

Für eine neue, lebendige Psychosomatik –

Das Konzept der Sensomotorischen Störungen hebt die Trennung von Körper und Psyche auf und führt zu einer neuen Behandlung

A New, Vital Concept of Psychosomatics – The Concept of Sensorimotor Disorders Eliminates the Separation of Body and Psyche and Leads to a New Kind of Treatment

Helga Pohl

Themenschwerpunkt Psychosomatik

Zusammenfassung

„Psychosomatische Erkrankung“ ist in Deutschland inzwischen die am häufigsten gestellte ärztliche Diagnose. Allerdings handelt es sich dabei aber meist um eine reine Ausschlussdiagnose, die nur besagt, dass man keine medizinische Erklärung für die Beschwerden des Patienten/der Patientin gefunden hat. Schwer leidende PatientInnen fühlen sich mit dieser Diagnose meist gründlich missverstanden, denn sie empfinden ihre Beschwerden ganz real körperlich und begeben sich ungern in psychotherapeutische Behandlung. Als Lösung wird hier eine neue, körpertherapeutische Sichtweise und Behandlung vorgestellt, bei der psychosomatische Beschwerden als Störungen der Sensomotorik und der Somatosensorik begriffen werden, die körperlich wie mental nachweisbar sind. Die LeserInnen werden durch verschiedene Untersuchungsschritte geführt, mit denen sie diese Sichtweise nachvollziehen können. Als Behandlungsmethode wird die Sensomotorische Körpertherapie nach Dr. Pohl® dargestellt, die neurobiologische, manuelle, übende und mentale Methoden umfasst, bei denen PatientInnen aktiv in die Behandlung einbezogen werden.

Abstract

“Psychosomatic illness” is by now the most common medical diagnosis in Germany. However, it is a purely eliminatory diagnosis, meaning that no medical explanation could be found for the patient's complaints. Most seriously suffering patients with this diagnosis feel thoroughly misunderstood. This is because each of them experiences his or her complaints as completely real and entirely physical. Therefore, they prefer not to undergo psychotherapeutic treatment. As a solution, here a new view of and kind of treatment with body therapy presented, in which psychosomatic complaints are understood as physically and mentally verifiable disorders of sensorimotor and somatosensory functions. The readers are guided through various steps of examination, in which they can implement this

concept. Sensory Motor Body Therapy according to Dr. Pohl is described as a treatment method, comprehending neurobiological, manual, and mental methods, as well as exercises, in which the patients are actively involved in the treatment.

1. Das Dilemma der psychosomatischen Erkrankungen: Jeder glaubt daran – keiner will sie haben

Kürzlich stand in der Zeitung, „psychosomatische Erkrankung“ sei in Deutschland mittlerweile die am häufigsten gestellte ärztliche Diagnose. „Schön“, sagt da der Psychologe/Psychotherapeut zusammen mit allen aufgeklärten Zeitgenossen, „Jetzt hat die Medizin endlich begriffen, welch großen Anteil psychische Faktoren beim Entstehen von Krankheiten haben.“ Jeder Laie kann am eigenen Leib nachvollziehen, dass es ihm unter bestimmten psychischen Belastungssituationen auch körperlich nicht so gut geht. Bei Störungen wie leichteren Blutdruckerhöhungen oder Schlafstörungen glaubt man gern an die Erklärung „Sie haben eben zu viel Stress“, das ehrt ja eher. Und man lässt sich dagegen gern mit allerlei Naturheilmitteln und Akupunktur behandeln und vom psychologisch geschulten Behandler Entspannungsverfahren, Achtsamkeitsübungen, Meditation empfehlen und gute Ratschläge zur Lebensführung geben. Das wirkt – auf Körper wie Seele. Das Wort „psychosomatisch“ ist daher in aller Munde und die Deutungen der „Pop- und Eso-Psychosomatik“ (Bastian und Hansch) faszinieren viele Laien und Hobbypsychologen. In Büchern wie Ruediger Dahlkes „Krankheit als Symbol“ kann man für nahezu jede Krankheit nachschlagen, welche Bedeutung sie habe und was der Betroffene in seinem Seelenleben ändern müsse, um wieder gesund zu werden.

„Gar nicht schön“ meinen zu dieser Entwicklung PatientInnen mit schwereren Störungen, denen vom Arzt/der Ärztin die Diagnose „psychosomatisch“ gestellt

wurde. Denn jede/r von ihnen empfindet seine/ihre Beschwerden überdeutlich als ganz real körperlich. Dass beruflicher oder privater Stress schon mal auf den Magen schlagen oder Rückenschmerzen verursachen kann, glauben sie wie die meisten heutzutage. Aber die schwerer Betroffenen spüren deutlich, dass bei ihnen mehr dahintersteckt.

- Einer hat z. B. seit Monaten so starke Rückenschmerzen, dass er nachts kaum schlafen kann: Er spürt doch ganz genau, dass ihn der Rücken schmerzt und nicht die Seele!
- Die Nächste windet sich vor Bauchschmerzen und kommt sich nicht ernst genommen vor, wenn man ihr sagt, das sei alles nur psychisch.
- Einem anderen ist so schwindlig, dass er sich kaum auf den Beinen halten kann. Soll er sich das alles nur einbilden? Das kann nicht sein!
- Und genau so reagiert der, der wegen ständigem Harndrang alle halbe Stunde zur Toilette muss;
- und diejenige, sich die wegen durchdringender Blasen Schmerzen manche Tage kaum mehr aus dem Bett wagt;
- und der Patient mit dem nervenden Kloß im Hals, der all seine Aufmerksamkeit auf sich zieht;
- und der mit dem ängstigenden Herzstechen, das ihn ans Haus fesselt;
- und die mit dem bohrenden Kopfschmerz, durch den sie sich auf nichts konzentrieren kann;
- und der mit dem Beckenbodenschmerz, durch den er nicht mehr sitzen kann.

Bei all diesen Störungen haben ÄrztInnen mit der modernen „Apparate-Medizin“ keinerlei krankhaften Befund erheben können. Aber auf die ärztlichen Schlussfolgerungen wie „Da ist nichts“, „Da kann gar nichts weh tun“, „Ihnen fehlt gar nichts, das ist rein psychisch“ reagieren diese PatientInnen empört, denn sie fühlen sich grob missverstanden. „Psychosomatisch ist für mich ein Hasswort.“, hörte ich von einem Patienten „Es heißt, dass man nichts haben soll, obwohl man vor Schmerzen fast umkommt.“ So wundert es nicht, dass die breite Zustimmung für Dahlkes Werk, wie er selbst bemerkt, immer nur den Krankheitsbildern der anderen gilt, nie den eigenen. Vor allem für schwierige Familienmitglieder finde man sie zutreffend, für sich selbst überhaupt nicht.

Wer selbst stärker betroffen ist, ist überzeugt: Es muss eine körperliche Krankheit hinter den Beschwerden stecken – und zwar wahrscheinlich eine ganz schlimme, denn sonst hätte man niemals solche massiven Symptome.

Mit den ÄrztInnen teilen die PatientInnen die Meinung „Psychosomatisch bedeutet ‚nicht so schlimm‘“. Während aber die ÄrztInnen meinen, die Leiden der PatientInnen könnten so schlimm nicht sein, da sie ja „nur“ psychosomatisch seien, meinen die PatientInnen selbst, ihre Krankheit könne niemals „nur“ psychosomatisch sein, denn sie ja wissen ja, wie schlimm sie ist. Diese Krankheit habe der jetzige Untersucher/ die jetzige

Untersucherin nur noch nicht gefunden, also geht man zum/zur Nächsten und so fort.

Die Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung wird im Laufe der jahrelangen Odyssee allerdings immer prekärer. Denn mit jeder neuen, ergebnislosen Untersuchung und Behandlung dreht sich im Inneren der PatientInnen eine Spirale aus Angst, Verzweiflung, Wut und Hilflosigkeit. Zusätzlich zu ihren Beschwerden leiden sie unter dem Desinteresse und der Ablehnung, auf das/die sie zunehmend stoßen – oft auch in ihrem privaten Umfeld.

Zum/r Psychotherapeuten/in gehen die meisten trotzdem nicht, auch wenn es ihnen dringend empfohlen wurde (Sammet et al., 2007), weil sie ja unmittelbar mit allen Sinnen spüren, dass Ihr Leiden ein körperliches ist. In ihrer Verzweiflung suchen viele schließlich lieber allerlei Wunderheiler auf. Ausgerechnet diejenigen, die es am meisten angehen müsste, glauben also am wenigsten an eine psychische Erklärung.

Gehen sie widerstrebend doch zur Psychotherapie, müssen wir SpezialistInnen zugeben, dass wir uns an diesen PatientInnen mit rein verbaler Psychotherapie oft die Zähne ausbeißen. „PsychosomatikerInnen“ mit schweren Leiden, insbesondere chronische SchmerzpatientInnen, sind daher bei PsychotherapeutInnen nicht sehr beliebt (siehe z B. Schors (2003) oder die Formulierungen des ICD-10). Daher fallen die Erfolgsstatistiken für Psychotherapie in solchen Fällen nicht besonders gut aus. Der Arbeit von Sammet et al. (2007) ist zu entnehmen, dass 90 % der PatientInnen zwei bis vier Jahre nach der Untersuchung immer noch unverändert an ihren Beschwerden leiden. Von denen, die zu einem/r Psychotherapeuten/in gegangen waren, hatten die meisten bei der Nachuntersuchung nicht weniger Beschwerden als diejenigen, die der Empfehlung nicht gefolgt waren. Sie konnten nur etwas besser damit umgehen.

Das aber reicht den meisten PatientInnen nicht. Den meisten PsychotherapeutInnen auch nicht, sie sind daher stark auf der Suche nach neuen, ergänzenden Verfahren. So erging es auch mir.

2. Eigene Erfahrungen

Nachdem ich lange Jahre als Psychoanalytikerin und Familientherapeutin gearbeitet hatte, musste ich viele der leidvollen Psychosomatik-Erfahrungen selber durchmachen – und zwar sowohl als Therapeutin wie als Patientin. Bedingt durch eigene Rückenschmerzen, die mich damals fast berufsunfähig machten, begab ich mich auf die Suche. Nach vielen Irrwegen landete ich schließlich bei den Körpertherapien. Das erste, was mich wirklich weiter brachte, war die Feldenkraismethode. Daraufhin fing ich an, mein ganzes bisheriges Psychosomatik-Konzept zu überdenken. Nach einer Reihe körpertherapeutischer Ausbildungen entwickelte ich schließlich eines neues Konzept und eine neue Behandlungsmethode, die Sensomotorische Körpertherapie nach Dr. Pohl®, in der ich inzwischen auch ausbilde. Zunächst aber musste

ich viele meiner alten Vorstellungen in Frage stellen und zum Teil über Bord werfen. Das war ein hartes Stück Arbeit, machte aber den Weg frei für unendlich und beglückend viel Neues.

Als erstes lernte ich, meinen eigenen Körper zu spüren und ihn im konkreten Leben zu studieren und zu verstehen. Dann lernte ich PatientInnen in ihrer lebendigen Bewegung und Haltung zu beobachten. Und vor allem lernte ich, sie bei der Untersuchung und Behandlung anzufassen (als Psychonanalytikerin!). Ich begann, mich mit der Psychosomatik vorbehaltlos aus der Innensicht der PatientInnen zu beschäftigen, mit ihrem ganz persönlichen Erleben. So lernte ich PatientInnen kennen, die früher nie den Weg zu mir gefunden hätten und denen ich, wenn sie gekommen wären, eine denkbar schlechte Prognose gestellt hätte – und die ich heute mit Freuden behandle. Dabei machte und mache ich sehr viele interessante Entdeckungen, an denen ich Sie gerne teilhaben lassen möchte.

3. Krank ohne Befund? Der Irrtum der Professionellen

Das Erste, was ich feststellte: Das ganze Psychosomatik-Drama beruht auf der irrigen Annahme, dass PatientInnen ohne normalen medizinischen Befund körperlich auch nichts haben.

Ärztliche Aussagen sind nur Ausdruck der Überzeugung, dass sich mit den modernen bildgebenden Verfahren und den ausgeklügelten Laboranalysen jeder körperliche Vorgang erfassen lässt. Aber in den Ergebnissen aus diesen Untersuchungen erscheint der Mensch nur als starre Momentaufnahme aus seinem Inneren sowie als chemisches Extrakt – ohne Bewegung, ohne Empfindung und isoliert von seiner physikalischen und sozialen Umgebung. Die Psyche wurde nie untersucht, geschweige denn der lebendige Mensch als wahrnehmendes, fühlendes, sich selbst steuerndes und handelndes Lebewesen in seinem Umfeld. Die ärztlichen Psychosomatik-Diagnosen sind daher reine Ausschlussdiagnosen. Sie heißen eigentlich nur „Mit meinen Mitteln konnte ich nichts finden.“, „Ich kann Ihnen auch nicht sagen, was Ihnen fehlt.“ und sind im Grunde genommen ein Zeichen von Hilflosigkeit der Medizin.

Leider wurden medizinische Aussagen, dass sich bei betroffenen PatientInnen körperlich kein Befund erheben lässt, von den Offiziellen der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie kritiklos übernommen. Im ICD-10, dem offiziellen Diagnoseschlüssel (der in Deutschland z. B. den Anträgen an die Krankenkasse zugrunde gelegt werden muss), wurde der vehemente Widerspruch der PatientInnen dagegen und ihr Beharren auf der Körperlichkeit ihrer Beschwerden gar zum diagnostischen Beweis erhoben, dass sie unter rein psychischen Krankheiten leiden würden („Somatoformen“ Störungen, „Somatisierungsstörungen“). Die Psyche hat hier per definitionem nichts mit dem Körper zu tun.

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Selbstverständlich ist es richtig und wichtig, unklare Beschwerden medizinisch abzuklären. Aber zu meinen, dass mit den heutigen medizinischen Geräten alles Körperliche erfasst werden würde, ist ein Irrglaube.

Denn die größte Entdeckung, die ich machen konnte, und an der ich Sie unbedingt gleich teilhaben lassen möchte, ist: Alle Psychosomatik-PatientInnen haben einen körperlichen Befund! Nur ist er nicht innen, wo die Fachleute ihn gesucht haben (an den Organen, im Kopf, im Gelenk, im Blut usw.), sondern außen, in Muskeln, Faszien und Bindegewebe der Haut und Unterhaut. Wie man sie findet, erkläre ich Ihnen im Folgenden. Ich gehe dabei davon aus, dass Sie PatientInnen haben, an denen Sie die folgenden Schritte gleich ausprobieren können. Sie können sie aber auch bei Personen aus Ihrem privaten Umfeld versuchen. Auch da gibt es bestimmt Leute mit chronischen Schmerzen oder undefinierbaren Leiden. Keine Angst: Es schadet niemandem!

4. Andere Zugangswege eröffnen andere Sichtweisen

4.1. Die Untersuchung der PatientInnen

Sehen Sie bitte von jetzt an Ihre jeweiligen PatientInnen als einzige SpezialistInnen dieser Welt für die Qualität und den Ort ihrer unangenehmen Empfindungen. Bedenken Sie: Nur er/sie kann wissen, was sich wie in seinem/ihrer Körper anfühlt und wie er/sie auf dieses Gefühl reagiert. Machen Sie sich dieses einzigartige Wissen zu nutze! Widmen Sie den Schilderungen, Empfindungen und Lokalisationen der Beschwerden und des ganzen „Drumherums“ größte Aufmerksamkeit und zweifeln Sie diese nie an. Die PatientInnen haben bei diesen Schilderungen immer Recht, denn nur sie können es wissen.

4.1.1. Lassen Sie Ihre PatientInnen Ihre Beschwerden ausführlich schildern und zeigen

Bitten Sie den Patienten/die Patientin als Erstes

- Ihnen ganz genau und ausführlich zu schildern, welche Beschwerden er/sie hat und wie er/sie diese erlebt (nicht seine/ihre Diagnosen aufzuzählen!)

Als Nächstes

- Ihnen möglichst genau zu zeigen, wo er/sie seine/ihre quälenden körperlichen Empfindungen wahrnimmt. Zeigt er/sie eine größere Fläche, bitten Sie ihn/sie, mit einem Finger noch das Zentrum des Geschehens zu zeigen.

Aber Achtung: Sie müssen beim Schildern und Zeigen lassen ganz ehrlich sein! Durch ihre vielen Erfahrungen

mit Professionellen merken PatientInnen jedes geringste Stirnrunzeln, jedes ungläubige Kopfschütteln, jedes Zaudern, jede zu lange Pause. Wenn sie so etwas bei Ihnen wahrnehmen, werden Sie Ihnen vieles nicht sagen und zeigen – denn sie wollen ja nicht für verrückt gehalten werden.

Alles, was der Patient/die Patientin Ihnen von seinen/ihren Beschwerden erzählt, nehmen Sie bitte ganz wörtlich – ohne Deutung, ohne Hintergedanken und ohne zusammenfassende Diagnose. Sehen die Beschwerden nicht als Symptome für etwas Dahinterliegendes, sondern nur genau als dasjenige, was es zu untersuchen und zu behandeln gilt. Und schreiben Sie es im Wortlaut der PatientInnen auf. Die gezeigte Stelle notieren oder zeichnen Sie bitte extra genau. Wenn die PatientInnen Zutrauen zu Ihnen gefasst haben, werden Sie aus dem Staunen nicht mehr heraus kommen: Sie werden eine Vielfalt ganz individueller Beschwerden geschildert und gezeigt bekommen, z. B.:

- einen starken Bauchschmerz, gezeigt am linken Oberbauch, stechend an einer bestimmten Stelle („Als wenn ein Messer drin stecken würde, das jemand umdreht.“) oder diffus quälend und prickelnd „Wie eine Nadelmatte.“ gezeigt im ganzen rechten Unterbauch;
- einen Eisenring, gezeigt um den unteren oder mittleren Brustkorb, ringsum gleich einengend oder mehr rechts oder mehr links, oft verbunden mit einem Beklemmungsgefühl, das ebenfalls dort gezeigt wird;
- einen ziehenden Schmerz, gezeigt von der rechten Schulter oben über den Nacken rechts in den Hinterkopf bis hinter das rechte Ohr verlaufend;
- eine ständige Übelkeit, gezeigt im oberen Oberbauch oder im Hals vorn unten in der Mitte quer;
- einen Kopfschmerz, gezeigt an der Stirn quer; oder wie ein zu enger Helm um den ganzen Oberkopf gezeigt; oder am Hinterkopf links; oder bohrend und stechend hinter beiden Ohren;
- einen Hustenreiz, wie „Ein Jucken in der Kehle.“, gezeigt am Hals vorn; oder als „Ein Kratzen.“ im oberen Brustkorb gezeigt, mittig unter den Schlüsselbeinen.

Das ist nur ein winziger Auszug der Möglichkeiten. Sie werden merken: Es gibt offensichtlich völlig unterschiedliche Bauch-, Rücken- oder Kopf- oder sonstige Schmerzen. Es gibt so viele unterschiedliche Beschwerden wie es Menschen gibt, darunter auch solche, die Sie so in keinem Lehrbuch finden, ja die Sie überhaupt noch nie gehört haben, z. B. „Wie eine Raupe, die sich da durchs Gewebe frisst.“, „Wie ein Boxschlag in die Magengrube, der mir das Gefühl gibt, ich gehe zu Boden.“. Ich selbst staune auch nach über 20 Jahren noch: Es gibt nichts, was es nicht gibt. Ich höre immer noch Neues.

Und damit nicht genug: Selbst bei den Beschwerden, die Sie im Lehrbuch finden, gibt es unendlich viele individuelle Variationen. Beispiel: „Funktionelle Herzbeschwerden“; die Patienten schildern sie jeweils anders:

Ein Herzstechen „Wie wenn einer mit einer langen Nadel reinsticht“, „Fürchtbar bedrohlich wirkende Herz-

schmerzen“, „Ein ganz unangenehmes Herzziehen“, „Das Herz brennt wie Feuer“, „Ein Druck auf dem Herzen wie wenn da jemand drauf sitzt“, „Ein wildes Herzrasen, es galoppiert“, „Ein Herzklopfen, so laut, als wenn es die Wand zerschlägt“; eine „Herzbeklemmung, die ganz bange macht“, „Eine Enge ums Herz wie ein Schraubstock“ usw. und zeigen sie jeweils anders: Auf die Frage „Wo spüren Sie denn Ihr Herzstechen, Ihre Herzbeklemmung usw.“ werden Sie ganz unterschiedliche Stellen für das Herz gezeigt bekommen, z. B. am linken Brustkorb unten oder in der Mitte oben; unter dem linken Schlüsselbein; am Brustkorb seitlich; im Ober- oder Unterbauch; von hinten, unter dem linken Schulterblatt nach vorn durchstechend.

Werden Sie bitte nicht hochmütig: Belehren Sie PatientInnen nicht, auch wenn Sie noch so gut wissen, wo das Herz eigentlich zuhause ist. Wichtig ist nicht die korrekte Anatomie, sondern die Stelle, wo der Patient/die Patientin es empfindet (denn da müsste man ihn später behandeln). Wissenschaftlich ist es so, dass die elektrisch und chemisch vermittelte Erregung, die den Herzschlag bewirkt, sich in der Gegend ringsum fortsetzt und über Sensoren in der Haut wahrgenommen werden kann (Khalsa et al., 2009). Gespürt wird sie an den betroffenen Stellen.

Und damit nicht genug: Es gibt die unterschiedlichsten Kombinationen von Beschwerden. Ein Patient/eine Patientin mit Herzbeschwerden hat vielleicht außerdem einen unzümbaren Harndrang, den er/sie am unteren Unterbauch zeigt und gleichzeitig oder alternativ auch einen Druck auf dem Magen, wobei er/sie das Dreieck im Oberbauch zwischen den Rippenbögen zeigt. Vielleicht hat er/sie zusätzlich auch noch nächtliches Zähneknirschen. Die nächste Patientin hat unglaubliche Menstruationsschmerzen, die sie jeweils mehrere Tage ans Bett fesseln. Sie zeigt dabei die Gegend, wo sie ihre Eierstöcke vermutet, wo sich in Wirklichkeit aber die Psoas-Muskeln befinden. Manchmal hat sie aber auch Kopfschmerzen, die vom Nacken hinter die Augen ziehen. Außerdem ist sie oft plötzlich so müde, das zeigt sie in der Augen-Umgebung. Auch hier sind die Variationen unendlich, immer aber können die PatientInnen sie körperlich verankern, ihren körperlichen Ort zeigen.

Als erste Entdeckung können Sie als Resümee für sich festhalten: So unterschiedlich die Schilderungen auch sind, so können die PatientInnen ihre Beschwerden wie für ganz reale Empfindungen doch einen körperlichen Ort angeben, an dem sie sie spüren.

Deswegen beharren Ihre PatientInnen so auf der Körperlichkeit ihrer Beschwerden.

4.1.2. Untersuchen Sie die gezeigten Beschwerden mit den Sinnesorganen

Als Nächstes nutzen Sie Ihre Hände als Untersuchungswerkzeug und setzen Ihre Sinnesorgane (und die des Patienten/der Patientin) als Messfühler ein. Und das geht so:

1. Sie drücken herzhaft mit einem Finger auf die Stelle, die der Patient/die Patientin als Zentrum seiner/ihrer Beschwerden gezeigt hat und fragen ihn/sie, ob das wehtut. „Jaaa!“ wird er/sie antworten. Die Stelle ist druckschmerzhaft. Vielleicht sagt er auch: „Das fühlt sich jetzt genau so an, wie sonst, wenn dieser grauenhafte Schmerz kommt!“, „Genau das ist es ja!“, „Jetzt spür ich auch die Übelkeit.“ o. ä.
2. Drücken Sie zum Vergleich mit der gleichen Stärke auf eine weiter entfernte Stelle. Der Patient/die Patientin wird wahrscheinlich nur einen gewissen Druck spüren, aber keinen Schmerz. Weil die Stelle bei ihm/ihr nicht druckschmerzhaft ist, wird er/sie vielleicht sagen, „Sie drücken ja viel schwächer.“ (was nicht stimmt).
3. Zurück an der Zentralstelle werden Sie, wenn Sie ihre Finger drückend etwas hin und her bewegen, eine punktuelle Verhärtung, etwas wie einen Knubbel oder härteren Strang (in Muskel, Faszie oder Bindegewebe) mit Ihrem Tastsinn spüren können. Genau dieses Gebilde ist druckempfindlich. Man nennt es Myogelose, Schmerzpunkt oder Triggerpunkt. Es handelt sich um eine punktuelle Verspannung.
4. Ausgehend von der Zentralstelle können Sie sicher auch einen ganzen, verspannten Muskel spüren, auf dem diese Verspannung liegt, der aber weniger hart und nicht so extrem schmerzhaft ist wie die Zentrale.
5. Wenn Sie mit der Hand über die betroffenen Körperpartien streichen, werden Sie oft spüren, dass sie sich kälter als der übrige Körper anfühlen. Vielleicht können Sie an den betroffenen Stellen auch Einziehungen in der Haut sehen. Das weist auf eine Verspannung/Verhärtung im Bindegewebe der Haut und Unterhaut hin.

Damit haben Sie bereits die zweite und wichtigste Entdeckung nachvollzogen: Man kann am Ort der Beschwerden immer einen körperlichen Befund in Gestalt von verspannten, verhärteten, druckschmerzhaften Stellen in Muskeln und/oder Bindegewebe erheben.

PatientInnen haben also Recht. Sie alle haben etwas Körperliches. Wir haben inzwischen sicher schon ein paar Tausend PatientInnen untersucht und behandelt. Nie hat es auch nur eine/n gegeben, bei dem/der die Beschwerden sich nur in Kopf oder Seele abspielten. Rein somatoforme Beschwerden gibt es demnach nicht! Man hat nur vorher mit den falschen Instrumenten am falschen Platz gesucht.

4.1.3. Untersuchen Sie auch innen empfundene Beschwerden von außen

Ihre PatientInnen werden öfter betonen, dass ihre Beschwerden von ganz innen kommen: innen im Gelenk, innen im Kopf, innen im Bauch oder Hals. Wenn Sie aber von außen zeigen lassen, wo die Beschwerden in-

nen empfunden werden und diese Punkte wiederum mit ihren Fingern von außen untersuchen, werden Sie feststellen: Auch da treffen Sie äußere Muskel- und Bindegewebsverspannungen. Die sonst so präzise Wahrnehmung der Beschwerden täuscht also in einem Punkt: PatientInnen lokalisieren sie innen (egal ob es sich beispielsweise um Schmerzen, Übelkeit oder einen Kloß im Hals handelt), obwohl sie offensichtlich von Verspannungen außen ausgehen und sich oft auch von außen auslösen lassen. Vielleicht sagt Ihr/e Patient/in sogar: „Das ist jetzt, als ob Sie mir ins Herz bohren.“ oder: „Das fühlt sich jetzt an, als wären Sie innen im Gelenk.“

Diese bei uns allen vorhandene Fehlwahrnehmung dürfte der Grund dafür sein, warum die ÄrztInnen immer „innen“ an den Organen oder Knochen suchten, aber nichts fanden, die PatientInnen aber darauf bestanden, dass da etwas sein müsse. Und warum wir PsychologInnen nie auf die Idee kamen, doch mal außen zu suchen, wenn die PatientInnen von inneren Beschwerden berichteten. Aus meiner Erfahrung kann ich Ihnen sagen: Löst man die Veränderungen außen, geben sich die Empfindungen innen, z. B. die „Magen“- „Herz“- „Leber“- und „Nieren“-schmerzen bei Organen ohne Befund ebenso wie Angst- und Depressionsgefühle.

Sie halten bitte als dritte Entdeckung fest: Auch wenn die Beschwerden innen (an gesunden Organen oder Knochen, „in der Seele“) empfunden werden, kommen sie doch von außen, aus Muskeln, Faszien, Sehnen, Bindegewebe (und lassen sich dort behandeln).

Leider ist es möglich, dass eine Störung zwar außen beginnt, sich dann aber später doch nach innen fortsetzt (weil durch Muskeln zusammen gepresste Gelenke arthrotisch werden können; weil das Funktionieren aller inneren Organe auch von der Atembewegung abhängt, die von Muskeln außen ausgeführt wird).

4.1.4. Lassen Sie sich auch psychische Beschwerden zeigen

Wenn Sie ganz explizit auf das Körperliche der Beschwerden Ihrer PatientInnen eingegangen sind und das zugrundeliegende körperliche Substrat gefunden haben, haben Sie bestimmt deren Vertrauen soweit gewonnen, dass Sie sich jetzt direkt nach psychischen Beschwerden erkundigen können, z. B. mit der Frage: „Ist Ihnen das Ganze auch auf die Stimmung geschlagen?“. Sie werden mit Sicherheit Zustimmung ernten. Denn das ist für die PatientInnen ganz selbstverständlich. Kein/er kommt fröhlich und schwungvoll in Ihre Praxis und behauptet, er/sie habe zwar seit langem fürchterliche Schmerzen, aber sonst gehe es ihm/ihr blendend. Chronische Schmerzen und andere „unerklärliche“ Beschwerden zermürben auf Dauer jeden und lassen sich irgendwann auch nicht mehr überspielen. Als UntersucherIn merken es Sie auch: Ihre „psychosomatischen“ PatientInnen machen einen depressiven, oft auch ängstlichen, gequälten

Eindruck. Umgekehrt werden Sie keine Depressions- oder Angst-PatientInnen finden, die nicht auch irgendwelche körperliche Beschwerden der oben aufgeführten Art haben. Es ist mehr eine Sache der Gewichtung, welche Art von Beschwerden überwiegen.

Gehen Sie bitte nicht auf die Inhalte der Ängste und Depressionen ein, denn die eigentliche Überraschung kommt jetzt: Sie können all diese PatientInnen auch fragen und sich zeigen lassen, wo sie denn Ihre Bedrückung, ihre Angst, Ihre schwarzen Gedanken usw. spüren. Für die negativen Gefühle werden sie mit fast hundertprozentiger Sicherheit eine oder mehrere Stellen auf der Vorderseite Ihres Rumpfs zeigen, also da, wo unser aller Gefühlszentrum ist (auch wenn Auswirkungen der bei Angst und Depression durch verspannte Muskulatur beeinträchtigten Atmung sich am ganzen Körper zeigen können). Keine/r wird antworten, er/sie spüre das Angstgefühl am kleinen Finger, am rechten Bein, an den Ohren oder ähnlichen Unsinn. Wir alle wissen, dass das nicht sein kann, denn wir alle spüren vorübergehende Angst, Bedrückung usw. an genau diesen Stellen. Unsere Seele hat zwar offiziell keinen Ort, sie ist immateriell, aber wenn wir ihr einen zuweisen würden, würden wir sie alle auf der Vorderseite innen lokalisieren.

Schließen Sie die Augen und stellen Sie sich vor, Sie fahren auf der Autobahn. Plötzlich sehen Sie, wie Ihnen ein Fahrzeug direkt entgegenkommt. Wo in Ihrem Körper spüren Sie das? Zeigen Sie mit der Hand auf diese Stelle.

Ich habe dieses Experiment schon mit vielen Menschen durchgeführt. Niemand weist dabei auf sein Gehirn als Ort der Angstempfindung. Jeder zeigt auf den Brustkorb vorn, den Oberbauch (die Magengegend) oder den Hals vorn. Hier müssen die Rezeptoren für Angstempfindungen sein (und dort wird sie die Wissenschaft sicher eines Tages finden; sie hat erst begonnen, sich mit der Somatosensorik zu befassen). Da das Gehirn selbst keine Sinneszellen hat, kann niemand seine Angst dort spüren, auch wenn ihm möglicherweise angsterfüllte Gedanken durch den Kopf jagen oder wenn er vor lauter Angst eine „Mattscheibe“ im Kopf hat. Das eigentliche Angstgefühl spüren wir alle im Körper. Angst ist genauso körperlich wie Schmerz, Schmerz genauso emotional wie Angst. Wir halten Schmerz nur deshalb eher für körperlich, weil die Lokalisation in der Regel präziser ist: „Achtung, genau diese Stelle des Körpers ist in Gefahr.“, sagt der Schmerz, während die Angst allgemeiner warnt, dass Gefahr im Verzug ist.

Natürlich brauchen wir das Gehirn unbedingt zum Registrieren und Interpretieren dieser Sinnesempfindungen. Aber ohne Sinnesorgane können wir genauso wenig wahrnehmen bzw. fühlen wie ohne Gehirn oder ohne die Verbindung zwischen beiden.

Bei PatientInnen mit dieser Art von psychischen Beschwerden können Sie an den gezeigten Stellen genauso Verspannungen, Verhärtungen, Schmerzpunkte finden wie bei chronischem Schmerz und anderen unangenehmen Empfindungen. Die Unterteilung in psychische und körperliche Beschwerden können wir daher nicht länger aufrechterhalten.

Wir halten als vierte Entdeckung fest: Auch die als psychisch geltenden Beschwerden der PatientInnen wie Angst, Bedrückung, Beklemmung haben einen körperlichen Ort mit sichtbaren/spürbaren körperlichen Veränderungen.

4.1.5. Fragen Sie bitte Ihre PatientInnen, was ihre Beschwerden verschlimmert und was sie verbessert

Sie werden – vielleicht zu Ihrem Erstaunen – keineswegs nur psychische Konfliktsituationen hören, sondern eine bunte Mischung von physikalischen und psychischen Faktoren:

„Also, bei Wetterwechsel ist es ganz arg, vor allem wenn es feucht-kalt wird.“; „Morgens ist es am ärgsten, bis ich mich ein bisschen bewegt habe und unter der warmen Dusche war.“; „Bei Stress, Hetze, Leistungsdruck in der Arbeit merk ich's erst gar nicht, aber danach geht's mir besonders schlecht.“; „Wenn ich lange gekrümmt am Computer gesessen hab, fühl ich mich danach auch schlechter.“; „Neulich hatte ich am nächsten Tag eine Auseinandersetzung mit meinem Chef vor mir, da war es besonders schlimm.“; „Immer, wenn ich mich runterbücke, genau diese Bewegung mache, ist es nicht zum aushalten.“; „Während mein Scheidungsverfahren lief, war es ganz übel.“; „Mit kalten Füßen muss ich noch öfter zur Toilette laufen.“.

Halten Sie das bitte nicht für einen Widerstand. Die PatientInnen erwähnen nur Faktoren, auf die wir alle, auch als Gesunde, mit einer (zumindest vorübergehenden) Erhöhung der Muskelspannung und eher negativem Befinden reagieren.

Das heißt: Bei PatientInnen wie Gesunden führen sowohl „körperliche“ wie „seelische“ Belastungen (und Vorstellungen davon) zu einer psychophysischen Anspannungsreaktion des Organismus. Dabei gibt es offensichtlich keinen Unterschied zwischen körperlicher und psychischer Anspannung. Fragen Sie Ihre PatientInnen umgekehrt, was denn ihre Beschwerden verbessert, werden sie Ihnen mit genau solch einer bunten Mischung antworten, z. B. „Nach der Sauna geht's mir immer besser.“; „Wenn ich mich freue, dass ich etwas trotz meiner Schmerzen geschafft habe, sind sie vorübergehend besser.“; „Meine Wärmflasche hilft mir, ich kann schon kaum ohne.“; „Wenn ich mit meinen Enkeln spiele geht's mir besser.“; „Als ich verliebt war, wars eine Zeit lang im Hintergrund.“; „Im Konzertsaal kann ich abschalten.“; „Streicheln und sanfte Berührung tut mir gut.“; „Tanzen hilft manchmal.“.

Auch das sind lauter Faktoren, auf die die meisten von uns mit einem Nachlassen der Muskelspannung, mit einer Entspannung reagieren. Auch hier gibt es offensichtlich keinen Unterschied zwischen PatientInnen und „Normalen“ und keinen zwischen körperlicher und psychischer Reaktion. Der gesamte psychophysische Organismus reagiert bei positiven Erlebnissen mit einer Entspannungsreaktion.

Als fünfte Entdeckung können wir festhalten: Sowohl psychosomatische PatientInnen wie Gesunde reagieren auf negative Faktoren jedweder Art mit einer Zunahme von psychophysischer Anspannung und bei positiven Faktoren jedweder Art mit einer Abnahme dieser Spannung, mit Entspannung.

Kontraktion als Rückzug, Selbstschutz, „sich-Panzern“, verbunden mit einem unangenehmen Gefühl, und Entspannung als weit Werden, sich Öffnen und Zuwenden, verbunden mit einem positiven Gefühl, kommen nicht nur beim Menschen vor, sondern sind Grundmechanismen des Lebens.

Die Katze fühlt sich weich und schmiegsam an, wenn sie es sich wohl sein lässt, bei Schmerz oder Gefahr aber wird sie hart und zusammengezogen. Das Gleiche lässt sich bei der Schnecke oder dem Igel beobachten. Ja selbst die Pflanzen schließen ihre Blüten bei Kälte, Nässe, Dunkelheit und strecken sich umgekehrt dem Licht und der Wärme entgegen. Zurück zum Menschen: Dass wir überhaupt etwas als positiv oder negativ einstufen, liegt vermutlich am dabei empfundenen Spannungszustand, wobei wir körperliche und seelische Anspannung nicht trennen können: Es ist das gleiche.

Irgendetwas, werden Sie einwenden, muss bei den PatientInnen aber doch anders sein als beim Gesunden, denn sie haben ja ihre chronischen Beschwerden.

4.1.6. Fragen Sie Ihre PatientInnen, wie stark denn die Verschlechterung oder Verbesserung ausfällt

Hier werden Sie deutliche Unterschiede zum Gesunden hören: Die PatientInnen können kaum mehr locker lassen und daher auch kaum positive Erfahrungen machen. Umgekehrt reagieren sie überempfindlich auf alles Negative. Es gibt bei ihnen nur ein „Sehr-schlimm“ und ein „Nicht-ganz-so-schlimm“. Ohne Schmerz sind sie (fast) nie, wirklich freuen können sie sich auch nicht mehr. Schon ein geringer Windzug kann z. B. ihre Nacken- und Kopfschmerzen höllisch werden lassen, weshalb jemand z. B. auch im Hochsommer mit Wollmütze herumläuft. Eine andere Patientin braucht an das Essen nur zu denken, schon krampft sich ihre Schluckmuskulatur zusammen. Auch im „entspannten“ Liegen bleiben die betreffenden Körperpartien angespannt und können sich daher nicht ganz ablegen. Die PatientInnen haben Dauerkontraktionen, die zwar auf negative Faktoren hin erfolgt sind, aber auch unter positiven Umständen nie mehr ganz zurückgehen.

Als sechste Entdeckung können Sie festhalten: Der Spannungslevel, von dem aus die PatientInnen reagieren, ist offensichtlich bleibend erhöht. Sie haben Dauerkontraktionen, die sich nie mehr ganz lösen. Sie können daher kaum mehr positiv empfinden, während sie überempfindlich auf alle negativen Reize reagieren.

Diese Dauerkontraktionen können Sie weiter verfolgen.

4.1.7. Beobachten Sie Ihre PatientInnen bei Alltagsbewegungen (wie Atmen, Gehen, Greifen).

Sie werden sehen, dass z. B. die sich gezeigten Stellen nicht oder kaum mitbewegen. Die Muskeln sind an diesen Stellen mehr oder weniger starr. Der schmerzhafte Bauch bewegt sich z. B. bei der Atmung nicht. Geht der Herzschmerz vom linken Brustmuskel aus, schwingt die linke Schulter und damit der Arm beim Gehen kaum.

Als siebte Entdeckung können Sie festhalten: Infolge der Dauerkontraktionen haben die PatientInnen als weitere körperliche Veränderung sichtbare Bewegungseinschränkungen, die sie selber aber nicht bemerken.

4.1.8. Fragen Sie Ihre PatientInnen nach ihrer Körperwahrnehmung (Propriozeption) an den betroffenen Stellen

Sie werden feststellen, dass die PatientInnen diese Bewegungseinschränkung nicht bemerken, sie sind ihnen vorher noch nie aufgefallen. Ihre Wahrnehmung der betroffenen Stellen ist insgesamt so verschwommen, dass er/sie sich dort kaum spürt. Wenn Sie selbst z. B. die linke Schulter stark nach vorne ziehen, werden Sie die Anspannung vorn im Brustmuskel spüren. Hat ein/e PatientIn die linke Schulter ständig nach vorn gezogen, wird sie das nicht spüren. Das liegt daran, dass unsere gesamte Wahrnehmung auf Unterschieden beruht. Ohne Bewegung kein Unterschied – kein Spüren. Hier sind Sie auf ein Grundprinzip der Sensomotorik getroffen: Wir spüren nur das deutlich, was wir bewegen. Die Dauerspannung ist die Ursache des schlechten Körpergefühls der psychosomatischen PatientInnen.

Als achte Entdeckung können Sie festhalten: Die Propriozeption (Eigenwahrnehmung) ist an den betroffenen Stellen schlecht.

4.1.9. Fordern Sie Ihre PatientInnen auf, den betroffenen Muskel absichtlich zu bewegen

Bitten Sie ihn/sie z. B. mit dem Brustmuskel gegen Ihre auf seiner Schulter vorn positionierte Hand zu drücken, wird er/sie Sie oft nur hilflos anschauen oder ganz andere Muskeln zu Hilfe nehmen (z. B. nur den Arm nach vorn bewegen). Sein Gehirn, der sensomotorische Cortex, „findet“ den Muskel offensichtlich nicht oder nur mit Mühe. Drückt er/sie schließlich doch etwas mit dem Muskel gegen Ihre Hand (im Liegen die Schulter nach vorn Richtung Zimmerdecke), können Sie ein Zittern, Rattern, eine Unsicherheit spüren. Besonders sehr sportliche PatientInnen schämen sich oft, dass sie so einfache Bewegungen nicht ausführen können.

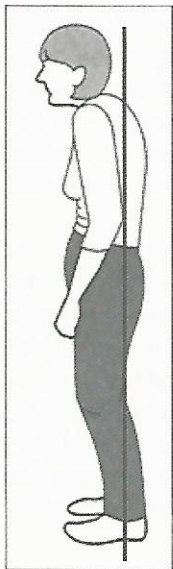
Die neunte Entdeckung lautet: Betroffene PatientInnen können ihre Bewegungen an den betroffenen Stellen nur sehr schlecht steuern.

Die PatientInnen haben dort offensichtlich eine sensorische Amnesie (Thomas Hanna), d. h.: Ihr Gehirn hat „vergessen“, wie sich die betroffenen Muskeln anfühlen und bewegen lassen. Daher können sie ihrer Verspannungen auch nicht allein Herr werden.

4.1.10. Sehen Sie sich Ihre PatientInnen von oben bis unten an und tasten Sie ihre Rumpfmuskulatur mit den Händen ab

Beim Anschauen werden Sie sehr häufig eine Fehlhaltung entdecken, d. h. der ganze Körper ist bleibend nach vorn, nach hinten oder zu einer Seite gezogen, ohne dass der/die Betreffende das ändern kann. Am häufigsten werden Sie eine vorgebeugte Haltung sehen. Sie entspricht dem, was Thomas Hanna „Stoppmuster“ nannte und Feldenkrais „Körperschema der Angst oder des passiven Selbstschutzes“. Häufig werden Sie zusätzlich eine rückwärts ins Hohlkreuz oder seitlich geneigte oder gedrehte Haltung finden.

Abb. 1: Stoppmuster



Beim Abtasten werden Sie ein – von den Betroffenen bisher unbemerktes – Spannungsmuster ertasten können, das der Fehlhaltung entspricht und sich durch den ganzen Körper zieht. Bei der vorgebeugten Haltung werden sich z. B. der Oberbauch, die Brustmuskeln, der Nacken und die Hüft- und Kniebeuger besonders fest und hart anfühlen.

Dem Spannungsmuster entsprechend werden sich auch die Sensorische Amnesie, die Bewegungseinschränkung und die schlechte Körperwahrnehmung durch den gesamten Körper ziehen. Die PatientInnen werden von all dem wiederum nichts gespürt haben.

Die zehnte Entdeckung: Die verspannten Stellen, an denen der/die PatientIn seine Beschwerden wahrnimmt, sind Teil einer Fehlhaltung, die sich als von ihm/ihr nicht bemerktes und nicht korrigierbares Spannungsmuster durch den ganzen Körper zieht.

Damit sind wir am vorläufigen Ende unserer Untersuchung der „psychosomatischen“ PatientInnen. Natürlich gäbe es noch vieles mehr, aber ich denke, Sie haben sich auch so überzeugen können, dass sich deren Störungen nicht nur im Kopf abspielen, sondern in ihrem beseelten, bewegten, gespürten Körper verankert sind.

4.2. Was all dem zu Grunde liegt

4.2.1. Sensomotorik – die Basis des Lebens

Mit den letzten Entdeckungen sind wir bereits tief im Bereich der Sensomotorik und der Somatosensorik gelandet. Die Sensomotorik bildet die Basis unsers Lebendig-Seins. Leben ist von Anfang an Bewegung und Sinnesempfindung. Schon die Spermazelle riecht den Duft, den die Eizelle verströmt (ein Maiglöckchenduft soll es sein) und bewegt sich durch Schläge ihrer Flagella, eines kleinen Schwänzchens, zielgerichtet und selbststeuernd auf sie zu (Hatt & Dee, 2008). Schon die Amöbe nimmt offensichtlich chemische Reize wahr und bewegt sich auf sie zu oder von ihnen weg.

Sensorik und Motorik steuern sich gegenseitig. Ganz selbstverständlich drehen Sie z. B. Ihren Kopf nach rechts, um dort etwas genauer zu sehen, zu hören, zu riechen. Und umgekehrt: Wenn Sie Ihren Kopf und Körper nach rechts drehen, werden Sie dort natürlich mehr sehen, hören, riechen. Diese Kombination aus Sensorik-Motorik gilt für alle Sinne. Sie steuern Ihre Bewegung ständig über die Sinne und ohne Sinnesindrücke wäre keine gezielte Bewegung möglich. Sie müssen den Pfeil auf dem Bildschirm sehen können, um mit Ihren Hand-, Arm- und Schultermuskeln die Maus entsprechend zu bewegen. Sie steuern Ihr Sprechen (die Bewegung von Zunge, Kiefer, Kehle, Stimmbändern, Atemmuskeln usw.) durch Ihr Hören. Ihre Stimme enthält daher nur Frequenzen, die Sie selbst hören können.

Die wenigsten Sinnesempfindungen sind neutral, denn sie sollen den Organismus informieren, ob etwas für ihn zuträglich ist oder nicht und ihm dadurch als Grundlage für seine reflexhaften Bewegungen und gezielten Handlungsbewegungen dienen. Gut schmeckendes Essen wird genussvoll gekaut, im Mund bewegt und geschluckt, schlechtes in hohem Bogen wieder ausgespuckt.

4.2.2. Somatosensorik – der vergessene Sinn

Immer dabei (beim Bewegen der Maus, beim Sprechen, beim Essen) – und oft alleine zuständig – ist unsere Somatosensorik, unser Spürsinn zur Wahrnehmung von Sinnesempfindungen, die vom Körper kommen: Die Rezeptoren der Somatosensorik bilden unser größtes, wichtigstes, vielfältigstes, aber auch unbekanntestes Sinnesorgan. Es besteht aus abertausenden winzigen Sinneszellen in Muskeln, Sehnen, Gelenken und vor allem im Bindegewebe der Haut und Unterhaut. Durch sie spüren wir Wärme-, Kälte-, Juck-, Kitzel-, Härte-, Weichheit-, Vibrations-, Druck-, Gewichts-, Bewegungs- und Berührungsempfindungen usw. Von den Rezeptoren werden die Empfindungen an das Gehirn weiter geleitet, das seinerseits über das neuromuskuläre System entsprechende Bewegungen oder Bewegungsbremsen einleiten kann. Die Somatosensorik ist praktisch ständig im Einsatz und hat den größten Anteil an der Bewegungs-

steuerung, aber sie bildet eine so selbstverständliche Hintergrundmusik unseres Lebens, dass wir auch den Teil, der uns bewusst werden kann, kaum je registrieren.

Allein, um nach einer Tasse zu greifen und sie zum Mund zu führen, läuft ein riesiger Informationsstrom von den Somatosensoren in Hand, Arm, Schulter, Oberkörper und Mund zum Rückenmark und Gehirn und zurück, sodass wir die betreffenden Körperteile spüren, bewegen und gefühlsmäßig einschätzen können.

Wir sind in allem viel „körperlicher“ als wir je dachten. Aus der Embodiment-Forschung der letzten Jahre wissen wir z. B., dass wir eine Person eher als „kalt“ oder „warmherzig“ beurteilen, je nach dem, ob wir vorher einen Becher mit einem kalten oder einem warmen Getränk in den Händen hatten (Somatosensorik!) (Williams & Bargh, 2008).

Selbst die Vorstellung – diese blässere Schwester der Sinneswahrnehmung – ist nicht nur in unserem Kopf, sondern aktiviert Spannungsmuster des muskulären Systems und gibt daher eine gefühlsmäßige Vorahnung von dem, was kommen wird. Der Neurologe Damasio (1995) meint sogar, dass wir (kognitive) Handlungsentscheidungen auf der Basis solcher körperlicher Empfindungen treffen. Die Entscheidung „Gehe ich zu Tante Ida oder nicht“ hängt also nicht nur von den rationalen Gründen ab, die ich dafür oder dagegen habe („Schon lange nicht mehr da gewesen.“), sondern auch von den Empfindungen, die ich bei einem vorgestellten Besuch bei ihr in meinem Körper habe.

Als Propriozeption, als Eigenwahrnehmung, informiert uns die Somatosensorik über Lage, Gewicht und Bewegung unseres Körpers und seiner Teile im Raum. Durch sie spüren wir uns selbst und die eigene Bewegung. Auch Enge- und Weitegefühle, Fremdkörpergefühle und vieles andere mehr gehören zur Propriozeption. All diese Empfindungen ergeben unser „Körperbewusstsein“, unser „Ich-Gefühl“ („Dieses Bein gehört zu mir.“) und unser „Ich-in-der-Welt-Gefühl“. Wenn Sie sich hinstellen, können Sie Ihr Gewicht und seine Verteilung auf Ihren Fußsohlen spüren. Sind Sie mit dem Oberkörper nach hinten gebeugt, spüren Sie Ihr Gewicht mehr auf den Fersen, sind Sie vorgebeugt, mehr auf den Zehen usw. Beim Gehen können Sie auch die Verlagerung des Gewichts beim Abrollen von hinten nach vorn deutlich spüren. Obwohl diese somatosensorischen Informationen für Ihr Stehen und Gehen und Ihr Gefühl der Sicherheit dabei unbedingt notwendig sind (ohne sie würden Sie sofort fallen), werden Sie sie im Alltag kaum je bewusst wahrnehmen.

Schmerz ist eine wichtige Empfindung der Somatosensorik, er wird über freie Nervenendigungen und über Druck- und Schmerzrezeptoren in Muskeln, Knochenhaut und Bindegewebe vermittelt. Schmerz unterbricht die Bewegung und leitet eine Rückzugsbewegung ein (z. B. um den Finger von der heißen Herdplatte zu bringen).

Auch unsere Gefühle im engeren Sinne wie Angst, Bedrückung oder Freude basieren mit Sicherheit auf somatosensorischen Empfindungen, die über Bewegung bzw.

Bewegungseinengung (vor allem der Atembewegung) entstehen. Wenn wir auf sie achten, können wir daher ohne weiteres sagen, wo im Körper wir sie empfinden. Positive, freudige Gefühle sind mit weit und frei werden des Körpers, vor allem auf der Vorderseite und mit nach außen und oben gerichteten Bewegungen verbunden, während uns negative Gefühle „runterziehen“, nämlich in eine nach vorn gebeugte, zusammengezogene, unbewegliche Haltung. Deswegen fällt uns ein Stein vom Herzen, wir atmen auf und sind erleichtert, wenn eine Anspannung der Vorderpartie schwindet.

4.2.3. Motorik, Wille, Absicht

Statt von der Sensorik her können wir die sensomotorische Schleife auch von der Motorik her initiieren. Wie alle Organismen unternehmen wir aktive Schritte, bewegen unseren ganzen Körper oder Teile davon, um negative Umgebungseinflüsse zu beenden oder positive herbeizuführen: Auch all unsere Handlungsvorhaben und Motivationen finden im neuromuskulären System statt, d. h. man braucht den Arm nur heben zu wollen, schon ist eine kleine, messbare Spannung im Arm. Jede mit einem „Ich möchte!“ verbundene Handlung wird automatisch mit lockereren, harmonischeren Bewegungen ausgeführt als solche Handlungen, die mit einem eigenen „Du musst!“ oder „Streng dich an!“ oder „Reiß dich zusammen!“ einher gehen, denn bei letzterem schaffen wir gleichzeitig ein Zuviel an Anspannung, einen muskulären Widerstand. Das kann man den Bewegungen anmerken und – wenn man aufmerksam genug ist – in der Propriozeption spüren. Jeder Ehrgeiz, jedes sich selbst unter Druck setzen ist am erhöhten Muskeltonus ablesbar.

Wir bewegen und halten uns nicht nur so, wie wir uns fühlen, sondern wir fühlen uns auch so, wie wir uns bewegen und halten. In etlichen Experimenten wurde schon früh die Auswirkung des Sitzens in vorgebeugter Haltung auf verschiedene Stimmungsparameter untersucht (siehe z. B. Döring-Seipel 1996; Riskind & Gotay, 1982; Stepper & Strack, 1993). Die Ergebnisse sind eindeutig: Immer waren Stimmung und Einschätzung der Lage in der vorgebeugten Haltung negativer, depressiver – und das schon nach wenigen Minuten.

4.2.4. Allgegenwärtige Psychosomatik

Vom Anfang des Lebens an gibt es nur einen beseelten, bewegten, gespürten Körper (oder eine verkörperte Seele) im physikalischen und sozialen Umfeld. Die Kombination von Motorik, Sensorik, Selbst-Steuerung und Bezogenheit auf Umgebung zieht sich durch die gesamte Evolution. Ohne diese vier Faktoren kein Leben. Schon die Amöbe muss bereits Rudimente eines Gefühlslebens haben, eine Bewertungsinstanz, mit der sie die Einteilung in „Gut für mich.“ oder „Schlecht für mich.“ vornimmt, so dass sie sich entsprechend ausbreiten oder kann.

Das gesamte Leben ist also von Anbeginn an psychosomatisch organisiert, nur der Grad der Differenzierung nimmt im Laufe der Evolution immer weiter zu. Immer agiert und reagiert der gesamte Organismus – und nicht hier eine „Seele“ und da ein „Körper“. Das kann man nicht nur am muskulären Spannungszustand, sondern an einer Vielzahl physiologischer Variablen beobachten, die mit bestimmten Gefühlszuständen, Handlungen und Motivationen einhergehen. Es ist daher Unsinn zu sagen, jemand „somatisiere“ und das sei krankhaft, denn wir agieren und reagieren von Anbeginn an psychosomatisch. Wir alle somatisieren ständig!

4.2.5. Dauerkontraktionen führen zu Dauerbeschwerden

Was uns (hoffentlich) Gesunde von „psychosomatischen“ PatientInnen unterscheidet, ist lediglich, dass es bei letzteren zu Dauerkontraktionen, Verhärtungen und Verklebungen in Muskeln und Bindegewebe gekommen ist, die der willkürlichen Steuerung über den sensorischen Cortex (wo wir bewusst bewegen und spüren) nicht mehr zugänglich sind. Deshalb vergehen ihre Schmerzen, ihre Angst-, Übelkeits-, Schwindelgefühle und ähnlichen Leiden nach dem akuten Anlass nicht, sondern dauern fort, setzen sich fest und lassen sich willkürlich nicht beeinflussen.

Normalerweise sind Spannungserhöhungen und Gefühle vorübergehend: Die Angst verfliegt, der Schmerz vergeht, die Verletzung heilt, man sitzt mal so, mal so, belastende Lebensumstände haben ein Ende. Nichts setzt sich fest.

- Wenn die Gefahrenmomente oder Verletzungen, die uns erstarren lassen, aber sehr intensiv sind (Traumen der Leib-Seele-Einheit wie z. B. Operationen, Vergewaltigungen)
- und/oder Belastungen und Bedrohungen lange nicht aufhören (z. B. drohende Abschiebung),
- oder wenn die vorbereitete Bewegung (z. B. Flucht oder Angriff) unterbleibt,
- oder wenn wir ständig auf einem Bein stehen, im Hohlkreuz sitzen, mit gebeugtem Kopf ins Smartphone schauen,
- oder wenn äußere Faktoren (wie ein zu niedriger Monitor) uns lange Zeit in Fehlhaltungen zwingen, können wir nicht anders, als die entsprechenden Muskeln dauernd angespannt zu halten.

Je nach Lebensgeschichte der PatientInnen gibt es meist eine ganze Reihe von Faktoren, die zur Entstehung von Dauerkontraktionen geführt haben und sich im Laufe der Behandlung peu à peu herausstellen. Besonders wichtig für die körpertherapeutische Behandlung sind die aktuellen Faktoren, die den Spannungszustand gegenwärtig aufrechterhalten. Der Prozess der Erstarrung geschieht allerdings meist schleichend, so dass er sich dem Bewusstsein entzieht. Die Anspannung wird zur un-

willkürlichen Gewohnheit, die in tieferen, unbewussten Gehirnteilen gespeichert wird. Schließlich kommt es zu strukturellen Verfestigungen, Verhärtungen in Muskulatur, Faszien und Bindegewebe (die „Knubbel“ und harten Stränge, die Sie bei Ihren PatientInnen spüren können). So entstehen im eigentlichen Wortsinne „eingefleischte Gewohnheiten“, die wir mit unserem Bewusstsein nicht mehr erreichen und nicht mehr lösen können.

In der weiteren Entwicklung kommt es zu einer Überempfindlichkeit des Gewebes, was als Lernprozess verstanden werden kann: Bereits geringe negative Reize lösen jetzt an den Stellen, an denen negative Erfahrungen stattgefunden haben, starke Kontraktionen, starke unangenehme Empfindungen aus. Je nach Lage der empfindlich gewordenen Stelle bekommt der/die eine jetzt bei Stress Bauchschmerzen, während der/die andere eher mit Kopfschmerzen oder Übelkeit reagiert. Wenn also z. B. der Nacken durch ständige ängstliche Erwartung, durch ein Schleudertrauma oder durch falsche Arbeitshaltung bereits vorgeschädigt ist, indem er sich nämlich in Dauerkontraktion befindet, reagiert er umso empfindlicher auf einen Windzug, einen Wetterwechsel, einen Ärger, den Hauch einer Bedrohung usw. Darüber hinaus zeigen Dauerkontraktionen fatalerweise die Tendenz, sich auszuweiten. Denn jeder Schmerz lässt uns wiederum zusammenziehen und zwar nicht nur an der direkt betroffenen Stelle, sondern auch in deren Umfeld. Das heißt, ein Dauerschmerz führt automatisch zu einem erhöhten Tonus und zur Minderung der Beweglichkeit im ganzen Körper. Hinzu kommt, dass Schmerzen und Missempfindungen auf Dauer eine Schonhaltung bewirken. Auf diese Weise entstehen neue Dauerkontraktionen, die sich irgendwann durch den ganzen Körper ziehen und neue Beschwerden entstehen lassen. Das führt dann zu den multiplen und wechselnden Beschwerden, die als charakteristisch für „PsychosomatikerInnen“ gelten. Leider fühlen sich alle Fehl- und Schonhaltungen (jedes Hohlkreuz, jeder Buckel, jede Schiefhaltung) wie alles Gewohnte für das Gehirn absolut „richtig“, entspannt, gerade und „gemütlich“ an, während das Herausgehen aus dieser Haltung sich zunächst falsch anfühlt, oft auch Schmerzen verursacht. Auf diese Weise schleift man den Fehler immer weiter ein.

Biochemische Faktoren (z. B. hormonelle Veränderungen) können die Gesamtspannung verstärken. Sind bereits zuvor Verspannungen vorhanden, führt das Hinzutreten dieser Faktoren dazu, dass die Schmerzschwelle überschritten wird.

Verspannungen gelten völlig zu Unrecht als harmlos. Sie können nicht nur stärkste Schmerzen und Missempfindungen verursachen, sondern können darüber hinaus selbst zum Ausgangspunkt chronischer Erkrankungen werden: Durch Verspannungen können Asthma, Herzstörungen, Colitis, Hämorrhoidalleiden und eine Vielzahl anderer Krankheiten entstehen. Bei solchen Erkrankungen ist immer eine Dauerkontraktion in der äußeren Umgebung feststellbar.

Sie sehen: Die Unterschiede zwischen „psychosomatischen“, funktionellen und organischen Erkrankungen

schwinden. Es gibt auch keinen Unterschied zwischen einem organischen und einem „psychosomatischen“ Schmerz. Jeder Schmerz wird physiologisch durch Schmerzrezeptoren und das Nervensystem übermittelt und ist unangenehm, d. h. psychosomatisch.

Es gibt auch kein sog. „Schmerzgedächtnis“. Die „Schmerzgedächtnis-Diagnose“ ist für PatientInnen besonders niederschmetternd, denn sie heißt, dass ihr Schmerz nur noch unerreichbar im Gehirn vorhanden sein soll, nicht aber in ihrem Körper. Ich denke, Sie wissen inzwischen, wie Sie auch in diesem Fall den Auslöser der Schmerzen finden und den/die Patienten/In überzeugen können, dass sein Schmerz sehr wohl noch aus seinem/ihrer Körper kommt.

Die sog. „psychosomatischen“ Krankheiten sollten wir besser „sensomotorische Störungen“ nennen.

5. Was man gegen sensomotorische Störungen tun kann

5.1. Die Sensomotorischen Körpertherapie nach Dr. Pohl®

Wir behandeln die unbewussten Dauerkontraktionen und Körpergefühlsstörungen durch fünf ineinander greifende manuelle, übende und mentale Verfahren. Alle Verfahren haben den Zweck, unbewusste Dauerkontraktionen dem Bewusstsein zugänglich zu machen, sie dauerhaft zu lösen und damit die Beschwerden zu beseitigen. Stets sind die PatientInnen als aktive PartnerInnen gefragt.

Die einzelnen Methoden der Sensomotorischen Körpertherapie nach Dr. Pohl®

- Die Pandiculations nach Thomas Hanna: Darunter versteht man das willkürlich stärkere Anspannen unwillkürlich verspannter Muskulatur und das Durchlaufen aller Anspannungs- und Entspannungsgrade bis zur möglichst völligen Entspannung durch entsprechendes körperliches Feedback seitens des Therapeuten/der Therapeutin. Ein sensomotorisches System „unterhält“ sich dabei mit einem anderen sensomotorischen System. Dadurch erhalten die PatientInnen die willkürliche Steuerung Ihrer Muskulatur zurück und das Körpergefühl verbessert sich.
- Die aktive Schmerzpunktbehandlung: Sie ist eine manuelle Behandlung von druckschmerzhaften, tastbaren Verhärtungen in der Muskulatur, während die PatientInnen gleichzeitig die betroffene Muskulatur bewegen und sich dadurch weiter von Dauerkontraktionen befreien. Man setzt sie ein, wenn die Pandiculations allein noch nicht ausreichen waren (was häufig der Fall ist).
- Die spezielle Bindegewebsbehandlung: Dabei arbeitet man – am besten extrem langsam – das Bindege-

webe an den betroffenen Stellen mit rollenden Bewegungen zwischen den Fingern durch (was an diesen Stellen ebenfalls schmerzhaft ist). Die Behandlung ist punktueller, gezielter als die übliche Bindegewebsmassage. Sie führt direkt zu einem weicherem, weiteren und flexibleren Bindegewebe und indirekt zu weicherem und reaktionsbereiteren Muskeln.

- Die Sensomotorischen Übungen: Diese Übungen werden mit großer Bewusstheit sehr langsam (meist im Liegen) ausgeführt (schnell lernt das Hirn nichts Neues, sondern führt nur seine alten, automatisierten Bewegungsmuster durch). Die Übungen dienen dazu, Beweglichkeit, Achtsamkeit und Körperbewusstsein zu verbessern. Sie können auch in Gruppen ausgeübt werden. Beim Therapeuten/bei der Therapeutin lernt jeder/jede spezifisch auf ihn/sie zugeschnittene Übungen, die er/sie sie täglich zuhause anwendet.
- Das Körperbewusstseinstraining durchzieht als roter Faden die gesamte Behandlung. Immer wieder lenken wir die Aufmerksamkeit der PatientInnen auf ihre Propriozeption: „Spüren Sie, dass ...?“, „Wie fühlt sich Ihre Schulter jetzt an?“, „Merken Sie einen Unterschied?“. Schließlich lernen die PatientInnen zu spüren, was sie im Alltag tun, so dass sie ihre Beschwerden erzeugen, z. B. „Immer, wenn mein Chef reinkommt, spanne ich den Bauch an, dann kann ich kaum mehr atmen.“. Insbesondere sollen ihnen bis dahin unbewusste Gewohnheiten allmählich bewusst werden (z. B. bei allen möglichen Anlässen die Schultern hochgezogen und/oder den Bauch angespannt zu halten). Schließlich lernen sie, wie sie selbst aus solchen Verspannungen wieder herauskommen bzw. sie überhaupt vermeiden können. Dazu gehört auch, auf die äußeren Faktoren zu achten, die „dumme“ Angewohnheiten bedingen können. An einer zu hohen Arbeitsplatte wird man z. B. immer mit hochgezogenen Schultern arbeiten. Diese Gewohnheit programmiert man Nervensystem und Muskeln auch für die Freizeit ein. Das Bewusstmachen allein nützt nichts: Man muss die Höhe der Arbeitsplatte ändern. Innere Anstrengungsformeln, auf die man beim Körperbewusstseinstraining stößt, kann man verbal bearbeiten und eventuell biographisch zurückverfolgen.

Die einzelnen Methoden wurden im Laufe der Zeit immer weiterentwickelt und sind ineinander verzahnt. Sie wirken synergistisch und lassen sich erfahrungsgemäß kaum getrennt anwenden. So ist infolge der sensomotorischen Amnesie ein Körperbewusstseinstraining ohne vorangegangene körperliche Lockerung sinnlos, denn der/die Betreffende versteht gar nicht, was wir meinen, geschweige denn, wie er es anders machen könnte. Wenn man z. B. noch nicht spürt, dass man die Schultern hochzieht, kann man sie bewusst nicht locker lassen, noch kann man herausbekommen, worauf man mit Schulterhochziehen reagiert, noch kann man seine eingefleischte Gewohnheit des Schulterhochziehens än-

dem. Der/die PatientIn wird die Schultern vielleicht zur Korrektur bewusst herunter ziehen. Aber damit hat man der einen Kontraktion (nach oben) nur eine Neue hinzugefügt (nach unten). Insgesamt sind die Schultern dann noch mehr verspannt.

Umgekehrt ist es sinnlos, nur die Schultern weich zu kneten, ohne dass den PatientInnen bewusst werden kann, dass und wie sie selbst die Verspannung immer wieder hervorrufen und was zu ihrem ganzen Spannungsmuster gehört. Nur mit den sensomotorischen Übungen und vor allem mit dem Körperbewusstseinstraining werden die manuellen Behandlungen nachhaltig.

Durch die verschiedenen Verfahren erhalten sie ihre natürliche Beweglichkeit zurück und lernen, sich selbst als psychophysische Einheit zu spüren und zu verstehen. Sie lernen auch, zu erkennen, auf welche psychischen und physischen Belastungssituationen sie zunächst noch mit einem bestimmten Spannungsmuster reagieren und welche äußeren Arrangements bei ihnen zu Körperhaltungen führen, in denen sie sich auf Dauer körperlich wie seelisch unwohl fühlen. Anschließend können sie beginnen auf die Belastungssituationen entspannter zu reagieren und andere, entspanntere Bewegungs- und Haltungsformen zu entwickeln.

Die Wirkung ist ebenso symptomatisch wie ganzheitlich. Man geht mit klarem Kopf, beweglicher Zehe, wohligem Bauch und guter Laune. Fast immer entsteht ein Gefühl von Befreiung, Lebendigkeit und Tatendrang: „Eine ungeheure Erleichterung!“, „Als wenn eine schwere Last von mir genommen wäre.“, „Als wenn der Körper aus einem Tiefschlaf erwacht ist, den man vorher gar nicht gemerkt hat.“, „Ich schwebel!“, „Jetzt könnte ich Bäume ausreißen!“. Man unterscheidet nicht mehr zwischen Körper und Seele.

5.2. Und was können Sie tun?

Das Wichtigste ist sicher, dass Sie Ihre PatientInnen jetzt besser verstehen, ihnen ihre Beschwerden erklären, so wie ihnen zeigen können, wovon sie ausgehen. Das entlastet schon sehr. Wie mir viele PatientInnen berichtet haben, war das Schlimmste in ihrer Experten-Odyssee so lange nicht zu wissen, was sie hatten. Von dieser Qual können Sie sie jetzt befreien.

Sie können auch mit mentalen Methoden an den Inneren Formeln arbeiten, mit denen sie ihre Anspannung aufrechterhalten. Und sie können ihnen immer bewusster machen, wie und wo sie auf welche Faktoren mit stärkerer Anspannung reagieren. Außerdem können Sie ihren PatientInnen zu Feldenkrais-, Tai-Chi-, Hanna Somatics- und ähnliche Kurse raten – wenn Sie Entsprechendes nicht schon selbst durchführen können. Und Sie können sie die Stellen, die Sie Ihnen gezeigt haben, immer wieder kräftig massieren lassen, auch wenn es schmerzhaft ist.

Hier noch eine Übung, die Ihnen und allen PatientInnen wohlzutun wird. Sie ist vor allem gegen die Verspannung auf der Vorderseite, das Stoppmuster, gerichtet.

Für einen lockeren Bauch

- Legen Sie sich auf den Rücken, halten Sie die Hände verschränkt hinter dem Kopf, und stellen Sie die Beine auf.
- Heben Sie mit der Ausatmung Kopf und Oberkörper an und spüren Sie dabei die Anspannung in Ihrem geraden Bauchmuskel. Nähern Sie beim Hochgehen auch Ihre Ellbogen einander an und spüren Sie dabei Ihre Brustmuskeln.
- Senken Sie dann ganz langsam Kopf und Oberkörper wieder und legen Sie auch die Ellbogen ab (so weit, wie es Ihnen leicht möglich ist). Atmen Sie dabei normal weiter.
- Führen Sie diese Übung ein paar Mal durch und wiederholen Sie dann die Atemtests: Wie weit hinunter atmen Sie jetzt? Wie lang sind Ihre Atemzüge? Hat sich etwas am Längenverhältnis von Ein- und Ausatmung geändert?

Das zugehörige Körperbewusstseinstraining besteht darin, im Alltag darauf zu achten, wann man den Bauch festzieht und nicht mehr durchatmen kann. Wenn man es merkt – ihn bewusst mit der Ausatmung ganz stark einziehen und ihn dann langsam mit Bedacht bei der Einatmung wieder heraus zu lassen.

Und ja, was Sie noch tun können: Sie können eine Ausbildung in Sensomotorischer Körpertherapie nach Dr. Pohl® machen. Wenn Sie sie anwenden, werden Sie sehen, dass aus den so „schwierigen“ psychosomatischen PatientInnen die nettesten, aufgeschlossensten, dankbarsten Menschen werden, die Ihnen manchmal vor Begeisterung um den Hals fallen. Das wünsche ich Ihnen von ganzem Bauch und ganzem Herzen!

Literatur

- BASTIAN, T. & HANSCH, D. (2005). Die Krise der Psychosomatik, *Psychologie Heute*, 4, 44-48.
- DAHLKE, R. (1999). Krankheit als Symbol. Handbuch der Psychosomatik. München, Bertelsmann.
- DAMASIO, A. (1995). Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München, List.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. & SCHULTE-MARKWORT, E. (Hrsg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F). Bern: Huber.
- DÖRING-SEIPEL, E. (1996). Stimmung und Körperhaltung. Eine experimentelle Studie. Weinheim, Beltz.
- FELDENKRAIS, M. (1987). Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Frankfurt, Suhrkamp.
- HANNA, T. (1990). Beweglich sein – ein Leben lang. Die heilsame Wirkung körperlicher Bewusstheit. München, Kösel.
- HATT, H. & DEE, R. (2008). Das Maiglöckchen-Phänomen. Alles über das Riechen und wie es unser Leben bestimmt. München, Piper.
- HESEL, A., BRÄHLER, E. & GEYER, M. (2000). Somatoforme Beschwerden – Häufigkeiten und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 226-241.
- HESEL, A., GEYER, M., SCHUMACHER, J. & BRÄHLER, E. (2002). *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 38-58.

- KHALSA, S., FEINSTEIN, J. & TRANEL, D. (2009). The pathways of interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 12, 1494-1496.
- POHL, H. (2010). *Unerklärliche Beschwerden? Chronische Schmerzen und andere Leiden körpertherapeutisch verstehen und behandeln*. München: Knaur.
- RISKIND, J. & GOTAY, C. (1982). Physical posture: Could it have regulatory or feedback effects on motivation and emotion? *Motivation and Emotion*, 6, 273-298.
- SAMMET, I., BOHN, T., SCHRAUTH, M. & LEIBING, E. (2007). Was folgt der Diagnose einer somatoformen Störung? Eine empirische Untersuchung zu Befindlichkeit und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nach psychosomatischer Konsiliaruntersuchung in einer Universitätsklinik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57, 462-468.
- SCHORS, R. (2003). Differenzialdiagnose aus der Sicht des analytischen Psychotherapeuten. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, K. A. Lehmann & W. Nix (Hrsg.), *Handbuch chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psychosozialer Sicht* (S. 282-293). Stuttgart New York: Schattauer.
- STEPPER, S. & STARCK, F. (1993). Proprioceptive determinants of emotional and nonemotional feeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 211-220.
- WILLIAMS, L. & BARGH, J. (2008). Experiencing physical warmth promotes interpersonal warmth. *Science*, 322, 606-607.

Autorin

Dr.phil. Dipl-Psych. Helga Pohl

Psychologische Psychotherapeutin, ausgebildet als Psychoanalytikerin, seit über 20 Jahren körperpsychotherapeutisch in eigener Praxis tätig, leitet das Körpertherapie-Zentrum in Starnberg bei München und entwickelte die Sensomotorischen Körpertherapie nach Dr. Pohl®. Autorin des im Jahr 2010 erschienenen Buches „Unerklärliche Beschwerden? Chronische Schmerzen und andere Leiden körpertherapeutisch verstehen und behandeln.“ München: Knaur. 2010.



Tassiloweg 2
D-82319 Starnberg-Percha
Telefon: +49 (0)8151 78171
Fax: +49 (0)8151-3743
dr.pohl@koerpertherapie-zentrum
www.koerpertherapie-zentrum.de