

**Bernhard Kleining**

## **Halt mich fest, fass mich nicht an... Körpertherapeutische Interventionsmöglichkeiten in der Psychoonkologie**

GFK Texte 3/1997, S. 13-19

Wenn es um körperliche Erkrankungen geht, dann rufen Psychotherapeuten schnell: "STOP, das Körperliche allein reicht nicht! Man muss auch die Psyche berücksichtigen!" Wenn es um psychische Störungen oder Erkrankungen geht, z.B. um eine Depression, dann ist es vorbei mit der Ganzheitlichkeit. Da soll es dann quasi die Therapie der Psyche in Reinkultur sein, die hilft. Körperliche Interventionen sind dann wenig gefragt, d.h. die Frage: Welche körperlichen Impulse (ausser der Verabreichung von Medikamenten) sind möglicherweise in der Lage, die psychische Befindlichkeit von Tumorkranken zu verbessern?- diese Frage wird noch relativ wenig gestellt.

Ich halte den Ausschluss des Körpers aus der psychotherapeutischen Behandlung für die Fortführung der alten klassischen Spaltung von Körper und Seele, von Geist und Materie. Eine Ausnahme: Es gibt meines Wissens nur eine Interventionstechnik, bei der standardmässig davon ausgegangen wird, dass eine körperliche Veränderung auch eine Verbesserung des psychischen Befindens nach sich zieht. Diese sogenannte "körpertherapeutische Laienempfehlung" ist allerdings so allgemein wie wirkungslos. Sie lautet: "Kopf hoch, es wird schon wieder". Über die Grundlage dieses Satzes, den viele Krebsbetroffene bekanntlich nicht mehr hören können, und auf die Frage, weshalb er denn wirkungslos bleiben muss, werde ich später noch eingehen.

Ich werde versuchen, zunächst das einzugrenzen und auf den Punkt zu bringen, was ich unter körpertherapeutischen Interventionen verstehe<sup>1</sup>, anschliessend versuche ich den Punkt wieder etwas zu differenzieren, damit Handlungsalternativen sichtbar werden. Dabei werde ich vier Themen unterscheiden:

- a) Körperliche Bereiche, bei denen Interventionen möglich sind
- b) Verschiedene Arten, den Körper in die Psychotherapie einzubeziehen.
- c) Unterschiedliche Bewusstseinszustände
- d) Die Bindungsarten im Verlauf der therapeutischen Begleitung

### **Was sind körpertherapeutische Interventionen?**

Zunächst zur Eingrenzung dessen, was ich unter körpertherapeutischer Intervention verstehe. Damit meine ich keine Gymnastik, kein Autogenes Training, kein Yoga, keine Meditation, keinen Ausgleichssport, auch nicht die körperorientierten Elemente des Bochumer Gesundheitstrainings. All diese körperbezogenen Massnahmen haben ihren eigenen Wert auch für die psychische Befindlichkeit, das ist unbestritten. Es gibt inzwischen genügend Untersuchungen darüber, inwieweit Autogenes Training, Yoga oder Meditation die psychische Befindlichkeit verbessern. Es handelt sich dabei allerdings um Massnahmen, die mehr die allgemeine Psychohygiene betreffen. Mein Thema heute ist eher die Frage, wie einzelne körperliche Interventionen bei psychischen Beschwerden oder Erkrankungen wirken können.

Mein Thema heute ist auch nicht das von Grenzen und Grenzverletzungen in der Therapie, besonders in der Körpertherapie. Eine klare Haltung zur Einhaltung von Grenzen in dem Sinne, dass Therapie kein Ort ist, um eigene Bedürfnisse nach Nähe, Zuwendung und Berührung zu befriedigen, setze ich an dieser Stelle voraus. Die Zeit, die mir heute hier zur Verfügung steht, reicht auch nicht, um im einzelnen der Frage nachzugehen, in welchem Stadium der Erkrankung bzw. in welchen Behandlungsabschnitten welche Art von körperlicher Intervention indiziert ist. Nur so viel sei gesagt: Die psychotherapeutische Begleitung verläuft in gewisser Weise antizyklisch zur medizinischen Behandlung, d.h., in Zeiten invasiver Behandlungsformen wie Chemotherapie und Bestrahlung werden keine invasiven psychotherapeutischen Verfahren angewandt, sondern eher stützende.

Ich möchte Ihnen das, worüber ich im weiteren Verlauf an körpertherapeutischen Interventionen spreche, gern anhand eines Beispiels erläutern. Dazu lade ich Sie zu einer kleinen Erfahrung ein, die vielleicht zwei Minuten dauern wird. Selbstverständlich kann jeder, der das nicht möchte, ablehnen.

Legen Sie doch einmal für 20 Sekunden ihre rechte Hand auf die Schulter des rechten Nebenmannes (-frau). Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit hin zu der Stelle, wo die fremde Hand liegt. Ich stelle Ihnen dazu drei Fragen.

1. Wo spüren Sie das noch in Ihrem Körper?
2. Woher kennen Sie diese Körperempfindung?
3. Was ist neu?

Viele psychotherapeutisch tätige Kollegen könnten an dieser Stelle sagen: Solche oder ähnliche Fragen stelle ich auch ohne Körperintervention bzw. Berührung. Sie haben recht: Körpertherapeutisches Arbeiten ist nicht etwas völlig anderes als andere Psychotherapieformen. Zugang und Art der Begleitung sind anders. Für mich hat Therapie sehr viel mit Wahrnehmung zu tun, und das im wörtlichen Sinne des Wortes. D.h. Klienten brauchen für viele der Themen, mit denen sie sich beschäftigen, eine sinnliche Wahrnehmung. Nur damit sind sie in der Lage, etwas tatsächlich für wahr zu nehmen.

Nehmen wir ein praktisches Beispiel: Jemand, der sich angesichts der Krebsdiagnose ins Bodenlose gestossen fühlt, mit Angst und Panik reagiert und für den es im Moment nichts im Leben gibt, woran er oder sie sich festhalten könnte, kann gut körperlichen Halt gebrauchen. Da kann z.B. eine Hand im Rücken, bei der man schrittweise ausprobieren kann, wie es eigentlich sich anfühlt, wenn man sich dagegenlehnt, etwas von dem Halt- Wahrnehmen ermöglichen. Solche Erfahrungen sind einerseits banal, andererseits so grundlegend für das weitere Empfinden und auch den Umgang mit der Erkrankung und der Situation. Die Erfahrung zeigt, dass es durchaus möglich ist, solche Erlebnisse aus Therapiestunden mitzunehmen, um sie sich im Alltag beizeiten wieder heranzuholen.

Im Umgang mit Kindern sind uns die vielfältigen Möglichkeiten zur Verankerung positiver Empfindungen vertraut. Einem Kind, das Angst hat, geben wir einen Teddy mit ins Bett - wissend, dass die körperliche Berührung mit dem Kuscheltier zur Beruhigung beitragen wird. Auf einer Kinderkrebstation wär all das noch selbstverständlich. Bei Erwachsenen scheint uns all das Wissen zu verlassen. In keinem Beitrag zum Thema Krankheitsbewältigung und Copingstrategien habe ich bisher einen Verweis auf das Grundlagenexperiment aus der Allgemeinen Psychologie gelesen, das jeder Psychologiestudent bereits zum Vordiplom kennen muss. Ich meine den Versuch von Harlow, in dem Affen in angstausslösende Situationen gebracht werden, bei denen ihnen zwei verschiedene Mutterersatzpuppen zur Verfügung gestellt werden. Ein Drahtgestell mit Nuckelflasche und gleiches Gestell mit weichem Stoff umhüllt. In angstausslösenden und anderen Stresssituationen wählen die Tiere eindeutig die Stoffpuppe, körperlicher Kontakt scheint in solchen Situationen noch wichtiger zu sein als Nahrung.

Wenn ein Kind mit dem Fahrrad gefallen ist und eine Schürfwunde am Arm davonträgt, nehmen wir es in den Arm und pusten an der Stelle, wo die Verletzung ist. Ist das Pusten Aberglaube, Esoterik oder ist es nicht vielmehr eine lange tradierte Erfahrung, dass Kindern nicht nur die Kühlung durch den Luftstrom gut tut? Wenn letzteres zutrifft, dann stellt sich die Frage, was es denn tatsächlich ist, was hier wirkt. Bei meinem Vortrag im letzten Jahr habe ich das Bild vom Mobile benutzt, dass wir an einer Stelle anstossen, zwar Erfahrung damit haben, aber nicht in jedem Fall exakt wissen, was sich auf der anderen Seite bewegt.

Ich sprach eben von der Wahrnehmung in der Therapie. Ich denke, dass wir in der Psychotherapie durch das, was wir anstossen, häufig Evidenzerlebnisse provozieren. Jede Therapieform auf ihre Weise. Wenn z.B. Bert Hellinger in seiner Arbeit mit Familien die einzelnen Familienmitglieder aufstellt, so werden Beziehungen z.B. zu Ausgeschlossenen evident. Evidenzerlebnisse sind in der Regel von körperlichen Reaktionen wie z.B. einem tiefen Atemzug und sichtbaren Entspannungsreaktionen begleitet. In der körpertherapeutischen Arbeit wird ebenfalls mit Evidenzerlebnissen gearbeitet, der Fokus der Aufmerksamkeit ist hier der Körper selbst. Um zu solchen Erlebnissen zu kommen, benötigen wir nicht den Vergleich mit anderen Menschen, sondern den Vergleich in uns selbst, in unserem eigenen Körper.

Nehmen wir den ebenso geliebten wie gehassten Satz vieler Krebspatienten: "Anderen geht's ja noch schlechter als mir." Hier haben wir einen Vergleich zwischen Personen. Für die Kognition, d.h. für das Erkennen und die verstandesmäßige Wahrnehmung, z.B. des Stadiums einer Erkrankung, kann das wichtig sein, für die Emotion hilft es entgegen vielen Vermutungen überhaupt nichts. Ich habe viele Klienten kennengelernt, und zwar in allen Stadien der Erkrankung, die immer noch jemanden fanden, dem es schlechter ging als ihnen. Geholfen hat es ihnen wenig, wohl aber verboten, traurig zu sein. Wenn ich sage, wir brauchen den Vergleich in uns selbst, dann meine ich damit genau ein anderes Vorgehen. Wir brauchen die Wahrnehmung eines Unterschiedes in uns, z.B. zwischen dem Gefühl von Angst, Depression u.ä. auf der einen Seite und der Empfindung, wie es sich anfühlt, wenn diese Angst, diese Verzweiflung oder diese Trauer nicht so da ist. Therapeutische Begleitung kann hier schon aus der Sicht der Klienten so etwas sein wie die Suche nach der berühmten Stecknadel im Heuhaufen. Sie können sich nicht vorstellen, dass unter dem Leiden, der Verzweiflung, den Schmerzen und den Enttäuschungen überhaupt noch etwas Positives sichtbar werden könnte.

## **Punkt a: Einige Beispiele körperlicher Interventionen an verschiedenen Körperbereichen**

### **Der Rücken**

Mein Beispiel von eben mit der Hand am Rücken, die Halt gibt, ist eine von verschiedenen Möglichkeiten, eine Form des Haltens anzubieten. Da gibt es die Möglichkeit des Anlehns gegen meine Hand, mit dem Rücken gegen meinen Rücken, gegen ein Kissen oder auch für einen Moment gegen die Rückenlehne des Stuhls, auf dem die Klientin bzw. der Klient nun schon eine Zeitlang sitzt. Dabei geht es um die Fokussierung der Wahrnehmung, wie es sich anfühlt, wenn man das Gewicht des Körpers nicht alleine halten muss, sondern sich wenigstens zum Teil dabei unterstützen lässt. Es ist für viele Klienten selbst erstaunlich, wie sehr sie auch beim Anlehnen zunächst noch bemüht sind, sich selbst zu halten. Und wie deutlich sie eine körperliche Erleichterungsreaktion spüren, wenn sie diesen Halt abgeben. In diesem Moment wird aus dem reinen Tun ein Evidenzerlebnis. Körperlich stellt sich dann oft ein Gefühl ein wie "wenn der Groschen fällt". Sie kennen es alle aus der Erfahrung, wenn Sie nach einem Namen suchen, der Ihnen im Moment nicht einfällt. Da gibt es eine Zeitlang, in der er quasi auf der Zunge liegt, danach einen plötzlichen Moment des Kommens, verbunden mit einer körperlichen Reaktion. Auch im Liegen gibt es einige Möglichkeiten, mit dem Thema "Halt" neue Erfahrungen zu machen. Der von wohlmeinenden Freunden (vor allem von denen mit ein wenig psychologischer Vorbildung) oft gehörte Rat "Du darfst nicht immer so viel grübeln und nachdenken, dich nicht so viel zusammenreißen, lass dich doch mal fallen" ist nicht nur nach meiner Erfahrung ziemlich verfehlt. Probieren Sie einmal für einen Moment die Vorstellung aus, Sie lägen auf dem Boden und Sie liessen sich fallen. Anschliessend probieren sie einmal die Vorstellung aus, dass sie sich vom Boden tragen lassen. Sie werden den Unterschied deutlich merken.

### **Die Schultern**

Die Schultern sind ein Ort, an dem oft deutlich abzulesen ist, mit welcher Anstrengung Menschen, vor allem auch während der Krankheit und Behandlungsbelastungen, sich zusammenreißen und anstrengen. Hier gibt es manchmal Erschrecken und Erstaunen darüber, welcher deutlich wahrnehmbare Unterschied in der Empfindung dann auftaucht, wenn jemand unter die Ellbogen greift und dadurch unterstützend die Schultern hält. Manchmal können so Zugänge geschaffen werden zu einem neuen Erleben, nach dem es möglicherweise nicht zwingend erforderlich ist, alle Last alleine zu tragen. Gerade in der Verbitterung des Schmerzes und dem Gefühl der sozialen Isolation hat sich oft die gegenteilige Meinung eingenistet: "Ich muss da alleine durch, da kann mir sowieso niemand helfen!" Körperliche Neuerfahrungen in einer psychotherapeutischen Begleitung machen auf den ersten Blick den Eindruck, als seien es lauter Nebensächlichkeiten. Therapeutische Erfahrung ist es allerdings, dass wir die grössten Fortschritte in unserem Denken, Fühlen und Verhalten nicht immer direkt bei unserem Hauptproblem machen, sondern ähnlich wie beim eben beschriebenen Mobile, an einer ganz anderen Stelle beginnen. Wir lernen eben "analog".

### **Die Atmung**

Ein anderer Bereich, der sich ganz besonders für die körperorientierte psychotherapeutische Arbeit eignet, ist die Atmung. Sie unterliegt sowohl der willkürlichen Innervation als auch der Beeinflussung durch das autonome Nervensystem, bildet so ein Bindeglied zwischen dem Bewussten und dem vegetativen System. Anders als z.B. beim Blutdruck haben wir bei der Atmung, wenn wir sie fokussieren, vielfältige Möglichkeiten zur direkten Wahrnehmung. Denken Sie einmal für einige Sekunden an etwas Schönes, das Sie in den letzten Tagen erlebt haben oder auch an eine Situation, die für Sie besonders unangenehm war. Beide Male werden Sie feststellen, dass ihre Atmung in Sekundenschnelle reagiert. Menschen können an ihrer Atmung registrieren lernen, inwieweit sie in der Lage sind, einem Gefühl, einem Thema oder auch sich selbst als Person einen Platz zu geben.

Die Atmung eignet sich insbesondere zur Arbeit an allen Selbstthemen, d.h. zur Arbeit an Themen, die mit unserem Selbstbild und den gedanklichen Prozessen und Schlaufen zu tun haben, die wir vor allem in Krisenzeiten immer wieder durchlaufen. Dabei neigen die einen mehr zu depressiven gedanklichen Schlaufen (immer trifft es mich, ich habe ja sowieso immer Pech im Leben), andere neigen eher zu Angstschlaufen (sie überlegen, was alles noch passieren könnte), wieder andere bevorzugen narzisstische Schlaufen (wie mich jetzt wohl alle angucken werden).<sup>3</sup> Die Atmung eignet sich deswegen so gut zur Arbeit an diesen Themen, weil hier die Möglichkeit besteht, Veränderungen in der Atmung einerseits als unmittelbares zeitnahe Ergebnis von gedanklichen Prozessen wahrzunehmen, andererseits Veränderungen in der Atmung als Ausgangspunkt für neue Erfahrungen und Abänderungen in den gedanklichen Mustern zu wählen. Die Atmung mit ihren passiven und aktiven Anteilen ermöglicht so immer wieder einen Perspektivenwechsel zwischen der Rolle als Opfer und der Rolle als jemand, der aktiv auch emotionale Vorgänge zu beeinflussen vermag.

### **Die Körperhaltung**

Ich selbst arbeite auch gern mit der Körperhaltung. Ein Beispiel aus den letzten Wochen: Eine Klientin, die bezüglich ihrer Depressionen bereits gute Fortschritte gemacht hatte, kam im Anschluss an eine kritische Äusserung eines entfernten Bekannten in eine solche Krise, dass alte Ängste aktualisiert wurden, sie sich innerhalb weniger Tage kaum noch aus dem Haus traute. Am schlimmsten war es, in die Stadt zu gehen, Bekannte dort zu treffen. Ich habe sie gebeten, für dieses Angstgefühl, das sie ja sehr gut kennt, eine Körperhaltung zu suchen und diese für einen Moment einzunehmen. Ergebnis war eine in der Wirbelsäule gebeugte Haltung mit Blick auf den Boden. Die Schultern waren nach vorne gezogen. Dann bat ich sie, einmal das Gegenstück dieser Haltung zu probieren. Sie richtete sich deutlich auf und nahm die Schultern wieder etwas nach hinten. Wir spielten dann eine kleine Szene, in der sie mir in der Einkaufszone in der Stadt entgegenkommen sollte. Dabei sollte sie zunächst die eine, dann die andere Haltung ausprobieren. Die Frau war überrascht, in welchem Ausmass sich die Angst in der zweiten Haltung verminderte. In den Folgetagen hat die Klientin tatsächlich diese Haltung in der Stadt mehrmals probieren können, so dass zunächst einmal der früher zwangsläufige Kreislauf von: Angst - Sichzurückziehen - zu Hause bleiben und viel nachdenken - Verstärkung der Depression - noch mehr Rückzug usw. zunächst einmal unterbrochen war.

#### **Punkt b: Focusing4**

An den bisherigen Beispielen erkennen Sie, dass körpertherapeutische Arbeit nicht zwangsläufig mit Berührung verbunden ist. Es gibt auch das Experimentieren mit den eigenen Körperreaktionen bis hin zur imaginativen Wahrnehmung von körperlichen Vorgängen. Focusing nimmt hier eine Zwischenstellung ein. Das Verfahren geht auf G.Gendlin (1982) zurück, einen langjährigen Mitarbeiter von Carl Rogers, der die Prinzipien der Gesprächspsychotherapie auf die Körperarbeit ausgedehnt hat. Dabei wird einem Thema nicht in erster Linie mit Hilfe der Sprache und des Dialoges nachgegangen, sondern mit Hilfe der Körperempfindung, die dieses Thema auslöst.

Ein Beispiel:

Frau B. steht nach einer CA-Erkrankung ein erneuter Krankenhausaufenthalt bevor. Nachdem sie nach der positiv verlaufenden Akutbehandlung und den bisherigen Entlastungsschritten in der Psychotherapie körperlich wie psychisch rekonvaleszent ist, hat sie nun mehrere Alpträume, die sie sehr beunruhigen. Sie kann den Inhalt dieser Träume nicht mehr wiedergeben, empfindet sie aber als wichtig und bedrohlich, möchte ihnen nachgehen. Ich lade sie ein, noch einmal in ihrer Vorstellung in das Gefühl zu gehen, mit dem sie wach wurde. Wo in ihrem Körper spürt sie das? Im Brustraum, genauer: in der Magengegend: Es ist ein drückendes Gefühl. Ich fordere sie auf, mit ihrer Aufmerksamkeit dort zu verweilen, genau hinzuspüren und einfach zu warten, was kommt. (Es kann ein Bild sein, ein Wort oder ein Satz, ein Gefühl, manchmal auch eine Erinnerung.) Frau B. liegt mit geschlossenen Augen und geht der Empfindung im Brustraum nach. Plötzlich wird sie traurig, weint heftig. Der Tod ihrer Mutter im letzten Jahr kommt ihr hoch. Kurz vorher habe sie die Mutter noch ins Krankenhaus bringen müssen. Ich frage nach dem, was am schlimmsten ist: dass es nicht zurückzudrehen ist, dass nichts mehr nachzuholen ist von dem, was sie mit ihrer Mutter noch gerne gemacht hätte. Ich frage, wie der Abschied von der Mutter gewesen sei: Die Klientin sei immer die starke gewesen, habe selbst am Grab ihrer Mutter auf deren ausdrücklichen Wunsch hin die Totenrede gehalten. Jetzt konnte sie mit der Trauer etwas vom Abschied von der Mutter nachholen, war dann danach leichter in der Lage, ihre Situation von der ihrer Mutter zu trennen: Dass sie zwar noch einmal ins Krankenhaus geht, aber nicht zwangsläufig zum Sterben; dass auch nichts verschiebbar ist, dass sie sich daher auch mehr als bisher eine Erlaubnis geben darf, Wünsche an das Leben jetzt zu haben und sie sich auch zu erfüllen.

Schauen wir uns einmal genauer an, was hier passiert ist: eine Koppelung und eine Ent-Koppelung. Mit Hilfe der absichtslosen Wahrnehmung eines körperlichen Vorganges gewann die Klientin eine Verbindung zu einem Gefühl sowie einem Ereignis in der Vergangenheit, machte dadurch erste Schritte, die Erinnerung an die letzten Tage der Mutter im Krankenhaus und die Trauer über den Verlust von ihrem jetzigen Gang ins Krankenhaus zu entkoppeln. Um diesen Vorgang zu verstehen, sind zwei Konzepte wichtig: das der unterschiedlichen Bewusstseinszustände und die Theorie der Bindungsstufen.

#### **Punkt c: Bewusstseinszustände**

Die absichtslose Wahrnehmung von körperlichen Vorgängen verlangt einen anderen Bewusstseinszustand als den unseres Alltagsbewusstseins. Wir nennen ihn häufig "innere Achtsamkeit". Wir können diesen Zustand in einer Therapiestunde herbeiführen. Klienten nehmen ihn an verschiedenen Stellen auch ohne unser Zutun ein. Wir müssen wissen, in welchem Zustand sie sich gerade befinden. In einem Zustand der inneren Achtsamkeit werden oft Fragen von aussen anders gehört und verstanden als im Zustand des Alltagsbewusstseins. Die Wahrnehmung körperlicher Vorgänge eignet sich sehr gut, um einen Zustand der inneren Achtsamkeit herzustellen. Oft reicht schon ein Lidschluss, um diesen Zustand herzustellen. Es ist

ein Zustand leicht unterhalb der Wachschwelle, bei dem wir äussere Vorgänge zwar registrieren können, aber sozusagen den inneren Raum zuungunsten des äusseren vergrössert haben. Ein Zustand der inneren Achtsamkeit ist Voraussetzung dafür, dass Evidenzerlebnisse möglich werden. Nehmen Sie wieder das Beispiel, dass Sie versuchen, sich an einen Namen zu erinnern. Sie strengen sich immer mehr an, aber es geht nicht. Oft müssen Sie dann erst etwas anderes tun und dann, ganz plötzlich, fällt er ihnen ein. Das bedeutet, Sie müssen zunächst den Zustand der Absichtslosigkeit wiederherstellen, den Sie mit der Anstrengung selbstverständlich verloren haben. Die deutsche Sprache ist an dieser Stelle auch sehr deutlich: Wir sagen "es fällt mir ein".

An dieser Stelle haben wir genau den Punkt, weshalb es mit der einfachen Redewendung: "Kopf hoch, es wird schon wieder" nicht klappen kann. Ohne einen Zustand der inneren Achtsamkeit, in dem z.B. jemand die Erfahrung machen kann, dass tatsächlich veränderte körperliche Haltungen auch Veränderungen in den psychischen Empfindungen mit sich bringen können, bleibt es ein eher enttäuschender Vorschlag. Voraussetzung für den Zustand der inneren Achtsamkeit ist immer ausreichend Zeit. Es geht zwar manchmal in Sekundenschnelle, aber mit zeitlichen Vorgaben geht es mit Sicherheit nicht. In der allgemeinen praktizierten Form, jemandem den Satz "Kopf hoch, es wird schon wieder" bei der Verabschiedung mal eben mit auf den Weg zu geben, wird lediglich das Schuldkonto der Patienten etwas erhöht, d.h. zusätzlich zu den Strapazen der Erkrankung und der Behandlung haben sie nun auch noch die Gewissheit mit auf den Weg bekommen, an ihrer desolaten psychischen Verfassung selbst schuld zu sein. Bereits Charlie Brown wusste vor mehr als 35 Jahren, wie wichtig die körperliche Selbsterfahrung für das Einüben bestimmter Stimmungen ist. ("Wenn Du deprimiert ist, ist es ungeheuer wichtig, eine ganz bestimmte Haltung einzunehmen, erklärt er, "das Verkehrteste, was Du tun kannst, ist aufrecht und mit erhobenem Kopf dazustehen, weil Du Dich dann sofort besser fühlst".

Ein anderer Bewusstseinszustand, der im Rahmen körpertherapeutischer Methoden induziert werden kann, ist der des Sich-Überlassens. Solche Verfahren erfordern klare Vereinbarungen, ein hohes Mass an Vertrauen zum Therapeuten und bereits ein bestimmtes Mass an Vertrauen zu sich selbst, so dass sich solche Verfahren weniger für den Anfang einer Therapie eignen.

Oft scheitern Verständigungsmöglichkeiten zwischen Arzt und Patient an der Nichtwahrnehmung der Unterschiedlichkeit verschiedener Bewusstseinszustände. Wenn jemand kurze Zeit nach einem ersten Aufklärungsgespräch über eine Krebserkrankung berichtet: "Ich weiss gar nicht mehr, was der Arzt gesagt hat und wie ich wieder aus der Praxis herausgekommen bin", so ist möglicherweise nach der Erwähnung des Wortes Krebs ein anderer Bewusstseinszustand eingetreten. Es muss nicht einmal unmittelbar eine Überschwemmung durch Angstgefühle erfolgt sein, sondern es ist durchaus möglich, dass die Patientin z.B. mehr in die innere Wahrnehmung gegangen ist, sozusagen um das, was da gerade gesagt wurde, auch körperlich zu fühlen, möglicherweise begleitet durch die Feststellung: "Aber ich habe doch gar nichts von einer Krankheit gemerkt". Das, was der Arzt dann noch an Ratschlägen und Informationen, an Behandlungsalternativen mitgegeben hat, hat sie wohl akustisch wahrgenommen, war aber nicht in der Lage, das aufzunehmen. Die in späteren Konflikten auftretenden Äusserungen wie "Ich habe es Ihnen doch gesagt" sind dann genauso richtig wie die Antworten "Ich habe es nie gehört". Unsere akustische Wahrnehmung ist nämlich ebenso wie die gesamte sensorische Wahrnehmung eine gerichtete Wahrnehmung. Unsere Fähigkeit zur gerichteten Wahrnehmung macht es überhaupt erst möglich, dass wir mit unserer Aufmerksamkeit und einer Haltung der inneren Achtsamkeit zu bestimmten Stellen im Körper gehen und diese fokussieren können.

#### **Punkt d: Bindungsarten**

Noch verwirrender werden die Verständigungsschwierigkeiten, wenn nicht berücksichtigt wird, in welcher sogenannten Bindungsart mir ein Klient begegnet. Es gibt verschiedene theoretische Modelle für Stufeneinteilungen, gemeint ist damit, dass Menschen in ihrer Lebensgeschichte unterschiedlich gut verschiedene Arten von Bindungen erlernen. So hat das dreijährige Kind, das mit seiner Mutter auf dem Spielplatz ist, eine andere Art von Bindung an die Mutter als der 14jährige Schüler an seine Lehrerin. Das kleine Kind braucht die körperliche Anwesenheit der Mutter nicht mehr so wie der Säugling, aber sie muss noch im Gesichtsfeld sein, das Kind auf dem Spielplatz muss sich in kurzen Abständen vergewissern, dass sie noch da ist. Bei einem computerbegeisterten 14jährigen Schüler, der sich von seiner Lehrerin Informatik erläutern lässt, ist es eine andere Art von Bindung. Sie fusst auf dem Lernen. Die körperliche Nähe ist in diesem Moment nicht von besonderer Bedeutung. In der Zeit zwischen dem Säuglingsalter und dem Erwachsenenalter lernen wir in der Regel in bestimmter Reihenfolge verschiedene Bindungsarten, bleiben aber nie in einer Bindungsart stehen, können oft sehr schnell in andere früher erlernte Bindungsarten wieder hineingehen. Viele Kontakte scheitern, wenn wir nicht erkennen, in welcher Bindungsart sich jemand befindet. Auch als Erwachsene sind wir mal in der Position von jemandem, der lernen will, mal auch in der Position des Kindes, das die körperliche Nähe eines Erwachsenen braucht, um leben zu können. Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit in einer Krebserkrankung ist gleichzeitig oft ein Sturz durch verschiedene

Bindungsarten. So finden viele Gespräche zwischen Arzt und Patient nicht auf der Stufe des Lernens und der Informationsaufnahme statt, sondern eher auf der Stufe, die dem Kind entspricht, das körperliche Nähe und Halt braucht. Viele Warum-Fragen von Patienten signalisieren meiner Meinung nach daher nicht Wissenswünsche, sondern Geborgenheitswünsche. Bekannt ist Ihnen sicher die Frage: "Warum habe ich eigentlich Krebs bekommen, Herr Doktor?" Ich will auf das Konzept der Bindungsarten hier nicht weiter eingehen, es ist nicht unser Hauptthema.

Für jede Art von körpertherapeutischer Arbeit ist es allerdings hilfreich zu wissen, in welcher Bindungsstufe sich ein Klient gerade befindet. Für einen Klienten oder eine Klientin auf der Bindungsstufe des Säuglings ist das Angebot von körperlichem Halt und auch Berührung angemessen<sup>5</sup>, für die Bindungsstufe des Spielplatzkindes wohl körperliche Nähe, weniger aber Berührung, für die Lernstufe z.B. mehr körperliche Distanz, dafür viel Informationen.

### **Schluss: Körperliche Zyklen entkoppeln, um neue Verbindungen zu schaffen**

Zum Schluss einige Gedanken zu der Frage, wie denn körperliche Erfahrungen aus der Therapiestunde in den Alltag übertragen werden können, d.h., wie es denn im einzelnen mit dem Mobile funktionieren kann. Ich glaube, dass wir es hier mit einer Art umgekehrtem Halo-Effekt zu tun haben. Der Begriff Halo-Effekt stammt aus der Sozialpsychologie (Halo [engl.] = Hof um eine Lichtquelle, z.B. Mond, im übertragenen Sinn: Heiligenschein). Dieser Effekt besagt, dass wir von jemandem, den wir für gut halten, meinen, er sei durchweg gut und ihm sämtliche positiven Eigenschaften zuschreiben. Auch der negative Halo-Effekt kommt vor, bei dem wir jemandem, den wir in die Schublade "schlecht" gesteckt haben, sämtliche negativen Attribute anhängen<sup>6</sup>. Alle Therapieformen arbeiten auf ihre Weise daran, alte Zusammenhänge zu entkoppeln, neue Lernerfahrungen zu ermöglichen. In der Verhaltenstherapie werden alte Generalisierungen gelöscht, damit neue entstehen können. Auch wenn in den tiefenpsychologisch orientierten Verfahren die Begrifflichkeit völlig anders ist, werden in den (schlagwortartig ausgedrückt) drei Schritten von

Wiederholen  
Erkennen  
Durcharbeiten

die Wirkungen alter emotionaler Verknüpfungen wenigstens zum Teil gelöst, damit vor allem im letzten Schritt neue Verbindungen Platz erhalten. Im Rahmen der Körpertherapie sind es körperliche Prozesse, mit Hilfe derer neue Erfahrungen gemacht werden, die sich ihrerseits auch wieder körperlich niederschlagen. Auch im Kortex werden neue synaptische Verbindungen hergestellt. Wenn wir jemandem Möglichkeiten und Hilfen anbieten, die neuen Erfahrungen auch in verändertem Kortex zu erleben, dann wird dadurch eine neue Koppelung ermöglicht und auch auf körperlicher Ebene realisiert. Für solche Generalisierungen arbeite ich gerne mit Symbolen. So lade ich z.B. jemanden, der eine wichtige neue Erfahrung für sich gemacht hat und noch nicht weiss, wie es ihm gelingen könnte, diese im Alltag wieder aufzugreifen, dazu ein, sich von den vielen Steinen, die bei mir im Raum liegen, einen auszusuchen, der am ehesten zu diesem Gefühl bzw. zu diesem Erlebnis passen würde. Ich lasse den Stein in die Hand nehmen und versuche mehrere Male die taktile Empfindung mit dem gerade Erlebten zu verbinden. Wenn die Klientin oder der Klient dann den Stein für ein paar Wochen ausleiht und ihn in Hosen- bzw. Handtasche mit sich herumträgt, so ist es relativ einfach möglich, durch in die Hand nehmen dieses Steines auch die körperliche Resonanz und damit das Gefühl wieder hervorzurufen.

Durch derartige Schritte ermöglichen wir einem Klienten, sozusagen einen Hof um seine Erfahrungen zu bilden. Es muss nicht unbedingt ein Heiligenschein sein. Damit meine ich: Derselbe Halo-Effekt, der in der Beurteilung von Menschen bei der Attribuierung von Eigenschaften zu "ungerechten" Einschätzungen führt, kann uns dabei helfen, die Hand im Rücken auch noch in anderen Situationen unseres Lebens wahrzunehmen, aus einem halbleeren Glas nicht immer, aber immer öfter ein halbvolles Glas zu machen.

### **Anmerkungen:**

1 Mein Ausbildungshintergrund für diese Verfahren sind neben Ausbildungen in Verhaltenstherapie und klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie eine Zusatzausbildung in klientenzentrierter Körperpsychotherapie am GFK-Institut Zürich. Die drei Buchstaben GFK deuten dabei die theoretische und historische Einordnung an: Gesprächspsychotherapie, Focusing, Körperpsychotherapie.

2 Harlow & Harlow (1966).

3 Die hier aufgeführten charakterspezifischen Selbstthemen sind lediglich drei Beispiele. Es gibt eine Reihe weiterer Möglichkeiten, die jeweils in ihren Extremformen pathologischen Charakter haben, als personenspezifische Themen aber auch beim Gesunden auftauchen. Die Entwicklung solcher Selbstthemen setzt entwicklungspsychologisch beim Kind eine Vorstellung vom Selbst voraus. Diese entsteht ungefähr mit 2 Jahren.

4 zur Einführung vgl. Köhne & Wiltschko (1983).

5 Die Bindungsstufe des Säuglings ist eine vorsprachliche Stufe. Von der Sprache wird in diesem Alter wohl der Klang und die Stimmung verstanden, nicht aber der Inhalt. Unangebracht sind in einer solchen Situation vor allem Fragen an den Patienten, ebenso Aufforderungen wie z.B. "Beschreiben Sie doch einmal etwas genauer, wie es Ihnen geht." Auch einem Erwachsenen, der sich in dieser Stufe gerade befindet, ist die Sprache in diesem Moment meist nicht zugänglich.

6 Dion, Berscheid u. Walster (1972).

#### **Literatur:**

(A = Allgemeine Literatur zum Thema Körperpsychotherapie).

Boadella, D., Befreite Lebensenergie, München 1991 (A).

Boyesen, G., Über den Körper die Seele heilen, Biodynamische Psychologie und Psychotherapie, München 1987 (A).

Dion K. L., Berscheid, E. u. Walster, E., What is beautiful is good, Journal of Personality and Social Psychology, 1972, 24, S. 285-290.

Gendlin, E.T., Focusing, New York 1982.

Harlow, H. Frau. & Harlow, M. K., Learning to love, American Scientist 54, S. 244-272.

Juhan, D., Körperarbeit, Die Soma-Psyche-Verbindung, Ein Lehrbuch, München 1992 (A).

Keleman, Verkörperte Gefühle, München 1992 (A).

Köhne, F. u. Wiltschko, J., Vom dumpfen Gefühl zur klaren Empfindung, Psychologie Heute. Beltz, Weinheim 1983.

Middendorf, 1., Der erfahrbare Atem, Paderborn 1985 (A).

Petzold, H., Die neuen Körpertherapien, Paderborn 1985 (A).