelingt in diesem Fall vor allem über Interventionen, welche der Patientin ein Gefühl von emotionaler und körperlicher Sicherheit vermitteln.

Die 42-jährige Martha, alleinerziehende berufstätige Mutter, wird zur Körperpsychotherapie zugewiesen wegen einer chronischen Erschöpfungs- und Schmerzsymptomatik bei bekannter Fibromyalgie. Sie berichtet zudem über häufige Beziehungskonflikte sowohl mit ihrer zwölfjährigen Tochter als auch in den jeweils nur kurz dauernden Partnerschaften. Die Patientin passt sich stark an die Bedürfnisse des Gegenübers an und stellt ihre eigenen zurück. Schwierige Gefühle wie Trauer, Angst, Ärger und Wut unterdrückt sie im Alltag. Situativ kommt es zu unkontrollierbaren Gefühlsausbrüchen mit krampfartigem Weinen, Schreien und Herumwerfen von Gegenständen. Martha beschreibt ihre Grundbefindlichkeit als hyperalert, angespannt, misstrauisch und immer auf der Hut vor anderen Menschen.

Die Patientin hat in ihrer Ursprungsfamilie sowohl von den Eltern als auch von den älteren Brüdern Gewalt, Übergriffe, Vernachlässigung, Entwertung, Beschämung und Instrumentalisierung erlebt. Sie habe in ihrer Kindheit in ständiger Angst vor körperlicher Züchtigung oder Liebesentzug gelebt, sei überangepasst gewesen und habe versucht, möglichst unsichtbar zu sein. Als Teenager litt sie häufig unter Kopfschmerzen und konsumierte regelmäßig Analgetika.

Zu Therapiebeginn versuchen wir, über Atem- und Selbstentspannungsübungen die Schmerzen zu beeinflussen. Martha zeigt bei diesen Übungen zwei verschiedene

Reaktionsmuster. Entweder verstärkt sich der Muskeltonus und es kommt zu schmerzhaften Zuckungen von Körperteilen oder die Patientin entspannt sich etwas und wird dann von intensiven Emotionen überflutet, welche sie nicht regulieren kann.

Die Verstärkung des Muskeltonus bei Einladung zur Entspannung kennt Martha auch aus ihrem Alltag. Sie berichtet, dass sie oft nicht einschlafen könne, weil ihre Muskelspannung schmerzhaft ansteige, sobald sie sich ins Bett lege. Ihre Schmerzen seien am Morgen beim Erwachen am stärksten. Wenn Martha in den Therapiestunden in Kontakt mit schwierigen Gefühle kommt, beginnt sie am ganzen Körper unkontrollierbar zu zittern, verliert die Präsenz, verspürt ein Würgen im Hals sowie Ekelgefühle und beginnt hektisch mit den Armen um sich zu schlagen, um das «grusige Gefühl» abzuschütteln.

Im gewalttätigen, nicht sicheren Milieu ihrer Kindheit musste Martha immer auf der Hut sein, Entspannung war gefährlich. Direkt auf die Körperspannung zielende Interventionen sind für die Patientin aus zwei Gründen bedrohlich: Sie ist dann nicht mehr gerüstet gegen äussere Angriffe und die Entspannung aktiviert rasch durch den hohen Muskeltonus ferngehaltene überfordernde Gefühle. Die Patientin muss also erst ein Gefühl von äusserer und innerer Sicherheit und Geborgenheit entwickeln, bevor sie sich entspannen kann. Es zeigt sich, dass Martha diese Gefühle über Imagination eines Geborgenheitsortes und von inneren Helferfiguren recht gut aufbauen kann. Die imaginative Ressourcenarbeit bewirkt jedes Mal eine deutliche Reduktion von Muskeltonus und Schmerzintensität und führt zu einer spür- und sichtbaren Aufrichtung ihrer sonst eingesunkenen Körperhaltung. Wir beginnen spielerisch zwischen ihrer gewohnten, unterwürfig-dienenden und einer aufrechten Körperhaltung zu wechseln und erforschen, welche emotionalen Botschaften sie braucht, um sich aufzurichten. Die eingesunkene Haltung ist verbunden mit hochgezogenen Schultern, generalisierter Muskelanspannung und Blockade der Ausatmung, entsprechend einer Schreckreaktion, wohingegen Martha in der aufgerichteten Haltung Weite und die Freiheit, sie selbst zu sein, erlebt. Mit der Zeit kann Martha auch die therapeutische Beziehung als sicheren Ort und Hilfsmittel zur Emotionsregulation bei Überflutung durch schwierige Gefühle nutzen. Indem ich ihre Emotionen spiegele, diese mit ihr zusammen aushalte und ihr mit meinem Atem, meinem Containment und häufig auch mit Berührung einen Anker im Strudel der Gefühle anbiete, entwickelt sie zunehmend einen inneren Raum, in dem sie etwas Abstand zu dem schwierigen Gefühl gewinnt, es beobachten und mit der Zeit auch benennen kann. Langsam gelingt es Martha, auch im Alltag etwas mehr schwierige Gefühle zuzulassen.

In der Folge können traumatische Kindheitserinnerungen, welche bei Entspannungsinduktion «wie aus dem Nichts» auftauchen, aufgearbeitet werden. In der über ein Jahr dauernden Arbeit mit verletzten kindlichen Selbstanteilen lernt Martha, sich selbst mit Mitgefühl und Liebe zu begegnen. Im Verlaufe dieser Arbeit werden die Schmerzen weniger generalisiert und haben auch immer

mal wieder eine geringere Intensität. Zudem verschwindet ein seit Jahren bestehendes, von der Aussentemperatur unabhängiges inneres Kältegefühl völlig. In einer Sitzung hält Martha eine Babypuppe im Arm, stellvertretend für ihr neugeborenes Babyselbst, welches zwei Abtreibungsversuche überlebt hat. Zentrale Botschaft an das Baby ist: «Es ist nicht deine Schuld, dass deine Eltern dich nicht wollten. Du bist unschuldig.» Nach dieser Sitzung kommt Martha erstmals ganz tief mit einer ihr Selbstbild stark prägenden Scham in Kontakt. Sie kann ihre negativen Glaubenssätze («Ich mache alles falsch, ich bin schuld, ich habe kein Recht, hier zu sein») dieser Scham zuordnen und erlebt das als grosse Erleichterung. Erstmals kann sie auch die Wut auf ihre Eltern zulassen und ausdrücken.

Bei Therapieabschluss sind Schmerz- und Schlafproblematik deutlich weniger geworden. Als wichtigen Schritt erlebt Martha, dass sie sich von ihren Symptomen nicht mehr hindern lasse, das zu tun, was ihr wichtig sei. Sie erlebe sich nicht mehr als Opfer ihrer Geschichte und übernehme selbst Verantwortung für ihr Leben. Früher habe sie gar nicht realisiert, dass sie eine Wahl habe. Sie spüre mehr Lebensfreude und lasse sich mehr auf soziale Kontakt ein. Wenn es ihr mal nicht gut gehe, dann sei das nicht gleich existenziell.

Literatur

- Ammicht-Quinn, R. (2002). Corpus delicti: Körper – Religion – Sexualität. *Salzburger Theologische Zeitschrift*, 6, 255–268.
- Balint, M. (1970). *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett.
- Boadella, D. (2008). *Wilhelm Reich. Pionier des neuen Denkens*. Darmstadt: Schirner Verlag.
- Deneke, F.W. (2001). *Psychische Struktur und Gehirn* (2. Aufl.). Schattauer: Stuttgart.
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Leipzig: Internationaler psychoanalytischer Verlag.
- Heller, B. & Heller, A. (2014). *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kaul, E. & Fischer, M. (2016). *Einführung in die Integrative Körperpsychotherapie IBP (Integrative Body Psychotherapy)*. Bern: Hogrefe.
- Kuck, B. (2016). Zur Struktur des Leibes. *Psychoanalyse & Körper*, 28, 37–59.
- Lahmann, C., Nickel, M., Schuster, T., Sauer, F., Ronel, J., Noll-Hussong, M., Nickel, M., Tritt, K., Nowak, D., Röhrich, F. & Loew, T.H. (2009). Functional Relaxation and Hypnotherapeutic Intervention as Complementary Therapy in Asthma: a randomized, controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 233–239.
- Lahmann, C., Röhrich, F., Sauer, N., Ronel, J., Noll-Hussong, M., Henrich, G., Nickel, M., Tritt, K. & Loew, T.H. (2010). Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(1), 47–52.
- Loew, T.H., Sohn, R., Martus, P., Tritt, K. & Reclin, T. (2000). Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6, 70–75.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., Mitterlehner, F., Egger, C., Leiberich, P., Rother, N., Buschmann, W., Kettler, C., Gil, F., Lahmann, C., Fartacek, R., Rother, W., Loew, T.H. & Nickel, C. (2006). Bioenergetic exercises

- in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507–513.
- Platon (2003). *Timaios*. Stuttgart: Reclam.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1999). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Rüegg, J.C. (2003). *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmitz, H. (2011). *Der Leib*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter.
- Sokei-an, S. (1988). *Der 6. Patriarch kommt nach Manhattan*. Künznacht: Theseus.
- Storch M., Cantieni, B., Hüther, G., Tschacher, W. (2006). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Hans Huber.
- Uexküll, T. (1996). *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ursin, H. (2014). Brain sensitization to external and internal stimuli. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 134–145.
- Känel, R. von, Georgi, A., Egli, D. & Ackermann, D. (2016). Die somatische Belastungsstörung: Stress durch Körpersymptome, Primary and Hospital Care. *Allgemeine Innere Medizin*, 16(10), 192–195.
- Wilber, K. (1996). *Mut und Gnade*. München: Goldmann.
- Wolf, B. (2012). Körperpsychotherapie studieren – Eine Bedarfsanalyse an psychosomatischen Kliniken unterstützt die Gründung eines deutschlandweit einmaligen Studienschwerpunktes in Körperpsychotherapie (KPT). <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1304602> (10.02.2017).
- Völker, K.H.W. (1825). *Über die Bedeutung von ψυχή und εἶδωλον in der Ilias und Odyssee als Beitrag zu der homerischen Psychologie*. Gießen: in Commission bei C. F. Heyer

Soma and Psyche as Mirror of the Human Image

Disease concepts and diagnoses always reflect the state of knowledge and the conception of man as a human being during a respective era. The distinction between psyche and soma dates back to antiquity and served as the prerequisite for the division of medicine into somatic disciplines and psychiatry/psychotherapy. Psychosomatics and body psychotherapy are striving to overcome the psyche-soma dualism. With the help of interventions, integrative body psychotherapy (IBP) explores and interlinks the experiential dimensions of the physical, emotional and cognitive and utilises the functional unity of such processes. In addition to interventions that treat

the body directly, changes in the experience of emotions or integration of cognitive processes in psychosomatic disorders may also indirectly influence the body experience.

Keywords: Psyche, Soma, Psychosomatics, Body Psychotherapy, Integrative Body Psychotherapy IBP

Soma e psiche come riflesso dell'idea dell'uomo

I concetti di malattia e diagnosi sono da sempre anche uno specchio dello stato delle conoscenze e dell'idea dell'uomo in ogni epoca. La distinzione tra psiche e soma risale fino ai tempi antichi ed è il presupposto per la divisione della medicina in discipline somatiche e psichiatria/psicoterapia. La psicomatica e la psicoterapia del corpo si sforzano di superare il dualismo soma-psiche. La psicologia del corpo integrativa (IBP, Integrative Body Psychotherapy) ricerca e collega con i suoi interventi le dimensioni dell'esperienza corporea, delle emozioni e cognizioni e contribuisce all'unità funzionale dei processi somatici, emozionali e cognitivi. Oltre a prevedere interventi mirati direttamente al corpo, può incidere sull'esperienza corporea nelle malattie psicomatiche anche indirettamente mediante la modifica delle esperienze emozionali.

Parole chiave: psiche, soma, psicomatica, psicoterapia del corpo, psicologia del corpo integrativa IBP

Die Autorin

Dr. med. Eva Kaul
 Innere Medizin FMH
 Psychosoziale und psychosomatische Medizin SAPP
 Psychotherapeutin, Lehrbeauftragte und Supervisorin für Integrative Körperpsychotherapie IBP

Kontakt

Dr. med. Eva Kaul
 Paulstrasse 8
 8400 Winterthur
 eva.kaul@hin.ch

Soma et Psyché dans le miroir de la conception de l'homme

Eva Kaul

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 18 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Mots-clés : Psyché, Soma, Psychosomatique, Psychothérapie corporelle, Psychothérapie corporelle intégrative IBP

Dans les cultures archaïques du début du moyen-âge, le « ressenti » et le « faire » de l'homme s'appuyait encore principalement sur les expériences physiques et les inspirations divines sans contrôle centralisé. Ce n'est qu'à partir du 5e siècle av. J.-C. que le corps et l'esprit-l'âme ont été différenciés et hiérarchisés dans la philosophie et la langue grecques. Le christianisme primitif reprend la dualité anthropologique de la théorie de l'âme de Platon et fait la distinction entre la notion esprit-âme hors de l'espace et hors du temps et le corps avec ses expériences sensorielles fugaces. Avec Descartes, la scission dualiste de l'esprit pensant et du corps non pensant est définitivement ancrée dans la philosophie et les sciences naturelles. Au 20e siècle, la dualité corps-âme provoque la séparation du secteur de la santé « en une médecine somatique avec des cliniques fortement spécialisées et coûteuses pour les corps malades sans âmes et une médecine psychologique avec des psychothérapeutes et des cliniques spécialisées dans la névrose pour les esprits malades sans corps » (Uexküll, 1996).

À partir de la première moitié du vingtième siècle, les disciplines Psychosomatique et Psychothérapie corporelle se développent. Toutes les deux poursuivent une approche holistique et essaient de combler la scission cartésienne en soulignant l'interconnexion de toutes les dimensions de l'expérience humaine (expérience corporelle, émotions, cognitions et comportement) et en les reliant ainsi aux conceptions de l'homme. Les approches théoriques sur la dissolution de la scission cartésienne corps-âme sont présentes dans la philosophie du corps phénoménologique et dans la théorie de l'émergence.

La psychothérapie corporelle intégrative IBP souligne dans sa conception de l'homme l'unité essentielle de l'être humain, l'unité du corps, de l'esprit et de l'âme. Dans notre vécu, nous sommes en mesure de faire la différence entre les ressentis corporels, les impulsions comportementales, les humeurs, les pensées et les images intérieures (modèle d'intégration IBP, fig. 1, Kaul & Fischer, 2016). L'exploration et la connaissance de ces dimensions du vécu permettent l'orientation, la structuration, la différenciation et la verbalisation. Les trois dimensions Ressenti, Sentiment et Pensée ne peuvent toutefois pas être pensées indépendamment les unes des autres ou être hiérarchisées, elles sont en constante interaction les unes avec les autres. Le vécu subjectif est holistique, unique et en interaction est quelque peu différent et davantage que la somme des trois dimensions. L'unité fonctionnelle des processus somatiques, émotionnels et cognitifs est largement étudiée (Storch entre autres, 2006) et peut être utilisée sur le plan thérapeutique. Outre les interventions visant directement le corps, l'expérience corporelle peut par exemple être influencée indirectement aussi par la modification du vécu émotionnel ou de la classification cognitive.

L'auteure

Eva Kaul, Dr. med., Médecine interne FMH, Médecine psychosociale et psychosomatique SAPP, Psychothérapeute, Maître de conférence et Coordinatrice pour la psychothérapie corporelle intégrative IBP

«Gemeinsam für den Patienten»

Psychotherapeutisch-ärztliche Emergenz: ein Praxismodell integrierter Heilkunde

Manfred Sauer & Sabine Emmerich

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 19–26 2017

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

Zusammenfassung: Durch Krankheit oder einen Unfall geraten nicht nur die Betroffenen in eine existenzielle Ausnahmesituation, sondern auch das gesamte Familiensystem. Die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Ärzten ist daher ein Gebot der Stunde.

In einem Pilotprojekt wurde die psychotherapeutisch-ärztliche Kooperation durch Einführung von drei Interaktionsmodi realisiert und damit der übliche Handlungsdialog in einen am Erleben orientierten Dialog überführt – mit ungewöhnlich positiven Erfolgen für die Entwicklung der Betroffenen, für das Familiensystem, für die Zufriedenheit der Professionals und, verglichen mit den Kosten einer herkömmlichen Behandlung, mit deutlichen Einsparungen der Gesamtkosten.

Schlüsselwörter: chronische Organerkrankung, radikale Regression, Erlebens-Dialog, Entwicklungs-orientierte Beziehungsgestaltung, psychotherapeutisch-ärztliche Kooperation

«Die Wirklichkeiten aber sind langsam
und unbeschreiblich ausführlich.»

Rainer Maria Rilke

Vorbemerkung

Immer noch ist es für die meisten Menschen schwer vorstellbar, dass im Falle einer «körperlichen Erkrankung» die von der Psychologie angebotene Hilfe wirksam sein könnte.

«Jetzt haben wir schon eine so schwere Krankheit und nun sollen wir auch noch verrückt sein», war die spontane Äusserung eines Vaters auf das Angebot, die Möglichkeit psychotherapeutischer Hilfe in einer Notsituation in Anspruch zu nehmen. Seine 14-jährige Tochter Tanja¹ lag nach dem zweiten Schub einer neurologischen Erkrankung auf der neurologischen Kinderstation und er war ob des körperlichen Verfalls, den er bei seinem Kind erlebte, in grosser Verzweiflung.

Ganz anders war das Verhalten der Mutter eines 11-jährigen Mädchens, das notfallmässig wegen einer Serie epileptischer Anfälle in die Klinik kam. Sie kannte die Situation von mehreren vorhergehenden Ereignissen. Mit fünf Jahren war Thea² für ein Jahr wegen ihrer Anfälle in einem grossen Epilepsiezentrum behandelt und mit der Bemerkung von dort entlassen worden, ihre Tochter sei «austherapiert». Trotz einer hochpotenten antikonvulsi-

ven Kombinationstherapie gab es immer wieder Rückfälle, wie dieses Mal, mit etwa 200 (!) Anfällen am Tag. Das notfallmässig abgeleitete EEG (Hirnstromkurve) zeigte Veränderungen, die den behandelnden Arzt veranlassten, die Mutter zu fragen, ob sie sich vorstellen könne, dass die Anfälle ihrer Tochter auch etwas mit emotionalen Turbulenzen zu tun haben könnten. Dies hatte offensichtlich etwas Entlastendes, denn sie antwortete: «Ich habe immer angenommen, dass es einen Zusammenhang zwischen Theas Gefühlen und ihren Anfällen gibt, aber das wurde mir stets von den Ärzten ausgeredet» (Sauer & Emmerich, 2002, S. 104).

«There is a total damage in her brain», war das Urteil der Intensivstation, auf der ein 14-jähriges Mädchen nach einem Ertrinkungsunfall behandelt worden war. Für die Eltern brach eine Welt zusammen. Der Vater erinnerte sich: «Ich werde die anschliessenden Tage nicht vergessen, an denen wir abends weinend das Krankenhaus verlassen haben und auf den marmornen Stufen am Ausgang sitzend darüber nachdachten, ob es für Saskia³ nicht doch besser gewesen wäre, wenn sie gestorben wäre».

Drei Schicksale, drei Beispiele, die für viele stehen, in denen ein ganzes Familiensystem durch Krankheit oder Unfall eines Angehörigen in eine Krise stürzt. Während die Patienten eine medizinische Behandlung benötigen, wird in solchen Situationen der Familie eine Krisenintervention, psychologische Hilfe bei der Bewältigung (Coping) beziehungsweise zur Förderung der Anpassung (Compliance) an die Belastungen durch das Ereignis selbst und seine Folgen angeboten.

1 Tanjas Krankengeschichte wurde am 6. Oktober 1996 in der Wissenschaftssendung «Sonde» vorgestellt.

2 Name geändert.

3 Saskias Krankengeschichte wurde am 6. Dezember 2001 in der Wissenschaftssendung «Sonde» vorgestellt.

Psychotherapeutisch-ärztliche Kooperation – ein kommunikatives Dilemma

Nach dieser Vorbemerkung ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten ein Gebot der Stunde. Hierzu schreibt das deutsche Ärzteblatt 2011: «Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten geschieht in aller Regel nach dem Motto: Erkennen und weiterleiten. Danach sollen seelische Nöte von den Ärzten erkannt und entsprechend an Psychotherapeutinnen oder Psychiater weitergeleitet werden» (Sonnenmoser, 2011). Mit anderen Worten: Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten geschieht in der Tradition des Leib-Seele-Dualismus einer «Medizin für Körper ohne Seelen und einer Psychologie für Seelen ohne Körper» (Uexküll, 2002). Psychotherapie und ärztliches Handeln finden also in zwei Parallelwelten statt. Warum ist das so? Geht es doch in aller Regel gemeinsam für und um den Patienten. Wird aber hingegen «der interdisziplinäre Dialog zwischen Wissenschaftlern sehr unterschiedlicher Herkunft und Denkungsart gesucht, so ist dies ein störanfälliges Unterfangen», so beschreibt Dieter Bürgin in der Einleitung zu *Erinnerung von Wirklichkeiten, Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog* (1998) das Problem der interdisziplinären Kooperation. Niklas Luhmann, der gesellschaftliche Systeme erforscht hat, weist darauf hin, dass die Sprachen der wissenschaftlichen Disziplinen, je differenzierter und umfangreicher ihr Wissen geworden ist, umso mehr auch dazu dient, sich voneinander abzugrenzen (vgl. Luhmann, 1998).

Hinzu kommt, dass Vorstellung, Sprache und Denken der Medizin an einer objektiven Pathologie des Organismus orientiert sind. Vorstellung, Sprache und Denken in der Psychotherapiewissenschaft befassen sich mit der Psychodynamik der Entwicklung und sind am Verhalten orientiert. Ärztliche Sprache und Denkmuster und psychotherapeutische Sprache und Denkmuster sind daher nicht addierbar. Das heisst, sie lassen sich nicht additiv für eine psychotherapeutisch-ärztliche Kooperation zusammenfügen. Allenfalls in der Vorstellung kann es assoziative Berührungspunkte geben.

Gibt es eine Alternative zu dieser sukzessiven Vorgehensweise und welche Konsequenzen hat sie? Dies soll im Folgenden unser Thema sein. Dazu werden wir in einem ersten Schritt kurz das von uns praktizierte Modell einer simultanen psychotherapeutisch-ärztlichen Kooperation vorstellen und dann in einem zweiten Schritt die Erfahrungen in der Behandlung beschreiben.

Simultane psychotherapeutisch-ärztliche Kooperation

Als wir, Sabine Emmerich, als psychologische Psychotherapeutin, und Manfred Sauer, als Neurologe und Kinderarzt, an einem universitären Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin eine psychotherapeutisch-ärztliche Kooperation etablieren wollten, wurde sehr schnell deutlich, dass die Realisation eines psychotherapeutischen Settings

für schwerst neurologisch Kranke und Intensivpatienten die Grenzen der naturwissenschaftlich orientierten Arbeitsweise der Institution überschritt. Sowohl für uns als Initiatoren des Projektes als auch für die Institution war das therapeutische Ergebnis der ersten gemeinsamen Patienten so überraschend positiv, dass wir, um das Modell weiterzuentwickeln, ein Forschungsvorhaben formulierten und von zahlreichen Stiftungen⁴ den für die Entwicklung erforderlichen Handlungsspielraum bekamen.

Den theoretischen Hintergrund für unser Vorhaben bot die «Theorie der Humanmedizin» (Uexküll & Weisiack, 1998) und Thure von Uexküll, der unsere Arbeit auf diesem neuen Terrain mit wissenschaftlicher Strenge und mit grossem Engagement und Interesse begleitete. Letztendlich entstand daraus eine länger als ein Jahrzehnt währende freundschaftliche Zusammenarbeit. Seinem unermüdlichen Beistand ist es zu verdanken, dass es uns in diesem Projekt gelang, die Dualismus-Kluft zwischen einer «Medizin für Körper ohne Seelen» und einer «Psychologie für Seelen ohne Körper» zu überwinden.

Psychotherapeutisch-ärztliche Beziehungsgestaltung

Es war die Idee von Sabine Emmerich, dem Erleben aufseiten der Betroffenen (Patientinnen und Eltern) und aufseiten des Behandlungsteams einen gebührenden Platz einzuräumen. Dazu führte sie Rahmenbedingungen für eine systematische und kontinuierliche psychotherapeutisch-ärztliche Beziehungsgestaltung ein. Praktisch wurde dies durch die Einführung von drei Interaktionsmodi realisiert, welche die traditionelle ärztlich-pflegerische Tätigkeit ergänzten. Sie sind ausführlich in der Zeitschrift *Psyche* beschrieben (Emmerich & Sauer, 2003), weshalb wir im Folgenden nur eine kurze tabellarische Darstellung vornehmen.

Interaktionsmodus I

In der Akutphase dienten die gemeinsamen Visiten von Arzt und Psychotherapeutin dem Austausch über die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten des beobachteten Patientenverhaltens, der Symptome, ihrer Bedeutung für den Organismus und der Bedeutung der daraus resultierenden Beziehungen zum Körper und der Beziehungen zur Umwelt. Dadurch war für die nachfolgende Behandlung eine kontinuierliche zweiseitige Betrachtungsweise der physiologischen Phänomene und ihrer psychosozialen Kontexte gewährleistet.

Dieser Austausch führte im weiteren Verlauf zu einer wechselseitig erweiterten Perspektive: Zum Beispiel konnten beobachtete Symptome der Patientin als durch die Verletzung oder Erkrankung erfolgte Defekte, eingebettet in *regressive Prozesse*, gesehen werden. Die entsprechende Bereitstellung einer «hilfreichen Umgebung» (Winnicott,

⁴ Das Projekt wurde als Modell von den folgenden Stiftungen gefördert: ZNS-Kuratorium, Carl-Gustav-Carus-Stiftung, Riachneider-Sozialhilfe GmbH, KomaKinder Verein zur Förderung der integrierten Rehabilitation e. V.

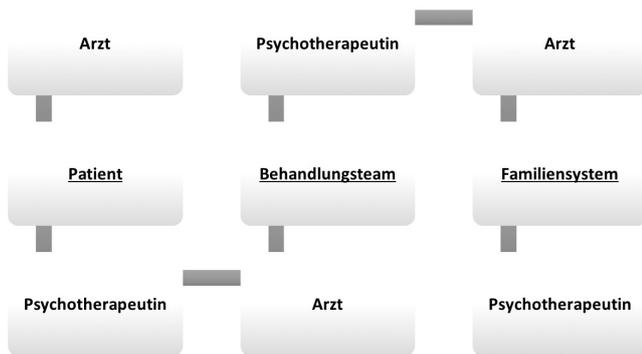


Abbildung 1: Interaktionsmodi I-III

1976 konnte unter diesem Gesichtspunkt beispielsweise bei der Beratung der Eltern, der Gestaltung von Umgebungsbedingungen auf der Station und der Modifikation der einzelnen therapeutischen, pädagogischen und pflegerischen Massnahmen erreicht werden. Hier half der Rückgriff auf Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung (Stern, 1992), der kognitiven (Piaget, 1975 [1937]) und emotionalen Entwicklung (Winnicott, 1958) sowie der Psychotraumatologie (Fischer & Riedesser, 1998).

In dem Masse wie die Bereitstellung einer «hilfreichen Umgebung» eine tragfähige Basis bildete, konnten medizinisch-pharmakologische Massnahmen modifiziert, reduziert bzw. ersetzt werden.

Interaktionsmodus II

In der Akutphase hochfrequent (zweimal wöchentlich), später einmal wöchentlich und ambulant schliesslich alle 14 Tage wurde allen Teammitgliedern in regelmässigen Konferenzen Zeit und Raum bereitgestellt, ihre jeweils unterschiedlichen Beobachtungen, die sich aus den situativen Kontexten im Umgang mit der Patientin und deren Eltern ergaben, zusammenzutragen. Ihr Erleben, das sich aus den je unterschiedlichen Professionen und den sich daraus ergebenden Kontexten im Umgang mit den Patienten und deren Eltern ergab, konnten hier ausgetauscht werden.

«Jedes Teammitglied ist in diesem Zusammenhang als «teilnehmender Beobachter» zu verstehen, der sich als Person in Bezug auf seine spezifisch professionelle Methode in der Begegnung mit dem Patienten und den Angehörigen einbringt (Legewie, 1995)». Und weiter: «Der Informationsaustausch selbst ist an der Methode des «narrativen Interviews» orientiert. Hier spielt die Rekonstruktion vergangener Erfahrung, Erzählung selbst erlebter Ereignisse und die Darstellung des Entwicklungsprozesses eine zentrale Rolle (Hermanns, 1995)» (Emmerich & Sauer, 2003, S. 620).

Interaktionsmodus III

Die gemeinsamen Sitzungen von Arzt und Psychotherapeutin mit den Eltern dienten zunächst dazu, die enormen Schwellenängste vor einer psychotherapeutischen Arbeit abzubauen. In der Regel haben alle Eltern davon letztendlich Gebrauch gemacht: «Sie erlebten dies unter anderem als einen Weg, aktiv am Entwicklungsprozess ihrer Kinder beteiligt zu sein, nicht als Ko-Therapeuten funktionalisiert zu werden und aus der anfänglich als hilflos erlebten Ab-

hängigkeit von der Institution herauszukommen und ihre elterliche Kompetenz zurückzugewinnen» (Emmerich & Sauer, 2003, S. 621).

Erleben – das Kernproblem einer integrierten Heilkunde

Seit 1992, dem Beginn der gemeinsamen Zusammenarbeit, haben wir die Erfahrungen und die Ergebnisse in der Behandlung chronisch Kranker und Intensivpatienten in zahlreichen Beiträgen vorgestellt (siehe Literaturliste). Vor allem aus zwei Gründen erscheint es uns aber sinnvoll, das Konzept nochmals zusammenfassend darzustellen. Zum einen beginnt die Psychotherapiewissenschaft sich als eine eigenständige psychologische Disziplin zu etablieren, hat jedoch gerade in existenziellen Grenzsituationen, wie nach einem Unfall oder einer lebensbedrohlichen Erkrankung, ihren gleichberechtigten Platz neben der Medizin noch nicht gefunden oder eingenommen. Zum anderen wird der Ruf nach einer personalisierten Medizin immer lauter, in der die Bedürfnisse und Gefühle der Patienten das zentrale Thema sind (vgl. hierzu Tanneberg, 2017).

Hiervon zeugen die eingangs zitierten Äusserungen von Angehörigen und deren Erleben der Erkrankung ihrer Kinder. Aus den Erfahrungen in der Anwendung der nach dem obigen Konzept praktizierten psychotherapeutisch-ärztlichen Kooperation wurde sehr schnell deutlich, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben der Angehörigen und dem der Erkrankten gibt, der sich kontrapunktisch im Erleben aufseiten des Behandlungsteams widerspiegelt (vgl. Sauer et al., 2008).

Die zentrale Bedeutung des Erlebens wurde bereits 1964 von den Gründungsvätern der psychosomatischen Medizin in einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) veranlassten Denkschrift «Zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin» (Görres, 1964) wie folgt beschrieben:

«Als Breuer und Freud 1895 in den «Studien über Hysterie» die Abhängigkeit bestimmter krankhafter Symptome von vergessenen Erlebnissen nachwiesen, hatten sie eine Tatsache gefunden, die den Rahmen der Medizin ihrer Zeit sprengte. Seither kann die Medizin sich nicht mehr damit begnügen, krankhafte Veränderungen ausschliesslich auf materielle Ursachen und Bedingungen zurückzuführen. In den Studien war eine Wirklichkeit anderer Ordnung, das Erlebnis als Ursache von Krankheitssymptomen aufgewiesen worden. Damit ist dieser Grundbegriff der modernen Psychologie auch zum Schlüsselwort für ein Kernproblem der modernen Medizin geworden, das sie zwingt, eine ganze Wissenschaft neu in sich aufzunehmen. Die Rolle des Erlebens, die Bedeutung des Seelischen für Gesundheit, Krankheit und Heilung – dieses Thema hat ein unabsehbares Forschungsfeld eröffnet».

Und weiter:

«Die psychosomatische Medizin hat die Frage nach den seelischen Ursachen und Bedingungen der Krankheit,

die zuerst bei den Neurosen gestellt worden war, auf den gesamten Bereich der Medizin ausgedehnt, sie fragt also auch bei organischen Krankheiten nach dem Anteil des Seelischen an ihrem Entstehen, ihrem Verlauf, ihrer Behandlung und Heilung» (Görres, 1964, S. 2).

Objektive versus subjektive Pathologie

Die Errungenschaften der modernen Medizin sind für das ärztliche Handeln eine grosse Herausforderung. Hier stellt sich die Frage, ob die Forderung nach Einführung des subjektiven Erlebens in die Heilkunde nicht ein Anachronismus ist, da die Medizin sich der Objektivierung von Krankheit verpflichtet fühlt und die Psychotherapie mehr und mehr der Überzeugung ist, sich ausschliesslich an der Neurobiologie des Gehirns orientieren zu müssen. Abgesehen von einer vornehmlich der Ökonomie verpflichteten Ziel-Mittel-Verschiebung im Gesundheitswesen (vgl. hierzu Sauer, 2017) und den an Leitlinien gebundenen Abläufen in Diagnostik und Therapie sowie dem immer «lauter» werdenden Personalmangel, die den klinischen Alltag bestimmen.

Im Unterschied zur objektiven Pathologie der Medizin setzt das Erleben die Kenntnis einer Biologie und Pathologie des Subjekts voraus, die auf allen Stufen von Einheiten ausgeht, in denen sich Subjekt und Objekt gegenseitig (kontrapunktisch) ergänzen (vgl. Uexküll & Wesiack, 1998). Sie ist durch die Beziehung zwischen Organismus und Umwelt als Einheit des Überlebens wirksam und in den Organisationsformen des leiblich Unbewussten und seinen Gedächtnissystemen lebenslang präsent (Sauer & Emmerich, 2016, 2017). Diese Beziehung ist als etwas Ursprüngliches anzusehen, das wir «überhaupt nicht erzeugen, sondern nur gewähren lassen, verändern, in die Krise treiben oder zerstören, d. h. von der Grenze her erfahren» (Christian & Haas, 1949).

Locked-in-Syndrom, Status epilepticus und Koma als Beispiele existenzieller Grenzerfahrungen

Tanja, Thea, Saskia und alle weiteren Patienten/innen, die über einen Zeitraum von 15 Jahren in unserem Pilotprojekt behandelt wurden, haben durch Krankheit oder Unfall bedingt Grenzsituationen erlebt, in denen das Überleben existenziell gefährdet war.

Während in der Medizin mit grösstmöglicher Akribie nosologische Entitäten, also Abgrenzungen zwischen einem Locked-in-Syndrom, einer Epilepsie und einem Koma herausgestellt werden, kann die Psychotherapie in den genannten Situationen von der gemeinsamen Wirklichkeit einer existenziellen Grenzerfahrung ausgehen, in deren Verlauf es zu einer radikalen Regression der Beziehung zwischen Organismus und Umwelt kommt: «Regression ist ein in der Psychoanalyse und der zeitgenössischen Psychologie sehr häufig verwendeter Begriff. Er wird meistens als eine Rückkehr zu früheren Entwicklungsformen des

Denkens, der Objektbeziehungen und der Strukturierung des Verhaltens verstanden» (Laplanche & Pontalis, 1972, S. 436).

Wenn wir von einer radikalen Regression sprechen, so bezieht sie sich nicht nur auf den «psychischen Apparat», sondern beinhaltet das Rekurrenieren auf frühere Organisationsformen der Organismus-Umwelt-Beziehung, wie zum Beispiel auf die Ebene der vegetativen Systeme. In der Akutphase wird diese Regression durch intensivmedizinische Massnahmen unterstützt. Die Vorstellung der Regression erlaubt es uns, Umgebung in der therapeutischen Beziehung so zu gestalten, dass sie wieder vom Organismus und dessen gesund erhaltenen Anteilen (vgl. Goldstein, 2014) für die Bildung passender Umwelten integriert werden kann. Dazu bedarf es einer an der je individuellen Psychodynamik der Entwicklung orientierten Gestaltung der Beziehung und nicht eines am Defekt oder der Störung orientierten Trainings. Modellhaft für diese Gestaltung steht der Übergang von der pränatalen Organismus-Umwelt-Beziehung zur postnatalen Subjekt-Objekt-Beziehung, wie wir es am Beispiel eines Neugeborenen nach einer Herzoperation (vgl. Sauer & Emmerich, 2017) oder eines Jugendlichen im Koma nach einem Unfall beschrieben haben (vgl. Sauer & Emmerich, 2014).

Zahlreiche Beobachtungen im Rahmen unseres Konzeptes haben die von Piaget (1975 [1937]) formulierte Beziehung zwischen der physiologischen Organisation des Organismus und dem psychosozialen Kontext bestätigt. Danach zeigt sich das psychologische Problem in dem Moment, als man die Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt ins Auge fasst. Besonders problematisch ist hier vor allem der Übergang der totalen Abhängigkeit von intensivmedizinischen Massnahmen zur beginnenden Selbst-Autonomie der Systeme.

Bei Tanja, die durch den sukzessiven Verlust ihrer motorischen Kompetenzen einschliesslich der Atemtätigkeit in ein Locked-in-Syndrom geriet, war das Erleben der Zeit auf der Intensivstation «ein grosses schwarzes Loch mit einem Schloss davor», wie sie es selbst beschrieben hat. Sie hatte eine mehrwöchige Amnesie, die wir als *regressive Amnesie* verstehen, da Tanja nach allen intensivmedizinischen Kriterien bei Bewusstsein war.

Regressive Amnesie

Mit dem Begriff der regressiven Amnesie beschreiben wir ein Phänomen, das auf ein Zurückgehen der Organismus-Umwelt-Beziehung auf ein frühes Niveau der Entwicklung hindeutet. Auf diesem Niveau wird analog zur infantilen Amnesie, wie in den ersten drei bis vier Lebensjahren, die Gestaltung der Beziehung von einem Emotions-zentrierten Bewusstseinsmodus bestimmt (vgl. hierzu Sauer & Emmerich, 2005).

Wie wir an dem erwähnten Beispiel eines Neugeborenen nach einer Herzoperation zeigen konnten (vgl. Sauer & Emmerich, 2016), haben wir dort die Regression als eine Reaktion des Leib-Seelischen auf eine «schlechte Umwelt» beschrieben, die deswegen schlecht ist, weil

sie durch das Versagen bei der Anpassung zu einem «Übergriff» wird, auf den das Leib-Seelische reagieren muss. Dabei kann es nach Winnicott «Regression als eine einfache Umkehrung des Voranschreitens natürlich nicht geben; vielmehr muss im Individuum eine Organisation vorhanden sein, die die Regression ermöglicht» (Winnicott, 1976, S. 183).

Diese je individuelle Organisation wurde umso deutlicher als im Rahmen der kontinuierlichen psychotherapeutisch-ärztlichen Kooperation eine «Wiedergutmachung des ursprünglichen Versagens» (ebd.) durch die Gestaltung einer therapeutisch hilfreichen Organismus-Umwelt-Beziehung gelang. Für eine gelingende Gestaltung war ein «Erlebens-Dialog» in allen drei Interaktionsmodi massgeblich für den sonst üblichen und von Leitlinien bestimmten Handlungs-Dialog (entsprechend der in der Denkschrift formulierten Rolle des Erlebens für Gesundheit, Krankheit und Heilung).

Betrachten wir vor diesem Hintergrund Tanjas Entwicklung, so hat sie

«trotz der negativen Prognose der Intensivstation [man hatte die Eltern auf ihr Ableben vorbereitet] nicht nur das Locked-in-Syndrom überlebt, sondern hat im Verlauf von drei Jahren alle ihre körperlichen und geistigen Funktionen wiedergewinnen können. Dies ist von besonderer Bedeutung, da sie im Rahmen der *regressiven Amnesie* zunächst alle ihre Fähigkeiten verloren hatte, einschliesslich der Fähigkeit zur Symbolisierung durch Bilder und Sprache» (Emmerich & Sauer, 2003, S. 632).

Passend hierzu war ihre Äusserung: «Ich muss nicht überlegen, was sage ich dem Arzt und was sage ich der Psychotherapeutin, sondern ich sage, wie ich mich fühle, was ich erlebe und was ich empfinde. Wir [gemeint sind Patientin, die Psychotherapeutin und der Arzt] werden finden, was für mich wichtig ist.»

Durch den kontinuierlichen Prozess einer Reflektion und Moderation nach den Interaktionsmodi kam eine Ordnung in das System und zwar eine Ordnung von innen heraus, eine Form der Selbstorganisation.

Wir gehen von einer Entwicklungsdynamik aus, die bereits in den gesamten Systemen des Organismus verankert war. Dabei haben wir es mit unendlich vielen Subsystemen des Organismus zu tun: dem Immunsystem, dem Nervensystem, dem Hormonsystem, dem Herz-Kreislauf-System, dem Verdauungssystem usw.

Das heisst, wir müssen uns nicht nur am Hier und Jetzt orientieren, sondern in gleichem Masse an den Interpretanten sämtlicher Sub-Systeme des Organismus, wie im Basismodell semiotischer Beziehungen beschrieben (vgl. Sauer & Emmerich, 2005). Dies ermöglicht für den Patienten und das Familiensystem eine am Erleben orientierte Wiederaneignung der eigenen Geschichte.

Psychotherapeutisch-ärztliche Emergenz

Bevor wir abschliessend das Behandlungsergebnis bei Tanja, Thea und Saskia kurz beschreiben, wollen wir

die im Titel dieser Arbeit genannte *psychotherapeutisch-ärztliche Emergenz* erläutern.

Emergenz ist ein Begriff der Systemtheorie. Zum Phänomen der Emergenz schreiben von Uexküll und Wesiack in der «Theorie der Humanmedizin» (1998, S. 90): «Eine zentrale These der Systemtheorie ist, dass mit der Bildung eines Systems emergent Eigenschaften und Möglichkeiten entstehen, die es auf der Stufe der Elemente, aus denen das System besteht, noch nicht gibt. Die Elemente sind zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen.»

Psychotherapeutisch-ärztliche Emergenz bedeutet also, dass etwas entsteht, das es auf der Stufe der Psychologie, vertreten durch die Psychotherapeutin, und auf der Stufe der Medizin, vertreten durch den Arzt, noch nicht gibt.

Die gemeinsame Präsenz von Psychotherapeutin und Arzt konfrontierte zunächst alle mit einer Situation des Übergangs vom Dialog zu einer Interaktion zu Dritt: «Sie beinhaltet potenziell eine Trennung von Zweien, die miteinander im Dialog stehen, vom Dritten, aber auch die Möglichkeit der Dialogförderung durch den Dritten. Das ausgewogene Wechselspiel zwischen diesen beiden Elementen [haben wir] mit dem Begriff Triadik bezeichnet» (Klitzing, 1998, S. 111).

Wenn Bauriedl (1998, S. 139) von der grundsätzlichen Triangularität aller menschlichen Beziehungen ausgeht, sind

«Krisen durch die Frage gekennzeichnet, ob trotz eines bestimmten Ereignisses oder einer Veränderung verhärtete (Zwei-gegen-Einen) Beziehungsstrukturen im Individuum und in der Triade beibehalten werden, oder ob sich diese Beziehungsstrukturen aus Anlass und mithilfe dieses Ereignisses emanzipatorisch verändern lassen».

In Ergänzung zur Triangularität der Beziehung Kind-Eltern, «gehen wir in unserem Konzept von einer interdisziplinären Triangulation aus (Flick, 1995, S. 432). Sie beinhaltet sowohl die Triangularität zwischen zwei Disziplinen – der ärztlich-naturwissenschaftlichen und der psychotherapeutisch-geisteswissenschaftlichen – und den damit verbundenen unterschiedlichen Menschenbildern als auch die Triangularität zwischen Arzt, Psychotherapeutin und dem kranken Menschen. Arzt und Psychotherapeutin sind als zwei wahrnehmende, empfindende und handelnde Personen ebenso wenig austauschbar, wie die zwei Disziplinen, die sie vertreten» (Sauer & Emmerich, 2011, S. 46).

Tanjas Entwicklung wurde bereits kurz skizziert. Zu Theas Entwicklung hat sich ihr Vater – er ist selbst Arzt – geäussert:

«Noch bedeutsamer als die Differenz der Kosten (einer ambulanten im Vergleich zur stationären Therapie) ist der Effekt der Therapie auf das alltägliche Leben in der Familie. Vor der Therapie (gemeint ist die psychotherapeutisch-ärztliche Kooperation) musste unsere Tochter oft wegen übergrosser Schwäche nach zu vielen Anfällen zu Hause bleiben, die ganze Familie litt unter ihrem Zustand, denn sie quälte sich sehr. Aus [Name des Epilepsiezentrum] wurde sie als nicht einstellbar entlassen. Heute treten die Anfälle nur noch nachts auf und auch nur noch jede vierte Nacht. Früher hatte sie ca. 10–15 Anfälle täglich. Ihre Aufmerksamkeit ist immer mehr nach aussen gerichtet, nicht auf das Bewältigen

jeder einzelnen Bewegung. Es bestand in den Schwächezeiten grosse Gefahr des Verhungerns und Verdurstens, da nach den Anfällen das Schlucken sehr schwer bis unmöglich war. Es gibt jetzt nur noch wenige Tage im Jahr, die unsere Tochter in der Schule fehlt, und das sind Fehlzeiten wegen akuter Erkrankung, nicht wegen der Anfallsfolgen. Zudem lernt unsere Tochter zunehmend, Anfälle zu vermeiden. Auch sind wir nicht mehr von der Welt abgeschnitten, sondern können Freunde besuchen und Besuch empfangen, ohne dass unsere Tochter auf das Ungewohnte mit vermehrten Anfällen reagiert. Die Situation der gesamten Familie ist für unsere Tochter ein stabiler Faktor geworden, an der sie sich orientieren und halten kann. Früher sind wir mit ihr in einen gefühlsmässigen Abgrund gestürzt, und das Erreichen der Normalität, sofern man überhaupt davon sprechen kann, dauerte fast bis zum nächsten Absturz. Kein anderer Arzt ist bisher davon ausgegangen, dass unsere Tochter trotz der vor zwei Jahren begonnenen Pubertät so lange Zeit ohne Klinikaufenthalt würde leben können. Denn üblicherweise ist gerade diese Zeit der hormonellen Schwankungen eine besonders kritische Zeit. Wir können uns heute nicht mehr vorstellen, wie unser Leben mit zwei Kindern und einem anstrengenden Beruf ohne diese integrierte Heilkunde aussehen würde» (Sauer & Emmerich, 2002, S. 109).

Abschliessend wollen wir auch über Saskia berichten. Ihren Zustand bei Entlassung nach Hause hat der Vater, wie folgt, beschrieben: «Im Alter von damals zwölf Jahren musste Saskia wieder vollständig von vorne anfangen: sehen und hören lernen, Schlucken, Essen und Trinken lernen, Tasten, Fühlen, Schmecken lernen, sich bewegen, Laufen lernen, sich mit den Geschwistern, mit der Familie arrangieren usw.»

Diesbezüglich lässt sich Folgendes festhalten:

«Fokussiert auf den Wiedererwerb des Schwimmens – Saskias Koma war durch einen Badeunfall eingetreten – können die folgenden Schritte kurz skizziert werden:

Mit der ersten Begegnung mit dem Wasser wurde ein Prozess der therapeutischen Bearbeitung des Traumas und der Amnesie initiiert. Er wurde immer differenzierter, je weiter die Entwicklung der Wahrnehmung und des motorischen Verhaltens fortschritt. Dafür waren zusätzliche spezifische verbale Therapie-Angebote nötig (Kunst- und Hippotherapie). Im Verlauf der Kunsttherapie entwickelte Saskia wieder eine Wahrnehmung von Farben, Formen und die Fähigkeit zur Diskrimination von Figur und Hintergrund als Voraussetzung für «Imagination». In der Hippotherapie ging es um die Koordination körperlicher Funktionen im dreidimensionalen Raum und um das Gefühl für Rhythmus und Zeit.

Last but not least, konnte Saskia im Verlauf dieses integrierten therapeutischen Prozesses die Psychodynamik des Konfliktes für sich in Erfahrung bringen, durch die sie in diese bis dahin für alle unbegreifliche Ausnahmesituation des Unfalls geraten war» (Emmerich & Sauer, 2003, S. 635).

Fazit

Den drei Fallgeschichten gemeinsam ist die «radikale Regression» auf eine frühe Stufe der Organismus-Umwelt-

Beziehung. Diese Regression beinhaltet sowohl die von Freud beschriebene topische, zeitliche und inhaltliche Regression der Systeme des Psychischen (vgl. hierzu Laplanche & Pontalis, 1972, S. 436) als auch die Regression auf eine ganz frühe, im Koma bis zur Ebene der vegetativen Systeme reichende Organisation des Organismus.

Daher sprechen wir von einer physio-psycho-sozialen Regression. Damit sind bereits die Anforderungen an eine entwicklungsorientierte Therapie skizziert. Hierfür müssen Voraussetzungen für eine Umgebung geschaffen werden, die den erhalten gebliebenen Teilen des Organismus eine salutogene, das heisst gesunde Selbstentwicklung erlauben, die sich an den angeborenen Fähigkeiten orientiert: Aktivität, Gliederung von Gefühlerfahrungen, Fähigkeit zur sozialen Interaktion, Fähigkeit zur Inter-subjektivität, Selbstorganisation und Bewusstsein als Fähigkeit, Wirklichkeit entstehen zu lassen.

Vorstellbar ist das nur, wenn es ein therapeutisches Angebot auch für das Familiensystem und eine dazu passende, am Erleben orientierte Moderation der ärztlich-pflegerischen und therapeutischen Arbeit des Behandlungsteams gibt.

Die Regression wird in den zitierten Beispielen auf eine von der Art der Erkrankung je unterschiedliche Weise durch eine radikale Zäsur der situativen Organismus-Umwelt-Beziehung eingeleitet:

Bei Tanja führte ein neuer akuter Schub der Erkrankung mit grossen Herden in der Pons (einem Teil des Hirnstamms) zur Blockade der gesamten Willkür- und Ausdrucks-Motorik, dem bereits erwähnten Locked-in-Syndrom.

Die Status-artige Häufung epileptischer Anfälle führte bei Thea dazu, dass sie immer weiter auf ein vegetatives Niveau ihrer Organismus-Umwelt-Beziehung zurückglitt, erkenntlich an einem metabolischen Verhalten, wie es für das Säuglingsalter typisch ist (vgl. Sauer & Emmerich, 2002).

Bei Saskia führte der Badeunfall zu einer cerebralen Hypoxie. Initial kommt es dabei zu einer Glia-vermittelten Down-Regulation cortiko-subkortikaler neuronaler Aktivität, die dann im Sinne eines protective reaction pattern (vgl. Uexküll & Wesiack, 1998) in einem metabolischen Prozess von Ödembildung und Nekrose enden kann.

Diese je nach körperlicher Ursache unterschiedliche Zäsur der Organismus-Umwelt-Beziehung ist der Beginn eines «vitalen Diskrepanzerlebens» zwischen den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und den situativen Anforderungen, wie im Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung (vgl. Fischer & Riedesser, 1998) als das Kern-Phänomen jeder traumatischen Situationserfahrung beschrieben. Hier stellen die vorgestellten Interaktionsmodi passende Rahmenbedingungen für eine an der Psychodynamik der Entwicklung und der Phänomenologie des verletzten Organismus orientierten Behandlung dar.

Da chronisch Kranke und Intensivpatienten zunehmend mehr der Gefahr einer «Fragmentierung» (Böker, 2003) ausgesetzt sind, ist es die Aufgabe einer integrierten Heilkunde dem entgegenzuwirken. Das vorgestellte psychotherapeutisch-ärztliche Kooperationsmodell

konnte dem entgegenwirken mit überraschend positiven Erfolgen

- für die Entwicklung der Betroffenen,
- für das Familiensystem,
- für die Zufriedenheit der Professionals und
- es gab deutliche Einsparungen der Gesamtkosten, verglichen mit den Kosten einer üblichen Behandlung.

Schlussbemerkung

»Psychotherapie wurzelt in dem Glauben an die Möglichkeit, eine verschüttete und immer irgendwie verkannte Existenzseite des Kranken zu vertreten, zu verteidigen, zu pflegen, zum Leben zu rufen und am Leben zu erhalten« (Benedetti, 1980, S. 21).

Literatur

Bauriedl, T. (1998). Die Triangularität menschlicher Beziehungen und der Fortschrittsglaube in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie. In D. Bürgin (Hrsg.), *Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft* (S. 104–115). Stuttgart: Schattauer.

Benedetti, G. (1980). *Klinische Psychotherapie*. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Huber.

Böker, W. (2003). Der fragmentierte Patient. *Deutsches Ärzteblatt*, 100(1–2), A 24–27.

Bürgin, D. (1998). Einleitung. In M. Koukkou, M. Leuzinger-Bohleber & W. Mertens (Hrsg.), *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Christian, P. & Haas, R. (1949). Wesen und Formen der Bipersonalität. *Beiträge aus der Allgemeinen Medizin*, 7, 1–75.

Emmerich, S. & Sauer, M. (2003). Psychotherapie bei Schädigungen des Zentralnervensystems. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 7, 612–638.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.

Flick, U. (1995). Triangulation. In Flick et al. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S. 432–434). Weinheim: Beltz.

Görres, A. (unter Mitarbeit von: Heiss, R., Thomä, H. & Uexküll, Th. von) (1964). *Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin*. Wiesbaden: Verlag Steiner.

Goldstein, K. (2014). *Der Aufbau des Organismus*. Paderborn: Wilhelm Fink.

Hermanns, H. (1995). Narratives Interview. In Flick et al. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S. 182–185). Weinheim: Beltz.

Klitzing, K. von (1998). Wenn aus zwei drei werden. Ergebnisse einer prospektiven Studie zur Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung. In D. Bürgin (Hrsg.), *Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft* (S. 104–115). Stuttgart: Schattauer.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Bd. 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Legewie, H. (1995). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. Flick et al. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S. 189–192). Weinheim: Beltz.

Luhmann, N. (1998). *Die Kunst der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Piaget, J. (1975 [1937]). Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde. In ders., *Gesammelte Werke, Bd. II*. Stuttgart: Klett.

Sauer, M. (2017). Editorial. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendung*, 15(2), 2–4.

Sauer, M. & Emmerich, S., (2002). Die therapeutisch hilfreiche Umgebung.

Krisen und Chancen einer Neuorientierung der Organismus-Umwelt-Beziehung. In Th. V. Uexküll, W. Geigges & R. Plassmann (Hrsg.), *Integrierte Medizin* (S. 100–108). Stuttgart: Schattauer.

Sauer, M. & Emmerich, S. (2005). Bewusstsein und die Veränderungen des Bewusstseinsmodus in existentiellen Grenzsituationen – eine zeichentheoretische Betrachtung. *Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters*, 13, 296–328.

Sauer, M. & Emmerich, S. (2011). Ärztlich-psychotherapeutische Praxis – ein Modell interdisziplinärer Triangulation. *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 9, 43–54.

Sauer, M. & Emmerich, S. (2014). Krisis und kathartische Wende einer dramatischen Beziehungsgeschichte nach schwerem Trauma. Max auf der Feuerleiter. *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 3, 93–105.

Sauer, M. & Emmerich, S. (2016). Frühe Organisationsformen des Leib-Seelischen: die Beziehung zwischen Organismus und Umwelt als Einheit des Überlebens und das Konzept eines leiblich Unbewussten. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 14, 16–27.

Sauer, M. & Emmerich, S. (2016). Vulnerabilität und das Konzept des leiblich Unbewussten – eine entwicklungsgeschichtliche Betrachtung. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 14, 18–27.

Sauer, M. & Emmerich, S. (2017). Intersubjektivität und das Konzept des leiblich Unbewussten – eine phänomenologische Betrachtung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(1), 15–20.

Sauer, M., Emmerich, S., Eggert von Peinen, H., Schumann, C. & Loth, C.W. (2008). Beziehungsgestaltung ein Zeichenprozess. *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 6, 41–52.

Sonnenmoser, M. (2011). Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten: Erkennen und weiterleiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(8), 358.

Stern, D.N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Tanneberg, S. (2017). Lehren aus der Vergangenheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(18), A 892.

Uexküll, Th. von (2002). Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In Th. Von Uexküll, W. Geigges & R. Plassmann (Hrsg), *Integrierte Medizin* (S. 3–21). Stuttgart: Schattauer.

Uexküll, Th. von & Wesiack, W. (1998). *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Schwarzenberg.

Winnicott, D.W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.

«Together for the patient» –

Psychotherapeutic-medical emergence: a model for best practices in integrated medicine

The experience of a disease or an accident not only creates an existential emergency situation for those directly concerned but also affects the entire family system. Consequently, the collaboration between psychotherapists and doctors is imperative.

In a pilot project, the psychotherapeutic-medical cooperation was realised with the introduction of three interaction modes, and thus the usual action dialogue was applied in an experience-oriented triad. The project achieved unusually positive results for the development of the affected persons, the family system, the satisfaction of the professionals, in addition to significant savings in total costs compared to conventional treatment.

Key words: Chronic Organ Disease, Radical Regression, Experience-Dialogue, Development-Oriented Relationship Formation, Psychotherapeutic-Medical Cooperation

«Insieme per i pazienti» –

**Emergenza medico-psicoterapeutica:
un modello di prassi di scienza medica**

In caso di malattia o di incidente, non solo le persone colpite ma anche l'intero sistema familiare piombano in una situazione di emergenza. Diventa quindi necessaria una collaborazione tra psicoterapeuti e medici. In un progetto pilota è stata realizzata una cooperazione medico-psicoterapeutica mediante l'introduzione di tre modalità d'interazione e a tale scopo l'abituale dialogo sulla gestione è stato trasformato in un dialogo a tre orientato all'esperienza, con conseguenze positive per lo sviluppo delle persone colpite, del sistema familiare e la soddisfazione dei professionisti e, rispetto ai costi dei trattamenti, con evidenti risparmi sui costi generali.

Parole chiave: patologia cronica di organi, regressione radicale, dialogo esperienziale, forma delle relazioni, cooperazione medico-psicoterapeutica, regressione radicale, dialogo esperienziale, forma di relazione orientata allo sviluppo, cooperazione medico-psicoterapeutica

Die AutorInnen

Sabine Emmerich, Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., Psychologische Psychotherapeutin für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und Gruppen, Dozentin der Psychotraumatologie.

Manfred Sauer, Prof. Dr. med., FA für Neurologie, FA für Pädiatrie, Dozent der Psychotraumatologie.

Kontakt

Manfred Sauer
Schwaighofstr. 12
79100 Freiburg
manfred.sauer@t-online.de

« Ensemble pour les patients »

L'émergence psychothérapeutique médicale : une pratique de la médecine intégrée

Manfred Sauer & Sabine Emmerich

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 27 2017

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

Mots-clés : maladie chronique des organes, régression radicale, dialogue du vécu, établissement d'une relation orientée vers le développement, coopération psychothérapeutique médicale

« Les réalités sont pourtant lentes et indescriptiblement détaillées. »

Rainer Maria Rilke

Les détériorations de l'intégrité corporelle dues à la maladie ou à l'accident ne provoquent pas seulement une panne des fonctions corporelles, mais généralement aussi une dégradation psychique avec des conséquences importantes pour les malades eux-mêmes, mais aussi pour leur environnement et leur entourage.

Les dommages au système nerveux constituent par ailleurs un défi particulier, car en même temps que les attaques neurologiques, les capacités, comme l'interaction sociale, la communication et la conscience sont également dégradées et ainsi les personnes concernées plongent elles-mêmes dans une crise, mais également le système familial.

Une telle situation existait pour une patiente de 14 ans qui souffrait d'une dégradation auto-immune du cerveau et de la moelle épinière. En plusieurs crises, la maladie a abouti en l'espace de six mois en un syndrome Locked-in avec perte de la motricité volontaire et d'expression. Pour tous, les malades eux-mêmes, le système familial, mais également pour l'équipe soignante, une évolution de la maladie dramatique, qui fut le début d'une coopération psychothérapeutique médicale.

Elle a été réalisée par trois modes d'interaction qui complètent la procédure classique de diagnostic-thérapie, un échange régulier entre la psychothérapeute, le médecin et la patiente (mode d'interaction I), entre la psychothérapeute, le médecin et l'équipe soignante (mode d'interaction II) et entre la psychothérapeute, le médecin et le système familial (mode d'interaction III). Grâce à la

continuité de l'échange, une relation psychothérapeutique médicale a été établie, dans le déroulement de laquelle les connexions entre les circonstances situatives et l'histoire de la maladie et du malade ont été exprimées.

Contrairement à la thérapie traditionnelle orientée sur une pathologie objective de la maladie, le vécu, en tant que phénomène central d'une pathologie subjective, a été replacé au centre de la réflexion, et notamment le vécu du côté des malades, du côté du système familial, et en tant que contrepoint à cela le vécu du côté de l'équipe soignante.

Grâce à cette perspective modifiée, les symptômes ont signifié, au-delà de leur nature de défaut, des signes d'une relation dysfonctionnelle environnement-organisme. Sur deux autres exemples, une patiente atteinte d'épilepsie et une patiente dans le coma après une noyade, il a été réalisé à titre exemplaire que dans toutes les situations critiques existentielles liées à la maladie ou à l'accident, une régression radicale physio-psychosociale apparaît. Dès que cette connaissance a pu être mise en œuvre dans le cadre d'une thérapie créative orientée sur chaque développement individuel, on a constaté des progrès inhabituellement positifs en comparaison avec la méthode traditionnelle.

Les auteures

Sabine Emmerich, Dipl.-Psych., Dipl.-Péd., psychothérapeute psychologique pour adultes, enfants, adolescents et groupes, enseignante en psychotraumatologie

Manfred Sauer, Prof. Dr. med., FA de Neurologie, FA de Pédiatrie, enseignant en psychotraumatologie

Körperspannung als Schutzmechanismus

Eine bioenergetische Perspektive der Emotionsregulation

Vita Heinrich-Clauer

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 29–35 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Zusammenfassung: Emotionales Erleben und Verhalten wird unter anderem auf der expressiv-motorischen Ebene verarbeitet, besonders Angst und Ärger wirken Muskeltonus steigernd und konstriktiv. Infolge von Entwicklungsstraumen entstehen chronische muskuläre Spannungsmuster, die als Schutz einer Person gegen Angst und Schmerz zu sehen sind (Bioenergetische Analyse). Sichere soziale Beziehungen (freundlicher Blick, beruhigende Stimme, Körperkontakt) wirken über den ventralen Vagus entspannend und beruhigend (Polyvagal-Theorie). Ebenso wirken motorische und vokale Expression von primären Emotionen beruhigend auf den Muskeltonus.

Schlüsselwörter: Emotionale Regulation, Muskeltonus, Charakterstruktur, motorische und vokale Expression, Polyvagal-Theorie, sicherer Kontakt

1. Einleitung – Emotion und Körper

Emotionale und körperliche Prozesse sind aufs Engste verwoben. Auf der Suche nach Konzepten zur psychosomatischen Emotionsregulation blieben wir auf dem Feld der akademischen Psychologie lange ohne Antwort auf die so offenkundige Frage nach dem Zusammenhang von Emotion und Körper. Mittlerweile bereichern uns auf dem Gebiet der Emotionspsychologie und im psychosomatischen, klinischen Bereich Forschungsergebnisse der Neurobiologie. Neurobiologische Emotionstheorien gehen davon aus, dass emotionales Erleben und Verhalten unter anderem auf der expressiv-motorischen Ebene verarbeitet wird (vgl. u. a. Damasio, 2003; Koemeda, 2009, 2012).

Affektregulation geschieht nicht nur auf der muskulären, biochemischen, hormonellen Ebene. Unser Herz steht neuroanatomisch in Verbindung mit Gesichtsausdruck, Stimmklang und -melodie, was sowohl im metaphorischen Sinne als auch der Polyvagal-Theorie folgend für das Sicherheitsempfinden eines Menschen und die emotionale Zuwendung zur sozialen Welt eine wichtige Voraussetzung darstellt. Ein freundliches Gesicht und eine beruhigende Stimme wirken über die Aktivierung des Ventralen Vaguskomplexes (VVC) beruhigend (vgl. hierzu Porges, 2010).

Definitionen von «Emotionen» und «Gefühl» werden auf den Körper bezogen: Emotionen sind «Handlungen oder Bewegungen, die grösstenteils öffentlich und sichtbar für andere sind, während sie sich im Gesicht, in der Stimme und in bestimmten Verhaltensweisen manifestieren» (Damasio, 2003, S. 38). Und Gefühle sind «die Wahrnehmung eines bestimmten Zustands des Körpers in Verbindung mit der Wahrnehmung einer bestimmten Art des Denkens und solcher Gedanken, die sich mit bestimmten Themen befassen» (ebd., S. 104).

Emotionen sind sowohl bei der Wahrnehmung und

Speicherung emotionaler Inhalte als auch im Hinblick auf motorische und vokale Expressivität an Körperprozesse gekoppelt. Charakterstrukturell zeigen sich spezifische Ängste und muskuläre Schutzmechanismen (vgl. Reich, 1981; Lowen, 1985). Bestimmte Körperhaltungen und Bewegungen haben auch umgekehrt einen Einfluss auf unsere aktuelle Stimmung und langfristig auf emotionale Muster des Kontaktes zur Welt (vgl. hierzu Storch et al., 2006). Über die Spiegelneurone zeigen wir somatische Resonanz auf andere Menschen, reagieren auf deren Bewegungen und Emotionen. Wenn wir zum Beispiel ein Fussballspiel oder eine Tanzaufführung verfolgen und mit den Akteuren sehr identifiziert sind, können bei uns Beobachtern im prämotorischen Kortex ähnliche Aktivierungen zur Innervation der Beinmuskulatur gemessen werden. Soziale und körperliche Systeme der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung sind verbunden. Kränkungen und verletzte Gefühle werden genauso erlebt wie eine körperliche Empfindung von Schmerz (vgl. Bauer, 2011). Tiefe Atmung und motorische, vokale Expression unterstützen die Schmerzbewältigung. Die Selbstberuhigung und Beruhigung des Anderen in bedrohlichen Situationen ist eine weitere besondere Funktion der Stimme. Es besteht Konsens darüber, dass jede Emotion an eine Erregung geknüpft ist. Siegel (2006) spricht sogar von «Energiefluss» – ein ursprünglich neo-reichianischer Begriff. Die Emotion steuere «den Fluss der Aktivierung (Energie)» (Siegel, 2006, S. 291). Hier erfährt die Bioenergetische Analyse nach Jahrzehnten eine neurowissenschaftliche Anerkennung bezüglich des Konzeptes «Energiefluss» und der emotionszentrierten Arbeit, eine «Rehabilitation» des Energiebegriffes. Wir finden den Begriff des «Aufruhrs», womit das Veränderungspotenzial von intensiven Emotionen bzw. die energetische, körperliche Komponente der Emotion gemeint ist. Emotionen seien «immer Übergang

und Aufruhr, manchmal erdrutschartige Veränderungen des Körperzustandes» (Damasio, 2005, S. 79). Sie gehen den Gefühlen voraus, die im Bewusstsein aus ihnen entstehen. Geuter (2006) betont, «dass hohe Gefühlsintensität von großem therapeutischen Wert für die Umstrukturierung emotionaler, affektmotorischer Schemata sein kann» (Geuter, 2006, S. 261f.). Andererseits finden Veränderungen am ehesten statt, wenn Impulse in einer emotionalen Mittellage gesetzt werden, ohne zu sehr von Angst- und Aggressionsaffekten aufgeladen zu sein (vgl. hierzu Oelmann, 2009, S. 174). Eine vertrauensvolle Beziehung und – wenn indiziert – Körperkontakt reduzieren Angst, Schmerz und erhöhten Muskeltonus und ermöglichen das Durcharbeiten und Flexibilisieren der Verhaltens- und Erlebensmuster von Patienten.

2. Bioenergetische Analyse

2.1. Funktionalität somato-psychischer Schutzmechanismen

Das klinische Erfahrungswissen der Bioenergetischen Analyse – ein biografisches körperorientiertes Psychotherapieverfahren (in der Tradition von Wilhelm Reich und Alexander Lowen) – lehrt uns seit den 50er Jahren, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen emotionalen und somatischen Mustern der Verarbeitung von Kindheitserfahrungen.

Chronische Muskelspannung als Schutz. Erstmals sprach Reich in Bezug auf emotionale Schutzhaltungen von der «funktionalen Identität von Körper und Seele» und nannte die chronischen Spannungen «Muskelpanzer» (vgl. Reich, 1981). Damit ist ein neurotischer Mechanismus chronischer Muskelspannung als Schutz gegen Angst und emotionalen Schmerz gemeint, der häufig nicht bewusst ist und auch nicht willkürlich gesteuert wird. Dieser führt aufgrund einer mangelnden Motilität der Muskulatur zu reduzierter Emotionalität (in Wahrnehmung, Ausdruck und Kontrolle), wodurch die Kontakt- und Bindungskapazität eines Menschen eingeschränkt wird. Das gilt auch generell für die Bewältigung von Stress und Trauma (vgl. Lowen, 1985; Heinrich-Clauer, 2008). Gefühle, für die es keinen emotional-motorischen Ausdruck gibt, weil wir uns durch Gedanken oder unbewusste Ängste kontrollieren oder uns ein einfühlsames bzw. begrenzendes Gegenüber fehlt, werden als Muskelanspannung im Körper festgehalten. Je nach Qualität des blockierten Gefühlsausdrucks werden verschiedene *funktionelle Einheiten* des Körpers angespannt und gehalten, welche nicht unbedingt im engeren Sinne anatomisch verbunden sind. Jeder Mensch zeigt spezifische Haltungs-, Ausdrucks- und Bewegungsmuster, die je nach biografischer Erfahrung von Defiziten, Traumata oder Konflikten auf spezifischen muskulären Spannungsmustern basieren. Die Exploration dieser Verspannungsmuster kann in der Therapie Aufschluss über die zugrundeliegenden impliziten Erinnerungen und emotionalen Erfahrungen geben (vgl. Punkt 3).

2.2. Atmung und Emotionalität

Atmung ist der zentrale Schlüssel, um Gefühle wahrzunehmen und über die Stimme zum Ausdruck zu bringen. Die Atmung bewegt die Resonanzräume des Körpers und diese Dynamik ist beteiligt daran, Emotionen zu entwickeln, zu halten und zum Ausdruck zu bringen.

Im Hinblick auf die Gefühlskontrolle spielen insbesondere das Zwerchfell und der Kiefer (der Masseter) eine grosse Rolle, von Lowen als «Fallgitter der Persönlichkeit», als Schlüssel für alle übrigen Sperrmechanismen im Körper gesehen (vgl. Lowen, 1979).

Es gibt drei funktionelle (keine anatomischen!) Einheiten, in denen chronische Spannungen *Spannungsringe* entwickeln können, die verengen und den vollen Ausdruck der Gefühle verhindern können (ebd., S. 241f.)

Mund und Kiefer. Ein fester oder geschlossener Mund, ein verspannter Kiefer kann jede Kommunikation von Gefühlen blockieren. Bei Unterdrückung der emotionalen Expressivität wird die Stimmvariabilität eingeschränkt, indem unter anderem die Spannung in der Kehlkopfmuskulatur steigt. Hier gibt es über den Vagus eine neurale Verbindung vom limbischen System zur quergestreiften Kehlkopfmuskulatur. Die Unfähigkeit, spontan und adäquat auf die Umwelt zu reagieren, wird selbst zur Quelle von chronischem Stress (vgl. Sonntag, 2003, S. 56).

Verbindung von Kopf und Hals. Hier liegt der Übergang von der willkürlichen zur unwillkürlichen Kontrolle: Der Rachen und der Mund liegen vor dieser Zone, Speise- und Luftröhre dahinter. Dinge, die man nicht schlucken will, werden hier kontrolliert. Gleichzeitig ist es ein unbewusster Abwehrmechanismus gegen den Ausdruck von Gefühlen, die man als nicht akzeptabel fürchtet. Die Spannung beeinträchtigt ebenso die Atmung und trägt auch zu Angstgefühlen bei.

Verbindung von Nacken und Thorax. Dieser Spannungsring (vor allem vordere, mittlere und hintere Scalenus- bzw. Rippenhalter-Muskeln) bewacht die Öffnung des Brustkorbes und somit des Herzens. Wenn diese Muskeln chronisch kontrahiert sind, wölben sie sich hoch und machen die oberen Rippen unbeweglich, wodurch die Öffnung zur Brust verengt wird. Weil dadurch die natürlichen Atembewegungen behindert werden, kommt es ebenso zu einer Beeinträchtigung der Stimmproduktion.

2.3. Chronische Muskelspannung – Angst und Ärger

Unter Stressbedingungen reagiert unser Körper mit Bereitstellungsreaktionen für Kampf, Flucht oder Immobilisation.

Angst führt zur Kontraktion der Muskulatur, Erhöhung der Herzschlagrate, Steigerung der Atemfrequenz bis zur Hyperventilation. Es zeigt sich erhöhte Fluchtbereitschaft, manchmal Bewegungsdrang bis hin zur Agitiertheit. Bei grosser Angst und Hilflosigkeit kommt es zum Anhalten des Atems und zur Erstarrung. Der

Körper verliert in beiden Fällen an lebendiger Vibration und Motilität, wodurch eine emotionale Einengung bewirkt wird. Das innere Erleben, Motorik und Ausdruck zeigen ein Anhalten, Innehalten oder Zurückhalten, Hilflosigkeit.

Aus der Praxis

Eine Kollegin in Ausbildung berichtet in einer Selbsterfahrungsgruppe von Schlaflosigkeit. Sie habe aus Angst vor ihren ersten Beratungsstunden zwei Nächte nicht schlafen können und sei von Zweifeln an ihrem Können geplagt gewesen. Auch hier im Seminarhaus habe sie nicht schlafen können. Bei einer ersten Körperdiagnose ihres Haltungsmusters im Stehen fallen die hochgezogenen, verspannten Schultern und der ängstliche Augenausdruck auf. Sie berichtet über das Symptom der «Frozen Shoulder». In der körperorientierten Aufstellung der dazu gehörigen biografischen Szene entwickelt sich ein Bild von ihren drei älteren Brüdern, die ihr auf der Schulter lasten und sie runterdrücken. Diese hätten sie häufig mit Streichen geängstigt und sie gequält: Sie erinnert, wie sie mit vier Jahren im Dunkeln über den Hof auf das Plumpsklo gegangen sei und während sie dort alleine sass, hätten die Brüder das Licht ausgeschaltet. Sie habe fürchterliche Angst gehabt und geschrien. Ihre Eltern hätten das böse Spiel und ihre Not nicht bemerkt. Heute als Erwachsene könne sie nicht schreien und fühle sich bei Überforderung im Körper eingesperrt. Während der Arbeit an der Szene traut sich die Kollegin nach und nach, ihre Stimme zu erheben und mit zunehmender Lautstärke zu rufen «Hört auf!», bis sie einen fulminanten Schrei ausstösst, der den Raum füllt. In der Folge entspannt sich ihre Schultermuskulatur, ihre Angst erfüllten Augen ebenso. In der Nacht darauf kann sie im Seminarhaus gut schlafen. – Wieder zuhause praktiziert sie regelmässig das Schreien während Autofahrten auf dem Weg zur Beratungsarbeit und berichtet, dass sie wieder schlafen könne.

Bemerkung nicht machen, die Faust nicht erheben und unserem Gegenüber auch keinen Tritt verpassen. Eine so bewusst empfundene Wut können wir situationsangepasst vielleicht später durch entsprechende Bewegung und Expressivität wieder in einen Zustand der muskulären Entspannung überführen. Eine nicht bewusste chronische Muskelanspannung in den entsprechenden Körperregionen kann jedoch auf eine charakterstrukturelle Haltung wie übermässigen Stolz, generelle Rigidität, Konflikt- und Kontaktvermeidung hinweisen, die mit Kindheitserfahrungen wiederholter Ohnmacht und Demütigung zusammenhängen. Eine manifeste Kieferspannung, die sich in einem dauerhaft trotzigem Gesichtsausdruck zeigt, sozusagen zum Wesensausdruck einer Person gehört, unterscheidet sich von einer situativ bewussten Entscheidung einer ansonsten emotional lebendigen Person, im Moment nicht weinen oder schimpfen zu wollen. Diese Entscheidung umsetzen zu können, setzt jedoch wiederum eine gewisse Ich-Stärke und (muskulär-tonische) Selbstkontrolle voraus, was uns einen Hinweis auf die Reifestufe der Person geben kann.

2.4. Muskuläre Traumareaktionen

Dysregulation der Erregung. Traumatisierte sind anfällig für entweder zu starke Aktivierung (Hyperarousal) und/oder zu geringe Aktivierung (Hypoarousal) – oder sie pendeln zwischen diesen beiden Extremen. Es kann so zu Überflutung von Affekten, Empfindungen und Erregung (Intrusion) oder aber zu einem Mangel an Empfindungen und Emotionen, Taubheit, Leere, Passivität kommen. Die Gefahr ist gross, dass sie durch eigentlich völlig normale Veränderungen des Erregungsgrades aus dem Gleichgewicht gebracht werden: «Sowohl neurochemische Prozesse als auch Emotionen werden aktiviert, um bestimmte Körperhaltungen und -bewegungen hervorzurufen, die dem Schutz, dem Angriff und der Verteidigung dienen sollen» (Odgen et al., 2010, S. 19). Tabelle 1 zeigt muskuläre Reaktionen, die durch Traumata bedingt werden können, beobachten wir in der Körperpsychotherapie (vgl. Clauer & Heinrich, 1999).

Aggression. Seit Beginn der 50er Jahre ist aus der Psychosomatik-Forschung durch die Arbeiten von Alexander bekannt, dass besonders unterdrückte Impulse der Selbstbehauptung oder unterdrückte feindselige Impulse direkte physiologische Auswirkungen haben und Ursache somatischer Symptombildung sind. Seitdem wurde eine Vielzahl derartiger psychosomatischer Zusammenhänge empirisch belegt (vgl. Heinrich, 1986).

Bei Wut und Ärger werden Atem-, Herzschlagfrequenz sowie Muskeltonus erhöht. Ärger ist eine annäherungsorientierte Emotion, das heisst der Körper wird aktiviert, damit wir uns mit einem Gegner auseinandersetzen können. Eine bewusst zurückgehaltene Wut lässt uns die Kiefer-, Nacken-, Rücken- oder auch die Streckmuskulatur der Beine schmerzhaft empfinden, weil wir die bissige

Tabelle 1: Verkörperte Erinnerungen und muskuläre Körperabwehrmuster

➤ Augenring-, Schädelbasis- und Nackenmuskulatur, Schultergürtel halten Angst, Schrecken und Terror
➤ Gefühlskontrolle über Regulierung der Atmung und Stimme, indem das Zwerchfell hochgezogen und immobilisiert wird
➤ Kiefer und Kehle sind festgehalten, so dass sowohl die weichen verletzlichen, traurigen Gefühle (das tiefe Schluchzen) als auch die aggressiven Ausdrucksformen, wie Beissen, Zähne zeigen (Drohen), Schreien nicht möglich sind

➤ Handgelenke oft unbelebt, ungelenkt, unfähig zu einer abwehrenden Geste oder zum Festhalten
➤ Füße und Beine in den Gelenken «eingefroren», die erlebte Unfähigkeit wegzulaufen oder für sich selbst einzutreten, zu protestieren
➤ bei Patienten, die geschlagen wurden, hart verspannte Muskeln in Rücken und Gesäss sowie eine erhöhte Wachsamkeit im Rücken, verbunden mit der Unfähigkeit sich anzulehnen, zu überlassen
➤ bei sexuell missbrauchten Patienten finden sich tiefe Verspannungen im Becken, in der Leistengegend, im Kreuzbein, Beckenboden
➤ Verspannung der Ileo-Psoas-Muskulatur

Ileo-Psoas-Muskel. Während jeder traumatischen Erfahrung wird die Streckmuskulatur gehemmt, sodass die Beugemuskulatur kontrahieren kann. Dies erlaubt dem Körper, die Extremitäten zusammenzuführen, wodurch «eine Art geschützter Raum erzeugt wird, der ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, und wobei die weichen, verletzlichen Körperteile, die Genitalien, die lebenswichtigen inneren Organe und der Kopf mit Augen, Ohren, Nase und Mund geschützt werden» (Berceli, 2010, S. 150). Dieses System wird über die Psoas-Muskelgruppe – die Kampf-Flucht-Muskeln des menschlichen Tieres – in Bewegung gesetzt. Diese verbinden als einzige Muskelgruppe den Rumpf, das Becken und die Beine miteinander.

3. Entwicklungstraumen – Charakterstrukturmodell

Je nach Entwicklungsphase und der Art der zu bewältigenden emotionalen Krisen, den erschwerten oder verhinderten Reifungsschritten, können unterschiedliche Strukturen und Organisationsmuster entstehen. Hier sind insbesondere die nicht bewussten somato-psychischen Schutz- und Abwehrmechanismen von Interesse, die über Muskelspannung helfen, Frustration, (Todes-)Angst und Schmerz zu bewältigen. Diese emotionalen Muster spiegeln sich in Mimik, Gestik, Stimmklang, Körperhaltung, Bewegungs- und Atemmustern. Die Differenzierung von strukturell schwachen sowie besser strukturierten Patienten kann – neben der Beachtung von Beziehungsmustern, die sich im Kontakt zwischen Therapeut und Patient zeigen – auch über die Körperdiagnostik von autonomen Erregungs- und muskulären Spannungsmustern geschehen. Es kann sowohl zu einer hypertonen als auch zu einer hypotonen Lösung im Sinne der somato-psychischen Selbstorganisation kommen.

Die emotionale Haltekraft kann zu starr ausgeprägt sein, sodass wir emotionale Taubheit, Leere, «Eingefrorensein», Spaltung zwischen Kopf und Körper im Sinne von übermäßigem Denken und mangelndem Gefühl sowie fehlende somatische und emotionale Resonanz auf andere im Kontakt zum Patienten erleben können (schizoide Lösung, s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Schizoide Struktur (prä-, peri-, postnatal): Fragmentierung

Genese	Emotionale und/oder körperliche Abwesenheit der Eltern – keine Existenzbejahung des Kindes
Angst	Vor Auseinanderfallen, Nähe und Kontakt Vernichtungsangst
Emotion	«Nein» zur sozialen Welt Distanz Misstrauen gedankliche Kontrolle («Ich denke, also bin ich»)
Körper	Kontraktion, Zusammenhalten energetischer Rückzug ins Körperinnere Kopf-Körper-Trennung (Cephalic Shock) ¹ misstrauischer, desinteressierter Blick «eingefrorene», blockierte Fuss-, Knie-, Hand-, Schultergelenke

Tabelle 3: Orale Struktur dependent (1. Lebensjahr bis zum Abstillen, Laufen lernen): Kollaps

Genese	Deprivation Verlassenheit
Angst	Vor Ausgreifen und Selbstbehauptung Vor Verlassen-Werden
Emotion	Entbehrung, Leere, Mangel Aggressionsmangel «Ich brauche Deine Liebe!»
Körper	Schwache Muskulatur (zu wenig Ladung): Deflation des Brustkorbes; nach vorne hängende Schultern, flache Fussgewölbe Arme, Hände unfähig zum Ausgreifen nach der Welt Becken nach vorne gekippt (keine Ladung) Mangel an Aggression und Durchhalten Blockierung der Stimme (Kiefer, Kehle)

Wir sprechen von kompensierter Oralität, wenn zwar das Thema der Deprivation dominant ist, die Angst vor Abhängigkeit jedoch überwiegt und die Unabhängigkeit im Sinne von «Ich brauche Dich nicht!» sehr betont wird.

¹ Unter dem Begriff «Cephalic Shock» fasst man Verspannungen im Bereich der Schädelbasis und der Augen zusammen (vgl. Lewis, 2008). Diese entwickeln sich bei frühkindlichen Traumatisierungen (mangelnder Halt, intrusive Fehlabbildungen der Bezugsperson) und führen zu einer Desintegration von Informationen aus Gleichgewichtsorgan, visuellen Wahrnehmungen und Tiefensensibilität. Der Bereich Schädelbasis/Auge steht aus bioenergetischer Sicht funktional mit den Sprunggelenken und Füßen in Zusammenhang (vgl. Clauer, 2009).

Tabelle 4: Masochistische Struktur (18 Monate und später): Komprimierung

Genese	Selbstbehauptung wird unterdrückt Kontrolle der Körperfunktionen
Angst	Vor Selbstbehauptung, Nein-Sagen Ausdehnung
Emotion	Trotz, defensiv-passive Aggression, Ekel, Zweifel, Ambivalenz
Körper	Nach-innen-Halten Überentwickelte, schwere Muskulatur – besonders Nacken, Schultern, Arme, Ober- schenkel Becken und Kehle blockiert (oben und unten «zugeschnürt») Fussgewölbe kontrahiert Dauer-Lächeln

*Tabelle 5: Psychopathische Struktur (2.–4. Lebensjahr):
Verschiebung nach oben*

Genese	Objekt fremder Bedürfnisse; Manipulation anstelle von Unterstützung der Autonomie
Angst	Vor Versagen, Hilflosigkeit, Unterwerfung
Emotion	Manipulation anderer; Emotionen als Sa- che des Willens
Körper	Aufrecht- und Hochhalten des Körpers, Oberkörper stark entwickelt («aufgeblas- sen»), Beine weniger entwickelt (durchgedrückte Knie)

Die Qualität der Bodenhaftung (Kontakt der Füße) sowie die Erregungsableitung über die Beine zum Boden entscheiden mit über die Fähigkeit zum Containment von Erregung sowie den Realitätskontakt (Grounding).

Tabelle 6: Rigide Struktur (3.-6. Lebensjahr): Steifheit

Genese	Zurückweisung der erotischen und Her- zensgefühle durch die Eltern
Angst	Vor sexueller und herzlicher Hingabe
Emotion	Zurückhaltung und Verbergen von Ge- fühlen, Herz = Schwäche; Leistung ist alles, Perfektion, Stolz
Körper	Steifheit im Rücken; Becken nach hinten gezogen (Hohlkreuz) und unbeweglich; Hals und Brustwirbelsäule überaufgerich- tet; Körper gut proportioniert, leistungsfähig Hände, Füße im Kontakt zur Welt

4. Entspannung – Lösung vs. Tonisierung der Schutzreaktionen

4.1. Sichere Beziehung

Prosozialer Ventraler Vaguskomplex. Porges (2010) hat mit der Polyvagal-Theorie eine Differenzierung des Vagus vorgenommen, sodass wir nicht mehr von der Dualität des Kampf- und Fluchtsystems und des parasympathischen Systems als beruhigende Instanz, sondern beim sozialen Wesen Mensch von der Dreigliedrigkeit des Autonomen Nervensystems ausgehen können. In sozial sicheren Situationen hemmt der «prosoziale» Ventrale Vaguskomplex mit seiner sogenannten Vagus-Bremse die mobilisierende Kampf- oder Fluchtbereitschaft des Sympathikus sowie die immobilisierenden Notfallreaktionen des dorsalen Vagus. Die Neurozeption von Menschen mit Vertrauen einflössender und einfühlsam klingender Stimme und entsprechendem Gesichtsausdruck führt zu einer sozialen Interaktion, die ein Gefühl der Sicherheit fördert (vgl. Porges, 2010, S. 90).

4.2. Körperkontakt

Für die Herabregulierung der Erregung und Bremsung von Kampf- und Fluchtimpulsen durch Körperkontakt sprach die klinische Erfahrung seit Jahrzehnten, belegt durch viele Fallstudien (vgl. Heinrich-Clauer, 2008). Inzwischen gibt es physiologische und neurobiologische Studien, welche durch körperliche Berührung über die Erhöhung des Oxytocin-Spiegels unter anderem die Senkung des Blutdrucks und der Herzschlagrate sowie eine Erhöhung der Schmerzschwelle belegen. Oxytocin wird bei körperlicher Berührung, Sexualität und Stillen ausgeschüttet und führt insgesamt zu Zuständen von Ruhe, Heilung und sozialer Verbundenheit (vgl. Uvnaes-Moberg, 2003). Werden Körperinterventionen rein «mechanisch» ausgeführt, ist ihr psychotherapeutischer Nutzen minimal. Durch manipulative, invasive körperliche Eingriffe, welche nicht innerhalb einer sicheren therapeutischen Beziehung geschehen und rein mechanisch die somato-psychischen Schutzmuster einer Person tangieren (Augen, Nacken, Mund, Kiefer, Kehle, Zwerchfell, Ileo-Psoas, Becken usw.), können biografisch bedingte Ängste mobilisiert werden. Freundlicher Blickkontakt, stimmliche Abstimmung und Berührung im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung bewirken eine Regulierung autonomer Erregung sowie eine Regulation der Schmerztoleranz. Dies geschieht durch Aktivierung des ventralen Vagus und Oxytocin-Ausschüttung. Berührung, in einer sicheren Weise, fördert im Sinne der Neurozeption eine Aktivierung des ventralen Vagus und zusammen mit Mimik und Affektaustausch prosoziales Verhalten (vgl. Clauer, 2013, 152f.; Porges, 2010, S. 185).

4.3. Motorische und vokale Expression

Sportpsychologische Studien belegen generell die positiven Effekte des aktuellen und habituellen Sporttreibens

auf das akute Spannungs- bzw. Angsterleben sowie die Reduzierung von depressiven Stimmungen (vgl. Fuchs & Schlicht, 2012, S. 115).

In der Bioenergetischen Analyse werden somato-psychische Schutz-(Abwehr-)Mechanismen – Emotionalität und Körper – gleichermaßen fokussiert. Mithilfe von unterschiedlichen Interventionen wird Einfluss auf den Muskeltonus ausgeübt (vgl. Heinrich-Clauer, 2014a):

- Insbesondere wird mit Übungen zu Atmung, Erdung und Bewegung sowie unterstützendem Körperkontakt ein Herunterregulieren der autonomen (Über-)Erregung und Lösen von Muskelspannung durch neurogenes Zittern, Dehnen, Entladung über die Stimme ...
- sowie mithilfe von energetisierenden expressiven Bewegungen und speziell über die positive Tonisierung der Stimme die Fähigkeit zum Aufbau von Grenzen und emotionaler Haltekraft zu bewirken versucht.

Erdung (Grounding) – Erregungsableitung und Containment. Das der Bioenergetischen Analyse ureigene Realitätsprinzip des *Grounding* richtet unsere Aufmerksamkeit auf die untere Körperhälfte, die Bodenhaftung, die Verwurzelung im Hier und Jetzt. Die Ableitung der Erregung in den Boden – dadurch Verbesserung der emotionalen Haltekraft – bedingt mehr emotionale Ladung und Tiefe, die getragen und gehalten werden kann (Beine und Füße sind auch «Blitzableiter»).

Tiefe Atmung verbessert die Motilität der Muskulatur, die Eigenschwingung unseres Körpers – Vibration und Resonanz – und erleichtert die vokale Expression. Freier stimmlicher Ausdruck schafft Zugang zu Emotionen, kann gehaltene Emotionen lösen, unseren Körper beleben, tonisieren, Grenzen setzen und andere Menschen bewegen und berühren. Am Klang der Stimme lassen sich Emotionen voneinander unterscheiden (anhand von Tempo, Artikulation und Tonhöhe sowie der jeweiligen Dauer der Intonation von Vokalen und Konsonanten).

Vertiefung der Einatmung. Bei Passivität, flacher Atmung, Leere, Untererregung wird über Aktivierung (Bewegung und/oder Körperkontakt) die Vertiefung der Einatmung angeregt. Auch kann über die Aufforderung, so lange wie möglich auszuatmen, bis ein Seufzen und vielleicht ein lautes Schluchzen, ein Schrei, entstehen, eine ungewohnt tiefe Einatmung angeregt werden, die aus der Starre und der inneren Leere (Dissoziation und Taubheit) herausführt.

Tonisierung der Stimme. Auch wenn stimmliche Äußerung an sich schon lösend sein kann, wird bei energetisch schwachen oder traumatisierten Patienten darauf geachtet, dass über die Stimme nicht das Gefühl der Hilflosigkeit verstärkt wird, indem ein absteigender, hilfloser Ton produziert, sondern der Ton ansteigend gehalten und Tonus entwickelt wird. Sowohl Lösung als auch eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit wird darüber erreicht.

Vibrierende Lebendigkeit. Die durch Vertiefung der Atmung und Verbesserung des Energieflusses in der Muskulatur bewirkten Vibrationen haben sowohl befreiende (Spannung lösende) als auch integrierende Funktion, indem die Selbstregulation des Körpers angeregt wird

und bis dahin unterdrückte Impulse sich entfalten und neuronal neu verknüpfen können.

Die Arbeit an der Erregungsmodulation ist immer verbunden mit der kognitiv-klärenden Arbeit an den Emotionen.

Fazit für die Praxis

Tiefe Atmung und motorische, vokale Expression unterstützen die Schmerzbewältigung. Charakterstrukturell gibt es spezifische Ängste und muskuläre Schutzmechanismen. Durch manipulative, invasive körperliche Eingriffe, welche nicht innerhalb einer sicheren therapeutischen Beziehung geschehen und rein mechanisch die somato-psychischen Schutzmuster einer Person tangieren (Augen, Nacken, Mund, Kiefer, Kehle, Zwerchfell, Ileo-Psoas, Becken usw.), können biografisch bedingte Ängste mobilisiert werden. Eine vertrauensvolle Beziehung und Körperkontakt reduzieren Angst, Schmerz und erhöhten Muskeltonus und ermöglichen das Durcharbeiten und Flexibilisieren der Verhaltens- und Erlebensmuster von Patienten.

Literatur

- Bauer, J. (2011). *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. München: Karl Blessing.
- Berceli, D. (2010). Neurogenes Zittern. Eine körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in grossen Bevölkerungsgruppen. *Trauma & Gewalt*; 2(4), 148–156.
- Clauer, J. & Heinrich, V. (1999). Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. Zwischen Berührung und Abstinenz. *Psychotherapie Forum*, 7, 75–93.
- Clauer, J. (2009). Zum Grounding-Konzept der Bioenergetischen Analyse. *Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen. Psychoanalyse & Körper*, 15, 79–102.
- Clauer, J. (2013). Die implizite Dimension in der Psychotherapie. In P. Geißler & A. Sassenfeld (Hrsg.), *Jenseits von Sprache und Denken. Implizite Dimensionen im psychotherapeutischen Geschehen* (S. 135–173). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Damasio, A. (2003). *Der Spinoza Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Damasio, A. (2005). *Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (Hrsg.). (2012). *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Geuter, U. (2006). Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie, Teil 2. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 258–264.
- Heinrich, V. (1986). *Die Bewältigung belastender Lebensereignisse und Körperbeschwerden bei Frauen*. Universität Osnabrück.
- Heinrich-Clauer, V. (Hrsg.). (2008). *Handbuch Bioenergetische Analyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heinrich-Clauer, V. (2014a). Bioenergetische Selbstfürsorge für Therapeuten. Zwischen Öffnung und Abgrenzung. *Forum Bioenergetische Analyse*, 9–33.
- Heinrich-Clauer, V. (2014b). Zur Wechselwirkung von emotionalen Schutzreaktionen und Muskeltonus. In *Sprache – Stimme – Gehör*, 38, 1–6.
- Koemeda, M. (2009). *Intelligente Emotionalität. Vom Umgang mit unseren Gefühlen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Koemeda, M. (2012). Integrating Brain, Mind and Body: Clinical and Therapeutic Implications of Neuroscience. An Introduction. *Bioenergetic Analysis*, 22, 57–77.
- Lewis, R. (2008). Der Cephalische Schock als Somatisches Verbindungsglied zur Persönlichkeit des Falschen Selbst. In V. Heinrich-Clauer (Hrsg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse* (S. 113–128). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lowen, A. (1979). *Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Reinbek: Rowohlt.
- Lowen, A. (1985). *Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik*. München: Kösel.
- Lowen, A. (1993). *Freude. Die Hingabe an den Körper und das Leben*. München: Kösel.
- Odgen, P., Mintun, K. & Pain, C. (Hrsg.). (2010). *Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann.
- Oelmann, K. (2009). Vom Inszenieren zum Mentalisieren – Körperliche Handlungsdialoge in der psychotherapeutischen Arbeit mit Affekten. In S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.), *Affektregulation und Sinnfindung in der Psychotherapie* (S. 171–185). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Porges, S. W. (2010). *Die Polyvagal Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*. Paderborn: Junfermann.
- Reich, W. (1981). *Charakteranalyse*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Resneck-Sannes, H. (2002). Psychobiology of affects: Implications for a somatic psychotherapy. *Bioenergetic Analysis*, 13, 111–122.
- Siegel, D. (2006). *Wie wir werden, die wir sind: Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens. Die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann.
- Siegel, D. (2011). Vortrag auf der 23. Internationalen Konferenz für Bioenergetische Analyse, San Diego/CA.
- Sonntag, M. (2003). Self-Expression versus Survival. Die grundlegenden Bioenergetischen Konzepte im Lichte der neueren psychobiologischen Erkenntnisse und der Affektforschung. *Forum Bioenergetische Analyse*, 2, 45–70.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (Hrsg.). (2006). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Huber.
- Uvnäs-Moberg, K. (2003). *The Oxytocin Factor. Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing*. Cambridge, MA: Da Capo Press.

Tonicity as Defense Mechanism – a Bioenergetic Perspective on Emotional Regulation

Emotional experience and behavior are – among other levels – processed on the expressive-motoric level. Especially anxiety and anger are enhancing muscular tonicity and have constrictive effects. Developmental trauma can cause chronic muscular tension patterns which can be understood as protective pat-

terns against fear and pain (Bioenergetic Analysis). Safe social relationships (friendly gaze, calming voice, body contact) have relaxing and calming effects by activation of the ventral vagus (Polyvagal Theory). Motoric and vocal expression of primary emotions reduce the muscular tonus.

Key words: Affect regulation, tonicity, character structure, motoric and vocal expression, Polyvagal Theory, safe contact

Tensione corporea come meccanismo di protezione – una prospettiva bioenergetica della regolazione delle emozioni

L'esperienza e il comportamento emozionale vengono tra l'altro rielaborati a livello espressivo-motorio, in particolare la paura e la rabbia agiscono sul tono muscolare in modo cumulativo e costringitivo. A seguito di traumi dello sviluppo ne derivano modelli di tensione muscolare cronica, che sono da considerare come una forma di protezione dell'individuo contro la paura e il dolore (analisi bioenergetica). Relazioni sociali sicure (sguardo amichevole, voce calmante, contatto corporeo) agiscono sul nervo vago ventrale in modo rilassante e calmante (teoria polivagale). Allo stesso modo le espressioni motorie e vocali delle emozioni primarie agiscono in modo calmante sul tono muscolare.

Parole chiave: regolazione emozionale, tono muscolare, struttura del carattere, espressione motoria e vocale, teoria polivagale, contatto più sicuro

Die Autorin

Vita Heinrich-Clauer, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych.; 1981–88 Forschung und Lehre an der Universität Osnabrück: Psychologische Diagnostik, Entwicklungspsychologie; seit 1989 tätig als Psychotherapeutin, Supervisorin, Dozentin, Autorin in Osnabrück; internationale Trainerin für Bioenergetische Analyse (IBA Faculty) in Skandinavien, Deutschland, Russland, Polen, Brasilien, Schweiz. Herausgeberin des *Handbuch Bioenergetische Analyse*.

Kontakt

Dr. Vita Heinrich-Clauer, Dipl.-Psych.
Krahnstr. 17, 49074 Osnabrück
Tel. 0541-2023101
Email: vita.heinrich-clauer@osnanet.de
www.vita-heinrich-clauer.de

Tension corporelle comme mécanisme de protection

Une perspective bioénergétique de la régulation des émotions

Vita Heinrich-Clauer

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 36–37 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Mots-clés : Régulation émotionnelle, tonus musculaire, structure de caractère, expression motrice et vocale, théorie polyvagale, contact sûr

Les processus émotionnels et corporels sont étroitement mêlés. Les théories neurobiologiques des émotions supposent que l'expérience et le comportement émotionnels entre autres sont traités à un niveau expressif moteur (Damasio, 2003; Koemeda, 2009, 2012). Certaines postures corporelles et certains mouvements influencent également notre humeur actuelle et sur le long terme notre modèle émotionnel du contact au monde (Storch et coll., 2006). Nous montrons une résonance somatique aux autres, réagissons à leurs mouvements et à leurs émotions à l'aide du neurone « miroir ».

La respiration est la clé centrale pour discerner les sentiments et les exprimer par la voix. La respiration fait bouger les cavités de résonance du corps, et cette dynamique participe à développer les émotions, à les gérer et à les exprimer. Les systèmes sociaux et corporels de la perception et de la gestion de la douleur sont liés. Les maladies et les sentiments blessés sont vécus de la même manière qu'une sensation corporelle de la douleur (Bauer, 2011). Les sentiments pour lesquels il n'existe aucune expression émotionnelle motrice, car nous nous contrôlons par nos pensées ou nos peurs inconscientes ou parce qu'il nous manque un interlocuteur empathique ou limitant, sont retenus sous la forme de tension musculaire dans le corps. En ce qui concerne le contrôle des sentiments, le diaphragme et les mâchoires (le muscle masticateur) jouent notamment un rôle important, vus par Lowen comme « herses de la personnalité », comme une clé pour tous les autres mécanismes de blocage dans le corps (Lowen, 1979). Notamment la peur et la colère ont un effet croissant et contraignant sur le tonus musculaire. Depuis le début des années 50, à partir de la recherche sur la psychosomatique grâce aux travaux d'Alexander, on sait que notamment des impulsions réprimées de l'affirmation de soi ou des élans hostiles réprimés ont des effets physiologiques directs et sont la cause de la formation somatique de symptômes. Depuis, une multitude de telles connexions psychosomatiques ont été démontrées d'une manière empirique (Heinrich, 1986).

Des peurs spécifiques et des mécanismes musculaires

de protection se révèlent sur le plan de la structure du caractère. Des modèles de tension musculaire chronique qui doivent être vus comme la protection d'une personne contre la peur et la douleur apparaissent consécutivement à des traumatismes du développement (Reich, 1981; Lowen, 1985). Pour la première fois, Reich a parlé de « l'identité fonctionnelle du corps et de l'âme » en lien avec les postures émotionnelles de protection et désignait les tensions chroniques « cuirasse musculaire » (Reich, 1981). Cela désigne un mécanisme névrosé de tension musculaire chronique en tant que protection contre la peur et la douleur émotionnelle, qui n'est souvent pas conscient et qui est aussi commandé arbitrairement. En raison de l'absence de mobilité de la musculature, cela provoque une émotionnalité réduite (dans la prise de conscience, l'expression et le contrôle), ce qui limite la capacité de contact et de liaison d'un être humain. Cela s'applique également en général à la maîtrise du stress et du trauma (Lowen, 1985; Heinrich-Clauer, 2008). Chaque personne montre des modèles spécifiques de postures, d'expressions et de mouvements qui en fonction du vécu biographique des déficits, des traumatismes ou des conflits se basent sur des modèles spécifiques de tension musculaire. Ces modèles émotionnels se reflètent dans la mimique, la gestuelle, le timbre de voix, la posture corporelle, les modèles mobiles et respiratoires. Dans le traitement, l'exploration de ces modèles de tension peut fournir des renseignements sur les souvenirs sous-jacents implicites et sur des expériences émotionnelles. Différentes structures et différents modèles organisationnels peuvent apparaître en fonction de la phase de développement et du type de crises émotionnelles à gérer, des étapes de maturation rendues difficiles ou entravées. Ici, ce sont surtout les mécanismes de protection inconscients somato-psychiques et les mécanismes de défense des intéressés qui aident par la tension musculaire à gérer la frustration, la peur (de la mort) et la douleur.

Il existe un consensus à ce sujet selon lequel chaque émotion est reliée à une excitation. Siegel (2006) parle même d'un « flux d'énergie », un terme à l'origine néo-

reichien. L'émotion piloterait « le flux de l'activation (énergie) » (Siegel, 2006, p. 291). L'analyse bioénergétique découvre ici après des décennies une reconnaissance neuro-scientifique relative au concept du « flux d'énergie » et au travail centré sur les émotions, une « réhabilitation » du terme d'énergie. Nous trouvons le terme « agitation », qui définit le potentiel de modification des émotions intenses ou les composants énergétiques et corporels de l'émotion. Les émotions seraient « toujours un passage et une agitation, parfois des modifications raz-de-marée de l'état physique » (Damasio, 2005, p. 79). Elles précèdent les sentiments qui en résultent dans le conscient.

Geuter (2006) souligne « qu'une forte intensité émotionnelle peut avoir une valeur thérapeutique importante pour la restructuration de schémas émotionnels et moteurs de l'affect » (Geuter, 2006, p. 261s). D'autre part, des modifications ont le plus vraisemblablement lieu lorsque des stimuli sont placés dans une position médiane émotionnelle, sans être trop chargés de sensations de peur et d'agression (Oelmann, 2009, p. 174).

Une relation de confiance et lorsque c'est indiqué, un contact corporel réduisent la peur, la douleur et accroissent la tonicité musculaire et permettent de traiter et d'assouplir les modèles comportementaux et expérimentaux des patients.

Une fonction particulière de la voix est l'autoapaisement et l'apaisement de l'autre dans des situations menaçantes. Des relations sociales sûres (un regard amical, une voix apaisante, un contact corporel) ont un effet de détente et d'apaisement sur le nerf vague central (théorie polyvagale).

L'expérience clinique, étayée par de nombreuses études de cas, plaide depuis des décennies pour l'inhibition de l'excitation et le freinage des impulsions d'attaque et de fuite par le contact corporel (Heinrich-Clauer, 2008). Il existe entre-temps des études physiologiques et neurobiologiques qui démontrent l'abaissement de la pression artérielle, du rythme cardiaque, une augmentation du seuil de la douleur par le contact corporel qui entre autres augmente le miroir à activité ocytocique.

Une respiration profonde améliore la mobilité de la musculature, l'auto-oscillation de notre corps – vibration et résonance – et facilite l'expression vocale. Une expression vocale libre crée un accès aux émotions, peut libérer des émotions retenues, animer et tonifier notre corps, fixer des limites – déplacer et toucher d'autres personnes.

La respiration profonde et l'expression motrice et vocale ont un effet apaisant sur la tonicité musculaire et aident à la gestion de la douleur (analyse bioénergétique).

L'auteur

Vita Heinrich-Clauer, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych. 1981–88 Recherche et enseignement à l'université d'Osnabrück : Diagnostic psychologique, psychologie du développement. Depuis 1989, travaille en tant que psychothérapeute, coordinatrice, maître de conférences, auteure à Osnabrück Formatrice internationale en analyse bioénergétique (IIBA Faculty) en Scandinavie, Allemagne, Russie, Pologne, Brésil, Suisse. Éditrice du « Manuel de l'analyse bioénergétique ».

«Resonanzen in der therapeutischen Beziehung»

Psychosomatische Ansätze in der Psychotherapie

Hans Jürgen Scheurle

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 39–48 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Zusammenfassung: Ausgehend von neuen Forschungsansätzen wird der Resonanzbegriff in seiner Relevanz für die Psychosomatik dargestellt. Aus der Medizin wird die Leibphänomenologie, aus der Neurophysiologie werden neuronale Synchronisierung und Spiegelneurone, aus der Physik wird die fundamentale Verstärkung von Schwingungen durch Resonanz, aus der Soziologie werden die «antwortende» und die «stumme» Weltbeziehung (Rosa) in die Überlegungen mit einbezogen. Eine Theorie der Weltbeziehungen durch Resonanz wird in Grundzügen angedeutet und mit Beispielen belegt.

Es wird gezeigt, dass wesentliche psychosomatische Grundbegriffe durch eine Theorie der Resonanz in ein helleres Licht gerückt werden können. So lassen sich beispielsweise die Einheit von Leib und Seele (bzw. Geist oder Ich), Leibgedächtnis und Erinnerung, die Umwelt als Resonanzraum der Sinne und schliesslich der Ruhezustand (Innehalten, Nichthandeln) in ihrer Dynamik verdeutlichen.

Eine besondere Bedeutung hat die Einbeziehung von Resonanzprozessen für die Hirnfunktion. Anstelle einer Hirntheorie, die den Geist in die Nervenetze mystifizierend hinein projiziert, ist Geist im ganzen Leib und in jeder Zelle vorhanden. Nicht der Dualismus von Körper und Geist im Sinne von Descartes, sondern die Leib-Seele-Geist-Einheit (monas) im Sinne von Leibniz ist dafür ein geeigneter Denkansatz: Gehirn und übriger Leib stehen nicht in einem kausalen, sondern in einem partnerschaftlichen Verhältnis. Die Theorie einer zerebralen Steuerfunktion dürfte demnach künftig durch eine Resonanztheorie des Gehirns abgelöst werden.⁵

Schlüsselwörter: Resonanzprinzip, Gestaltkreis, Leib-Seele-Geist-Einheit, Leibniz vs. Descartes, Hirntheorie, Gehirn als Resonanzorgan, Leibgedächtnis

Einleitung

Interaktionen und Resonanzen von Organismus und Umwelt sind ein Hauptthema der Psychosomatik. Nicht nur lassen sich die Beziehungen des Menschen zur Umwelt und zum eigenen Leib durch den Resonanzbegriff besser verstehen, darüber hinaus ist dieser auch von praktisch-medizinischer Bedeutung, etwa hinsichtlich der Gesprächstherapie.

Die Fähigkeit zum Gesundwerden und Gesundbleiben ist mit Resonanz eng verbunden. Wir sind im Leben darauf angewiesen, dass die Umwelt auf unser Handeln, Empfinden und Denken antwortet. Wir erleben es positiv, wenn wir bei anderen Menschen Widerhall finden und mit unseren Bestrebungen nicht isoliert bleiben. Nach einem intensiven Gespräch, einem Konzert oder einem interessanten Ereignis klingt das Erlebte noch eine Weile nach. Dabei treten bestimmte Gedächtnisepisoden wiederholt und oft mit neuen Aspekten ins Bewusstsein. Die innere Resonanz, das Wiederklingen von Ereignissen stärkt Selbsterleben und Initiativkraft.

Das Individuum allein vermag wenig oder nichts ohne die unterstützende, verstärkende Resonanz aus der Umwelt. Vertieftes Erleben und gelingendes Handeln verdanken ihre Intensität stets auch einer günstigen Mitwirkung der Umgebung, während umgekehrt das Fehlen oder Unterdrücken von Resonanz die persönliche Performanz dämpft und der Grund sowohl für Fehlschläge und Misserfolge als auch für in zunehmender Häufigkeit auftretende Krankheitszustände wie Depression und Burnout ist.

In der Psychosomatik ist der Resonanzgedanke schon an der Umbenennung der Welt zur Um-Welt abzulesen (vgl. hierzu Uexküll, 1976). Die Welt ist nicht nur das kalte leere Weltall der Teleskope, sondern eine den Menschen bergende, warme, biologische und soziale Hülle, die auf seine Bestrebungen und Ziele antwortet, auf die das Individuum mit und in seinen Intentionen, Wahrnehmungen und Bewertungen, ja zu seinem Fortbestand angewiesen ist.

Im weiteren Sinne ist das Leben von Organismen überhaupt von Resonanz getragen. Ihre Eigenaktivität beschränkt sich nicht auf den Leib, sondern geht fließend in die Umwelt als erweiterten Leib über. Die Umwelt ist der Resonanzkörper der menschlichen Wahrnehmung. Die Sinneselemente – die Luft für das Atmen, das Licht

1 Vgl. z.B. Buzsáki (2006) sowie Hahn et al. (2014): Die Kommunikation über «weit entfernte und schwache Netzwerke» funktioniert nur «durch Resonanz».

für das Sehen, die Gravitation für den sich aufrichtenden, sich in der Welt ein- und ausrichtenden Körper – sind Resonanzräume der Sinnes- und Bewegungsorgane mit tragendem, bestärkendem und ernährendem Charakter. Wie die Luft als Bestandteil der Lungenatmung ohne feste Grenze in das Umweltelement übergeht, sind auch die Sinnelemente von Ton, Duft, Geschmack usw. dem Leib zugehörige Resonanzsphären der inneren Bewegung, des Stoffwechsels und der Gestaltbildung.

Weizsäcker (1943) spricht hier von einem «Gestaltkreis», in dem Bewegung (Eigenaktivität) und Wahrnehmung (Weltkonstitution) unlösbar ineinander verschlungen sind. Eigenbewegung ist stets zugleich Selbstwahrnehmung. Umgekehrt geht jede Wahrnehmung generell mit Eigenbewegung einher (Senso-Motorik) – man denke nur an die sechs Augenmuskeln, die den Blick lenken oder an die feinen Muskelstränge der Mittelohrknöchelchen, welche sich beim Aufmerken auf hohe und tiefe Töne anspannen und wieder lockern.

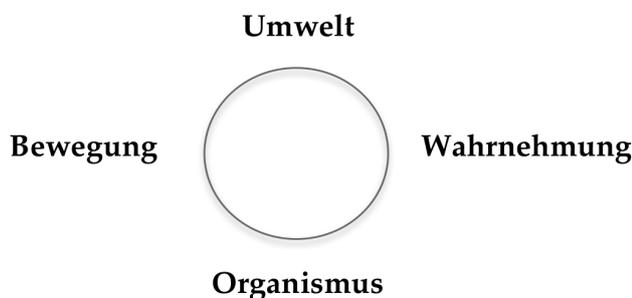


Abb. 1: Der Gestaltkreis nach Weizsäcker

Zur Resonanz in der Soziologie

Im Bereich der Soziologie und der Lebenswissenschaften überhaupt stellt Hartmut Rosa (2017) die grundsätzliche Bedeutung der Person-Leib-Welt-Resonanz in Beziehung zu modernen gesellschaftlichen Zuständen dar. Eine stets beschleunigte, das Individuum durch eine «unaufheb- bare Eskalationstendenz» (ebd., S. 13) überfordernde Welt antwortet auf dessen Intentionen und Bestrebungen immer weniger. In den responsiven Gesellschaftsformen der Moderne, so Rosa, drohen die Weltbeziehungen des Menschen mehr und mehr zu verstummen. Beschleunigung und Steigerungszwang sind im modernen Leben zum Problem geworden:

«Ein zielloser und unabschliessbarer Steigerungszwang führt am Ende zu einer problematischen, ja gestörten oder pathologischen Weltbeziehung der Subjekte und der Gesellschaft als ganzer» (ebd., S. 14).

Eine bedrohliche Resonanzkrise und «Resonanzblockade» (ebd., S. 308) geht mit dem Verstummen des Individuums und mit der Erschöpfung persönlicher Ressourcen einher. Sie führt zu einer allgemeinen gesellschaftlichen Pathologie, zum Verlust von Selbstwirksamkeit, zu Sinn- und Lebenskrisen, zu Lebensüberdross und einer selbstmör-

derischen Todesbereitschaft, die weltweit im Zunehmen begriffen ist.

Resonanz und Psychosomatik

Wie gesagt findet der Resonanzbegriff in der psychosomatischen Medizin einen tragfähigen Boden. Thomas Fuchs (2013, S. 160–176) grenzt «Resonanz» in phänomenologischer Hinsicht insbesondere gegenüber den Begriffen «Information» und «Repräsentation» ab und charakterisiert die Bedeutung des Resonanzbegriffs wie folgt:

«Der Begriff der Resonanz ist in der Phänomenologie, insbesondere in der Leibphänomenologie geläufig geworden, um die Art und Weise der Affektion zu beschreiben, die eine Person in einer emotional bedeutsamen Situation erlebt. Da diese affektive Betroffenheit aus phänomenologischer Sicht immer im Medium der Leiblichkeit erfolgt, kann man auch von leiblicher Resonanz sprechen.

Natürlich handelt es sich bei dem Begriff zunächst um eine Metapher. Ihre Eignung oder Berechtigung ergibt sich zunächst aus dem Sprachgebrauch, etwa wenn wir für die emotionale Teilnahme das Wort «mitschwingen» gebrauchen und dementsprechend einer Person eine gute oder aber reduzierte «Schwingungsfähigkeit» zuschreiben, je nachdem wie sie in der Lage ist, mit differenzierter Mimik, Gestik oder Stimme auf eine Situation emotional zu reagieren» (Fuchs, 2014, S. 1).

In der frühen Kindheit entsteht zunächst die erste Ich-Du-Beziehung zwischen Mutter und Kind. An sie schliessen sich schon im ersten Lebensjahr sogenannte triadische Beziehungen zu den Gegenständen an, aus denen sich ein gemeinsamer Lebens- und Verständigungsraum herausbildet, in dem Vertrautheit und Wiedererkennen entstehen (vgl. Fuchs, 2014). Wenn Kleinkind und Mutter gemeinsam einen Gegenstand sehen und danach greifen und ein Spielgerät, etwa einen Ball, auf ähnliche Weise gebrauchen, fördert diese «Resonanz» zwischen ihnen nicht nur das gelingende Zusammenspiel, sondern bildet zugleich den für das Kind vertrauten, tragenden «Spielraum» einer gemeinsamen Umwelt aus.

Die Um-Welt ist keine abstrakte, vom Menschen unabhängige Objektwelt. Die Lebenswelt reflektiert die vom Menschen ausgehenden Strebungen und Empfindungen in einem Raum, der durch Wahrnehmung konstituiert und vom Individuum stets mehr oder weniger mitgestaltet ist. Das Verständnis einer den Menschen bekräftigenden Umweltresonanz klingt in Begriffen wie «sozialer Uterus», «inneres Kind», «Ich-Entwicklung», «Selbstwirksamkeit» und «Resilienz» an.

Resonanz als Verstärkung

Die Bedeutung der Resonanz für den Menschen, einschliesslich seiner Beziehung zur Umwelt, zu Anderen und zum eigenen Leib, wird zunächst durch den physikalischen Begriff erhellt: Resonanz bedeutet Verstärkung. Das Prin-

zip der Verstärkung durch Resonanz veranschaulicht ein Musikinstrument, etwa eine Geige. Man kann Violinsaiten auf einen Holzblock spannen und mit einem Bogen streichen – man wird ein leises Summen und Sirren, aber keinen tragenden Klang hören. Dieser kommt erst zustande, wenn hinter den Saiten ein geeigneter lufthaltiger Hohl- bzw. Resonanzraum liegt, der den Klang auffängt und verstärkt wiedergibt. Ein gespanntes Fell klingt nur als Trommel, ein Stück Holz (Xylophon) erhält seinen musikalisch vollen Klang erst durch einen entsprechenden Resonanzkörper.

In Analogie dazu antwortet der menschliche Leib auf die mannigfaltigen Anregungen der Umwelt mit Resonanz, Verdichtung und willenshafter Äusserung. Umgekehrt wird jeder Ton, jede Äusserung, jedes Tun durch Resonanz aus der Umwelt potenziell verstärkt. Das gilt sowohl für den Leib als auch für die geistig-seelische Selbstwirksamkeit. Geht man davon aus, dass das einzelne Individuum allein zu begrenzt, zu schwach und ohne Hilfe von aussen nicht dazu fähig wäre, die ihm innewohnenden, der Entfaltung harrenden Lebensmöglichkeiten und Potenzen zu ergreifen, bleibt es generell auf Verstärkung angewiesen. Es erfährt immer wieder Hilfe zur Selbstwirksamkeit, Korrektur und Bestätigung seiner fragilen Identität durch Umwelt und antwortende Menschen.

Der einzelne Mensch kann somit, bildlich gesprochen, «wie eine Saite» erst durch einen grösseren Resonanzraum zum Klingen kommen. In der frühen Megalith-Kultur sind sogenannte «Summsteine» mit Höhlungen gefunden worden, welche die menschliche Stimme durch Resonanz verstärken, die damit an Klangfülle und Bedeutung zunimmt (siehe Abbildung 2). Die urbildliche Verstärkung der

Stimme durch Resonanz macht deutlich, was das menschliche Individuum auch in vielen anderen Lebensbereichen erfahren kann: Die Macht der Stimme, ihre Ausbreitung im Raum des Hörens bildet einen zweiten dynamisch-geistigen Leib, einen über den physischen Körper weit hinausreichenden eigenen «Klangleib», in dessen Wirkfeld der Handlungsraum des Menschen eingebettet ist.

Resonanz tritt als rhythmisch-musikalische Verstärkung in vielfältigen leiblichen, seelischen und geistigen Facetten überall auf, wo rhythmische Vorgänge stattfinden (Fortbewegung, Ein- und Ausatmung, Herzschlag, Entladungsrhythmen des Gehirns u. a.). Insbesondere im Kulturraum von Musik und Sprache und den darauf basierenden Kunstformen von Literatur und Theater spielt Resonanz eine wesentliche Rolle. Im Gemeinschafts- und Geistesleben, wie im menschlichen Kulturleben überhaupt, zeigt sich, wie der Mensch Resonanz auf besondere Weise in seine Weltbeziehungen einzubauen und zu nutzen weiss.

Resonanz in der Hirnforschung

Die Resonanz auf die Umwelt ist insbesondere für die Nervenfunktion von Bedeutung. In der Neurophysiologie hat die Resonanzforschung, v. a. durch die Entdeckung der Spiegelneuronen (vgl. Rizzolatti et al., 2001) und die Erforschung der neuronalen Synchronisierung (vgl. Uhlhaas & Singer, 2006) wichtige Schritte getan (vgl. hierzu ausführlicher Scheurle, 2016). Auf die Spiegelneuronen gehe ich weiter unten ein. Weniger bekannt ist bisher noch die Synchronisierung der Entladungen im Gehirn, die hier kurz dargestellt sei.



Abbildung 2: Der Hohlraum im Summstein verstärkt bestimmte Frequenzen, so dass beim Summen von tiefen zu hohen Tönen nur eine bestimmte (meist mittlere) Tonlage verstärkt wird

Wenn Organismus und Umwelt harmonieren und in Kohärenz stehen, werden die Entladungsrhythmen im Gehirn synchronisiert und durch Resonanz verstärkt. Synchronisierung ist beispielsweise nachgewiesen, wenn wir auf bestimmte Wahrnehmungsmuster positiv reagieren. Erkenntnisprozesse, wie etwa das erfolgreiche Lesen und Verstehen von Worten, führen zur erhöhten Synchronisation der Oszillationen im Gehirn, während beim Nichtverstehen der Inhalte die Hirnrhythmen zerfallen (Desynchronisation):

«Wenn die gezeigten Wörter nicht bewusst wahrgenommen werden, ist die Synchronisation zwischen den oszillatorischen Aktivitäten der [...] beteiligten Hirnareale nur gering ausgeprägt. Wenn die Versuchspersonen die gezeigten Wörter jedoch bewusst wahrnehmen, sind die Schwingungen in den beteiligten Hirnrindenregionen hochsynchron» (Singer & Ricard, 2008, S. 59).

Die Synchronisierung der zerebralen Erregungen beim Erkennen zeigt – im Gegensatz zur rein hypothetischen Vorstellung einer sogenannten Verarbeitung von Sinnesdaten im Gehirn –, wie eine ganz neue Idee zur Funktionsweise des Zentralnervensystems diskutabel wird: Eine Art musikalische Konzept der Verbindung von Gehirn und übrigen Leib! Nach Oliver Sacks erklären Rhythmus und Resonanz die sogenannten Bindungseigenschaften des Gehirns:

«Neurowissenschaftler sprechen manchmal vom «Bindungsproblem» – der Frage, wie verschiedene Wahrnehmungen oder Aspekte der Wahrnehmung verbunden oder vereinigt werden. Was ermöglicht uns beispielsweise, den Geruch und die Empfindungen zusammenzufassen, die durch das Auftauchen eines Jaguars ausgelöst werden? Diese Bindung im Nervensystem wird durch rasches, synchrones Feuern von Nervenzellen in verschiedenen Hirnregionen bewirkt. Wie schnelle neuronale Oszillationen verschiedene Teile im Gehirn und Nervensystem verknüpfen, so bindet der Rhythmus die individuellen Nervensysteme einer menschlichen Gemeinschaft zusammen» (Sacks, 2009, S. 303).

Bislang sind die relativ neuen und überraschenden Forschungsergebnisse der Synchronisierungsforschung in ihrer Bedeutung noch kaum ernst genommen worden und haben noch keinen Eingang in die Grundbegriffe der Medizin und Neurophysiologie gefunden. Hier wird künftig ein Umdenken von einer materialistisch hirnzentrierten hin zu einer phänomenologisch leibzentrierten Sichtweise gefordert sein – wie sie für Psychosomatik und Psychotherapie von jeher naheliegt.

Resonanz ist ein positives Naturphänomen, das aber nicht immer positiv ist

Die Synchronisierung der Nervenerregungen auf eine gemeinsame Frequenz ist zwar eine Folge der Resonanz, aber nicht mit dieser selbst zu verwechseln. Wenn neuronale Oszillationen synchronisiert und verstärkt werden, führt dies nicht zwangsläufig und nicht immer zu einer verbesserten Funktion.

Grundsätzlich können gelingende ebenso wie misslingende, angenehme ebenso wie unangenehm erlebte Ereignisse verstärkt werden. Übermäßige Resonanz kann das schwingende Medium zerstören. (So kann bekanntlich durch resonanzbedingte Verstärkung beispielsweise ein Brückeneinsturz herbeigeführt werden!) Auch im Organismus kann übermäßige Resonanz manchmal pathologisch wirken. So kommt es etwa bei der Epilepsie zu einer massiven und unkontrollierten, gleichsam gewitterartigen Entladung der Nervenpotenziale von Hirnzellen. Die Resonanzverstärkung zwischen beiden Hirnhälften, deren Erregungen sich über die Kommissur («Balken») gegenseitig verstärken und aufschaukeln, kann in kritischen Fällen lebensbedrohliche Ausmassen annehmen (status epilepticus).

Die relative Autonomie der Organe

Indem Organe und Zellsysteme miteinander in Resonanz treten, äussert sich darin ihre relative Selbstständigkeit und Autonomie. Im Unterschied zur gängigen Vorstellung, derzufolge Organismen Mechanismen sein sollen, deren Teile von oben gesteuert werden, sind die Leibesglieder relativ autonom. Sie sind selbst «intelligent» und an jeder Stelle in der Lage, auf die Umwelt selbstständig und autonom zu reagieren.

Organismus und Lebenswelt bilden ein Ganzes. Das menschliche Ich (Geist) lebt in den Organen und ist von den Leistungen des Organismus nicht zu trennen. Das Ich existiert nicht vom übrigen Leib getrennt im Gehirn. Im Eigenleben der Organe drückt sich mit der leiblichen zugleich auch die seelische und geistige Existenz des Menschen aus. So hat etwa die Atmung neben ihrer Stoffwechselfunktion resonante seelisch-geistige Komponenten, wie Sprechen und Singen, Lachen und Weinen. Das Aufnehmen, Einverleiben und Wiederausscheiden von Atemluft ist neben dem metabolischen auch ein sinnlich-ästhetisches Geschehen. Dem Herzen kommt neben der Versorgung des Organismus mit Blut, Wärme und Nährstoffen bzw. der Entsorgung von Schlackenstoffen auch die seelische Reagibilität auf die Umwelt und die Mitmenschen zu, sei es durch angeregt sympathisches Mitschwingen, sei es durch angespannt stresshaftes Überreagieren. An der Wärmebildung durch den Blutkreislauf lässt sich neben einer vermehrten Stoffwechselaktivität auch ein intensiver engagiertes Wollen und Handeln ablesen, indem uns etwas «nicht kalt lässt» und wir auf die Anforderungen und Reize der Umwelt antworten.

Im Gegensatz zum cartesischen Dualismus von Geist und Materie – hier geistige Eigenschaften («Steuerprogramm») im Gehirn, da mechanisch seelenloser Körper («Maschine») – hat die Psychosomatik stets die Einheit von Ich (Geist), Seele und Leib betont. Entsprechend äussert sich auch der Hirnforscher Damasio in seinem Buch *Descartes' Irrtum*:

«Geistige Phänomene lassen sich nur dann ganz verstehen, wenn wir die Wechselwirkung des Organismus

mit seiner Umwelt einbeziehen. [...] Ich glaube, dass der Restkörper für das Gehirn mehr leistet als nur Unterstützung und Modulation» (Damasio, 1997, S. 18).

Das Gehirn ist nicht der Sitz des Geistes, sondern – wie an anderer Stelle näher ausgeführt (vgl. Scheurle, 2016) – der Sitz weckender Schrittgeber und Auslöser, die den übrigen Leib und dessen Interaktion mit der Umwelt stimulieren. Das Begreifen und Verstehen der Welt, die sogenannte «Verarbeitung» von Erfahrung und Wissen, findet nicht im Gehirn, sondern im ganzen Leib, in der Wechselbeziehung seiner Organe mit der Umwelt statt. Der ganze Leib ist lernfähig, informiert, emotional, bewusst und handlungsfähig, nicht nur das Gehirn.

Das sagt auch die Sprache, wenn sie unter anderem auf die innere Nähe von «greifen» und «be-greifen» (Begriff), «stehen» und «ver-stehen», «Stand» und «Verstand» hinweist. Beispielsweise wird die wechselseitige Resonanzbeziehung von menschlichem Leib und Umwelt am Verhältnis zur Schwerkraft deutlich, gegenüber welcher jedes Körperteil, jeder ergriffene Gegenstand durch Bewegung und Haltung ins Gleichgewicht mit anderen gebracht, in die vertikale und die anderen Raumesrichtungen eingeordnet wird. Der Verstand setzt Dinge und Prozesse in Beziehung, die fundamental auf dem Stehen und damit der «Stellung» des Leibes zur Erde beruhen – somit ihr Zentrum im Leib und nicht im Gehirn haben.

Hand und Fuss treten in Resonanz zur Umwelt und sind dabei autonom im Dienste von Trieb und Gewohnheit, Gedächtnis und Vernunft tätig, die auch unser Denken leiten. Die Hand ist kein blosser Greifmechanismus, sondern ein selbstständiges, teil-autonomes sensorisches Handlungsorgan. Der Fuss ist kein ferngesteuerter Stehmechanismus, sondern ein selbstständiges Fühl-, Stellungs-, Haltungs- und Bewegungsorgan, das auf die Schwerkraft antwortet und uns die existenzielle Seinsgewissheit gibt:

«Die naheliegendste und grundlegendste Antwort auf die Frage wie wir in die Welt gestellt sind, lautet: Mit den Füßen. [...] Die Gewissheit, dass der Boden, auf dem wir stehen, trägt, gehört zu den fundamentalsten Bedingungen der ontologischen Sicherheit» (Rosa, 2017, S. 83).

Den Verlust der tief begründeten Sicherheit des Standes durch schockhafte oder tragische Ereignisse, die der Verstand nicht mehr bewältigen kann, wird deshalb oft mit dem Bild ausgedrückt, «als werde uns der Boden unter den Füßen weggezogen» (ebd.).

Entsprechend haben die Körperglieder ein relativ selbstständiges Eigenleben, das unser primäres Leibempfinden, unser ich-haftes Daseinsgefühl fundiert. Brustkorb und Kehlkopf, Mund und Lippen usw. sind keine ferngesteuerten, sondern eigenaktive autonome Organe, die primär von sich aus zu den unterschiedlichen Leistungen des Atmens, Sprechens, Singens usw. befähigt und in entsprechende Resonanzbeziehungen eingeordnet sind. Wie sich etwa im Strömen des Ein- und Ausatmens eine gelingende, drückt sich in seinem Stocken die unterbro-

chene Resonanz aus: «Das sympathetische Anhalten des Atems (etwa wenn der Seiltänzer abzustürzen droht) ist dabei selbst Ausdruck eines sozialen Resonanzgeschehens» (ebd., S. 94).

Leibniz versus Descartes

Ein Konzept für das interaktive Verhältnis autonomer Leibesglieder hat Leibniz in seiner Monadenlehre formuliert (vgl. Leibniz, 1949 [1720]). Leibniz, Logiker, Mathematiker und als Philosoph der geistige Antipode Descartes', sieht die Glieder des Leibes, die Bewegungs- und Sinnesorgane, als selbstständige und ganzheitliche Einheiten, sogenannte «Monaden» an (von griech. monas = eins). Sie sind eins mit der Seele, sowohl mit dem Unbewussten als auch mit dem bewussten Ich. Wollen, Empfinden, Erkennen sind keine abstrakt vom Leib abgesonderten Epiphänomene im Gehirn, sondern reale Wechselwirkungen der Leibesglieder mit der Umwelt sowie untereinander.

Im Sinne von Leibniz bestehen Leib und Willkürorgane nicht aus blosser Materie oder ausgedehnter Substanz (wie Descartes annimmt). Vielmehr haben sie selbst kognitive, sensitive und intentionale Eigenschaften. Im Gegensatz zum dualistisch hirngesteuerten Mechanismus der Willkürorgane bei Descartes kann man demnach von einem inneren Selbstsinn der Leibesglieder bei Leibniz sprechen.

Als eigenständige Leib-Seele-Geist-Einheiten stehen die organischen Monaden untereinander in einer hierarchisch abgestuften Wechselwirkung. Einerseits verfügen die Vollzugsorgane über eine gewisse Autonomie und Selbstständigkeit, andererseits gehen die niedrigeren wiederum in grösseren, übergeordneten Einheiten (Monaden) auf. So werden die Zellorganellen von ganzen Zellen, diese vom Gewebe, die Gewebe vom übergeordneten Organ, die kleineren Glieder von grösseren – wie zum Beispiel die Finger von der Hand – umfasst. Demnach sind Körperteile wie Hand, Arme und Beine, Auge und Ohr usw. relativ untergeordnete Monaden, die letztlich vom ganzen Menschen als grösster Einheit (Ich-Monade) umfasst werden.

Das System organischer Wechselwirkungen der Leibesglieder macht eine eigene Kommandozentrale, die vom Gehirn aus den Leib dirigiert, überflüssig. Ernst Sandvoss spricht daher von Leibniz' Monadenlehre zutreffend als von «einem organologischen Ansatz, in dem der Gegensatz von Körper und Geist einer Unterordnung der niederen unter die höheren Geistmonaden weicht» (Sandvoss, 1978, S. 99).

Weil Fähigkeiten und Leistungen nach Leibniz' Konzept nicht von den Willkürorganen isoliert werden können, sind sie auch nicht im Gehirn zu lokalisieren. So sind zum Beispiel die Fähigkeiten zum Gehen und Greifen, zur sexuellen Vereinigung, zur sozialen Fürsorge, zum Sprechen und Verstehen usw. zwar von Hirn- und Nervenfunktionen abhängig, gehen aber unmittelbar vom Leib aus bzw. entstehen im «Dazwischen» von Selbst, Umwelt und sozialen Partnern.

Die Leistungen der Organe sind Antworten auf die Umwelt: Der Schritt, den man geht, die Hand, die einen Gegenstand ergreift, das Auge, durch welches aus Farben, Licht und Schatten Bilder konstituiert werden, Worte, die man spricht, und Gedanken, die man innerlich bildet usw. sind Resonanzen auf die Umwelt mit mehr oder weniger musikalischem Charakter.

Hohlraumbildung und Devitalisierung als Bedingungen für Resonanz

Zur Verstärkung durch Resonanz gehören zwei Vorgänge, die polar zum produktiven Eigenleben des Organismus sind: Hohlraumbildung und Devitalisierung der Organe. Bei beiden Prinzipien wird das organische Wachstum und Eigenleben teilweise aufgeopfert. Stattdessen wird die Fähigkeit gewonnen, das Leben anderer Wesen in sich aufzunehmen, darauf zu antworten und eigene höhere Leistungen entsprechend abzuwandeln.

In den Hohlräumen tritt das Eigenleben der Organe zurück, was neue Funktionen ermöglicht, die für die Resonanzbildung essenziell sind (Resonanzräume von emotionaler und sozialer Lautäußerung, von Musik, Sprache und Gesang). Das Prinzip der Devitalisierung beinhaltet, dass das Eigenleben des Organismus gehemmt und auf ein geringeres Mass reduziert ist. Zu den Organsystemen mit eingeschränkter Vitalität gehören zum Beispiel das Schrittmacherorgan im Herz (Sinusknoten etc.) sowie das zentrale und periphere Nervensystem (Gehirn, Rückenmark, vegetative Nerven). Beim Herzreizleitungs- wie auch beim eigentlichen Nervensystem ist die Fähigkeit zur Eigenbewegung verloren gegangen. Zellteilung und -wachstum sind weitgehend reduziert, was für die Resonanzbildung im Bereich der Hirn- und Nervenfunktion essenziell ist. Dadurch sind Nervenzellen auf die Fähigkeit spezialisiert, Eigenrhythmen und Schrittgeber-Funktionen hervorzubringen, durch die sie mit der Umgebung besonders wirksam in Resonanz treten und kommunizieren können.

Aber auch die übrigen Leibesglieder produzieren aktiv und selbstständig Eigenrhythmen, die mit den neuronalen Schrittgebern gekoppelt sind (Ein- und Ausatmen, Gehen und andere Bewegungsformen etc.). Während in den zuvor genannten Organen die Reduktion der Vitalität dauerhaft ist, findet im übrigen Leib eine ähnliche, allerdings nur temporäre Devitalisierung statt – der Ruhezustand. Der Ruhezustand des Leibes geht mit reduzierter Lebensintensität einher, was für die Resonanzbeziehung mit dem Gehirn eine geeignete Ausgangslage darstellt.

Die Tatsache, dass im Organismus nicht nur Aufbau- und Wachstums-, sondern auch Hemmungs- und «Absterbevorgänge» stattfinden, begünstigt, wie gesagt, die Resonanz, spielt aber auch für die Trägheit sowie die Fähigkeit des Menschen zum Innehalten, zur Gelassenheit eine wesentliche Rolle. Was führt den Ruhezustand herbei? Hier bietet sich ein kleiner Ausflug in die Physiologie an, denn es ist etwas weiter auszuholen.

Die periphere Hemmung – der «Dornröschenschlaf» der Organe

Der Leib geht von selbst immer wieder in den Ruhezustand über. Die physiologische Grundlage dafür bildet die periphere Hemmung (vgl. hierzu Scheurle, 2009, 2016). An den Zellen der Organe bildet sich während des gesamten Lebens eine elektrische Spannung aus (das sogenannte Ruhe-Membranpotenzial, Polarisation), durch die sie inaktiviert und in den Ruhezustand versetzt werden. Um tätig werden zu können, müssen die Willkürorgane jedes Mal wieder durch neuronale Erregungen aus ihrem inaktiven Zustand geweckt (evoziert) werden. Damit nehmen die Organe die Interaktion mit der Umwelt auf, bis sie durch Einsetzen der peripheren Hemmung wieder in den Ruhezustand zurückkehren. Auf dem Prinzip der peripheren Selbsthemmung beruhen unter anderem körperliche Trägheit und Nicht-Tun, Warten und Pausieren, Entschleunigen und Verzögern, Ruhe und Schlaf.

Solange die Aktivität der Sinnes- und Bewegungsorgane gehemmt bleibt, fällt der Leib zunächst in eine Art «Dornröschenschlaf». Werden die Willkürorgane durch die Nervenregungen geweckt, nehmen sie ihre spezifischen Aktivitäten spontan auf und antworten auf die Umwelt: Die Muskeln reagieren mit Depolarisation (Entladung) und bewegen sich. Die Hautrezeptoren antworten auf Druck bzw. Berührung, die Rezeptoren des Auges auf Licht, die Schallrezeptoren des Gehörs auf Töne und Geräusche usw. Bildhaft gesprochen: «Das Dornröschenschloss erwacht.» Kann der Ruhezustand nicht aufgehoben werden, weil ein Hirn- oder Nervenausfall vorliegt, bleibt die periphere Hemmung weiter bestehen: Der Organismus behält den inaktiven Zustand bei; er ist gelähmt und empfindungslos, taub und blind – unfähig zu jeder Form von Eigenaktivität und Resonanz auf die Umwelt.

Im Zentralnervensystem entstehen durch Lernen und Gewohnheit reaktionsbereite Nervenverbindungen², welche die periphere Selbsthemmung durch neuronale Erregungen aufheben. Gliedmassen und Sinnesrezeptoren interagieren von selbst mit der Umwelt – vorausgesetzt die neuronale Weckung aus dem Ruhezustand funktioniert.

Auf der peripheren Hemmung beruht neben der Inaktivität und dem Nicht-Tun auch die Fähigkeit zur Negation, zum Nein-Sagen und Unterlassen. Ich kann Vorgänge abbrechen, die sich im Leib und im Gehirn schon angebahnt haben, indem ich die körperliche Trägheit nutze, loslasse und mich entspanne. Beim bewussten Unterlassen kommen primär die Leibesbewegung, sekundär auch die weckenden Gehirnprozesse zur Ruhe.³

Die Möglichkeit, Dinge sein zu lassen, nicht zu han-

2 Damasio (1997, S. 150) spricht diesbezüglich von «dispositionellen Repräsentationen» – auch das Bild des «Dornröschenschlafes» wird von ihm in diesem Zusammenhang aufgegriffen –, Fuchs (2013, S. 165) spricht von «offenen neuronalen Schleifen».

3 Wie Libet (2005) gezeigt hat und neuere Forschungen von Haynes et al. (2015) bestätigt haben, wirkt der Vorgang des Unterlassens vom Leib auf das Gehirn zurück, indem es das sogenannte Bereitschaftspotenzial (BP) unterdrückt, das damit unwirksam bleibt (vgl. hierzu auch Scheurle, 2017a).

deln, erscheint hierbei als der Schlüssel zur Willensfreiheit. Solange Lebewesen dem unbewussten Willen und Drang zum Leistungsvollzug unterliegen und von neuronalen Resonanzen getrieben werden, kann es keine Freiheit geben.⁴ Diese wird erst durch Nein-Sagen, «Negation des Willens» (vgl. Schopenhauer, 1851) bzw. durch Unterlassen, durch ein «Veto» (vgl. Libet, 2005) möglich. Aufgrund der Freiheit, eine Handlung zu negieren und zu unterlassen, kann man sie in einem zweiten Schritt auch wieder zulassen. Auf dem Umweg der doppelten Verneinung gibt es mithin auch eine Freiheit des Ja-Sagens.

Unterlassen entsteht nicht primär im Gehirn, sondern im ganzen Leib – überall dort, wo die periphere Hemmung den Ruhezustand herbeiführt. Wenn der Mensch eine anstehende Handlung unterlässt, erstirbt diese, was aber erst den Freiraum zu neuer Selbstwirksamkeit schafft. Willensfreiheit ist nur gegeben, wo man bereit ist, mögliche Akte zu unterlassen und von zwei möglichen Optionen eine aufzuopfern.

Die Vielzahl der Resonanzen im Zentralnervensystem – Spiegelneurone

Gehirn und Leib stehen in vielfältigen Resonanzbeziehungen: Das zentrale Nervensystem antwortet auf die Umwelt und weckt durch seine verstärkten Erregungen die Eigentätigkeit der Willkürorgane. Wird etwa die Kniesehne plötzlich gedehnt, antwortet das Rückenmark mit massiven Entladungen und die erregten Oberschenkelmuskeln kontrahieren sich (Patellarreflex). Werden die Sinnesorgane durch Licht oder Schall evoziert, entstehen in der Seh- und Hörrinde evozierte Potenziale (EP), Auge und Ohr werden stimuliert und treten durch ihre sinnesspezifischen Eigentätigkeiten in Interaktion mit der Umwelt.

Begegnen uns Ereignisse, die früheren Erlebnissen ähnlich sind, wird das Leibgedächtnis angeregt (s. u.); die beteiligten Organe geraten in innere Bewegung. Durch Resonanzen im Gehirn werden die sprachlichen, visuellen, gedanklichen und sonstigen Pfade zum Leibgedächtnis geweckt: «Ich erinnere mich».

Entsprechend kooperieren Gehirn und Leib auch beim bewussten Handeln und Bewegen durch Resonanz. Will man eine Handlung vollziehen, reagiert das Gehirn darauf mit einem sogenannten Bereitschaftspotenzial (BP), das die Exzitation der Organe vorbereitet. Die zerebralen Resonanzen treten schon *vor* dem Entschluss auf, das heisst, noch bevor der Mensch weiss, dass er gleich handeln wird. Sieht jemand zum Beispiel einen Apfel griffbereit vor sich,

entsteht in ihm unbewusst die Intention danach zu greifen, auch wenn er es dann unterlassen sollte (Resonanz der sogenannten «kanonischen Neurone», vgl. hierzu Rizzolatti & Sinigaglia, 2008, S. 89, 136, 212; Iacoboni, 2009, S. 25ff.). Die Erregungsprozesse im Gehirn entstehen als neuronale Resonanz auf den unbewussten Willen zum Handeln, der sich als Interaktion mit der Umwelt im «Gestaltkreis» entzündet.⁵

Hier ist nun auf die schon erwähnte zweite Entdeckung der neueren Hirnforschung einzugehen, die sogenannten Spiegelneurone. Der eigentümliche «Resonanzmechanismus» (Rizzolatti) der Spiegelneurone ist zunächst bei Affen entdeckt worden, gilt aber ebenso für andere höhere Organismen (bzw. Primaten). Sieht ein Individuum einem anderen Mitglied seiner Gruppe etwa beim Essen, Kratzen oder Flüchten zu, wird die Aktivität einzelner Nervenzellen – eben der Spiegelneurone – induziert, die in ihm dieselben Regungen weckt. Die Aktivität der Spiegelneurone eines Individuums stellt eine Resonanz auf die Aktion des beobachteten Artgenossen dar bzw. spiegelt diese wider. Indem in den Mitgliedern einer Gruppe ähnliche Reaktionen geweckt werden, können die Spiegelneurone als «Organe der Empathie» verstanden werden (vgl. Rizzolatti & Sinigaglia, 2008; Iacoboni, 2009; Bauer, 2005).

Wir kennen die Neigung mitzulachen, mitzugähnen, mitzumachen usw., wenn ein Anderer etwas tut:

«Wenn wir z. B. ein lächelndes Gesicht sehen, ahnen wir unbewusst das Lächeln nach, zumindest in Form einer leichten Muskelaktivierung – die Entdeckung des Spiegelneuronensystems hat diese Imitationstendenz auch auf neuronaler Ebene bestätigt. Ausdruck übersetzt sich also in Eindruck, in eine Wahrnehmung, die wiederum mit subtiler eigenleiblicher Resonanz verbunden ist» (Fuchs, 2014, S. 6).

Die synchronisierenden Vorgänge im Gehirn bei der Erkenntnisfunktion sind oben bereits beschrieben worden. Mit der Übereinstimmung der Resonanzen im Gehirn und denen des Erlebens schliesst sich der Kreis zu den eingangs geäusserten Überlegungen: Ist der Mensch in responsive, resonante Weltbeziehungen eingebettet, vermag er eine gelingende Selbstwirksamkeit zu erfahren. Umgekehrt entspricht fehlende Resonanz bzw. Desynchronisierung der Hirnrhythmen einer unzureichenden Umweltkohärenz: Kann der Mensch nicht mit der Welt mitschwingen, bleibt sie ihm verschlossen, stumm und er sich selbst unverständlich, fremd.

4 Die Selbsthemmung ist ein peripherer Vorgang in den Willkürorganen (bedingt durch den Aufbau des Ruhe-Membranpotenzials), der dem bewussten freien Unterlassen zugrunde liegt. Er ist von der neuronalen Inhibition als erworbener Leistung zu unterscheiden, wodurch Akte unbewusst gehemmt werden (vgl. Scheurle, 2016, S. 129ff.). Die neuronale Inhibition liegt der unbewussten Unterdrückung und Selektion von Akten zugrunde, während man beim freien Unterlassen die Selbsthemmung des Leibes nutzt und die angespannte Muskulatur wieder loslässt, womit etwa die schon erhobene Hand wieder herabsinkt.

5 Das haben die Versuche zum Bereitschaftspotenzial (BP), ergeben (vgl. Libet, 2005). Vor jeder bewussten oder unbewussten Spontanhandlung wird im Gehirn ein erhöhtes elektrisches Potenzial beobachtet, das der Handlung schon 1–0,5 sec vorhergeht. Das Erstaunliche dabei ist, dass dieses Potenzial auftritt noch bevor dem Akteur bewusst wird, dass er jetzt gleich handeln wird. Das Bereitschaftspotenzial bereitet zwar das Handeln vor, ist aber nicht seine Ursache, die unbestimmt, kontingent bleibt. Lebendige Eigenbewegungen haben keinen eigentlichen Anfang (im Gestaltkreis gibt es keine eigentliche erste Ursache der Bewegung; vgl. hierzu Scheurle, 2017b, Kap. B.6).

Gedächtnis und Resonanz

Zwischen Gedächtnis und Resonanz besteht ein unmittelbar plausibler Zusammenhang. Im Gedächtnis forscht der Mensch nach Kontinuität in der Welt, nach einem übereinstimmenden Zusammenhang des Ganzen. Das Ganze tritt aber nicht in den Einzelheiten, sondern immer nur in ihrem Zusammenklang auf. Gelingendes Erinnern ist ein Grunderlebnis der Resonanz. Besonders bewegend sind die Erinnerungen an wesentliche biografische Momente, wie sie in einem intimen persönlichen und im therapeutischen Gespräch erfahren werden können.

Erinnern ist kein Aufrufen bereits vorhandener, im Gehirn abgespeicherter Informationen, die schon fix und fertig da wären, sondern ein konstruktiver Prozess, bei dem Gedächtnisinhalte – stets etwas verändert und jedes Mal wieder neu – hervorgebracht werden.

Gedächtnisleistungen gehen nicht aus dem Gehirn, sondern aus dem Leib und dessen Gestaltungspotenzen hervor. Das Gedächtnis hat seinen Entstehungsort im ganzen Leib, in jeder Körperzelle, daher spricht man mittlerweile auch vom Leibgedächtnis bzw. «embodied memory» (vgl. hierzu Fuchs, 2008, S. 26). Das Gehirn ist dabei zwar als Auslöserorgan für Wiedererkennen und Erinnern beteiligt, ohne dass jedoch der Gedächtnisvorgang selbst in ihm stattfinden würde. Beim Erinnern werden die ehemals beteiligten Gliedmassen und Sinnesorgane, oft der gesamte Leib in inneres Mitschwingen versetzt, wobei frühere Ereignisse und Empfindungen mehr oder weniger intensiv wachgerufen werden.

Nach Piaget (2003, S. 189) gibt es zwei Arten der Gedächtnisleistung: Erinnern und Wiedererkennen. Erinnerungen sind Gedächtnisleistungen bei abwesendem, Wiedererkennen bei anwesendem Gegenstand. Erinnerungsvorstellungen sind in der Regel bewusst und deklarativ (sogenanntes episodisches Gedächtnis). Wiedererkennen erfolgt dagegen meist unbewusst und implizit – oft ohne überhaupt zu bemerken, dass hier eine Gedächtnisleistung vorliegt.

Vergisst (oder verliert) man Dinge, geht die Kontinuität von Selbst und Umwelt teilweise verloren, der Lebenszusammenhang scheint vorübergehend gerissen. Noch mehr als das Vergessen, bei dem die Erinnerung durch Überlagerung aktiv gehemmt wird, ist unbewusstes Verdrängen ein aktiver Vorgang (vgl. hierzu Freud, 1911; Hofstätter, 1973). Traumatische Ereignisse und ihre schmerzhaften Komponenten werden dabei aus dem Gedächtnis verdrängt. Aufgrund unbewusster Verdrängung wird zwar der Schmerz vermieden, doch da der Patient mit der erlittenen Kränkung weiterleben muss, macht sich die gestörte Umweltkohärenz nun in Form körperlicher Beschwerden bemerkbar (Somatisierung).

Das therapeutische Gespräch als Beispiel einer gelingenden Resonanzbeziehung

Das gelingende Gespräch ist ein Gipfel menschlichen Kulturlebens. Ein gutes Gespräch hängt von der Reso-

nanz zwischen beiden Partnern ab. Es besteht weder nur im Austausch von Informationen, noch im blossen Wortwechsel zweier Menschen zum Austausch von Nachrichten oder Mitteilungen des einen an den anderen. Es konstituiert vielmehr eine lebendige Wechselbeziehung zwischen beiden Partnern, bei der die Resonanz eine entscheidende Rolle spielt. Das blosses Mitteilen und Informieren ist noch kein Gespräch, sondern häufig eine Einbahnstrasse, oft mit sozialem Machtgefälle: Wer «das Sagen hat», teilt sich dem Anderen mit, der es anhört und das Gesagte zu verstehen und möglichst zu befolgen hat. Überall dort, wo wissenschaftliche, wirtschaftliche oder machtpolitische Abhängigkeitsverhältnisse bestehen, leidet das eigentliche Gespräch.

Das Verstummen resonanter Weltbeziehungen – trotz oder gerade wegen der Fülle kommunikativer Medien – scheint damit zu tun zu haben, dass ein massiver Einbruch von Macht in den Alltag der heutigen Bürger das echte Gespräch behindert oder blockiert. (Beispiele eines solchen Machtgefälles, die zur Einschränkung von Gesprächsmöglichkeit führen, sind etwa die Isolierhaft oder auch das Erstattungsgebaren von Krankenkassen!)

Umso bedeutsamer erscheint, dass jedes echte Gespräch – mit den Worten Goethes (1977, S. 375) – «erquicklicher als das Licht» ist. Das Gespräch ist selbst die Urform einer Therapie, nicht nur als Mittel zur Diagnosestellung, sondern auch als Therapieform selbst. Trifft eine Frage den entscheidenden Punkt von Krankheitsgenese und Biografie, kommt es oft zu einer magischen Resonanz: Die Gründe des Leidens enthüllen sich beiden, Therapeut und Patient übereinstimmend und gemeinsam, oft gleichzeitig. Resonanz in geglückter Koinzidenz beider Partner hat nach meiner ärztlichen Erfahrung wesentlichen Anteil am gelingenden therapeutischen Prozess.

Verborgene Krankheitsstufen freilegend, kommt es so stets wieder zu neuen Erkenntnissen und Diagnosen. So liegt hinter einer psychosomatischen oder psychischen Störung, einer Anpassungsstörung, einem Trauma usw. oft ein konflikthafte Beziehungsmuster, dahinter ein Familiendrama. Wie kommt der Therapeut aber darauf, dass der zuletzt erhobene Befund nicht der entscheidende und wohl noch nicht der letzte Fund ist? Er spürt es durch Resonanz im eigenen Erleben. So formuliert der amerikanische Psychiater J. C. Nemiah (1989):

«*Wir selbst* sind das Instrument, das die Tiefen der Seele des Patienten sondiert, das mit seinen Gefühlen mitschwingt, seine verborgenen Konflikte entdeckt und die Gestalt seiner wiederkehrenden Verhaltensmuster erkennt» (zit. n. Fuchs, 2016, S. 14).

Literatur

- An der Heiden, U. & Schneider, H. (2007). *Hat der Mensch einen freien Willen? Die Antworten der grossen Philosophen*. Stuttgart: Reclam.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle was du fühlst*. Hamburg: Hoffman und Campe.
- Buzsáki, G. (2006). *Rhythms of the Brain*. Oxford/New York: Oxford University Press.

- Damasio, A.R. (1997). *Descartes' Irrtum*. München: DTV.
- Descartes, R. (1971 [1641]). *Meditationes de prima philosophia*. Übers. und hrsg. von G. Schmid. Stuttgart: Reclam.
- Freud, S. (1956). *Psychopathologie des Alltagslebens*. Frankfurt a. M./Hamburg: Fischer.
- Fuchs, T. (2008). Leibgedächtnis und Lebensgeschichte. In F.A. Friedrich, T. Fuchs, J. Koll, B. Krondorfer & G.M. Martin (Hrsg.), *Der Text im Körper. Leibgedächtnis, Inkarnation und Bibliodrama* (S. 10–40). Hamburg: EB-Verlag.
- Fuchs, T. (2013 [2008]). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2014). Leibliche und zwischenleibliche Resonanz. Vortrag in Jena, 31.06.2014 [unveröffl. Manuskript].
- Fuchs, T. (2016). «Zwischen Psyche und Gehirn. Zur Standortbestimmung der Psychiatrie». Vortrag beim DGPPN-Kongress, Berlin 23.11.2016 [unveröffl. Manuskript].
- Goethe, J.W. (1977). Unterhaltungen deutscher Ausgewanderten. *Sämtliche Werke Bd. 9* (S. 369–402). Zürich: Artemis.
- Hahn, G., Bujan, A.F., Frégnac, Y., Aertsen, A. & Kumar, A. (2014). Communication through resonance in spiking neuronal networks August 28. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1003811>.
- Haynes, J.D., Schulze-Kraft, M., Birman, D., Rusconi, M., Allefeld, C., Görge, K., Dähne, S. & Blankertz, B. (2015). The point of no return in vetoing self-initiated movements. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, Dec. 2015*, 1080–1085 [DOI: 10.1073/pnas.1513569112].
- Hofstätter, P.R. (1973). *Psychologie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Iacoboni, M. (2009). *Woher wir wissen, was andere denken und fühlen – Die neue Wissenschaft der Spiegelneuronen*. München: DVA.
- Leibniz, G.W. (1949). *Die Hauptwerke. Monadologie*. Stuttgart: Alfred Kröner. S. 130–150.
- Libet, B. (2005). *Mind Time. Wie das Gehirn Bewusstsein produziert*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [engl. Orig.: *Mind Time. The Temporal Factor in Consciousness*. Cambridge, Mass./London: Harvard University].
- Nemiah J.C. (1989). The varieties of human experience. *British Journal of Psychiatry*, 154, 459–466.
- Piaget, J. (1992). *Biologie und Erkenntnis*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Neuroscience*, 2, 661–70.
- Rosa, H. (2017). *Resonanz – Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
- Sacks, O. (2009). *Der einarmige Pianist – Über Musik und das Gehirn*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Sandvoss, E.R. (1978). *Gottfried Wilhelm Leibniz. Jurist – Naturwissenschaftler – Politiker – Philosoph – Historiker – Theologe*. Göttingen: Musterschmidt.
- Scheurle, H.J. (1984). *Die Gesamtsinnesorganisation*. Stuttgart: Thieme.
- Scheurle, H.J. (1986). Der Gestaltkreis Viktor von Weizsäckers als Ausgangspunkt einer neuen Sinneslehre. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 31–40). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Scheurle, H.J. (1997). Neue Wahrnehmungskonzepte im 20. Jahrhundert. Sinne als Gestaltungsaufgabe. In B. Hanel & R. Wagner (Hrsg.), *Spannungsfeld Kunst* (S. 13–37). Stuttgart/Berlin: Mayer.
- Scheurle, H.J. (2009 [2007]). *Hirnfunktion und Willensfreiheit. Eine minimalistische Hirntheorie*. Bad Homburg: VAS.
- Scheurle, H.J. (2016 [2013]). *Das Gehirn ist nicht einsam – Resonanzen zwischen Gehirn, Leib und Umwelt*. Mit einem Geleitwort von Thomas Fuchs. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scheurle, H.J. (2017a). Der Punkt ohne Wiederkehr. Neue Versuche zur Willensfreiheit. *Die Drei*, 5, 13–23.
- Scheurle, H.J. (2017b). *Hirnfunktion und Willensfreiheit. Die periphere Hemmung – das missing link der Hirntheorie* (3. Aufl, im Druck). Bad Homburg: VAS.
- Schopenhauer, A. (1851). Nachträge zur Lehre von der Bejahung und Verneinung des Willens zum Leben. In ders., *Parerga und Paralipomena. Kleine philosophische Schriften. Bd. 3* (S. 297–308). Stuttgart/Berlin: Cotta.
- Singer, W. (2007). Binding by Synchrony. Scholarpedia, the free peer reviewed encyclopedia.
- Singer, W. & Ricard, M. (2008). *Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog*. Berlin: Suhrkamp.
- Singer, W. (2009). Consciousness and Neuronal Synchronization. In S. Laureys & G. Tononi (Hrsg.), *The Neurology of Consciousness* (S. 43–52). San Diego/London/Boston/New York: Academic Press.
- Uexküll, T. (1976). *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Uhlhaas, P.J. & Singer, W. (2006). Neural synchrony in brain disorders: Relevance for cognitive dysfunctions and pathophysiology. *Neuron*, 52, 155–168.
- Uhlhaas, P. (2011). *Das adoleszente Gehirn*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weizsäcker, V. (1943). *Der Gestaltkreis – Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Leipzig: Thieme.

Psychosomatic Approaches in Psychotherapy

Based on new research approaches the term resonance will be illuminated in regard to its relevance for psychosomatics. The following reflections will take into account body-phenomenology from medicine, neural synchronisation as well as mirror neurons from neurophysiology, essential amplification of oscillations through resonance from physics and «answers» and the «silent» world relationship by H. Rosa from sociology. A theory of world relationships through resonance is indicated and illustrated by examples.

It will be shown that the resonance theory can illuminate psychosomatic core terms. Thus, for example, it can explain the unity of body and soul (e.g. mind or I), body memento and memory, which illustrate the dynamics of the environment as resonance space of the senses as well as the idle state (pause, non-action).

The integration of resonance processes for brain function is of particular importance. Instead of a brain theory, which mystifies and projects the mind into nerve networks, the mind is present throughout the body and in every cell. Not the dualism of body and mind by Descartes but the body-mind-spirit-unity (monad) in respect to Leibniz is an appropriate approach: Brain and body are not in a causal but a partner-like relationship. Therefore, the theory of a centralised cerebral control function should be replaced by a theory of brain resonance (Comparison, e.g. Buzsáki [2006] as well as Hahn et al. [2014]).

Key words: Law of attraction, Gestaltkreis, Body-Soul-Spirit-Unity, Leibniz vs. Descartes, Brain Theory, Brain as a Resonant Organ, Body Memento

Approcci psicosomatici in psicoterapia

A seguito di nuovi approcci di ricerca è stato esposto nella sua rilevanza per la psicosomatica il concetto di risonanza. Dalla fenomenologia del corpo, dalla neurofisiologia vengono compresi nelle riflessioni la sincronizzazione neuronale e i neuroni a specchio, dalla fisica il potenziamento delle vibrazioni tramite risonanza, dalla sociologia la relazione col

mondo «risonante» e «muta» (Rosa). Viene abbozzata una teoria della relazione col mondo nei fondamenti e provata con esempi.

Si dimostra che importanti concetti di base della psicosomatica possono essere chiarificati mediante una teoria della risonanza. In questo modo nella sua dinamica vengono spiegati ad esempio l'unità corpo e anima (o spirito e Io), memoria corporea e ricordo, ambiente come spazio di risonanza del senso e infine stato di riposo (pausa, non-azione).

Un significato particolare il coinvolgimento dei processi di risonanza per la funzione del cervello. Contrariamente alla teoria del cervello, che proietta lo spirito nelle reti neuronali in modo mistificatorio, esso è presente nell'intero organismo e in ogni cellula. Quindi un adeguato approccio mentale non è il dualismo di corpo e mente nel senso di Cartesio, bensì l'unità corpo-anima-spirito (monade) nel senso di Leibniz: il cervello e il resto dell'organismo non stanno in una relazione di causa ed effetto, bensì in un rapporto di collaborazione. La teoria che parla di una funzione di controllo del cervello dovrebbe pertanto in futuro essere sostituita da una teoria della risonanza del cervello (Cfr. Ad es. Buzsáki [2006] e Hahn et al. [2014]: la comunicazione tra «reti deboli e remote» funziona solo «mediante risonanza»).

Parole chiave: principio di risonanza, circuito della Gestalt, unità corpo-anima-spirito, memoria del corpo

Der Autor

Dr. med. Hans Jürgen Scheurle ist Physiologe und Arzt, Autor und Dozent in Badenweiler (D). Studium der Medizin in München und Marburg/Lahn. Ehem. Doktorand und wiss. Assistent am Institut für Physiologie der Universität Marburg. Hauptforschungsgebiet ist die Phänomenologie der Sinne und die Funktion des Gehirns. Seminare zur Wahrnehmungsschulung. Konzept eines Parks der Sinne in Badenweiler (eröffnet 2011). – Lehre in Embryologie und medizinische Ethik u. a. in Stuttgart, Fulda und Basel. Fortbildung und Supervision für Psychosomatik an der Klinik Lahnhöhe (D).

Kontakt

Hans Jürgen Scheurle
D-79410 Badenweiler
Unterer Kirchweg 13
www.sinnspark.de
sinnspark@t-online.de

«Résonances dans la relation thérapeutique»

Approches psychosomatiques dans la psychothérapie

Hans Jürgen Scheurle

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 49 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Mots-clés : Principe de résonance, circuit de la structure, unité corps-âme-esprit, Leibniz vs. Descartes, théorie du cerveau, cerveau comme organe de résonance, mémoire corporelle

En partant de nouvelles approches de la recherche, le terme de résonance est présenté dans sa pertinence en psychosomatique. La phénoménologie corporelle à partir de la médecine, une synchronisation neuronale et un neurone « miroir » à partir de la neurophysiologie, le renforcement fondamental des vibrations dues à la résonance à partir de la physique, la relation mondiale (Rosa) « répondante » et « silencieuse » à partir de la sociologie sont intégrés dans les réflexions. Une théorie des relations mondiales par la résonance est suggérée dans de grandes orientations et démontrée par des exemples.

Il est démontré que des notions fondamentales psychosomatiques essentielles peuvent être mises en évidence dans une lumière plus intense par une théorie de la résonance. Ainsi peuvent s'expliquer dans leur dynamique par exemple l'unité du corps et de l'âme (par ex. l'esprit ou le Moi), la mémoire corporelle et le souvenir, l'environnement comme chambre de résonance des sens et enfin l'état de calme (faire une pause, ne pas agir).

L'intégration de processus de résonance pour la fonction cérébrale a une importance particulière. À la place d'une théorie du cerveau qui projette l'esprit de

façon mystifiante dans les réseaux nerveux, l'esprit est présent dans tout le corps et dans chaque cellule. La dualité du corps et de l'esprit au sens de Descartes n'est pas une approche de pensée adaptée, mais plutôt l'unité corps-âme-esprit (*Monas*) au sens de Leibniz : Le cerveau et le reste du corps ne sont pas dans une relation de causalité, mais plutôt de partenariat. La théorie d'une fonction de commande cérébrale devrait donc être à l'avenir remplacée par une *théorie de la résonance du cerveau*.

L'auteur

Hans Jürgen Scheurle, Dr. med., est physiologiste et médecin, auteur et maître de conférences à Badenweiler (D). Ancien doctorant et assistant académique à l'Institut de physiologie de l'université de Marburg. Son principal domaine de recherche est la phénoménologie des sens et le fonctionnement du cerveau. Séminaire sur la formation en prise de conscience. Conception du Parc sensoriel à Badenweiler (ouvert en 2011). Enseignement en embryologie et éthique médicale entre autres à Stuttgart, Fulda et Bâle.

Psyche und Körper

Zur Psychoneuroimmunologie körperlicher Erkrankungen

Volker Tschuschke

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 51–60 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Zusammenfassung: Die innerorganismischen Zusammenhänge zwischen psychischem Erleben, Stressentstehung und -auswirkungen werden dargestellt. Die dabei erkennbar werdende Bedeutung eines positiven psychischen Erlebens für die Gesundheit einerseits und – im Falle negativen Erlebens – ein Erkrankungsrisiko andererseits rücken zwangsläufig psychologische und psychotherapeutische Interventionsmassnahmen in ein neues Licht. Gerade psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsmassnahmen bewirken nachweislich eine Eingriffs- und Korrekturmöglichkeit in einen durch Angst oder Depression ausgelösten Teufelskreis, der das Individuum in einer chronischen Stresssituation gefangen hält. Die spezifischen Ziele von psychologisch-psychotherapeutischen Interventionsmassnahmen bei schweren körperlichen Erkrankungen sind die Auflösung der chronischen Stresslage durch den Erwerb von Krankheits-Bewältigungsstrategien.

Schlüsselwörter: Psychoneuroimmunologie, Stress, Coping, Krebs und Coping, Psychotherapie bei Krebs

«Skotome» der modernen Medizin

Für den Fortschritt der medizinischen Forschung können Psyche, Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem nicht länger unabhängig voneinander betrachtet werden, sondern müssen auf ihre vielfältigen Verbindungen hin untersucht werden (vgl. Schubert, 2011a). Bereits in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts bezeichneten von Uexküll und Wesiack (2003, S. 6) die Blindheit der etablierten Medizin für diese extrem wichtigen wechselseitigen Einflüsse als «Skotom für psychische Vorgänge». Schubert (2011b) ist der Meinung, die moderne biomedizinisch orientierte Medizin mache einen Bogen um die mit lebendigen Menschen verbundenen Verhaltensdaten, weil diese Ängste berührten, sodass sie wie in einer Gegenübertragung abgewehrt werden müssten. Heutigen Medizinstudenten begegnet während ihres Studiums kaum der menschliche Faktor: Ein Umgang mit dem lebendigen Menschen, seinen Ängsten und seinem Krankheitserleben ist in der Regel nicht vorgesehen. Dies dürfte dem dominanten Einfluss des Cartesianismus in der Entwicklungsgeschichte der Medizin zuzuschreiben sein, einer naturwissenschaftlichen Sicht mit einer ausschliesslich rationalen, materialistischen Denkweise. Vor diesem geschichtlichen Hintergrund etablierte sich eine Medizin, die jegliches menschliche Erleben aus ihrem Denken verbannte. Einzig die psychosomatische Medizin schlägt die Brücke zwischen Soma und Psyche, fristet aber vergleichsweise ein Schattendasein im Fächerkanon der Gesamtmedizin.

Die sprechende Medizin verdient kaum Geld. Es scheint, als ob dies politisch gewollt wäre. Durch den Einsatz von Apparaten und die Verschreibung von Me-

dikamenten wurde ein medizinisch-industrieller Komplex errichtet, der eine Ökonomisierung der Medizin bewirkte (vgl. hierzu Maio, 2013). Der Arzt-Patienten-Beziehung und der Sprache, die beide das Erleben des Patienten beeinflussen bzw. transportieren, wird praktisch keine Bedeutung beigemessen. Eine solche Medizin interessiert nicht die hochkomplexen und im Grunde unvermeidlich wichtigen Verschaltungen zwischen dem Erlebenssystem und dem Rest des Organismus für Krankheitsentstehung und -verlauf. Dass eine solche Vernachlässigung in eine Sackgasse führt, weil sie Erkrankungsgründe und Bedingungsbeziehungen nicht versteht, die eine Genesung erschweren oder sogar unmöglich machen, ist die logische Konsequenz. Die Medizin der Zukunft wird umdenken müssen. Dabei sind die wissenschaftlichen Grundlagen längst bekannt.

Gehirnaktivität und Körperreaktionen

Es gibt unzählige Verbindungen des Zentralnervensystems (ZNS) – speziell dem Gehirn – mit lebenswichtigen Funktionsbereichen des Organismus. Im Gehirn, der Schalt- und Steuerzentrale für den gesamten Organismus, laufen alle Fäden zusammen. Das «Erlebenssystem» im Gehirn ist zuständig für eine angemessene Reaktion auf die Erfordernisse, die dem Organismus durch Umwelteinflüsse und Bedrohungen entstehen. Es umfasst alle sinnesphysiologischen Bereiche (Sehen, Hören, Fühlen, Schmecken, Riechen etc.). Einer gefährlich-bedrohlichen Situation muss umgehend und angemessen begegnet werden, sonst läuft der Organismus unmittelbare Gefahr, verletzt oder gar zerstört zu werden. Die Evolution stellte

allen Lebewesen ihre je spezifischen Schutzmassnahmen zur Verfügung, um so das Überleben der Arten zu sichern. Jede lebende Spezies hat mit jeder anderen drei grundsätzliche Möglichkeiten gemein: Kampf, Flucht oder Erstarrung (fight – flight – freeze). Diese basalen Funktionsweisen sind genetisch fest einprogrammiert und laufen unwillkürlich ab. Das heisst, hierzu benötigt der Organismus zunächst grundsätzlich keinerlei intellektuelle Verarbeitung, das könnte wertvolle Zeit kosten. Die Reaktionen des Organismus auf potenzielle Gefahren laufen automatisch und blitzschnell in kortikalen und subkortikalen Bereichen ab, innerhalb von Millisekunden.

Die Stressreaktion des Organismus (Abbildung 1) bewirkt eine unmittelbare Einleitung von Schutzmassnahmen. Sinnesphysiologisch aufgenommene Reize aus der Umwelt gelangen – unter Hinzuziehung des präfrontalen Kortex – in limbische Bereiche, über den locus coeruleus im Stammhirn auf der Seite des sympathischen Nervensystems (der SAM-Achse) zum Nebennierenmark und auf der Seite der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA), speziell über den Hippocampus, die Amygdala (Angst- und Aggressionszentrum), den Hypothalamus und die Hypophyse zur Nebennierenrinde. In der Nebennierenrinde wie dem Nebennierenmark werden die Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin produziert.

Abbildung 1 verdeutlicht, dass Stresshormone wie Cortisol (Adrenalin) und Katecholamine ausgeschüttet werden, um das Immunsystem unmittelbar zu beeinflussen, indem sie es dämpfen. Die Immunaktivitäten des Organismus werden durch die Verbindungen der relevanten Areale des limbischen Systems im Mittelhirn (Hippocampus, Amygdala, medialer/orbitaler präfrontaler Kortex) zu den Corticotropin-releasing-Hormon (CRH)/Arginin-Vasopressin-Neuronen des Hypothalamus und

zu den zentralen katecholaminergen Neuronen des Locus coeruleus/Noradrenalin-Systems gedämpft. Diese zentralen Komponenten des Stresssystems werden stimuliert, sodass es über die HPA- und die SAM-Achsen zur Freisetzung von Cortisol bzw. Adrenalin und Noradrenalin kommt (vgl. Schubert, 2011a, S. 68; Tschuschke, 2011a, S. 264). Die Folgen sind eine Verminderung der Typ 1-T-Helferzellen (TH1-T-Helferzellen sind an der zellulären Immunität beteiligt) und eine Erhöhung der Typ 2-T-Helferzellen (TH2-T-Helferzellen sind an der humoralen Immunität beteiligt) (TH1/TH2-shift, auch CD4-/CD8-ratio genannt). Die T-Helferzellen Typ 1-Immunantwort wird nach Schubert in der Literatur wechselweise als «zelluläre» oder «proinflammatorische Immunität» und die T-Helferzellen Typ 2-Immunantwort als «humorale» oder «antiinflammatorische Immunität» bezeichnet. Die T-Helferzellen gehören zum erworbenen Immunsystem, während zum Beispiel die natural killer cells (NK-Zellen) spezialisierte Teile des angeborenen Immunsystems sind.

Der Organismus wird in den Alarm-Modus geschaltet (Abbildung 2).

1. **Nervöses System:** Unter Stress – physisch oder psychisch – schaltet der Organismus seine Energie-Ressourcen um in den Kampf-Modus gegen die Gefahr. Im Kampf-Flucht-Modus signalisiert das sympathische Nervensystem den Drüsen, Adrenalin und Cortisol auszuschütten. Diese Hormone veranlassen das Herz, schneller zu schlagen, erhöhen den Blutdruck, vermindern den Verdauungsprozess, lassen den Glukose-Level stark ansteigen und katapultieren Glukose in den Blutkreislauf.
2. **Muskel-Skelettsystem:** Im Stress-Modus wird der Muskeltonus bedeutsam erhöht. Diese Anspannung bewirkt über eine längere Dauer Spannungskopfschmerz, Migräne und verschiedene muskuläre Skelettzustände.

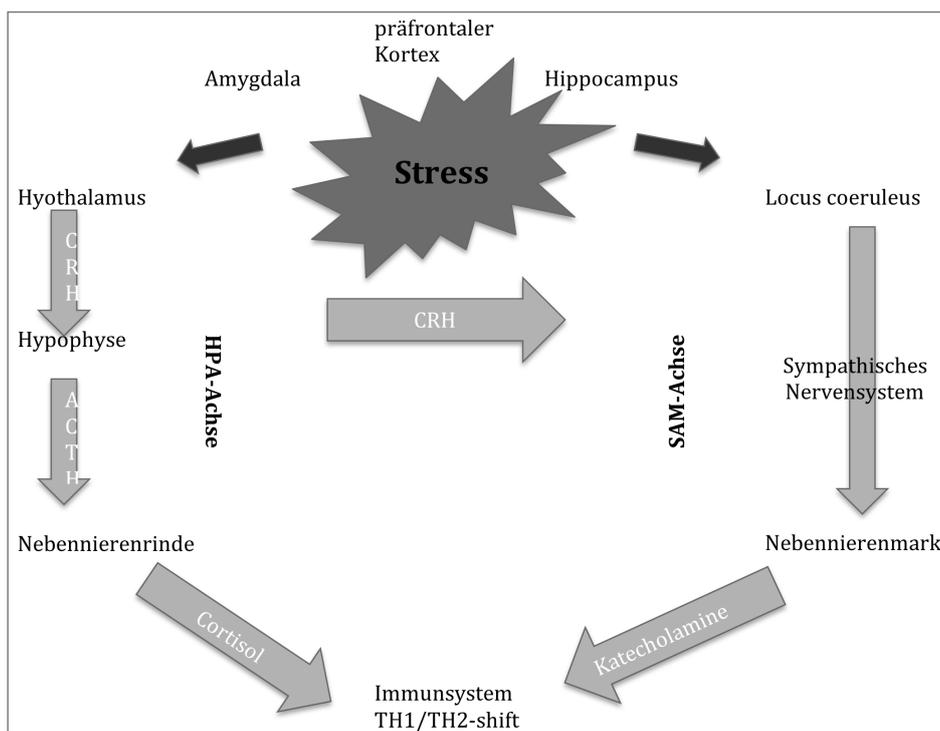


Abbildung 1: Komponenten des Stresssystems und ihre Verbindungen zum Immunsystem (Schubert, 2011b)

3. **Respiratorisches System:** Stress beschleunigt die Atemfrequenz – oder bewirkt Hyperventilation – was individuell Panikattacken auslösen kann.
4. **Kardiovaskuläres System:** Akuter Stress beschleunigt die Herzfrequenz und veranlasst das Herz zu stärkeren Kontraktionen. Blut wird zu den grossen Muskeln von dem nun geweiteten Herzen transportiert, indem die Blutmenge erhöht wird (zusätzlich werden Reserven aus der Leber in den Blutkreislauf gepumpt). Dieses Blut wird in die verschiedenen Körperbereiche zu den Muskeln gepumpt (erhöhter Sauerstoffbedarf). Wiederholte akute Stresssituationen

- 1
Nervöses System
- 2
Muskuläres System
- 3
Respiratorisches System
- 4
Kardiovaskuläres System
- 5
Endokrines System
- 6
Gastrointestinales System
- 7
Reproduktives System



Abbildung 2: Stressreaktionen des Organismus

können inflammatorische Prozesse (Entzündungen) in den koronaren Arterien verursachen, die als Ursache für Herzinfarkte angesehen werden.

5. **Endokrines System:** Im gestressten Zustand senden adrenerge Zellen im Gehirn ausgehend vom Hypothalamus – und anderen Bereichen (siehe Abbildung 1) – Signale an die Nebennierenrinde und das Nebennierenmark, damit Stresshormone produziert werden. Wenn Cortisol und Epinephrine (Adrenalin und Noradrenalin) freigesetzt werden, produziert die Leber mehr Glukose, einen Blutzucker, der unmittelbar die Energie für den «Kampf-Flucht-Modus» liefert.
6. **Gastrointestinales System:** Stress kann dazu führen, dass wir deutlich mehr oder viel weniger essen als üblich. Mehr zu essen, ungewöhnliches Essen zu sich zu nehmen bzw. eine Steigerung des Tabak- oder Alkohol-Konsums können zu Herzproblemen oder Säure-Reflux im Bereich der Speiseröhre beitragen. Der Magen kann mit Krämpfen oder sogar Übelkeit und Schmerzen reagieren. Wird der Stress unerträglich, kann dies zu Erbrechen führen. Stress kann die Verdauung und den Metabolismus im gastrointestinalen Bereich ungünstig beeinflussen. Auch kann er die Geschwindigkeit beeinflussen, mit der die Nahrung durch den Körper wandert, von der Diarrhoe bis zur Obstipation können die Folgen reichen.
7. **Reproduktives System:** Exzessive Cortisol-Ausschüttungen können in Menschen die normalen Funktionen des reproduktiven Systems negativ beeinflussen. Bei Männern kann chronischer Stress die Produktion von Testosteron und die Spermien-Produktion behindern und zu Impotenz führen.

Bei Frauen kann Stress ein Ausbleiben der Menstruation oder eine gestörte Menstruation mit gesteigerten Beschwerden bewirken. Ebenfalls kann die sexuelle Lust gestört werden.

Aufgrund der durch die Stressreaktion bewirkten Veränderungen der normalen Körperfunktionen und durch die verminderten Aktivitäten des Immunsystems wird es Bakterien und Viren möglich, in den Organismus einzudringen – die Entstehung von Krankheiten wird damit erleichtert. Psychische Belastungen aktivieren die beschriebenen neuro-humoralen Strukturen, es kommt im Zuge einer chronischen Überaktivierung des Stresssystems zu Entzündungsprozessen im Organismus, einer verminderten Wundheilung und erhöhten viral bedingten (Krebs-) Erkrankungsrisiken.

Unter Anführung einer ganzen Reihe von Studienbefunden schlussfolgert Schubert (2011a), dass es heute nicht mehr infrage stehe, dass der Prozess der Wundheilung bei Angst, Depression und Schmerzen wie auch durch psychosoziale Stressoren gestört werde.

«Angesichts der [...] deutlich gewordenen signifikanten, oftmals linearen Verbindungen zwischen psychischen Belastungsfaktoren und erhöhtem Infektionsrisiko und Verschlechterungen des Zustands bei Viruserkrankungen verwundert es, wie zum Teil fahrlässig ignorant die medizinischen Leistungs- und Entscheidungsträger mit diesem Thema [...] umgehen» (Schubert, 2011a, S. 75).

Psychoneuroimmunologie

Die Psychoneuroimmunologie (PNI) hat ihre Ursprünge in der Medizin der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts, eng verbunden mit Namen wie Robert Ader und Janice Kiecolt-Glaser. Die Bezeichnung PNI umfasst drei wichtige Bereiche, die untrennbar miteinander verwoben sind und miteinander kommunizieren: die Psyche, die Neurologie und die Immunologie.

«[D]ie Psychoneuroimmunologie befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen dem Nervensystem, dem Hormonsystem und dem Immunsystem» (Schedlowski & Tewes, 1996, S. VII).

Die Grundlagenforschung Ende der 80er Jahre erbrachte das überraschende Ergebnis, dass nicht nur psychische Faktoren das Immunsystem beeinflussen, sondern dass auch umgekehrt immunologische Aktivität in der Lage ist, Erleben und Verhalten zu verändern («Immuno-neuropsychologie» nach Dantzer, vgl. Schubert, 2011a). So riefen proinflammatorische Zytokine über die Aktivierung zentraler hypothalamischer Kernstrukturen psychische Beschwerden depressiver Qualität wie Stimmungsveränderungen, Antriebsstörung, Libidoverlust, Erschöpfung, sozialen Rückzug, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen hervor. Dieses Beschwerdebild ging als sogenanntes «sickness behavior» in die Literatur ein.

Aktivitätsveränderungen im ZNS können über neuronale, humorale und immunologische Prozesse Gesundheit und Krankheit beeinflussen (vgl. Schubert, 2011a). In erster Linie bedeutet dies, dass psychologisch

an den Stressreaktionen angesetzt werden muss. Forschungsergebnisse in der Medizin verweisen seit langem darauf, dass Stress (gemeint ist der negative Stress, als «distress» bezeichnet) – vor allem chronischer Stress – zu den verschiedensten Erkrankungen führt. In der Psychoonkologie hat sich inzwischen die Erkenntnis durchgesetzt, dass chronischer Stress und Depression das Krebsrisiko und die Krebssterblichkeit signifikant erhöhen können (vgl. hierzu Kissane, 2009; Batty et al., 2017). Ein erfolgreiches Stressmanagement erlaubt es, besser mit Stresssituationen (denen stets Angst zugrunde liegt) umzugehen, zum Beispiel durch den Einsatz hilfreicher, aktiver Bewältigungsstrategien (sogenannter «Coping-Strategien»), zu denen dann die Regulation negativer Emotionen, Techniken der kognitiven Umstrukturierung, Entspannungsverfahren, der Aufbau bzw. die Inanspruchnahme von Ressourcen wie sozialer Unterstützung gehören usw. (vgl. Tschuschke et al., 1994; Tschuschke, 2011a; Weber et al., 2011).

Nicht alle Menschen werden durch schwere oder schwerste Erlebnisse und Belastungen traumatisiert und andauerndem Stress ausgesetzt. Dieses «Rätsel der seelischen Gesundheit» (Tress, 1986) verweist auf Strukturen und Ressourcen menschlicher Persönlichkeit, die das Individuum davor schützen, zu erkranken. Robustere Naturen benötigen keine Hilfe von dritter Seite, sie verfügen offensichtlich über Ressourcen («Selbstheilungskräfte» im somatischen oder psychischen Sinne) und eine Stabilität ihrer Grundpersönlichkeit, die sie davor bewahrt, traumatisiert zu werden oder psychisch zu dekompensieren. Dagegen erleiden aber zwischen 10 Prozent und 40 Prozent aller an Krebs Erkrankten aufgrund der Diagnose und/oder der onkologischen Behandlungsmassnahmen eine Traumatisierung im Sinne einer PTSD-Diagnose (vgl. hierzu ausführlicher Tschuschke, 2011a). Traumatisierungen selbst wiederum gehen mit einer erheblichen Stressbelastung des Organismus einher, sodass eine psychoonkologische Unterstützung dringend angezeigt ist. Der Organismus benötigt alle möglichen Energien und Kräfte, um der lebensbedrohlichen Erkrankung mit all ihren schwer belastenden Begleiterscheinungen (Chemo-, ggf. Bestrahlungstherapie, chirurgische Eingriffe, aggressives Tumorstadium, zusätzlich psychosozialer Stress) begegnen zu können. Das oberste Gebot lautet, die Stressreaktionen des Organismus herunter zu regulieren, was stets Arbeit an der Angst bedeutet. Dies kann nur durch psychologische Massnahmen erfolgen. Entweder verfügt das Individuum selbst über eigene Ressourcen der Krisenbewältigung, findet Mittel und Wege, sich Hilfen zu holen wie zum Beispiel Unterstützung von sozial wichtigen Personen, oder es benötigt professionelle Hilfe durch Ärzte oder Psychotherapeuten (siehe Abschnitt «Psychotherapie und Krebs»).

Am Beispiel der vermutlich massivst möglichen Bedrohung wie die einer Krebserkrankung sollen im Folgenden die Zusammenhänge zwischen extrem belastenden Lebensereignissen, chronischen Stresssituationen und Erkrankungsrisiken dargelegt werden.

Belastende Lebensereignisse, chronischer Stress und Krebserkrankung

In einer grossen Metaanalyse, die in einem Zeitraum von 30 Jahren ausschliesslich prospektiv angelegte Studien zu den Zusammenhängen zwischen psychosozialen Einflussfaktoren und Krebsentwicklung einschloss, kam Garssen (2004) zu dem Ergebnis, dass 70 Prozent aller Studien (49 von 70 Studien) signifikant positive Zusammenhänge zwischen belastenden psychosozialen Variablen und dem Krankheitsverlauf aufwies. Die markanten Variablen waren Belastungen durch Hilflosigkeitsgefühle und die Unterdrückung von Emotionen, auch ergaben sich deutliche Tendenzen für eine geringe soziale Unterstützung und chronische Depression (vgl. Tschuschke, 2011a). Hilflosigkeitsgefühlen liegt Angst zugrunde, die Unterdrückung dieser Angst löst gerade nicht das Problem, sondern führt im Gegenteil zu Dauerstress.

Peled et al. (2008) wiesen nach, dass mindestens ein schwer belastendes Lebensereignis signifikant positiv korreliert war mit einer späteren Brustkrebserkrankung bei 622 Frauen. Auch Scherg und Blohmke (1988) untersuchten den Einfluss von vier verschiedenen belastenden Lebensereignissen bei Frauen für ein Krebsrisiko. Bei 2.765 Frauen mit entweder diagnostizierter Brustkrebserkrankung, einer anderen Krebserkrankung oder Frauen ohne Symptome ergab sich, dass mindestens drei von vier kritischen Lebensereignissen jeweils in einer statistisch signifikanten Beziehung zu einer Krebserkrankung standen (vgl. Tschuschke, 2011a):

- der Tod der Mutter während der Kindheit (vor dem 16. Lebensjahr) oder
- geschiedene, getrennte, verwitwete Eltern (zu irgendeinem Zeitpunkt) oder
- mindestens ein traumatisches Erlebnis im Zweiten Weltkrieg

Telarovic et al. (2006) ermittelten in einer retrospektiven Studie den Einfluss der Jugoslawien-Kriege (der Kroatienkrieg dauerte von 1991 bis 1995) auf ein erhöhtes Risiko für eine spätere Tumorerkrankung des Zentralen Nervensystems und kamen zu signifikanten Zusammenhängen mit belastenden (traumatisierenden) Lebensereignissen (zit. bei Tschuschke, 2011a). 364 an Krebs erkrankte Patienten eines Krankenhauses in Kroatien, die zwischen dem 1. Januar 1986 und dem 31. Dezember 2000 mit ZNS-Tumoren in der Abteilung für Neurologie vorgestellt wurden, wurden mit Daten des kroatischen Zensus aus dem Jahre 2001 verglichen. Unter Berücksichtigung basaler demografischer Merkmale sowie psychischer Prämorbidität und Komorbidität konnte eine signifikante Zunahme an Tumorerkrankungen im genannten Zeitraum festgestellt werden: Die geringste Rate ergab sich im Jahr 1990 (10 Patienten) und die höchste im Jahr 1993 (42 Patienten), mit einem rapiden Anstieg in den Jahren 1990 bis 1995, gefolgt von einem Abfall in den nachfolgenden Jahren. Die Autoren schliessen daraus, dass die Erlebnisse und Traumatisierungen des Krieges den entscheidenden Einfluss für die Krebserkrankungen

gehabt hätten, selbst wenn man eine mögliche Verbesserung diagnostischer Möglichkeiten in dem betrachteten Zeitraum berücksichtigt.

Keinan-Boker et al. (2009) konnten anhand einer Kohorte europäischer Juden (die dem Holocaust ausgesetzt waren), die nach dem Zweiten Weltkrieg nach Israel emigrierten, statistisch bedeutsam erhöhte Krebsinzidenzraten im Vergleich zu einer anderen Kohorte europäischer Juden, die vor dem Zweiten Weltkrieg nach Israel emigrierten, feststellen. Die Holocaust-Überlebenden hatten statistisch signifikant höhere Raten an allen möglichen Krebserkrankungen. Durchgängig wurden diese erhöhten Erkrankungsraten für sechs Jahrgänge zwischen den Geburtsjahrgängen 1920 und 1945 gefunden, wobei die jüngsten Geburtsjahrgänge zwischen 1940 und 1945 die stärkste Beziehung zur Krebsinzidenz aufwiesen. Dieser Zusammenhang legt nahe, dass insbesondere frühkindlich erlittene existenzielle Bedrohungen Stressoren darstellen, die ein stark vergrößertes Krebserkrankungsrisiko in sich tragen (vgl. Hursting & Forman, 2009).

In einer sehr grossen Metaanalyse haben Chida et al. (2008) zum einen die Ergebnisse von 165 Studien zusammengefasst und kommen zu dem Ergebnis, dass stressvolle psychosoziale Situationen zu einem hochsignifikant erhöhten Krebserkrankungsrisiko (Krebsinzidenz) in initial gesunden Populationen führen, zum anderen konnten die Autoren aber auch anhand von 330 Studien zeigen, dass chronischer Stress zu einer hochsignifikant niedrigeren Überlebensrate führte und im Falle von 53 Studien sogar die Mortalitätsrate signifikant erhöhte.

Eine sehr grosse prospektive Studie untersuchte das Mortalitätsrisiko bei 15.453 gesunden und an Krebs erkrankten Menschen über einen Zeitraum von zehn Jahren hinweg (vgl. Hamer et al., 2009). In dieser Zeit ereigneten sich 425 Todesfälle in der Gruppe mit einer Krebserkrankung. Bei dieser Gruppe wurde zu Beginn der Studie das Stressniveau erfasst, ebenfalls bei der gesunden Untergruppe. Bei der gesunden Gruppe wirkte sich ein erhöhtes Stressniveau zu Studienbeginn signifikant auf eine erhöhte spätere Lungenkrebsmortalität aus.

Die zitierten Metaanalysen sprechen angesichts der sehr grossen Stichprobenumfänge und der Zahl der einbezogenen Studien eine ziemlich deutliche Sprache. Dennoch gibt es auch kritische Stimmen, die eine kausale Beziehung zwischen Stress und Krebs als nicht eindeutig geklärt ansehen. Nielsen und Grønbaek (2006) kommen in einer Metaanalyse über 18 Studien zu dem Schluss, dass die Ergebnisse gemischt seien. Auch De Boer et al. (1999) fanden in einer älteren Metaanalyse von 15 Studien gemischte Ergebnisse, die einerseits die Beziehung unterstützten, andererseits nicht. Die Kritiken beziehen sich auf methodologische Defizite in den meisten Studien, unter anderem eine grosse Variabilität in dem, was als Stress jeweils angesehen und wie er gemessen wurde. Auch zu kleine Stichproben wurden in manchen Studien bemängelt, nicht vergleichbare onkologische Erkrankungen, unvergleichbare Erkrankungsstadien, eine zu geringe Follow-up-Zeit usw. (vgl. hierzu Tschuschke, 2011a).

Die erwähnte Kritik trifft die weiter oben zitierten

grossen und neueren Metaanalysen letztlich nicht. Nicht nur sind die Stichproben in den oben angeführten Studien jeweils sehr umfangreich oder repräsentativ, womit ein Stichprobenfehler sehr unwahrscheinlich wird. Auch wurden homogene Krankheitsbilder und oft sehr lange Follow-up-Zeiten berücksichtigt, zudem waren sehr viele Studien auch prospektiv angelegt, was Post-hoc-Erklärungen und damit einen induktiven Fehlschluss ausschliesst.

Schubert (2011a) wägt in einer kritischen Analyse die Argumente für und wider die These «stressbedingte Krebsentstehung» gegeneinander ab. Die Evidenzlage zur stressbedingten Steigerung einer Rezidivgefahr bei bereits diagnostizierten Krebserkrankungen sei konsistenter als zum stressbedingten erstmaligen Auftreten von Krebs. Nach seiner Auffassung seien die Zusammenhänge der vielen genetischen, umweltbedingten (Luftverschmutzung, Infektion, geophysische Faktoren), lebensstilassoziierten (Rauchen, Alkoholkonsum, falsche Ernährung, mangelnde körperliche Aktivität), hormonellen, sozioökonomischen und individuellen psychischen Faktoren zu komplex, um die Frage beantworten zu können.

Krebs ist in den meisten Fällen eine hoch komplexe Angelegenheit und muss als ein multifaktorielles Geschehen angesehen werden (vgl. hierzu Tschuschke, 2011a). Nur sehr wenige onkologische Erkrankungen sind monokausal zu erklären. Beispielsweise ist das Brustkrebsrisiko maximal in 5–6 von 100 Fällen genetisch zu erklären (vgl. Petru et al., 2014), alle anderen Ursachen sind unbekannt. Gleiches gilt für die familiär bedingte adenomatöse Polyposis (0,005 bis 0,01 Prozent Risiko für kolorektale Karzinomentstehung) und das nicht-polypöse kolorektale Krebsyndrom (ca. 5 Prozent erblich bedingt). Insgesamt gesehen haben Krebserkrankungen in den wenigsten Fällen erbbiologische Ursachen. Das heisst aber logisch zwingend, dass die meisten Erkrankungen nicht erbbiologisch bedingt sind, sondern Faktoren zugeschrieben werden müssen, die auf den individuellen Lebensstil und die jeweiligen Umweltbedingungen zurückzuführen sind. Wenn man von den bekannten monokausalen Krankheitsverursachungen wie durch spezifische Schadstoffe und Noxen (z. B. Asbest, Dioxin, Benzol, Radon, Dieselruß, bestimmte kanzerogene Viren) absieht, sind Krebserkrankungen in den meisten Fällen multifaktoriell bestimmt, wobei die einzelnen Komponenten in ihrem komplexen Zusammenwirken noch nicht ausreichend verstanden sind.

Dass psychische Befindlichkeiten als motivationale Faktoren praktisch allen Risikoverhaltensweisen ursächlich zugrunde liegen, davon muss man ausgehen. Es ist ein elementares menschliches Bedürfnis, in einen entspannten Zustand des Befindens zu gelangen, speziell bei bestehendem Stress. Nun verfügen aber sehr viele – falls nicht sogar die meisten – Menschen nicht über die Ressourcen einer Herunterregulierung von Erregungszuständen, einer gezielten Fähigkeit zur Entspannung, zum Abschalten. Sie versuchen stattdessen, mithilfe von Substanzen eine schnelle – oder überhaupt eine – Entspannung herbeizuführen (wie z. B. Alkohol, Rauchen, Drogen, Medikamente oder falsches Essen) (vgl. Abbildung 3).

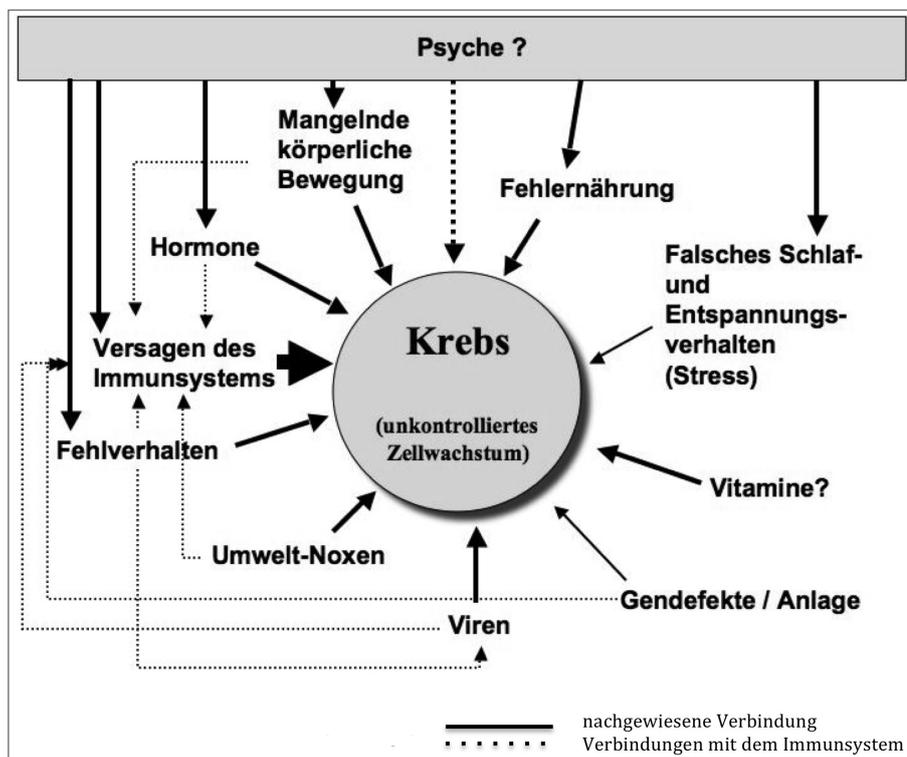


Abbildung 3: Multifaktorielle Karzinogenese (Tschuschke, 2008)

Mangels anderer Möglichkeiten dienen Fehlverhaltensweisen dem Versuch eines beschleunigten Stressabbaus, mithin sind psychologische Motivlagen indirekt ausschlaggebend für kanzerogene Risiken, die sich aus falscher Ernährung (zu fettreiches Essen, ungesunde Fettsäuren, zu wenige Ballaststoffe, vitaminarme Nahrung etc.), mangelnder Bewegung (depressive und gestresste Menschen bewegen sich weniger) oder Risikoverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, Drogen- und Medikamenten-Missbrauch) ergeben. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (2010) macht allein Fehlernährung/starkes Übergewicht, Rauchen und unangemessenen Alkoholkonsum für über 50 Prozent aller onkologischen Erkrankungen verantwortlich. Weitere grosse Risikofaktoren wie mangelhafte Bewegung und Umweltnoxen (z. B. Feinstaub-Belastungen) sind dabei noch gar nicht mitberücksichtigt.

Aus diesen Ausführungen heraus ergibt sich quasi zwangsläufig eine leicht nachvollziehbare Kausalität: Nicht auflösbarer bzw. chronischer Stress führt auf die Dauer mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer Krebserkrankung. Der Brückenschlag zwischen Psyche und Körper wird evident.

Psychotherapie und Gehirnaktivität

Mit modernen bildgebenden Verfahren (Positronenemissionstomografie – PET, Magnetresonanztomografie – MRT, Single-Photon-Emissionscomputertomografie – SPECT) wurde es möglich, der Psyche «bei der Arbeit» zuzusehen. Die Wirkungen verschiedener psychotherapeutischer Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, Hypnose u. a.) auf unterschiedliche Ge-

hirnregionen konnten in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (vgl. hierzu Northoff, 2011). Speziell bei depressiven Erkrankungen konnte gezeigt werden, dass sich zerebrale Veränderungen in bestimmten Hirnarealen ergaben (linker temporaler Kortex, linke Insula, linkes anteriores Cingulum, rechter präfrontaler Kortex, linker Thalamus, veränderter Blutfluss in den rechten Basalganglien, erhöhte metabolische Aktivität im Hippocampus und im dorsalen anterioren cingulären Kortex usw.).

Solche – meist nachhaltigen – Veränderungen zeigen quasi eine «Materialisierung» von psychischen Prozessen im Gehirn, die in diesem Falle durch psychotherapeutische Einflüsse bewirkt wurden. Diese hirneigenen Veränderungen wurden durch Sprache und das Erleben der therapeutischen Arbeitsbeziehung bewirkt. Sprache transportiert Erleben, deshalb ist es in der Psychotherapie so wichtig, inneres Erleben «in die Sprache

zu bringen». Nur so ist Veränderung möglich – dies war bereits die Grundannahme von Freuds «Redekur». Mithilfe von Sprache werden unbewältigte Probleme und Defizite erlebbar und einer Korrektur bzw. Nachreifung zugeführt, die sich nachweislich in hirneigenen Veränderungen – mit Auswirkungen auf den Restorganismus – niederschlagen.

Wie in vorangegangenen Abschnitten dargelegt wurde, bewirken mangelhafte Ressourcen zur Bewältigung von Krisen und Stresssituationen eine chronische Stressung der Psyche und dadurch sekundär eine chronische Stressung des gesamten Organismus aufgrund von dauerhaft ausgeschütteten Stresshormonen, die ihrerseits wiederum über einen längeren Zeitraum hinweg zelluläre Schädigungen an den Zielorganen verursachen bzw. normale Körperfunktionen negativ beeinträchtigen.

Erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungen führen also indirekt zu einer grösseren Gesundheit bzw. einer Verminderung von Erkrankungen, indem sie hirneigene Areale verändern und damit die Voraussetzung für das Individuum schaffen, dass es angstfreier und weniger stressbelastet leben kann, was sich in physiologischen Prozessen (in humoralen und in immunologischen Bereichen) günstig auswirkt, indem weniger oder gar keine Stresshormone ausgeschüttet werden und auf diese Weise Zielorgane vor Zellschädigungen bewahrt bleiben, die ihrerseits verschiedenste Erkrankungen verursachen könnten wie unter anderem auch Krebs.

Hüther (2004) kritisiert das lange Zeit statische Konzept der hirnbioologischen Fehlentwicklungen, da es aus der Perspektive des genetischen Defekts und entsprechend mit Medikamenten arbeite. Diese einfache monokausale Betrachtungsweise missachte die enorme Plastizität des Ge-

hirns. Nicht nur bei sich noch entwickelnden Gehirnen von Kindern sei inzwischen bekannt, dass eine Anpassungsfähigkeit des Gehirns an seine «Nutzungsbedingungen» erfolge, sondern auch bei Erwachsenen. Es sei offenkundig,

«dass es durch veränderte Nutzungsbedingungen zu bis dahin unvorstellbaren Reorganisationsprozessen (z. B. somatosensorische Projektionsfelder im Cortex nach Extremitätenmanipulationen) zu unerwarteten morphologischen Anpassungen (z. B. nutzungsabhängige Vergrößerung des Hippocampus), zu Änderungen der synaptischen Dichte, der neuronalen Konnektivität und der globalen metabolischen Aktivität in einzelnen Verarbeitungszentren (z. B. in spezifischen corticalen Regionen) kommt, wenn diese besonders häufig und intensiv aktiviert werden» (Hüther, 2004, S. 76).

Die Psychotherapie hilft dabei aktiv, morphologische Strukturen des Gehirns zu verändern. Zentraler Hebel jeglicher Psychotherapie sind die menschliche Beziehung (zwischen Therapeut und Patient) und der Einsatz von Sprache. Letztere transportiert nicht nur kognitive Inhalte, sondern ganz wesentlich Emotionen. Damit werden relevante hirmorphologische Bereiche angesprochen, die bislang wenig oder überhaupt noch nicht aktiviert wurden. Es ist die Nutzung der jeweiligen Hirnareale, die die Neubildung von Zellen, die Vermehrung der synaptische Dichte und der neuronalen Verbindungen bewirkt. Dieses Quasi-Hirntraining bewirkt jene hilfreichen Veränderungen in entscheidenden Hirnbereichen, die bislang für die In-Gang-Setzung etwa der Stressreaktionen des Organismus verantwortlich waren und im Gefolge davon die zellulären und humoralen Immunitätsregulationen schädigten.

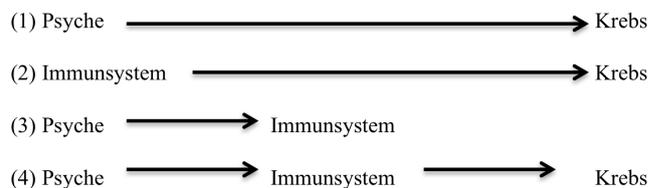
Northoff (2011) fasst die Befundlage zu den Zusammenhängen zwischen Psychotherapie, Hirnregionen und Verbindungen zu immunologisch-endokrinen Funktionen dahingehend zusammen, dass es sich gezeigt habe, dass negative Emotionen bei gesunden Individuen zu einer Schwächung des Immunsystems und positive Emotionen möglicherweise eher zu einer Verstärkung des Immunsystems führten.

Weiterhin kommt Northoff (2011) zu der sehr spannenden Schlussfolgerung, dass die Studien zu den Auswirkungen von Psychotherapie auf das Gehirn nicht nur kortikale und subkortikale Veränderungen nachwiesen, sondern auch zeigten, dass unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren unterschiedliche Hirnbereiche in ihren Veränderungen und Aktivitäten beeinflussten. Damit ist der Aspekt berührt, ob spezifische psychotherapeutische Verfahren spezifische Hirnareale ansprechen oder ob Psychotherapie generell ein eher unspezifisches Unternehmen ist und – ungeachtet theoretischer Konzeptualisierungen – auf die psychische Erkrankung im Allgemeinen und nicht auf die verschiedensten Symptome abzielt (vgl. hierzu Northoff, 2011).

Psychotherapie und Krebs

Wenn Psychotherapie also nachweislich Strukturen und physiologische Vorgänge im Gehirn verändern kann und

darüber – ebenfalls nachgewiesenermassen – Entstressungen für den Organismus erreicht werden können, somit also Erkrankungsrisiken bzw. krankheitsbedingte psychische Belastungen und Ängste (= Stress) vermindert werden können, dann sollte Psychotherapie auch als Interventionsmöglichkeit bei bereits an Krebs Erkrankten genutzt werden. Bovbjerg (1994) hat eine sogenannte «Mediationshypothese» aufgestellt, die veranschaulicht, wie man sich die Verbindung zwischen Psyche und Krebs vorstellen kann (Abbildung 4).



Q.E.D.

Abbildung 4: Mediationshypothese (Bovbjerg, 1994), Q.E.D. = *quod esset demonstrandum* («Was zu beweisen wäre»)

Ob psychische Zustände Krebs auslösen können, ist eine noch nicht abschliessend geklärte Frage. Nachgewiesen ist Punkt 2: Ein geschwächtes Immunsystem erhöht das Risiko, eine onkologische Erkrankung zu erleiden und hat auch eine erhöhte Krebsmortalität zur Folge. Dass die psychische Befindlichkeit das Immunsystem beeinflusst (Punkt 3), ist inzwischen ebenfalls wissenschaftlich gesichert. Die spannende Frage ist nun, ob auch der Punkt 4 – also die Übertragung des Gesetzes der Transitivität aus der Aussagenlogik – zutrifft. Sollte dies der Fall sein, ergäbe sich zwangsläufig die Bestätigung von Punkt 1 (quod erat demonstrandum). Psychotherapeutische Hilfe wäre dann eine unverzichtbare onkologische Behandlungsoption. Wegen der nachgewiesenermassen regelmässigen Verbesserung der Lebensqualität von onkologischen Patienten ist sie ohnehin bereits eine *conditio sine qua non*, was sich mittlerweile auch in psychoonkologischen Versorgungsstrukturen in Deutschland zeigt. Sie würde es aber darüber hinaus auch dadurch, dass sie zu einer unverzichtbaren adjuvanten onkologischen Behandlungsmassnahme mit verbesserten Überlebenschancen avancieren würde.

In der Tat ist die psychoonkologische Literatur voll von Studien, die die Wirkungen psychotherapeutischer Verfahren auf die Lebensqualität von an Krebs Erkrankten untersuchen und fast durchgängig nachweisen, dass signifikante Verbesserungen im Bereich der Lebensqualität erzielt werden (vgl. Tschuschke, 2011a). Eine verbesserte Lebensqualität definiert sich durch die Reduktion von Depression, Verzweiflung, Angst oder Wut, was gleichbedeutend ist mit der Reduktion von Stress.

Die spannendste und kontroverseste Auseinandersetzung innerhalb der Psychoonkologie betrifft allerdings den heiklen Punkt, ob psychotherapeutische Interventionen bei onkologisch Erkrankten die Überlebenszeit verlängern oder sogar ein generelles Krebsüberleben bewirken können (vgl. Newell et al., 2002; Faller, 2004; Cunningham &

Watson, 2004; Kissane, 2009, 2010; Tschuschke, 2011a). Wie in diesem Beitrag weiter oben hergeleitet wurde, existieren zwischen Gehirn (und dort speziell psychologisch relevanten Arealen) und dem Organismus vielfältige Verbindungen. Wofür es ebenfalls empirische Evidenzen gibt, ist die Tatsache, dass psychotherapeutische Interventionen Einfluss auf hirnstrukturelle Veränderungen nehmen. Psychotherapie bewirkt nicht nur emotionale Entlastungen durch intrapsychische Veränderungen, sondern ebenfalls durch Verhaltensänderungen im Umgang mit sozialen Situationen und anderen Menschen, was wiederum per Rückkopplungsmechanismen auf das psychische Befinden (und damit auch auf das Gehirn) Einfluss nimmt. Dies bedeutet im Falle chronischer oder lebensbedrohlicher Erkrankungen, dass Psychotherapie hilft, Strategien zu finden oder zu erlernen, mit bestimmten Situationen bzw. Belastungen im Zusammenhang mit kritischen Erkrankungs- und Behandlungsphasen besser umgehen zu können. Im medizinpsychologischen Bereich werden diese Strategien Bewältigungsstrategien oder Coping-Strategien genannt. In der diesbezüglichen Forschungslage ist man sich darin einig, dass aktive, sogenannte «hilfreiche» Bewältigungsstrategien signifikant mit einer besseren (bzw. erhöhten) Lebensqualität und passive oder «ungünstige» Bewältigungsstrategien mit einer niedrigeren Lebensqualität korrelieren. Zu den «hilfreichen» bzw. «aktiven» Bewältigungsstrategien zählen zum Beispiel Problemanalyse, Informationssuche, Suche nach emotionaler Unterstützung, kämpferische Einstellung, Akzeptanz (der realen Gegebenheiten) oder kognitive Strukturierung. Dagegen zählen zu den «ungünstigen», «passiven» Bewältigungsstrategien Resignation, sozialer Rückzug, Grübeln, Hadern mit dem Schicksal oder Wunschenken (vgl. Tschuschke, 2011a).

Umstritten ist allerdings, ob aktive oder hilfreichere Coping-Strategien auch mit einem verbesserten Krebsüberleben zusammenhängen. Kritiker kommen zu dem Schluss, dass mehr Studien gegen als für diese Hypothese sprächen (vgl. Petticrew et al., 2002). Den Schlussfolgerungen der Autoren im *British Medical Journal* konnte aber widersprochen werden, insofern nachgewiesen wurde, dass methodische Artefakte der meisten der untersuchten 26 Studien zu falschen Schlussfolgerungen führten (vgl. Tschuschke, 2003; veröffentl. Leserbrief im *BMJ*; auch pers. Mitteilung an die Autoren). Mehrheitlich konnten Studien, die einen methodisch grösseren Aufwand betrieben, indem sie zum Beispiel aufwendige Interviews (Auswertungen über objektive Ratings) anstelle von Fragebögen zum Bewältigungsverhalten einsetzten, signifikant positive Zusammenhänge zwischen der Qualität des Bewältigungsverhaltens und der Überlebenszeit feststellen (vgl. u. a. Hürny, 1996; Cunningham & Edmonds, 2005; Tschuschke et al., 2001; Tschuschke & Keller, 2015; Tschuschke et al., 2017; Grulke et al., 2005), während dies für Fragebogen-Studien (die eher soziale Erwünschtheit in den Antworten provozieren) nicht der Fall war. So konnte in eigenen Arbeiten mit einem aufwendigen, objektiven Ratingsystem, das bei semi-strukturierten Interviews mit Patienten eingesetzt wurde, nachgewiesen

werden, dass aktives Bewältigungsverhalten (Coping) signifikant längeres oder sogar generelles Überleben bei Leukämie-, Brustkrebs- und Hirntumorerkrankungen (Glioblastome) in unterschiedlichen Studien voraussagte, was mit keinem Fragebogen gelingt (vgl. Tschuschke et al., 2001; Tschuschke & Keller, 2015; Tschuschke et al., 2017; Grulke et al., 2005).

Es gibt eine grosse Zahl an empirischen Studien, die nachweisen, dass psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Interventionen signifikant die Überlebenszeit von an Krebs Erkrankten verbessern (vgl. z. B. Spiegel et al., 1989; Fawzy et al., 2003; Grulke et al., 2005; Küchler et al., 2007; Andersen et al., 2008). Diesen Studien steht aber eine mindestens genauso grosse Anzahl an Studien gegenüber, die diese Zusammenhänge nicht bestätigen konnten (vgl. z. B. Goodwin et al., 2001; Newell et al., 2002; Kissane & Li, 2007; Kissane, 2010). In einer unveröffentlichten Analyse konnte der Verfasser mithilfe der sogenannten CONSORT-Analyse-Technik nachweisen, dass modernere Studien zum Überlebens-effekt mithilfe psychologisch-psychotherapeutischer Interventionsmassnahmen bei onkologischen Patienten zahlreiche methodische Schwächen älterer Studien (keine Kontrolle der Studien-Compliance, keine Kontrollen, ob bei der Kontrollgruppe zusätzliche Hilfen in Anspruch genommen wurden, keine sauberen Randomisierungen, keine Kontrolle, ob und wie das therapeutische Konzept umgesetzt wurde etc.) zunehmend überwinden, und dass deshalb die Frage des Überlebens-effekts durch Psychotherapie bei Krebserkrankten bisher noch nicht beantwortet werden kann. Grund hierfür ist schlicht, dass der grösste Teil der bisherigen Studienergebnisse gar nicht als methodisch verlässlich angesehen werden kann (vgl. Tschuschke, 2011b). Dies gilt für Studien mit negativen Ergebnissen gleichermaßen wie für Studien mit positiven Effekten.

Fazit

Das Gehirn als Steuerungszentrale aller organismischen Vorgänge steuert über die «Erlebensregionen», die Sinesseindrücke in psychische Prozesse umsetzen, auf unmittelbarem Wege das endokrine und im Gefolge das immunologische System. Im Falle von psychischem Stress werden auf dramatische Weise die normalen Körperfunktionen beeinträchtigt, sodass sie viele Organe belasten. Chronischer Stress schädigt unter Umständen irreparabel Zellen von Zielorganen und erhöht nachweislich auch das kanzerogene Erkrankungsrisiko. So wie negative emotionale Zustände den Organismus belasten und zu Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken führen können, sind psychologische und psychotherapeutische Interventionsmassnahmen in der Lage, positive emotionale Zustände bzw. psychische Entlastungen und damit Entstressungen herbeizuführen. Professionelle psychologische und psychotherapeutische Hilfen sind für chronische körperliche und existenziell bedrohliche Erkrankungen eine Behandlungsoption, die es den Betroffenen und ihren Angehörigen ermöglichen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln,

die ihrerseits aufgrund der Herunterregulierungen von Verzweiflung, Angst, Depression, Mutlosigkeit etc. die Lebensqualität erhöhen und damit zu signifikanter und nachhaltiger Entstressung des Organismus führen. Genau dies ist – neben der notwendigen somatomedizinischen Behandlung – das Wichtigste, was ein schwer erkrankter Organismus benötigt.

Literatur

- Andersen, B.L., Yang, H.-C., Farrar, W.B., Golden-Kreutz, D.M., Emery, C.F., Thornton, L.M., Young, D.C. & Carson III, W.E. (2008). Psychological intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, 113, 3450–3458 [DOI: 10.1002/cncr.23969].
- Batty, G.D., Russ, T., MacBeath, M., Stamatakis, E. & Kivimäki, M. (2017). Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *BMJ*, 356 [DOI: 10.1136/bmj.j108].
- Bovbjerg, D.H. (1994). Psychoneuroimmunology: a critical analysis of the implications for psychoimmunotherapy. In C.E. Lewis, C. O'Sullivan & J. Barraclough (Hrsg.), *The psychoimmunology of cancer. Mind and body in the fight for survival* (S. 417–426). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Cunningham, A.J. & Edmonds, C.V.I. (2005). Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients. *J Clin Oncol*, 23, 5263 [DOI: 10.1200/JCO.2004.01.0199].
- Cunningham, A.J. & Watson, K. (2004). How psychological therapy may prolong survival in cancer patients: new evidence and a simple theory. *Integr Cancer Ther*, 3, 214–229.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J. & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol*, 5, 466–475 [DOI: 10.1038/nponc1134].
- De Boer, M.F., Ryckman, R.M., Pruijn, J.F. & Van den Borne, H.W. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Pat Educ Couns*, 37, 215–230.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2010). Krebsstatistiken. Wie häufig ist Krebs in Deutschland? <http://www.krebsinformationsdienst.de/themen/grundlagen/krebsstatistiken.php> (29.06.2010).
- Faller, H. (2004). Beeinflussen psychologische Faktoren den Verlauf einer Krebserkrankung? Ergebnisse, Methoden, Mechanismen. *Z Med Psychol*, 13, 99–108.
- Fawzy, I.F., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R. & Morton, D. (1990a). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I: Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiat*, 47, 720–725.
- Fawzy, I.F., Kemeny, M.E., Fawzy, N.W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N. & Fahey, J.L. (1990b). *Arch Gen Psychiat*, 47, 729–735.
- Fawzy, I.F., Canada, A.L., & Fawzy, N.W. (2003). Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Arch Gen Psychiat*, 60, 100–103.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev*, 24, 315–338.
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, I., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinow, H.M., Navarro, M., Specia, M. & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, 345, 1719–1726.
- Grulke, N., Bailer, H., Hertenstein, B., Kächele, H., Arnold, R., Tschuschke, V. & Heimpel, H. (2005). Coping and survival in patients with leukemia undergoing allogeneic bone marrow transplantation – long-term follow-up of a prospective study. *J Psychosom Res*, 59, 337–346 [DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.02.006].
- Hamer, M., Chida, Y. & Molloy, G.J. (2009). Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res*, 66, 255–258 [DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.11.002].
- Hursting, S.D. & Forman, M.R. (2009). Cancer risk from extreme stressors: lessons from European Jewish survivors of World War II. *JNCI* 101, 1436–1437 [DOI: 10.1093/jnci/djp357].
- Hürny, C. (1996). Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Auflage, S. 953–969). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hüther, G. (2004). Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin). In G. Bovensiepen, H. Hopf & G. Molitor (Hrsg.), *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms* (2. Auflage, S. 70–91). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Keinan-Boker, L., Vin-Raviv, N., Lipshitz, I., Linn, S. & Barchana, M. (2009). Cancer incidence in Israeli Jewish survivors of World War II. *J Nat Cancer Inst*, 101, 1489–1500 [DOI: 10.1093/jnci/djp327].
- Kissane, D.W. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression, and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncol*, 18, 1–5 [DOI: 10.1002/pon.1493].
- Kissane, D.W. (2010). Survival following psychotherapy interventions. In J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscalzo & R. McCorkle (Hrsg.), *Psycho-Oncology* (2. Aufl., S. 479–482). New York, NY: Oxford University Press.
- Kissane, D.W. & Li, Y. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: A randomized prospective trial. *Cancer*, 110, 443–444 [DOI: 10.1002/cncr.23179].
- Küchler, T., Bestmann, B., Rappat, S., Henne-Bruns, D. & Wood-Dauphine, S. (2007). Impact of psychotherapeutic support for cancer patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. *J Clin Oncol*, 25, 2702–2708. [DOI: 10.1200/JCO.2006.08.2883].
- Maio, G. (2013). Wider die ökonomisierte Medizin. *Forschung & Lehre*, 20, 261.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W. & Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *J Nat Cancer Inst*, 94, 558–584.
- Nielsen, N.R. & Grønbaek, M. (2006). Stress and breast cancer: a systematic update on the current knowledge. *Nat Clin Pract Oncol*, 3, 612–620 [DOI: 10.1038/nponc0652].
- Northoff, G. (2011). Psychotherapie und Gehirnaktivität. In C. Schubert (Hrsg.), *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie* (S. 21–34). Stuttgart: Schattauer.
- Peled, R., Carmill, D., Siboni-Samocho, O. & Shoham-Vardi, I. (2008). Breast cancer, psychological distress and life events among young women. *Br Med J Cancer*, 8, 245–250 [DOI: 10.1186/1471-2407-8-245].
- Petru, E., Jonat, W., Fink, D. & Köchli, O.R. (2014). *Praxisbuch gynäkologische Onkologie* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*, 325, 1066–1075.
- Schedlowski, M. & Tewes, U. (Hrsg.). (1996). *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Schubert, C. (2011a). Psychoneuroimmunologie körperlicher Erkrankungen. In C. Schubert (Hrsg.), *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie* (S. 66–109). Stuttgart: Schattauer.
- Schubert, C. (2011b). Soziopsychoneuroimmunologie – Integration von Dynamik und subjektiver Bedeutung in die Psychoneuroimmunologie. In C. Schubert (Hrsg.), *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie* (S. 374–405). Stuttgart: Schattauer.

- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668), 888–891.
- Tress, W. (1986). *Das Rätsel der seelischen Gesundheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke, V. (2003). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. *Der Onkologe*, 9, 657–665 [DOI 10.1007/s00761-003-0532-z].
- Tschuschke, V. (2008). Psychoonkologie. Zur Bedeutung psychischer Prozesse bei Krebserkrankungen. *Nervenheilkunde*, 27, 823–841.
- Tschuschke, V. (2011a). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs* (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Tschuschke, V. (2011b). Psychoonkologische Interventionen und ihr Einfluss auf die Überlebenszeit bei onkologischen Patienten. Stand der Debatte und Plädoyer für ein neues Forschungsparadigma [unveröffentl. Manuskript].
- Tschuschke, V. & Keller, B. (2015). Psychoonkologische Hilfen für Hirntumorbetreffende. Fortschritte in der Therapie von Hirntumoren. Vortrag auf dem 37. Hirntumor-Informationstag der Deutschen Hirntumorhilfe. Universität Düsseldorf.
- Tschuschke, V., Gaissmeier, R. & Denzinger, R. (1996). *Das Ulmer Coping-Manual (UCM)* (4. revid. Fassung). Universitäten Ulm/Köln [unveröffentl. Manuskript].
- Tschuschke, V., Hertenstein, B., Arnold, R., Bunjes, D., Denzinger, R. & Kächele, H. (2001). Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation. Results of a prospective study. *J Psychosom Res*, 50, 277–285.
- Tschuschke, V., Karadaglis, G., Evangelou, K., Gräfin von Schweinitz, C. & Schwickerath, J. (2017). Psychische Belastungen und Patientinnenressourcen während einer primär systemischen Therapie bei Brustkrebs. Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Geburtsb Frauenheilk*, 77, 158–168 [http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-101237].
- Uexküll, T. von & Wesiack, W. (2003). Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O.W. Schonecke, Uexküll, T. von & Wesiack, W. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6. Auflage, S. 3–42). München: Urban & Fischer.
- Weber, C.S., Atanackovic, D. & Deter, H.C. (2011). Einfluss von Stressmanagement auf Elemente des Immunsystems. In C. Schubert (Hrsg.), *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie* (S. 265–286). Stuttgart: Schattauer.

Mind and Body – On the Psychoneuroimmunology of Physical Disorders

The connections between the processes of internal organs, perception, stress formation as well as their effects will be illustrated. The significance of a positive psychological experience for health on the one hand and, in the case of a negative experience, a risk of disease on the other, inevitably push psychological and psychotherapeutic interventions towards a new

perspective. Psychotherapeutic treatments, in particular, have shown to have lasting effects on depressive and anxious states of individuals which are subject to chronic exposure to stressful situations. The specific aim of psychotherapeutic interventions for patients suffering from severe physical conditions is to dissolve environmental stress by developing coping strategies.

Key words: Psychoneuroimmunology, Stress, Coping, Cancer and Coping, Psychotherapy and Cancer

Psiche e corpo – Sulla psiconeuroimmunologia delle patologie fisiche

Si spiegano i legami interni organici tra esperienza fisica, cause ed effetti dello stress. Il significato sempre più riconoscibile di un'esperienza fisica positiva da una parte e – in caso di esperienze negative – rischio di malattia dall'altra parte mettono inevitabilmente sotto nuova luce misure di intervento di tipo psicologico e psicoterapeutico. Misure di trattamento psicologico-psicoterapeutico corrette originano in modo dimostrato opportunità di intervento e correzione nel contesto di un circolo vizioso di paura e depressione, che imprigiona l'individuo in una situazione di stress cronico. I fini specifici delle misure di intervento psicologico-psicoterapeutico in patologie fisiche gravi sono la risoluzione di stress cronici mediante l'acquisizione di strategie di superamento della malattia.

Parole chiave: psiconeuroimmunologia, stress, coping, cancro e coping, psicoterapia nel cancro

Der Autor

Volker Tschuschke, Prof. Dr. em. am Lehrstuhl Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum zu Köln, ist Dozent, Lehranalytiker und Supervisor an zahlreichen Weiterbildungsinstituten. Er ist Autor und Herausgeber verschiedener Bücher sowie zahlreicher Fachpublikationen, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Supervisor und Balintgruppenleiter. Forschung in der Psychotherapie und in der Psychoonkologie. Mitglied der SPR (Society for Psychotherapy Research).

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke
Raiffeisenstrasse 23
D-51503 Rösrath
E-Mail: volker.tschuschke@icloud.com

Psyché et corps

Sur la psycho-neuro-immunologie des maladies physiques

Volker Tschuschke

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 61–62 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Mots-clés : Psycho-neuro-immunologie, stress, coping, cancer et coping, psychothérapie dans le cancer

La psyché et le corps sont inséparables l'un de l'autre. De plus en plus d'études démontrent d'une manière impressionnante que les processus psychiques dès le plus jeune âge influencent le développement du cerveau durablement dans ses capacités de maturation. Des situations traumatisantes et d'autres pressions lourdes, stressantes au jeune âge comme l'abus, les maltraitances, les négligences ou des événements vécus comme menaçants sur le plan existentiel provoquent dans les phases critiques du développement des effets structurellement négatifs sur la maturation cérébrale. En raison des possibilités d'utilisation de procédés par imagerie, les études sont de plus en plus nombreuses à démontrer désormais que toute une série de modifications neurobiologiques dans le cerveau d'enfants qui ont été tôt lourdement accablés a pu être constatée, entre autres avec le diagnostic du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH : en anglais *attention deficit hyperactivity syndrom – ADHD*).

Un fort niveau de stress – dans le cas d'une survenance unique indépendamment de l'intensité du stimulus stressant, dans le cas d'une confrontation durable liée à un stress chronique associé généralement à la trame complète d'une TDAH – provoque des déficits de la maturation cérébrale, qui ont pour leur part une influence négative sur l'organisme. Tous les processus organiques sont commandés depuis le cerveau. Les systèmes du vécu, humoral et immunitaire sont directement reliés les uns aux autres via des interfaces centrales dans le cortex préfrontal, dans le système limbique, dans le striatum ainsi que dans les zones du tronc cérébral. La peur et les sentiments de menace déclenchent des réactions de stress qui endommagent – durablement – l'organisme sur des organes cibles importants par l'afflux d'hormones du stress et influencent négativement des fonctions corporelles importantes, par ex. le système immunitaire.

Des pressions lourdes et stressantes subies au plus jeune âge ne sont pas les seules à influencer la maturation cérébro-biologique, à provoquer des déficits dans la maturation normale du cerveau et à occasionner des détériorations lourdes structurelles de la personnalité infantile, également à l'âge adulte, des traumatismes graves accompagnés de pressions stressantes ont des effets négatifs sur l'organisme

en raison des suractivations humorales qui influencent défavorablement le système immunitaire et accroissent les risques de maladie. De grandes méta-analyses issues d'études prospectives démontrent que de lourdes pressions stressantes chroniques augmentent au fil du temps le risque d'incidence du cancer et de mortalité par cancer.

La *psycho-oncologie* est un domaine qui s'intéresse aux facteurs réciproques du système psychique, du système humoral et du système immunitaire. La *psycho-neuro-immunologie* en tant que domaine partiel de la psycho-oncologie analyse les conséquences des états psychiques sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer. Les résultats des études montrent entre temps une image toujours plus parfaite dans l'oncologie : un stress psychique important peut après des années avoir un effet cancérigène. L'augmentation du risque de souffrir d'autres maladies graves organiques, devenues chroniques ou dégénératives devrait également être similaire.

On ne peut plus avoir de doutes aujourd'hui sur le fait que les processus psychiques peuvent provoquer des maladies physiques, voire même un décès. L'évidence scientifique est entre temps démontrée également pour les facteurs favorables sur la diminution du stress et les pressions organiques par des mesures d'intervention psychologique psychothérapeutique et leur effet bénéfique est reconnu sur la qualité de vie même de malades physiques chroniques ou même de malades dont la vie est en danger. Ainsi, le travail professionnel psychologique psychothérapeutique joue un rôle adjuvant très important dans le cadre de maladies physiques chroniques, ou même de maladies menaçant la vie.

Les résultats des études actuelles, par ex. dans la psycho-oncologie sur le rôle des interventions psychothérapeutiques en lien avec le temps de survie ou même avec la survie générale face au cancer ne sont pas encore expliqués. Les résultats des études montrent actuellement qu'il existe encore une impasse entre les études qui plaident en faveur d'un facteur psychologique et d'autres études qui plaident en défaveur du rôle central du facteur psychique dans le temps de survie et dans la survie générale face au cancer. Le point de départ de l'intervention psycho-oncologique psychothérapeutique est le travail sur l'élimination du stress de l'individu

concerné, sur le travail de l'envie de vie, ce qui va d'une manière décisive au-delà de l'élimination du stress, qui n'est rien d'autre dans le point central que le travail sur la réduction de la peur. Cela peut également être effectué par la construction de ressources absentes ou par le soutien et l'activation de ressources actives existantes et de stratégies de gestion (Coping).

Les interventions psychologiques psychothérapeutiques prennent visiblement plus de place dans la pratique médicale quotidienne. L'espérance de vie croissante et la modification de la pyramide des âges de la population agissent aussi sur l'usage de mesures psychologiques et psychothérapeutiques telles que la reconnaissance croissante et l'acquisition de connaissances grâce à des

résultats de recherche qui se multiplient portant sur l'unité du corps et de la psyché dans la médecine.

L'auteur

Volker Tschuschke, Prof. Dr. em. à la chaire Psychologie médicale à la clinique universitaire de Cologne. Maître de conférences, analyste didacticien et coordinateur dans de nombreux instituts de formation continue. Auteur et éditeur de différents ouvrages et de nombreuses publications spécialisées. Psychologue, psychothérapeute, psychanalyste, coordinateur, chef de groupe Balint. Recherche dans la psychothérapie et dans la psycho-oncologie. Membre de la SPR (Society for Psychotherapy Research).

Burnout-Multidimensionalität in der körperzentrierten Psychotherapie

Kathleen Schwarzkopf & Roland von Känel

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 63–70 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Zusammenfassung: Burnout spiegelt wie kaum ein anderer Zustand die zwei Gesichter der heutigen Gesellschaft wieder: auf der einen Seite das der Leistungsorientierung, Aufopferung, Stärke, Hochmotivation und des Perfektionismus, auf der anderen Seite das der Dauermüdigkeit, Erschöpfung, Antriebslosigkeit und chronischen Körperbeschwerden, etwa dem Rückenleiden. In diesem Übersichtsartikel wird ein theoretischer Überblick über die gängigste Begrifflichkeit von Burnout und seine Kernkomponenten emotionale Erschöpfung, Zynismus und reduzierte Leistungsfähigkeit gegeben. Burnout wird nicht nur als kausales Ergebnis von Arbeitsplatzfaktoren betrachtet, sondern aus einer multifaktoriellen und multidimensionalen Perspektive der Körperzentrierte Psychotherapie (KZPT) des Instituts für Körperzentrierte Psychotherapie (IKP). Dies wird genauer verdeutlicht anhand des Anthropologischen Würfelmodells, dem Kernkonzept der KZPT IKP. Dieses auf dem Gestaltansatz basierende, integrative Psychotherapieverfahren ist charakterisiert durch Prozess- und Ressourcenorientierung, Emotions- und Bedürfniszentrierung, sowie Erlebnisaktivierung. Ein Burnout ist nicht nur auf in der Vergangenheit Erlebtes zurückzuführen, sondern auch auf mangelnde Anpassungs- und Integrationsfähigkeit in unserem höchstleistungsorientierten Zeitalter. Dabei sind die Zentrierung auf die Kommunikation im Hier und Jetzt, die Integration der körperlichen Symptome, die Betonung der Selbstverantwortung und die Stärkung von Autonomie und Selbstverwirklichung wesentlich. Burnout sollte demzufolge als klinischer Ausdruck des Zusammenspiels der verschiedenen Dimensionen Körper, Psyche, Soziales, Spiritualität, Raum und Zeit betrachtet werden.

Schlüsselwörter: Burnout, Psychosomatik, Erschöpfung, Körperzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie

Einleitung

Knappe Deadlines, hoher Workload, Kommunikationsschwierigkeiten, Arbeitsplatzunsicherheit, fragmentierte Arbeitsabläufe etc. sind Dauerbegleiter des Arbeitsalltags. Arbeitsstress zu haben gehört quasi «zum guten Ton» und wird selten noch hinterfragt. Doch was, wenn das gewohnte Funktionieren im Beruf nicht mehr klappt? Wenn die totale Ermüdung, das Motivationsloch und Schlafstörungen nicht mehr vorübergehend sind und sogar Ferien nicht mehr den erhofften Regenerationseffekt erzielen? Wenn Herzrasen, Engegefühle in der Brust, Schwindel im Kopf, Erbrechen, rasender Puls, Angst, nicht mehr abschalten zu können, Atemnot, Schweißausbrüche, sozialer Rückzug, Appetitlosigkeit immer häufiger werden? Zunehmend wird dann von einem «Burnout» gesprochen, als Erkrankung der LeistungsträgerInnen und «Starken» (vgl. Berger et al., 2012). Der Begriff Burnout wird mittlerweile fast inflationär genutzt, doch auf diese Weise missbraucht. Er ist sowohl charakteristisch für die zwei Gesichter unserer Zeit: die Leistungs- versus Ermüdungsgesellschaft, wie auch als Folge aus der Interaktion zwischen Gesellschaftsfaktoren und Arbeitsplatzfaktoren zu betrachten (vgl. Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). Bei seiner Einführung 1974 durch Freudenberg wurde Burnout zunächst mit einer totalen Erschöpfung von Arbeitstätigen in Helferberufen

in Verbindung gebracht (vgl. Maslach et al., 2001). Der Entwicklung eines Burnouts ging voraus, dass man immer mehr mit hoher Motivation arbeitete, immer mehr eigene Bedürfnisse zurückstellte und die eigenen Symptome undeutete oder umbewertete, bis hin zum totalen sozialen Rückzug, suicidalen Gedanken und Handlungen (vgl. zu diesem Prozess Burisch, 2014). Mittlerweile hat sich der Gebrauch ausgedehnt und bis zum heutigen Tag gibt es keine allgemeingültige Definition für Burnout. Laut dem Internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen ICD-10 gibt es nach wie vor keine eigenständige Diagnose für ein Burnout-Syndrom, sondern es wird im Kapitel «Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung» unter der Zusatzkodierung Z 73.0 «Burnout gleichbedeutend mit Zustand der totalen Erschöpfung» beschrieben (vgl. Berger et al., 2012). Basierend auf dem 2012 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde verfassten Positionspapier (DGPPN, Berger et al., 2012) hat sich für die Entstehung psychischer Erkrankungen das bio-psycho-soziale Modell nach Engels durchgesetzt, welches erlaubt, Burnout als eine Kombination von biologischen Risikokonstellationen sowie psychologischen und arbeitsplatzbezogenen Bedingungsfaktoren zu betrachten. Als humanistische Psychotherapieform betont die Körperzentrierte Psychotherapie des Instituts für Körperzentrierte Psychotherapie (KZPT IKP) das ganzheitliche (systemi-

sche) Menschenverständnis, mit dem Ziel, psychisches, körperliches und soziales Erleben zu integrieren und das Bewusstgewordene im Körpergedächtnis zu verankern (vgl. Künzler et al., 2010). Ergänzend zu den etablierten Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells wird ein Burnout aus der Perspektive der spirituellen Lebensdimension, der Dimension des Raumes und der Dimension der Zeit betrachtet. Dabei wird in der KZPT IKP das therapeutische Gespräch mit aktiver und passiver Körperarbeit verbunden. Im vorliegenden Artikel wird Burnout aus dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis der KZPT IKP betrachtet und ein Einblick in die multidimensionale Therapie gegeben. Der/die Burnout-Betroffene wird ins Zentrum gestellt, indem prozessorientiert, erlebniszentriert, bedürfniszentriert, ressourcenorientiert und multidimensional therapiert wird.

Burnout

In Bezug zu der am häufigsten verwendeten Beschreibung nach Maslach et al. (2001) ist Burnout gekennzeichnet durch die Dimensionen emotionale Erschöpfung, Zynismus und verringerte subjektive Leistungsfähigkeit. Die Kernkomponente der emotionalen Erschöpfung, mit Gefühlen der Überforderung und des Ausgelaugtseins bezüglich psychischer und körperlicher Ressourcen, ist gekennzeichnet durch Energiemangel, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Anspannungszuständen, Unfähigkeit, sich in der Freizeit zu entspannen und Schlafstörungen, sowie körperliche Beschwerden wie Magen-Darm-Symptome, Kopf- und Rückenschmerzen und eine erhöhte Anfälligkeit für Infekte. Die zweite der genannten Burnout-Dimensionen, der Zynismus, ist charakterisiert durch Distanzierung und Gefühlen von Selbstentfremdung. Der Betroffene erlebt zunehmend Frustration mit anschließender Distanzierung von der Arbeit, verbunden mit Schuldzuweisungen und Gefühlen von Verbitterung gegenüber den Arbeitsbedingungen sowie Abwertung, Schuldgefühlen und häufigem Gefühlsverlust. Die letzte Dimension, die verringerte subjektive Leistungsfähigkeit, geht einher mit einer psychovegetativen, kognitiven und körperlichen reduzierten Leistungsminderung. Weiter ist subjektiv die Kompetenz und Kreativität verringert, unter anderem durch Konzentrationsstörungen und Arbeitsunzufriedenheit (vgl. hierzu ausführlicher Berger et al., 2012).

Das Gefühl der permanenten Überforderung führt zu einem globalen Erschöpfungsempfinden des 21. Jahrhunderts und zeigt damit die Schattenseiten der permanenten Modernisierung und des technischen Fortschritts auf. Hierzu gehören permanente Erreichbarkeit, Dauerverfügbarkeit und das beständige Bestreben nach Höchstleistungen. Der stetige Zuwachs an Wissen und Informationsverfügbarkeit fordert das Selbst- und Ressourcenmanagement (vgl. Bakker et al., 2004; Elloy et al., 2001). Ziel ist es, sich nicht zu verausgaben und nicht auszubrennen, um immer noch effizienter, produktiver, schneller und besser zu sein als die Konkurrenz. Dem Körper wird dabei die alleinige

Verantwortung des Funktionierens zugesprochen, ohne das ihm die notwendige Fürsorge geschenkt wird, die er für solche Hochleistungen brauchen würde (vgl. zu diesem Zusammenhang Hillert & Marwitz, 2006). Jegliches Nicht-Funktionieren wird dann dem Versagen der «Körper-Maschine» zugeschrieben. Psychische Komponenten hingegen werden stärker verleugnet, nicht wahrgenommen und sind nach wie vor stigmatisierender als körperliche Ursachen (vgl. hierzu Morschitzky & Sator, 2004). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt in ihrem Positionspapier (Berger et al., 2012), Burnout nicht als Krankheit, sondern als durch Arbeitsstress entstandener Risikozustand für vielfältige psychische und somatische Erkrankungen zu betrachten. Bei Prädispositionen kann der durch die Burnout-Symptomatik verursachte Stress als Krankheitsauslöser für Folgestörungen, wie beispielsweise eine Depression, betrachtet werden.

Die breite Diskussion von Burnout in der Öffentlichkeit und in den Medien scheint dennoch positiv, da sie die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten unterstützt. Vernachlässigt wird dabei, dass Denken und Fühlen unmittelbar mit körperlichen Reaktionen verbunden sind (vgl. Hüther, 2016). Der Körper wird zur Ausdrucksfläche für Gefühle. Umgekehrt können auch negative Gefühle zum Beispiel aus dem dauerhaften Erleben von Schmerzen resultieren. Die Wechselwirkungen von hohem Arbeitsstress, körperlichen Auswirkungen wie Erschöpfung, kardiovaskulären Erkrankungen, Magen-Darm-Beschwerden sowie psychischer Beeinträchtigungen, etwa reduzierte Selbstwirksamkeit, Schwingungsfähigkeit oder Affektivität, werden ausser Acht gelassen (vgl. Burisch, 2014). Die Burnout-Symptomatik wird als reine Folge der Arbeitsbelastung und von negativen Arbeitsbedingungen betrachtet, in der Annahme, dass diese sich durch eine bessere Arbeitssituation ebenfalls wieder bessert (vgl. hierzu Berger et al., 2012). Appels (2004; Appels & Mulder, 1988) zeigte in seinen Untersuchungen Zusammenhänge zwischen emotionaler Erschöpfung und dem vermehrten Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen. Weiter konnten Melamed et al. (2006) nachweisen, dass Erschöpfung und Burnout-Risikofaktoren sowohl für kardiovaskuläre Erkrankungen als auch für arteriosklerosebegünstigenden Typ-2-Diabetes sind. Diese Autoren zeigen Zusammenhänge mit anderen somatischen Erkrankungen auf, beispielsweise mit dem metabolischen Syndrom, der Kortisol- und Sympathikus-Regulation, mit Schlafstörungen, mit Entzündungsreaktionen, mit gestörten Immunfunktionen und gesundheitsschädigendem Verhalten. Unzählige Studien zeigen hohe Korrelationen zwischen Burnout und psychischen und psychosomatischen Symptomen (vgl. u. a. Bauer et al., 2006; Melamed et al., 2006; Schwarzkopf et al., 2016a). Ein Burnout sollte vor allem bei der Differentialdiagnose eines chronischen, somatisch nicht erklärbaren Erschöpfungszustandes in Betracht gezogen werden (vgl. Känel, 2008). Die Entwicklung verläuft prozessartig mit vielfältigen körperlichen, emotionalen, kognitiven und verhaltensorientierten Symptomen (vgl. Burisch, 2014).

Multidimensionale Aspekte eines Burnouts

Psychosomatische Erkrankungen sind sowohl für Betroffene als auch für Behandelnde häufig rätselhaft: Betroffene sind krank, leiden, haben körperliche Schmerzen, aber die MedizinerInnen finden keine Ursache. Das Symptom fühlt sich in erster Linie nicht psychisch an, ist getarnt als ein Körpersymptom und ist auch von diesem zunächst einmal nicht zu unterscheiden. Man ist krank, jedoch ohne Befund (vgl. Stelzig, 2013). Die Rede ist auch von «funktionellen Störungen», da die Organe gesund sind, jedoch die Funktion der Organe gestört ist. Es sind keine klaren kausalen Ursache-Wirkungs-Ketten, sodass man nicht im strengen Sinn behaupten kann, Stress sei de facto Ursache für ein Burnout. Vielmehr geht es um das diffizile Zusammenspiel multimodaler Faktoren (vgl. hierzu Känel, 2008). Gewisse Resilienzfaktoren können sich präventiv auswirken, sodass ein/e ArbeitnehmerIn mit hoher Selbstwirksamkeitsüberzeugung, stabilen Beziehungen und einem wohlthuenden Wohnumfeld gesund bleibt, währenddessen der gesamte KollegInnenkreis an einem Burnout leidet (vgl. Känel, 2017). Es ist daher dringend indiziert, den Blick zu erweitern und Burnout ganzheitlicher zu betrachten. Die Entstehung von einem Burnout ist nach dem Verständnis der KZPT IKP multifaktoriell und multidimensional. Das Individuum wird als Einheit von Körper, Geist und Seele verstanden, welches in ständigem Austausch mit der sozialen und ökologischen Umwelt steht.

Verdeutlicht wird dies anhand des «Anthropologischen Würfelmodells IKP» (vgl. Abbildung 1) (Maurer, 2004, 2013), welches genau wie die moderne Psychosomatik auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell von George Engel (1977, zit. nach Egger, 2005) basiert. Dieses Modell ist laut Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN relevant für das Vorkommen von Burnout-Beschwerden (Berger et al., 2012), da es biologische Risikokonstellationen (analog genetischer Prädispositionen bei Depressionen), psychologische Belastungsfaktoren und arbeitsplatzbezogene Bedingungsfaktoren integriert.

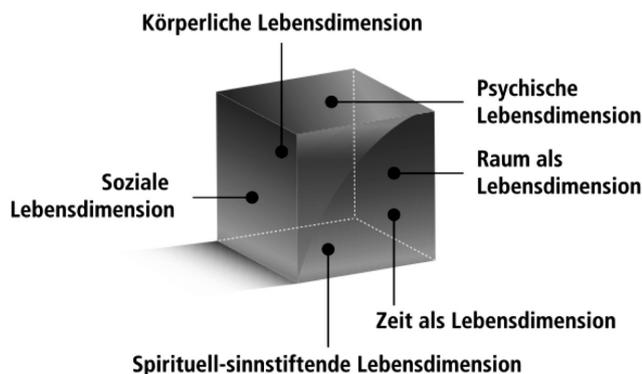


Abbildung 1: Anthropologisches Würfelmodell IKP

Dieses nach Maurer entwickelte Kernkonzept der KZPT IKP illustriert die ständige Wechselwirkung von körperlicher und psychisch-geistiger Lebensdimension, er-

gänzt durch vier weitere: die soziale Lebensdimension, die spirituelle-sinnstiftende Lebensdimension sowie die Lebensdimensionen des Raumes und der Zeit. Es ist als Erweiterung zu dem linear-kausalen Denken und dem isolierten Betrachten von Phänomenen, welches für eine ICD-10-Diagnostik notwendig ist, zu betrachten (vgl. zu diesem Aspekt Maurer, 2013). Die psychisch-geistige Lebensdimension umfasst psychologische Aspekte wie realistisches Denken, Kognitionen, Wahrnehmung, Gefühle, Einstellungen, Selbstbezug sowie die verschiedenen Bewusstseinsformen (bewusste und unbewusste Anteile). Die körperliche Lebensdimension beinhaltet biologische und physiologische Aspekte, unter anderem Beweglichkeit, Haltung, Körperausdruck und Körperbewusstsein, Sinneswahrnehmungen etc. Die soziale Lebensdimension umfasst berufliche und private Beziehungen, soziale Aktivitäten, soziale Rolle/Funktion/Status, Kontakt, Nähe-Distanz-Verhalten, Kommunikation. Die spirituelle-sinnstiftende Lebensdimension umfasst allgemeine Aspekte der Sinnstiftung und Sinnfragen, Philosophie, Religion, Meditation etc. Sie befasst sich mit existenziellen Sinnfragen (Leben-Tod, Krankheit-Gesundheit, Leiden etc.) sowie persönlichen Werten und ist nicht mit kirchlicher Institution gleichzusetzen. In diesem Zusammenhang spricht Brühlmann (2013) auch von Burnout als einer Lebenssinnskrise. Die Dimension des Raumes bringt mehr Bewusstheit bezüglich räumlichen Erfahrungen und der Ökologie und bezieht sich generell auf räumliche Erfahrungen des Menschen, inklusive des Körperinneren, des intimen Aussenraums, des sozialen Nahraums/Grossraums etc., sowie die Qualität des Lebensraumes einer Person. Die Dimension der Zeit beinhaltet das Zeitmanagement und vereinigt Vergangenheit und Zukunft zum Hier und Jetzt (Gegenwart) sowie das subjektive Zeiterleben. Mit dem Anthropologischen Würfelmodell IKP wird die Ganzheitlichkeit des Menschen symbolisch und didaktisch hilfreich abgebildet.

Viele Beschwerden treten erst in spezifischen Situationen auf, zum Beispiel in sozialen Interaktionen wie der Begegnung mit Vorgesetzten. Aus diesem Grund ist eine ausführliche Anamnese aller Dimensionen entscheidend. Psychosomatische Erkrankungen entstehen laut Maurer (2004) dann, wenn die Ausgewogenheit der sechs Lebensdimensionen zu stark aus der Balance gerät. Widersetzliche intradimensionale Bestrebungen (z. B. Bedürfnis nach Schlaf versus Bedürfnis nach Sport) oder interdimensionale Bestrebungen (z. B. Bedürfnis nach Schlaf versus Bedürfnis nach beruflicher Weiterentwicklung) können dann zu einer inneren Zerrissenheit führen, welche sich häufig in An- und Verspannung in vielfältigster Art äussert. Es sind dann die Konflikte und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken, welche die Funktion eines Organs krank machen (vgl. Stelzig, 2013). Burnout wird entsprechend auch als Folge von Störungen des Selbstregulationsprozesses verstanden (vgl. hierzu Künzler et al., 2010). Es entsteht dann, wenn es dem Individuum nicht mehr gelingt, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Durch Störung des Selbstregulationsprozesses werden die Empfindung und der Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen blockiert. Gesundheit

ist nach diesem Verständnis viel mehr als die Abwesenheit von Krankheit, sondern das Interagieren von körperlichen, psychischen, sozialen, spirituell-sinnstiftenden Faktoren, in Verbindung mit Raum und Zeit (vgl. Maurer, 2004). Sobald gesundheitsförderliche Prozesse abnehmen, ist die Entstehung von Beeinträchtigungen eher möglich. Je weniger ein Individuum zwischen den Lebensdimensionen wechselt (Fixierung in einer Dimension), desto anfälliger wird diese Person für weitere Störungen, verliert dabei Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten. Die Unausgewogenheit entsteht dabei durch die Wechselwirkung von äusseren Einflüssen, sowie durch die mangelnde Fähigkeit der Person selbst den Wachstums- und Veränderungsprozess zu initiieren. Ein Burnout ist daher in Anlehnung nach Maurer nicht nur auf in der Vergangenheit Erlebtes zurückzuführen, sondern auch auf mangelnde Anpassungs- und Integrationsfähigkeit in unserem auf Höchstleistung ausgerichteten Zeitalter. Burnout sollte in seinen Ursachen und seinen Auswirkungen nicht rein körperlich oder rein psychisch betrachtet werden, sondern der Blickwinkel auf andere Dimensionen (multidimensional) und die mitverursachenden Faktoren (multifaktoriell) erweitert werden. So tragen auch ausserberufliche Stressoren (vgl. Känel, 2017), körperliche und psychische Krankheiten, welche müde machen (vgl. Känel, 2008), sowie Persönlichkeitscharakteristika wie Narzissmus (vgl. Schwarzkopf et al., 2016a) zum Burnout bei. Entsprechend führt eine multimodale psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu einer signifikanten Reduzierung der allgemeinen für Burnout spezifischen Symptombelastung (vgl. Schwarzkopf et al., 2016b).

Die Bedeutung des Körpers in der Psychotherapie

Herr Z., 47 Jahre alt, verantwortlich für die Leitung eines Teams, bestehend aus acht Angestellten im kaufmännischen Sektor, ist seit 13 Jahren verheiratet, hat zwei Kinder. Seine Interessen sind Fahrradfahren, Wandern und

Reisen. Er wohnt in einem Zweifamilienhaus auf dem Land. Durch schnelles Wachstum im Unternehmen und den damit verbundenen Umstrukturierungen und dem gestiegenen Wettbewerbsdruck, wurde von den Angestellten im vergangenen Jahr eine extrem hohe Einsatzbereitschaft erwartet. Herr Z. hat unterdessen im letzten Jahr über 800 Überstunden geleistet, ein Ende bzw. Abbau ist aktuell nicht absehbar. Seit über zwei Monaten klagt Herr Z. über Ein- und Durchschlafstörungen mit mehrmaligem Erwachen, Konzentrationseinbussen, starker körperlicher und emotionaler Erschöpfung, Vergesslichkeit, heftige Schwindelanfälle, Wutausbrüche und stechende Schmerzen im Brustbereich. In den umfangreichen medizinischen Abklärungen konnte eine körperliche Ursache für die berichteten Symptome ausgeschlossen werden. Die Symptomatik wird aus multidimensionaler Sicht in Tabelle 1 veranschaulicht. Herr Z. sitzt in der Therapie mit eingefallenen Schultern, gesenktem Blick und berichtet von beruflichen Enttäuschungen und familiären Schwierigkeiten.

Die Herausforderung für psychosomatische Erkrankungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besteht darin, Krankheiten in ihren Ursachen und Auswirkungen nicht rein psychisch zu betrachten – genauso wie Somatiker diese nicht rein körperlich beurteilen sollten. Neben den körperlichen Symptomen, bringen Erkrankungen immer auch soziale und psychische Schwierigkeiten mit sich (vgl. Morschitzky & Sator, 2004). Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen in der Schweiz rechtfertigen ihre Existenz anhand ihrer spezifischen theoretischen Konzepte und Interventions-techniken (vgl. Koemeda-Lutz et al., 2016b). Primäres Ziel in der KZPT IKP ist es nicht, die Erschöpfung von Herrn Z. auf der Symptomebene «wegzuthераpiieren», da diese auf Dysharmonien in anderen Lebensdimensionen hinweisen. Die dort bestehenden entwicklungshemmenden Prozesse müssen zunächst erfasst und dann eine bessere Reorganisation erzielt werden (vgl. hierzu auch Maurer, 2002). Herr Z. muss also lernen, sich den beruflichen und familiären Bezug besser zu organisieren.

Tabelle 1: Betrachtung der Symptomatik aus multidimensionaler Sicht

	Stressoren	Ressourcen
Körperliche Lebensdimension	Schlafstörungen, körperliche Erschöpfung, Schwindel, stechende Schmerzen in der Brust	Fahrradfahren, Reisen, Wandern, regelmässige Erholungsphasen
Psychische Lebensdimension	Gedankenkreisen, Vergesslichkeit, Wutausbrüche, Perfektionismus. Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit	Reisen, Durchhaltewillen, Selbstwirksamkeit, fachliche Qualifikation
Soziale Lebensdimension	Interpersonelle Konflikte am Arbeitsplatz	Familie & Freunde
Spirituell-sinnstiftende Lebensdimension	Lebensmüdigkeit, keine Hoffnung auf Veränderung	Sinnhaftigkeit als Familienvater und Ehemann
Raum als Lebensdimension	Hektischer Arbeitsplatz, Lärm	Wohnen in der Natur
Zeitliche Lebensdimension	Termindruck, Stress	Gemeinsame Zeit mit der Familie

Psychosomatische Psychotherapie bedeutet neugierig zu sein – eine Neugier, die nicht auf das rein psychische beschränkt ist. So wird die psychosomatische Medizin auch als Kommunikationsmedizin oder «sprechende Medizin» (nach Thure von Uexküll, 1986) bezeichnet. Die Betroffenen werden in ihrer Lebenssituation ganzheitlich begleitet (vgl. Maurer, 2004). Dies erfordert häufig auch eine solide interdisziplinäre Vernetzung. Psychosomatische Leiden können Ausdruck belastender, schwieriger, konfliktreicher Beziehungen sein (vgl. Stelzig, 2013). Auch können Schmerzen reaktiviert werden, deren erstes bzw. letztes Auftreten bereits lange Zeit zurückliegt (vgl. hierzu Maurer, 1998). Der Schmerz ist häufig gekoppelt an negative Erfahrungen und fest im menschlichen Schmerzgedächtnis verankert (vgl. Hüther, 2016). Die Erinnerungen können dann durch körperliche Berührungen wieder wachgerufen werden. So ist ein neuer Konflikt oder Schmerz mit einem alten verzahnt. Der alte Konflikt bildet damit den fruchtbaren Boden für den neuen Konflikt. In der KZPT findet in dieser Hinsicht ein Perspektivenwechsel statt und die Frage gestellt: Wie wird der Stress so verarbeitet, dass man gesund bleibt bzw. dass eine stress-induzierte übermässige Schmerzempfindung bzw. Hyperalgesie aufgrund früherer konfliktträchtiger Stresserfahrungen (vgl. Egle et al., 2016) reduziert werden kann?

Ein grundlegendes methodisches Vorgehen der KZPT IKP ist es, zunächst die Erschöpfung oder die Wutausbrüche mit dem Körper in Verbindung zu setzen. Herr Z. wird daher aufgefordert mit seinem Körper die Wut darzustellen. Anschliessend wird er angeleitet, zwischen Verstärken der Wut, Wiederabschwächen der Wut und erneutem Verstärken abzuwechseln (zu oszillieren). Durch diesen therapeutischen Prozess wird die mit der Wut korrespondierende Körperlichkeit aktiviert. Herr Z. spürte dabei einen deutlichen Druck im Magen und auf der Brust und hatte innerlich das Bild vom Erdrücktwerden. Im anschliessenden explorativen Therapiesgespräch wurde Herr Z. seine passive, erdulende Kommunikationsweise sowohl im Beruf als auch in der Familie bewusst, gespiegelt am körperlichen passiven «Erdrücktwerden». Der Patient wurde darauffolgend angeleitet, seine körperliche Haltung zu verändern, sich langsam aufzurichten, sich dann wieder einzurollen und sich erneut stärker aufzurichten. Herr Z. konnte erleben, wie die beiden verschiedenen Haltungen mit zwei unterschiedlichen Gefühlsqualitäten (schwach, wütend, hilflos versus stark, handlungsfähig, optimistisch) einhergingen. Zusätzlich erlebte Herr Z., dass er die Erschöpfung bis zu einem gewissen Grad selber regulieren konnte, das heisst durch körperliche Gestik, Mimik und Haltung beeinflussen konnte. Im Sitzen mit entspannten Schultern, aufgerichteten Rücken und fokussiertem Blick spürte er Erleichterung, Stärke und sogar Optimismus, was sein Selbstwertgefühl positiv beeinflusste. Diese Beobachtung geht mit den in der «Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz» (PAP-S) festgestellten Trends einher, dass erfolgreiche Behandlungen zu einer Zunahme der Länge des Blickkontakts sowie zu einer Abnahme spannungsreduzierender Gesten und allgemeiner Kör-

perspannung führen (vgl. hierzu Koemeda-Lutz et al., 2016b). Spezifischere Untersuchungen sind aktuell noch ausstehend.

Die KZPT IKP nach Maurer ist ein (integratives) Psychotherapieverfahren, das dem Formenkreis der Humanistischen Psychologie zuzuordnen ist. Die zentrale Basis stellt im Spezifischen der Gestaltansatz dar, der durch Fritz Perls, Laura Perls-Posner und Paul Goodman in den 1950er Jahren entwickelt wurde. Die PAP-S zeigt für humanistische Therapieverfahren grosse signifikante Effektstärken bei den Globalmassen psychische Beeinträchtigung und Symptombelastung und eine vergleichbare Effektivität mit evidenzbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren (vgl. Crameri et al., 2014). Die PsychotherapeutInnen setzen jedoch ein weitreichendes Spektrum unterschiedlicher und schulenübergreifender Interventionen ein (vgl. hierzu ausführlicher Koemeda-Lutz et al., 2016a). Sie setzten unter naturalistischen Bedingungen durchschnittlich 9,9 Prozent Techniken aus der eigenen Psychotherapieschule ein, 18,9 Prozent Interventionen aus anderen Psychotherapieschulen und 67,3 Prozent unspezifische, allgemeine Techniken. Zwischen Methodenspezifität und Behandlungsergebnis konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (vgl. Koemeda-Lutz et al., 2016b).

Wie der Gestaltansatz ist auch die KZPT IKP ein prozess- und ressourcenorientiertes, emotions- und bedürfniszentriertes sowie erlebnisaktivierendes Verfahren. Die Bezeichnung «körperzentriert» ist historisch bedingt, bezieht sich auf die Abgrenzung gegenüber rein verbalen Psychotherapieformen und gibt eine unvollständige Beschreibung. Passender wäre etwa «multidimensional», wie im Kernkonzept, dem Anthropologischen Würfelmodell IKP, zum Ausdruck kommt. Die KZPT IKP stützt sich auf ein kombiniertes Vorgehen mit gekoppelter Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung (als komplementäre psychotherapeutische Wirkfaktoren). Im Fall von Herrn Z. bedeutet dies Folgendes: Zum einen gilt es, ressourcenorientiert herauszufinden, wie er beispielsweise seine Erholungspausen besser gestalten kann, was ihm im Beruf und im Alltag Freude bereitet und ihm besonders leichtfällt und nicht zuletzt was er in seinem Körper so wahrnehmen kann, dass dieser als funktionierendes «Frühwarnsystem» für Stressfallen dienen kann. Zum anderen werden konkrete lösungsorientierte Kommunikationsstrategien erarbeitet, um die Konflikte mit seinen Mitarbeitern zu klären sowie die Nähe-Distanz-Regulation im Privaten und im Beruflichen stärker zu differenzieren. Der stabilisierende, selbstwertsteigernde Anteil der Arbeit wird wieder mehr in den Fokus gerückt sowie konkrete Copingstrategien für Arbeitsstressoren entwickelt, Arbeitsstrukturen verbessert, eine Kultur von Wertschätzung und positiver Arbeitsatmosphäre gefördert, Kontrollierbarkeit sowie eine Balance von Ressourceneinsatz und Ergebnis gefördert (vgl. Nil et al., 2010). Rückkopplungsprozesse und Wechselwirkungen spielen dabei eine wichtige Rolle (vgl. hierzu Maurer, 2004). Kleine Veränderungen in den verschiedenen Lebensdimensionen verstärken einander und

führen zur Abnahme der Störung. Restsymptome werden mit spezifischen Methoden bearbeitet.

Typisch für die KZPT IKP ist, dass Gesprächsinhalte immer wieder in körperliche Erfahrungen, körperlichen Ausdruck «übersetzt» werden und alles, was dabei wahrgenommen und erlebt wird, im Anschluss wieder verbalisiert wird. Herr Z. wird bei einem Wutausbruch gefragt, wo im Körper er diese Wut jetzt gerade wahrnehmen könne. Neben der «Wut im Bauch» spürte er plötzlich auch Schwere und Trauer im Herzen, welche mit Versagensängsten verbunden sind. Durch dieses Vorgehen wird körperliches und psychisches Erleben integriert, das Erleben im Hier und Jetzt aktualisiert und die Chance gegeben, neu zu Erlernendes im Körpergedächtnis zu verankern. Durch das permanente Fokussieren auf die nächsten Arbeitsziele geht das Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln im Moment verloren. Durch das Erleben im Hier und Jetzt können Gesprächsinhalte emotionalisiert werden. Polaritäten können so besser geklärt und integriert werden, da sie im Hier und Jetzt erlebbar sind. Der Betroffene kann mit allen Sinneswahrnehmungen in der Gegenwart erfahren, dass eine aktuelle, körperlich spürbare heilsame Reaktion auf die Reaktivierung von alten, belasteten Gefühlen und Schmerzen möglich ist (vgl. Gottwald, 2005). Nachdem die Versagensängste, welche mit der Wut von Herrn Z. gekoppelt waren, bearbeitet wurden, konnte der Patient eine spürbare Erleichterung und Wärme in seinem Bauch wahrnehmen sowie tiefer durchatmen. Sein gesamter muskulärer Tonus entspannte sich. Durch den ständigen Wechsel zwischen Erleben und Reflektieren (Verbalisieren des Prozesses) wird die Veränderung problematischen Verhaltens und Erlebens ermöglicht. Eine Veränderung realisiert sich im Moment des aktuellen Erlebens, welches durch den Therapeuten oder die Therapeutin aufmerksam auf der prozessualen Ebene begleitet wird.

Die integrative und ganzheitlich orientierte Therapiearbeit der KZPT IKP wird unter anderem an der Technik des «Aktiven Shiftens» deutlich. »Shiften« bedeutet »den Fokus wechseln« oder »sich verlagern«, entweder innerhalb einer Lebensdimension (intradimensional) oder zwischen den Lebensdimensionen (interdimensional). Beim intradimensionalen Shiften wird innerhalb der einzelnen Lebensdimension gewechselt. In der körperlichen Dimension wird beispielsweise vom Sitzen ins Stehen, von einem muskulär angespannten in einen entspannten Zustand, von einer Bewegung zur Ruhe gewechselt. Unter interdimensionalem Shiften wird das Wechseln zwischen den verschiedenen Lebensdimensionen verstanden. Beim Wechsel etwa vom Gespräch in das Spüren der Körperwahrnehmung erfolgt ein Shift von der psychischen in die körperliche Lebensdimension. Derartige Dimensionswechsel gehen meist mit einem Wechsel in der Gefühlsqualität einher. Herr Z. sprach zu Beginn der Psychotherapie nur von seinen stechenden Schmerzen und dem Ärger am Arbeitsplatz und vergass dabei fast, wie glücklich er sich fühlte, trotz den Schwierigkeiten eine funktionierende Partnerschaft zu führen und wie sehr er die Freizeit mit seinen Kindern genoss. Die KZPT IKP versteht das stete

Wechseln von einer Lebensdimension zur anderen beim einzelnen Menschen als ein grundlegendes Lebens- und Funktionsprinzip, welches bedeutsam ist für die optimale Aktivierung der Persönlichkeit (vgl. hierzu Maurer, 2004). Im Gegenzug dazu besteht die Gefahr des Krankwerdens in einer Fixierung in einer einzigen Lebensdimension. Dies hat zur Folge, dass Erlebnishorizont und Tätigkeitsradius eingeschränkt werden und führt weiter zu einer Abnahme der individuellen Ressourcen. Durch die therapeutische Arbeit können mittels aktivem Shiften gezielt Überbrückungshilfen, Kraft, neue Impulse und kreative Lösungsversuche aus anderen Lebensdimensionen entwickelt werden. Der hier stattfindende Perspektivenwechsel dient dem Auffinden von Ressourcen, aber auch von Problemfeldern im diagnostischen Sinn, der Loslösung respektive Entfixierung (des Problems) sowie dem nicht-konfrontativen Umgang mit Widerstand (vgl. Künzler et al., 2010). Der hohe Workload wird so beispielsweise aus einer anderen der sechs Lebensdimensionen betrachtet und damit eine Änderung des Stellenwertes des Problems stattfinden, sodass eine Bewältigung leichter erscheint. Das Unternehmenswachstum und die damit verbundene gestiegene Verantwortung war für Herrn Z. zwar ein wichtiger beruflicher Karriereschritt, doch verlor es an Bedeutung, als ihm bewusst wurde, wie sehr er durch den Dauerstress das Risiko für einen Herzinfarkt steigerte.

Im Sinne der humanistischen Therapie sind bei einem Burnout die Zentrierung auf die Kommunikation im Hier und Jetzt, die Integration der körperlichen Symptome, die Betonung der Selbstverantwortung und die Stärkung von Autonomie und Selbstverwirklichung wesentlich (vgl. Ermann, 2007). Das Vorgehen der KZPT IKP impliziert eine ganzheitliche Betrachtungsweise menschlicher Erfahrung – nicht-dichotom und nicht-linear – und ist daher als Gegenspieler zum eindimensionalen ICD-10-Vorgehen zu betrachten (vgl. hierzu Maurer, 2013). Das heisst auch: Weg von einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und der isolierten Betrachtung von Phänomenen. Im Fall von Herrn Z. heisst das, sich nicht nur auf den gestiegenen Wettbewerbsdruck und die Überstunden als Ursache zu konzentrieren, sondern über den Arbeitsplatz hinausgehende Faktoren zu berücksichtigen.

Erschwerend für die psychotherapeutische Behandlung kommt hinzu, dass die Betroffenen häufig bereits eine Odyssee an Untersuchungen und Abklärungen hinter sich haben auf der Suche nach der ursprünglichen, meist einer vermuteten somatischen Ursache ihrer Schmerzen. Dabei vergeht wertvolle Zeit, welche der Chronifizierung Vorschub leistet (vgl. Stelzig, 2013). Hinzu kommt die damit verbundene Enttäuschung, nicht wahr- und ernst genommen zu werden. Die Odyssee der Abklärungen hat auch gesundheitspolitische Konsequenzen, indem sie enorme Kosten verursacht. Dennoch ist eine ausführliche Differentialdiagnose unverzichtbar, damit Symptome, welche durch eine primäre Grunderkrankung verursacht werden (wie z. B. Leistungseinschränkung oder Erschöpfung), nicht fälschlicherweise als Burnout bezeichnet werden (vgl. hierzu Känel, 2008; Berger et al., 2012). Weitere Differentialdiagnosen wären:

1. somatisch: Anämie, Eisenmangel, Hypothyreose, Herz- und Niereninsuffizienz, Borreliose, obstruktives Schlafapnoesyndrom, degenerative Erkrankungen des ZNS etc.
2. psychosomatisch/psychiatrisch: Chronic-Fatigue-Syndrom, depressive Störungen, Somatisierungsstörungen, Angsterkrankungen, Substanzmissbrauch etc.

Analog dem Positionspapier der DGPPN (Berger et al., 2012) betrachtet die KZPT IKP die Entstehung und die Behandlung eines Burnouts aus differenzierten, multidimensionalen Blickwinkeln und berücksichtigt dabei, dass Burnout-Beschwerden durch ein breites Spektrum anderer psychischer und somatischer Erkrankungen hervorgerufen werden können, aber auch Burnout-Beschwerden ohne gleichzeitig vorliegender ICD-10-Erkrankung eine angemessene Beachtung erhalten sollten.

Schlussfolgerung

Der Blick für die eine dimensionale Gesamtheit des Menschen sollte nicht vergessen gehen: sowohl von den ÄrztInnen, den PsychotherapeutInnen, als auch den Betroffenen. Burnout sollte als Zusammenspiel der verschiedenen Dimensionen, wie sie im Anthropologischen Würfelmodell IKP abgebildet sind, betrachtet werden. Eine multimodale, evidenzbasierte, störungsspezifische psychotherapeutische Behandlung führt zu einer signifikanten Reduzierung der allgemeinen für Burnout spezifischen Symptombelastung (vgl. Berger et al., 2012; Schwarzkopf et al., 2016b). Die KZPT IKP kombiniert Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung und betrachtet die Entstehung von Störungen multifaktoriell und multidimensional. Die Methode integriert und erweitert zugleich die drei klassischen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells, wovon Burnout-Betroffene in therapeutischer Hinsicht besonders profitieren können.

Literatur

Appels, A. (2004). Exhaustion and coronary heart disease: the history of a scientific quest. *Patient education and counseling*, 55(2), 223–229.

Appels, A. & Mulder, P. (1988). Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 9(7), 758–764.

Bakker, A.B., Demerouti, E. & Verbeke, W. (2004). Using the job demands resources model to predict burnout and performance. *Human resource management*, 43(1), 83–104.

Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., Müller, U., Wirsching, M. & Schaarschmidt, U. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International archives of occupational and environmental health*, 79(3), 199–204.

Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U. & Maier, W. (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. *Nervenarzt*, 4, 537–543.

Brühlmann, T. (2013). Burnout. *Der Schmerz*, 27(5), 521–533.

Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Cramer, A., Koemeda, M., Tschuschke, V., Schulthess, P., & Wyl, A. von (2015). Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie: Ergebnisse aus der Grundversorgung in der Schweiz. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 4(2), 96–107.

Egger, J.W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3–12.

Egle, U.T., Egloff, N. & Känel, R. von (2016). Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH) als Folge von emotionaler Deprivation und psychischer Traumatisierung in der Kindheit. *Der Schmerz*, 30(6), 526–536.

Elloy, D.F., Terpening, W. & Kohls, J. (2001). A causal model of burnout among self-managed work team members. *The Journal of Psychology*, 135(3), 321–334.

Ermann, M. (2007). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. W. Kohlhammer Verlag.

Gottwald, C. (2005). Bewusstseinszentrierte Körperpsychotherapie-angewandte Neurobiologie. In S.K. Sulz, L. Schrenker & C. Schrieker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 105–198). München: CIP-Medien.

Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: C.H. Beck.

Hüther, G. (2016). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Känel, R. von (2008). Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis*, 97(9), 477–487.

Känel, R. von (2017). Burnout und Resilienz bei Ärztinnen und Ärzten. *Primary and hospital care – Allgemeine Innere Medizin*, 17(3), 51–56.

Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Tschuschke, V., Schulthess, P. & Wyl, A. von (2016a). Therapists' Interventions in Different Psychotherapy Approaches: Category and Temporal Aspects. *International Body Psychotherapy Journal*, 15(2), 37–65.

Koemeda-Lutz, M., Wyl, A. von, Cramer, A., Schulthess, P. & Tschuschke, V. (2016b). Praxisstudie Ambulante Psychotherapie-Schweiz (PAP-S). Ergebnisse aus zehn Originalarbeiten im Überblick. *körper-tanz-bewegung*, 4(3), 123–133.

Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R. & Nussbaum, M.H. (2010). *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397–422.

Maurer, Y. (1998). *Grundlagen und neurowissenschaftliche Aspekte. Körperzentrierte Psychotherapie IKP*. Zürich: IKP-Verlag.

Maurer, Y. (2002). *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele*. Zürich: IKP-Verlag.

Maurer, Y. (2004). *Zu innerer Kraft und Energie durch körperzentrierte Psychotherapie: Ganzheits-Psychotherapie IKP*. Zürich: IKP-Verlag.

Maurer, Y. (2013). *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. Springer-Verlag.

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*, 132(3), 327.

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S. & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic medicine*, 68(6), 863–869.

Morschitzky, H. & Sator, S. (2004). Wenn die Seele durch den Körper spricht. *Psychosomatische Störungen verstehen und heilen*. Düsseldorf: Patmos.

Nil, R., Jacobsen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., Ramseier, F. & Holsboer-Trachslers, E. (2010). Burnout—eine Standortbestimmung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(2), 72–77.

- Schwarzkopf, K., Straus, D., Porschke, H., Znoj, H., Conrad, N., Schmidt-Trucksäss, A. & Känel, R. von (2016a). Empirical evidence for a relationship between narcissistic personality traits and job burnout. *Burnout Research*, 3(2), 25–33.
- Schwarzkopf, K., Conrad, N., Straus, D., Porschke, H. & Känel, R. von (2016b). Einmal Burnout ist nicht immer Burnout: Eine stationäre multimodale Psychotherapie ist eine effektive Burnout-Behandlung. *Praxis (16618157)*, 105(6).
- Stelzig, M. (2013). *Krank ohne Befund*. Salzburg: Ecowin.
- Uexküll, T. von (1986). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Weber, A. & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational medicine*, 50(7), 512–517.

Burnout multidimensionality in body-centered psychotherapy

Burnout clearly reflects the two faces of today's society: the performers, sacrifice, strength, high motivation, and perfectionism – in contrast to fatigue, exhaustion, lethargy, and chronic somatic symptoms like back pain. This article provides a theoretical overview of the most common terminology of burnout and its core components of emotional exhaustion, cynicism, and reduced self-efficacy. Burnout should not only be seen as a causal result of workplace factors, but also from a multifactorial and multidimensional perspective. This is illustrated by the Anthropological Cube Model, the core concept of the body oriented psychotherapy IKP. This integrative psychotherapy method is based on the Gestalt approach. It is characterized by process and resource orientation, emotion and focusing on needs, as well as activation of experiences. Burnout is not only due to past experiences, but also to a lack of adaptability and integration in our high-performance-oriented era. In the sense of a humanistic therapy, the communication in the «here and now» is of the essence. Also important are the integration of physical symptoms, the emphasis on self-responsibility and the strengthening of autonomy and self-realization. Burnout should therefore be regarded as the clinical expression of a combination of the different dimensions shown in the Anthropological cube model IKP body, psyche, social, spirituality, room, and time.

Key words: Burnout, Psychosomatic, Exhaustion, Body oriented psychotherapy, Gestalttherapy

Multidimensionalità del burnout nella psicoterapia centrata sul corpo

Il burnout riflette come nessun altro stato i due volti della nostra società: da un lato l'orientamento alla prestazione, spirito di sacrificio, forza, motivazione e perfezionismo elevati, dall'altro lato affaticamento, esaurimento, letargia e problemi fisici cronici, come problemi alla schiena. In questo articolo riassuntivo viene offerta una panoramica teorica sulla più corrente nozione di burnout e la sua componente centrale, l'esaurimento emozionale, il cinismo e la capacità ridotta di presta-

zione. Da parte della psicoterapia centrata sul corpo (KZPT) dell'Istituto per la psicoterapia centrata sul corpo (IKP), il burnout viene visto non solo come risultato causale di fattori lavorativi, ma anche da una prospettiva multifattoriale e multidimensionale. Ciò viene spiegato più precisamente grazie ai modelli antropologici «del cubo», il concetto centrale della IKP del KZPT. Questo approccio psicoterapeutico integrato basato su un'impostazione gestaltica è caratterizzato da un orientamento dei processi e delle risorse, delle emozioni e delle necessità, oltre che dall'attivazione delle esperienze. Un burnout non è solo da rimandare al vissuto passato, ma anche a una incapacità di adattamento e di integrazione in questa nostra epoca orientata all'alto rendimento.

Pertanto sono importanti la centratura sulla comunicazione nel qui e ora, l'integrazione dei sintomi fisici, l'accento sull'auto-responsabilità e il rafforzamento dell'autonomia e dell'autorealizzazione. Il burnout di conseguenza viene considerato espressione clinica dell'interazione di diverse dimensioni, corpo, psiche, sociale, spazio e tempo.

Parole chiave: burnout, psicosomatica, esaurimento, psicoterapia centrata sul corpo, terapia della Gestalt.

Die AutorInnen

Kathleen Schwarzkopf, MSc, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, ASP-Mitglied, Psychologin und Psychotherapeutin IKP, Coach DBVC, Netzwerkpsychologin ICAS. Aktiv in Forschung für das Universitätsspital Bern und die Universität Bern. Schwerpunkte: Krisenbewältigung, Burnout und andere Stressfolgeerkrankungen, Out- und Newplacement, Pferdegestützte Psychotherapie. In ambulanter integrativer psychiatrisch-psychotherapeutischer Praxis tätig. Selbstständig in Bern (www.praxis-am-waldrand.ch)

Roland von Känel, Prof. Dr. med., Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und für Psychiatrie und Psychotherapie. Chefarzt Departement für Psychosomatische Medizin der Klinik Barmelweid im Kanton Aargau. Und Titularprofessor an der Universität Bern. Beschäftigt sich seit Jahren mit dem Phänomen Burnout in der Klinik und Forschung. Hat zur Evaluation von Burnout als Risikofaktor für psychische und körperliche Stressfolgeerkrankungen eine frei zugängliche Webapplikation www.burnoutprotector.com mitentwickelt.

Kontakt

Kathleen Schwarzkopf
 Universitätsklinik für Neurologie, Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin, Inselspital
 CH-3010 BernSchweiz
 Tel: +41 (0) 79 772 49 59
 E-mail: k.schwarzkopf@gmx.ch

Roland.vonKaenel@barmelweid.ch

La multidimensionnalité du burnout dans la psychothérapie centrée sur le corps

Kathleen Schwarzkopf & Roland von Känel

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 71–72 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Mots-clés : burnout reflète, psychosomatique, épuisement, psychothérapie centrée sur le corps, Gestalt-thérapie

Le burnout reflète, plus que toute autre affection, les deux faces de la société contemporaine : celle de la performance, du sacrifice, de la force, de la surmotivation et du perfectionnisme – contrairement à la fatigue permanente, l'épuisement, l'apathie, la douleur chronique comme les maux de dos.

Cet article de synthèse donne un aperçu théorique de la terminologie la plus courante du burnout et de ses éléments principaux – épuisement émotionnel, cynisme et performance réduite. Le burnout est fréquemment considéré comme résultat causal des facteurs de travail tout en négligeant l'interaction entre l'esprit (psyché) et le soma (corps). Des recherches neurobiologiques peuvent à présent démontrer de manière impressionnante que pensées et sentiments sont étroitement liés avec le corps et les sensations corporelles. Seules des améliorations superficielles et de courte durée peuvent être réalisées par un unique changement d'une situation de travail critique. Des relations entre l'apparition de symptômes de burnout et les apparitions à répétition de maladies psychiques et somatiques ont été démontrées dans de nombreuses études. L'émergence du burnout est ainsi un processus résultant de toute une variété de symptômes physiques, émotionnels, cognitif et comportementaux. Il est donc essentiel de considérer le burnout en se focalisant non seulement sur le lieu de travail mais aussi sur des perspectives multifactorielles et multidimensionnelles. Ceci est illustré précisément par le modèle du cube anthropologique, un concept de base de la psychothérapie centrée sur le corps IKP. C'est une extension du modèle biopsychosocial d'Engel, qui intègre les constellations biologiques de risques, les facteurs de stress psychologique et les facteurs de causalité liés au travail. En plus de la dimension physique, psychologique et sociale, le modèle du cube anthropologique IKP intègre également la dimension vitale spirituelle-porteuse de sens, la dimension vitale de l'espace et la dimension vitale du temps. Il doit être considéré comme une extension de la pensée linéaire-causale et la considération isolée de phénomènes qui est nécessaire pour un diagnostic CIM-10. Selon la conception de la psychothérapie centrée sur le corps IKP, un burnout apparaît si l'équilibre des six dimensions vitales est trop perturbé. Le déséquilibre est le résultat de l'interaction des influences extérieures ainsi que du manque de capacité de la personne d'initier elle-même le processus de croissance

et changement. Il en résulte une perturbation dans le processus d'autorégulation car l'individu n'est plus en mesure de satisfaire ses besoins. Un burnout n'est donc pas seulement à attribuer à du vécu mais également à un manque d'adaptation et d'intégration dans notre époque fortement orientée vers la productivité. Cette approche multidimensionnelle de la symptomatologie du burnout est illustrée par les facteurs de stress et ressources au moyen d'un exemple de cas. De manière analogue au procédé combiné avec l'activation couplée de ressources et la résolution de problèmes (comme facteurs actifs psychothérapeutiques complémentaires) dans la psychothérapie centrée sur le corps IKP. Cette méthode psychothérapeutique, basée sur la Gestalt-thérapie, est caractérisée par l'orientation sur les processus et ressources, la focalisation sur les émotions et les besoins ainsi que l'activation d'expériences. Le terme « centrée sur le corps », de nature historique, fait référence à la délimitation par rapport à des formes de la psychothérapie purement verbales et donne une description incomplète – « multidimensionnelle » serait plus approprié. Les personnes concernées par le burnout sont accompagnées de manière holistique tout au long de leurs conditions de vie. La part stabilisante du travail augmentant l'estime de soi est à nouveau au centre de l'intérêt et des stratégies de coping concrètes sont développées pour les facteurs de stress liés au travail, les structures de travail sont améliorées, une culture d'appréciation et d'environnement de travail positif est encouragée, la contrôlabilité ainsi qu'un équilibre entre utilisation des ressources et résultat sont encouragés. Des petits changements dans les différentes dimensions de la vie se renforcent mutuellement et entraînent la diminution du trouble. Il est d'usage dans l'approche psychothérapeutique centrée sur le corps de « traduire » le contenu de conversations en expériences et expressions physiques et, que tout ce qui est perçu et vécu dans ce cadre, soit ensuite à nouveau consigné par écrit. La thérapie intégrative et holistique de la psychothérapie centrée sur le corps IKP est p.ex. clairement démontrée par la technique du « shift actif ». Le passage permanent d'une dimension de vie à une autre doit être compris comme principe de vie et de fonctionnement fondamental qui empêche de tomber malade par fixation dans une dimension. Le centrage sur la communication du lieu et du moment précis, l'intégration des symptômes physiques,

l'accentuation de la responsabilité individuelle ainsi que le renforcement de l'autonomie et l'épanouissement personnel sont essentiels au sens de la thérapie humaniste dans le cas d'un burnout. La démarche de la psychothérapie centrée sur le corps IKP implique une vision holistique de l'expérience humaine – non dichotomique et non linéaire – et est donc à considérer comme antagoniste à la procédure CIM-10 unidimensionnelle. Cela demande aussi de se distancer de simples liens de cause à effet et de l'observation isolée de phénomènes.

Le burnout doit donc être considéré comme une expression clinique de l'interaction des différentes dimensions : du corps, de la psyché, du social, de la spiritualité, de l'espace et du temps.

Les auteurs

Kathleen Schwarzkopf, MSc, psychothérapeute ASP reconnue au niveau fédéral, psychologue et psychothérapeute IKP, coach

DBVC, psychologue de réseau ICAS. Active dans la recherche au sein de l'hôpital universitaire de Berne et de l'université de Berne. Spécialités: gestion de crises, burnout et autres maladies découlant du stress, remplacement externe et réorientation professionnelle, psychothérapie assistée par les chevaux. Travaille dans un cabinet psychiatrique-psychothérapeutique ambulatoire intégratif. Exerce comme indépendante à Berne (www.praxis-am-waldrand.ch)

Roland von Känel, Prof. Dr méd., spécialiste en médecine interne générale et en psychiatrie et psychothérapie. Médecin-chef du département de médecine psychosomatique de la clinique de Barmelweid dans le canton d'Argovie. Professeur titulaire à l'université de Berne. À la clinique et dans le cadre de ses recherches, il se consacre depuis de nombreuses années au phénomène des burnouts. Afin d'évaluer les burnouts en tant que facteur de risque pour les maladies psychiques et physiques dues au stress, il a participé au développement d'une application Internet libre d'accès www.burnoutprotector.com

Abstracts aus «Psicoterapia e Scienze Umane» zum Thema Psychosomatik und Psychotherapie

www.psicoterapiaescienzeumane.it

Paolo Migone

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 73–76 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Piero Porcelli: Sviluppi contemporanei della psicosomatica (*Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, XLVI, 3: 359–388. DOI: 10.3280/PU2012-003002)

Sulla base del concetto di *peso relativo* dei fattori biologici e psicologici, la psicosomatica può essere concepita all'interno di due assi ortogonali di «malattia» e «personalità». Le ultime ricerche sulla multifattorialità delle malattie e sul rapporto gene-ambiente stanno evidenziando l'importanza dei fattori infantili di attaccamento e maltrattamento nella vulnerabilità a diverse patologie mediche attraverso l'interazione con il sistema immunitario e i fattori pro-infiammatori. Gli studi sulla personalità hanno evidenziato che i fattori psicologici di vulnerabilità alla somatizzazione possono essere presenti in modo trasversale in differenti patologie mediche e disturbi psicopatologici. Alcuni costrutti recenti, come l'alexithymia, tentano di spiegare fenomeni complessi quali il rapporto tra emozioni e sentimenti, i correlati neurobiologici delle emozioni, i percorsi evolutivi della mentalizzazione nascosti nella relazione madre-figlio.

Parole chiave: alexithymia, mente-corpo, psico-neuro-immuno-endocrinologia, psicosomatica, relazione madre-bambino

Piero Porcelli: Contemporary developments in psychosomatics

Based on the notion of *relative weight* of biological and psychological factors, psychosomatics may be conceived within the two orthogonal axes of «disease» and «personality». Recent studies on the multifactorial nature of diseases and the gene-environment relationship show the relevance of childhood maltreatment and attachment bonds on the vulnerability to medical illness through the interacting immune and pro-inflammatory activity. Studies on personality have shown so far that psychological factors of vulnerability to somatization may be present across different medical and psychopathological disorders. Some of the most recently investigated constructs as alexithymia are an attempt to explain various complex phenomena as the relationship between emotions and feelings, the neurobiological correlates of emotions, and the developmental factors of mentalization hidden in the mother-child relationship.

Key words: alexithymia, mind-body, mother-child relationship, psycho-neuro-immunology, psychosomatics

Piero Porcelli: Gegenwärtige Entwicklungen in der Psychosomatik

Zusammenfassung: Aufgrund des *relativen Gewichtes* biologischer und psychologischer Faktoren kann die Psychosomatik als innerhalb der zwei orthogonalen Achsen «Krankheit» und «Persönlichkeit» gelegen erachtet werden. Jüngste Studien über die Multifaktorialität von Krankheiten und das Zusammenspiel von Genetik und Umwelt zeigen den Einfluss von Misshandlung und Bindungsproblemen in der Kindheit auf die Anfälligkeit für medizinische Erkrankungen über die interagierende und proinflammatorische Immunaktivität. Persönlichkeitsstudien haben bisher gezeigt, dass psychologische Faktoren für somatische Anfälligkeit quer durch unterschiedliche medizinische und psychopathologische Störungen vorhanden sein können. Einige der zuletzt untersuchten Konstrukte wie die Alexithymie bilden den Versuch, mehrere komplexe Phänomene wie die Beziehung zwischen Emotionen und Gefühlen, die neurobiologischen Zusammenhänge von Emotionen und die Entwicklungsfaktoren von Mentalisierung in der Mutter-Kind-Beziehung zu erklären.

Schlagwörter: Alexithymie, Körper und Geist, Mutter-Kind-Beziehung, Psychoneuroimmunologie, Psychosomatik

Piero Porcelli : Développements contemporains dans la psychosomatique

Basée sur la notion du poids relatif de facteurs biologiques et psychologiques, la psychosomatique peut être imaginée sous deux axes orthogonaux : « maladie » et « personnalité ». Des études récentes sur la nature multifactorielle des maladies et la relation gène-environnement démontrent l'importance de la maltraitance dans l'enfance et des liens d'attachement sur la vulnérabilité face à la maladie médicale par l'interaction de l'activité immune et pro-inflammatoire. Des études sur la personnalité ont jusqu'à présent démontré que les facteurs psychologiques de vulnérabilité à la somatisation pourraient être présents dans différents dysfonctionnements médicaux et psychopathologiques. Certains des concepts les plus récemment analysés comme l'alexithymie constituent une tentative pour expliquer différents phénomènes complexes tels que la relation entre les émotions et les sentiments, les corrélations neurobiologiques des émotions, et les facteurs de

développement de la mentalisation dissimulés dans la relation mère-enfant.

Mots-clés : alexithymie, corps-esprit, relation mère-enfant, immunologie psycho-neuro, psychosomatique

Pietro Pascarelli: La psicosomatica nel paradigma biomedico e nella prospettiva dell'antropologia medica (Psicoterapia e Scienze Umane, 2012, XLVI, 3: 389–402. DOI: 10.3280/PU2012-003003)

Il paradigma biomedico in cui è incardinata la psicosomatica è fondato sulla dicotomia mente-corpo, e su una concezione del corpo storica e universale. La psicosomatica presenta pertanto una visione aseptica e decontestualizzata in cui la malattia e il corpo sono spogliati di ogni valenza simbolica, sociale, politica. La prospettiva dell'antropologia medica apre la strada a un nuovo paradigma, di cui si avverte le necessità, per una lettura critica dei fenomeni in una chiave antidicotomica, in cui il concetto di somatizzazione è sostituito da quello di incorporazione, e il corpo non è più solo superficie di iscrizione dei registri simbolici, ma sede in cui l'economia, il potere e la disuguaglianza mostrano i loro effetti incarnati.

Parole chiave: psicosomatica, somatizzazione, antropologia medica, incorporazione, paradigm

Pietro Pascarelli: Psychosomatics within the biomedical paradigm and within the perspective of medical anthropology

The biomedical paradigm, in which psychosomatics is embedded, is based on a mind-body dichotomy and on a universalistic and a-historical conception of body. Psychosomatics indeed presents an «aseptic» and decontextualized vision in which illness and body are deprived of any symbolic, social and political value. The perspective of medical anthropology allows for a new paradigm and a critical reading of clinical phenomenology in a non-dualistic key, where the concept of «somatization» is substituted by the concept of «embodiment». In this view, the body ceases to be a mere inscription of symbolic contents, and becomes the place where economy, power and inequality show their embodied effects.

Key words: psychosomatics, somatization, medical anthropology, embodiment, paradigm

Pietro Pascarelli: Psychosomatik innerhalb des biomedizinischen Paradigmas und aus der Sicht der medizinischen Anthropologie

Das biomedizinische Paradigma, in dem die Psychosomatik eingebettet ist, basiert auf einer Dichotomie von Körper und Geist und einer universalistischen und historischen Auffassung des Körpers. Die Psychosomatik stellt in der Tat eine «aseptische» und entkontextualisierte Sicht dar, in der Krankheit und Körper keinerlei symbolischen, sozialen und politischen Wert haben. Die Perspektive der medizinischen Anthropologie

ermöglicht ein neues Paradigma und eine kritische Befassung mit klinischer Phänomenologie auf nicht dualistische Art und Weise, bei der das Konzept der «Somatisierung» durch das Konzept der «Verkörperlichung» ersetzt wird. Bei dieser Perspektive ist der Körper keine reine Inschrift symbolischer Inhalte mehr und wird zu dem Ort, an dem Wirtschaft, Macht und Ungleichheit ihre verkörperten Wirkungen entfalten.

Schlagwörter: Psychosomatik, Somatisierung, medizinische Anthropologie, Verkörperlichung, Paradigma

Pietro Pascarelli : La psychosomatique dans le paradigme médical et dans la perspective de l'anthropologie médicale

Le paradigme biomédical dans lequel la psychosomatique est intégrée est basé sur une dichotomie esprit-corps et sur une conception du corps universaliste et ahistorique. La psychosomatique présente en effet une vision « aseptique » et décontextualisée dans laquelle la maladie et le corps sont dépourvus de toute valeur symbolique, sociale et politique. La perspective de l'anthropologie médicale permet un nouveau paradigme et une lecture critique de la phénoménologie clinique dans une clé non dualiste, où le concept de « somatisation » est substitué au concept « incarnation ». Dans cette vision, le corps cesse d'être une simple inscription de contenus symboliques, et devient le lieu où l'économie, le pouvoir et l'inégalité affichent leurs effets personifiés.

Mots-clés : psychosomatique, somatisation, anthropologie médicale, incarnation, paradigme

Mauro Fornaro: Psicosomatica ieri e oggi. Indagine sull'eredità storica di Freud e Alexander alla luce dei nodi teorici ricorrenti (Psicoterapia e Scienze Umane, 2007, XLI, 3: 315–344)

L'Autore, dopo aver distinto varie accezioni di «psicosomatica» e di «somatizzazione», ripercorre criticamente i punti qualificanti della linea Freud-Alexander – egemone in area psicoanalitica fino a metà del Novecento – sulla falsariga di sei ricorrenti nodi teorici che caratterizzano la storia della psicosomatica. Con ciò intende evidenziare aspetti meno sottolineati nel pensiero dei due grandi e inoltre mostrare – al di là di una concezione lineare della storia delle idee – il ritorno, *mutatis mutandis*, di feconde intuizioni sorte in altro contesto culturale. In particolare si indaga il problema della «specificità». Infine, discutendo indicazioni virtuali in Freud ed effettive in Alexander, propone di usare oggi l'espressione «psicosomatica» al più per indicare il quadro filosofico consistente in una soluzione olistica del problema mente-corpo all'interno di una concezione funzionalista e adattivista.

Parole chiave: Alexander, causazione psichica, emozione, Freud, olistico

Mauro Fornaro: Psychosomatics yesterday and today. A review of Freud's and Alexander's historical legacy in the light of recurring theoretical questions

The Author, after distinguishing the different meanings of «psychosomatics» and «somatization», critically reconstructs the most qualifying aspects of the line of thinking shared by Sigmund Freud and Franz Alexander – hegemonic in the psychoanalytic circles until the 1950s – following six puzzling questions recurring in the history of psychosomatics. He discusses some less emphasized aspects in the thinking of Freud and Alexander, and furthermore points out – beyond a linear development of the history of ideas – the revival, *mutatis mutandis*, of fruitful insights arisen in another cultural context. Particularly, the «specificity» issue is questioned. Finally, discussing some indications that were virtual in Freud and actual in Alexander, he suggests to use today «psychosomatics» at most to mean the philosophical framework consisting in a holistic solution of the mind-body problem within a functionalist and adaptivist conception.

Key words: Alexander, emotion, Freud, holism, psychic causation

Mauro Fornaro: Psychosomatik gestern und heute. Eine Kritik zu Freuds und Alexanders historischem Vermächtnis im Lichte wiederkehrender theoretischer Fragen

Der Autor rekonstruiert – nach einer Erarbeitung der unterschiedlichen Bedeutungen von «Psychosomatik» und «Somatisierung» – auf kritische Art und Weise die bedeutendsten Aspekte der Sichtweisen von Sigmund Freud und Franz Alexander – hegemonisch in den psychoanalytischen Kreisen bis in die 50er-Jahre. Er befasst sich dabei mit sechs rätselhaften Fragen, die in der Geschichte der Psychosomatik immer wieder auftauchen. Er diskutiert einige weniger in den Vordergrund gestellte Aspekte der Denkweise von Freud und Alexander und hebt zudem das Wiederaufleben, *mutatis mutandis*, fruchtbringender Erkenntnisse aus einem anderen kulturellen Kontext hervor – über eine lineare Entwicklung des Ideenverlaufs hinaus. Insbesondere wird das «Spezifitäts»-Problem in Frage gestellt. Letztendlich werden einige Indikationen, die bei Freud virtuell und bei Alexander aktuell waren, diskutiert. Der Autor vertritt den Ansatz, dass die heutige «Psychosomatik» höchstens den philosophischen Rahmen, der aus einer gesamtheitlichen Lösung des Körper-Geist-Problems innerhalb einer funktionalistischen und adaptivistischen Auffassung besteht, meint.

Schlagwörter: Alexander, Emotion, Freud, Ganzheitlichkeit, psychische Kausalität

Mauro Fornaro : La psychosomatique hier et aujourd'hui. Une révision de l'héritage historique de Freud et d'Alexander à la lumière de questions théoriques récurrentes

L'auteur, après avoir distingué les différentes définitions de « psychosomatique » et « somatisation », reconstruit de manière

critique les aspects les plus qualifiants de la ligne de pensée partagée par Sigmund Freud et Franz Alexander – hégémoniques dans les cercles psychoanalytiques jusque dans les années 50 – en poursuivant six questions déroutantes dans l'histoire de la psychosomatique. Il aborde certains aspects de la pensée de Freud et d'Alexander moins mis en avant, et souligne par ailleurs – au-delà d'un développement linéaire de l'histoire des idées – la renaissance *mutatis mutandis* de perceptions fructueuses soulevées dans un autre contexte culturel. Notamment, le thème « spécificité » est contesté. Enfin, en débattant de certaines informations virtuelles chez Freud et réelles chez Alexander, il suggère d'utiliser au maximum la « psychosomatique » d'aujourd'hui pour signifier le cadre philosophique composé d'une solution holistique au problème esprit-corps au sein d'une conception fonctionnaliste et adaptiviste.

Mots-clés : Alexander, émotion, Freud, holisme, causalité psychique

Piero Porcelli & Orlando Todarello: La psicoterapia in medicina psicosomatica (Psicoterapia e Scienze Umane, 2004, XXXVIII, 2: 189–210)

La psicoterapia in medicina psicosomatica è fra gli aspetti meno sviluppati di questa disciplina. In questo lavoro vengono presentati alcuni modelli psicoterapeutici applicati alla psicosomatica (psicoanalitico, cognitivo-comportamentale e dei fattori specifici) che consistono fondamentalmente nell'applicazione degli assunti di base delle rispettive teorie. Gli autori passano in rassegna anche gli studi empirici sulla efficacia delle psicoterapie in psicosomatica, discutendo i risultati raggiunti ed i problemi metodologici. Su questa base, viene presentata una proposta (attualmente ancora in fase di ricerca) di utilizzare i concetti della integrazione psicoterapeutica in medicina psicosomatica, focalizzata su tre significati principali di psicoterapia integrata: uso combinato di tecniche diverse, capacità integrativa della funzione psicoterapeutica e ricerca dei fattori comuni.

Parole chiave: psicosomatica, integrazione psicoterapeutica, psicoanalisi, psicoterapia, terapia cognitivo-comportamentale

Piero Porcelli & Orlando Todarello: Psychotherapy in psychosomatic medicine

The role of the psychotherapy in the psychosomatic medicine is one of the least developed aspects. This paper illustrates some psychotherapeutic models applied to psychosomatics (psychoanalysis, cognitive-behavioural therapy, unspecific factors) that apply the basic assumptions of the related theories. The authors also reviewed empirical studies on the efficacy of psychotherapy in psychosomatic medicine and discuss findings and methods. Although still ongoing, the hypothesis of the psychotherapeutic integration in psychosomatic medicine is introduced, focusing on the combined use of different techniques, integrative ability of the psychotherapeutic function, and the search for common factors.

Key words: psychosomatics, psychotherapy integration, psychoanalysis, psychotherapy, cognitive-behavior therapy

**Piero Porcelli & Orlando Todarello:
Psychotherapie in psychosomatischer Medizin**

Die Rolle der Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin ist einer der wenigsten entwickelten Aspekte. Diese Arbeit erläutert einige psychotherapeutische Modelle, die in der Psychosomatik Anwendung finden (Psychoanalyse, kognitive Verhaltenstherapie, unspezifische Faktoren) und von den grundlegenden Annahmen der verwandten Theorien ausgehen. Die Autoren besprechen auch empirische Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin und diskutieren Erkenntnisse und Methoden. Auch wenn die Hypothese der psychotherapeutischen Integration in der psychosomatischen Medizin noch nicht ausgefeilt ist, wird sie mit einem Fokus auf den kombinierten Einsatz unterschiedlicher Techniken, die integrative Fähigkeit der psychotherapeutischen Funktion und die Suche nach gemeinsamen Faktoren eingeführt.

Schlagwörter: Psychosomatik, Integration der Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie

**Piero Porcelli & Orlando Todarello :
Psychothérapie dans la médecine psychosomatique**

Le rôle de la psychothérapie dans la médecine psychosomatique est l'un des aspects les moins développés. Ce document illustre certains modèles psychothérapeutiques, appliqués à la psychosomatique (psychanalyse, thérapie comportementale cognitive, facteurs indéfinis) qui utilisent les hypothèses de base des théories connexes. Les auteurs révisent également les études empiriques sur l'efficacité de la psychothérapie dans la médecine psychosomatique et débattent des découvertes et méthodes. Bien qu'encore en cours, l'hypothèse de l'intégration psychothérapeutique dans la médecine psychosomatique est introduite, en se concentrant sur l'usage combiné de différentes techniques, la disponibilité intégrative de la fonction psychothérapeutique et la recherche de facteurs communs.

Mots-clés : psychosomatique, intégration de la psychothérapie, psychanalyse, psychothérapie, thérapie comportementale cognitive

Wie man Poppers philosophischen Knüppel in einen Blumenstrauss für die Psychoanalyse verwandelt

Ein psychotherapiewissenschaftstheoretischer Essay

Kurt Greiner

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 77–83 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Zusammenfassung: In persönlichen Gesprächen mit Psychoanalytiker/innen unterschiedlichster Provenienz wird unter anderem immer wieder deutlich, dass nach wie vor grosse Ungewissheit über die Wissenschaftsart psychoanalytischer Aktivitäten herrscht. Diese methodologische Unklarheit hängt nicht zuletzt mit dem Wiener Philosophen Karl R. Popper (1902–1994) zusammen, der vor knapp 100 Jahren die damals noch blutjungen psychotherapeutischen Wissenschaftskulturen Psychoanalyse (nach S. Freud) und Individualpsychologie (nach A. Adler) mit nachhaltiger Wirkung in der öffentlichen Wahrnehmung vernichtend kritisierte, indem er deren «scheinwissenschaftlichen» Charakter zu entlarven beanspruchte. Im Rahmen dieses Essays soll dargelegt werden, unter welchen Bedingungen und in welcher Weise die von Popper zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelten wissenschaftstheoretischen Argumente gegen die Wissenschaftlichkeit der ersten beiden psychoanalytischen Disziplinen heute, im frühen 21. Jahrhundert, gerade Argumente für deren Wissenschaftlichkeit darbieten.

Schlüsselwörter: Karl R. Popper, Psychoanalyse, Individualpsychologie, Wissenschaftstheorie, Scheinwissenschaft, Naturwissenschaft, Textwissenschaft, Logopoietische Hermeneutik, Psychonarrative Netze, Problematische Kliententexte, Psychoterminologische Horizonte und Sinnofferten

1. Einleitung

Der Wiener Philosoph Karl R. Popper (1902–1994) spielt im psychotherapiewissenschaftstheoretischen Diskurs eine historisch markante Rolle. In der zweiten Dekade des 20. Jahrhunderts begann er die damals noch blutjungen psychotherapeutischen Wissenschaftskulturen «Psychoanalyse» und «Individualpsychologie» mit nachhaltiger Wirkung in der öffentlichen Wahrnehmung vernichtend zu kritisieren. Im Teilband I seines Werkes mit dem Titel «Vermutungen und Widerlegungen. Das Wachstum der wissenschaftlichen Erkenntnis» (1994) präzisiert Popper sein philosophisches «Problem», das ihn im Jahre 1919 intellektuell beschäftigte und das mit der Möglichkeit zusammenhing, «zwischen Wissenschaft und Scheinwissenschaft zu unterscheiden» (Popper, 1994, S. 46), wie folgt:

«Wie kann man eine echte empirische Methode von einer nichtempirischen oder sogar von einer scheinbar empirischen Methode unterscheiden – das heisst, von einer Methode, die sich zwar auf Beobachtung und Experiment beruft, aber dennoch nicht den Ansprüchen genügt, die an die naturwissenschaftliche Methode zu stellen sind?» (ebd., S. 47)

2. Poppers Attacke gegen Psychoanalyse und Individualpsychologie

Neben der Geschichtstheorie von Karl Marx waren es insbesondere die «abenteuerlichen» Theorien der Psychoanalyse nach Sigmund Freud sowie der Individualpsychologie nach Alfred Adler, die Karl Popper in den späten 1910er Jahren interessierten und auf die er sein spezifisches Erkenntnisinteresse nicht zuletzt deswegen anzuwenden versuchte, weil er deren «Anspruch auf Wissenschaftlichkeit anzuzweifeln [begann]» (Popper, 1994, S. 48). Poppers Ambition lag dabei das eigenartige «Gefühl» zugrunde,

«dass diese [...] Theorien, obwohl sie vorgaben, wissenschaftlich zu sein, in Wirklichkeit mehr mit primitiven Mythen gemeinsam hatten als mit der Naturwissenschaft, dass sie der Astrologie näher standen als der Astronomie. [...] Denn diese Theorien schienen fähig zu sein, alles zu erklären, was in ihren Anwendungsbereich fiel» (ebd., S. 48).

Diese grandiose «Erklärungskraft», die er hier anspricht und die so verdächtig auf ihn wirkte, demonstriert Popper exemplarisch anhand der nun folgenden Begebenheit, welche sich während der Zeit seiner Mitarbeit in einer von Alfred Adlers pädagogischen Beratungsstellen in Wien zutrug:

«Ich berichtete ihm [Alfred Adler] damals, im Jahre 1919, über einen Fall in der Beratungsstelle, der mir nicht sehr «adlerianisch» vorkam. Er aber hatte nicht die geringste Schwierigkeit, ihn im Sinne seiner Theorie als einen Fall von Minderwertigkeitsgefühlen zu diagnostizieren, obwohl er das Kind nicht einmal gesehen hatte» (ebd., S. 49).

Da Adlers diesbezügliche Reaktion nach Poppers Ansicht wohl kaum etwas mit der Schaffung von Erfahrungswissen im empirischen Sinne zu tun hätte, stellt dieser die Frage:

«Aber was [...] wurde damit bestätigt? Nicht mehr als die Tatsache, dass ein Fall im Sinne der Theorie *gedeutet* werden konnte. Das aber bedeutet sehr wenig, so dachte ich, denn *jeder nur denkbare Fall* konnte ja im Sinne von Adlers Theorie gedeutet werden; aber auch ebenso gut im Sinne von Freuds Theorie» (ebd., S. 49).

Das von ihm (ebd., S. 50f.) konstatierte Faktum, dass Freuds und Adlers Theorien «mit allen nur möglichen Formen menschlichen Verhaltens vereinbar [waren]», verursachte Popper philosophisches Unbehagen. Um zu verdeutlichen, wo die Crux dabei genau liegt, offeriert er folgende beispielhafte Veranschaulichung:

«Stellen Sie sich einen Mann vor, der ein Kind ins Wasser stösst in der Absicht, es zu ertränken, und einen anderen, der sein Leben opfert, um das Kind zu retten. Beide Fälle kann man gleich gut im Sinne der Psychoanalyse und der Individualpsychologie erklären. Nach der Freudschen Lehre leidet der erste Mann an einer Verdrängung (etwa der einer Komponente seines Ödipuskomplexes), während der zweite zu einer Sublimierung gelangt ist. Nach Adlers Theorie leidet der erste Mann an Minderwertigkeitsgefühlen (die ihn vielleicht dazu zwingen, sich zu beweisen, dass er es wagt, ein Verbrechen zu begehen), und der zweite leidet in derselben Weise (aber er muss sich beweisen, dass er es wagt, das Kind zu retten). Ich konnte mir kein menschliches Verhalten ausdenken, das man nicht durch beide Theorien interpretieren konnte. Es war gerade diese Tatsache – dass die Theorien immer passten, dass sie immer bestätigt wurden –, die in den Augen ihrer Bewunderer so sehr für sie sprach und die sie für ihre grösste Stärke hielten. Mir dämmerte, dass diese scheinbare Stärke in Wirklichkeit die Schwäche dieser Theorien war» (ebd., S. 49f.).

Schliesslich kehrt Popper (ebd., S. 48) zurück zu seinem bereits geäusserten Mythen-Verdacht, indem er ausführlicher Freuds psychoanalytisches Instanzenmodell ins kritische Visier nimmt. Er schreibt:

«Freuds Epos vom Ich, Über-Ich und Es kann kaum mehr Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erheben als Homers Sammlung von olympischen Skandalgeschichten. Als Theorien erklären sie einige Tatsachen, aber nach Art und Weise von Mythen. Sie enthalten hochinteressante Gedanken über psychologische Probleme, aber leider nicht in prüfbarer Form» (ebd., S. 53f.)

3. Die psychoanalytischen Disziplinen als Logopoietische Textwissenschaften

Karl Poppers frühe Vernichtungsargumente im Zusammenhang mit der Frage nach der Wissenschaftlichkeit der ersten beiden psychotherapeutischen Theorien wurden im Verlauf des 20. Jahrhunderts in unterschiedlichen Wissenschaftskontexten unter verschiedenen Gesichtspunkten und Aspekten diskutiert (vgl. hierzu u. a. Skirbekk & Gilje, 1993; Slunecko, 1996). Der nachweislich gewaltige Einfluss seiner radikalen Freud-Adler-Attacken auf den philosophischen Umgang mit der Frage, ob es sich bei Psychoanalyse und Individualpsychologie um wissenschaftliche Theorien bzw. wissenschaftlich fundierte Praxen handelt oder nicht, beschränkt sich jedoch keineswegs auf das vorige Jahrhundert, sondern ist auch heute noch, im frühen 21. Jahrhundert, präsent und relevant. Die ungebrochene (Nach-)Wirkung seiner Kritik zeigt sich wohl am deutlichsten in der weit verbreiteten Ungewissheit bzw. Unklarheit, was die *Wissenschaftsart* und den *Wissenschaftscharakter* psychoanalytischer Aktivitäten anbelangt.

Im Rahmen dieses Essays geht es jetzt nicht darum, an Poppers alte Destruktions-Diskussion etwa mit der Ausformulierung eines weiteren Pro-oder-Contra-Beitrags anzuknüpfen. Vielmehr soll dargelegt werden, *inwiefern* die soeben präsentierten Gegenargumente Poppers heute gerade *für* die Wissenschaftlichkeit von Psychoanalyse und Individualpsychologie sprechen.

Zunächst einmal müssen zwei wesentliche Bedingungen erfüllt sein, damit Poppers Contra-Argumentation pro-psychoanalytisch gelesen werden kann. Als erste Grundvoraussetzung gilt dabei die Bereitschaft einzusehen, dass es sich bei der Psychoanalyse, der Individualpsychologie sowie auch bei allen weiteren psychoanalytischen Schulen bzw. Disziplinen – übrigens ganz im Sinne Poppers – selbstverständlich nicht um *naturwissenschaftliche* Forschungs- und Praxisprogramme handeln kann. Die zweite Grundvoraussetzung knüpft unmittelbar an die erste an und zielt auf die Bereitschaft, sich stattdessen auf jenen wissenschaftstheoretischen Alternativvorschlag einzulassen, welcher psychoanalytische Disziplinen als genuin wissenschaftliche Praxen des sinngenerierenden/sinnverstehenden Textforschens in psychotherapeutischer Intention betrachtet. Werden Psychoanalyse, Individualpsychologie sowie alle weiteren Schulen des Psychoanalysierens auf diese spezielle Weise hermeneutisch konzeptualisiert, dann lassen sich Poppers philosophische Argumente, die er gegen die beiden psychoanalytischen Disziplinen ins Feld führt, um deren Un- bzw. Scheinwissenschaftlichkeit im *naturwissenschaftlichen* Sinne zu beweisen, tatsächlich als Argumente lesen, die gerade deren Wissenschaftscharakter im *textwissenschaftlichen* Sinne belegen. Was aber heisst das jetzt genau, wenn man die Schulen des Psychoanalysierens als Textwissenschaften hermeneutisch konzeptualisiert?

Überzeugende Versuche, psychoanalytische Aktivitätsformen als hermeneutische Wissenschaften zu interpretie-

ren, hat es im 20. Jahrhundert bereits mehrere gegeben – das ist gewiss nicht neu. So zum Beispiel schlägt Jürgen Habermas (1968) vor, die Psychoanalyse Freuds als eine «Tiefenhermeneutik» zu begreifen, die zum «Akt des Verstehens» führe, welcher «Selbstreflexion» sei. Aber nicht nur Habermas zufolge hätte die Psychoanalyse ihr naturwissenschaftstheoretisches «Selbstmissverständnis» zu überwinden, sondern auch für Alfred Lorenzer (1974) repräsentiere sie vielmehr eine «Kunst der Interpretation» insofern, als es dem Analytiker um «Sinn» gehe, den es angesichts schwerverständlicher Patient/innenäußerungen zu ermitteln gilt. Nicht weniger interessant ist die Perspektive von Paul Ricœur (1969), der, obschon er sie in methodologischer Hinsicht zwischen den beiden Begriffspolen «Hermeneutik» und «Energetik» aufgespannt sieht, die Psychoanalyse nicht zuletzt aufgrund ihrer kulturphilosophischen Funktion als eine Hermeneutik bezeichnet. Für Jean-Paul Sartre (1991), um ein letztes Beispiel zu nennen, sei die Psychoanalyse deshalb eine hermeneutische Disziplin, weil ihre zentrale Aufgabe in der «Entzifferung», der «Festlegung» sowie des «In-Begriffe-Fassens» menschlicher Verhaltensweisen bestehe, in welchen der Mensch stets in seiner «Ganzheit» zum Ausdruck komme. Zu diesen wohlbekannten Bestimmungsversuchen gesellt sich jetzt ein Vorschlag, der insofern innovativ ist, als er die besondere hermeneutische Struktur, welche den diversen psychoanalytischen Programmen des Psychotherapierens zugrunde liegt und diese charakterisiert, mithilfe der Spinnen-Metapher («Netz, verweben») definitiv gestaltet fasst, dass psychoanalytische Hermeneutik dabei als *polykonzeptuelle Praxis des heilungsfördernden Textverwebens* begreifbar wird (vgl. Greiner, 2016).

Diese spezielle textwissenschaftliche Perspektive ist vor allem der Konzeption Hans-Georg Gadamer's (1960) affin, da sie auf dem elementaren Funktionsprinzip der Hermeneutik als Kontextualisierungspraxis basiert, wonach es Etwas mit Etwas in Zusammenhang zu bringen gilt, um Etwas als Etwas verstehbar zu machen. In diesem Denkhorizont entpuppen sich psychoanalytische Unternehmungen mithin als vielgestaltige Interpretationspraxen, die sich darum bemühen, problematische Klient/innentexte in psychonarrative Netze logopoietisch hineinzuverweben. In ver-

dichteter Form auf den Punkt gebracht bedeutet das Folgendes: Leidvolle Erfahrungsmomente der Fragwürdigkeit, Schwerverständlichkeit oder Unverständlichkeit im persönlichen Erlebenszusammenhang (problematische Klient/innentexte) können verstehbar und damit handhabbar gemacht werden über deren Sinn schaffende und gestaltende Einbindung (logo-poietisches Textverweben) in je schulenspezifische Erzählmodi (psychonarrative Netze) innerhalb des interaktiven Beziehungsrahmens zwischen Klient/in und Therapeut/in, was von heilungsfördernden Effekten begleitet wird (vgl. Greiner, 2016; siehe Abbildung 1).

4. Karl Poppers Contra-Argumentation pro-psychoanalytisch gelesen

Nun soll die Aufmerksamkeit speziell auf jene Stellen in Poppers Text gerichtet werden, die seinen gegen die psychoanalytischen Herangehensweisen gehegten Un- bzw. Scheinwissenschaftlichkeitsverdacht begründen. Die Heraushebung der für die psychotherapiewissenschaftstheoretische Erörterung fokussierten Textpassagen gestaltet sich dabei in Form von zwei separierten Textbündeln. Ich bezeichne sie als «Attaknextrakt a» und «Attaknextrakt b». Während auf das Attaknextrakt a, welches jene Kritik Poppers fokussiert, die sich auf das psychoanalytische Theorien-Spezifikum bezieht, unmittelbar die pro-psychoanalytische Lesart des Popper'schen Theorien-Angriffs folgt, schließt an das Attaknextrakt b, welches Poppers Argumente gegen die psychoanalytische Methodenart resümiert, die pro-psychoanalytische Lesart des Popper'schen Methoden-Angriffs an.



Abbildung 1: Die logopoietische Struktur des psychoanalytischen Wissen-Schaffens (Greiner, 2016)

4.1 Attackenextrakt a: Poppers theorienbezogene Contra-Argumentation

- «Denn diese Theorien schienen fähig zu sein, alles zu erklären, was in ihren Anwendungsbereich fiel» (Popper, 1994, S. 48).
- «Es war gerade diese Tatsache – dass die Theorien immer passten, dass sie immer bestätigt wurden –, die in den Augen ihrer Bewunderer so sehr für sie sprach und die sie für ihre grösste Stärke hielten. Mir dämmerte, dass diese scheinbare Stärke in Wirklichkeit die Schwäche dieser Theorien war» (ebd., S. 49f.).
- «[Die] Theorien von [...] Freud und Adler [...] waren mit allen nur möglichen Formen menschlichen Verhaltens vereinbar» (ebd., S. 50f.).
- «Freuds Epos vom Ich, Über-Ich und Es kann kaum mehr Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erheben als Homers Sammlung von olympischen Skandalgeschichten. Als Theorien erklären sie einige Tatsachen, aber nach Art und Weise von Mythen. Sie enthalten hochinteressante Gedanken über psychologische Probleme, aber leider nicht in prüfbarer Form» (ebd., S. 53f.).

4.2 Zum Attackenextrakt a: Poppers Theorien-Contra pro-psychoanalytisch gelesen

Die allumfassende Erklärungspotenz der beiden infrage gestellten psychoanalytischen Theorien (Psychoanalyse, Individualpsychologie), das Faktum ihres uneingeschränkten Passens und Vereinbarseins, welches nach Popper auf den ersten Blick für die «scheinbare Stärke» gehalten werden könnte, entlarvt dieser im Rahmen seiner wissenschaftstheoretischen Kritik schliesslich als die eigentliche «Schwäche dieser Theorien».

Sonderbarerweise wird diese Theorien-Schwäche, die Popper zu Beginn des 20. Jahrhundert naturwissenschaftstheoretisch diagnostiziert, im frühen 21. Jahrhundert erneut als eine Theorien-Stärke lesbar – allerdings nur in einem textwissenschaftstheoretischen Sinne. Unter logopoietischem Vorzeichen erweist sich nämlich gerade das Faktum des Passens und Vereinbarseins als *das* Adäquatheitskriterium der hermeneutischen Wissensgewinnung.

Um zu verdeutlichen, wie diese Behauptung konkret gemeint ist, gilt es im Folgenden jene methodologische Fundamentaldifferenz zwischen der Psychologie und den Schulen der Psychoanalyse etwas näher zu beleuchten, die sich auf die Theorie-Methode-Relation bezieht. Bekanntlich werden psychologische Theorien erst mithilfe von Werkzeugen des Messens und Zählens (Statistik), das heisst über die Anwendung rigoroser empirischer Prüfverfahren, zu genuin wissenschaftlichen Theorien. Im Kontext des akademischen Fachgebietes Psychologie haben Methoden mithin wissenschaftskonstitutive Funktion für Theorien. In den Schulen des Psychoanalysierens verhält es sich genau andersherum. Hier erweisen sich Theorien als wissenschaftskonstitutiv für Methoden, was folgendermassen zu verstehen ist: Insbesondere in logopoietischer Perspektive sind psychoanalytische The-

orien notwendige Bedingung für das adäquate Funktionieren von psychoanalytischen Deutungsaktivitäten, die zur Gewinnung hermeneutischen Interpretationswissens in psychotherapeutischer Intention gesetzt werden. Im Unterschied zur Psychologie geht es in den psychoanalytischen Disziplinen insofern nicht darum, theoretische Ideen (Hypothesen) über die systematische Anwendung von Methoden zu wissenschaftlichen Theorien zu machen, als psychoanalytische Theorien gar keine Theorien in einem streng wissenschaftlichen Sinn sein müssen. Die vielen verschiedenartigen theoretischen Ideen, Konzepte und Modelle der psychoanalytischen Schulen haben eine ganz andere Funktion.

Nicht zuletzt deshalb meidet man in der textwissenschaftstheoretischen Lesart von Psychoanalyse, Individualpsychologie usw. auch den Terminus «Theorie» und spricht lieber von «psychonarrativen Netzen», worunter die mannigfach existierenden differenzierten Weisen des Redens und Sprechens über das Psychische, das heisst die vielfältigen professionellen Erzählungen über das menschliche Seelenleben zu verstehen sind. Mit und in diesen spezifischen Fachsprachen oder «Sprachspielen» (frei nach Wittgenstein, 1971), die als mehr oder weniger komplex konzipierte Erzählgewebe vorliegen, werden Psyche, Psychisches, Seelenleben, Psychodynamik etc. überhaupt erst als textwissenschaftlich relevante Entitäten generiert, konstruiert und strukturiert. Zu den bekanntesten psychonarrativen Netzen zählen die genialen psychoanalytischen Lehren von Sigmund Freud (Psychoanalyse), Alfred Adler (Individualpsychologie) und Carl Gustav Jung (Analytische Psychologie). Neben diesen prominenten Beispielen gibt es heute freilich eine Vielzahl von weiteren, mehr oder weniger elaborierten psychonarrativen Netzen. Aus textwissenschaftstheoretischen Gründen ist es im Zusammenhang mit psychonarrativen Netzen uninteressant, ob eine empirische Überprüfung ihrer Inhalte auf Übereinstimmung mit Sachverhalten funktioniert, das heisst ob eine wissenschaftliche Verifikation oder Falsifikation von aufgestellten Behauptungen und Satzzusammenhängen gelingt. Für die logopoietische Hermeneutik reicht es vollkommen, wenn psychonarrative Netze als kohärente und konsistente Fachsprachen entwickelt sind und damit als psychoterminologische Horizonte für sinnschaffendes Textverweben im therapeutischen Kontext zur Verfügung stehen. Schliesslich zielen psychoanalytische Aktivitäten auf die interpretatorische Generierung von Sinn, um therapeutisch relevante Verstehbarkeit zu ermöglichen (vgl. Greiner, 2016).

Vor dem Hintergrund der soeben explizierten textwissenschaftstheoretischen Auffassung vom rein technisch-funktionalen Wert, welchen psychoanalytische Theorien für logopoietisch-hermeneutisches Forschen haben, präsentiert sich auch Poppers Mythenverdikt in einem ganz anderen Licht. Karl Poppers Vergleich des psychoanalytischen Instanzenmodells mit Homers Skandalgeschichten muss nämlich nicht notwendigerweise zu der Schlussfolgerung führen, dass «Freuds Epos vom Ich, Über-Ich und Es» (Popper) wissenschaftlich bedeutungslos ist. Hier lassen sich sehr wohl auch ganz andere

Konsequenzen ziehen. In logopoietischer Perspektive mutieren Sigmund Freud, Alfred Adler, C. G. Jung sowie alle weiteren Gründer/innen psychoanalytischer Schulen zu psychowissenschaftlichen Poet/innen in dem Sinne, als sie Urheber/innen seelenfachsprachlicher Grosstexte repräsentieren, deren grandiose Schöpfungen die textwissenschaftlichen Grundlagen (psychonarrative Netze) für die heilungsfördernden Vernetzungspraxen bilden. Für die Bemessung des wissenschaftlichen Werts ebensolcher logopoietisch-hermeneutischen Aktivitäten des sinngenerierenden Verknüpfens und Verknotens von problematischen Klient/innentexten mit psychonarrativen Netzen (psychoanalytische Theorien) kann allein das Kriterium der logischen Schlüssigkeit, das heisst der textstrukturellen Kohärenz oder Konsistenz, mithin des Passens bzw. Vereinbarseins herangezogen werden. Aus textwissenschaftstheoretischer Sicht sprechen also Poppers theorienbezogene Contra-Argumente allesamt für die genuine Wissenschaftlichkeit der psychoanalytischen Disziplinen.

4.3 Attackenextrakt b: Poppers methodenbezogene Contra-Argumentation

- «Und was Adler anbelangt, so hatte ich selbst ein Erlebnis, das auf mich grossen Eindruck machte. Ich berichtete ihm damals, im Jahre 1919, über einen Fall in der Beratungsstelle, der mir nicht sehr «adlerianisch» vorkam. Er aber hatte nicht die geringste Schwierigkeit, ihn im Sinne seiner Theorie als einen Fall von Minderwertigkeitsgefühlen zu diagnostizieren, obwohl er das Kind nicht einmal gesehen hatte» (Popper, 1994, S. 49).
- «Aber was, so fragte ich mich, wurde damit bestätigt? Nicht mehr als die Tatsache, dass ein Fall im Sinne der Theorie *gedeutet* werden *konnte*. Das aber bedeutet sehr wenig, so dachte ich, denn *jeder nur denkbare Fall* konnte ja im Sinne von Adlers Theorie *gedeutet* werden; aber auch ebenso gut im Sinne von Freuds Theorie. Ich möchte dies an zwei sehr unterschiedlichen Beispielen menschlichen Verhaltens illustrieren. Stellen Sie sich einen Mann vor, der ein Kind ins Wasser stösst in der Absicht, es zu ertränken, und einen anderen, der sein Leben opfert, um das Kind zu retten. Beide Fälle kann man gleich gut im Sinne der Psychoanalyse und der Individualpsychologie erklären. Nach der Freudschen Lehre leidet der erste Mann an einer Verdrängung (etwa der einer Komponente seines Ödipuskomplexes), während der zweite zu einer Sublimierung gelangt ist. Nach Adlers Theorie leidet der erste Mann an Minderwertigkeitsgefühlen (die ihn vielleicht dazu zwingen, sich zu beweisen, dass er es wagt, ein Verbrechen zu begehen), und der zweite leidet in derselben Weise (aber er muss sich beweisen, dass er es wagt, das Kind zu retten). Ich konnte mir kein menschliches Verhalten ausdenken, das man nicht durch beide Theorien interpretieren konnte» (ebd., S. 49f.).

4.4 Zum Attackenextrakt b: Poppers Methoden-Contra pro-psychoanalytisch gelesen

In methodenbezogener Hinsicht begründet Popper seinen Un- bzw. Scheinwissenschaftlichkeitsverdacht also mit dem Argument, dass sich «jeder nur denkbare Fall» sowohl im Sinne der Psychoanalyse nach Sigmund Freud als auch im Sinne der Individualpsychologie nach Alfred Adler deuten lässt. Für ihn sei «kein menschliches Verhalten» vorstellbar, auf das man nicht beide Interpretationsansätze gleichermaßen erfolgreich anwenden könnte.

Unter der klassischen naturwissenschaftstheoretischen Prämisse, dass nur eine – naturgesetzlich bedingte – Wahrheit existiert, der man sich wissenschaftlich bestenfalls «asymptotisch» zu «approximieren» vermag (vgl. Popper, 1979), erweist sich allein der Gedanke, dass es mehr als eine wissenschaftliche Herangehensweise geben könne, mit deren Hilfe man auf unterschiedliche Weisen zu irreduziblen, inkommensurablen und dennoch gültigen Ergebnissen gelange, freilich als absurd.

Hingegen spiegelt sich für den Textwissenschaftstheoretiker in genau diesem Sachverhalt vielmehr der Wesenskern des Hermeneutischen – nämlich das Charakteristikum der prinzipiellen Unabschliessbarkeit des zirkulär strukturierten Interpretationsgeschehens, weshalb auch gerade im Umstand des vielfältigen methodischen Zugehens auf das Forschungsobjekt ein zentrales wissenschaftskulturelles Qualitätsmerkmal der Hermeneutik erkannt wird, welches wiederum den Grundunterschied zwischen sinnverstehend-textwissenschaftlichem und kausalanalytisch-naturwissenschaftlichem Denken bestimmt (vgl. hierzu Dilthey, 1970; Heidegger, 1993; Gadamer, 1960; Habermas, 1968).

Am allerdeutlichsten zeigt sich dieses polykonzeptuelle, methodenpluralistische sowie theorienheterogene Heran- und Zugehen anhand der vielen verschiedenen Schulen des Psychoanalysierens. Terminologisch lässt sich die Spezifik des psychoanalytischen Sinnverstehens dabei als polykonzeptuelle Praxis des logopoietischen Hineinverwebens präzisieren. Diese Begriffsverkettung, die zunächst ganz allgemein die interpretatorische Kunst des Einbindens und Einfügens, des Eingliederns und Einordnens, des In-Zusammenhang-Bringens von problematischen Klient/innentexten benennt, verweist insbesondere auf jenen schöpferisch-poetischen Aspekt des hermeneutischen Forschens (Logopoesis), bei dem es um Erfindung, Generierung und Produktion (Poiesis) von Sinn- und Bedeutungszusammenhängen (Logos) geht.

Aus textwissenschaftstheoretischen Gründen interessiert man sich im Rahmen einer so verstandenen ausdeutenden Praxis des sinnschaffenden Textverwebens (Logopoietische Hermeneutik) allerdings nicht dafür, ob das systematische Einbinden und Einordnen von problematischen Klient/innentexten auch mit einer ausserhalb dieser logopoietischen Unternehmung liegenden objektiven Wirklichkeit psychischer Sachverhalte faktisch korrespondiert. Streng methodisch gesehen ist dabei nur entscheidend, ob überhaupt und in welcher Weise die komplexen Prozesse des sprachlichen Verflechtens und

Vernetzens (polykonzeptuelle Praxis des logopoietischen Hineinverwebens) von leidvollen Erfahrungsmomenten der Fragwürdigkeit, Schwerverständlichkeit oder Unverständlichkeit, die dem persönlichen Erlebenszusammenhang des/der Therapiesuchenden entstammen (problematische Klient/innentexte), in die differenzierten Weisen des Redens und Sprechens über das Psychische, in die Sinngewebe der professionellen Erzählungen über das menschliche Seelenleben, in die spezifischen Begriffsgeflechte der psychoanalytischen Fachsprachen nach Freud, Adler, Jung etc. (psychonarrative Netze) schlüssig und stimmig gelingen (vgl. Greiner, 2016).

Man könnte auch sagen, dass sich psychoanalytische Therapeut/innen im Prozess des logopoietischen Hineinverwebens darum bemühen, die Texte zweier Autor/innen (sämtliche textbasierte Objektivationen des/der Therapiesuchenden und die seelenfachsprachlichen Grosstexte der psychowissenschaftlichen Poet/innen) auf methodisch-kreative Weisen zu verknüpfen, um dadurch hilfreiche Sinngestaltungsangebote bzw. psychoterminologische Sinnofferten zu gewinnen. Sobald sich irritierende Konfusionstexte über ingeniöses Hineinverweben in psychonarrative Netze in nachvollziehbare, das heisst versteh- und damit handhabbare Sinntexte transformieren, welche als seelenfachsprachliche Sinnofferten für die weitere psychotherapeutische Verwertung zur Verfügung stehen, funktioniert logopoietische Hermeneutik in einem heilungsfördernden Sinne.

Vom textwissenschaftstheoretischen Standpunkt aus beurteilt, belegt Popper mit seiner Einsicht, dass sich «jeder nur denkbare Fall» sowohl im Sinne der Psychoanalyse nach Sigmund Freud als auch im Sinne der Individualpsychologie nach Alfred Adler deuten lässt, also keineswegs deren Un- bzw. Scheinwissenschaftlichkeit. Vielmehr liefert er damit ein Indiz der wissenschaftlichen Funktionstüchtigkeit der beiden ersten Psychotherapieschulen. So gesehen sprechen auch Poppers methodenbezogene Contra-Argumente eindeutig für die genuine Wissenschaftlichkeit der psychoanalytischen Disziplinen.

Literatur

- Dilthey, W. (1970). *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften. Gesammelte Werke, Bd. VII*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gadamer, H.-G. (1960). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen: Mohr/Siebeck.
- Greiner, K. (2016). Wenn der Penis auf dem Kopf sitzt. Psychoanalytische Symboldeutung und Logopoietische Hermeneutik. *Journal der Schweizer Charta für Psychotherapie im ASP. ISSN Electronic: 1664-9591*.
- Habermas, J. (1968). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Heidegger, M. (1993). *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Lorenzer, A. (1974). *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Popper, K.R. (1979). *Ausgangspunkte. Meine intellektuelle Entwicklung*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Popper, K.R. (1994). *Vermutungen und Widerlegungen. Das Wachstum der wissenschaftlichen Erkenntnis. Teilband I, Vermutungen*. Tübingen: Mohr.

- Ricœur, P. (1969). *Die Interpretation. Ein Versuch über Freud*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Sartre, J.-P. (1991). *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Skirbekk, G. & Gilje, N. (1993). Freud und die Psychoanalyse. In G. Skirbekk, N. Gilje (Hrsg.), *Geschichte der Philosophie. Eine Einführung in die europäische Philosophiegeschichte. Bd. 2* (S. 734–760). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Sluneko, T. (1996). *Wissenschaftstheorie und Psychotherapie. Ein konstruktiv-realistischer Dialog*. Wien: WUV.
- Wittgenstein, L. (1971). *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

How to turn Popper's philosophical baton against psychoanalysis into a flower bouquet – an epistemological essay on psychotherapy

When talking to psychoanalysts, a major uncertainty regarding the scientific nature of psychoanalytical activities again and again becomes evident. This methodological uncertainty can partly be traced back to Viennese philosopher Karl R. Popper (1902–1994) who almost 100 years ago scathingly criticized the then newly developed psychotherapeutic methods of psychoanalysis (based on S. Freud) and individual psychology (based on A. Adler) and tried to expose them as pseudoscience. The essay at hand aims at showing under which conditions and in which way Popper's epistemological criticism of psychoanalysis and individual psychology, developed at the beginning of the 20th century, actually supports the text hermeneutic nature of the first two psychoanalytical methods today.

Key words: Karl R. Popper, Psychoanalysis, Adlerian Psychology, Philosophy of Science, Pseudoscience, Science, Text Hermeneutics, Logopoietics, Psycho Narrative Networks, Problematic Client's Texts, Psycho Terminological Horizon and Purpose

Come trasformare il bastone di Popper in un mazzo di fiori per la psicoanalisi – un saggio di psicoterapia scientifico empirico

In colloqui personali con psicoanalisti/e di diverse provenienze diventa sempre più chiaro che rimanga come un tempo una grande incertezza riguardo al modo di fare scienza delle attività psicoanalitiche. Questa grande mancanza di chiarezza si lega non per ultimo con il filosofo viennese Karl Popper (1902–1994), che circa 100 anni fa ha criticato in modo clamoroso e con persistente efficacia nella percezione pubblica la cultura psicoanalitica (secondo S. Freud) e la psicologia individuale (secondo A. Adler), cercando di smascherare il suo carattere «scientifico». Nell'ambito di questo saggio viene spiegato entro quali condizioni e in che modo gli argomenti scientifici empirici sviluppati da Popper all'inizio del 20° secolo *contro* la scientificità di entrambe le prime discipline psicoanalitiche offrano oggi, all'inizio del 21° secolo, di fatto argomenti *a favore* della loro scientificità.

Parole chiave: Karl R. Popper, psicoanalisi, psicologia dell'individuo, teoria scientifica, pseudo-scienza, scienze naturali, scienza dei testi, logopoietica ermeneutica, reti psiconarrative, testi di clienti problematici, orizzonti psicoterminologici e offerte di senso

Der Autor

Kurt Greiner, Univ.-Prof. DDr., lehrt an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien (SFU) und forscht im dortigen Fachbereich Psychotherapiewissenschaftstheorie und Therapieschulenforschungsmethodologie.

Kontakt

Kurt Greiner
Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien (SFU)
Campus Prater, Freudplatz 1, A-1020 Wien
Tel. +43 (0)1 798 40 98 408
E-mail: kurt.greiner@sfu.ac.at

Comment transformer la massue philosophique de Popper en un bouquet de fleurs pour la psychanalyse

Un essai sur la théorie de la science de la psychothérapie

Kurt Greiner

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 84 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Mots-clés : Karl R. Popper, psychanalyse, psychologie individuelle, théorie de la science, soi-disant scientifique, sciences naturelles, sciences textuelles, herméneutique logopoïétique, réseau psychonarratif, Textes clients problématiques, horizons et offres sensorielles psychoterminologiques

Le philosophe viennois Karl R. Popper (1902-1994) tient un rôle historiquement marquant dans le discours sur la théorie épistémologique de la psychothérapie. Il y a presque un siècle, il a commencé à critiquer d'une manière accablante et avec un effet durable les cultures scientifiques psychothérapeutiques à l'époque encore naissantes, la « Psychanalyse » et la « Psychologie individuelle ».

Il doit être démontré, dans le cadre de cet essai qui s'inspire de « l'article-pénis-tête » de Greiner (tome 6 / cahier 1 / 2016, p. 30-40), dans quelle *mesure* les arguments antérieurs de Popper *contre* plaident aujourd'hui justement *en faveur* du caractère scientifique de la psychanalyse et de la psychologie individuelle. Afin que la contre-argumentation puisse être réellement lue sous un angle proanalytique, il est tout d'abord nécessaire de concevoir les écoles de la psychanalyse non pas comme des sciences naturelles, mais comme *des pratiques scientifiques de la recherche textuelle génératrice de sens (logopoïétique) dans l'intention psychothérapeutique*. Dans cette hypothèse, les attaques de Popper sur les deux disciplines psychanalytiques qu'il aborde à la fois sous l'aspect « théories » et également sous l'aspect « méthodes » peuvent ainsi être inversées.

Dans une perspective en lien avec la théorie, Popper dévoile la puissance universelle de clarification des deux théories psychanalytiques (psychanalyse, psychologie individuelle), le fait de leur adaptation et de leur compatibilité inconditionnelle, comme le point faible théorique proprement dit. Au sens strictement épistémologique du texte, cette *faiblesse des théories* diagnostiquées par l'épistémologie de la nature se révèle en fait être davantage une *force des théories*. En effet, c'est justement le fait de

l'adaptation et de l'adéquation qui se révèle, sous l'augure logopoïétique, être le critère d'adéquation de l'acquisition herméneutique de connaissances.

Dans la perspective méthodologique, Popper justifie son soupçon de scientificité du paraître et du non-paraître avec l'argument selon lequel « chaque cas seulement imaginable » se laisse expliquer que ce soit au sens de la psychanalyse selon Sigmund Freud ou au sens de la psychologie individuelle selon Alfred Adler. Pour lui, « aucun comportement humain » ne serait concevable sur lequel il ne serait pas possible d'appliquer les deux approches d'interprétation dans une même mesure et avec succès. Inversement, pour le théoricien de la science textuelle, l'élément essentiel de l'herméneutique – à savoir la caractéristique de la non-herméticité principale de l'évènement d'interprétation circulairement structurée – se reflète davantage justement dans cette situation, c'est la raison pour laquelle une caractéristique de qualité économique-structurale centrale de l'herméneutique est reconnue aussi justement dans la situation de l'approche méthodique sur l'objet de la recherche, laquelle définit également la différence basique entre la pensée de la science textuelle intelligible et de la pensée des sciences naturelles causales analytiques.

L'auteur

Kurt Greiner, prof. d'université DDr., enseigne à l'université privée Sigmund Freud à Vienne (SFU) et effectue des recherches dans la spécialité qui y est enseignée Théorie de la science psychothérapeutique et Méthodologie de la recherche des écoles de thérapie.

Weltkongress des WCP in Paris, 24.–28. Juli 2017

Peter Schulthess

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 85–86 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Das World Council for Psychotherapy (WCP) veranstaltet alle drei Jahre einen Kongress. Dieses Jahr fand er – nach Asien, Australien und Afrika – wieder in Europa statt. Kongressort in Paris war das UNESCO-Gebäude, das sich für solche Anlässe ausgezeichnet eignet. Das übergeordnete Kongresssthema lautete «Leben und Liebe im 21. Jahrhundert». Das klang auf den ersten Blick zwar etwas gar harmlos, aber passend für Paris als Stadt der Liebe, erlaubte aber doch, auch auf ganz aktuelle Problematiken wie die Verängstigung durch Terrorakte oder die Polarität von Hass und Liebe im Privaten wie im Interkulturellen einzugehen. Jedenfalls verstanden es die Präsentierenden, ein reichhaltiges Programm anzubieten an Vorträgen, Panels und Workshops. Wer auf der Suche nach Forschungsveranstaltungen, nach Einblicken in andere theoretische Konzepte oder nach Selbsterfahrungsworkshops war, kam in allen Sparten auf die Rechnung. Ca. 850 Personen nahmen teil, sodass man gut Kontakte zu neuen FachkollegInnen aus der ganzen Welt knüpfen konnte. Es fiel Gabi Rüttimann und mir auf, wie wenige KollegInnen aus der Schweiz kamen, so als würden sich die Schweizer PsychotherapeutInnen international nicht gerne zeigen und vernetzen wollen (obwohl Paris doch nur einen Katzensprung von der Schweiz weg ist). Immerhin gab es zwei Präsentationen aus den Charta-Reihen: *Norbert Apter* sprach über Psychodrama und *Peter Schulthess* stellte Resultate aus der PAPS vor unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse für die Gestalttherapie.

Aus der Fülle von Angeboten kann hier nur über eine beschränkte Auswahl berichtet werden.

Unter den einleitenden Worten sei die Rede von *Philipp Vranken*, aktueller Präsident der European Association for Psychotherapy (EAP), hervorgehoben. Er sprach vom wachsenden Bedarf an Psychotherapie in Europa und in der Welt und hob die Themen Suizid, Depression und Migration bzw. Flüchtlingsproblematik hervor, wo Psychotherapie eine wichtige Rolle spielen könne.

Als inhaltlicher Auftakt wurde ein von *Alfred Pritz* geführtes Video-Interview mit *Irving D. Yalom* vorgespielt, das spannende Einblicke in Yaloms Leben, Denken und Wirken erlaubte.

Der erste Plenarvortrag wurde vom Genfer Psychiater *Norman Sartorius* gehalten, Präsident der European Psychiatrists Association (EPA). Er sprach über Psychotherapie und Mental Health und rief dazu auf, von den vielfältigen Methoden der Psychotherapie nicht nur in der eigentlichen Therapie, sondern auch in der Prävention Gebrauch zu machen. Viele Krankheitsentwicklungen

und damit verbundene Behandlungskosten könnten so vermieden werden.

Omar Gelo, Salento und Wien, referierte zum Thema «Was ist Psychotherapie Wissenschaft wirklich?» Er unterschied zwischen Psychotherapie als Kunst (relational und praxisbezogen) und der Psychotherapie als Wissenschaft (technisch und theoretisch). Er präsentierte eine Analyse von 10.000 in den führenden wissenschaftlichen Zeitschriften publizierten Beiträge zur Psychotherapieforschung: 80 Prozent waren empirische Forschungsbeiträge, nur 15 Prozent qualitativ und nur gerade mal 5 Prozent theoretischer Natur. Er stellt einen klaren Mangel von qualitativen Forschungsarbeiten und theoretischer Beiträge zur wissenschaftlichen Fundierung und Erneuerung theoretischer Konzepte fest. Das läge zum einen an den Kriterien der Journals, welche offensichtlich empirische Arbeiten bevorzugen würden, wie auch am Publikationsdruck für Forscher, wolle man seine eigene Professur und Karriere nicht gefährden. Er kritisierte diese Praxis und forderte HerausgeberInnen wie Forschende dazu auf, sich vermehrt auch um qualitative und theoretische Forschungsarbeit zu bemühen.

Thomas Wenzel, Wien, sprach zur therapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen. Er betonte die Berücksichtigung transkultureller Aspekte, Trauma-Stressfaktoren sowie die Priorität von Schutz und rechtlichen wie ethischen Herausforderungen.

Im Rahmen des Kongresses konnte der Schreibende als Vorsitzender des Science and Research Committee (SARC) der EAP gemeinsam mit *Lynne Rigaud* vom Wissenschaftskomitee der FF2P (französischer Dachverband für Psychotherapie) eine wissenschaftliche Kolloquiumsreihe gestalten und moderieren. Insgesamt gab es sechs Forschungspanels, vier davon wurden von den zwei obgenannten moderiert. Zwei wurden von ForscherInnen aus den USA und Europa selber organisiert. An den meisten Panels wurden in Kurzreferaten spezifische Forschungsarbeiten aus verschiedenen Ländern zu unterschiedlichen Themen vorgetragen. Eines der Panels aber gestalteten wir anders und luden folgende Personen auf das Panel ein: Isabelle Durand (Paris, Epidemiologin für Public Health), Bruno Falissard (Paris, Spezialist für Mental Health und Ökonomie), Omar Gelo (Salento und Wien, Psychotherapieforscher), Jaques Barber (Pennsylvania, USA, Psychotherapieforscher) und Denis Kivlighan (Psychotherapieforscher und Editor eines leading journals). Die Idee war, die aus unterschiedlichen Forschungsgebieten kommenden WissenschaftlerInnen in eine Art Dialog zu bringen, indem wir ihnen allen die

folgenden Fragen stellten: Was sind die Forschungsergebnisse in Ihrem Fachgebiet? Was für Fragen sind in Ihrem Fachgebiet trotz aller bisherigen Forschung noch nicht beantwortet? Was sind die Herausforderungen künftiger Psychotherapieforschung, um Antworten auch auf diese offenen Fragen zu erhalten? Was sind Ihre nächsten Forschungsprojekte?

Die Teilnehmenden hatten zu jeder Frage nur gerade drei bis vier Minuten Redezeit und waren gehalten, keine vorbereitete Statements zu verlesen oder gar power points zu präsentieren, sondern frei zu berichten. Diese Panel-Anlage erwies sich als sehr befruchtend und befriedigend, führte sie doch dazu, dass die Teilnehmenden aufeinander Bezug nahmen. Es gab zum Schluss auch die Möglichkeit, mit dem Publikum zu diskutieren.

Herausgearbeitet wurden unter anderem folgende Ergebnisse: Es braucht mehr qualitative und theoretische Forschung. Schön war, dass Omar Gelo dies gleich einem der führenden Editors sagen konnte, welcher das auch aufmerksam aufnahm. Der Bedarf an Psychothe-

rapie ist ausgewiesen und Psychotherapie kann auf dem Gebiet des Mental Health eine wichtige und kostensenkende Rolle spielen. In manchen Ländern und Gebieten herrscht eine Unterversorgung, die im Public Health Sector viel Geld kostet. In der Psychotherapieforschung sollte den jeweiligen Personen der TherapeutInnen und ihren Kompetenzen zu einer Ko-Kreation des therapeutischen Prozesses gemeinsam mit dem PatientInnen mehr Beachtung geschenkt werden. Eine Reduktion auf empirische Outcomeforschung kann die relevanten Fragen, was es zu einer erfolgreichen Therapie braucht, nicht beantworten, dazu braucht es eine Untersuchung des interpersonellen Prozesses im Verlaufe einer Therapie. Kompetenzforschung sollte vorangetrieben werden: Was macht Kompetenz und Expertise aus? Wie weiss man, ob die Lehrenden über die nötige Expertise verfügen und Weiterbildungsprogramme wirklich jene Kompetenzen vermitteln, die es für erfolgreiche Therapien braucht?

Das sind Themen, die kommende Forschungsprojekte der EAP und auch der Charta anregen dürften.

Buchbesprechungen

Josef W. Egger (2017): *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*

Wien: facultas Verlag, 303 Seiten. € 32,90

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 87–88 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Ein ganzes berufliches Leben lang, bis zu seiner Emeritierung 2014, hatte Prof. Dr. Josef W. Egger in Graz den Lehrstuhl für Biopsychosoziale Medizin inne. Seine Publikation 2017 kann als eine Art Zusammenfassung seines Lebenswerks betrachtet werden.

Im Vorwort weist der Autor auf sein Kernanliegen hin, nämlich, dass das bisherige «Biomedizinische Modell» mit seiner biologistischen, physiko-chemischen Orientierung bei Weitem nicht ausreicht, um die meisten Krankheiten hinreichend zu erklären, noch sie zu behandeln. Egger versteht unter dem «Biomedizinischen Modell» ein Reparaturmodell der Medizin, das «immer weniger den erkennbaren Wirkfaktoren für die Entwicklung von Krankheiten einerseits und für die Aufrechterhaltung von Gesundheit andererseits gerecht wird» (S. 13). Es bedürfe einer erweiterten Sichtweise der wissenschaftlichen Medizin, die Egger als «Biopsychosoziales Modell» der Medizin bezeichnet:

«Das *biopsychosoziale Modell* beschreibt die Natur als eine hierarchische Ordnung von Systemen. Jedes Niveau in dieser Hierarchie repräsentiert ein *organisiertes dynamisches System*. [...] Nichts existiert isoliert, alle Ebenen der Organisation sind verbunden, sodass eine Änderung auf einer Ebene im Prinzip auch eine Änderung in den anderen, v. a. den angrenzenden Systemebenen bewirken kann» (S.17).

Das bisherige Verständnis von Psychosomatik wird mit diesem umfassenden Theoriemodell obsolet. Alle Systeme wirken dynamisch ineinander und sind stets in ihrer Vielschichtigkeit in Betracht zu ziehen. Psychosoziale Aspekte fallen nicht erst dann an, wenn sich auf organischer Ebene keine plausible Erklärung für die Störung findet.

Der Organismus wird als informationsverarbeitendes, dynamisches System verstanden: «Die Verknüpfung der Subsysteme erfolgt durch eine grosse Vielfalt von Kommunikationssignalen, die in regulärer oder irregulärer Weise ausgesendet werden können. Krankheit entsteht im Sinne dieser funktionalen Sichtweise dann, wenn neue Rhythmen auftauchen oder bereits vorhandene verschwinden oder sich ändern» (S. 21). Gesundheit wird als die Fähigkeit des Organismus bezeichnet, sein eigenes Verhalten und seine Physiologie zu *regulieren*. Krankheit und Leiden treten dann ein, wenn die Regulationssysteme

– egal ob auf einer oder gleich auf mehreren Ebenen des Organismus oder seines biochemischen, psychologischen oder sozialen Kommunikationsnetzes – versagen (S. 289). Der Übergang von Gesundheit zu Krankheit liegt nicht in seiner Struktur begründet, sondern in Änderungen in den dynamischen Funktionen des Organismus (S. 21).

Diese Rahmentheorie hat in ihrem Kern die wissenschaftstheoretische Erkenntnis der Körper-Seele-Einheit zur Grundlage, derzufolge «es nichts Seelisches geben kann, das nicht zugleich auch ein physiologischer Prozess ist» (S. 10). Diese funktionelle Identität von seelischen und körperlichen Prozessen ist für KörperpsychotherapeutInnen in der Entwicklungslinie von W. Reich, A. Lowen und anderen eine vertraute Denkweise. Doch Freude herrscht, zu lesen, dass und wie diese Rahmentheorie in der Medizin angekommen ist.

Egger gelingt es auf brillante Weise, eine komplexe, systemisch-dynamische, umfassende und überzeugende *Theorie* des Biopsychosozialen Modells darzustellen, die mein bisheriges Verständnis der sogenannten «Body Mind Unity Theory», der funktionellen Identität von Körper und Seele, in eine umfassende systemische Theorie einwebt.

Man ist nun gespannt, welche Auswirkungen dieses Denkmodell für die tägliche *Praxis* haben wird. Wie stellt sich Egger eine Einflussnahme auf das «biochemische Netzwerk im Körper» vor? Am Beispiel der somatoformen Störung versucht der Autor eine Antwort auf diese Frage. Wer hier gezielte körperpsychotherapeutische Interventionen oder den Einbezug von Bindungs- oder Übertragungsdynamik erwartet, wird enttäuscht. Der Autor bleibt dem verhaltenstherapeutischen Ansatz und Repertoire verpflichtet.

Es wird später schon klar, warum der reiche Fundus von Jahrzehnte langer Erfahrung und Entwicklung ignoriert wird: Diese Schulen oder Traditionen genügen den Evidenzbasierten wissenschaftlichen Kriterien nicht. Der Autor beklagt, dass weite Teile der psychotherapeutischen Schulen kein Update ihrer Theorie vorgenommen hätten und weiterhin mit den tradierten Konstrukten und Begrifflichkeiten arbeiten (S. 126). Egger ist ein Mann der klaren Worte und unterscheidet messerscharf zwischen Evidenzbasierten Modellen und Glaubenssystemen, zwischen Religion und Wissenschaft. Diese Klarheit ist wohltuend. Und doch bedauerte ich als Leser, dass zum Beispiel meine Arbeitsweise als Bioenergetischer Analytiker mit der direkten Einflussnahme auf die «biochemischen Netzwerke im Körper» als therapeutische Intervention keine Beachtung findet. Warum kommunizieren wir nicht neugierig und vorurteilsloser miteinander?

Dieser Kritik zum Trotz: Die LeserInnen werden reich beschenkt mit anregenden Ausführungen zu Stress und dessen physiologischen Prozessen oder zum Zusammenhang von chronischen psychosozialen Belastungen und

deren Einfluss auf das Immunsystem (S. 123). Medizinisch psychobiologische Fakten sind sorgfältig zusammengetragen und die LeserInnen lernen, die Wechselwirkungen zwischen Tätigkeiten des zentralen Nervensystems, des autonomen Systems, des endokrinen Systems und des Immunsystems zu verstehen.

Ein langes Kapitel widmet der Autor der dritten Säule der wissenschaftlichen Medizin: Der Arzt- Patient-Kommunikation. Egger legt Daten vor, die belegen, wie die Qualität der Kommunikation die Compliance und den Therapieerfolg beeinflussen. Ein professionelles Gesprächsverhalten vermindere nachweislich die Symptome, führe zu einer verbesserten Schmerzkontrolle und einem besseren Funktionszustand. Das reiche bis hin zu besseren Ergebnissen etwa bei der Einstellung von Blutdruck und Blutzucker (S. 224).

Der Autor stellt sich auch der Diskussion, welche Gesundheitspolitik angestrebt werden sollte, seitdem wir unsere Gesundheit nicht mehr in Gottes Hand legen, sondern sie als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen verstehen. Krankenhäuser sollten nicht mehr nur als Reparatur-Einrichtungen, sondern als öffentliche Stätten der Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung eingerichtet werden.

Mit sogenannten Alternativmedizinischen Methoden (CAM) geht der Autor mit wissenschaftlicher Methodik hart ins Gericht. Die Homöopathie hält er für überholt: «Nichts drin, nichts dran» (S. 175). Aber auch Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Akupunktur, Anthroposophische Medizin etc. spricht er heutzutage eine Existenzberechtigung ab. Dennoch anerkennt er, dass diese Methoden oft eine Wirksamkeit entfalten, die mit anderen Wirkgrößen erklärbar sind als jeweils behauptet.

Egger hat ein Leben lang geforscht und gelehrt. Und das spürt der Leser und die Leserin. Er plädiert für eine «sprechende Medizin» nach dem altgriechischen Gott Asklepios: «Zuerst heile mit dem Wort, dann mit der Arznei und zuletzt mit dem Messer» (S. 191). Sein Herzensanliegen liegt in der Weiterbildung der Ärzteschaft. Er hat an seiner Wirkungsstätte an der Universität Graz einen dreistufigen Lehrgang für Medizinstudierende entwickelt, welcher deren ganzes Medizinstudium durchzieht. Er hat dessen Auswirkung auf die Berufspraxis akribisch erforscht und mit empirischen Daten unterlegt. Als wichtigste Erkenntnis nennt er, dass für einen ausreichenden Zuwachs an psychologischen Kompetenzen das Motto «gut Ding braucht Weile» gilt (S. 268), eine Einsicht, die sich auch mit meinen Erfahrungen deckt.

Das Buch von Prof. Dr. Josef Egger erschloss sich mir als Fundgrube. Wer an präziser Darstellung auch komplexer Zusammenhänge der Körper-Seele-Einheit interessiert ist, wer sich nach einer umfassenden Theorie des Zusammenwirkens von Körper, Seele und Umwelt sehnt, wer sich sowohl berufspolitisch als auch gesundheitspolitisch mit Fakten vertraut machen will, der darf sich auf die Lektüre dieses Buches freuen.

Hugo Steinmann

Irmhild Liebau (2017): *Neue Lebensenergie: Ein körperorientiertes Übungsprogramm für 28 Tage*

Gießen: Psychosozial-Verlag. 255 Seiten. € 24,90

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 88–89 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Auf dem Umschlagfoto sehen wir, wie eine junge Frau und ein etwas grösserer Mann an einem Meeresstrand ihre Lebendigkeit dadurch ausdrücken, dass beide, bis in die Fingerspitzen ausgestreckt, hoch und aufeinander zu springen. Dazwischen leuchtet die Sonne vor einem morgenroten Hintergrund. Zufällig verbindet ein schlanker umbilikaler Wolkenstrang die Becken der beiden. Das Lustprinzip als Modell der Libido und Psyches Odem, das Qi der elementaren, allen Menschenwesen innenwohnenden Kraft, griechisch «energeia», wird verzaubernd dargestellt. Die Aktivierung des Lebendigen im Leib ist auf die Quelle gerichtet, die sich, wie alles Natürliche, erneuert. In der Bioenergetik, die als «Aktualisierung des Lebendigen» übersetzt werden könnte, werden wir als Wesen gesehen, die gleichzeitig von Natur und Kultur geprägt werden. Bioenergetik hat verschiedene eigene operative Definitionen dessen, was sie als «Energie» versteht. Ihre vier Hauptprinzipien jedoch sind: Erdung, Atmung, Bewegung und Ausdruck. Ziel, soweit ich es verstehe, ist, die uns innewohnende Lebensenergie, falls sie durch schwierige bzw. verletzende Erlebnisse in der Kindheit, der Jugend oder im Erwachsenenalter irgendwo im Leib blockiert wurde, wieder zum unbehinderten Fließen zu bringen.

Das Cover ist ein stimmiges Sinnbild für das Thema dieses neuen Buches der promovierten Theologin und Bioenergetischen Analytikerin Irmhild Liebau, die bis 2016 die Zeitschrift *Forum Bioenergetische Analyse* herausgab und das Seelsorgeinstitut Bethel in Bielefeld seit sieben Jahren leitet. Das Lied «Summertime» fällt mir ein, in dem Fische, die hochspringen, von dem einfacher und leichter werdenden Leben singen, da die kommende Ernte wächst. So wie jede/r von uns die/der geworden ist, die/der sie/er heute ist, können wir jeweils, von innen her kommend, unser Wohlbefinden aufrechterhalten. Falls wir damit unzufrieden sind, lässt sich dieser Zustand verändern, wenn wir wollen, können und dürfen. Sich erneut an die aktuelle Lebensenergie wenden, damit das Einstimmen ins eigene Wohlbefinden wieder gelingen kann, lautet dann das Ziel. Dieses Buch ist ein hervorragendes Beispiel, wie lebendig die Bioenergetik und körperorientierte Psychotherapie geworden ist und bleibt. Liebbaus witziger Vorschlag, innerhalb von nur einem Mondzyklus, sich in die neue Lebensfrische einzuüben, ist verblüffend elegant. Die verschiedenen Gebrauchsanweisungen liegen vor und müssen – in Zukunft – nicht mehr mühsam aus verschiedenen Büchern und Videos zusammengesucht werden. Liebau arrangierte ihre Übungen über 28 Tage, gegliedert in zwei Teile. Erst kommt der Körper als Ressource: «Arbeiten an der eigenen Persönlichkeit». Teil zwei widmet

sich dem Entfalten neuer Lebensenergie: «Mit Leib und Seele leben und arbeiten». Da wir von nirgends nicht irgendwohin gehen können, kommen wir zuerst einmal im eigenen Körper an. Dazu hat sie vier Übungen vorbereitet, die im Sitzen und im Gehen praktiziert werden. Wie bei allen körperpsychotherapeutischen Verfahren ist der Atem, der Odem des Lebens, im Zentrum des Seins. Zuerst sich selber spüren, erden, zentrieren, den Atem kommen und gehen lassen. Zufrieden sein, mit dem, was kommt, und zufrieden sein, mit dem, was geht. Da wir gerade am Sitzen sind, lesen sich die beiden Theorieteile angenehm ruhig. Erst gibt die Autorin brauchbare Hintergrundinformationen zur Geschichte der Bioenergetischen Analyse (BA). Dann kommen wir ganz in die Gegenwart hinein, mit ihren ausgiebigen Schilderungen neuer Weiterentwicklungen, wo die Autorin sich erfreulicherweise auch auf unsere Redaktionskollegin, Psychotherapieforscherin, Bioenergetische Analytikerin und Autorin, Margit Koemeda-Lutz, beruft. Am zweiten Tag wenden wir uns der eigenen Leiblichkeit als Quelle der Kraft zu. Durch die erste Woche folgen dann lockere Übungen zum Bodenkontakt, Aufrichten und Sich-Beugen, den Blick zum Himmel und zur Erde-Richten und dem Dazwischensein des Menschen. Der Selbstausdruck folgt der notwendigen Zuwendung zum eigenen Selbst. Jeder Tag endet mit einer kleinen würzigen Brise Theorie. Modellhaft erzählt Liebau kleine Vignetten aus ihrer Praxis. Am achten Tag gibt es spielerische Körperübungen für Frau beziehungsweise Mann. Was wäre ein Leben ohne Freude an den eigenen Aspekten des Weiblich- und/oder Männlich-Seins? Diese Yin/Yang-Kräfte wieder zu aktivieren zu einer neuen Frische, das lockt sie uns zu tun. Just zum vierzehnten Tag ermuntert sie uns, frei zu nehmen, das bisher Getane zu feiern.

Der zweite Teil beginnt wieder mit der Körperwahrnehmung, um nach der gewährten Freizeit wieder zu einer genügend guten Erdung und Atmung zu finden. Die Qualität des eigenen Boden- und Körperkontakts ist wichtig, da wir dadurch die neue Lebensenergie, die Liebau uns wünscht, erleben können. Sie erzählt von einer depressiven Klientin, die mithilfe dieser Übungen aus den trübsinnigen Stimmungen herauskam. Ab dem 18. Tag werden die sieben Trauma/Tension Releasing Exercises (TRE) eingeführt. Trauma (zur Erinnerung) ist das griechische Wort für «grosse Wunde». Bis zum Schluss des Monats können wir diese jeweils in verschiedenen Kombinationen wiederholen, was der notwendigen Vertiefung hilft – *l'éducation c'est l'art de la répétition*. Für die TänzerInnen unter den kommenden LeserInnen, sind Trommeltänze im Programm. Da wir als Kinder alle durch den Tag tanzen konnten, verbinden wir dadurch das innere Kind mit der heutigen Person. Sie lachen? Prima, denn das innere Lächeln darf wieder eingeübt werden, fünfzehn Minuten lang, mindestens. Schlussendlich dürfen wir uns räkeln, recken und strecken sowie zur Ruhe kommen, verweilen im Nichts-Tun. Aktive Imagination wird öfters vorgeschlagen, ganz ohne theoretische und methodenspezifische Fixierung. Wozu auch, da dieses Übungsprogramm dem Entfalten der eigenen Selbstkräfte

gilt. Die Selbstwahrnehmung, die Selbstsicherheit, das Selbstvertrauen und das Horchen auf die innere Stimme sind gleichzeitig die Voraussetzung und der heilende Weg zur frischen Ganzheit.

Das ganze Programm hat Liebau in den vergangenen vier Jahrzehnten, aus einem grossen Fundus heraus, konzipiert, selber mit sich und KlientInnen eingeübt. Es funktioniert, leider (Spass). Somit: Auf und dran bleiben!

Theodor Itten

Ulrich Sollmann (2017): *Achtsam und vital: Stressbewältigung durch Bioenergetik*

Gießen: Psychosozial-Verlag. 208 Seiten. € 22,90

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 89–90 2017

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

Die ewige Wiederkehr der gleichen Aufgabe: sich tagtäglich selber um die Aufrechterhaltung des eigenen Wohlbefindens zu kümmern. Warum es nicht wieder einmal sagen und zeigen, wie es uns ergeht, wenn wir unsere verkörperten Seelen achtsam pflegen und hegen? Was dann geschieht für Körper, Geist und Seele, darf immer wieder neu geschildert und frisch reflektiert werden. Diese vortreffliche Neuauflage des vor 30 Jahren erschienen Bestsellers *Bioenergetik in der Praxis* fokussiert auf die vom Autor selbsterfahrene und praktizierte körperpsychotherapeutische Methode. Dieses Buch ist ein gutes Pendant, zum oben besprochen Buch von Liebau (2017). In seinem auf neue Forschungsergebnisse fokussierten, dicht geschriebenen 35 Seite langen Vorwort zu dieser Neuauflage überzeugt der Autor und gestandene Psychotherapeut, Ulrich Sollmann, den kritischen Leser, vom Sinn dieses Umfüllens alten Weins in neue Flaschen. Dieses Selbsthilfebuch, das zur Zeit der Selbsterfahrungs-, Encounter- und Sensitivity-Trainingsgruppen gerade richtig und wichtig war für die gesuchte Selbstbefähigung, wird nun einer neuen Generation von PatientInnen und ihren PsychotherapeutInnen dienen. Der damalige sozial- und humanwissenschaftlich kontextualisierte Erklärungsansatz wird selbstverständlich, nach 30 Jahren mit neuen Erkenntnissen angereichert. Die Hirnforschung hat inzwischen immense Fortschritte erzielt, die als neuropsychologische Erkenntnisse, für PraktikerInnen anwendbar werden. Sollmann geht als Bioenergetiker und Gestalttherapeut, wie in seinen Publikationen üblich, erlebniszentriert vor. Damit wir den Sinn und Zweck der vorgeschlagenen Körperübungen verstehend einordnen können, präsentiert und erklärt er, positiv einfach, ohne intellektuellen Jargon, die notwendigen bioenergetischen Konzepte. Zuerst werden die eigene Wahrnehmung und das persönliche Gewahrsein als unerlässliche Erfahrung beschrieben. Danach betrachten und spüren wir Inhalt und Kontext des eigenen Zeit- und Raumsinns. Die heute wieder in Mode gekommene Praxis der Achtsamkeit in

der Psychotherapie, propagiert durch die humanistische und positive Psychologie, platziert Sollmann, ganz der Nüchterne, zurück in die uralte Tradition des Buddhismus, die Erneuerungsbewegung des noch älteren Hinduismus. Nach wie vor ist die eigene Erfahrung dessen, was mir selber hilft, die bestimmende Indikation für das anzuwendende Behandlungsmittel – unabhängig vom jeweiligen Trend in der methodisch technisierten Psychotherapie oder den hochtrabenden theoretischen Diskursen. Sollmann schreibt: «Man muss also die Phänomene immer wieder aufs Neue in Augenschein nehmen und sich nicht (nur) an bewährten Rezepten ausrichten» (xv). Er tut dies ganz gewissenhaft. So werden, zum Beispiel, die unwillkürlichen Körperreaktionen, welche sich während oder nach bioenergetischen Übungen einstellen, als wichtige Phänomene der Selbstregulation des Leibes erläutert. Dies nimmt einem die Angst, dass etwas Unerwartetes passieren könnte, mit dem eine oder einer noch nicht umzugehen wüsste. Mut tut gut. Das fördert die Fähigkeit, wesensmässig sein ganzes, verkörpertes Menschsein anzunehmen. Die Illustration des Wechsels von Anspannung und Entspannung durch neurogenes Zittern zeigt, wie sich die heilende Wirkung von Selbstregulation im ganzen Organismus auswirkt. «Hier & Jetzt» als Konzept und als Momentum der Erfahrung ist hilfreich, da es immer schon um die Gegenwart geht, in der sich das somatisch Erfahrene und das zukünftig Erwünschte spürbar treffen. Die Arbeit mit Vibrationen im Körper werden «en detail» neurophysiologisch-funktional erläutert. Dies ermöglicht es dem belesenen Autor, die neusten Einsichten ins Nervensystem und dessen interne Kommunikation, darzustellen. Überhaupt, neben all den unvermeidlichen Wiederholungen (im Positiven und Negativen) eines Vielschreibers, wie Sollmann einer ist, geht es ihm um die wichtige Einsicht, dass die Kontextualisierung der eigenen leiblichen Erfahrung die Basis für jegliche theoretische Reflexion darstellt. Es ist eine grosse persönliche Herausforderung, die eigenen Projektionen nicht nur zu erkennen, sondern in der Betrachtung der Wirklichkeit, wie sie ist, hinter uns zu lassen. Ganz der kritische Geist, warnt uns Sollmann vor der Verlockung der Kommerzialisierung unserer Heilkunst. Psychotherapie ist kein Fetisch der konsumorientierten Kultur der propagierten Selbstoptimierung. Was tun? Das einfachste zuerst.

Die nun seit über 30 Jahren erprobten, empirisch als nützlich validierten Körperübungen dürfen selber mit dem Risiko ausprobiert werden, dass es einem danach wieder besser geht. Die angestrebte Wirkung ist die eigene Lebendigkeit, Wachheit und Klarheit. Für diejenigen, welche die erste oder zweite Ausgabe von *Bioenergetik in der Praxis* in der eigenen Praxis-Bibliothek nicht mehr finden oder bei denen das eine Exemplar durch vielen Gebrauch aus dem Leim gegangen ist sowie für all jene jüngeren KollegInnen und Studierenden der Psychotherapie ist diese Neuausgabe griffbereit. In den sechs Kapiteln des alt-neuen Buches geht es um die Gymnastik der Seele, die Bioenergetik, das Stressgeschehen, den Körperausdruck und die Persönlichkeitsstruktur. Der uns allen bekannten Körpersprache, den verschiedenen, von

A. Lowen beschriebenen Charakterstilen, werden viel Denk- und Übungsraum gewidmet. Viele Bilder dienen als Anleitungsvorlage, was angenehm hilfreich ist. Der Schluss dieses fast zeitlosen Praxisbuches ist dem eigenen Körper-Management gewidmet. Die Hebamme kann, im erwachsenen Alter, nicht mehr verantwortlich gemacht werden, sagt ein altes Sprichwort. Wer ist somit heute für das leibliche, seelische und geistige Wohlbefinden verantwortlich? Genau! Richtige Antwort. Ein alter, weiser Psychotherapeut wurde mal von einem Freund gefragt, ob er sich selber vertraue? Nur wenn ich muss, antwortete der Gefragte verheissungsvoll.

Theodor Itten

Achim Votsmeier-Rühr & Rosemarie Wulf (2017): *Gestalttherapie*

München: Reinhardt Verlag. 238 Seiten. € 24,90

Psychotherapie-Wissenschaft 7 (2) 90–91 2017
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND

Mein erster Gedanke, als ich die Buchausschreibung sah, war: ein weiteres Buch mit dem Titel «Gestalttherapie»? Doch ich wurde neugierig auf das, was die beiden bekannten AutorInnen darstellen und anreichern würden. Die Lektüre lohnt sich. Es wird bei Weitem nicht einfach das wiedergegeben, was auch schon andernorts geschrieben steht.

Das Buch erschien in der Reihe «Wege der Psychotherapie» im Ernst Reinhardt Verlag. Da hat die Gestalttherapie neben den anderen beschriebenen Verfahren natürlich einen gebührenden Platz verdient.

Den AutorInnen ist es gelungen in gut verständlicher und kompakter Form, die Essentials der Gestalttherapie herauszuarbeiten und darzustellen. Zu den gängigen Konzepten ergänzen sie eigene Akzentuierungen, habe es doch seit der Konzipierung der Gestalttherapie in den 50 Jahren des letzten Jahrhunderts doch auf einigen Gebieten einen Erkenntniszuwachs gegeben. So beschreiben sie die erkenntnistheoretischen Grundannahmen der Gestalttherapie differenziert, stellen einen Anschluss der Feldorientierung im Gestalt-Ansatz zur Schematherapie her und gehen ausführlich auf den Ansatz einer dialogischen Gestalttherapie ein.

Das Buch beginnt mit einem geschichtlichen Abriss des zeit- und ideengeschichtlichen Kontextes der Entstehung der Gestalttherapie. In diesem Kapitel werden die Quellen beschrieben, die die Gestalttherapie massgeblich beeinflusst haben. Erläutert wird auch der lebensgeschichtliche Hintergrund der Gründerpersönlichkeiten. Hier zeigt sich, dass auch in der Darstellung des Therapieansatzes eine Feld- und Kontextorientierung umgesetzt wird.

Der Hauptteil des Buches ist der Theorie und der wissenschaftlichen Fundierung dieser Theorie gewidmet. Hier werden die erkenntnistheoretischen Grundannahmen

(Phänomenologie, Kritischer Realismus, Konstruktivismus und Feldtheorie), die Feldorientierung (alles ist verbunden und in Wechselwirkung), die existenziell-phänomenologische Orientierung (subjektives Erleben im Fokus) wie auch die dialogische Orientierung (Heilung aus der Begegnung) ausgeführt.

Im Verständnis, dass die Person in einem ständigen Prozess der kreativen Anpassung mit ihrer Umwelt steht, wird gezeigt, wie sich die Person in interpersonellen Beziehungen entfaltet. Das bekannte Konzept des zyklischen Kontaktprozesses wird um die interpersonelle Dimension ergänzt wiedergegeben.

Von gelungenen Prozessen kreativer Anpassungen werden dysfunktionale Anpassungen abgegrenzt. Diese münden in eine in anderen Publikationen zur Gestalttherapie kaum zu findende Darstellung einer allgemeinen Störungslehre, möglicher Störungen im Kontaktzyklus wie auch einer speziellen Störungslehre. Da finden sich mit Bezug zum ICD-10 detaillierte Ausführungen zu einem gestalttherapeutischen Verständnis solcher Störungsbilder und Leitlinien zur Behandlung.

Ein weiteres Kapitel ist dem therapeutischen Prozess gewidmet. Es werden die Leitideen gestalttherapeutischen Handelns aufgezeigt sowie Behandlungsansätze für Störungen im Vorkontakt, Vollkontakt und Nachkontakt.

Ein letztes Kapitel beschreibt die vorliegende Wirksamkeitsforschung und belegt empirisch die Wirksamkeit der Gestalttherapie über ein breites Spektrum von Störungsbildern.

Eine Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte der Gestalttherapie in Theorie und Praxis rundet das Buch ab. Das Sachregister erleichtert das Nachschlagen zu bestimmten Begriffen im Buch.

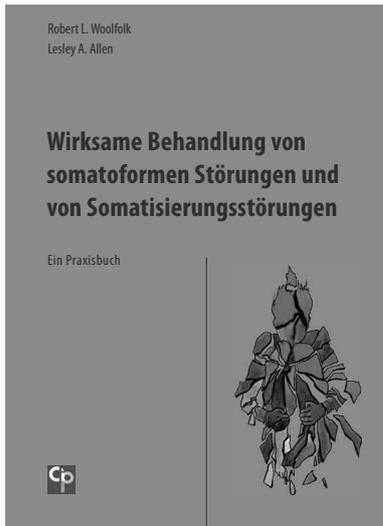
Wer eine zeitgemässe Darstellung der Gestalttherapie sucht, sei es als aktualisierte Auffrischung für GestalttherapeutInnen, sei es zur Einführung in den Gestalt-Ansatz für Personen von ausserhalb der Gestalttherapie, ist gut bedient mit diesem systematisch gut aufgebauten und klar gegliederten Buch.

Peter Schulthess

Eine unverzichtbare Praxisanleitung

Robert L. Woolfolk | Lesley A. Allen

Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen



Das WOOLFOLK-ALLEN-THERAPIEBUCH ist ein Meilenstein der Psychotherapie in der Psychosomatik.

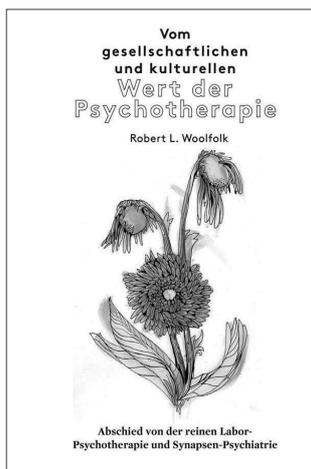
Effektive Behandlung der oft so komplexen Symptom- und Motivationsprobleme wird hier durch ein klares Konzept erreicht, das für den gesamten Bereich der somatoformen Störungen Gültigkeit hat.

Mit strukturierten Therapie-Anweisungen und Interventionsbeschreibungen, die sofort umgesetzt werden können, sowie beispielhafter Darstellung des gesamten Therapieverlaufs.

ISBN 978-3-86294-023-3 | HARDCOVER | 292 SEITEN | € 49,-

Robert L. Woolfolk

Vom gesellschaftlichen und kulturellen Wert der Psychotherapie



Abschied von der reinen Labor-Psychotherapie
und der Synapsen-Psychiatrie

„Faszinierend, provokativ und bemerkenswert gut geschrieben. Woolfolks Kritik einiger vorherrschender konzeptioneller, klinischer und wissenschaftlicher Trends wird zu scharfen Debatten führen und zu neuen Dialogen darüber führen, wie man Psychotherapie ausübt und wie man sie lehrt.“

LOUIS CASTONGUAY, PENNSILVANIA STATE UNIVERSITY

„Seit Bergin und Garfields Handbuch der Psychotherapie und Franks „Die Heiler“ wurde keine solche kritische Insider-Perspektive mehr präsentiert.“

JOHN Z. SADLER, UNIVERSITY OF TEXAS

INHALT

Krise der Psychotherapie – Bürgerkriege unter Psychotherapeuten –
Krise der Pharmakotherapie – Psychotherapeutische Expertise –
Psychotherapie als Humanismus – Schädliche Therapien –
Aussichten auf ein Wiederaufleben

ISBN 978-3-86294-042-4 | BROSCHUR | 336 SEITEN | € 48,-

www.cip-medien.com

Bestellung: Herold Fulfillment GmbH | cip-medien@herold-va.de | Raiffeisenallee 10 | 82041 Oberhaching | Tel. 0 89-61 38 71 24