

Bernhard Kleining (1997/2024)

„Halt mich fest“ – „Fass mich nicht an“

Körpertherapeutische Interventionsmöglichkeiten in der Psychoonkologie

Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (DAPO) vom 5. - 8. Juni 1996, veröffentlicht in: Schneider & Keller (1997), mit Anmerkungen versehen 2024

Vorbemerkung

*Der Vortrag wurde in einer Zeit gehalten, in der die Psychoonkologie sich noch in ihrer Aufbauphase befand. Nach öffentlichkeitswirksamen Aktionen wie z.B. der Gründung der Deutschen Krebshilfe, der Aktion des STERN zugunsten krebskranker Kinder, der Gründung der Jose Carreras Stiftung für Leukämiekranke wurden in Deutschland von Wohlfahrtsverbänden wie der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) erste Krebsberatungsstellen gegründet – aus Spenden und Eigenmitteln finanziert. Von der medizinischen Seite gab es in den ersten Jahren eher Gegenwind. Auf fachlicher Ebene erfolgte 1983 die Gründung der DAPO (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie) und 1988 der Arbeitsgemeinschaft PSO unter dem Dach der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Notwendigkeit psychoonkologischer Unterstützung von Krebspatient*innen und Angehörigen wurde erst in den 90er Jahren zunehmend anerkannt. Für die Zertifizierung von Organzentren (Brustzentren, Darmzentren usw.) ist seit einigen Jahren ein Nachweis der Tätigkeit psychoonkologischer Fachkräfte erforderlich. Seit 2021 werden in Deutschland die ambulanten Krebsberatungsstellen öffentlich finanziert – durch die gesetzlichen Krankenkassen und die Rentenversicherung.*

Was die Einbeziehung des Körpers in die psychotherapeutische Arbeit angeht, so hat sich mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 die Dominanz der Verhaltenstherapie weiterentwickelt. In diesem Prozess sind an den deutschen Universitäten sämtliche Lehrstühle für die humanistischen Verfahren verschwunden. Es gibt zwar viele Veröffentlichungen zur Körperpsychotherapie, nach meinen Informationen aber keine nennenswerte Lobby, die sich um die wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung der Körperpsychotherapie kümmert. Die hohen Anmeldezahlen zu den Vertiefungsseminaren der WPO (Weiterbildung Psychosoziale Onkologie) in den letzten 10 Jahren zur körpertherapeutischen Arbeit in der Onkologie zeigen einen Bedarf an, stehen im Widerspruch zu den wenigen Weiterbildungsmöglichkeiten auf diesem Gebiet.

Als ich 1996 diesen Vortrag hielt, war das Gendern noch unüblich. Ich habe deshalb die damals übliche Schreibweise beibehalten.

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 Psychotherapie 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 Tumorpatienten 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 verstehe¹, anschließend versuche ich den Punkt wieder etwas zu differenzieren, damit Handlungsalternativen sichtbar werden. Dabei werde ich vier Themen unterscheiden:

- Körperliche Bereiche, bei denen Interventionen möglich sind
- Verschiedene Arten, den Körper in die Psychotherapie einzubeziehen.
- Unterschiedliche Bewusstseinszustände
- Die Bindungsarten² 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 oder Meditation, keinen Ausgleichssport, auch nicht die körperorientierten Elemente des Bochumer Gesundheitstrainings³. 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

¹ Mein Ausbildungshintergrund für diese Verfahren ist neben Ausbildungen in Verhaltenstherapie und Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie eine weitere Ausbildung in Klientenzentrierter Körperpsychotherapie am GFK-Institut Zürich. Die drei Buchstaben GFK deuten dabei die theoretische und praktische Einordnung an: **G** > Gesprächspsychotherapie (klientenzentrierte/personenzentrierte) Psychotherapie und Beratung nach Carl R. Rogers, **F** > Focusing nach Eugene T. Gendlin und **K** > klientenzentrierte Körperpsychotherapie

² In den ersten Jahren des GFK gab es eher die vertikale/hierarchische Vorstellung von Stufen, später wurde der horizontal orientierte Begriff der „Bindungsarten“ gewählt, um deutlich zu machen, dass es nicht um eine zeitliche und bedeutungsmäßige Rangfolge geht.

³ BEITEL, E. (1999) Das „Bochumer Gesundheitstraining“ wurde in erster Linie für Krebspatienten entwickelt. Es arbeitet mit meditativen Elementen, auch mit Visualisierungen zum Umgang des eigenen Körpers mit den Krebszellen.

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 fühlt⁴, 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 sich eigentlich anfühlt, wenn man sich dagegen lehnt, etwas von dem Halt-Wahrnehmen ermöglichen. Solche Erfahrungen sind einerseits banal⁵, 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 wäre 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

⁴ Der häufig zitierte Vortrag des Kollegen Nikolaus GERDES: „Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn“ aus der Anfangszeit der Psychoonkologie (1983) beschreibt diesen Zustand sehr anschaulich (s. a. Literaturverzeichnis).

⁵ Auch Patient*innen benutzen häufig bei der Beschreibung von Evidenzerlebnissen in Verbindung mit einer körperlichen Erfahrung das Wort „banal“, das häufig mit einer negativen Bewertung verknüpft ist. Ich schlage in solchen Situationen inzwischen vor, probeweise einen Buchstaben des Wortes zu verändern: statt „banal“ einmal das Wort „basal“ zu wählen. Die meisten konnten es bisher annehmen.

kennen muss. Ich meine den Versuch von Harlow⁶, in dem Affen in angstausslösende Situationen gebracht werden, bei denen ihnen zwei verschiedene Mutterersatzpuppen zur Verfügung gestellt werden. Ein Drahtgestell mit Nuckelflasche und ein gleiches Gestell mit weichem Stoff umhüllt. In angstausslösenden und anderen Stresssituationen wählen die Tiere eindeutig die Stoffpuppe. Körperlicher Kontakt scheint in derartigen 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 guttut. 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 in der systemischen Arbeit mit Familien die einzelnen Familienmitglieder im Raum aufgestellt werden, dann 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 selbst. 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 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.

Ich werde ihnen einige Beispiele körperlicher Interventionen erläutern:

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

⁶ HARLOW (1978)

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 Unbewussten. Anders als z. B. beim Blutdruck haben wir bei der Atmung, wenn wir uns auf 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 anschauen werden).⁷

Die Atmung eignet sich deswegen so gut zur Arbeit an diesen Themen, weil hier die Möglichkeit besteht, Veränderungen in der Atmung einerseits als unmittelbares zeitnahes 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
- Rückzug
- zu Hause bleiben und Nachdenken
- Verstärkung der Depression
- noch mehr Rückzug
- usw.

zunächst einmal unterbrochen war.

Focusing

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. GENDLIN⁸ zurück, einen langjährigen Mitarbeiter von Carl Rogers, der die Prinzipien der Gesprächspsychotherapie um die körperliche Wahrnehmung in einer bestimmten Situation erweitert hat. Dabei wird einem Thema nicht in erster Linie nicht mit Hilfe der Sprache und

⁷ Gemeint sind wertsensible Schlaufen in der Terminologie des GFK, die nicht nur den krankhaften, sondern auch den Normalbereich beschreibt. Die hier aufgeführten characterspezifischen Selbstthemen sind lediglich drei Beispiele. Es gibt eine Reihe weiterer Möglichkeiten, die jeweils in ihren Extremformen pathologischen Charakter haben, als person-spezifische Themen aber auch beim Gesunden auftauchen.

⁸ Zur Einführung in das Verfahren s. GENDLIN (1998)

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 Entkoppelung.

Mit Hilfe der absichtslosen Wahrnehmung eines körperlichen Vorganges gewann die Klientin eine Verbindung zu einem Gefühl sowie zu 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 Modell von unterschiedlichen Bewusstseinszuständen und die Theorie der Bindungsarten.⁹

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 zugunsten 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

⁹ s. Fußnote ²

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 allgemein 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.



Er zeigt es ihr eben auch körperlich.

Ein anderer Bewusstseinszustand, der im Rahmen körpertherapeutischer Methoden induziert werden kann, ist der des Sich-Überlassens¹⁰. 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.

Bindungsarten

Noch verwirrender werden die Verständigungsschwierigkeiten, wenn nicht berücksichtigt wird, in welcher sogenannten Bindungsart mir ein Klient begegnet. Es gibt verschiedene theoretische Modelle für Einteilungen, 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 Computer-begeisterten 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

¹⁰ Ein Beispiel: eine Patientin, deren Ehemann an Krebs verstorben ist, stürzt im Jahr darauf immer wieder psychisch ab, verliert auf eine Art den Boden unter den Füßen, die sie sonst in ihrem Leben nicht kennt. Es entsteht ein Bedürfnis nach einem ganzkörperlichen Halt, den die Patientin erst nach längerem Zögern äußern kann. Sie nimmt in sehr kleinen Schritten den von mir angebotenen Halt an: zunächst lehnt sie sich – nach ihrer eigenen Einschätzung mit 10 % ihres Körpergewichtes – an meine Hände hinter ihrem Rücken an. Sie erhöht schrittweise auf 30 %, kann sich schließlich ganz anlehnen und halten lassen. Sie spürt, dass sie sich bei der Umsetzung dieses Wunsches sich mir überlassen muss – eine Erfahrung, die sie auch in frühester Kindheit in ihrem Elternhaus nicht machen konnte. Dort hatte sie früh gelernt, „auf der Hut zu sein“. In der psychoonkologischen Begleitung tritt das Thema des „Sich-Überlassen“ häufig im Zusammenhang mit einer bevorstehenden Krebsoperation auf. Nach meinen Erfahrungen haben gerade diejenigen, die das Machen gewohnt sind und die darin eine lange Übung haben, besondere Schwierigkeiten damit, sich einer anderen Person zu *überlassen*. Für Menschen, die das Machen in ihrem Leben gewohnt sind, ist Ohnmacht oft das schlimmste Gefühl. Gerade bei Ärzten und Ärztinnen, die an Krebs erkrankt sind, habe ich das häufig erlebt.

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 in der Bindungsart des Lernens und der Informationsaufnahme statt, sondern eher der Art, 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 Bindungsart sich ein Klient gerade befindet. Für einen Klient oder eine Klientin in der Bindungsart des Säuglings ist das Angebot von körperlichem Halt und auch Berührung angemessen¹¹, für die Bindungsart des Spielplatzkindes wohl körperliche Nähe, weniger aber Berührung, für die Lernstufe z. B. mehr körperliche Distanz, dafür viel Informationen.

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.¹² 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 Cortex werden neue synaptische

¹¹ Die Bindungsart des Säuglings ist vorsprachlich. Von der Sprache wird in diesem Alter wohl der Klang und die Stimmung verstanden, nicht aber der Inhalt. Wenn Patienten in eine solche Bindungsart „rutschen“, sind Fragen an den Patienten völlig unangebracht, ebenso Aufforderungen wie z.B. „Beschreiben Sie doch einmal etwas genauer, wie es Ihnen geht.“ Auch einem Erwachsenen, der sich in dieser Bindungsart gerade befindet, ist die Sprache in diesem Moment meist nicht zugänglich.

¹² Dion, Berscheid u. Walster (1972)

Verbindungen hergestellt. Wenn wir jemandem Möglichkeiten und Hilfen anbieten, die neuen Erfahrungen auch in verändertem Cortex 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.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur¹³

- BERUFSVERBAND SGfK/AUSBILDUNGSINSTITUT GfK, Gesprächspsychotherapie, Focusing, Körperpsychotherapie, Prozesse verstehen, Prozesse begleiten, BoD Norderstedt 2017
- BOADELLA, D., Befreite Lebensenergie, München 1991
- BOYESEN, G., Über den Körper die Seele heilen, Biodynamische Psychologie und Psychotherapie, München 1987
- DION, K. L., BERSCHIED, E. u. WALSTER, E., What is beautiful is good, Journal of Personality and Social Psychology, 1972, 24, S. 285 - 290
- GENDLIN, E.T., Focusing, Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme, Reinbek 1998
- GEISER, C., Die Bindungsarten, eine klientenzentrierte Übertragungstheorie, GfK-Texte 2/95, 39 - 45, GfK-Ausbildungsinstitut, Marktgasse 37, CH-8400 Winterthur
- GERDES, N., Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn, Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebspatienten, Ergebnisbericht der 2. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. in Bad Herrenalb, Münster 1985, verfügbar unter www.dapo-ev.de
- GEUTER, U., Körperpsychotherapie, Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis, Berlin, Heidelberg 2015
- GEUTER, U., Praxis Körperpsychotherapie, 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess, Berlin 2019
- GIGERENZER, G., Bauchentscheidungen, Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition, München 2007
- GRUNWALD, M., Homo Hapticus, Warum wir ohne Tastsinn nicht leben können, München 2017
- HARLOW, H. F., Learning to love, 1978
- HÜTHER, G., Wie aus Stress Gefühle werden, Vandenhoeck & Ruprecht 1998
- JUHAN, D., Körperarbeit, Die Soma-Psyche-Verbindung, Ein Lehrbuch, München 1992
- KELEMAN, Verkörperte Gefühle, München 1992
- KERN, E., Personenzentrierte Körperpsychotherapie, München 2014
- LEVINE, P.A., Sprache ohne Worte, Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt, Kösel München 2011
- LOSER-KALBERMATTEN, O., Kommunikationskompetenz, Mitarbeiter erkennen und wirksam führen, Münster 2010
- MIDDENDORF, I., Der erfahrbare Atem, Paderborn 1985
- PETZOLD, H., Die neuen Körpertherapien, Paderborn 1985
- SCHNEIDER, E., KELLER, M., Der Körper in der Psychoonkologie, Ergebnisbericht der 14. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie, Münster 1997
- THIELEN, M., Körper – Gruppe – Gesellschaft, Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie, Gießen 2013
- WISER CORNELL, A., Focusing – Der Stimme des Körpers folgen, Reinbek 1997

Dipl.-Psych. Bernhard Kleining
 Schemmannstr. 20
 D-49078 Osnabrück
 Mail: kleining@osnanet.de

¹³ Die frühere Literaturliste wurde aktualisiert