

# FUNKTIONELLE ENTSPANNUNG

Beiträge zu  
Theorie und Praxis

Heft 36  
September 2009



ISSN-1617-9374

### **Redaktion:**

Doris Lange, Jürgen Abresch

*Layout:* Wolfgang Otto

*Korrektur:* Doris Lange

*Für den Inhalt der Beiträge tragen die Autoren die Verantwortung.*

***Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe: 1. Januar 2010***

*Einsendungen von Beiträgen an:*

Praxis Doris Lange, Badbornngasse 1A, 35510 Butzbach, Tel. 06033/73232

email: [mail@dorislange.de](mailto:mail@dorislange.de)

Mitglieder der A.F.E. erhalten ein Exemplar des Heftes kostenlos.  
Weitere Exemplare können bei der Geschäftsstelle zum Preis von 5,- €  
plus Portogebühren erworben werden.

Die neueren Theorie-Hefte können auch im Internet unter [www.afe-deutschland.de](http://www.afe-deutschland.de)  
heruntergeladen werden.

Dort sind die Abbildungen überwiegend farbig wiedergegeben.



## **Marianne Fuchs**

die Begründerin der Methode „Funktionelle Entspannung“,  
feierte am 04. November 2008  
ihren 100. Geburtstag

# Inhalt

Vorwort.....	5
<i>Sophie Krietsch</i> Gratulationsrede.....	6
<i>Gertraud Berka-Schmid</i> Der Mensch ist Musik.....	8
<i>Rolf Johnen</i> Wo? Wie? Was? Zur Kunst des Nachfragens in der Funktionellen Entspannung.....	13
<i>Claas Lahmann</i> Wirksamkeit von Körperpsychotherapie am Beispiel der Funktionellen Entspannung.....	25
<i>Frank Röhricht</i> Die Bedeutung des Körpers für Psyche und Therapie - eine Liaison mit Hand und Fuß .....	36

## Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser!

Marianne Fuchs, die Gründerin der Methode der "Funktionellen Entspannung", feierte am 04.11.2008 ihren 100. Geburtstag! Viele GratulantInnen trafen sich auf der Jahrestagung der "Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung" im November letzten Jahres in Rothenburg o.d.T., um die anwesende und quicklebendige Jubilarin zu ehren und zu feiern.

Von den vielen, sehr berührenden und die Beziehung zur Gründerin und ihrer Methode reflektierenden Vorträgen (nachzulesen im Mitteilungsheft "AFE Intern") haben wir die beiden ausgewählt, die ihre "eigene", ganz persönliche Theoriebildung beschreiben. Interessanterweise zeigen sie mit ihren Anwendungsfeldern das breite Spektrum der Verbreitung F.E. auf: "am einen Ende" der Skala von Berufsfeldern mit F.E. liegt der Beitrag von Sophie Krietsch und ihrer Weiterentwicklung der F.E. in der "Heil-Kunst", in der Behandlung schwerst kranker Schizophrenie-Patienten; und "am anderen Ende" der Skala findet sich die Anwendung der F.E. in den "schönen Künsten", in der Musik und der pädagogischen Ausbildung an der Hochschule. Besser ist kaum die Bandbreite der Methode zu verdeutlichen.

Die anderen drei Beiträge dieses Heftes sind als gut sich ergänzende "Grundlagenartikel" zur theoretischen Standortbestimmung der Methode, "nach innen" (Rolf Johnen), "nach innen und nach außen" (Claas Lahmann) und "nach außen" (Frank Röhricht), zu sehen.

Viel Freude und Erkenntnisgewinn beim Lesen!

*Doris Lange*

# Gratulationsrede

während der Jahrestagung der AFE in Rothenburg o.d.T., 31.10.-02.11.08

Liebe Marianne!

Heute wirst Du 100 Jahre alt, ein langes reiches Leben liegt hinter Dir. Auch mich hast Du mitgenommen auf Deinem Weg. Ich war 1962 bei Dir in Heidelberg, um Deine Methode, die „Funktionelle Entspannung“, zu lernen. Ich war Gymnastiklehrerin und hatte damals schon einige Jahre als Bewegungstherapeutin in der Psychiatrie gearbeitet. Durch Beobachtung hatte ich herausgefunden, was mir zunächst als Bewegungsansatz für schizophrene Patienten wesentlich schien.

Die Kranken machten auf mich den Eindruck des Verlorenenseins, sowohl in sich selbst, als auch nach Außen in die Umwelt. Sie waren zwar lebendig, wirkten aber oft leblos, in ihren Bewegungen mechanisch oder viel zu aufgeregt.

Ich arbeitete in kleinen Gruppen und musste immer wieder feststellen, dass sich keine innere Schwingung in der Gruppe ergab. Es fehlte jedes Hin zueinander und wieder zurück, um erneut zueinander hinzuschwingen - hin und zurück - hin und zurück-.

Das Leben ist ja ein Kommen und Gehen wie der Atemrhythmus - Ein und Aus - Bekommen und Hergeben -. Diese Zweierbeziehung im Hin und Her fehlte vollkommen, also die zwischenmenschliche Beziehung, die das Leben ist. Entweder hat sich dieses Lebensprinzip nie richtig entwickelt oder es war irgendwann verloren gegangen, eingefroren. Ich versuchte es aufzutauen im Tun zu zweit. Bälle in den verschiedenen Größen, Materialien und Farben waren mir dabei ein gutes Hilfsmittel. Trotzdem hatte ich selten den Eindruck, dass das Werfen hin zum Anderen mit einem Impuls aus dem Inneren geschah oder die Freude, den Ball bekommen und gefangen zu haben, auftauchte. Es war mir klar, ich musste etwas lernen. So kam ich zu Dir, Marianne. Der Weg ging über eine andere Therapeutin, die sogar einige Wochen in der Psychiatrie in Christophsbad bewegungstherapeutisch mit psychotischen Patienten gearbeitet hatte. Vier Wochen war ich bei Dir in Heidelberg, habe eigene Erfahrungen gemacht und leise begonnen, die „Funktionelle Entspannung“ zu begreifen. Dies braucht Zeit. Jetzt war ich neugierig, wie weit sich die schizophrenen Patienten überhaupt in die FE einlassen konnten. Ich musste sehr schnell erkennen, dass das Spüren des eigenen Körpers nicht möglich ist - kann es überhaupt erarbeitet werden?

Eines der Körpersymptome in der Schizophrenie ist: Die eigenen Körpergrenzen nicht zu finden und zu spüren. Vielmehr haben die Patienten Empfindungen, dass der Körper ausläuft oder dass fremde Mächte in den Körper eindringen. Körpergrenzen können nur gegen ein anderes Objekt, das für die Mutter steht, wahrgenommen und gespürt werden. Die Mutter ist der erste Halt, der erste Boden, trägt sie doch bereits das sich entwickelnde Kind neun Monate in ihrer Gebärmutter, in ihrem Leib, dann auf ihren Armen, berührt es mit ihren Händen. Die Mutter ist der erste Halt, der erste Boden. Und die Qualität, mit der das Kind dieses frühe und früheste Gehaltensein erlebt, überträgt es allmählich auf den

Boden, denn die Schwerkraft stellt uns auf den Boden. Auch der Vater trägt und hält das Kind, ich möchte hier aber nicht auf die Rolle des Vaters eingehen.

Ich möchte hier ein Zitat von Rycraft einfügen, das Winnicott in seinem Buch „Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse“ aufgeschrieben hat: „Wenn der Säugling krabbelt und später gehen lernt, übernimmt der Boden die stützende Funktion der Mutter. Dies mag einer der Hauptgründe sein, warum die Erde unbewusst als die Mutter angesehen wird“.

Die FE lehrte mich nicht nur, die Beziehung nach Außen zur Umwelt aufzubauen, sondern auch nach Innen, zum eigenen Körper, zur eigenen Person. Es geht um das ganze Beziehungsgeflecht - Individuum und Umwelt.

Winnicott sagt in seinem oben genannten Buch: „Zunächst ist nicht das Individuum die Einheit, sondern die Einheit ist eine Kombination aus Umwelt und Individuum“. Ich habe daraus geschlossen, dass nur die Ebene der Beziehung, und zwar der allerfrühesten und frühen Beziehung, eine sinnvolle Therapie ergeben kann. Die Therapeutin ist die Umwelt, der Patient das Individuum. In dieser Kombination versucht die Therapeutin, Halt zu vermitteln, und zwar ganz konkret auf der leiblichen Ebene. Ihre Halt gebenden Hände und Arme, vielleicht auch einmal der ganze Körper, sind das lebendige Objekt, das die gute Umwelt vergegenwärtigt. Halten - sich halten lassen - ergibt eine Passung, die den Atemrhythmus ins Fließen bringt. In meinen therapeutischen Anfängen in einer psychiatrischen Praxis saß mir eine Patientin gegenüber, und ich mühte mich ab, sie dahin zu bringen, den Boden zu spüren. Sie stöhnte, sie hätte doch gar keinen Halt, sie könne nichts spüren. Auf meinem Sofa lag zufällig ein schönes, dickes Schaffell, das ich ihr spontan unter die Füße schob.

Nach einer Weile des Spürens mit den Füßen sagte sie: „Das ist ja etwas völlig anderes, das Fell nimmt mich ja auf“. Also: sie erlebte konkret, dass sie vom Fellboden gehalten wurde. Objekte, die die Mutter symbolisieren, sind ein weiterer Schritt im Behandlungsaufbau von Halt. Es kann das bereits genannte weiche Fell sein, ein Kissen, eine Decke, eine Wärmflasche, warme Säckchen. Jede Therapeutin spürt, was gerade passen könnte. Diese Dinge sehe ich als Zwischenboden, der aber vom realen Boden wieder abgelöst werden muss. Die Patientin, von der ich gelernt habe, wie symbolträchtig ein Fell ist, war eine früh gestörte junge Frau, aber keine schizophrene Kranke. Die schizophrenen Kranken sind noch einmal einen Schritt zurückgefallen, wie ich sie zu Anfang beschrieben habe. Jedoch durch sie habe ich den Weg gefunden und angefangen zu verstehen, was Halt-Haben bedeutet. Wir leben in einer Zeit, in der immer mehr frühgestörte Menschen in die psychiatrische Praxis kommen. Das Konzept „Halt zu entwickeln“ kommt gut an.

Liebe Marianne, zum Abschluss möchte ich Dir sagen, dass die Funktionelle Entspannung meine Arbeit in der psychiatrischen Bewegungstherapie wesentlich beeinflusst hat.

Ich danke Dir!

Deine Schülerin

Sophie

# Der Mensch ist Musik

Liebe Marianne! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Nach mehr als 30 Jahren Beschäftigung mit FE, Musik, Psychosomatik und Psychotherapie hat sich die Betrachtungsweise, dass der Mensch durch und durch ein musikalisches Wesen, der Körper sein Instrument und seine Stimme das hörbare Ergebnis ist, immer mehr in den Mittelpunkt meiner Arbeitsansätze gedrängt. Dies geschah sozusagen ganz von selbst. Um in der FE zu bleiben, müsste ich sagen: „Es kam aus dem innerlichen Autonomen (was kommt, ist gut!!) und hat sich vehement ins Dasein gedrängt.“

Wenn ich mich an eine von mehreren Schlüsselszenen erinnere, so steigen vor mir Bilder aus dem Keller des Nichtigallenweges in Erlangen auf, als Du Marianne, die Du mit Abstand die bessere Regisseurin warst als die Regisseure, die das Theater je zu bieten hatte, mit mir, damals im Jahr 1980, eine Szene aus Ariadne auf Naxos (R. Strauss) erarbeitetest.

Das Thema war: Wie erschrickt Ariadne beim Anblick des in ihrem Rücken auftauchenden jugendlichen Gottes Bacchus, den sie in ihrer Trauer und illusionären Verkennung für (ihren ungetreuen) Theseus hält, dessen Verlust sie seit überlanger Zeit, „einsam auf einer wüsten Insel“ (Hugo von Hoffmannsthal) betrauert. Ja, welch ein Kunststück muss sie da vollbringen, damit sie ihn, der hinter ihrem Rücken auftaucht, doch sieht/wahrnimmt, um dann gleich wieder nach vorne gewandt, - die Musik geht weiter, Dirigent mitsamt Auditorium sind vor ihr - weitersingen zu können?

Der in der Musik hörbare Schreck fährt ihr – nach Marianne - so in den Bauch und in die Glieder, dass sie sich gleichsam um die eigene Achse dreht und glaubwürdig, sich rasch von dem strahlenden Anblick abwendend, wieder nach vorne gekommen, unablässig in ihre innere Illusion starrend, weitersingt.

Die Kombination von FE und Stimme, Stimmbildung, Bühne, Konzerte, Psychosomatik und Psychotherapie ging seither ungebrochen weiter.

Die FE benützt (Gott sei Dank!!) die Stimme als Begleitung in die „STIMMIGKEIT“ des Eigenrhythmus' ständig mit.

So gesehen und unter der Betrachtungsweise, dass der Mensch Musik ist, ist die FE eindeutig eine musikalische Entspannungsmethode!

Der Mensch ist Musik, der Körper sein Instrument, die Stimme das hörbare Ergebnis. Wir können uns nicht „NICHTVERHALTEN“. Daher werden wir in unserem Verhalten, in unserer Befindlichkeit auch hörbar.

Man kann sich noch hinter dem kleinsten Instrument, wie z.B. einer Piccoloflöte, zu verstecken versuchen, das mag noch eine kleine Chance haben....., kein Versteckspiel aber ist mehr möglich, wenn es um die eigene Stimme geht.

Sie ist im stimmigen Fall das geglückte Ergebnis von Synchronisation, Korrelation und Ergonomisierung von Haltung, Atmung und Bewegung in deren Gleichzeitigkeit.

Anders beschrieben ist die Stimme auch das Ergebnis einer geistigen Intention, seelischer Befindlichkeit, körperlicher Befindlichkeit, genetischer Dispositionen (wie etwa die Beschaffenheit der Stimmbänder und der Resonanzräume), der Funktionalität, der gerade vorhandenen Umweltbedingungen und deren Wechselwirkungen. Zugegeben, ein sehr komplexes Geschehen.

In jedem Falle aber haben wir oder befinden wir uns damit immer in einer gleichzeitigen Körper – Geist – Seele Repräsentanz. Wir haben nicht nur eine Stimme, wir sind auch unsere Stimme. Und wie sehr verändert sich diese, wenn wir uns nicht wohl fühlen. Wie sehr wird jeder emotionale Ausdruck in ihr hörbar.

Einen einzigen Ton von uns zu geben heißt, die Ausatmung zu gestalten. Sprechen, Singen, Musizieren, ja das Leben an sich ist jedoch immer gestaltetes Atmen.

So wie jede Emotion/ eben jeder Ausdruck, ihr/sein eigenes spezifisches Atemmuster hat, so wird dies auch unmittelbar in der Stimmgebung hörbar.

Um Person zu werden, müssen wir per-sonare üben (dürfen). Nicht hörbar sein zu dürfen, sich nicht mehr adäquat äußern zu können, den Mund verboten bekommen zu haben, bedeutet Entmündigung.

Man kann den Menschen als Musik – auch ohne Stimme – hörbar machen. Im hörbaren Bereich sind das z.B.: der tanzende Herzrhythmus, der natürlich auch Klang- Rhythmus- Dynamik und Melodiequalitäten hat, im Bauch die rauschenden Aortenpulse oder das Geglucker im Darm. Man kann noch in viel feinere Qualitäten hineinhören, wenn wir die Technik für Aufnahme und Wiedergabe mit einbeziehen. Wie viel Musik unseres eigenen Körpers ist für uns unhörbar, weil sie entweder im Infraschall oder im Ultraschall oder unter der Hörschwelle liegt.

Harmonien und Harmoniekaskaden können hörbar gemacht werden, wenn es um die Synchronisation biologischer Rhythmen geht, die wir am besten in Entspannungszuständen, in der Meditation und im Schlaf erreichen, um uns zu regenerieren. Diese Zustände entsprechen den salutogenetischen Ressourcen. So gesehen könnten wir Gesundheit, aber auch den Weg in die Krankheit hörbar machen.

In der Sonifikation, einem neuen Trend in der diagnostischen Darstellung durch bildgebende Verfahren wie PET, MRT, CT oder auch Ultraschall, werden diese Bilder durch Umrechnung hörbar gemacht. Kranke Bilder unterscheiden sich von gesunden Bildern hörbar. Hier trifft sich auch die Kunst mit der Wissenschaft, wenn z.B. eine Geburt von einem Komponisten (Oliver Graber) zu einem Ballett verarbeitet wird. So geschehen in der Staatsoper in Wien.

Dissonanzen, die z.B. mit HRV (Heart Rate Variability) dargestellt werden können, werden von Zuständen wie Burnout, Depression, Panikattacken, chronischen Erkrankungen, Krebserkrankungen erzeugt bzw. repräsentieren diese. Das Feuer des Lebens imponiert als hohe, oktavierende, bunte, harmonische Kaskade.

**DER MENSCH IST MUSIK, wie könnte es anders sein?**

Die Menschheit hat sich in den in Natur und Kosmos vorhandenen musikalischen Strukturen entwickelt, ist gleichsam Abbild davon und steht damit in Wechselwirkungen.

Der Mensch ist in allen Kulturen, zu allen Zeiten bei seinen rituellen Handlungen immer als ein singendes, klingendes, tanzendes, sich rhythmisch bewegendes Wesen in

Erscheinung getreten, um sich mit sich selbst, seiner Sozietät, der ihn umgebenden Natur und dem Numinosen, Unsagbaren zu verbinden, um EINS zu werden mit sich und seiner Mitwelt, um in Harmonie zu kommen, um sich heil und ganz = gesund zu fühlen. Heilrituale waren von religiösen Ritualen in ihren Anfängen nicht getrennt. Der Mensch besteht aus Klängen, Rhythmen, Melodien und Dynamik bis hinein in die kleinsten Zellen.

Der Mensch kann nur Musik machen, weil er Musik ist und diese zu seiner Entwicklung, Menschwerdung, Kommunikation, Kulturation braucht. Der Mensch ist ein Beziehungs-wesen und stellt Beziehung durch musikalische Parameter her. Musik ist der nonver-bale Anteil der Kommunikation, eine Überwindung der Sprachbarrieren; die Weltspra-che. Wirklich verstehen wir einander nur musikalisch, wenn wir miteinander in Reso-nanz kommen, uns aufeinander einschwingen, den Fluss von Geben und Nehmen in Wechselwirkung geschehen lassen.

Wenn wir diese Momente, die es nicht nur in gelungenen Therapien gibt, sondern auch im täglichen Leben, in geglückten Beziehungen, Gesprächen oder anderen berühren-den Augenblicken, in Messungen anhand vegetativer Parameter einfangen und darstel-len, so zeigt sich, was im autonomen Nervensystem geschieht. Es kommt intrapersonell zu einer Vernetzung, Synchronisation, Korrelation biologischer Rhythmen. Wir takteten interpersonell in diesen Momenten gleich.

Vor 1621 Jahren im Jahre 387 n. Chr. schrieb **AURELIUS AUGUSTINUS** „6 Bücher über die Musik“.

Diese 6 Bücher (Kapitel) behandeln ausschließlich das Thema Rhythmus (Versfüße, Metrum, Takt) und deren Wirkungen. Sein Plan war es, ebenso viele Bücher über Melo-die zu schreiben, wozu es aber leider nicht mehr kam.

Zitat:

- „Der Musiksinne beruht auf einer Naturanlage des Menschen.“
- „Musik ist die Kenntnis von der rechten (adäquaten, stimmigen) Gestaltung“
- „Jeder rechten Gestaltung wohnt ein Maß inne“
- „Gestaltung ist das Wissen um den rechten Bewegungsvorgang. Der richtige Bewe-gungsvorgang richtet sich nach dem Maß“

Eine richtige Bewegung hat entschieden etwas Zahlhaftes, indem sie sich der Maße der Zeit und der Zeiträume bedient; denn nur dann ergötzt die Bewegung; und nur auf Grund der Übereinstimmung dieser Maße sprechen wir von Gestaltung.

Es ist aber möglich, dass ihre Zahlhaftigkeit und ihr Zeitmaß ergötzen, auch wenn es nicht so sein soll. Wenn z.B. jemand bei einer ernsten Musik besonders süß spielt und gefällig tanzt und von sich aus übermütig sein will, dann übt er die zahlhafte Gestaltung nicht „recht“ aus, denn er bedient sich einer Bewegung, die zwar, weil sie von sich aus zahlhaft und auch gut ist, dem Vorwurf (Thema) nicht entspricht. Daher ist gestalten und recht gestalten zweierlei.“

Im Jahre 1745 kommt in Halle im Magdeburgischen ein Buch von **Ernst Anton Nicolai** heraus mit dem Titel:

„Die Verbindung der Musik mit der Arzneimittelgelahrtheit“

Zitat:

*„Man weiß ja, dass eine Harmonie eine Harmonie bleibt, wenn sich gleich Dissonantien in derselben befinden. Nur müssen die Consonantien die Oberhand behalten und die Dissonantien wohlangebracht worden sein. Und ebenso ist es mit dem menschlichen*

*Körper beschaffen. Je größer die Harmonie der Fäserchen (Nerven) ist, desto gesünder ist er, und je kleiner dieselbe ist, desto weniger ist er gesund. Man kann also die Größe der Gesundheit aus der Größe der Harmonie der Fäserchen, und die Größe der Krankheit aus der Größe des Mangels derselben beurtheilen.“*

Das Plädoyer für Dissonanzen ist ein sehr wichtiges. Wir lernen an Dissonanzen (Dissonanzen) nicht nur, die Frustrationstoleranz zu erhöhen und damit toleranter zu werden. **Dissonanzen** (Unlust, Unstimmigkeit) sind die Triebkräfte für Entwicklung, Lernprozesse, Konfliktfähigkeit. Ohne störendes Element werden wir nicht gefordert Veränderungen anzustreben.

**Novalis (Friedrich von Hardenberg)** sagt kurz und bündig:

*„Jede Krankheit ein musikalisches Problem, jede Heilung seine Auflösung.“*

*„Methode ist Rhythmus. Hat man den Rhythmus der Welt weg, so hat man auch die Welt weg. Jeder Mensch hat seinen individuellen Rhythmus.....“*

*Reizbarkeit ist echt rhythmischer Natur. Das individuelle Verhältnis der Reizbarkeit und des Reizes ist der Rhythmus der individuellen Gesundheit. Ist dieses Verhältnis fehlerhaft, so wird der fehlerhafte Rhythmus gesundheitswidrige Figurationen, Kationen usw. hervorbringen.“*

## **CHRONOBIOLOGIE**

In diesem Kontext steht auch die Chronobiologie, die Chronomedizin, Chronopharmakologie, die Chronopädagogik und die Musikmedizin.

Die Chronobiologie ist die Lehre von den **zeitlichen** Strukturen lebender Systeme. **Chronobiologie ist Rhythmusforschung.** Biologische Rhythmen stehen miteinander in Wechselwirkungen und vernetzen die Funktionen unseres Körpers. Die zahlreichen biologischen Rhythmen stehen miteinander in Verbindung, in Korrelation, sind aufeinander bezogen. Sind diese Bezogenheiten gestört, so ist der Organismus, das ganze lebendige System in seiner Reagibilität, Flexibilität, die für den ständigen Balanceakt der Gesunderhaltung Basis ist, gestört.

In der Chronomedizin, Musikmedizin geht es darum, die biologischen Rhythmen, die bei Erkrankungen aus den Fugen geraten sind, wieder miteinander in Korrelation zu bringen.

Das tut die FE, das tun auch wir ständig, wenn wir unser „Instrument Körper“ adäquat benützen beim Sprechen und Singen, Gehen und Laufen. So gesehen trägt ein gesunder Umgang mit der Stimme und Bewegung, sowie auch ein gutes Gespräch zum Erhalt unseres psychophysischen Gleichgewichtes - unserer Gesundheit - mindestens ebenso bei, wie z.B. gesunde Ernährung.

*„Die Effektivität von Pädagogik und Therapie liegt in der Synchronisation biologischer Rhythmen.“ (Berka-Schmid, 2003)*

Die Effektivität liegt im In - Beziehung – Treten

- mit sich selbst (EIGENDIALOG)
- mit dem Du (DIALOG)
- mit dem WIR /der Gruppe (MULTILOG)

auf allen Bewusstseinsstufen. Auch die autonomen Nervensysteme der Menschen treten miteinander in Beziehung, interagieren miteinander, ohne dass das bis in unser Wachbewusstsein vordringt.

Musik ist ein ständiges Beziehungsgeschehen im HIC et NUNC, im Augenblick, im „IN DER ZEIT SEIN“

Der Mensch ist ein künstlerisches Beziehungs- und Kulturwesen. Er braucht unabdingbar zur Entwicklung seiner Persönlichkeit und zur Lebensbewältigung sinnvolle, zweckfreie Räume, um seine Kreativität entfalten zu können, die eine Voraussetzung für die Persönlichkeitsentwicklung ist.

Was kann uns also Besseres passieren als rechtzeitig eine musikalische Entspannungsmethode zu erlernen, die im HIC et NUNC angesiedelt ist, in jeder Lebenslage anwendbar ist und den Menschen in seiner künstlerisch – kreativen Existenz zum eigenen Wohle und dem der gesamten Gesellschaft fördert? Die FE hat ihre Berechtigung im Bereich der Prävention in gleichem Maße wie im Bereich der Klinik und der Rehabilitation. Sie ist in der Pädagogik ebenso zu Hause wie in der Intensivmedizin (vor allem als ein Grundlagenkönnen der Pflegepersonen), der Psychotherapie und Psychosomatik, der Orthopädie, der Physiotherapie und so fort.

Wir müssen unseren Körper mit Klang beseelen, um Leib werden zu können.

Seit über 20 Jahren ist die FE fester Bestandteil verschiedener Lehrveranstaltungen in der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien. Auf diesem Weg haben an die 600 Studenten und Studentinnen der verschiedensten Studienrichtungen (vom Konzertsfach über Musiktherapie, Gesangspädagogik, Musikerziehung, Reinhardtseminar, Rhythmik) die FE als eine musikalische Entspannungs- und Konzentrationsmethode kennen gelernt, sie in die Pädagogik, ins Konzert- und Künstlerdasein, ja, in ihr Leben mitgenommen.

Ebenso haben weit über hundert Ärzte, die das Psy-Diplom (postgraduate Ausbildung für psychosomatische, psychosoziale und psychotherapeutische Medizin) erworben haben, in dessen Ausbildung ich die FE seit über 20 Jahren anbiete, diese als eine basale Entspannungsmethode kennen gelernt, um sie für sich und ihre Arbeit zu nutzen.

Danke, Marianne, für die vielen Anregungen zur „musikalischen“ Weiterentwicklung von FE und Stimme.

Alles, alles Gute und Liebe zum 100. Geburtstag, den ich zu meinem größten Bedauern, persönlich nicht anwesend, nur schriftlich und in Gedanken mitfeiern kann.

Deine Traudl

*Vortrag, gehalten auf der Jahrestagung der AFE in Rothenburg, November 2008*

Rolf Johnen

# Wo? Wie? Was?

## Zur Kunst des Nachfragens in der Funktionellen Entspannung

Der Philosoph Helmut Plessner hat den Unterschied zwischen Mensch und Tier in einem Punkt sehr anschaulich dargestellt: Der Mensch „*ist*“ nicht nur sein Körper, sondern er „*hat*“ ihn auch. In einem ganz anderen Ausmaß als das Tier ist der Mensch in der Lage, seinen Körper bewusst zu reflektieren und ihn zu instrumentalisieren. In der Folge ist der Körper für den Menschen nicht nur der zentrale Ort seiner Autonomie oder das selbstverständliche Zentrum seiner Selbstbestimmung, sondern darüber hinaus kann der Mensch - im Gegensatz zu allen Tieren - über seinen Körper verfügen wie über eine fremde Sache oder ein Werkzeug.

Wir *sind* unser Körper, und wir *haben* unseren Körper durch die Fähigkeit zur Propriozeption. Was damit gemeint ist, möchte ich kurz erklären. Der Neurologe Lord Sherrington hat die Propriozeption als den „lebensnotwendigen sechsten Sinn“ beschrieben, „durch den der Körper sich selbst erkennt und mit vollkommener, automatischer, augenblicklicher Präzision die Position und Bewegungen aller beweglichen Körperteile, ihr Verhältnis zueinander und ihre Ausrichtung im Raum erfaßt“. - Durch die Fähigkeit der Propriozeption wird der Körper in die Lage versetzt, „sich zu erkennen und in 'Besitz' zu nehmen. Man kann sagen, daß man seinen Körper ... infolge eines konstanten Informationsflusses, der während des ganzen Lebens unablässig von den Muskeln, Gelenken und Sehnen zum Gehirn strömt, 'besitzt' und 'innehat'. Man besitzt sich selbst, man ist man selbst, weil sich der Körper durch diesen sechsten Sinn immer und jederzeit erkennt und bestätigt.“ (zit. nach Sacks 1989) – Mit anderen Worten: Wir *sind* unser Körper, und wir *haben* ihn, weil wir jederzeit die Signale, die durch die Propriozeption erzeugt werden, von ihm empfangen, und weil wir diese als „unseren Körper“ interpretieren. - Es gibt also ein organisch-neurologisches Substrat der Propriozeption: die "Propriozeptoren". Mit "Propriozeption" meinen wir die aus der Aktivität der Propriozeptoren entstehende ("emergente") psychische Integrationsleistung.

Es ist hier nicht der Platz, um über die komplexen neurologischen Grundlagen der Propriozeption und deren Regulation zu sprechen. Ich möchte lediglich herausstellen, dass die FE im Kern eine Methode zur Aktivierung der Propriozeption ist. Die Anwendung der Spielregeln der FE führt zur Aktivierung der Propriozeption und damit zu mehr Körpersein *und* Körper-haben. Der große Nutzen der Methode liegt darin, dass sie hilft, das natürliche Gleichgewicht zwischen Körper-sein und Körper-haben wieder herzustellen. Dieses Gleichgewicht hat sich in den langen Zeiträumen der Evolution ausgebildet, geht aber zunehmend - vor allem infolge der einseitigen technischen Orientierung unserer Zivilisation und der Vernachlässigung der menschlichen Bedürfnisse der Kinder - teilweise oder sogar ganz verloren.

Der Mangel an Fähigkeit zur Propriozeption drückt sich beim Erwachsenen in Störungen bzw. Defiziten der Körperwahrnehmung aus, die bei allen Menschen mit sogenannten frühen Störungsanteilen zu finden sind. Die oft tiefgreifende Störung der Körperwahrnehmung ist in der Regel auch für den Geübten nicht einfach zu entdecken, da sie meistens durch wirksame Abwehrmechanismen verdeckt wird.

## Was kann man mit FE alles machen?

Am wichtigsten scheint mir, dass wir mit der FE - also mit einer Selbstwahrnehmung, die sich an den Spielregeln der FE orientiert - unsere eigene Subjektive Anatomie erkunden und erleben können. Die Subjektive Anatomie ist - im Gegensatz zur Objektiven Anatomie, die durch Leichensektion gewonnen wird - einerseits der und „Leben“ dieselbe etymologische Wurzel steckt. Die Subjektive Anatomie ist von so großer praktischer Bedeutung, weil in ihr die Grundlagen aller Selbstgefühle verankert sind, die für uns das Leben überhaupt lebenswert machen.

## Ein Kurs zur Einführung in die Subjektive Anatomie

Ich möchte im Folgenden einen Vorschlag für eine standardisierte Anleitung skizzieren, die dazu dienen sollen, den eigenen Körper - die Subjektive Anatomie - zu entdecken beziehungsweise intensiver zu erleben. Für FE-Erfahrene ist das nichts Neues. Es versteht sich auch, dass ich in einer standardisierten Anleitung lediglich erste Schritte in die Welt der Subjektiven Anatomie weisen kann. Der Vorschlag ist hauptsächlich für Menschen gedacht, die die FE noch nicht kennen. In dem Buch "Funktionelle Entspannung - das Praxisbuch" (Hrsg.: Herholz, Johnen, Schweizer. Schattauer-Verlag 2009) habe ich den Zugang zur Subjektiven Anatomie in Form eines Einführungs-Kurses ausführlicher dargestellt. Da es auch um die Vermittlung der Theorie der Subjektiven Anatomie geht, bitte ich Sie um Verständnis, dass ich im Folgenden die praktischen Angebote mit theoretischen Erläuterungen verbinde.

Um beim Leser das Spüren der eigenen Subjektiven Anatomie anzuregen, stelle ich im folgenden bestimmte einfache Fragen, die sehr leicht zu merken sind. Aus didaktischen Gründen bediene ich mich eines schematisierten methodischen Vorgehens, das in fünf aufeinanderfolgenden Schritten immer wieder dieselben drei Fragen stellt, nämlich: „wo?“, „wie?“, „was?“.

Vorher möchte ich mich aber noch nach der momentanen Befindlichkeit des Lesers erkundigen. Bitte beantworten Sie für sich die folgenden Fragen: „Sitzen Sie bequem?“ - "Geht es bequemer?" - „Wo spüren Sie Halt?“ - „Wo wünschen Sie sich jetzt mehr Halt?“ - „Wo und wie möchten/könnten Sie sich jetzt besser einrichten, um sich mit sich wohler zu fühlen?“ - Ich verrate Ihnen auch, warum ich gerade diese Fragen stelle: Wenn Sie bei sich Antworten auf diese Fragen suchen, sind Sie mit Ihrem Merken unmittelbar auf der Ebene des Spürens, und die Richtung des Spürens und Merkens geht nach unten zum „Grund“.

## Der erste Schritt ist eine Bestandsaufnahme mit den Fragen „wo?“, „wie?“, „was?“

**a) Die erste Frage lautet: „Wo spüren Sie die Unterlage?“ – oder: „Wo spüren Sie den Druck, den Ihr Körper durch die Schwerkraft auf der Unterlage erzeugt?“**

Bitte lassen Sie sich Zeit, Ihre Antworten auf diese Frage zu finden!

Durch diese Frage lenke ich Ihre Aufmerksamkeit auf den *Bereich Ihres Kontaktes mit der Unterlage*. Was bewirken Sie dort durch die besondere Fokussierung Ihrer Aufmerksamkeit? - Sie nehmen dort entweder die Unterlage wahr, oder es zeichnet sich der entsprechende Bereich Ihres Körpers in Ihrer Wahrnehmung als Teil Ihres Körperschemas ab (z.B. die „Sitzhöcker“), oder beides: dieser Bereich Ihres Körpers *und* die

Unterlage. - Also: Durch die Frage „Wo ...?“ wird die Propriozeption aktiviert; Sie beginnen gerade (wenn es Ihnen gelingt, mein Angebot für sich zu nutzen), Ihren Körper „in Besitz“ zu nehmen.

**b) Die zweite Frage lautet: „Wie ist es dort?“**

Bitte suchen Sie Ihre Antworten auch auf diese Frage!

Die Frage „Wie ...?“ richtet sich konkret auf bestimmte Sinnesmodalitäten, vor allem auf Ausdehnung, Druck, Spannung und Temperatur: Ist es dort (oder: Sind Sie dort ...?) weit, breit oder eng, weich oder hart, entspannt oder angespannt, warm oder kalt? - Also: Die Raum-Zeit-Gestalt Ihres Körpers (Ihr „Körper-Schema“) wird mithilfe der Frage „Wie?“ mit Erlebnissen in anderen Sinnesmodalitäten aufgefüllt; das Körperschema entwickelt sich zum „Körper-Bild“.

**c) Die dritte Frage lautet: „Was spüren Sie dort?“ – Spüren Sie sich oder die Unterlage?**

Lassen Sie sich auch jetzt Zeit für Ihre Antwort!

Die Frage „Was ...?“ richtet sich auf das Objekt der Wahrnehmung, also auf die Unterlage und/oder auf Sie selbst. Was ist der Unterschied? - In diesem ersten Kontakt mit der Unterlage zeichnet sich dreierlei ab:

1. Der „Grund“ (Unterlage) als tragendes Objekt: Der Grund ist in Ihrer Wahrnehmung real da; Sie können sich auf ihn verlassen (und deshalb „loslassen“!).
2. Ihr Ich (genauer: Selbst) als Subjekt: Sie beginnen, sich selbst mit Ihren tatsächlich vorhandenen Strukturen und Besonderheiten wahrzunehmen.
3. Die Grenze zwischen beidem: Sie können die Grenze zwischen sich und der Unterlage suchen und finden. Sie beginnen, sich „dort“ als verschieden von der Unterlage zu erleben.

**Also:**

- Es kommt somit in diesem Bereich zu einer Subjekt-Objekt-Differenzierung, wobei die Unterlage als „Nicht-Selbst“, der eigene Körper als „Selbst“ erlebt wird: das „Körper-selbst“.
- Der eigene Körper wird in diesem geleiteten Prozess der Selbstwahrnehmung *auch* als Objekt wahrgenommen (d.h. wie ein „Gegenstand“ mit „objektiven“, von Ihnen als wahrnehmendem Subjekt unabhängigen Strukturen: Sie sind nicht nur Ihr Körper, sondern Sie können mit ihm auch etwas tun, um z.B. den Unterschied zur Unterlage herauszufinden).
- Gleichzeitig wird der Körper jedoch immer auch als Subjekt wahrgenommen, d.h. als der Träger aller Empfindungen. Ihr so erlebter Körper ist also immer beides: der Körper, der Sie *sind*, und der Körper, den Sie *haben*.

**Folgerungen:**

1. Durch die Fähigkeit zur Propriozeption erkennen wir unsere Empfindungen ständig als unsere eigenen. Für alle Wahrnehmungen vom eigenen Körper besteht eine einzigartige Subjekt-Objekt-Identität, die diesen Wahrnehmungen ihre besondere Evidenz verleiht. Die Gesamtheit der zu einem bestimmten Zeitpunkt bewusst und unbewusst wahrgenommenen Sinnes-Empfindungen vom eigenen Körper (also der Emp-

findungen aus dem Körperinneren und von der Körperoberfläche) stellt das Körper-Selbst dar im Gegensatz zum „körperlichen Anderen“ - sei es ein Mensch, ein Tier oder ein Gegenstand.

2. Was häufig vergessen wird, aber besonders wichtig ist: Auf diesem Spüren und Erleben des eigenen Körpers beruht unser Gefühl von Lebendigkeit überhaupt. Ohne die Fähigkeit zur Propriozeption fehlt uns dieses Gefühl. Neurologisch resultiert dieser Sachverhalt aus der engen Beziehung zwischen Propriozeption und kinästhetischem System. - Sie können diesen Sachverhalt bei sich selbst ausprobieren, indem sie eine Hand auf den Tisch beziehungsweise die Stuhllehne legen und eine Antwort auf die Frage suchen: „Was ist der Unterschied zwischen meiner Hand und dem Tisch beziehungsweise dem Stuhl?“ – Lassen Sie sich wieder Zeit für das Finden Ihrer Antwort.

### **Der zweite Schritt ist ein „Tun im Lassen“**

Wenn Sie konkrete Antworten auf die Fragen „Wo ...?“, „Wie ...?“ und „Was ...?“ gefunden haben, d.h. wenn Sie sich und den „tragenden Grund“ spüren (aber auch, wenn Sie Schwierigkeiten haben, sich und den „Grund“ zu spüren), folgt ein „Tun im Lassen“.

Bei diesem Schritt gibt es viele methodische Wege, von denen drei genannt seien:

1. Sie können fragen: „Wie wird es dort, wenn ich mich dem Grund überlasse?“, d.h. wenn ich mich mehr auf den Boden herunterlasse, was nur durch eine muskuläre Entspannung möglich ist. - Daran schließen sich weitere Fragen im Sinne von „was noch?“ an, etwa: „Was ändert sich dort? - Was noch? - Wie wird es noch? - Wo ändert sich noch etwas?“
2. Sie können auch fragen: „Wie wird es dort, wenn ich in diesem Bereich etwas tue und wieder davon ablasse?“ (gemeint sind kleine oder kleinste - evtl. nur intendierte – Bewegungsreize, z.B. eine kurze Kontraktion des Beckenbodens). - Weitere Fragen wie oben: „Was ändert sich dort? - Was noch? - Wie wird es noch? - Wo ändert sich noch etwas?“
3. Alternativ oder zusätzlich können Sie fragen: „Wie wird es dort (oder: „Was tut sich dort?“ oder: „Was ändert sich dort?“), wenn ich nichts tue und einfach nur abwarte?“ - Um Ihnen die Antwort zu erleichtern: „Gibt es dort in Ihrem Spüren Richtungen (in Abhängigkeit vom Atemrhythmus)? - Veränderungen des Druckgefühls? - Veränderungen der Feinheit und Differenziertheit des Spürens?“ Und auch hier die anschließenden weiterführenden Fragen: „Was ändert sich noch? - Wie wird es noch? - Wo ändert sich noch etwas?“

**Theoretische Erläuterung:** Alle hier gestellten Fragen induzieren ein „Loslassen“ und ein Wahrnehmen desselben, ein Spüren, das bedeutende Folgen hat:

1. Indem Sie sich dem Grund überlassen usw. (also: indem Sie irgendwo loslassen), induzieren Sie unwillkürlich eine Entspannung des vegetativen Nervensystems, das bekanntlich immer ganzheitlich reagiert. Die FE bewirkt eine Aktivierung der Propriozeption, und sie stellt eine Anleitung dar, dem vegetativen Nervensystem auf die Spur zu kommen. Entspannen in einem Bereich des Organismus ist immer mit einem generellen Entspannen verbunden. Die FE bewirkt also (ohne dass Sie es bewusst wollen, und zunächst ohne dass Sie es merken!) eine Veränderung in Ihrem vegetati-

- ven Nervensystem und damit in allen vegetativ gesteuerten Körperfunktionen in Richtung von mehr Entspannung, insbesondere auch eine Entspannung und „Normalisierung“ Ihres autonomen Atemrhythmus. Sie können das allerdings durchaus merken, z.B. an Veränderungen von Atemrhythmus (Frequenz? Tiefe? Verschiebung zum expiratorischen oder inspiratorischen Pol?), Speichelfluss, Darmtätigkeit, Herzfrequenz, muskulärer Spannung und Körperhaltung.
2. An den Kontaktstellen zur Unterlage können Sie insbesondere merken, dass sich Ihre Empfindungen synchron zum Atemrhythmus ändern: So können Sie, wenn Sie stehen, im Aus(-atmen) besser den Boden unter den Füßen spüren, oder im Sitzen die Sitzfläche unter sich, die Ihnen Halt gibt. Diese wird im Aus(-atmen) ausgedehnter und weicher, im Ein(-atmen) begrenzter und härter. Die Empfindungen, die Sie dort von sich haben (z.B. Ausdehnung, Druck, Spannung, Temperatur), werden im Aus differenzierter und intensiver, und es tritt ein stärkeres Gefühl dafür auf, dass es sich um Ihre eigenen Empfindungen handelt, die Ihr Gefühl von Lebendigkeit ausmachen.
  3. Voraussetzung hierfür ist immer wieder, dass im Aus die Richtung von oben nach unten und von außen nach innen gefunden wird: vom Kopf zum „tragenden Grund“ und von außen zu den „inneren Räumen“. Auf diesem Weg spüren Sie sich „selbst“, Sie lernen Ihr „Selbst“ besser kennen. Dabei steht - wie in der frühen Selbstentwicklung - zunächst das „Körperselbst“ im Vordergrund: das zum Körper-Bild erweiterte Körper-Schema – nun in Bezug und im Gegensatz zum anderen.
  4. Und was passiert im folgenden Ein? Wie lebendig sind Sie jetzt? - Die Antwort können Sie selbst finden!

### **Der dritte Schritt ist ein Verweilen, um mehr zu merken**

Dieser Schritt wird durch die dritte FE -Spielregel angestoßen: „Nichts mehr tun, nachspüren!“

Um das bisher Ungemerkte, jetzt aber Gemerkte im eigenen Körper wirklich zu merken und es in Besitz zu nehmen (Propriozeption), ist der (therapeutische) Dialog hilfreich und für den Anfänger unabdinglich. Der Therapeut (bzw. Lehrende) kann den Dialog durch Fragen einleiten, beispielsweise: „Wo haben Sie sich gespürt? - Wie war es dort? - Was haben Sie gespürt?“ Der Patient (oder Lernende) fasst das, was er "auf der Reise durch seinen Körper" gespürt und gemerkt hat, in Worte.

### **Theoretische Erläuterung:**

1. Ich möchte Sie daran erinnern, dass Eindrücke, die wir merken und sprachlich mitteilen, generell eine andere Verankerung in der Wirklichkeit besitzen als Eindrücke, die wir für uns behalten.
2. Der Therapeut kann in diesem Dialog mit seinem Gegenüber über dessen Empfindungen - beziehungsweise subjektive Wahrnehmungen - nur mitreden, weil er bei sich selbst gleichzeitig mitspürt, während er dem Patienten zuhört, und insofern er bei sich selbst vergleichbare Sinnesempfindungen hat.
3. In diesem Dialog werden durch die gegenseitigen Mitteilungen und das Mitspüren bei den beteiligten Partnern neue „Kreisprozesse von Merken und Wirken“ (v.Uexküll) induziert. Es können dabei auch Lücken in der Selbstwahrnehmung der Lernenden (und natürlich auch der Lehrenden) geschlossen werden.

## **Der vierte Schritt besteht im Versuch einer ganzheitlichen Wahrnehmung**

Dieser Schritt nutzt den (psychischen) Raum, der immer wieder durch die dritte Spielregel der FE geschaffen wird. Jede Wahrnehmung - insbesondere jede Selbstwahrnehmung - ist potenziell ein ganzheitlicher Vorgang und spielt sich immer gleichzeitig auf mehreren Integrationsebenen ab. In der Subjektiven Anatomie sind drei Ebenen von Bedeutung. Jede dieser Ebenen kann bewusst sein oder unbewusst bleiben.

Beim „vierten Schritt“ unseres methodischen Vorgehens fragen wir uns, ob zusammen mit den körpernahen Empfindungen (= 1. Ebene) auch Wahrnehmungen von Gefühlen und Affekten (= 2. Ebene) und/oder Erinnerungen, Vorstellungen oder Phantasien (= 3. Ebene) auftreten.

Wir haben bisher mit unserem Merken die erste Ebene fokussiert, die Ebene der körpernahen Empfindungen. Nun möchte ich Sie anregen, Ihre Wahrnehmungen auf der zweiten und dritten Ebene zu merken:

1. „Welche Gefühle beziehungsweise Affekte sind in den letzten Minuten bei Ihnen aufgetaucht?“
2. „Welche Erinnerungen, Vorstellungen bzw. Phantasien haben Sie gemerkt?“

### **Theoretische Erläuterung:**

1. Der Hauptakzent der Subjektiven Anatomie liegt auf der ersten Ebene, der Ebene der Empfindungen. Die Subjektive Anatomie entsteht, indem mit Hilfe der Propriozeption - im jeweiligen psychosozialen Kontext! - alle körperlichen Empfindungen zum Körper-Bild und Körper-Selbst integriert werden. Das bisher beschriebene methodische Vorgehen (Schritt 1-3) betrifft in erster Linie diese Ebene.
2. Die Ebene der Gefühle und Affekte ist immer mit dabei. Sie fügt die jeweils besondere persönliche „emotionale Tönung“ hinzu. Mit Hilfe unserer Gefühle interpretieren wir ganz wesentlich unsere Welt. Mit ihrer Hilfe geben wir uns selbst und unserer Umwelt die wesentlichen persönlichen - oft auch biologisch wichtigen - Bedeutungen.
3. Die Ebene der Vorstellungen und Phantasien setzt prinzipiell die Fähigkeit zum symbolischen Denken voraus. Auf dieser Ebene erfassen wir spezifisch menschliche Zusammenhänge, die auf Kommunikation mit Hilfe von Sprache und auf Konventionen beruhen (Kultur u.a.). In diesem Kontext findet auch die Einbettung des „Körper selbst“ in das umfassendere „Selbst“ statt.- Die FE ist im Kern eine Körperwahrnehmungsmethode. Trotzdem ist diese dritte Ebene von besonderer Bedeutung, wenn die Methode in Psychotherapie, Beratung oder Pädagogik angewandt wird. Es ist die Ebene der Mentalisierung.

## **Der fünfte Schritt besteht in einem speziellen Vorgehen zum „Merken des Ungemerkten“ in weiteren Bereichen des Körpers**

Die Schritte 1 - 4 werden wiederholt, wobei die verschiedenen Bereiche des Körpers mit ihren Besonderheiten fokussiert werden (z.B. ein Schultergelenk, ein Fuß, der Rücken usw.). Es werden bei den verschiedenen Körperbereichen dieselben Eingangsfragen gestellt, also im „ersten Schritt“: „Wo ...?“, „Wie ...?“, „Was ...?“. - Da aber in den Bereichen, die keinen Kontakt mit der Unterlage haben (z.B. in den Schultern), kaum durch Körpergewicht bedingte Druckempfindungen vorhanden sind, müssen dort zunächst

Druck oder Spannung durch Muskelkraft erzeugt werden, damit Druck- und Spannungsempfindungen entstehen.

Ich kann dann im **ersten Schritt** folgende Frage stellen:

„Was kann ich dort tun?“ (z.B. eine kleine Anspannung oder eine kleine Bewegung in eine Richtung vornehmen...), und fortfahren: (1) „Wo spüre ich Druck/Spannung?“, (2) „Wie ist es dort?“, und (3) „Was ist dort?“

Auch im **zweiten Schritt** (dem „Tun im Lassen“ oder „Tun und Lassen“) werden die Fragen „Wo ...?“, „Wie ...?“ und „Was?“ abgewandelt, etwa in folgender Form:

(1) „Was ändert sich dort, wenn ich ‚loslasse‘?“ (2) „Was ist dort, wenn ich mich dem ‚Grund‘ überlasse?“ (3) „Was ist dort, wenn ich nichts tue?“ (4) „Was ist dort, wenn ich das Tun mit einem Ton begleite?“ (5) „Was ist dort, wenn ich mich auf diesen Bereich innerlich einlasse?“ - Daran anschließend kann ich wieder die Fragen stellen: „Wo noch?“, „Wie noch?“, „Was noch?“

Die **weiteren Schritte** entsprechen den jeweiligen Schritten im ersten Beispiel, wo wir als erstes den Kontakt mit der Unterlage fokussiert haben.

### **Es kann aber auch ganz anders laufen!**

Dass man sich bei dem Versuch, die „Subjektive Anatomie“ zu entwickeln, unversehens in die „Subjektive Pathologie“ verwickeln kann, möchte ich Ihnen anhand einer kurzen Fallvignette darstellen.

*Die 65-jährige, also 1944 geborene, ledige Sozialpädagogin wurde in den ersten Lebensjahren von ihrer Mutter allein aufgezogen, da der Vater im Krieg und später in Kriegsgefangenschaft war. Ihren Vater, der zusammen mit der Mutter eine Bäckerei betrieb, hat sie als verbitterten, zu Gewalt neigenden Menschen erlebt. Er habe sie immer „abgeschüttelt“, wenn sie sich auf seinen Schoß setzen wollte; auch habe er nichts unternommen, wenn die im Haushalt lebenden Gesellen sie anfassten, oder wenn diese obszöne Witze über sie machten. Die Mutter sei eigentlich eine feinfühligere Frau gewesen, doch habe sie sich gegen den Vater nicht durchsetzen können. - Die Patientin kam auf eigenes Drängen mit 12 Jahren aufs Gymnasium, musste es aber mit 15 Jahren wieder verlassen, um in der elterlichen Bäckerei zu helfen. Sie machte später auf dem zweiten Bildungsweg das Abitur, studierte Sozialpädagogik und arbeitete seitdem bis zu ihrer Pensionierung im letzten Jahr an einer Einrichtung für lernbehinderte Kinder.*

*Die Patientin hatte zwar zeitlebens viele Kontakte, vor allem auf einer mehr intellektuellen Ebene, doch nur ganz wenige Freundschaften oder Beziehungen. Aus einer Beziehung zu einem verheirateten Mann über mehrere Jahre hat sie ihren jetzt dreißigjährigen Sohn, an dem sie sehr hängt. Auch die Beziehung zu dem Sohn ist durch bedeutende Nähe-Distanz-Probleme belastet.*

*Die Patientin ist bei mir seit dem Jahr 2004 in einer modifizierten analytischen Psychotherapie. Vorher war sie in einer Psychosomatischen Klinik behandelt worden. Sie kam in die Therapie, weil sie zu diesem Zeitpunkt mit ihrer Arbeit nicht mehr zurechtkam, und weil sie große Probleme mit „Ablöse kämpfen“ mit ihrem damals 25-jährigen Sohn hatte. Sie fühlte sich „auf sich selbst zurückgeworfen“, und sie litt extrem unter ihrem*

*Alleinsein. Sie klagte über Gefühle der Leere und der Sinnlosigkeit sowie über Schuldgefühle ihrem Sohn gegenüber. In ihrer Arbeit hatte sie zunehmend Disziplinprobleme. Sie hatte vor allem große Angst, wegen dieser Schwierigkeiten vorzeitig ihre Arbeitssstelle zu verlieren; und sie befürchtete, ohne diese Arbeit völlig zu vereinsamen. Sie sprach auch von einem Gefühl, dass sie ständig neben sich stehe, und dass ihr Körper nicht zu ihr gehöre.*

*Es war, wie Sie sich vorstellen können - aufgrund des ständig „lauernden“ negativen Übertragungspotenzials und der damit verbundenen projektiven Verzerrungen - eine phasenweise recht schwierige Therapie. Es gelang aber, die Patientin arbeitsfähig zu halten, so dass sie vor einigen Monaten zum regulären Zeitpunkt in den Ruhestand versetzt wurde.*

*Seit der Pensionierung kämpft sie nun mit großer Verbissenheit darum, in der neuen Lebensphase Sinn und Orientierung zu finden. Einerseits entwickelte sie vielerlei Initiativen. Sie besuchte beispielsweise eifrig geisteswissenschaftliche Vorlesungen an einer benachbarten Universität. Andererseits litt sie - unter anderem, weil die kontraphobische Abwehr mit der Pensionierung teilweise zusammengebrochen war - vermehrt unter Depressionen und unter Schuldgefühlen, vor allem gegenüber ihrem Sohn. Sie formulierte gegen Ende einer Sitzung: „Ich erlebe mein Leben als Schuld ohne Vergehen; ich wollte immer nur weg, habe aber kein Ziel.“*

*In dieser Situation entschloss ich mich zu einem FE-Angebot. Ich wollte ihr zum Schluss der Stunde etwas Tröstliches und Stützendes mit auf den Weg geben, und ich begann in ähnlicher Weise, wie ich Ihnen vorhin ein Angebot gemacht habe, aber mit einer etwas modifizierten Formulierung, nämlich: „Wo und wie finden Sie sich jetzt?“ - Sie antwortete bestürzt: „Meine Hände! Die haben mit mir gar nichts zu tun, ich finde sie nicht mehr!“ - Mir war sofort klar: mein Angebot hatte der Patientin nicht geholfen, ihre subjektive Anatomie besser zu spüren, sondern sie war blitzartig in ihre subjektive Pathologie abgestürzt. Da die Stunde zu Ende war, konnte ich auf das Problem nicht unmittelbar eingehen; ich musste die Patientin in dieser Verfassung nach Hause gehen lassen.*

*In der nächsten Stunde begann die Patientin vorwurfsvoll: "Es war so schlimm, wie wenig mein Körper zu mir gehört! Die Hände waren so eklig, und Sie waren so weit weg! Alles, was ich mir in den letzten Jahren als In-der-Welt-sein erworben hatte, war weg. Warum haben Sie das mit mir gemacht?" - Dann berichtete sie, dass sie am Abend nach der dargestellten Sitzung bei Freunden gewesen sei, und dass sie dort - aufgrund der schlechten Verfassung, in die ich sie gebracht hätte! - unkontrolliert so viel Alkohol getrunken habe, dass bei einer Verkehrskontrolle ein Alkoholspiegel von 1,6 Promille festgestellt und ihr der Führerschein entzogen worden sei. Dies sei für sie die größte Katastrophe ihres Lebens, weil sie ohne Führerschein die Kontakte, auf die sie gerade jetzt so lebensnotwendig angewiesen sei, nicht mehr wahrnehmen könne.*

Vor Zerreißproben dieser Art sind wir in keiner Therapie mit Patienten, die bedeutende frühe Störungsanteile in sich tragen, geschützt. Es ist sogar wichtig, dass die sog. Pathologie auf diese Weise „in die Übertragung kommt“ und therapeutisch bearbeitbar wird. Natürlich habe ich mir die Frage gestellt, warum der „Einbruch“ gerade in dieser Situation geschah. Vielleicht liegt der Grund darin, dass ich meine Eingangsfragen nicht ausreichend körpernah formuliert habe. Meine Formulierung lautete: „Wo und wie fin-

den Sie sich jetzt?" - Wenn ich einfach gefragt hätte: „Wo spüren Sie jetzt die Unterlage?“ oder: "Wo spüren Sie den Druck ...?", wäre die Reaktion der Patientin möglicherweise ganz anders ausgefallen.

Die FE bleibt, wie Marianne Fuchs selbst immer wieder betont hat, „immer ganz nah am Körper“. Meine Frage: „Wo und wie finden Sie sich jetzt?“ hat den Fokus der Aufmerksamkeit der Patientin offensichtlich nicht hin zum erlebten Körper, sondern von ihm weg gebracht.

### **Einige grundsätzliche Gedanken zur Wirksamkeit der FE**

In der Praxis der verbalen Psychotherapien (beispielsweise in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Therapie oder Psychoanalyse) wird der Körper mehr oder weniger aus der Übertragungsbeziehung ausgeklammert. Das ist ein bemerkenswertes Phänomen in Anbetracht der Tatsache, dass seitens der Grundlagenforschung die engen Beziehungen zwischen Psyche und Soma in den letzten Jahren immer klarer herausgearbeitet wurden. Wir haben heute recht detaillierte Vorstellungen, wie sich das Seelenleben ursprünglich und jederzeit aus dem Körpererleben entwickelt. Wir wissen auch, dass bei psychischen Erkrankungen immer der Körper eine Rolle spielt, und dass bei körperlichen Erkrankungen – kausal, begleitend oder als Folge - seelische Einflüsse oft von entscheidender Bedeutung sind.

Ich möchte auf vier Aspekte hinweisen, die wir in der Einleitung zu dem Buch "Funktionelle Entspannung - das Praxisbuch" besonders hervorgehoben haben:

#### **1. Die enge Verbindung von Körper und Gefühlen**

Körperpsychotherapeuten haben immer ein Wissen um die Verankerung der Gefühle im Körper bewahrt, und sie verfügen deshalb - basierend auf diesem Wissen - über einen bevorzugten Zugang zu den mächtigen unbewussten Kräften, die mit dem Körper verbundenen sind und die unsere Handlungen steuern. Diese Dynamik, auch „Psychodynamik“ genannt, wird ebenso aus Gefühlen wie aus Kognitionen gespeist. Die Gefühle und Affekte resultieren ihrerseits immer - fußend auf genetischen Grundlagen - aus Erfahrungen mit dem eigenen Körper im Kontext von Beziehungen. Es gibt deshalb kein Gefühl ohne körperliche Beteiligung und Entsprechung. -

Die eigenen Gefühle kennen zu lernen und mit ihnen umzugehen, gehört zu den wesentlichen Entwicklungsaufgaben von Kindern und ihren Bezugspersonen. Sie wahrzunehmen und zu verstehen ist eine der wichtigsten Aufgaben von Psychotherapie. Mit verbalen Therapieverfahren ist es allerdings oft viel schwieriger, zu verschütteten Gefühlen vorzudringen, als mit körperpsychotherapeutischen.

Die FE als körperpsychotherapeutische Methode kann einerseits genutzt werden, "verschüttete" Gefühle wieder zu finden, und sie kann andererseits helfen, bisher nie wahrgenommene, also gar nicht vorhandene Gefühle, zu entwickeln und über deren Regulation zu mehr Lebendigkeit und Ich-Stärkung beizutragen.

#### **2. Die FE bietet einen neuen Zugang zu Problemen und verändert die Beziehung**

Jeder mit Sprache arbeitende Therapeut, Berater oder Lehrer kennt Situationen, in denen es nicht weitergeht, weil eine Stagnation eingetreten ist, die z.B. mit Widerstand, Angst oder Trotz zu tun haben kann. Die Frage „Wie fühlt sich das körperlich an?“ eröffnet dann oft einen völlig neuen Zugang zu Problemen und verändert dadurch auch die Beziehung. Besonders eindrucksvoll wird dies unserer Meinung nach in unserem Buch nicht nur in Therapien, sondern auch in Beratungs- und Schulsituationen dargestellt.

### 3. Die FE fördert die Symbolisierung

Umgekehrt wird mit der „Versprachlichung“ psychosomatischer Zusammenhänge deutlich, dass die FE eine Methode darstellt, der sehr an Symbolisierung gelegen ist. Diese Symbolisierung kann über innere Bilder erfolgen oder ganz auf der Körperebene bleiben: in der monologischen oder dialogischen Verbalisierung des Gespürten.

Die Zielsetzung eines kognitiven, sprachlichen Verständnisses unterscheidet die FE von einer ganzen Reihe nicht-verbal arbeitender Körpertherapiemethoden. Das Gemarkte wird immer in Worte gefasst und mitgeteilt. In der Kombination mit körperlichen Einsichten trägt das zu einem Verständnis des Selbst und des Anderen im Sinne eines „Mentalisierungsprozesses“ und zu einer Entwicklung bei, an der uns gerade auch bei der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen gelegen ist.

### 4. In der FE prägt das körperliche Spüren das Bild vom Körper und das Sprechen über den Körper - und nicht umgekehrt!

Das bekannte Zitat Freuds: „Das Ich ist immer ein körperliches“, steht in der Psychoanalyse für die große Bedeutung des körperlichen Erlebens für das Seelenleben. Die bis heute relevante Frage nach dem „rätselhaften Sprung vom Seelischen zum Körperlichen“ stand immer im Zentrum psychoanalytischer Theoriebildung und Praxis. Aber der erlebte Körper begann irgendwann, hinter das Bild vom Körper und das Sprechen über körperliche Erfahrung zurückzutreten. Im Gegensatz dazu geht es in der FE immer darum, etwas körperlich real zu erleben oder wieder zu erleben, was an unbewusste Erfahrungen anknüpft, ohne dass wir zunächst die Bedeutungen kennen.

### Wozu ist FE sonst noch gut?

Ich möchte einen Vergleich mit der Poesie wagen, zu der der Historiker und Publizist Jakob Burckhardt schrieb: *"Die Poesie hat ihre Höhepunkte, wenn sie den Menschen Geheimnisse offenbart, die in ihm liegen und von welchen er ohne sie nur ein dumpfes Gefühl hätte."*

Ich habe die FE als Methode zur Wahrnehmung der subjektiven Anatomie ausführlicher dargestellt. Das Wirkprinzip der Methode liegt zweifellos in der Aktivierung der Propriozeption. Was kann man mit der Methode sonst noch alles machen? Wenn Sie hiervon einen Eindruck bekommen möchten, sollten Sie tatsächlich in das soeben erschienene Praxisbuch der FE hineinschauen oder es vielleicht sogar lesen. Auch wir als Herausgeber waren überrascht von der Vielfältigkeit und Buntheit der Anwendungsmöglichkeiten der Methode in den Fallbeispielen des Buches.

Ich habe aus den Beiträgen des Buches einen Beitrag ausgewählt, dessen Inhalt ich Ihnen beispielhaft und auszugsweise nahe bringen möchte, weil er mich besonders beeindruckt hat. Der Beitrag wurde von Fridoline Kirchmayr unter dem Titel "Das Geheimnis der Hand - das therapeutische Anfassen in der FE" verfasst. Frau Kirchmayr arbeitet als Physiotherapeutin und FE-Therapeutin in Erlangen.

Frau Kirchmayr schreibt: *"Marianne begrüßte mich immer mit einer Umarmung, bei der sie ihre Hände hinten auf meinen Rücken legte, dorthin, wo die freien Rippen sind. Wir standen da, und sie umarmte mich und ‚kontrollierte‘, wie ich ‚mitgehen‘ konnte. - Marianne: ‚Ja, das ist das Geheimnis der Umarmung, der Berührung überhaupt. In einer*

*Umarmung lasse ich mich gehen, lasse ich mich fallen. Aber wohin, das ist die Frage!' - In einigen weiterführenden Stunden begriff ich, dass viele Menschen unter Hingabe verstehen, sich nach außen gehen zu lassen. Die Hingabe geschieht ‚denkerisch‘ zwar nach außen, auf ein begehrtes Objekt hin. Deshalb trauen wir es uns auch oft nicht radikal genug, da wir uns ja verlieren könnten.*

*Wenn wir das leibliche Phänomen betrachten, und damit den ganzen Menschen, geschieht im Loslassen dagegen eine umfassende Bewegung nach innen. - Marianne: ‚Nach innen: Wohin ist das?‘ - Ich: ‚Es geht zur Körpermitte hin! Ich werde dadurch dichter, essentieller. Es ist wie eine Zwetschge, die trocknet zum Kern hin. Sie wird dadurch immer gehaltvoller‘.*

*Ich begriff schlagartig, dass ich mich selber durch Hingabe finde. Der andere ist der Anlass, aber nicht das Zentrum! - Wenn ich in mir angekommen geduldig warte, kommt die Antwort aus dem Inneren. Im Aufatmen kommt dann erst die ‚ausgreifende‘ Spannung nach außen, hin zum Du. Das ist ein Paradoxon: Hingabe entfernt mich eigentlich vom anderen und bringt mich zu mir selbst. Dadurch entsteht Raum, der verbindet, der Nähe erlaubt... Dies befähigt eigentlich erst zu Intimität.*

*Immer wieder fragte ich Marianne, wie das bei ihr funktioniert. Marianne meinte dazu: ‚Das Geheimnis findet in dem Polster zwischen Handknochen und Haut statt.‘ - Sonst hat sie jedoch eigentlich nie erklärend geantwortet. Sie legte immer so viel Wert auf das Selberfinden, und sie selbst hat im Grunde nur Fragen gestellt. Ich hatte dann immer das Gefühl, dass in mir das Begreifen passierte, und das war dann auch das, was eigentlich wirkte: ein Aha-Erlebnis, ein Licht ging mir auf... Auf diese Weise ‚passierte‘ in mir auch die Antwort auf die Frage an Marianne: ‚Wenn ich anfasse, lasse ich mich selber nach innen gehen, ich passe mich aber gleichzeitig in den Rhythmus des anderen ein. Ich begleite das (oft zu kurz geratene Ausatmen) mit der Stimme und der Hand in einen Hauch der Vertiefung hinein. Aber das Polster gibt nach, und die Knochen kommen näher, nicht ‚ich‘, die das wollen könnte‘. Ich drücke keinesfalls, sondern ich erlaube der Schwerkraft es zu tun, die auf mein eigenes Skelett einwirkt. Dabei lasse ich mich nicht radikal in mich selber fallen, da ich sonst den Rhythmus des anderen verlassen und mein eigenes tiefes reflektorisches Ein auslösen würde.‘ - Marianne merkte allerdings dazu noch an, dass sie sich selber früher zu lange mit Letzterem (‚in den Rhythmus des anderen einschwingen‘) zufrieden gegeben habe, und dass sie jetzt viel mehr auch das tiefe Einatmen für sich in Anspruch nehme. ... Die therapeutische Berührung ist ein ‚Nichts-Wollen-beim-anderen‘ und dabei ein Loslassen in mich selbst hinein. Es ist jedoch mehr als nur ein einfaches Anfassen. Der Kontakt bei dieser Berührung ist nämlich so, als ob ich ‚in den Atemrhythmus des anderen hineinschlüpfe, wie in einen Handschuh‘. Bei Kindern oder einem Weinenden passe ich mich dem schnelleren Rhythmus des anderen an.*

*... Um das therapeutische Anfassen zu üben, forderte Marianne mich öfters auf, sie zu berühren : ‚Was tust Du, wenn ich Dir folgende Beschwerde mitteile?‘ - Und dann sofort der korrigierende Hinweis: ‚Du hältst Dich noch im Ellenbogen und in der Schulter!‘ ... usw. - Wir gingen genau durch, wie ich als ‚Anfasser‘ durchlässig durch alle Gelenke bleiben kann. Vor allem durfte ich nicht zu viel wollen! - Hier passierte mir durch das ganz-locker-lassen-Wollen, dass mir die Wirbelsäule nach vorne kollabierte. Marianne lehrte mich, wie wichtig es ist, dass sich die Wirbelsäule beim Loslassen aufrichtet und damit in sich selbst Halt gewinnt. Dabei helfen die beim Ausatmen elastisch nach oben*

schwingenden Diaphragmen mit. Um die ‚wachsende‘ Wirbelsäule herum fallen dagegen der knöcherne Brustkorb (vor allem hinten) und der Schultergürtel. Der Arm kommt merkbar näher zum Brustkorb, wie die Seiten eines Buches: Die Achsehöhle schmiegt sich zusammen, der Ellbogen hängt, die Hand wird weich. Kommt die Einatmung, ist zu spüren, dass sich die Achselhöhle wieder öffnet. So wird die Hand wieder ‚leichter‘; sie kann Raum geben für das Ein des anderen.

Therapeutisches Anfassen ist Begleitung, in der das Wollen auf Weniges reduziert wird: Die Therapeutin ‚macht‘ nichts. Sie manövriert nur den Zeitpunkt ihres Loslassens (Mitbrummen) in den Moment, in dem es beim anderen geschieht, aber eben (noch) verhalten oder gebremst. Therapeutisches Anfassen ist damit eine Einladung zum Entschluss loszulassen: ‚Entspannung ist Entschließen, nicht Verschließen!‘ - Auf meine Frage, wie denn etwas, was autonom funktioniert, mit dem Willen beeinflussbar sei, gab Marianne mir ein Rätsel zur Antwort: Sie hob ein Blatt auf, schaute mich an und ließ es fallen. - Ich war damals entsetzt: ‚Ist das alles Marianne, ist das alles?‘ – ‚Ja!‘ sagte sie lachend. Ich saß vor ihr auf dem Boden und weinte. Es hat 15 Jahre gedauert, bis ich´s kapierte ...“

Modifizierter Vortrag, gehalten im Rahmen des Symposiums „Funktionelle Entspannung: Praxis und Wissenschaft“ am 01.05.2009 in Köln

# Wirksamkeit von Körperpsychotherapie am Beispiel der Funktionellen Entspannung

## Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Psychosomatischen Medizin

Kaum ein Bereich der Psychotherapie ist derart mit Vorurteilen behaftet wie die so genannten Körper(psycho)therapien (KPT). Sie scheinen die Phantasie der Fachleute und erst recht die der Laien zu beflügeln – oft mit einem negativen Beigeschmack (Moser 1991; Schnell 1982). Erschwerend kommt hinzu, dass der körper(psycho)therapeutische Markt ein fast undurchdringbares Dickicht an Angeboten bereithält (Übersicht bei Röhricht 2000). Diese unterscheiden sich in Bezug auf Menschenbilder, Entwicklungsmodelle, Pathogenese, verwendete Techniken und die Komplementarität mit anderen psychotherapeutischen Verfahren, z. B. analytischen (Moser 1991), humanistischen (Green 1987) oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Doubrawa 1991). Sie weisen jedoch gleichzeitig auch ein weites Spektrum an Interventionsstrategien auf, die sich gegenseitig überlappen. Neben den etablierten Hauptströmungen der Körperpsychotherapie (wie z. B. der Bioenergetik, der Funktionellen Entspannung oder der Konzentrativen Bewegungstherapie) lassen sich auch Hinweise auf eher „exotische“ Nebenströmungen finden, wie z. B. Gentle Bioenergetics, Holotropic Breathwork, ORGONizando, Polarity Energetics Training, Posturalintegration, Rebirthing und vieles mehr. Diese Vielzahl von Orientierungen erschwert die Systematisierung und Bewertung körperpsychotherapeutischer Verfahren.

Körper(psycho)therapeutische Ansätze werden häufig zusammen mit anderen Methoden wie z. B. krankheitsbezogener Informationsvermittlung (Oberdalhoff 1984) angeboten. Andritzky (1996), der der Frage nachging, welche Methoden neben den Richtlinienverfahren in deutschen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Anwendung finden, schrieb 545 stationäre Einrichtungen an. Insgesamt 128 verschiedene „unkonventionelle“ Methoden wurden von den 314 an dieser Untersuchung teilnehmenden Institutionen (Rücklaufquote 57,6%) praktiziert. Dabei wurden am häufigsten Kunst- und Ausdruckstherapien (in 58% der Stichprobe) eingesetzt, gefolgt von Körpertherapien (54,1%), Entspannungsverfahren und Meditation (40,1%) sowie Körperpsychotherapien im engeren Sinne (9,6%). Demnach wird zumindest eine Form der Körpertherapie in etwa der Hälfte der stationären Einrichtungen angeboten.

Unter den Begriff „Körpertherapie“ (KT) werden eine Reihe sehr heterogener therapeutischer Verfahren bzw. Körpertechniken subsumiert. Eine Systematisierung dieser Unterschiede erscheint für eine differenzierte Betrachtung unabdingbar. In dieser Arbeit wird die Bezeichnung KT als Oberbegriff für alle Ansätze betrachtet, die in therapeutischer Absicht auf den menschlichen Leib ausgerichtete Selbst-und/oder Fremdeinwirkungen einsetzen, um physische und/oder psychische „Verbesserungen“ zu erzielen. Entsprechend sind sowohl Massagen, physiotherapeutische Maßnahmen, Heilgymnastik, Atemtherapien, Entspannungsverfahren, Yoga, Chi Gong, Eutonie usw. als auch die Körperpsychotherapien (KPT) im engen Sinne als Körpertherapien aufzufassen. Als KPT wird eine Therapieform jedoch nur dann eingeordnet, wenn sich dieses Verfahren zusätzlich als eine Psychotherapieform qualifiziert. In Anlehnung an Strotzka (1975) verstehen wir unter Psychotherapie:

1. einen bewussten und geplanten Interaktionsprozess,
2. zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
3. die in einem Konsensus für behandlungsbedürftig gehalten werden,
4. mit psychologischen Mitteln,
5. meist verbal, aber auch nonverbal,
6. in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeiten gemeinsam erarbeitetes Ziel
7. mittels lehrbarer Technik,
8. auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.
9. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.

Selbstverständlich muss diese Definition für eine Anwendung auf KPT-Verfahren leicht modifiziert werden; der vierte und der fünfte Punkte müssten lauten: „mit nonverbalen und verbalen Mitteln, die den Körper als Ausgangspunkt nehmen“. Zur klaren Definition der Körperpsychotherapieverfahren ist eine weitere Abgrenzung nötig. Eine Reihe psychotherapeutischer Verfahren verwenden unter anderem auch körperpsychotherapeutische Übungen bzw. so genannte „Körpertechniken“, wie beispielsweise die Gestalttherapie von Perls (1976) oder der systemtheoretische Ansatz von Virginia Satir (1972). Diese Verfahren zielen jedoch nicht in erster Linie darauf ab, auf die Psyche bzw. die Leib/Seele-Einheit über den Körper therapeutisch einzuwirken, wie bei den KPT im engeren Sinne. Vielmehr werden die jeweils verwendeten körpertherapeutischen Übungen als ein Element unter vielen betrachtet. Aus diesem Grund werden derartige Ansätze hier nicht berücksichtigt, sondern als „psychotherapeutische Verfahren, die auch körpertherapeutische Elemente beinhalten“, bezeichnet.

Im Hinblick auf den „Goldstandard“, nämlich „evidenzbasierte“ Therapieverfahren in der klinischen Versorgung mithilfe randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) zu etablieren, ergibt sich für die KPT derzeit folgendes Bild: Aus schulenspezifischer Perspektive kann insbesondere die Funktionelle Entspannung auf Studien verweisen, die auf eine gute Wirksamkeit hinsichtlich der psychischen und spezifisch somatischen Symptome bei Patienten mit Colon irritabile, funktionellen Herzbeschwerden, Asthma bronchiale, chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD), Spannungskopfschmerz und Zahnarztangst verweisen. Störungsspezifisch wurde die KPT als schulensübergreifende Interventionsstrategie insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen evaluiert; die randomisiert-kontrollierten Studien beziehen sich dabei interessanterweise hauptsächlich auf die Verbesserung relativ therapieresistenter Negativsymptome (Sozialverhalten, Psychomotorik und Affekt), ohne dabei eine Verschlechterung der Positivsymptomatik zu induzieren. Für den Bereich der Psychotherapieforschung wird in jüngerer Zeit darauf verwiesen, dass das „RCT-Paradigma“ klar definierte Grenzen hat. Slade und Priebe (2001) fassen dies in der Konsequenz für die Forschung wie folgt zusammen: „Mental health research needs to span both the natural and social sciences. Evidence based on RCTs has an important place, but to adapt concepts from only one body of knowledge is to neglect the contribution that other well-established methodologies can make.“ In diesem Sinne sind weitere empirische Indizien einer Wirksamkeit der KPT zusammenzufassen: Für die Bioenergetik wurden zwei katamnestic Studien bei Patienten mit unterschiedlichsten Störungen durchgeführt. Die Ergebnisse sprechen für einen potenziell positiven Einfluss auf Angst- und depressive Symptome sowie auf Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen, wobei sich im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie zeigte, dass sich die Angstsymptome verschlimmerten. Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) kann sich ebenfalls auf empirische Studien berufen, die zumeist katamnestic konzipiert sind. Seidler (2001) verweist in seiner Über-

sicht zum Stand der empirischen Forschung in der KBT auf 23 Studien, von denen 9 publiziert seien. Die Resultate der KBT-Studien, die entsprechend den eingangs beschriebenen Kriterien für diese Übersicht ausgesucht wurden, sprechen für einen spezifischen Effekt der KBT auf Störungen des Körpererlebens, insbesondere (Körper-) Selbstwahrnehmung und (Körper-)Selbst-Bild. Und schließlich werden hier Studien aus den Reihen der Tanztherapeuten diskutiert. Zwei Studien wurden in stationärem Setting mit multimodalem Therapieangebot und ohne Kontrollgruppen durchgeführt; sie können somit lediglich als erster Hinweis auf die Wirksamkeit der Tanztherapie bei psychosomatischen und essgestörten Patienten gewertet werden. Sowohl die beschriebene klinisch-kontrollierte Studie als auch die hauptsächlich auf Fall-Kontroll-Studien basierte „Metaanalyse“ zur Tanz-/Bewegungstherapie (DMT) legen nahe, dass DMT spezifisch wirksam sein könnte, wenn es um die Minderung der Angstsymptome geht. Trotz erster Hinweise auf die Wirksamkeit der KPT werden in der Zusammenschau zahlreiche Lücken im Bereich der körperpsychotherapeutischen Forschung sichtbar. Diese durchziehen die Bereiche der Konstrukt- und Hypothesenbildung, der Untersuchung spezifischer körpertherapeutischer Wirkfaktoren sowie das Feld der klassischen Wirksamkeitsnachweise und Kosten-Nutzen-Analysen. Die methodischen Mängel der katamnestischen Studien fallen unmittelbar ins Auge: Eine Manualisierung des Vorgehens wird selten beschrieben; darüber hinaus sind häufig Therapeuten selbst an der Erhebung von Outcome-Messungen beteiligt, oder die Evaluation basiert ausschließlich auf Selbsteinschätzungen derjenigen Patienten, die sich zu einer Teilnahme am Ausfüllen der Fragebögen bereit erklärten (keine unabhängige „Intention-to-treat“-Analyse); potenziell intervenierende Variablen wurden schlecht definiert oder gar nicht erfasst.

## **Die körperpsychotherapeutische Methode der Funktionellen Entspannung**

### *Definition*

„Die Funktionelle Entspannung ist eine Methode, das Unbemerkte im Körper zu bemerken“ (Thure von Uexküll, zit. nach Fuchs 1997).

Hier handelt sich um ein durch die Gymnastiklehrerin Marianne Fuchs inauguriertes tiefenpsychologisch orientiertes Körperpsychotherapieverfahren, bei dem über eine Modulation des Körpererlebens sekundär ein Entspannungsprozess in Gang gesetzt wird. Körperliche Symptome werden als unbewusster Ausdruck psychischer Spannungen und Konflikte verstanden. Durch Schulung der Körperwahrnehmung nach vorgegebenen Regeln, die sich an den Gesetzmäßigkeiten der vegetativ autonomen Regulation orientieren, können dem Patienten diese Zusammenhänge – ähnlich wie durch das Gespräch in den klassisch tiefenpsychologischen Verfahren – erlebbar gemacht werden. Die Körperwahrnehmung wird vom Patienten verbalisiert, wodurch im Sinne einer psychodynamischen Therapie unbewusste psychosomatische Fehlhaltungen bewusst gemacht werden können.

Seit der Einführung der Weiterbildungsordnung für den Bereich Psychotherapie hat die FE einen festen Platz als Zusatz- bzw. Zweitverfahren.

### *Historische Entwicklung*

Marianne Fuchs entdeckte das Verfahren der FE auf empirischem Weg, als sie im Jahr 1943 nach einer Methode suchte, um den durch eine obstruktive Bronchitis gestörten Atemrhythmus ihres einjährigen Sohnes zu beruhigen. Durch sanfte taktile Reize wie

vorsichtiges Handauflegen auf den Brustkorb sowie durch regulierende, an die Expirationsphase adaptierte Geräusche gelang es ihr, auf einer nonverbalen Kommunikationsebene Zugang zu unbewussten vegetativen Bereichen ihres Sohnes zu finden. Hierdurch konnte sie auf spielerischem Weg die spastisch gestörten Expirationsphasen ihres Kindes lockern und vertiefen (Fuchs 1982). Der Therapieeffekt bestand in einer „Korrektur gestörter Körperfunktionen über eine Rhythmusänderung“ (Fuchs 1997).

Ausgehend von diesem Erfolg wurde der Ansatz des atembasierten Therapieverfahrens mit Wirkung auf vegetative Systeme in Zusammenarbeit mit Ärzten der Heidelberger Universitätskliniken, unter ihnen auch Viktor von Weizsäcker, zu einem Körperpsychotherapieverfahren weiterentwickelt. Dieses wurde unter dem Namen „Atemrhythmisierende Entspannung“ erstmals 1949 in der Zeitschrift „Psyche“ publiziert (Fuchs 1982). Seit 1959 wird das Verfahren auch als Kurs bei den Lindauer Psychotherapiewochen angeboten.

Da sich das Verfahren zunehmend zu einem auf verschiedenen Ebenen wirksamen psychosomatischen Therapieverfahren entwickelt hatte und zudem den Atemrhythmus nur auf indirektem Weg beeinflusst, wurde 1972 die neue Bezeichnung „Funktionelle Entspannung“ eingeführt. Unter diesem Namen ist das Verfahren seitdem sowohl fester Therapiebestandteil vieler Psychosomatischer Fachkliniken und Abteilungen als auch Gegenstand zahlreicher Therapiestudien, die den Nutzen bei verschiedenen Indikationen belegen konnten.

#### *Methodisches Vorgehen unter tiefenpsychologischem Aspekt*

Eine umfassende Darstellung des methodischen Vorgehens findet sich in der Monographie „Funktionelle Entspannung“ von Marianne Fuchs (Fuchs 1997); einen praxisorientierten Modellkurs in Funktioneller Entspannung skizzieren Rosa und Rosa in ihrer Monographie „Psychosomatische Selbstregulation“ (Rosa 1976). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick gegeben.

Therapeut und Klient suchen in der ersten Begegnung gemeinsam nach leibhaften Störungen, die die Selbstheilungstendenzen einschränken. Möglichst symptomfern wird begonnen, den Patienten zur Wahrnehmung seines eigenen Körpers einzuladen. Ihm werden verschiedene kleine Bewegungsangebote gemacht, wie das dezente Fallenlassen einer Schulter oder das Bewegen der Zehen. Hierbei wird bereits ein wesentliches Charakteristikum der Funktionellen Entspannung deutlich. Sie beschränkt sich nämlich primär nicht darauf, das Symptom anzugehen, sondern versucht vielmehr, zusammen mit dem Patienten gesunde Anteile seines Körpers zu entdecken, ihnen in der Wahrnehmung Platz einzuräumen und so die Beschwerden, die insbesondere bei chronisch Kranken überdimensional repräsentiert sind, in neuer Relation zu sehen.

Dabei kennt die FE keine festgelegten Übungen – das, was der Patient aus den Angeboten macht, bestimmt den Therapieverlauf. Um dabei jedoch eine basale Struktur zu schaffen, wurden drei „Spielregeln“ entwickelt. Diese geben den Patienten eine Hilfestellung beim Üben und legen gleichzeitig auch die Reihenfolge jedes Angebots, Entspannen und Bewegen – Wiederholen – Nachspüren, fest:

1. Alles Bewegen, Entspannen und Empfinden beginnt im Aus(atmen). Vermittelt wird dies unter der Maxime „Tun im Lassen!“.
2. Alle Angebote mit ihren Bewegungen und Wahrnehmungen nur wenige Male wiederholen, zum Einen, um nicht in einen monotonen Übungsablauf zu verfallen, zum Anderen, um zu verhindern, dass mit häufigen Wiederholungen die Bewegungen zunehmend willkürlicher kontrolliert werden: „Weniger ist mehr!“
3. Sich Zeit nehmen, nichts tun und nachspüren. Wo wird etwas gespürt? Was genau wird wahrgenommen? Was tut sich, wenn man nichts mehr tut?

Im Laufe der Therapie wird körperliche Wahrnehmung auf vier große Bereiche fokussiert (vgl. Arnim 1994):

1. der Bezug zur Unterlage, zum Boden, als dem so genannten „äußeren Halt“;
2. das in der Funktionellen Entspannung als „Gerüst“ bezeichnete Skelett als „innerer Halt“;
3. die Innenräume des Körpers mit seinen Öffnungen und Verbindungen;
4. die Haut als Schutzhülle und Kontaktorgan.

Sukzessive werden auch die belastenden Symptome angegangen. Wichtig ist dabei stets die Verbalisierung des Gespürten durch den Patienten selbst. Er lernt nicht nur, differenzierter zu empfinden, sondern auch Worte dafür zu finden – ein Prozess, der schwierig sein kann, aber ein wichtiges Hilfsmittel ist, um psychosomatische Zusammenhänge zu erleben und zu verstehen. Der Patient kann im Dialog mit dem Therapeuten die Doppeldeutigkeit psychosomatischer Metaphern, wie der vor Angst zugeschnürten Kehle, dem vor Angst in die Hose gerutschten Herz oder vielen anderen, leibhaft erleben und die Veränderbarkeit bei wiederholtem Bewegen und Nachspüren erfahren. Dies kann als Analogon zum psychoanalytischen Prozess des Durcharbeitens verstanden werden.

Die FE sieht sich dabei der anthropologischen Medizin Viktor von Weizsäckers verpflichtet, der in seiner Gestaltkreislehre die Einheit von Wahrnehmen und Bewegen postuliert und dazu bemerkt: „Der Leib stellt die Seele, die Seele den Leib dar. Das Wichtigste in deren Wechselspiel ist, dass sie einander vertreten“ (Weizsäcker 1996).

Analog zu anderen tiefenpsychologischen Verfahren kann der Patient spüren, dass sein Symptom im Sinne eines primären oder sekundären Krankheitsgewinns auch bestimmte Funktionen erfüllen kann, für die im Lauf der Therapie Ersatz gefunden werden muss. Er merkt, dass Emotionen und Affekte stets auch eine somatische Komponente haben, dass aber auch somatische Stimuli, wie sie durch die FE gesetzt werden, umgekehrt zu emotionalen Reaktionen und teils überraschenden Erinnerungen führen können. Diese verbalisierten Erfahrungen werden analog den klassisch tiefenpsychologischen Verfahren durch den Therapeuten gespiegelt und behutsam gedeutet. Dies geschieht allerdings nur in begrenztem Ausmaß, um sie dann dem Patienten mit der Frage zurückzugeben, welche körperlichen Empfindungen denn diese Erkenntnisse wiederum hervorrufen. Somit wird auch hier das rhythmische Grundprinzip der FE verfolgt und ein Wechselspiel von Körpererfahrung und verbalem Austausch unterhalten.

Dieses „dialogische Beziehungsmodell“, das Viktor von Weizsäcker vertrat, unterscheidet sich von der ‚Versagenssituation‘ der klassischen Haltung eines Analytikers“ (Fuchs 1989).

In der FE erfolgt eine Verlagerung von der diakritischen zur coenästhetischen Wahrnehmung. „Spitz bezeichnet [...] die Merkmale der coenästhetischen Organisation als das Unbewusste. Er vergleicht die coenästhetische Organisation mit dem Primärvorgang, die diakritische Organisation mit dem Sekundärvorgang. In diesem Sinne ermöglicht die FE einen ‚Einstieg ins leibliche Unbewusste‘“ (Johnen und Müller-Braunschweig 1997).

Fuchs greift Freuds Begriff des „Es“ als dunklen, unzugänglichen Teil unserer Persönlichkeit auf und bezeichnet das Leibliche als tiefste Schicht des Unbewussten; dabei verwendet sie für das „leibliche Unbewusste“ in Analogie zu Freud das kleine „es“ (Arnim 1994).

Das „Unbemerkt im Körper zu bemerken“ formuliert von Uexküll (zit. nach Johnen und Müller-Braunschweig 1997) das heilsame Prinzip der FE und merkt dazu an: „Wir in der Psychoanalyse haben – mit Freud – immer gemeint, aus Es muss Ich werden. Ich glaube, es ist ebenso wichtig, dass aus Ich wieder Es wird“ (zit. nach Fuchs 1982).

### **Wie wirkt Funktionelle Entspannung?**

Die FE ist eine vom Atemrhythmus ausgehende, auf das Spüren kleiner und kleinster Bewegungen ausgerichtete Methode, die versucht, unbewusste Blockaden im Körper spürbar zu machen. Über im Verlauf der Therapie immer subtilere Gelenkbewegungen werden entsprechende Körperregionen fokussiert. Die feinen Bewegungen erfolgen in der Expirationsphase, wodurch diese akzentuiert wird. Ziel ist es, dass der Patient dazu befähigt wird, sich seinem natürlichen Atemrhythmus mit der ständigen Repetition von Ein und Aus zu überlassen. Dies ist der Fall, wenn der Patient von sich behaupten kann: „Es atmet mich.“ Das Atemprinzip wird bei der Funktionellen Entspannung nie direkt fokussiert, sondern „indirekt werden über ‚mehr Nachgeben‘ und ‚mehr Loslassen‘ Druckveränderungen wahrnehmbar, die auch das Zwerchfell von Fehlbelastungen befreien und es in seiner vitalisierenden Antriebswirkung stärken“ (Fuchs 1997).

Der Patient erlebt im Laufe des Therapieprozesses eine Entwicklung: weg von dem Bestreben nach willkürlicher Kontrolle der eigenen Körperfunktionen und hin zu einem auf Körpervertrauen basierenden Zulassen eigener selbstregulierender Potenzen (vgl. Müller-Braunschweig 1996).

Auf physiologischer Ebene lässt sich dieser Prozess hypothetisch dadurch erklären, dass durch die atemsynchronen kleinen Bewegungsreize zum Einen die sensorischen Afferenzen der Propriozeption trainiert und zum Anderen spontan aktive Schrittmachernuronen im Hirnstamm aktiviert werden. Über die Vernetzung von Hirnstamm, Hypothalamus und Formatio reticularis werden neben dem autonomen Atemrhythmus auch zahlreiche andere vegetative Muster wie Blutdruck, Peristaltik, Salivation oder auch der Bronchialwiderstand (vgl. Loew 1993; Loew 1996a; Loew 1996b; Loew 1996c) günstig beeinflusst.

Zwar weist das für emotionales Erleben wesentliche und von MacLean (1949) als „visceral brain“ bezeichnete limbische System „kaum direkte viszeroafferente Zuflüsse auf“ (Elbert und Schandry 1997), es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass „Informationen über den Zustand der inneren Organe [...] über die zahlreichen Faserverbindungen mit dem Hypothalamus fließen“ (Elbert und Schandry 1997), womit die von der FE genutzte Kopplung von Interozeption, vegetativen Rhythmen und emotionalem Erleben ihre neuroanatomische Grundlage findet.

Bemerkenswert scheint in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass für die Amygdala, die beim Erleben von Angstgefühlen eine wesentliche Rolle spielen, zumindest im Tiermodell sowohl direkte als auch indirekte Projektionen kardialer Afferenzen beschrieben wurden (vgl. Berkley und Scofield 1990).

Während bei anderen Verfahren, zum Beispiel beim Autogenen Training, hauptsächlich der Parasympathikus gestärkt, also die vegetative Funktion gezielt in eine Richtung verschoben wird, was im Fall des Autogenen Trainings sogar eine Zurücknahme der Entspannung am Ende einer Therapieeinheit erfordert, kann mit der Funktionellen Entspannung eine „vegetative Balancierung“ (Arnim 1992) erreicht werden. Das expirationsgebundene innere Loslassen stellt eine passagere Aktivierung des Parasympathikus dar, während über die kleinen Bewegungsreize wiederholte sympathische Stimuli gegeben werden. Hierdurch wird der Entspannungszustand beschränkt, eine zu intensive Entspannung im Sinne einer hypnoiden Versenkung vermieden und ein „Gleichgewicht von ‚Abgeben‘ und ‚Aufnehmen‘ an einer zentralen Stelle entwickelt“ (Fuchs 1997).

Die FE ist somit kein reines Entspannungsverfahren, sondern versucht vielmehr, das bei jedem Patienten individuell verschiedene, für seinen Lebensstil passende eutonische Gleichgewicht von Anspannen und Entspannen zu finden und flexibel zu regulieren. Marianne Fuchs (Fuchs 1997) zitiert in diesem Zusammenhang den Schriftsteller

Novalis: „Stärke lässt sich durch Gleichgewicht ersetzen – und im Gleichgewicht sollte jeder Mensch bleiben –, denn dies ist eigentlich der Zustand seiner Freiheit.“

„Ein System muss jedoch, um zu arbeiten, nicht im Gleichgewicht sein, wohl aber ständig auf dem Wege, es herzustellen“ (Menninger 1974).

Ein wesentliches Element der theoretischen Fundierung der Funktionellen Entspannung ist dabei das Phänomen der Propriozeption, denn die „Aktivität der Propriozeptoren ist physiologische Voraussetzung für die Entstehung der (psychologischen) ‚Raum-Zeit-Gestalt‘ unseres Körpers, des sog. ‚Körperschemas‘. [...] Die Fähigkeit zur Propriozeption ist somit die Grundlage unserer Selbstgefühle“ (Fuchs 1997). Die von dem Neurologen Oliver Sacks als sechster Sinn bezeichnete Propriozeption wird von Fuchs in den psychosomatischen Bereich erweitert.

Der Brückenschlag von einfacher Körperwahrnehmung zur emotional-affektiven Ebene lässt sich neurophysiologisch durch die gut erforschten Verbindungen von Formatio reticularis und limbischem System erklären (Leonhardt und Töndury 1987; Arnim 1996). Doch nicht nur körpernahe Erfahrungen wie das oft als befreiend erlebte „Tun im Lassen“ oder das anregende Moment der kleinen Bewegungen können hierdurch begründet werden, auch die für die FE charakteristische tiefenpsychologische Dimension findet hier ihr funktionell neurobiologisches Fundament.

### **Funktionelle Entspannung im Spiegel der Wissenschaft**

In ihrer über 50-jährigen Geschichte hat sich für die FE ein breiter Indikationsbereich herauskristallisiert. Nach Johnen (Johnen 1993) sind dies neurotische Störungen (z.B. Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen mit Störungen des Selbstgefühls), psychosomatische Störungen (wie funktionelle Störungen oder Neurodermitis), aber auch somatopsychische Erkrankungen (wie z.B. onkologische Erkrankungen).

In zahlreichen Einzelfallstudien werden positive Erfahrungen auch bei Patienten mit Migräne, Hypertonie, Obstipation, Sprechstörungen, Erythrophobie, Anorexia nervosa, Menstruationsstörungen, klimakterischen Beschwerden, Hyperventilationstetanie, sexuellen Funktionsstörungen oder depressiven Störungen berichtet (Fuchs 1980; Fuchs 1985; Fuchs 1997; Klotz-Wiesenhütter 1982; Arnim 1992; Johnen 1993; Müller-Braunschweig 1996; Uexküll und Fuchs 1997).

Auch für funktionelle Herzbeschwerden sind Einzelfälle erfolgreicher Therapie mit FE dokumentiert (Fuchs 1997), es fehlen jedoch wie den meisten der oben aufgeführten Indikationsgebieten systematische Therapieevaluierungen.

Wissenschaftliche Evidenz bieten mehrere placebokontrollierte Arbeiten (Loew 1993; Loew 1996a; Loew 1996b; Loew 1996c), in denen die Arbeitsgruppe um Loew zeigen konnte, dass bereits durch kurze Einweisungen in Elemente der FE der Bronchialwiderstand bei Asthmatikern ebenso wirkungsvoll verringert werden konnte wie durch inhalative  $\beta_2$ -Sympathomimetika.

Ausgehend von diesen Arbeiten wurde in den letzten Jahren in mehreren randomisierten, kontrollierten klinischen Studien die Wirksamkeit der FE weiter evaluiert. Geprüft wurde die Anwendung im Einzel- als auch Gruppensetting mit einer variablen Therapie-dosis von einmaliger Kurzintervention bis zu 10-stündiger manualisierter Therapie.

Ausgehend von früheren Arbeiten (Loew et al. 1993, 1996a,b,c, 2001) wurde die Wirksamkeit bei Asthma bronchiale untersucht – in Erweiterung der bereits vorliegenden Arbeiten wurde in der aktuellen Studie auch die Langzeitstabilität der Effekte (Lahmann 2009a) sowie die Veränderung des Gesamt-IgE im Plasma (Lahmann 2009b) als psychoneuroimmunologische Variable untersucht. Darüber hinaus wurde die Effektivität

der Funktionellen Entspannung bei Zahnarztangst (Lahmann 2008b), einem sowohl klinisch als auch epidemiologisch bedeutsamen Phänomen, und bei somatoformen Beschwerdebildern – funktionellen Herzbeschwerden (Lahmann 2008a) und Reizdarmbeschwerden (Lahmann 2009c) – geprüft.

Die Ergebnisse belegen übereinstimmend eine gute klinische Wirksamkeit der Funktionellen Entspannung mit großen Effektstärken, und dies auch unter kontrollierten Bedingungen. Neben der subjektiven Befindlichkeit konnte bei Asthma-Patienten auch eine signifikante und klinisch relevante Besserung von Lungenfunktionsparametern und des Gesamt-IgE gezeigt werden.

Während die FE bei Patienten mit Zahnarztangst der Vergleichsintervention mit Audioanalgesie, vor allem bei hohem Angstniveau, deutlich überlegen war, war bei Asthma-Patienten die Vergleichsintervention mit Geleiteter Imagination in ihrer Wirksamkeit der Funktionellen Entspannung vergleichbar.

Künftige Studien werden daher vor allem versuchen, spezifische Wirkfaktoren der Funktionellen Entspannung inklusive psychophysiologischer Wirkmechanismen zu identifizieren, um in Abgrenzung zu anderen psychotherapeutischen und körperpsychotherapeutischen Methoden eine Differentialindikationsstellung zu ermöglichen. In diesem Kontext sind auch Studien geplant, die prädiktive Variablen für ein positives Ansprechen auf Körperpsychotherapie im Allgemeinen und Funktioneller Entspannung im Speziellen identifizieren sollen.

Unter Berücksichtigung der langjährigen klinischen Erfahrung und der weiten Verbreitung des Verfahrens (vgl. Dietrich 1995) kommt der Funktionellen Entspannung, insbesondere auch unter Berücksichtigung der umfangreichen theoretischen Fundierung und der günstigen Kosten-Nutzen-Relation, ein Platz als etabliertes Therapieverfahren in der Psychosomatik zu.

## Literaturverzeichnis

- Andritzky W. Unkonventionelle Heilweisen an psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 1996; 58: 21–30.
- Arnim A v. Der Zugang zur FE: Zur Wirkung der drei Spielregeln der FE auf die subjektive Anatomie. In: *Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft FE* 1992: 14.
- Arnim A v. FE – psychotherapeutisches Seminar. *Fundamenta Psychiatrica* 1994; 8: 196–203.

- Arnim A v. Funktionelle Entspannung. In: Herrmann JM (Hrsg). Funktionelle Erkrankungen. München: Urban & Schwarzenberg 1996: 205–219.
- Berkley KJ, Scofield SL. Relays from the spinal cord and solitary nucleus through the parabrachial nucleus to the forebrain in the cat. *Brain Research* 1990; 529: 333–338.
- Dietrich S. Atemrhythmus und Psychotherapie. Medizinische Dissertation. Bonn 1995.
- Doubrawa R. Integration körpertherapeutischer Methoden in die (stationäre) Verhaltenstherapie psychosomatischer Patienten? *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1991; 13: 54–59.
- Elbert T, Schandry R. Herz und Hirn. Psychophysiologische Wechselwirkungen. In: Hahlweg K, Ehlers A (Hrsg). *Psychische Störungen und ihre Behandlung*. Göttingen: Hogrefe 1997: 427–477.
- Fuchs M. Überlegungen zur Migräne und ihrer Behandlung durch Funktionelle Entspannung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1980; 26: 347–356.
- Fuchs M. FE. Ein psychosomatisches Therapieverfahren bei Patienten mit funktionellen Störungen. Heidelberg: Springer 1982.
- Fuchs M. Funktionelle Entspannung in der Kindertherapie. München: Reinhardt 1985.
- Fuchs M (1989). Beziehung und Deutung in der FE. Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Berlin: Springer.
- Fuchs M. Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. Stuttgart: Hippokrates 1997.
- Green B. Körpertherapie. In: Corsini JR (Hrsg). *Handbuch der Psychotherapie*. München: Psychologie Verlags Union 1987: 513–528.
- Johnen R. Funktionelle Entspannung. *Naturheilkunde Loseblattsammlung*. Heidelberg: Springer 1993.
- Johnen R, Müller-Braunschweig H. Psychoanalytische Aspekte der Funktionellen Entspannung. In: Fuchs M (Hrsg). *Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens*. Stuttgart 1997: 143–168.
- Klotz-Wiesenhütter M. Selbstfindung über den Leib – FE als tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. Stuttgart: Hippokrates 1982.
- Lahmann C, Loew TH, Tritt K, Nickel M. Efficacy of functional relaxation and patient education in the treatment of somatoform heart disorders: a randomized, controlled, clinical investigation. *Psychosomatics* 2008a; 49: 378–385.
- Lahmann C, Schoen R, Henningsen P, Ronel J, Loew T, Tritt K, Nickel M, Doering S. Functional relaxation in comparison to audioanalgesia in the treatment of dental anxiety: a randomized, controlled, clinical investigation. *JADA* 2008b; 139: 317–324.
- Lahmann C, Nickel M, Schuster T, Sauer N, Ronel J, Noll-Hussong M, Tritt K, Nowak D, Röhrich F, Loew T. Functional relaxation and hypnotherapeutic intervention as complementary therapy in asthma: a randomized, controlled clinical trial. *Psychother Psychosom* 2009a; 78: 233–239.
- Lahmann C, Henningsen P, Schulz C, Schuster T, Sauer N, Noll-Hussong M, Ronel J, Tritt K, Loew T. Effects of functional relaxation and hypnotherapeutic intervention on IgE in dust-mite allergic adult asthmatics: a randomized, controlled clinical trial, *J Nerv Ment Disord* 2009b, in press.
- Lahmann C, Röhrich F, Sauer N, Noll-Hussong M, Ronel J, Henrich G, Nickel M, Tritt K, Loew T. Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial. *J Altern Complement Med* 2009c, in press.

- Leonhardt H, Töndury G (Hrsg). Rauber/Kopsch. Anatomie des Menschen. Nervensystem, Sinnesorgane. Stuttgart: Thieme 1987.
- Loew TH. Reproduzierbare Broncholyse durch FE bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. Atemwegs- und Lungenerkrankungen 1993; 7: 374–375.
- Loew TH. Die Wirkung von FE bei akuter Bronchokonstriktion – vergleichbar mit dem Effekt eines Sympathomimetikums. Forsch Komplementärmed 1996a; 3: 110–115.
- Loew TH. Die Wirkung von FE im Vergleich mit Salbutamol und einem Placebo-Entspannungsverfahren bei akutem Asthma bronchiale. Monatsschrift Kinderheilkunde 1996b; 144: 1357–1363.
- Loew TH, Siegfried W (1996c). ‚Functional relaxation‘ reduces acute airway obstruction in asthmatics as effectively as inhaled terbutaline. Psychother Psychosom 1996c; 65: 124–128.
- Loew TH, Tritt K, Siegfried W, Bohmann H, Martus P, Hahn EG. Efficacy of ‚functional relaxation‘ in comparison to terbutaline and a ‚placebo relaxation‘ method in patients with acute asthma. A randomized, prospective, placebo-controlled, crossover experimental investigation. Psychother Psychosom 2001; 70: 151–157.
- MacLean PD (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain. Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. Psychosom Med 1949; 11: 338–353.
- Menninger K. Das Leben als Balance. München: Kindler 1974.
- Moser T. Der Körper in der Psychotherapie und die Angst vor der Sexualisierung. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1991; 36: 283–296.
- Müller-Braunschweig H. Körperorientierte Psychotherapie. In: Adler RH (Hrsg). Uexküll. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg 1996: 464–476.
- Oberdalloff HE. Informationsvermittlung und körperbezogene Therapie in der psychosomatischen Behandlung chronifizierter funktioneller Störungen. Psychother med Psychol 1984; 34: 17–19.
- Perls F. Grundlagen der Gestalttherapie. München: Pfeiffer 1976.
- Röhrich F. Die körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe 2000.
- Rosa KL. Psychosomatische Selbstregulation. Stuttgart: Hippokrates 1976.
- Satir V. People making. Palo Alto: Science and Behavior Books 1972.
- Schnell F. Bioenergetik: Körper und Seele befreien. In: Stalman R (Hrsg). Kindlers Handbuch der Psychologie. München: Kindler 1982: 420–424.
- Seidler KP. Konzentrative Bewegungstherapie (KBT): Ergebnisse der empirischen Forschung. Psychotherapeut 2001; 46: 223–231.
- Slade S, Priebe S. Are randomised controlled trials the only gold that glitters? Brit J Psychiatry 2001; 179: 286–287.
- Strotzka H. Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban und Schwarzenberg 1975.
- Uexküll T, Fuchs M (Hrsg). Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer 1997.
- Weizsäcker V. Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Stuttgart: Thieme 1996.

Frank Röhricht

## Die Bedeutung des Körpers für Psyche und Therapie - eine Liaison mit Hand und Fuß

Es ist mir eine besondere Ehre anlässlich des 100. Geburtstages von Marianne Fuchs heute einen Beitrag leisten zu können und insofern möchte ich natürlich zunächst auch meine Glückwünsche – selbstverständlich mit Hand und Fuß – überreichen.

An den Beginn meines Vortrages habe ich ein Zitat von Gustl Marlock gestellt, der im ‚Handbuch der Körperpsychotherapie‘ schrieb: „Die Geschichte der Körperpsychotherapie ist auch Teil der Geschichte der Psychotherapie als Ganzem. Umgekehrt kann die Geschichte der Psychotherapie umfassend nur verstanden werden, wenn das Schicksal des Körpers in ihr mitreflektiert wird“ (Marlock und Weiss 2006, S. 15).

Wenn man vom „Schicksal des Körpers“ spricht, drängt sich eine Assoziation an das Turiner Grabtuch auf, eine Anspielung auf die Frage, ob und in welcher ver/entkörperter Weise Jesus die Kreuzigung überlebt haben mag. Aber natürlich beziehe ich mich hier auf die Frage der unterschiedlichen Rollenzuweisungen im Sprachgebrauch des Körper-Begriffes, also auf dessen Bedeutung für das, was als sinnhafter Aufbau der sozialen Welt beschrieben wird.

In der psychosomatischen Fachliteratur z.B. wird auf den Körper in sehr unterschiedlicher, unsystematischer Weise Bezug genommen:

- “Der Körper - ein Symbol des Unbewußten?” (Bittner 1992)
- “Der unheimliche Körper” (Müller-Braunschweig 1992)
- “Der Körper, den ich habe - Der Leib, der ich bin” (Graf Dürckheim 1982)
- “Der Körper als Substrat: Wahrnehmen-Erinnern-Verändern” (Loew 1995)
- “Psychosomatik als Suche nach dem verlorenen lebenden Körper” (v. Uexküll 1991)

Betrachtet man hingegen die Rolle des Körpers in der bildenden Kunst der westlichen Welt, lässt sich ein soziologisch interessanter Wandel beschreiben: von einer den Körper darstellenden Kunst, über eine sich **mit** dem Körper beschäftigenden hin zu einer sich **am** Körper ereignenden Kunst, wobei letztere z.B. in den sog. Naturvölkern schon immer eine Rolle spielte.

Die „Venus von Willendorf“ ist wahrscheinlich die älteste prähistorische figurative Darstellung einer Frau - geschätzt wird die Herkunft auf ca. 23000 v.C.. Das in dieser Figur dargestellte idealisierte weibliche Körperbild unterscheidet sich zweifelsfrei erheblich von den anorektisch anmutenden neuzeitlichen Idealtypen und betont Aspekte der Fruchtbarkeit und des Status; spekuliert wird auf eine „Mutter-Erde“ Darstellung:

“She evidently did not need to gather, or hunt, but must have been catered to and had her needs met by others” (Wikipedia.org). Im Kontrast dazu erscheinen die maßlos überzeichneten Extremformen zeitgenössischer Idealisierung eher auf den stählernen, phallisch-patriarchalischen, hochtechnologisch aufgerüsteten Körper zu verweisen.

Darüber hinaus sind die in vielfältiger Weise zu beschreibenden Unterwerfungen des Körpers als kulturell-gesellschaftliche Instrumentalisierungen oder im engeren Sinne auch Politisierungen zu beschreiben:

- Ein Werbeträger und Konsumgegenstand (Wirtschaft)
- Ein Ort der Sünde (Religion)
- Ein Haltebecken unterdrückter Impulse (Psychoanalyse)
- Etwas, was man medizieren oder reparieren muss und als Ersatzteillager benutzen kann (Schulmedizin)
- Etwas, was man durch Diät, Übungen und/oder Entgiftung zur Perfektion bringen kann (Zeitgeist)
- Etwas, was man durch Selbstdisziplin, Glaube, Meditation überwinden kann (Esoterik)
- Ein Objekt der Begierde mit Gebrauchswert (z.B. Pornographie)
- Ein Objekt, das man in die Luft sprengen kann (Terroristen)

Seit etwa Mitte der 70er Jahre erkennt auch die Soziologie den Körper als Thema:

- Die Klassiker: Foucault's "diskursiver Körper" (konstruiert durch gesellschaftliche Diskurse); Bourdieu's "Körper als Kapital" (Talent, Gesundheit, Stil, Ausdauer, Disziplin und Schönheit); Elias' "zivilisierter Körper"
- Der Körper als Kultobjekt im Dienste des Personenkults (Medium der Individuierung): body-building; ästhetische Chirurgie, Anti-Aging, Tattoo und Piercing, Klonen/genetisches "ideal match"
- Staatliche Kontrolle des Körper-Individuums: Biometrie, Genetik

Schließlich spielt der materielle Körper und subjektiv ge/erlebte Leib eine zentrale Rolle in der Philosophie. Spätestens mit Descartes kam es dabei zu einer folgenschweren Differenzierung von psychischem und körperlichem Erleben im Dualismus: Descartes schuf im 17. Jahrhundert unter dem vielzitierten Stichwort des ‚Cogito ergo sum‘ eine grundlegende Unterscheidung zwischen dem Mentalen (*res cogitans*) und dem Physischen (*res extensa*). Der monistische Materialismus führte dann zunächst sozusagen den Körper-Leib vom Regen in die Traufe: der Geist/die Psyche sei eine Ausdehnung des Körpers, d.h. biochemische Reaktionen determinieren das Verhältnis psychischer zu körperlicher Realität, was dann später gipfelte in dem sogenannten „decade of the brain“. Schließlich Spinoza's Konzeption einer parallelen Manifestation ein und derselben Substanz – im engeren Sinne ebenfalls eine Spielart des Monismus. Jedoch verwies diese Schule des Denkens mit der Betonung der emotionalen Dimension immerhin auf ein neues Paradigma einer erlebnisorientierten Definition des Selbst: Ich fühle, also bin ich?!

Aus Sicht der Körperpsychotherapie (KPT) fügen sich an dieser Stelle die häufig zitierten phänomenologischen Leibphilosophen nahtlos ein, die den Aspekt der Erfahrung in den Mittelpunkt stellen. Sie geht in ihrem Leibverständnis von einem natürlichen Körper aus:

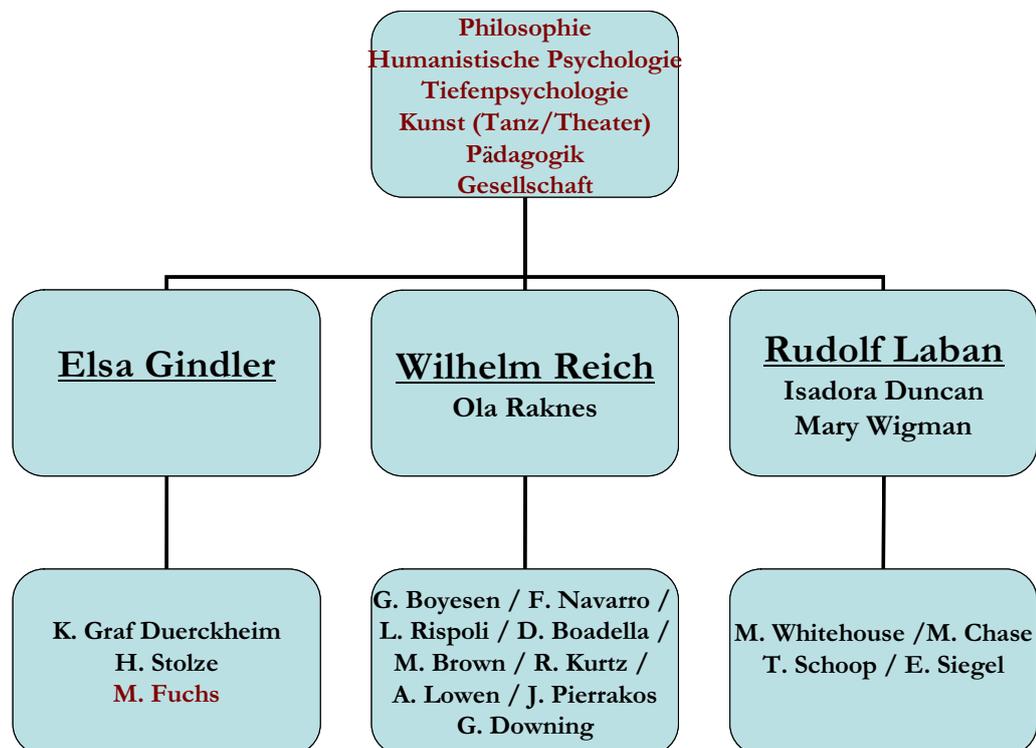
- „Indem ich Leib bin, habe ich einen Körper - aber zugleich verfüge ich nur scheinbar über diesen Körper, eben weil ich Leib bin.“ (*Merleau-Ponty 1966*)
- “Denn nur unzerspalten, als sich innen wie außen, physisch, psychisch wie geistig – gleichsam dreidimensional – entfaltende Einheit leiblicher Präsenz ist die Existenz zu erfragen” (*Marcel 1985*)
- Leib als Orientierungsnullpunkt, Bedingung für Psycho(patho)logie, Organ der Spontanität, Bezugsfeld des Empfindens, Ausdrucksorgan und Artikulationsstelle zwischen Selbst und Welt (*Blankenburg 1982*)

Unabhängig von diesen Spielarten geisteswissenschaftlich oder politisch bestimmter Definition und Darstellung der Funktionalität des Körpers sind einige wissenschaftliche Erkenntnisse zur Bedeutung des Körpers für die Psyche herauszustellen:

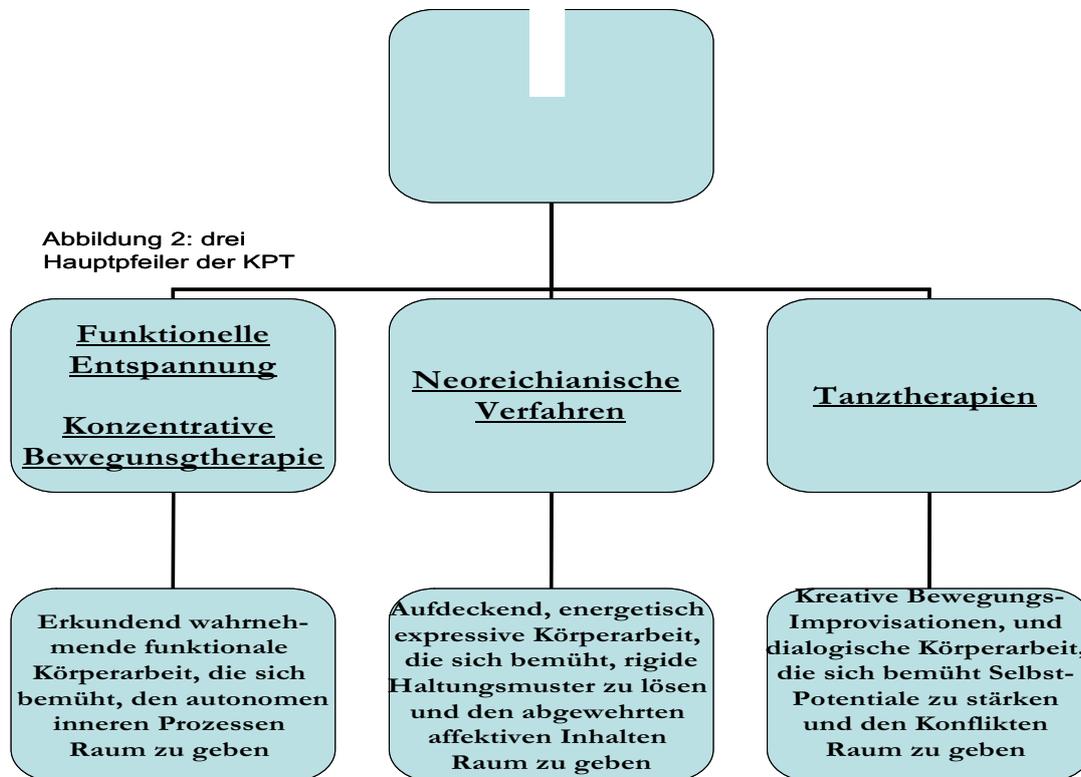
- Bewegung und emotionale Erfahrung sind biologisch und in der Erfahrung eng miteinander verbunden: 'a moving experience'.
- Die Modifikation der Mimik und Gestik beeinflusst das emotionale Befinden (Ekman 1974)
- Spiegelneurone: Die Entdeckung dieses allgemeinen funktionalen Mechanismus von Körperbewusstsein und des sozialen Verständnis verweist auf eine zentralnervöse Grundlage für Empathie im Sinne einer "verkörperten Simulation" (i.e., Gallese 2005)
- Bewegungsplanung und Verhalten sind eng bezogen auf die Aspekte der Körpererfahrung (insbesondere Körperschema/-wahrnehmung und Körperbild (Buytendijk 1971, Lausberg 2009))

Damit kehren wir zum Ausgangspunkt und dem Eingangszitat zurück und können uns vor diesem Hintergrund die Frage stellen: Wie kam der Körper in die Psychotherapie? Dabei lassen sich abgesehen von den dargestellten philosophischen Hintergründen drei historisch zu differenzierende motivationale Leitlinien zu Beginn des 20. Jahrhunderts identifizieren, allesamt Reformbewegungen als Antwort auf körperfeindliche, rigide Strukturen: Leibpädagogik und Reformbewegungen (Körperkulturen /Lebensreformbewegung), Reformbewegungen in der Psychoanalyse und Reformbewegungen im Ausdruckstanz.

Diese Leitlinien verknüpfen sich mit den zumeist in der Literatur herausgestellten Urmüttern und Vätern der KPT und deren Schüler; eine bedeutende Begründerin der KPT feiern wir heute hier.



Gleichzeitig lassen sich dementsprechend m.E. drei Hauptpfeiler im Verbund der KPT identifizieren, die – trotz erheblicher methodischer Überschneidung – unterschiedliche interventionelle Schwerpunkte verfolgen.



Und doch stellen sich bei genauerer Betrachtung der jeweiligen schulenspezifischen Ansätze erhebliche Zweifel, ob die begriffliche Vielfalt mit der Vielzahl an Schulen tatsächlich gerechtfertigt ist (siehe hierzu Übersicht in Röhricht 2000). Unter der Prämisse einer integrativen KPT möchte ich nun das Feld sichten und systematisch darstellen.

Zunächst einige basale Fakten: unter dem Stichwort „Body Psychotherapy“ bzw. „Körperpsychotherapie“ wirft eine Internet-Suchmaschine wie ‚Google‘ insgesamt mehr als 450000 Treffer aus, dabei sind alle 765 dargestellten Seiten relevant im Sinne des Suchbegriffes. Die amerikanische Gesellschaft für KPT (USABP) mit über 500 Mitglieder und die europäische Gesellschaft (EABP) mit mehr als 600 Mitgliedern in 21 Ländern sowie die Tatsache, dass ein „peer-reviewed journal“ herausgegeben wird und internationale Kongresse regelmäßig veranstaltet werden, verweisen auf eine wachsende Relevanz und Präsenz der KPT. In den USA wird sie zudem an vier Universitäten unter dem Stichwort „Somatic Psychology“ in Master-Studiengängen gelehrt.

Demgegenüber zeigt eine Internet-Suche zu Publikationen in einer der etablierten medizinisch-psychologisch wissenschaftlichen Datenbanken nahezu kaum Suchergebnisse: ‚Medline‘ 20 Treffer (1 relevant); ‚PsyInfo‘ 189 Treffer (8 relevant). Es gibt weiterhin keine staatliche Akkreditierung für eine der KPT-Ausbildungen und der Terminus ist nicht einheitlich etabliert. Die KPT ist wenigen Ausnahmen (z.B. Lindauer Psychotherapie-Tage) nicht auf mainstream Kongressen repräsentiert und es gibt keine speziell definiertes Berufsbild für Körperpsychotherapeuten.

Trotz dieser erheblichen Evidenz-Schere ist die KPT in deutschsprachigen Ländern im klinischen Bereich dennoch gut etabliert. Es gibt ausgewiesene Stellenanzeigen, zumeist für den Bereich psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken. Aber von außen betrachtet ist weiterhin eine ausgeprägte babylonische Sprachverwirrung zu verzeichnen. Die historisch begründete, besondere Methodenvielfalt in der KPT ist paradoxer Ausgangs- und Endpunkt eines Dilemmas, dessen Überwindung für ihr Überleben in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft essentiell sein wird.



In der Wochenzeitung „Zeit“ vom 31. Juli 2003 gab es einen Artikel zur Tagung ‚Zukunft in der Psychotherapie‘, überschrieben war dieser Beitrag mit dem Titel: „Mea culpa-Psychotherapeuten üben etwas Neues. Sie üben Selbstkritik“. Weiterhin ist zu lesen: „Ein Berufsstand, unfähig zur Selbstkritik, zerstritten, unbelehrbar, resistent gegen jede wissenschaftliche Erkenntnis: das sind Psychotherapeuten. Alles nur Vorurteile? Von wegen!“ Zitiert wurde Markus Pawelzik, leitender Arzt der Dornier-Klinik, der darauf verwies, dass vor allem der Streit der Schulen, der von ihm so bezeichnete Berufsantagonismus, überwunden werden müsse.

Angesichts der unüberschaubaren Vielfalt vermeintlich differenzierter Therapieangebote ist dies für die KPT-Szene in besonderer Weise wichtig.

Von innen betrachtet – aus einer Insider-Perspektive – ist das Feld jedoch mittlerweile gut systematisiert beschrieben worden (z.B. Marlock & Weiss 2006, Röhricht 2000 und 2009a): erstens entlang der historisch abgeleiteten Hauptlinien (Bewegungstherapien, Tanztherapien und Reichianische/Neoreichianische Verfahren), zweitens im Hinblick auf eine Anwendung körperorientierter Interventionen im Rahmen der Richtlinienverfahren (tiefenpsychologische Psychotherapie - analytische Körperpsychotherapie, kog-

nitive Verhaltenstherapie/Körperverhaltenstherapie und Gesprächstherapie) und drittens entlang der Ausrichtung der Hauptwirkkomponenten (funktional-übungszentriert, konfliktorientiert-aufdeckend oder auf Verhaltensänderung ausgerichtet, beziehungs-/wahrnehmungs-/bewegungs-/affekt-orientiert).

In theoretischer Hinsicht beziehen sich nahezu alle KPT- Schulen auf folgende Grundlagen:

- Phänomenologie des Leiberlebens
- Spezifische Störungen des Körpererlebens
- Entwicklungspsychologische Modelle / moderne Säuglingsforschung
- Neurowissenschaft (insbesondere „affective neuroscience“)

Insbesondere Letztere rückt mehr und mehr in den Vordergrund, daher hier einige Anmerkungen:

Die Grundannahme wird von Cozolino (2002) wie folgt definiert: “Aus der Perspektive der Neurowissenschaft kann Psychotherapie als eine spezielle Art einer angereicherten Umwelt verstanden werden, konstruiert, um das Wachstum der Neuronen und die Integration neuronaler Netzwerke zu verstärken”.

Dabei sind 3 Prämissen unterlegt:

- Plastizität: Neuronale Strukturen und Prozesse werden von Lebenserfahrungen mitbestimmt/modifiziert
- Synergetik: Lehre vom Zusammenwirken; das Gehirn als Beispiel für ein selbstorganisiertes, dynamisches System mit Wechselwirkungen der Elemente
- Emotionale Steuerung: limbisches System an allen Vorgängen wie Wahrnehmung, Gedächtnis, motorischer Koordination beteiligt

Cozolino arbeitete des Weiteren jene Faktoren heraus, die im Sinne des neurowissenschaftlichen Paradigmas psychotherapeutisch wirksam werden, indem sie neuronales Wachstum und Integration verstärken:

1. Erlangen neuer Information und Erfahrung in den Dimensionen Kognition, Emotion, Sensorik und Verhalten
2. Simultane oder alternierende Aktivierung der neuronalen Netzwerke, die inadäquat integriert sind
3. Integration des konzeptuellen Wissens mit den emotionalen und körperlichen Erfahrungen

Insofern möchte ich vorschlagen, die zentralen Wirkprinzipien in der KPT im Sinne eines Modells wie folgt zu skizzieren:

Die erlebnisorientierte, prozesshafte Erweiterung und Fokussierung des Selbsterlebens in Richtung auf eine komplexe Realität des Körper-Leib-Erlebens („Embodiment“) führt über eine Mobilisierung der emotionalen und vorsprachlichen Aspekte der Konflikte zu einer krisenhaften (teils kathartischen) Destabilisierung; hier setzt über korrigierende Körpererfahrungen eine integrative selbstorganisierte Neu-Ordnung der Reaktions- und Verhaltensweisen ein.

W.G. Seebald (2001) beschrieb diese Erfahrung sehr eindrucksvoll in einer Szene seines Romans ‚Austerlitz‘: „...und vollends wie ich, Schritt für Schritt bergan steigend, die unebenen Pflastersteine der Sporkova unter meinen Füßen spürte, war es mir, als

sei ich auf diesen Wegen schon einmal gegangen, als eröffnete sich mir, nicht durch die Anstrengung des Nachdenkens, sondern durch meine so lange betäubt gewesenen und jetzt wiedererwachten Sinne, die Erinnerung“ (S. 216)

Darüber hinaus lassen sich m.E. folgende interventionelle Grundgemeinsamkeiten für das Spektrum der KPT-Schulen identifizieren:

- der Körper und sein Erleben gilt als wichtiges diagnostisches Medium („felt sense“, Resonanz)
- die therapeutische Beziehung ist interaktiv erlebens-zentriert
- Körperausdruck, -Spontaneität und Bewegungsfluss werden therapeutisch genutzt („authentic movement“)
- es erfolgt eine Betonung der gesunden Persönlichkeitsanteile/Ressourcen bzw. der Selbstregulation im Körpererleben
- zentral ist die Arbeit mit Spannungsbögen und Affektregulation
- schließlich kommt es zum Erarbeiten korrigierender Körpererfahrungen

KPT wird mittlerweile im klinischen Bereich für eine Vielzahl von Störungen eingesetzt und auch teils störungsspezifisch dargestellt (z.B. Röhrich 2009b): somatoforme Störungen, Angsterkrankungen und Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, schizophreniforme Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Ess-Störungen, diverse (u.a. Stottern). Das therapeutische Setting ist ebenfalls vielfältig; in Abhängigkeit vom Erfahrungshintergrund des jeweiligen Therapeuten bzw. anderen Faktoren kommt KPT zum Einsatz als Gruppentherapie (insbesondere somatoforme und psychotische Erkrankungen), individuelle Therapie (diverse), in der Prävention, psychosomatischen Rehabilitation, psychiatrisch-stationären Akutbehandlung, in privaten Psychotherapie-Praxen und als Wochenend-Workshop. Auch Nebenwirkungen und Kontraindikation in der Anwendung körperorientierter Interventionen sind mittlerweile gut beschrieben. Was vordergründig plausibel erscheint, kann sich zur falschen Zeit am falschen Patienten als folgenschwer falsch erweisen: erlebnisorientierte Therapien können traumatische Erfahrungen mobilisieren (primärprozesshaft, emotional); kontemplativ-meditative Techniken fördern zum Teil regressive Tendenzen; und bei einer bereits vorbestehenden Tendenz zum „Acting Out“ bei Patienten mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen und unzureichender Impulskontrolle ist große Zurückhaltung angebracht. Eine relative Kontraindikation für die KPT sind akut suizidale Zustandsbilder, und in der Psychotherapie ist die Gefahr der Ich-destabilisierenden Prozesse im Auge zu behalten.

Die in der KPT tätigen Psychotherapeuten haben sich lange Zeit recht schwer getan mit einem klaren Bekenntnis zu einem Engagement in empirischer Psychotherapieforschung. Dabei standen Bedenken im Raum wie eine vermeintliche Unzulänglichkeit der Methodik im Hinblick auf die Besonderheiten humanistischer Therapieformen und erlebnisorientierter Interventionsstrategien. Zudem wurde auf die Gefahr einer Fragmentierung, eines Verlustes an Kreativität verwiesen, und schließlich war eine zögerliche Haltung hinsichtlich einer Bereitschaft, eigene Überzeugungen in Frage stellen zu lassen, ebenfalls hinderlich. Die Befürworter einer empirischen Evaluation betonten hingegen den potentiellen Wissenszuwachs und die Generierung neuer innovativer Ideen, die Möglichkeit, die eigene Praxis im Sinne einer „evidence based practice“ umzustrukturieren, und schließlich auch die Chance die, Reputation der KPT in der Familie der Psychotherapien zu verbessern und berufspolitisch aus dem Nischendasein heraus zu gelangen.\_

Loew et al. (2006) beschäftigten sich in ihrer Übersichtsarbeit mit der Frage „sind die Körperpsychotherapien wissenschaftlich begründet?“, und stellten eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren zusammen. Diese Übersicht und weitere Publikationen der letzten Jahre verweisen auf eine gute Wirksamkeit der KPT für umschriebene psychische Störungen. Zahlreiche Kohorten-Studien (unterschiedliche KPT) aus den Jahren 1970 - 1998 bei „Normal“-personen und Patienten mit „Neurosen“ zeigten im Anschluss an die Therapie eine Zunahme der Zufriedenheit mit dem Körper, eine verbesserte Selbstwahrnehmung und eine Zunahme an Selbst-Wert sowie eine Abnahme muskulärer Spannung. Einige andere Studien wurden mit vielversprechenden Ergebnissen bzgl. des Effektes von KPT bei Angst und depressiven Symptomen publiziert (Dosamantes-Alperson & Merrill 1980, Kuettel 1982, Dosamantes 1990, Gudat 1997; Koch et al. 2007; Brooks & Stark 1989; Weber et al. 1994, Koemeda et al. 2006). Die derzeit beste empirische Evidenz zur störungsspezifischen Wirksamkeit der KPT liegt für psychosomatische und schizophrene Erkrankungen vor: Funktionelle Entspannung bei Asthma, Reizdarmsyndrom und Spannungs-Kopfschmerzen; und integrative KPT (neo-reichianische, tanz- und bewegungstherapeutische Elemente) bei chronischer Schizophrenie (Röhrich & Priebe 2006; siehe auch eine frühere Studie zur Bewegungstherapie bei chronisch schizophren Erkrankten von Nitsun et al. 1974). Zudem liegt eine randomisiert-kontrollierte Studie vor zur Wirksamkeit bioenergetischer Analyse bei somatoformer Störung und Depression (Nickel et al. 2006).

Im Einzelnen sind aus der Sicht der Funktionellen Entspannung besonders (im Hinblick auf einen Kriterienkatalog in der Psychotherapieforschung zur kritischen Bewertung der Evidenzstufe der Evaluation) folgende Studien herauszuheben:

- Insgesamt zehn Studien wurden durchgeführt mit Funktioneller Entspannung bei psychosomatischen Patienten (Colon irritabile, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenentzündung, Spannungs-Kopfschmerz) mit unterschiedlichem Design
- Sechs FE-Studien wurden davon randomisiert durchgeführt (Loew et al. 1994, 1996, 2000, 2001; Lahmann et al. 2009, und im Druck): Beeinträchtigung durch Schmerzen im Alltag, die Belastung durch Krankheit und das subjektive Krankheitsgefühl wurden mittels FE signifikant gesenkt.

Einen Ausblick auf die Zukunft möchte ich abschließend mit einigen Zitaten geben:

Petzold betonte schon 1977: „Eine Integration verschiedener therapeutischer Verfahren über eine Analyse der ihnen gemeinsamen Theoreme und Praktiken und eine empirische Untersuchung der verschiedenen therapeutisch effizienten Variablen durch eine vergleichende (Psycho)Therapieforschung wird vielleicht die Lösung der Zukunft sein...“. In ähnlicher Weise jedoch in jüngerer Zeit Geuter (2009): „Diese Entwicklungen legen nahe, dass der körperbezogene Ansatz vielleicht in eine umfassende ‚Allgemeine Psychotherapie‘ eingehen könnte. Vorerst aber dürfte die Körperpsychotherapie als Theorie und Behandlungstechnik davon profitieren, als eigenständiger psychotherapeutischer Ansatz theoretisch empirisch und klinisch weiter ausgearbeitet zu werden“ (S. 28).

Hierfür sind entscheidend neue Weichen zu stellen, m.E. sind folgende Schritte erforderlich:

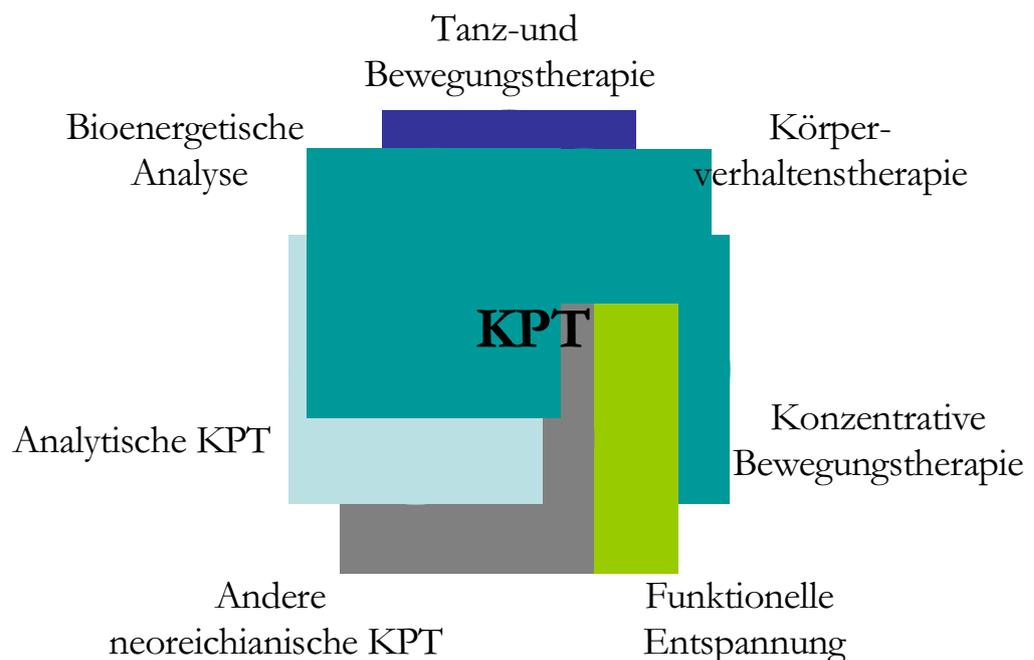
- Breiter, interdisziplinärer Diskurs zur Entwicklung integrativer, theoretischer Therapiekonzepte
- Entwicklung von Therapie-Manualen
- Entwicklung eines internationalen Master-Studiengangs „klinische KPT“, Erarbeitung eines gemeinsamen Curriculums mit schulenspezifischen Modulen

- Phänomen-orientierte, störungsspezifische empirische Evaluation (kontrollierte Studien)
- Berufspolitische Neuorientierung, Erschließen neuer Zielgruppen und Tätigkeitsfelder
- Prozess-Forschung: Welches sind die aktiv wirksamen Bestandteile in der KPT?
- Studien zur differentiellen Therapie-Indikation: Wann wirkt welche Therapieform besser? Wann wirkt kombinierte Therapie besser? Welche Therapeuten-Charakteristika wirken?
- Verbindung von Grundlagenwissenschaft mit KPT-Forschung

Es ist zu hoffen, dass auf diese Weise die Familie der Körperpsychotherapien in einem integrativen Prozess systemisch im Sinne der Schnittflächen in Theorie und Praxis in einem gemeinsamen Haus zusammengeführt werden kann, so wie es z.B. auch den Jungianern, Kleinianern, Freudianern etc. gelingt, sich nach außen als „Familie Psychoanalyse“ darzustellen.

Abbildung 4:

## Die Familie der KPT



## Literatur

- Bittner, G. (1992) Der Körper - ein Symbol des Unbewußten? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 42, 11-15.
- Blankenburg, W. (1982) Körper und Leib in der Psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 131, 13-39.
- Brooks, D. & Stark, A. (1989) The effect of Dance/Movement therapy on affect: a pilot study. *American Journal of Dance Therapy*, 11, 101-11.
- Buytendijk, F.J. (1971) *Allgemeine Theorie der menschlichen Bewegung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Cozolino, L.J. (2002) *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. New York London: W.W. Norton & Company.
- Dosamantes, E. (1990) Movement and psychodynamic pattern changes in long-term dance/movement therapy groups. *American Journal of Dance Therapy*, 12, 27-44.
- Dosamantes-Alperson, E., & Merrill, N. (1980) Growth effects of experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, and Practice*, 17, 63-68.
- Ekman, P. & Friesen, W. (1974) Nonverbal behaviour and psychopathology. In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Eds.) *The Psychology of Depression. Contemporary Theory and Research*. Washington, D.C.: J. Winston, 203-232.
- Gallese, V. (2005) Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23-48.
- Geuter, U. (2009) Geschichte der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg. 2006) *Handbuch Körperpsychotherapie*, 17-32. Stuttgart: Schattauer.
- Graf Dürckheim, K. (1982) Der Körper, den ich habe – Der Leib, der ich bin. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 131, 89-92.
- Gudat, U. (1997) Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. *Psychotherapie Forum*, 5, 28-37.
- Koch, S.C., Morlinghaus, K. & Fuchs, T. (2007) The joy dance. Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 340-349.
- Koemeda-Lutz M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Schermann, T., Weiss, H. & Soeder, U. (2006) Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien - EWAK. Eine Multi-zenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 56, 1-8.
- Kuettel, T.J. (1982) Affective change in dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 5, 52-64.
- Lahmann, C., Röhricht, F., Sauer, N., Ronel, J., Noll-Hussong, M., Henrich, G., Nickel, M., Tritt, K. & Loew, TH. (in press) Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*.
- Lahmann, C., Witt, S., Schuster, T., Sauer, N., Ronel, J., Noll-Hussong, M., Nickel, M., Tritt, K., Nowak, D., Röhricht, F. & Loew, TH. (2009) Functional Relaxation and Hypnotherapeutic Intervention as Complementary Therapy in Asthma: a randomized, controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 233-239.
- Lausberg, H. (2009) Bewegungsanalyse in der Diagnostik von Köperschema – und Körperbildstörungen. In: Joraschky, P., Loew, TH. & Röhricht, F. (Eds., 2009) *Körpererleben und Körperbild – Ein Handbuch zur Diagnostik*, pp. 125-133. [Body experience and Body Image – A Handbook on Diagnostics]. Stuttgart: Schattauer
- Loew, TH. (1995) Der Körper als Substrat: Wahrnehmen - Erinnern - Verändern. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Gestalt-therapeutischem Vorgehen und Angeboten in Funktionaler Entspannung. *Psycho*, 21, 260-267.

- Loew TH., Heinrich D., Arnim A. (1994). Effekt einer 10-stündigen Kurztherapie bei Colon-irritabile-Patienten in Kleinstgruppen mit funktioneller Entspannung im Vergleich zu Placebo. In: Lamprecht F, Johnen R (eds). *Salutogenese: ein neues Konzept für die Psychosomatik?* Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften, 621–8.
- Loew, TH., Siegfried, W., Martus, P., Tritt, K. & Hahn, EG. (1996) Functional Relaxation Reduces Acute Airway Obstruction in Asthmatics as Effectively as Inhaled Terbutaline. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 124-128.
- Loew, TH., Sohn, R., Martus, P., Tritt, K. & Rechlin, T. (2000) Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6, 70-75.
- Loew, TH., Tritt, K., Siegfried, W., Bohmann, H., Martus, P. & Hahn, EG. (2001) Efficacy of 'functional relaxation' in comparison to terbutalin and a 'placebo relaxation' method in patients with acute asthma. A randomised, prospective, controlled, crossover experimental investigation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 151-157.
- Loew, TH., Tritt, K., Lahmann, C. & Röhrich, F. (2006) Körperpsychotherapien – wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 6-19.
- Marcel, G. (1985) Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedanken-gang, bearbeitet von Hans A. Fischer-Barnicol. In: H. Petzold (Hrsg.) *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven* (S. 15-46). Paderborn: Junfermann.
- Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg. 2006) *Handbuch Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Merleau-Ponty, M. (1966) *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Müller-Braunschweig, H. (1992) Der unheimliche Körper. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 42: 16-23.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., Mitterlehner, F., Egger, C., Leiberich, P., Rother, N., Buschmann, W., Kettler, C., Gil, F., Lahmann, C., Fartacek, R., Rother, W., Loew TH. & Nickel, C. (2006) Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507-513.
- Nitsun, M., Stapleton, JH. & Bender, MP. (1974) Movement and drama therapy with long-stay schizophrenics. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 101-19.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (2006) Effect of body oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 36, 669-678.
- Röhrich, F. (2000) *Die körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- Röhrich, F. (2009a, in press) Body oriented psychotherapy – the state of the art in empirical research and evidence based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy. An International Journal for Theory, Research and Practice*.
- Röhrich, F. (2009b, in press) *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie*. Berlin: Ulrich Leutner Verlag.
- Seebald, WG. (2001) *Austerlitz*. München Wien. Carl Hanser Verlag.
- von Uexküll, Th. (1991) Psychosomatik als die Suche nach dem verlorenen Körper. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 41, 482-488.
- Weber, C., Haltenhof, H., Combecher, J. & Blankenburg, W. (1994) Bewegungstherapie bei Patienten mit psychischen Störungen: Eine Verlaufsstudie. In: Lamprecht F, Johnen R (eds). *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften, 536-543.

## **Autoren und Autorinnen Heft 36**

**Berka-Schmid, Gertraud**, Prof. Dr., Sängerin, Gesangspädagogin, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin, Lehrbeauftragte der A.F.E. / Ö.A.F.E. Iglseegasse 30, A-2380 Perchtoldsdorf

**Johnen, Rolf**, Dr. med., Arzt für Innere Medizin und Kardiologie, ehem. Internistischer Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik Schömberg, Psychoanalytiker, niedergelassen in eigener Praxis, FE-Zertifikatsinhaber, Mitarbeit in der Arbeitsgruppe "Subjektive Anatomie"  
Eduard-Conz-Str. 20/1, 75365 Calw

**Krietsch, Sophie**, Gymnastiklehrerin, Bewegungstherapeutin, Therapeutin und Lehrbeauftragte für Funktionelle Entspannung im Ruhestand,  
Untermarkt 16a, Wohnung 12, 82418 Murnau

**Lahmann, Claas**, Dr. med., Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München,  
Langerstraße 3, 81675 München, Tel.: 089 4140-2031, Fax: 089 4140-4845  
E-Mail: lahmann@tum.de

**Röhricht, Frank**, Dr. med., Clinical Director East London NHS Foundation Trust  
Visiting Professor University of Hertfordshire

**Geschäftsstelle der A.F.E.  
Killingerstr. 66  
91056 Erlangen**

Tel.Nr.: 09131/43 01 27  
Fax-Nr.: 09131/43 09 93  
E-Mail-Adresse: [info@afe-deutschland.de](mailto:info@afe-deutschland.de)  
Internet-Adresse: [www.afe-deutschland.de](http://www.afe-deutschland.de)

Anrufzeiten direkt: Montag und Mittwoch 15 - 17 Uhr  
Dienstag und Donnerstag 9 - 11 Uhr

Bankverbindung: Sparkasse Erlangen  
BLZ 763 500 00  
Konto-Nr. 30-001 804

Geschäftsführerin ist Erika Pokorny, FE-Lehrbeauftragte,  
Geschäftsstellenleiterin ist Christl Martin, Übersetzerin.

Mitglieder der A.F.E. erhalten ein Exemplar dieses Heftes  
kostenlos.

Weitere Exemplare können bei der Geschäftsstelle zum Preis von  
5,- € plus Portogebühren erworben werden.