

ZU DIESEM BUCH

Achtsam zu sein ist eine natürliche menschliche Funktionsmöglichkeit. Therapeutische Achtsamkeitsarbeit will Verhaltensmöglichkeiten entfalten, die sich aufgrund der sensomotorischen, lernbegierigen und lustbetonten Struktur menschlicher Erlebensweisen entwickeln können. Achtsamkeit wirkt sich in der therapeutischen Arbeit auf diese ebenso aus wie auf das persönliche Verhalten von Therapeuten und Patienten.

Patienten und alle, die bewusst an sich arbeiten wollen, werden aus diesem Buch konkrete Anregungen für ein leichteres, angenehmeres und lebendigeres Verhalten ziehen können. Psychotherapeuten werden ermutigt, durch die bewusste Entdeckung ihres Körpers ein tieferes Verständnis für ihre Aufgaben zu entwickeln. Sie werden nach den ersten Verhaltensversuchen und der Lektüre dieses Buches anders behandeln als vorher.

Dr. Dr. med. Norbert Klinkenberg, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Arzt für Innere Medizin/Rehabilitationswesen, Leiter der Psychosomatischen Klinik (ParkKlinik) in Bad Bergzabern, Feldenkrais-Practitioner, beschäftigt sich praktisch und theoretisch mit Fragen der Arbeit von Heinrich Jacoby und Elsa Gindler sowie mit den Grundlagen und Möglichkeiten der Körperverhaltenstherapie.

Alle Bücher aus der Reihe ›Leben Lernen‹ finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Norbert Klinkenberg

Achtsamkeit in der Körperverhaltenstherapie

Ein Arbeitsbuch mit 20 Probiersituationen
aus der Jacoby/Gindler-Arbeit

Klett-Cotta

Klett-Cotta
www.klett-cotta.de
© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659,
Stuttgart 2007
Alle Rechte vorbehalten
Fotomechanische Wiedergabe
nur mit Genehmigung des Verlages
Printed in Germany
Umschlag: Hemm & Mader, Stuttgart
Titelbild: © Thomas Rederer, 2006
Satz: Kösel, Krugzell
Auf holz- und säurefreiem Werkdruckpapier gedruckt
und gebunden von Gutman + Co., Talheim
ISBN 978-3-608-89040-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	11
A Neurobiologie und Funktionsweisen achtsamen Verhaltens	17
1. Achtsamkeit als Verhaltenszustand	17
2. Achtsamkeit als Brücke zwischen Empfindung und Wahrnehmung	21
3. Achtsamkeit als Zugang zum Ganzen, zum Einzelnen und zum Angenehmen	23
4. Achtsamkeit als Basis des Lernens	28
5. Die Biologische Psychologie von Achtsamkeit	33
5.1 Beziehung zur Schwerkraft	33
5.2 Tragfähigkeit des Bodens	34
5.3 Boden als Widerstand	37
6. Achtsamkeit als Schlüssel zur »Erfahrleitung«	40
7. Störungen von Achtsamkeit	46
7.1 Fehler als Notwendigkeit	46
7.2 Angst, Aktivismus und Aggression	49
B Probiersituationen und Spiegelsätze, um achtsamer zu werden	53
Praktische Hinweise	54
I Liegen auf dem Boden, Qualität des Liegens wahrnehmen, Verbesserungsmöglichkeiten empfinden, darauf reagieren, Boden als tragend empfinden und sich tragen lassen.	57

2	Liegend auf dem Boden ein Bein anziehen und den Widerstand des Bodens nutzen	59
3	Eine Beckenhälfte ablüften und der Schwerkraft folgend zum Liegen kommen, Auswirkungen studieren	61
4	Das im Liegen aufgestellte Bein vom Boden stützen lassen	63
5	Ein Bein mit der Schwerkraft zum Liegen kommen lassen	64
6	Im Liegen einen Unterarm gegen die Schwerkraft ziehen und den Boden nutzen	65
7	Arm in Rückenlage gegen die Schwerkraft ziehen, aufrichten, den Boden nutzen und balancieren	67
8	Stehen und vom Boden gestützt werden	70
9	Den Körper als Masse erfahren, sich tragen lassen: Kopf, Schultern, Kopf und Rumpf über den Füßen	71
10	Die eigene Masse im Stehen von beiden Beinen auf ein Bein verlagern	73
11	Den Beginn erforschen, vom Stehen in die Hocke zu gehen, und bei der Aufrichtung den Widerstand des Bodens nutzen. Beim Ansatz, in die Hocke zu gehen, den Widerstand des Bodens nicht aufgeben	74
12	Im Stehen Kopf und Rumpf vornüber umlagern und vom Boden gestützt bleiben	76
13	Im Stehen oder Sitzen den ganzen Arm auf eine schulterhohe Fläche legen und ihn wieder seitlich hängend auf sich wirken lassen	78
14	Im Stehen einen Stab (Besenstiel) zum Stehen kommen lassen	79
15	Dem Stab, den die Schwerkraft zieht, zum Boden folgen	80

16	Gestützte Arme und Beine in Rückenlage mit den Hohlhänden über den Augen	81
17	Eine Treppe hinuntergehen und dabei der Schwerkraft folgen	83
18	Auf einem Hocker sitzen und sich vom Boden tragen lassen	85
19	Eine Treppe auf allen vieren hinaufgehen und dabei die eigene Masse sich verlagern lassen	86
20	Vom Liegen auf dem Rücken langsam die eigene Masse umlagern und rückwärts rollen	87

C	Hintergründe und therapeutische Praxis	89
1.	Die Arbeit von Elsa Gindler und Heinrich Jacoby	89
2.	Körperverhaltenstherapie	96
2.1	Körperverfahren in der Verhaltensmedizin	96
2.2	Leitlinien der Körperverhaltenstherapie	99
2.3	Therapeutische Wirkprinzipien der Körperverhaltenstherapie	103
2.4	Ressourcen des Körperverhaltens	105
2.5	Körperwahrnehmung und Körperverhalten bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen	109
2.6	Bewegungslernen als Ressource	110
2.7	Spannungsregulationsfähigkeit als Ressource	114
3.	Achtsamkeit in der psychotherapeutischen Praxis	116
3.1	Indikationen und Kontraindikationen	116
3.2	Achtsamkeit als Ressource und Katalysator von Anfang an	118
3.3	Funktionsstörungen des muskuloskelettalen Systems	124
3.4	Tinnitus als funktionelle Störung der Wahrnehmung	126
3.5	Fallberichte	129
4.	Achtsamkeitsgruppe	143
4.1	Zielsetzung und Setting	143

4.2	Erforschungen des eigenen Verhaltens	145
4.3	Strategische Möglichkeiten und didaktische Überlegungen	148
4.4	Arbeitsgemeinschaft	157
5.	Achtsamkeit im multimodalen Therapiesetting	163
6.	Körperverhaltenstherapeutische Kompetenz und Fortbildung	166
7.	Berichte und Resümees von Patienten	172
7.1	»Es interessiert!« – »Es funktioniert!« – »Einfach geschehen lassen, toll!«	172
7.2	Die Sprache des Körpers entdecken	174
7.3	Ziel des Spieles	174
7.4	Vertrauen	176
7.5	Störungen gelassen zur Kenntnis nehmen	178
7.6	Neue Fragen – neue »Stoffe«	180
7.7	Achtsamkeit im Alltag	181
	Zuletzt	186
	Literatur	189
	Bildnachweis	194
	Dank	195
	Anhang: CD mit einer Anleitung zum Probieren	

»Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht nicht der menschliche Körper, sondern der Mensch. Der Mensch als Ganzes in all seinen Beziehungsmöglichkeiten zu sich, zu seinem Körper, zu seinem Leben und zu seiner Umwelt.«

»Eine reizvolle Aufgabe wäre es, dem Psychotherapeuten aufgrund unserer praktischen Erfahrungen zu zeigen, was er durch die bewusste Entdeckung seines Körpers für das Verständnis seiner eigentlichen Aufgaben zu gewinnen vermöchte!«

Elsa Gindler (1931)

»Auch die tiefste oder *nur* die tiefste Konzentration ist nichts an sich Geübtes, – nicht etwas, das erst gelernt werden muss, und keineswegs ein *besonderes* Ziel. Sie ist immer nur selbstverständliches *Resultat* einer gelassenen vollen Hingabe an Funktionen in uns.«

Heinrich Jacoby (1925)

»Mit diesem neuen Bewusstsein zu leben, wird sich meine Lebenswelt verändern.«

Patientin A. N. (2004)

chologischen Umstellung, die eine Abkehr vom Stoff, Abkehr vom ›Aufnehmen‹, Ausschaltung des vorzeitigen Verstehen- und Begreifenwollens bedeutet, bis zu der sich daraus von selbst ergebenden praktischen Beweisführung, dass es tatsächlich für alle Gebiete eine allgemeine Ausdrucks- und ›Aufnahme‹-Fähigkeit gibt.« (Jacoby 1984, 72 f.)

2. Körperverhaltenstherapie

Der Körper und sein Verhalten sind ständige Realitäten unseres menschlichen Seins. Wir können uns nur in unseren Körpern verhalten. Wir haben nicht nur einen Körper, wir sind Körper! Von seiner Entwicklungsgeschichte, von seiner Konstruktion und den meisten körperlichen Funktionsweisen her ist der menschliche Körper ein »tierischer Körper«. Menschen haben zu diesem Körper jedoch eine besondere Beziehung: Wir können ihn bewusst beeinflussen und in gewisser Weise steuern. Aber er steuert auch uns; denn seine Art, Wirklichkeit zu erleben, ist die einzige Möglichkeit von Erfahrung und bewusstem Erleben. Aufgrund der psychosomatischen Einheit des Menschen stellt sein Körper das einzige ihm verfügbare Instrument für Erfahrung und Äußerung dar. Verhalten begrenzt sich nicht auf kognitive und emotionale Erlebensaspekte, sondern ist immer auch körperlich. Eine solche Sichtweise entspricht sowohl psychophysiologischen und neurobiologischen Erkenntnissen als auch unserer Alltagserfahrung.

2.1 Körperverfahren in der Verhaltensmedizin

Das Spektrum von Indikationen und Möglichkeiten, den Körper im Rahmen von Verhaltensmedizin einzubeziehen, ist breit: So kann die Kombination von Methoden der physikalischen und rehabilitativen Medizin (Krankengymnastik etc.) mit Verhaltenstherapie bei Psychotherapiepatienten mit ihren häufigen zusätzlichen Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sinnvoll sein. Wissenschaftlich gut belegt ist der Nutzen regelmäßiger aerober sportlicher Betäti-

gung für die somatische, aber auch für die psychische Gesundheit. Entspannungsverfahren haben sich früh in der Verhaltenstherapie etabliert und stellen einen festen Bestandteil verhaltenstherapeutischer Behandlung dar.

Auch erfreuen sich im Rahmen von kognitiver Verhaltenstherapie »Körper-, Gefühls- oder erlebnisorientierte Übungen« zunehmender Beliebtheit (Görlitz 1998, Potreck-Rose & Jacob 2004). Sie dienen entweder der experimentellen Erforschung physiologischer Reaktionen (z.B. Hyperventilationsübungen im Rahmen der Angstbehandlung), der Exposition und Verhaltensbeobachtung (z.B. Übung »Drängeln« bei soziophobischen Patienten) oder der spielerischen Konkretisierung und Erprobung neuer Verhaltensweisen. Diese Übungen tragen häufig Züge »haptischen Lernens« über »Anfassen« und das Erleben körperlicher Bewegung im Raum. Sie sind wie das klassische Rollenspiel sinnvolle Ergänzungen und Bestandteil kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren.

Verhaltensanalytisch betrachtet stellt Körperlichkeit eine konstituierende Variable jeder Wahrnehmung und jeder Verhaltensweise dar. Verhaltenstherapeuten nehmen deshalb konkretes Körperverhalten diagnostisch in den Blick und beziehen Körperverhalten im konkreten (nicht im übertragenen!) Sinn in ihre Behandlung ein. Sie schulen die Selbstwahrnehmung ihrer Patienten, regen Berichte und Protokolle über das Körperverhalten und -reaktionen in kritischen Situationen an, unterrichten Entspannungsverfahren und fördern die autonome Selbstregulationsfähigkeit ihrer Klienten.

Der »body-work«-Markt westlicher Gesellschaften bietet eine bunte Vielzahl von Methoden und Übungen zur Verbesserung der Befindlichkeit. Von Alexander-Technik und Atemtherapie bis zu zentrierendem Frühsport und ZEN-Meditation, versuchen körperorientierte Schulen in Methoden und Verfahren, unterschiedliche Aspekte des Körperverhaltens therapeutisch einzubeziehen. Einige körperorientierte Verfahren tragen positiv zu interessanten pädagogischen, psychologischen und methodologischen Problemen der Verhaltensmedizin bei. Vielfach haben einzelne Körperverfahren jedoch eine starke Spezialisierung ihrer Fragestellungen und Arbeitsweise bis hin zur Diktion durch unterschiedliche psychotherapeutische Schulen erfahren, oder sie sind derart auf Einzelaspekte oder Zielgruppen ausgerichtet, dass eine Übernahme in die

Verhaltensmedizin nicht ohne weiteres möglich und schwierig erscheint. So haben durchaus interessante Methoden, wie z.B. die Funktionelle Entspannung (von Uexküll et al. 1994) oder die sich auf die verhaltenensorientierte Arbeit von Elsa Gindler berufende Konzentrierte Bewegungstherapie (Stolze 2006, Schreiber-Willnow 2000) eine starke tiefenpsychologische Prägung erhalten und können nicht einfach in verhaltenstherapeutische Behandlungssettings integriert werden.

In einer Bibliografie der deutschsprachigen Literatur zur Körperpsychotherapie wurden 2002 lediglich 13 von über 2000 Titeln in der Rubrik »Verhaltenstherapie und Körperpsychotherapie« ausgewiesen (Geuter 2002). Diese Situation beginnt sich aber zu ändern. Tagungen, Workshops und Publikationen fragen nach dem Stellenwert von Körperarbeit in der Psychotherapie (Guimón 1997, Röhrich 2000, Sulz et al. 2005, Streeck & Von Schlippe 2006, Marlock & Weiss 2006). Neurobiologische Untersuchungen und Erkenntnisse unterstützen in jüngerer Zeit nicht nur den psychosomatischen Paradigmenwechsel der somatischen Medizin, sondern innerhalb der Psychotherapeutischen und Psychosomatischen Medizin auch eine neue Sichtweise und Einbeziehung von Körperlichkeit: für das Fachgebiet der kognitiv-behavioralen Therapie die Chance einer »Körperwende«. Insbesondere folgende Aspekte legen diesen Perspektivwechsel nahe:

- die psychobiologische Einheit des Menschen, die Untrennbarkeit von Bewegung, Emotionen und Kognitionen;
- die Abhängigkeit neuronaler Strukturen von der konkreten Funktionsweise der Menschen als Folge der neuronalen Plastizität;
- die sensomotorische Veranlagung des Menschen, seine Möglichkeiten und Veranlagung zu leichtem Lernen;
- Einblicke in die hoch komplexe Arbeitsweise des menschlichen Gehirns durch bildgebende Verfahren;
- wachsende Erkenntnisse in Bedingungen und therapeutische Ansätze zur Entwicklung von Introspektionsfähigkeit, Wahrnehmung und einem bewussten Verhalten.

2.2 Leitlinien der Körperverhaltenstherapie

Waches Interesse, Reaktions-, Wahrnehmungs- und Erfahrungsbereitschaft kennzeichnen gesunde, lebendige Menschen. Verhaltenstherapeutisch ist es sinnvoll und nützlich, mit Patienten die konkreten Bedingungen geglückten Verhaltens zu klären und diese therapeutisch zu nutzen. Körperverhaltenstherapie (KVT) versucht dazu Fragestellungen und methodische Ansätze zu bündeln, die eine verhaltensbezogene Körperarbeit ermöglichen (Klinkenberg 2002 a). Wesentliche Impulse resultieren aus der Arbeit von Heinrich Jacoby und Elsa Gindler. Auch kommen Aspekte der Feldenkrais-Methode oder der Progressiven Muskelrelaxation (in der Originalversion) als Modelle einer KVT in Betracht (Klinkenberg 2000, 2005).

Körperverhaltenstherapie *fördert zweckmäßiges Körperverhalten*. Sie zielt auf ein leichteres, angenehmeres, hedonistisch gefärbtes, der menschlichen Physiologie angemessenes und befriedigendes Körperverhalten. Der Ansatz ist *ressourcenorientiert*, indem er die jedem Menschen verfügbare und wieder erweckbare körperliche Kompetenz, seine sensomotorischen Fähigkeiten sowie die enorme Lernfähigkeit im Zusammenhang mit Bewegung (sog. »Bewegungslernen«) nutzt. Die Fähigkeit zu neugierig probierendem Verhalten ist ein Wesenszug der menschlichen Spezies. KVT weckt die grundlegende, in jedem Menschen angelegte Fähigkeit, probierend in Kontakt mit sich und der Umwelt zu sein und eigenes Verhalten befriedigender und friedlicher zu gestalten. KVT ist *lernorientiert*, reflektiert die Gesetze eines organischen und körperlichen Lernens und sucht danach, die Bedingungen für solche Lernprozesse zu optimieren.

Körperverhaltenstherapie zielt dabei immer auf *Verhalten insgesamt* einschließlich seiner emotionalen und kognitiven Aspekte, nicht nur auf einen Teilaspekt, etwa die Verbesserung einer bestimmten Bewegung. So häufig Einzelprobleme, wie Unwohlsein, Schmerzen, eine Bewegungseinschränkung, zwangsläufig am Beginn des Arbeitens stehen müssen: Die therapeutische Ausrichtung auf das Gesamtverhalten des Patienten unterscheidet Körperverhaltenstherapie von allen kürzer greifenden körperorientierten Methoden und Techniken.

Auf dem Hintergrund der Dissoziation des Körperlichen bei psy-

chosomatischen Patienten (siehe unten S. 109 f.) sucht KVT nach Wegen einer schrittweisen *Reintegration körperlicher Wahrnehmung und des Körperverhaltens*: Wie kann sich Bewegung und Handlung im Einklang mit dem ganzen Selbst vollziehen und befriedigend wie belebend wirken? In dieser Fragestellung trifft sich KVT mit anderen verhaltenstherapeutischen und verhaltensmedizinischen Ansätzen, die körperliche Spannungsregulation, euthymes Verhalten oder Achtsamkeit («mindfulness») als Therapieprinzipien in ihre Arbeit integrieren (Übersicht: Heidenreich & Michalak 2003, 2004). Dabei geht es darum, ein unreflektiertes Verfangensein in automatisierten Verhaltens- und Erlebensmustern zugunsten einer bewussten Verhaltenssteuerung (Selbstmanagement) zu verändern (Deautomatisierung). Um unerwünschtes Verhalten zu verändern, besteht in praktisch allen verhaltenstherapeutischen Indikationen inhärent die Notwendigkeit, Gegenwart umfassend wahrzunehmen und sich von aufdrängenden Gedanken und Gefühlen zu distanzieren («metacognitive awareness»). »Achtsamkeit und Akzeptanz« spielen insbesondere in der Stressreduktion nach Kabat-Zinn (1990), in der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie (MBCT) von Segal et al. (2002) sowie in der Acceptance and Commitment Therapy (ACT) von Hayes et al. (1999) sowie in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DBT) nach Linehan (1996) eine zentrale Rolle. Die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Therapieansätze darf mit Effektstärken im mittleren Bereich als nachgewiesen gelten (Baer 2003, Bishop 2002, Grossman 2004).

Die Bedeutung von KVT für verhaltenstherapeutisches Arbeiten liegt in der Erweiterung des Blickfeldes und der Nutzung einer körperlichen, haptischen, mit allen Sinnen empfundenen Wahrnehmung des eigenen Verhaltens. Sie erweist sich darin als nützlich, dass kognitive Umstrukturierung oder emotionale Neuorientierung im Instrument Körper eine greifbare, mit allen Sinnen erfahrbare und besonders leicht lernfähige Erfahrungs- und Empfindungswelt finden kann. Es ist leichter, konkreter erfahrbare und überprüfbar, bei sich selbst körperliche Lernprozesse wahrzunehmen und zu fördern, als selektiv emotionale Empfindungen zu ändern oder bewusst neue kognitive Möglichkeiten zu »programmieren«.

»Beziehung« bedeutet in der Perspektive einer Körperverhaltenstherapie mehr als den Aspekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Bezie-

hung ist eine Grundoption menschlichen Verhaltens und sie ist immer auch körperlich. Beziehung entsteht durch Kontakt, auf den man reagieren kann, ohne dass störende innere Zustände die Lebendigkeit der Beziehung behindern. Entsprechende körperverhaltenstherapeutische Interventionen sind konkret, bieten Orientierung für das Verhalten insgesamt an und fördern eine überprüfbare Basis für die Verständigung zwischen Therapeut und Patient. Der Schlüssel zur Erarbeitung dieser Beziehungs- und Funktionsfähigkeit liegt in Achtsamkeit.

Zusammenfassend kann sich Körperverhaltenstherapie (KVT) so definieren:

1. Körperverhaltenstherapie ist ein verhaltenstherapeutischer Ansatz. Er impliziert den Blick auf das Verhalten und berücksichtigt Gesetzmäßigkeiten menschlicher Wahrnehmung, des Lernens und Verhaltens (Ressourcenorientierung). Das Menschenbild ist humanistisch geprägt und geht von einem Recht aller Menschen auf positive innere und sozialkommunikative Selbstbestimmung und Selbstrealisierung aus.
2. Der Ansatz nutzt wesentliche menschliche Ressourcen: insbesondere die sensomotorischen Fähigkeiten sowie die enorme Lernfähigkeit des Menschen im Zusammenhang mit Bewegung.
3. KVT zielt immer auf Verhalten insgesamt, nicht nur auf einen Teilaspekt, etwa die Verbesserung einer bestimmten Bewegung allein. Dabei geht es zumeist um eine schrittweise Reintegration von dissoziierter Wahrnehmung und Körperverhalten. Sie ist zugleich daran interessiert, die Behinderung einer körperlichen Funktion, soweit es die Funktionsmöglichkeiten zulassen, zu beseitigen.
4. KVT nutzt Anregungen aus Körper- und Selbsterziehungskonzepten mit teilweise weitaus grundsätzlicherer Zielsetzung als Modelle (z. B. Jacoby/Gindler-Arbeit, Feldenkrais-Methode), insofern sie Grundsätzen des Menschenbildes und wissenschaftlicher Überprüfbarkeit genügen.
5. Achtsam zu werden ist in körperverhaltenstherapeutischer Sicht nicht eine Übung, die zu einem bestimmten Zweck (z. B. Entspannung) eingesetzt wird, sondern eine grundlegende, essenzielle Funktionsmöglichkeit jedes Menschen. Neben Achtsamkeit zählen auch beispielsweise die Fähigkeiten des Menschen zu Kontakt und



Sitzen

Beziehung, zu unterscheiden und zu vergleichen zu grundlegenden Verhaltensmöglichkeiten, die jedem gesunden Menschen lebenslang zur Verfügung stehen. Achtsamkeit hilft zur Integration menschlicher Empfindungen, Äußerungen und Verhaltensmöglichkeiten. Kognitive Umstrukturierung oder die Verarbeitung emotionaler Empfindungen können vom Einbezug achtsamen Verhaltens in die Therapie profitieren.

6. Insofern KVT allgemeine Gesetze körperlichen Lernens und menschlicher Ressourcen berücksichtigt, kann es sich keineswegs um einen auf Verhaltenstherapie beschränkten Ansatz handeln.

2.3 Therapeutische Wirkprinzipien der Körperverhaltenstherapie

Der Psychotherapieforscher Klaus Grawe hat, gestützt auf zwei umfangreiche Metaanalysen der Therapieforschung, Fakten über die Wirkung und Wirkungsweise von Psychotherapie herauskristallisiert. Erfolgreiche Psychotherapie lässt sich danach auf den Einfluss von vier Wirkprinzipien zurückführen, die auch in einer Körperverhaltenstherapie realisiert werden: Ressourcenaktivierung, prozessuale Aktivierung, Problembewältigung und motivationale Klärung (Grawe 2000).

Die Erlebens- und Gestaltungssphäre des Körperlichen und Achtsamkeit als menschliche Verhaltensmöglichkeit stellen bei jedem Patienten vorhandene *Ressourcen* dar, die nur wieder ins Spiel gebracht werden müssen, um sich weiter zu entwickeln und zu entfalten. Eine Fülle von Forschungsergebnissen weist darauf hin, dass Psychotherapie besonders gut helfen kann, wenn sie solche vorhandenen Ressourcen aufgreift. Als eine der wichtigsten Ressourcen wertete Grawe die zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit, die vorhanden ist oder in der therapeutischen Beziehung neu entstehen kann. In Beziehung zu sein ist ebenso wie Achtsamkeit oder (körperliche) Lernfähigkeit eine Grundoption menschlichen Verhaltens und gehört gleichermaßen zur biologischen Ausstattung des Menschen. Beziehung entsteht durch Kontakt, auf den man reagieren kann, ohne dass störende innere Zustände die Lebendigkeit der Beziehung behindern. Lebendig heißt eine Beziehung, durch die konkrete und nicht zuletzt auch körperliche Veränderung,

letztlich Verwandlung geschieht. Körperverhaltenstherapeuten verstehen unter »Beziehung in der Therapie« mehr als den Aspekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Behandler, nämlich die Förderung der Beziehungsfähigkeit überhaupt, die neben der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Beziehung zu sich und zu den sich stellenden Aufgaben aktualisiert wird, und zwar von Anfang der Therapie an (Klinkenberg 2004; siehe auch weiter unten S. 118 ff.).

Problemaktualisierung oder prozessuale Aktivierung ist ein zweites empirisch breit abgestütztes Wirkprinzip. Damit ist gemeint, »dass Probleme am besten in einem Setting behandelt werden können, in dem eben diese Probleme real erfahren werden«. Körperverhaltenstherapie greift dies systematisch auf, indem Körperlichkeit und Achtsamkeit in jeder Therapieform eine Rolle spielen, d.h. nicht *über* den Körper verhandelt, sondern *mit* dem Körper erfahren wird, sei es im psychotherapeutischen Einzel- oder Gruppensetting. Dies schließt auch und gerade ein, dass Störungen deutlicher erfahrbar und identifizierbar werden.

Die Identifikation von Störungen, das Wahrnehmen von Fehlern sind unverzichtbare Voraussetzungen einer Verbesserung und *Problembewältigung* (drittes Wirkprinzip). Dabei ist es nach Grawe »für die therapeutische Wirkung entscheidend, dass der Patient die reale Erfahrung macht, besser im Sinne seiner Ziele mit der betreffenden Situation zurechtzukommen«, während das *wie* von der spezifischen Problematik und situativen Umständen abhängt.

Ebenso wird das Wirkprinzip der *motivationalen Klärung* in geradezu idealer Weise körperverhaltenstherapeutisch realisiert. Grawe unterschied klärungsorientierte Therapien von den eher bewältigungsorientierten kognitiv-behavioralen Therapien. Beide Aspekte werden in einer Körperverhaltenstherapie aufgegriffen. So stößt zielgerichtete Bewältigung beim Umgang mit Körper oder Achtsamkeit auf Grenzen, die sich vor jedem Utilitaristischen, Zielgerichteten mit regelmäßiger Zwangsläufigkeit aufbauen. In einem notwendigen Klärungsprozess erschließen sich motivationale Aspekte: Warum empfindet, verhält sich der Patient so und nicht anders? Was wird deutlicher? Dürfen solche Fragen *zur Frage werden* und sich als solche auswirken?

2.4 Ressourcen des Körperverhaltens

Körpererfahrung, die Funktionsmöglichkeiten, achtsam zu sein, und die Fähigkeiten des Bewegungslernens und einer Spannungsregulationsfähigkeit stellen als biologisch vorhandene Möglichkeiten lebenslange Ressourcen dar, auf die therapeutisch zurückgegriffen werden kann. So geht es in den Probersituationen nicht um das Erlernen von etwas, das noch nie vorher realisiert wurde. Vielmehr geht es um das Wiederentdecken und Wiederaufleben von Funktionsmöglichkeiten, die in der Regel in Kindheit und frühester Jugend selbstverständlich funktioniert haben. Das durch Körpererfahrung mögliche Lernen setzt schon im Mutterleib ein, sobald die ersten neurologischen Voraussetzungen vorliegen. Schon der Foetus empfindet, bewegt sich, hört. Bezeichnenderweise räumt das Nervensystem den ersten embryonalen und frühkindlichen Erfahrungen des Fühlens mit den Händen, des Lutschens, des Spiels mit den Fingern und der Erforschung des nahen Gesichtsbereichs auf der »noch wenig beschriebenen Tafel« neuronaler Strukturen relativ viel Platz ein: Auf der neuronalen Landkarte der Großhirnrinde sind die motorischen und sensorischen Repräsentationen des Gesichts, des Mundes, der Lippen, der Hände und Finger überdimensional groß (so genannter Homunculus) im Verhältnis zur Zahl der Neurone, die für den restlichen Körper verantwortlich sind. Wie bereits besprochen, ist die frühkindliche Entwicklung von den sensomotorischen Erfahrungen auf dem Weg zur Aufrichtung hin geprägt. Das sensomotorisch achtsame Kind spielt und konstruiert dabei die neuronalen Strukturen seines Nervensystems. Gleichzeitig prägen sich die wesentlichen Gesetzmäßigkeiten der Sinnes- und Wahrnehmungsphysiologie, des menschlichen Lernens überhaupt aus: die Möglichkeit achtsamer Kontaktnahme mit Schwerkraft und den daraus folgenden Qualitätsempfindungen oder die Potenz absichtsloser Kreativität. Im Bereich der Bewegungsentwicklung fällt die optimale Nutzung der Möglichkeiten auf: das Ausschöpfen der vollen Beweglichkeit der Gelenke, der sich nicht überanstrengende Einsatz muskulärer Kraft, die Beachtung notwendiger Pausen und Erholung oder der Umstand, dass ungestörte Kinder nicht fallen (Piaget & Inhelder 1980, Liedloff 1980, Hengstenberg 1993, Pikler 1997).

Irgendwann scheint sich dieser Prozess jedoch zu verändern. Die

Bewegungskompetenz von Kindern in zivilisierten Gesellschaften ist bereits im Grundschulalter vielfachen Untersuchungen zufolge erschreckend gering, die Unfallhäufigkeit von Schulkindern alarmierend. Gleichzeitig sinken Offenheit, Neugier und Interesse. Das lernbegierige Wesen scheint sich zu verändern, der »Lernstaubsauger« (siehe oben S. 30) scheint zu verstopfen. Wir nutzen ganz offensichtlich nur einen Bruchteil unserer Leistungsmöglichkeiten, hören auf zu lernen, sobald wir mit Gelerntem unmittelbare Zwecke erreichen. Was ist geschehen? Die Gründe, warum Lernen plötzlich zur Mühsal, oft zur Qual wird, sind vielfältig (dazu Feldenkrais 1978, vor allem 37–42). Erziehung, Schule und gesellschaftliche Einstellungen tragen wohl ihr gerüttelt Maß Schuld daran, dass Erfahrlernen und Kontakt in der weiteren Entwicklung systematisch vernachlässigt werden zugunsten von Machen und Wissen. Es ist auch die menschliche Struktur selbst, die den Umschlag in eine Welt von »Gewusstem« begünstigt. »Offenbar ist es in der Möglichkeit zu erkennen, zu vergleichen, zu beurteilen, nach Gründen zu fragen, die der Mensch als wesentliche Eigentümlichkeit seiner Organisation mitbekommen hat, gegründet, dass er dazu verurteilt ist, früher oder später seine selbstverständliche Unbefangenheit, sein Paradies zu verlieren.« (Jacoby 1994, 445) Zwangsläufig wird jeder heranwachsende Mensch »die nicht bewusste Beziehung an das Bewusstsein verlieren. Es fragt sich nur, auf welche Weise und mit welchen Vorzeichen sich diese Ablösung des unbefangenen Daseins durch bewusstes Erkennen einleitet und vollzieht.« (Jacoby ebd., 447) Wie Jacoby bemerkt, setzt die Störung und Verstörung des Kindes, das noch nach innen wie nach außen reagiert, »mit dem Beginn systematischer Unterweisung ein; das heißt, mit der systematischen Lenkung der Aufmerksamkeit auf den Stoff, mit dem Beibringenwollen von Stoff, mit der Gewöhnung an Stoffbetrachtung als Orientierungs- und Auskunftsmittel – mit dem Ablenken von den Orientierungsmöglichkeiten in uns selbst, von denen das Kind noch nichts weiß, der Erwachsene nichts mehr weiß.« (Jacoby 1984, 71) Dem entspricht die neurobiologische Erkenntnis, dass der Mensch im Wesentlichen »kann«, während im Vergleich zu unserem Können unser Wissen »unglaublich bescheiden« ist (Spitzer 2002, 60). Solange Schul- und Ausbildungsinstitutionen in unserer Gesellschaft weiter permanent ignorieren, was Grundlagenfächer über die Bedingungen menschlichen Lernens ans Licht bringen, solange sie beibringen

und belehren, statt Entfaltung zu fördern, wird es Psychotherapeuten nicht an einem Klientel in der Schulzeit geschädigter Patienten und frustrierter Lehrer mangeln.

So verformt der unachtsam gewordene junge Mensch plötzlich zu sein scheint, so wenig kann er sich jedoch prinzipiell aus den biologischen Bedingungen seiner bis dahin entwickelten Funktionsweisen lösen. Gesetzmäßigkeiten des Körperverhaltens drücken sich selbst in einem nicht als ideal zu bezeichnenden, qualitativ mangelhaften, dysfunktionalen Körperverhalten noch aus. Auch der schwer beeinträchtigt erscheinende Schmerzpatient gehorcht auf seine Weise den prinzipiellen Gesetzen körperlichen Lernens. Folgen wir einmal der nicht seltenen Geschichte eines solchen Patienten, entdecken wir auch in der bizarr anmutenden Geschichte seiner Körpererfahrungen noch Strukturen, die als therapeutische Ressource nicht verloren gehen: Nehmen wir einen Erwachsenen, der einen Unfall erleidet. Ein Bein ist verletzt. Die Reaktion ist selbstverständlich, er versucht die Phase der Belastung auf dem verletzten Bein kurz zu halten, er hinkt. Spricht man ihn wenig später darauf an, ist er vielleicht verwundert, weil ihm das Hinken derart zur Gewohnheit geworden ist, dass es ihm gar nicht mehr auffällt. Er hat – psychologisch ausgedrückt – gelernt, sein Verhalten automatisiert. Dies geschieht immer noch überraschend schnell und oft so überdauernd, dass er noch weiter hinkt, auch wenn die Verletzung lange abgeklungen ist. Lebenslang bleiben wir in dieser Beziehung lernfähig. Automatisierungsprozesse können so schnell sein, dass unsere Wahrnehmung davon langsamer ist als der Lernprozess; z. B. beim Betreten oder Verlassen eines Laufbandes am Flughafen. Jeder kennt diesen halben Schritt voller Unsicherheit. Noch auf Rückenmarksebene wird die neue Situation erfasst, analysiert, verarbeitet, das notwendige neue Verhaltensprogramm entwickelt und realisiert. Bis wir es in der Großhirnrinde (über langsamere Nervenleitungen) wahrnehmen, ist es schon längst gelernt.

Automatisierte Prozesse, Gewohnheiten haben jedoch auch einen möglichen Nachteil. Sie können länger überdauern, als sie wirklich notwendig sind, sie können dazu führen, dass wir andere Bewegungsoptionen nicht nutzen, und sie suggerieren, gegenüber ungewohnten Bewegungen »leichter« zu sein. Falten Sie einmal die Hände mit verschränkten Fingern und empfinden Sie, wie es sich anfühlt: Sie haben die Finger

entweder so ineinander verschränkt, dass der linke oder der rechte Daumen der oberste Finger Ihrer gefalteten Hände ist. Verschränken Sie jetzt die Finger so, dass der andere Daumen der gefalteten Hände oben liegt. Wie fühlt sich dies an? Die meisten Menschen empfinden die andere Möglichkeit als fremd, oft sogar als unangenehm. Es existiert aber keine anatomische Struktur, die diesen gravierenden Unterschied erklärt, keine andere Ursache als die bloße Gewohnheit. Im Bereich unserer Bewegungsmöglichkeiten pflegen wir zahlreiche solcher gewohnheitsmäßigen Muster, wenn wir die Arme verschränken (rechter oder linker Arm obenliegend?), die Beine im Sitzen übereinanderkreuzen oder uns drehen, nach etwas greifen wollen usw. Oft hängen sie mit komplexeren Bewegungsabläufen zusammen. Versuchen Sie beispielsweise einmal aus wie zum Schöpfen verschränkten Händen Wasser zu trinken und empfinden Sie dabei die Qualität Ihres sich dabei beugenden Rückens. Legen Sie jetzt die Hände auf ungewohnte Weise (andere Hand als vorher unten) übereinander und empfinden Sie, wie sich Ihr Rücken jetzt beim Beugen und Trinken organisiert. Zumeist sind diese Muster (die nichts mit dominanten Gehirnhälften oder dem Geschlecht zu tun haben) in unserer Bewegungsentwicklung zufällig entstanden. Gewohnheitsbildung ist ein äußerst praktischer Lernvorgang. Er wirkt sich aber fatal aus, wenn »gewohnt« mit »leicht« verwechselt wird (zur Definition von »leicht« s. oben S. 34) und dazu beiträgt, unsere Einschränkung von Bewegungsmöglichkeiten zu verstärken. Es ist offensichtlich, dass die Armut an unterschiedlichen Bewegungsherausforderungen unter »zivilisierten« Lebensbedingungen das Spektrum von Bewegungsoptionen weiter einschränkt, die dem Nervensystem schließlich auch in Notfällen, z. B. bei einem Sturz, nicht mehr zur Verfügung stehen. Und es wird verständlich, warum heutige Menschen ihre Bewegungskompetenz im Erwachsenenalter als zwangsläufig abnehmend erleben, obwohl die wenigen Menschen, die bis ins hohe Lebensalter über hohe Bewegungskompetenz verfügen, diese Regel eindeutig widerlegen. Menschen, die (z. B. mithilfe der Jacoby/Gindler-Arbeit, der Feldenkrais-Methode oder anderer bewusster Bewegungs- und Erfahrungsmöglichkeiten) begonnen haben, ihre Bewegungskompetenz wieder zu erweitern, berichten übereinstimmend, auf welche verblüffende Weise das Nervensystem lernbereit bleibt. Mit Bewusstheit können dem Nervensystem neue, ungewohnte Bewegungsmöglichkeiten und Muster angeboten werden,

auf die es zurückgreifen kann. Die »Nagelprobe« für solche Lernvorgänge zeigt sich charakteristischerweise in Situationen, in denen eine bewusste kortikale Willkürmotorik entweder gewohnheitsmäßig nicht ausgeübt wird oder nicht ausgeübt werden kann. Das ist z. B. bei einem überraschenden Sturz der Fall. Es zeigt sich dann, ob eine Bewegungsfunktion integriert ist.

Integriert heißt dabei, ob die Bewegung oder Handlung mit ihrem ganzen Selbst, ohne sich zu hemmen, ausgeführt wird. Zumeist behindern nämlich unbewusste parasitäre Bewegungen den eigentlich beabsichtigten Handlungsablauf. Ein vielfach zu beobachtendes Alltagsbeispiel ist die parasitäre Hemmung des Aufstehens aus dem Sitzen durch eine übertriebene Rückbeugung des Rumpfes und insbesondere der Halswirbelsäule, wobei eigentlich eine Vorwärtsbewegung des Rumpfes über die Füße und Beine verlangt ist, die deren Stützfunktion fordert. Identifizierbare Quellen parasitärer Bewegungen und eines dysfunktionalen Körperverhaltens sind Störungen, wie sie bereits im Kapitel über achtsames Verhalten besprochen wurden (s. oben S. 46 ff.).

2.5 Körperwahrnehmung und Körperverhalten bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen

Psychische und psychosomatische Patienten leiden unübersehbar unter zahlreichen Beeinträchtigungen ihres Körperverhaltens (siehe Kasten). Diese betreffen sowohl eine gestörte körperliche Wahrnehmungsfähigkeit als auch Störungen der Funktion und der autonomen Selbstregulationsfähigkeit. Als »gemeinsamer Nenner« aller psychosomatischen Störungen des Körperverhaltens lässt sich die Nicht-Integration, d. h. eine Dissoziation des körperlichen Erlebens sowie der körperlichen Verfügbarkeit und Gestaltungsfähigkeit, feststellen, und zwar quer durch alle psychosomatischen Diagnosen, auch wenn die diagnostischen Kriterien einer »dissoziativen Störung« nach der Nomenklatur der Medizin (ICD oder DSM) nur in den schwierigeren Fällen erfüllt sein mögen. Im Körpererleben des depressiven Patienten, im Angstanfall, bei Somatisierungsstörungen, Schmerzstörungen, funktionellen Sexualstörungen, bei Zwangserkrankten, beim ADHS oder der PTSD – immer gehören

Entfremdung, fehlende Integration des körperlich erlebten Ich sowie mangelhafte Verfügbarkeit und Gestaltungsfreiheit körperlicher Reaktionen mit zum Störungsbild. Die integrierende Kraft achtsamen Verhaltens kann das häufige dissoziative körperliche Erleben psychosomatischer Patienten heilen. Achtsamkeit befähigt sie schrittweise, wieder mit Leib und Seele in ihrem Tun dabei zu sein, wieder mehr auf ihren Körper zu vertrauen und mehr ganz zu werden.

Häufige Störungen von Körperverhalten bei psychischen und psychosomatischen Patienten:

- Gestörte körperliche Wahrnehmungsfähigkeit
- Geringes Vertrauen in Körpersignale
- Furcht vor innerem Chaos und neuartigen Erfahrungen
- Zuviel an Anspannung und Haltearbeit neben
- Nichtintegration von Körperteilen
- »Körperschema«-Störungen
- Fixierung auf Schmerzsymptome und »geschädigte« Körperbereiche
- Ängstliche Einengung von Bewegungsmöglichkeiten
- Fixierung auf gewohnte Bewegungsmuster
- Neigung zu schmerzhafter Körper(grenz)erfahrung
- Mangelnde Genussfähigkeit bei Bewegung
- Selbstbild als nicht mehr verbesserungs- und lernfähig

2.6 Bewegungslernen als Ressource

Strategien

Neben den bereits erwähnten Bedingungen menschlichen Lernens wird der Körperverhaltenstherapeut auch therapeutische Möglichkeiten berücksichtigen, die man in Anlehnung an M. Feldenkrais als »Strategien des Bewegungslernens« auffassen kann (Klinkenberg 2005 a, 102–112). Damit sind Interventionen gemeint, die Verhalten entsprechend physiologischer Gesetzmäßigkeiten zu optimieren versuchen und sich durch konkrete Verbesserung von Bewegung wie körperlich erleb-



Was geschieht mit uns, wenn wir erleben?

bare Lernprozesse auszeichnen. Mit solchen »Strategien« sind keine technischen Tricks gemeint. Therapeutische Anregungen, ob sie nun durch die Sprache oder durch manuelle Berührung gegeben werden, können nur wirken, wenn ihnen das Utilitarische und Manipulative grundsätzlich fremd ist. Menschen lernen nicht leicht unter Diktat. Psychosomatische Patienten erkennen häufig erst im Verlaufe psychotherapeutischer Arbeit, wie sehr sie sich selbst schulmeistern. Lernen geschieht nur unter bestimmten Voraussetzungen. Zu den wichtigsten Bedingungen gehören:

- eine entspannte Umgebung, die in erster Linie der Therapeut verantwortet.
- Unterstützung (Übernahme von Arbeit durch den Behandler als Möglichkeit zu neuen Orientierungen und Reaktionen; z. B. Unterstützung, damit sich ein Körperteil dem Zug der Schwerkraft folgend legen kann).
- Anregen (Berühren ohne manipulative Richtungs- oder Zweckabsicht, ohne Korrekturabsicht, Wecken von Wahrnehmung in einem Körperteil).

- Lernrhythmus mit wiederkehrenden Pausen als Grundlage (Lernpsychologie: Verankerung von Eindrücken aus dem Ultrakurzzeitgedächtnis erst nach erneuter Verknüpfung/Assoziation).
- Bewegung kleiner werden lassen, langsamer ausführen (Steuerung der kinästhetischen Information entsprechend der Sinnesphysiologie).
- Variieren von Bewegungen und Kontextveränderung (Berücksichtigung der Bewegungsphysiologie, z. B. »Üben« als »Wiederholung ohne Wiederholung«).
- Bewegungsumkehr ohne Bewegungsstopp, Vorstellung von Bewegung und Variationsmöglichkeiten (Nutzung von Imaginationsfähigkeit; »mentales Training«).
- Erforschen unbefriedigender Bewegungsmuster auf der kontralateralen Seite (Lernen durch Unterscheiden; Nutzung neurologischer Vernetzung).
- Unterscheidung von Empfindungen in Qualität und Auswirkungen (Wiederbenutzung aller Sinnesqualitäten; Wahrnehmungslenkung).

Organisches Lernen

Wer sich mit Bewegung und der eigenen Körperlichkeit auseinanderzusetzen beginnt, stößt zwangsläufig auf Bedingungen eines dem Menschen natürlichen Lernens. Die ungestörte Entwicklung menschlicher Lernintelligenz kann man »organisches Lernen« nennen: Unter welchen Bedingungen lernt mein Organismus? Wie sollte mein Zustand sein, um leicht und angenehm Aufgaben zu lösen? Da Lernen in unserer Gesellschaft jedoch allgemein so unzweckmäßig veranstaltet, oft schon im Kindesalter gründlich verdorben und zumeist für den Rest des Lebens nachhaltig vergällt wird, benötigen viele Patienten häufig eine schrittweise Einführung in die Kunst dieses organischen Lernens. Dabei muss es vor allem darum gehen, sie für eine Entfaltung ihrer Anlagen zu interessieren statt für die »richtige« Anwendung von Regeln oder das vorschnelle »Erklären« von Empfindungen. Die folgenden »Ratschläge« haben sich bei der Arbeit mit Patienten bewährt und können das Lernen z. B. in einer Gruppenlektion erleichtern. Die »Ratschläge« empfehlen andere Verhaltensmaximen als die gewohnten Ratschläge des weit verbreiteten akademischen Lernens. Sie sind geeignet, zur Auseinandersetzung mit den Gesetzen des Bewegungslernens und zur kritischen

Überprüfung des eigenen Verhaltens anzuregen (Erläuterungen bei Klinkenberg 2005, 84–87):

1. Tue nichts, was dir in irgendeiner Weise zuwiderläuft.
2. Tue weniger, als du kannst.
3. Suche nach immer angenehmeren Varianten.
4. Mache es weder »richtig« noch »schön«.
5. Vermeide Konzentration auf einen Punkt.
6. Interessiere dich nicht für Ziele.
7. Ruhe dich häufig genug aus.
8. Übe gelegentlich nur in der Vorstellung.
9. Lass diese Art zu üben zu deiner Gewohnheit werden, aber brich gelegentlich mit deinen Gewohnheiten.
10. Vertraue dir selbst.

Verhalten »im grünen Bereich«

Eine andere Möglichkeit, um Ressourcen des Bewegungslernens zu wecken, ist die »Kurzformel«: »der grüne Bereich«. Wer die eigene Lern- und Funktionsfähigkeit optimieren will, sollte sich stets »in einem grünen Bereich« organisieren. Damit ist gemeint, dass Organismen aufgrund aversiver Erfahrungen intelligenterweise nicht zu lernen bereit sind außer, solche Erfahrungen nach Kräften zu vermeiden. »Grüner Bereich« heißt, alles zu vermeiden, was Schmerzen oder Unbill jeglicher Art verursacht. Kleine, langsame Bewegungen sind aufgrund der menschlichen Wahrnehmungsphysiologie leichter wahrzunehmen und zu unterscheiden als große und schnelle. Grenzen verändern sich dann und nur dann, wenn der Spielraum innerhalb der Grenzen erfahren, belebt und ausgeschöpft wird.

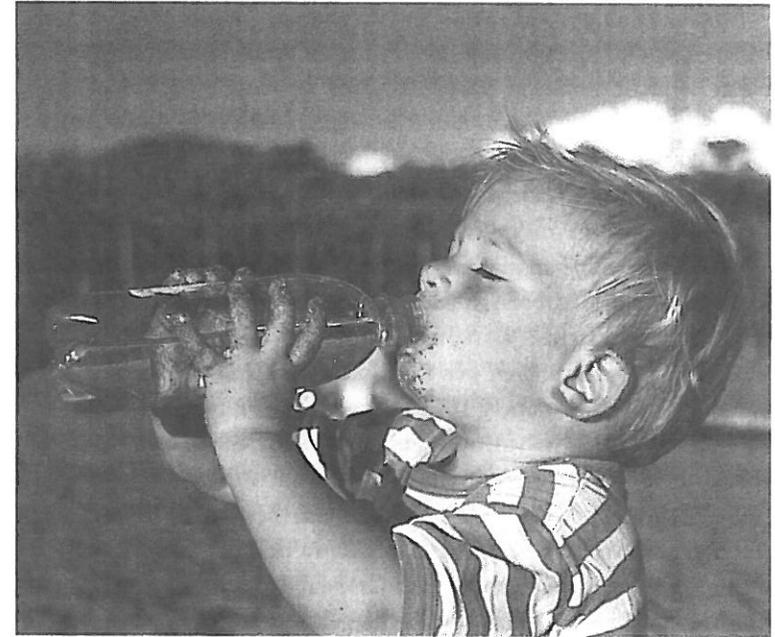
Zum »grünen Bereich« zählt auch, bei jeglicher Arbeit ausreichend Pausen einzulegen. Pausen derart, dass Erlebtes aufgenommen und verarbeitet werden kann und die Funktionsmöglichkeiten wieder reaktionsbereit werden. Pausen sind notwendig zur Speicherung von Lerninhalten und zur Weckung neuer Motivation, von Interessen und Appetenz. Würde man in der Gruppenunterweisung Pausen nicht beachten, wäre das Ergebnis nicht die wohltuende Lernentwicklung, die bei Beachtung von Pausen regelhaft entsteht.

Der ungestörte Mensch lernt von selbst. Die Übernahme an-

genehmer und zweckmäßiger Verhaltensweisen in den Speicher verfügbarer Verhaltensoptionen geschieht automatisch ohne besonderes Zutun. Derart gewonnene Gewohnheiten und Bewegungsmuster können jedoch auf Dauer gegenüber ungewohnter Bewegung Leichtigkeit vortauschen (siehe oben S. 107 ff.). Deshalb ist es wichtig, Muster zu erkennen und durch Suchen nach Varianten aufzulösen und zu verändern. Ob Bewegung durch den Körper durchspielen kann, ohne dass ihr unsinnig Widerstand entgegengesetzt wird, und ob der Widerstand des Bodens als »Kraftquelle« genutzt werden kann, sind wichtige Fragen auf dem Weg zu mehr Harmonie in einem Organismus. Die Integration von Bewegung, ob alle Körperteile in Wahrnehmung und Äußerung einbezogen sind, ist das wesentlichste von außen sichtbare, objektive Kriterium in der körperverhaltenstherapeutischen Arbeit und natürlich auch bei dem hier vorgestellten Einbezug von achtsamem Verhalten in die psychotherapeutische Behandlung.

2.7 Spannungsregulationsfähigkeit als Ressource

Fast alle psychosomatischen Patienten leiden unter einem Ungleichgewicht körperlicher Spannung. Bei genauer Untersuchung findet sich zumeist ein Zuviel an Muskelarbeit in bestimmten Körperbereichen neben einem zu schlaffen Zustand in anderen. Angespannte Muskulatur ist für den Therapeuten leicht sichtbar. Aus körperverhaltenstherapeutischer Sicht sind weder Anspannung noch Entspannung per se ein wünschenswerter Dauerzustand. Die durch Entspannung erzeugte Abnahme des Muskeltonus, Herz-Kreislauf-Veränderungen (z.B. Pulsverlangsamung, Blutdrucksenkung), eine Verlangsamung der Atmung und Veränderungen der subjektiven wie objektivierbaren Gehirnaktivität sind nicht mit den Anforderungen des realen Lebens vereinbar. Entspannung als absolute Sollgröße der Muskulatur ist deshalb physiologisch unsinnig. Vielmehr erfordert gesundes (Körper-)Verhalten die Fähigkeit zu autonomer Spannungsregulation, Entspannung bis auf das von der anstehenden Aufgabe geforderte notwendige Maß, Anspannung so viel, wie es erforderlich und gewollt ist. Der Schlüssel für das erforderliche Maß einer Spannung kann nicht intellektuell, sondern nur in erlebtem Kontakt mit der jeweiligen Aufgabe gefunden werden. Die



Dasein und Erleben bedeuten weder Anstrengung noch Erschlaffung

meisten Menschen verfügen über eine solche ungestörte Kontaktfähigkeit allenfalls nur im Kindesalter und neigen später dazu, im Alltag ständig mehr als notwendig zu tun. Ihr muskuläres und inneres Verhalten besteht dann überwiegend aus einem Wechsel zwischen Phasen hoher Anspannung und einem Zuviel an Arbeit mit Phasen des Nicht-mehr-Könnens, von Erschöpfung und Kollaps. Physiologisch wünschenswert ist jedoch ein »Wechsel der Energien, der auf jeden Reiz reagiert, der zunehmen, abnehmen kann nach der Beanspruchung« (Gindler 1926). Voraussetzung ist dazu aus körperverhaltenstherapeutischer Sicht die Erarbeitung eines unmittelbaren Kontaktenerlebens, eines »in Beziehungkommens« mit den unmittelbaren Erfordernissen, damit körperliche Reaktionsweisen überhaupt wieder ins Spiel kommen können. Entspannung ist dabei vor allem aus zwei Gründen von Wert: Erstens kann im gelasseneren Zustand eher unbewusste Muskelarbeit unterlassen werden, die einer komplexen, teilweise reflektorischen organischen Kör-

perorganisation entgegenwirkt. Zweitens ist die Empfindung des wirklichen Zugs der Schwerkraft an der Masse des Körpers erst möglich, wenn sie nicht durch ein Zuviel an Arbeit verdeckt wird. Entspannung als Lassen unnötiger muskulärer Aktivität ist somit eine Voraussetzung, damit Skelett und Boden physikalisch Last übernehmen können, die sonst häufig ohne Rücksicht auf schmerzhaftige Folgen und Verlust von Lebensqualität von uns mittels Muskelarbeit »getragen« wird.

Klassische Entspannungsverfahren, wie die Progressive Relaxation nach Jacobson (Jacobson 1956, 1996) oder die Progressive Muskelrelaxation (Bernstein & Borkovec 1995), sind durch das Erlernen willkürlicher Entspannung in der Lage, ein optimaleres Körperverhalten vorzubereiten (Klinkenberg 1996, Gierra & Klinkenberg 2005). Körperverhaltenstherapeutische Unterweisungen zielen jedoch im Unterschied zu den beiden genannten Techniken oder auch im Unterschied zum Autogenen Training (Schultz 1976) auf eine bewusste Kontaktnahme mit den unmittelbaren Erfordernissen, etwa den Zug von Schwerkraft, die Einwirkung der eigenen Körpermasse auf den Boden (Schwerpunkt) und die Nutzung des Bodens. Die daraus resultierende Entspannung besteht im Lassen unnötiger Arbeit. Sie resultiert als »physiologische Entspannung« aus der lebendigen Beziehung zur jeweiligen Aufgabe und ist dadurch natürlich für verhaltenstherapeutische Arbeit von höchstem Wert.

3. Achtsamkeit in der psychotherapeutischen Praxis

3.1 Indikationen und Kontraindikationen

Das Diagnosespektrum für den Einbezug von Achtsamkeit ist breit. Patienten mit Ängsten, Depressionen, Zwängen, somatoformen Störungen, chronifizierten Schmerzen, Borderline-Störung – die Liste der Indikationen umfasst das gesamte Patientengut der psychotherapeutischen Praxis und psychosomatischer Kliniken. Achtsamkeitsbasierte Behandlungsansätze haben einen festen Platz in der Behandlung so

unterschiedlicher Störungsbilder gefunden, wie zur Stressreduktion, zur Rückfallprophylaxe affektiver Störungen, im Rahmen der Dialektischen Therapie von Borderline-Störungen und bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Heidenreich & Michalak 2003). Dies legt die Vermutung nahe, dass wir es mit einem grundsätzlichen Therapieprinzip zu tun haben. Sicherlich stehen bei einzelnen Störungen nach heutigem Wissensstand andere Schwerpunkte im Vordergrund der Behandlung, etwa eine psychopharmakologische Unterstützung bei der schweren Depression oder Expositionsverfahren bei der Agoraphobie. Die therapeutische Einbeziehung von Achtsamkeit trägt aber zur qualitativen Verbesserung auch dieser Behandlungen bei. Die Einsatzmöglichkeit scheint im Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen eher ubiquitär zu sein. Achtsamkeit eignet sich als Brücke zwischen Empfindungen und Wahrnehmung zur Integration der Impulse und Bedürfnisse des menschlichen Organismus sowie zur Integration der menschlichen Äußerungs- und Handlungsmöglichkeiten. Kognitive Umstrukturierung oder die Verarbeitung emotionaler Empfindungen können von dieser Integrationskraft achtsamen Erlebens und Verhaltens nur profitieren. Wird der alternative Gedanke im Rahmen einer kognitiven Umstrukturierung störender Gedanken, die beispielsweise eine Schlafstörung aufrechterhalten, nicht von einem haptisch erlebbaren, nur dem, der achtsam wird, sich vermittelnden Empfinden der Echtheit begleitet, so bleibt der Versuch einer kognitiven Umstrukturierung zum Scheitern verurteilt. Zukünftige Evaluation wird sich nach derzeitiger Datenlage nicht mehr so sehr mit der Frage beschäftigen müssen, ob der Einbezug von Achtsamkeit therapeutisch effektiv ist. Interessanter dürfte es sein, ob sich Kriterien finden lassen, welche Patienten unter den derzeitigen Bedingungen des Gesundheitssystems eher von »Achtsamkeit als Funktionsmöglichkeit« oder von »Achtsamkeit als Methode«, eher von einer offenen oder eher von einer strukturierten Anleitung, achtsam zu werden (wie z. B. die weit verbreiteten 5-Sinne-Übungen), profitieren.

Kontraindikationen lassen sich für den Achtsamkeitsansatz nur als relative begründen. Wie für alle eher averbalen Verfahren gilt auch für die eher körperbezogenen, eher erfahrungsorientierten Achtsamkeitsübungen, dass sie für psychotische oder traumatisierte Patienten so lange kontraindiziert sind, wie nicht eine entsprechende Qualität der Arbeits-