



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

Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychosomatische Ansätze in der Psychotherapie

Approches psychosomatiques dans la psychothérapie

Herausgegeben von Margit Koemeda & Peter Schulthess

7. Jahrgang

Heft 2 / 2017

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

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

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

Verlag

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

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

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

Anzeigen

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

Digitale Version

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



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

ISSN 1664-9583 (Print-Version)

ISSN 1664-9591 (digitale Version)

Inhalt

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

Editorial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir wünschen viel Vergnügen und Anregung bei der Lektüre.

Margit Koemeda & Peter Schulthess

Éditorial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Margit Koemeda & Peter Schulthess

**Titelthema:
Psychosomatische Ansätze
in der Psychotherapie**

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

Soma und Psyche im Spiegel des Menschenbildes

Eva Kaul

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

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

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

Die Entwicklung des dualistischen Menschenbildes

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

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

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

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

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

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

Psychosomatik als brückenbauende Disziplin

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Mensch als Ganzheit

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

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

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

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

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

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

Integrative Körperpsychotherapie IBP bei psychosomatischen Erkrankungen

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

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

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

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

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

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

Abbildung 1: Quellen der Integrativen Körperpsychotherapie (IBP)