

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 30/2021

**Integrative Regulation von Spannung/Entspannung (IDR)  
in der Arbeit mit Schmerzpatient:innen  
im Bereich der Psychoonkologie \***

*Julia Herkert, Waldstatt \*\**

---

\* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, lic. phil. Lotti Müller. mailto: [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch); oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch), Betreuer: Ulrike Mathias-Wiedemann, Hilarion Petzold.

\*\* Postgraduale Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘; GutachterInnen/BetreuerInnen: Prof. Dr. Hilarion G. Petzold / Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd.

## 1 Inhalt

<b>2</b>	<b>Einführung</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Psychische Belastung bei an Krebs Erkrankten</b> .....	<b>3</b>
<b>3.1</b>	<b>Körperliche Belastungen</b> .....	<b>3</b>
3.1.1	Krebsschmerz.....	3
<b>3.2</b>	<b>Psychosoziale und existenzielle Belastungen</b> .....	<b>5</b>
<b>3.3</b>	<b>Krankheitsbelastung und die 5 Säulen der Identität</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Psychoonkologie</b> .....	<b>8</b>
<b>4.1</b>	<b>Lebensqualität als ein Ziel</b> .....	<b>9</b>
<b>4.2</b>	<b>Schmerztherapie: Einordnung in die Integrative Therapie</b> .....	<b>9</b>
4.2.1	Die «4 Wege der Heilung und Förderung» der Integrativen Therapie.....	10
4.2.2	17 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie .....	12
<b>4.3</b>	<b>Die integrative Haltung in der therapeutischen Beziehung</b> .....	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Theoretischer Hintergrund: Leibkonzept der Integrativen Therapie</b> .....	<b>15</b>
<b>5.1</b>	<b>Zusammenspiel von materieller und transmaterieller Wirklichkeit</b> .....	<b>17</b>
<b>5.2</b>	<b>Verkörperter Weltverbundenheit: 4E-Perspektive</b> .....	<b>18</b>
5.2.1	Embodied.....	19
5.2.2	Embedded.....	19
5.2.3	Enacted .....	20
5.2.4	Extended.....	20
<b>6</b>	<b>Regulation von Spannung und Entspannung</b> .....	<b>21</b>
<b>6.1</b>	<b>Integrierende und differentielle Regulation (IDR) der Integrativen Therapie</b> .....	<b>23</b>
6.1.1	Der entspannungstherapeutische Ansatz der IDR.....	23
6.1.2	Unterscheidung von top down und bottom up.....	25
<b>6.2</b>	<b>Bottom-up-Verfahren: Mithilfe von Körpersignalen</b> .....	<b>25</b>
6.2.1	Progressive Muskelentspannung.....	25
6.2.2	Berührung.....	26
<b>6.3</b>	<b>Top-down-Verfahren: Mithilfe von Mentalem</b> .....	<b>28</b>
6.3.1	Imagination.....	28
6.3.2	Visualisierung.....	29
6.3.3	Hypnose .....	30
6.3.4	Autogenes Training.....	32
6.3.5	Meditation / Grüne Meditation.....	34
<b>6.4</b>	<b>Bottom-up- und Top-down-Verfahren: Mithilfe des Atems u. äusseren Reizen</b> .....	<b>37</b>
6.4.1	Bewusstes Atmen .....	37
6.4.2	Klangentspannung.....	38
6.4.3	Waldbaden .....	40
<b>7</b>	<b>Schlussbemerkung</b> .....	<b>42</b>
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung / Summary</b> .....	<b>44</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>45</b>

## 2 Einführung

*Bevor Sie sich dem Text widmen, empfehle ich eine Mikro-Relax-Übung, um den Leib (Körper, Seele, Geist) gemäss Hilarion G. Petzold etwas Frische zu verleihen. Während Sie sitzen, recken Sie sich, gähnen Sie dabei herzhaft, spreizen Sie Ihre Finger, drücken Sie sie leicht vor Ihrer Brust gegeneinander und stellen Sie sich eine entspannende Landschaft oder einen Waldspaziergang vor... Falls Sie in der Öffentlichkeit sitzen, spreizen Sie einfach Ihre Finger, atmen Sie tief durch den Mund aus und verweilen Sie in der imaginierten Landschaft.*

*Was Sie gemacht haben war eine Übung zur Selbstregulation von Spannung und Entspannung. Unbewusst haben Sie sich schon unzählige Male so verhalten – selbst Tiere wie Katzen und Hunde strecken sich und gähnen zur Selbstregulation. In Kapitel 6 werden Sie weitere Übungen zur Regulation von Spannung und Entspannung kennenlernen. Ich hoffe, dass Sie nun in Frische und in einer guten Spannung weiterlesen können. Wiederholen Sie diese Übungen zwischen den grossen Kapiteln oder wann es Ihnen beliebt, denn diesem Thema liegt vor allem zu Beginn eine gewisse Schwere inne.*

Bis ins 19. Jahrhundert konnte Krebs, eine «Geissel der Menschheit», kaum behandelt werden (Meerwein 1980 in Heussner, Hiddemann 2012). Eine Krebsdiagnose, die Prognose und die Behandlungsmöglichkeiten wurden den Betroffenen erst ab den 1960er-Jahren ernsthaft mitgeteilt. Die psychoonkologische Begleitung der an Krebs Erkrankten fand ihre Anfänge erst in den 1970er-Jahren, als J.C. Holland am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York die Psychoonkologie begründete (Holland 2003 in Heussner, Hiddemann 2012; Mehnert, Koch 2016).

Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Krankheit Krebs die häufigste Todesursache (Horschler, Baschung, Sieber, Wössmer, Bernhard 2014; Pleyer 2012). Krebs wird in der breiten Bevölkerung heute noch mit Sterben und unerträglichen Schmerzen und Qualen in Verbindung gebracht (Eggebrecht, Falckenberg 2011; Schulz-Kindermann 2021). Diese Vorstellung ist heute aufgrund des medizinischen Fortschritts überholt: Etwa 60% der Betroffenen überleben heute den Krebs mindestens 10 Jahre nach der Diagnosestellung (9% bei Bauchspeicheldrüsenkrebs, bis 90% bei Schilddrüsenkrebs; siehe Krebsregister Schweiz [www.nkrs.ch](http://www.nkrs.ch) 2013-2017). In diesem Text stellt sich die Frage nach der Qualität der Überlebenszeit. Dabei soll nicht die medizinische, sondern die psychologische Schmerzbehandlung bei Krebsbetroffenen thematisiert werden. Entspannungsverfahren – genauer: Verfahren/Methoden zur Regulation von Spannung und Entspannung – sind ein fester Bestandteil der psychologischen Schmerztherapie (Diezemann 2011). In der Integrativen Therapie werden grundsätzlich psychologische Interventionen mit physiologischen kombiniert, da dem Leib auf theoretischer und praktischer Ebene eine zentrale Bedeutung zugeschrieben wird. In diesem Text wird daher das Leibkonzept der Integrativen Therapie erklärt und einige praktische Verfahren/ Methoden zur Regulation von Spannung und Entspannung vorgestellt (es wird kein Anspruch auf eine vollständige Auswahl erhoben). Um in das Thema einzuführen, wird zunächst die psychische Belastung bei an Krebs Erkrankten und die psychoonkologische Therapie aus Sicht der Integrativen Therapie beschrieben.

Für weitere Informationen zur Krankheit Krebs, den onkologischen Therapiemöglichkeiten und zur allgemeinen Reflexion der Anwendung der Integrativen Therapie bei der ambulanten psychoonkologischen Arbeit wird auf die Arbeit von Nathalie De Peri (Polyloge 01/2020) und den inzwischen klassischen Reader von Spiegel-Rösing, Petzold (1984/2019) verwiesen.

### 3 Psychische Belastung bei an Krebs Erkrankten

Eine Krebsdiagnose bedeutet eine Konfrontation mit einer existenziell bedrohlichen Krankheit, welche eine Krisenreaktion auslösen kann (*Heussner, Hiddemann 2012; Schulz-Kindermann 2021*). Allerdings bleibt die Bedrohung durch die Krankheit bis auf die belastenden Auswirkungen der medizinischen Behandlung abstrakt, wenn der Krebs ein Zufallsbefund war und nicht schmerzte (*Heussner, Hiddemann 2012*).

Die Erkrankung und die Behandlungen gehen für viele Betroffene mit körperlichen, psychischen, existenziellen und sozialen Belastungen einher (*ebd.; Hurschler, Baschung, Sieber, Wössmer, Bernhard 2014; Pleyer 2012*), auf welche in den Unterkapiteln noch genauer eingegangen wird. Zu den häufigsten subsyndromalen Belastungen bei Krebspatient:innen zählen Distress (59%), Ängste (48%) und Depressivität (58%; *Holland et al. 2010 in Weis, Vehling, Mehnert, Koch 2016*). Die realen Ängste, oftmals auch als Rezidiv- oder Progredienzangst bezeichnet (Angst vor Wiederauftreten und Fortschreiten der Krebserkrankung), treten bei bis zu einem Drittel der Betroffenen auf (*Heussner, Hiddemann 2012; Weis, Vehling, Mehnert, Koch 2016*). Die Diagnose Krebs erfordert von den Erkrankten (wie auch von deren Angehörigen) einen umfassenden Anpassungsprozess an eine als völlig neu erlebte psychische und physische Dimension (*Heim 1988 in Eggebrecht, Falckenberg 2011*). Daher kann verständlicherweise nicht von einer psychischen Störung im klassischen, psychiatrischen Sinne gesprochen werden, sondern von einer Anpassungsstörung an eine «entscheidende Lebensveränderung» bzw. einem «belastenden Lebensereignis» (siehe F43.2 im Klassifikationssystem ICD-10: *Dilling, Freyberger 2019; Eggebrecht, Falckenberg 2011; Schulz-Kindermann 2021*). Nach *Heussner und Hiddemann (2012)* haftet der Diagnose einer psychischen «Störung» bei einer Krebserkrankung eine gewisse Arroganz an. Dass gewisse formalen Voraussetzungen in der Versorgung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie eingehalten werden müssen, soll den Erkrankten dabei sorgfältig erklärt werden (*ebd.*).

#### 3.1 Körperliche Belastungen

An Krebs Erkrankte leiden häufig nicht nur unter körperlichen Schmerzen, sondern auch an Erschöpfung (krebsbezogene Fatigue), körperlicher Schwäche, Unwohlsein, Übelkeit, Erbrechen, Schlafproblemen, Schweissausbrüchen, Schwindel, Appetitmangel, Konzentrationsschwierigkeiten, Gewichtsveränderungen, Einschränkungen in der sexuellen Erlebnisfähigkeit, Problemen bei der Atmung, Hautveränderungen, Entzündungen im Mundbereich und Blutungen (*Mehnert-Theuerkauf 2020; Heussner, Hiddemann 2012; Weis, Vehling, Mehnert, Koch 2016*). Bei den körperlichen Belastungssymptomen kann häufig nicht klar unterschieden werden, welche Beschwerden durch die Krankheit Krebs und welche durch die Behandlungsform verursacht werden (*Heussner, Hiddemann 2012*). Aufgrund der somatisch bedingten Symptome, welche auch bei einer Depression vorkommen, werden Depressionen im onkologischen Setting oft nicht erkannt und diagnostiziert (*Lloyd-Williams 2003 in Heussner, Hiddemann 2012*).

##### 3.1.1 Krebschmerz

Anders als bei psychischen Störungen, wie z.B. der somatoformen Schmerzstörung, Somatisierungsstörung, posttraumatischen Belastungsstörung oder depressiven Störung, zeigt sich der Schmerz bei an Krebs Erkrankten durch einen körperlichen Befund, den Tumor (*Ludwig 2013*). Tumorschmerzen – akute Schmerzattacken oder chronische Schmerzen – treten bei

über 60-90% der Menschen mit einem bösartigen Tumor auf (*Hoffmann, Wirz 2015; Sendera, Sendera 2015*). Ursachen für Krebschmerz werden nach *Pleyer (2012)* differenziert als:

1. tumorbedingte Schmerzen (durch Ausbreitung des Tumors)
2. therapiebedingte Schmerzen (postoperativ, neuropathische Schmerzen infolge einer Chemotherapie, Phantomschmerzen nach einer Amputation, Lymphödem, Schmerzen im Mund bei oraler Stomatitis)
3. Schmerzen als indirekte Folge des Tumorleidens (Infektionen, Schluckstörungen, Rückenschmerzen oder Dekubitus aufgrund von Immobilität)

Was sind Schmerzen aus biologischer Sicht? Wie beispielsweise *Pleyer (2012)* und *Schaible (2015)* erklären, wird der Schmerz nach seinen physiologischen Grundlagen in *nozizeptiven* und *neuropathischen* Schmerz unterteilt. Nozizeptorschmerz entsteht durch Schädigung des Gewebes, indem thermische, chemische oder mechanische Reize wie beim Tumorwachstum auf die Nozizeptoren treffen. Da in den Organen selbst keine Schmerzrezeptoren angelegt sind, entsteht der Schmerz erst indirekt durch die Ausdehnung von anderem organischen Material (*Sendera, Sendera 2015*). Die Nozizeptoren leiten die Impulse über das Rückenmark zur Verarbeitung ins Grosshirn weiter. Dort werden sie als dumpfer, ausstrahlender, bohrender oder krampfartiger Schmerz wahrgenommen. Einschliessend, elektrisierend, stechend und brennend hingegen wird der neuropathische Schmerz empfunden. Dabei werden Nerven des peripheren und/oder zentralen Nervensystems durch das Tumorwachstum oder auch durch Chemotherapie oder Bestrahlung geschädigt (ebd.). Der Schmerzimpuls erfolgt ebenfalls über das Rückenmark ins Gehirn.

Wie *Schaible (2015)* weiter präzisiert, werden im Gehirn die durch die Noxe ausgelösten Reize hinsichtlich ihrer Lokalisation, Dauer und Intensität identifiziert (sensorisch-diskriminativer Aspekt). Bei Erkrankung der Viszera (inneren Organe) wird die Lokalisation meist ungenau wahrgenommen, da die Nervenbahnen beim Aufstieg ins Gehirn konvergieren. Der affektiv-emotionale Aspekt ist für das Leiden der Betroffenen und die Aufmerksamkeits- und Fluchtreaktionen (Furcht) zuständig. Auf jeder Ebene des nozizeptiven Systems können nozizeptive Zellen gehemmt werden mithilfe von Mediatoren, welche an spezifische Rezeptoren andocken. Mediatoren sind z.B. körpereigene Opiode («Endorphine» als endogene Morphine etc.) und auch bestimmte Medikamente (exogen). Auf jeder Ebene ist eine Balance zwischen erregenden und hemmenden Mechanismen gegeben. Die absteigenden Hemmsysteme können vom Kortex aus aktiviert oder moduliert werden. Das heisst, dass Schmerzen vom Kortex aus beeinflusst werden können, wie Versuche mit dem Placebo-Effekt bewiesen haben. Dies ist für die Arbeit mit Schmerzpatienten immens wichtig zu wissen! Bei Erkrankungen oder Verletzungen wird die Erregungsschwelle gesenkt, was als Sensibilisierung bzw. Absenkung der Schmerzschwelle und Steigerung der Schmerzempfindlichkeit bezeichnet wird (ebd.). Längere Stimulierung des nozizeptiven Systems kann zu chronischen Schmerzen mit Verlust des Hemmsystems führen. Im Vergleich zu akutem Schmerz, der eine Warnfunktion darstellt, um auf eine Gefahr aufmerksam zu machen, hat der chronische Schmerz keine sinnvolle Funktion mehr. Oft findet man bei chronischem Schmerz keine kausale Beziehung mehr zwischen Nozizeption und Schmerz. Ziel einer analgetischen Therapie ist daher, die Sensibilisierung zu verhindern. Denn chronischer Schmerz kann zur Schmerzkrankheit «total pain» führen, so *Schaible (2015)* weiter.

Es ist hinlänglich bekannt, dass Schmerz eine subjektive Erfahrung und somit in seiner Intensität, Häufigkeit und Dauer von verschiedenen Einflussgrössen abhängig ist. Eine

Experimentalstudie belegte einen signifikanten Rückgang von Schmerzen bei Frauen mit metastasiertem Brustkrebs, welche psychosoziale Unterstützung erhielten (Goodwin et al. 2001 in Eggebrecht, Falckenberg 2011). Nachfolgend werden verstärkende und abschwächende Einflussgrößen auf den Krebschmerz zusammengefasst (z.B. Bonica 1979 in Eggebrecht, Falckenberg 2011; Schaible 2015).

### **Einflussgrößen auf den Krebschmerz**

#### **Verstärkende**

Schlafmangel, Übermüdung, «Alles oder nichts»-Haltung, Verzweiflung, seelische Belastungen, Ärger, Schmerz, Hoffnungslosigkeit, Depression, Furcht vor Kontrollverlust, Mobilitätsverlust, Verlust der Unabhängigkeit, Gefühl, den anderen zur Last fallen, Angst vor Sterben und Tod, finanzielle Probleme, Unsicherheit bezüglich der Zukunft

#### **abschwächende**

Entspannung, Ablenkung, Freude, eigene Haltung zu Schmerz und Krankheit, körpereigene Endorphine (Sport, sexuelle Aktivität), Gefühl der Selbstkontrolle, Mitbestimmung, gute Beziehung zu den behandelnden Fachpersonen und zum engeren und weiteren sozialen Umfeld, Äussern von Bedürfnissen

Auf die verschiedenen medizinischen Möglichkeiten der Schmerzlinderung bei Krebs wird in diesem Text nicht eingegangen (z.B. orale, transdermale, subkutane, intravenöse Applikationen der medikamentösen analgetischen Therapie, operative Tumorverkleinerungen, Bluttransfusionen etc.). In der Schmerzmedikation durch die Ärztin/den Arzt ist es wichtig, dass die an Krebs erkrankte Person nicht um ausreichend Medikamente bitten muss und das Gefühl von Selbstkontrolle über die Schmerzen gewinnt (Eggebrecht, Falckenberg 2011; Sendera, Sendera 2015). Wichtig dabei ist, dass nur so viel Analgetika wie *nötig* gegeben wird, so dass die Klarheit und Bewusstheit so weit wie *möglich* erhalten bleibt (Eggebrecht, Falckenberg 2011). Die Nebenwirkungen von beispielsweise Opioiden wie Morphin sind Obstipation, Sedierung, Delirium und Übelkeit zu Beginn der Therapie sowie Atemdepression bei Überdosierung (Sendera, Sendera 2015). Eine differenzialtherapeutische Behandlung für eine Mehrzahl von Patient:innen mit Krebschmerzen wird erschwert, wenn Schmerzanalysen mangelhaft oder fehlerhaft durchgeführt werden (Eggebrecht, Falckenberg 2011). Daher ist es für diese Patient:innen umso wichtiger, wenn sie Strategien zur Schmerzlinderung erlernen, welche sie unabhängig von Ort und Zeit selbst anwenden und dabei die Kontrolle bestmöglich behalten können. Auf die nichtmedikamentösen Einflussgrößen zur Linderung des Leidens bei Krebschmerz wird im Kapitel 4 im Rahmen der psychoonkologischen Therapie vertieft eingegangen.

## **3.2 Psychosoziale und existenzielle Belastungen**

Für viele Patientinnen und Patienten stellt die Diagnose Krebs die belastendste Nachricht im Verlaufe ihrer Erkrankung dar (Mehnert 2010). Eine Konfrontation mit der existenziell bedrohlichen Krankheit Krebs kann bei den Betroffenen einen Diagnose-Schock und emotionale Krisen auslösen (Heusser, Hiddemann 2015; Leu 2021; Pleyer 2012; Schulz-Kinderman 2021). Die erste Phase wird von Patient:innen oft wie folgt beschrieben: «Ich konnte nur noch ans Sterben denken», «meine Welt hat sich auf den Kopf gestellt», «es war, als hätte man mir den Boden unter den Füßen weggezogen» oder «Ein grosses schwarzes Loch...» (Heusser, Hiddemann 2015; Leu 2021; Pleyer 2012). Bei vielen Betroffenen ist die Angst vor dem Sterben im Vordergrund, welche im günstigen Fall phasenweise verdrängt werden kann (Heusser, Hiddemann 2015). Die Angst kann sich vielfältig zeigen (Meerwein 1981 in Spiegel-Rösing 1981, 144f). Z.B. Angst vor:

- Verlassenwerden, Trennung, sozialer Isolation
- Innerer und äusserer Verfolgung und Schuld
- Passive Auslieferung und Überwältigung durch unkontrollierte Kräfte / Kontrollverlust und Fremdbestimmung (*Leu 2021*)
- verstümmelnde chirurgische Eingriffe
- narzisstische Verletzung als Behandlungsfolge
- Verlust von Autonomie und Lebensqualität (siehe auch *Leu 2021*)
- Schmerzen
- Rückfällen und Unheilbarkeit / Rezidivangst (*Leu 2021; Schulz-Kindermann 2021*)
- «Enthumanisierung» bei Sterbenden
  - psychophysischer Zerfall, Tod
  - Verlust der Besetzung des Körper-Selbst
  - Verlust der Realitätskontrolle
  - Verlust der mitmenschlichen Beziehungsfähigkeit

Neben Angstgefühlen treten im Verlauf der Erkrankung häufig auch andere belastende Gefühle und Gedanken auf, wie folgendes Beispiel veranschaulicht. Ein Patient, der an Leukämie erkrankt ist, erzählt (*Mehnert 2010 13*): «Als bei mir die Diagnose Krebs gestellt wurde, war ich 37 Jahre alt. Heute, fast 12 Jahre später, geht es mir sehr gut. Dies war nicht immer so. Die Erfahrungen, die ich durch die Erkrankung gemacht habe, haben mein Leben tiefgreifend verändert. Es waren Erfahrungen, geprägt von grossen Ängsten, nicht nur um mich selbst, sondern auch um meine Familie, von einschneidenden körperlichen Belastungen, die zum Teil noch lange anhielten, von einem Gefühlschaos, in dem ich mich selbst gar nicht mehr wiedererkannt habe, von persönlichen Enttäuschungen, von der Angst, nur noch eine Belastung für andere zu sein, von Wut, über die mir widerfahrene Ungerechtigkeit, von Tagen der Hoffnungslosigkeit und von immer wiederkehrenden Fragen, wie es zur dieser Erkrankung kommen konnte und wie es weitergehen kann.». Die Fragen der Unsicherheit betreffen auch die Veränderung der sozialen Strukturen und Rollenfunktionen (*Heussner, Hiddemann 2012*). Die Lebensqualität kann durch Veränderungen in folgenden Bereichen beeinträchtigt werden: Arbeitsplatz, Familie, Finanzen, Position im gesellschaftlichen Umfeld, soziale Kontakte u.a. (ebd.). Dazu gehört auch die antizipierte Trauer um diverse Verluste (*Mehnert-Theuerkauf 2020; Petzold 1984c, 2015h/2020e*).

Eine Vulnerabilität für eine besonders hohe psychische Belastung kann nicht nur durch krankheits- und behandlungsspezifische Risikofaktoren (lange, eingreifende Behandlungsmassnahmen, Behandlungskomplikationen, Behandlungsnebenwirkungen), sondern auch durch eine Reihe von psychosozialen Risikofaktoren ausgelöst werden (*Mehnert, 2010; Schulz-Kindermann 2021*). Dazu zählen psychische Vorbelastungen und Erkrankungen (z.B. Depression, Angst), unzureichende soziale Unterstützung oder belastende soziale Interaktionen innerhalb und ausserhalb der Familie, Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme etc. (ebd.).

Stabilisierte oder «abgeheilte» psychische Vorerkrankungen können unter der Belastung einer lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankung wie Krebs wieder hervortreten (*Petzold 1984c; Schulz-Kindermann 2021*). Umgekehrt kann es auch vorkommen, dass Symptome einer psychischen Erkrankung verschwinden, da alle psychische Energie in die Beschäftigung mit der Krebserkrankung investiert wird (*Wiesenhütter 1976 in Petzold 1984; Schulz-Kindermann 2021*). Wie oben verdeutlicht wurde, wirkt sich eine Krebserkrankung nicht nur auf die Integrität, das Wohlbefinden und das Sinnerleben der Betroffenen aus, sondern kann sich auf alle

Lebensbereiche belastend auswirken. Dieses komplexe Geschehen sollte daher ganzheitlich und differenziert betrachtet werden (Petzold 1999f), was in der Integrativen Therapie u.a. mit Hilfe der prozessualen Diagnostik angestrebt wird (Osten 2019). «Diagnostik ist in der Integrativen Therapie niemals ein einmalig abgeschlossener Akt, sondern ein gemeinschaftlicher Prozess zwischen Therapeut:innen und Patient:innen, der so lange währt, als mit den Patient:innen gearbeitet wird (Apfalter, Stefan, Höfner 2021 26). Man bewegt sich „von den Phänomenen zu den Strukturen und zu den Entwürfen“ (Petzold 1993a/2003a).

### 3.3 Krankheitsbelastung und die 5 Säulen der Identität

Gemäss der Theorie der Integrativen Therapie beruht die Identität eines Menschen schwerpunktmässig auf fünf Säulen bzw. Stützpfeilern (Petzold 1993a/2003a). Sind diese beschädigt oder beeinträchtigt, bedürfen die Betroffenen und ihre sozialen Konvois einer therapeutischen Stütze. Zu den «5 Säulen der Identität» gehören: I) Leiblichkeit, II) soziales Netzwerk, III) Arbeit, Leistung und Freizeit, IV) Materielle Sicherheit und V) Werte und Normen. Nachfolgend wird aufgezeigt, wie sich eine schwere Erkrankung wie Krebs auf alle 5 Säulen der Identität eines Betroffenen auswirken kann (Petzold 1984c, 438-441):

#### I) Leiblichkeit

Der Mensch nimmt seinen Leib wahr, erkennt sich dabei selbst und bewertet sich (selbstattributiv, Identifikation), der Leib wird von anderen erkannt und bewertet (fremdattributiv, Identifizierung). Er ist «my body» und «social body» zugleich, der die Szenen des Lebens über die Zeit speichert und sich daher verändert. Ein krankheitsbedingter Verlust der Gesundheit (Vitalität, Kraft, Ausdauer, Konzentrations- und Wahrnehmungsvermögen, ...) bedroht das Identitätsleben. Es macht der/dem Kranken Mühe, den kranken Leib mit Identifikationen zu belegen, auch positive Identifizierungen von aussen (Berührungen, Blicke) können abnehmen. Eine veränderte Leiblichkeit wirkt sich auf allen Ebenen des Lebens aus. An dieser Stelle sei auf *Anne Holling* verwiesen, die in den Polylogen die Arbeit mit folgendem Titel geschrieben hat: Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität in der Psychoonkologie – Eine Perspektive der Integrativen Therapie (Polyloge 19/2016).

#### II) Soziales Netzwerk

Der Mensch erkennt sich in seinem sozialen Netzwerk (z.B. «meine Familie, der ich zugehöre») und wird darin auch erkannt (z.B. «mein Ehemann, unser Sohn, mein Vater»). Eine schwere Erkrankung kann im sozialen Netzwerk Veränderungen auslösen (Freunde und Bekannte, aber auch die/der Betroffene selbst können sich aus Unsicherheit, Scham und Ängsten zurückziehen). Im besten Falle löst eine schwere Erkrankung eine Verbesserung des sozialen Zusammenhaltes aus, worauf Kontakte, Beziehungen und Bindungen gestärkt werden. Das «soziale Atom» (Moreno) eines Menschen wandelt sich im Laufe des Lebens, so auch in einer schweren Krise, wie sie eine lebensbedrohliche Krankheit darstellt.

#### III) Arbeit, Leistung und Freizeit

Der Mensch erkennt sich in der Arbeit (Identifikation) und wird erkannt (Identifizierung). Arbeit und Leistung haben besonders in unserer leistungsorientierten Gesellschaft eine identitätsstiftende Funktion. Entsprechend kann eine schwere Krankheit in eine Krise führen, wenn der Betroffene sich wertlos und unnützlich fühlt.

#### IV) Materielle Sicherheit

Nicht nur die materielle Sicherheit, sondern auch das ökologische Eingebettet sein (z.B. «meine Wohnung», «mein Garten») sind Realitäten, die Identifikation und Identifizierung bieten. In unserer Kultur wirkt die materielle Sicherheit sehr stark auf das Identitätserleben. Bei schwerer Erkrankung belastet eine bedrohte oder eingeschränkte materielle Lebensgrundlage sehr. Auch können sich die ökologischen Felder bei schwerer Krankheit einschränken und daher belastend wirken (Hospitalisierung, Eintritt ins Pflegeheim oder Hospiz).

#### V) Werte und Normen

Werte und Normen haben einen überdauernden Charakter und eine tragende Funktion, vor allem, wenn die anderen Identitätssäulen beeinträchtigt oder beschädigt sind. So kann der Glaube an eine höhere Macht oder an die Liebe auch bei schwerer Krankheit eine positive Kraft ausüben. Infolge einer existenziell bedrohlichen Krankheit können auch Werte verloren gehen und dadurch eine Sinnkrise auslösen.

Besonders bei unheilbar Erkrankten und Sterbenden ist es wichtig, sie bei der Bestärkung vorhandener Werte, bei der Trauer um verlorene Werte und bei der Erschließung von neuen Werten (z.B. durch die mitmenschliche Begegnung) zu unterstützen und begleiten.

Im nächsten Kapitel wird die psychoonkologische Therapie und deren Zielsetzung vorgestellt. Danach wird die Schmerztherapie in die Theorie der Integrative Therapie eingeordnet.

## 4 Psychoonkologie

Die Psychoonkologie hat sich zu einer sehr klar definierten Subdisziplin innerhalb der psychosozialen Dienste im Spital etabliert (*Koch, Holland, Mehnert 2016*). Sie ist ein Modell für die erfolgreiche Anwendung von Verhaltens- und Sozialwissenschaften in der Medizin (ebd.). Aufgrund der rasanten Veränderungen im Gesundheitswesen (z.B. mehr chronische Erkrankungen durch medizinische Fortschritte) und der wachsenden Ansprüche der Betroffenen an die Gestaltung der Arzt-Patienten-Kommunikation hat sich die Psychoonkologie seit den 1970er-Jahre entwickelt (ebd.).

Als eigenständige Disziplin beschäftigt sich die Psychoonkologie einerseits mit den psychologischen Reaktionen der Patient:innen, deren Angehörigen sowie Betreuungspersonen auf die Krebserkrankung in allen Krankheitsstadien und andererseits mit den psychologischen und sozialen Faktoren, welche auf den Krankheitsprozess einwirken (*Holland 2002 in Hurschler, Baschung, Sieber, Wössmer, Bernhard 2014*). Häufig wird der Begriff «Begleitung» in der Psychoonkologie ohne bestimmte Methode benutzt, um möglichst offen und respektvoll die Betroffenen in ihrer individuellen Bewältigungsmöglichkeiten zu unterstützen und ihnen zu größtmöglicher Autonomie gegenüber ihrer medizinischen Behandler:innen zu verhelfen (*Leu 2021; Schulz-Kindermann 2021*). Patient:innen sehen in der ersten Phase ihrer Krebserkrankung häufig keinen Anlass, sich neben den medizinischen Geschehnissen auf psychologische Weise damit auseinander zu setzen (*Schulz-Kindermann 2021*). «Entspannungsangebote» sind da aus praktischer Erfahrung in der Psychoonkologie willkommene Türöffner, um sich auf die psychologische Verarbeitung einzulassen. Da psychosoziale Themen bei der Betreuung von Betroffenen eine wichtige Rolle spielen, haben neben den psychoonkologischen Fachpersonen auch weitere Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Seelsorge, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Sozialberatung u.a. Bezug zu psychoonkologischen Themen (*Hurschler, Baschung, Sieber, Wössmer, Bernhard 2014; Schulz-Kindermann 2021*).

## 4.1 Lebensqualität als ein Ziel

«Mit Krebs leben lernen» (Buchtitel von *Mehnert* 2010) und dabei die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern, sind wichtige Ziele in der Psychoonkologie. Um sich zielführend mit der Krankheit auseinanderzusetzen und eine «Anpassungsleistung» erbringen zu können, werden in der psychoonkologischen Therapie stabilisierende Strategien zur Krankheitsbewältigung entwickelt, Zusammenhänge von Erkrankungsverläufen und psychischer Befindlichkeit bewusst gemacht und sich mit der Endlichkeit des Lebens auseinandergesetzt (*Heusser, Hiddemann* 2012).

Wie *Petzold* (1999f) schreibt, erfolgt in der Integrativen Therapie eine Umorientierung von der Zentrierung auf das Symptom zu einer Zentrierung auf die Lebensgestaltung. Das ganze Leben soll in die Behandlung miteinbezogen werden, da Krebs eine lebensbedrohende Krankheit ist, die das ganze Leben betrifft (ebd.). Es geht darum, die Lebensgestaltung wieder in die Hand zu nehmen, kreative Lösungen für die Lebensführung zu finden und durch das «Erleben der eigenen Wirksamkeit» und der gemeinsamen Handlungsmöglichkeiten wieder «Selbstwert- und Gemeinschaftsgefühl» zu gewinnen (*Petzold* 1999f 33). Wie *Petzold* weiter ausführt, müssen von Krebs Betroffene Folgendes herausfinden, um einen Prozess der «Essentialisierung» des Lebens in Gang zu setzen:

- was ihm/ihr guttut und was schadet (feinspürig werden)
- was in seinem/ihrem Netzwerk stimmt und was fehlt (aufmerksam werden)
- belastende Lebensumstände verändern (aufmerksam werden)
- neue Wege der Lebensgestaltung finden (kreativ werden)
- neue Beziehungsgestaltungen (offen und kommunikativ werden)
- vielfältige Erfahrungsmöglichkeiten sehen trotz Schatten des Todes (weit werden)

## 4.2 Schmerztherapie: Einordnung in die Integrative Therapie

Im Vergleich zur medizinischen Schmerztherapie stellt die psychologische Schmerztherapie bei Krebschmerz ein noch weitgehend vernachlässigtes Gebiet dar (*Eggebrecht, Falckenberg* 2011). Anders als beispielsweise chronischen Rückenschmerzen oder rheumatoider Arthritis wurden spezielle Copingstrategien bei Krebschmerz bisher kaum wissenschaftlich überprüft (ebd.). Dies, obwohl Durchbruchschmerzen (Schmerzspitzen, -attacken, episodische Schmerzen) von Patient:innen als massive Einschränkung ihrer Lebensqualität und Autonomie erlebt werden (*Hoffmann, Wirz* 2015). Schmerzen lösen unangenehme bis schreckliche Sinnes- und Gefühlserlebnisse aus, welche zu Verspannungen, Resignation, Vermeidung, Apathie und sozialem Rückzug führen und die Lebensqualität massiv beeinträchtigen (*Schröter* 2007). Schmerz erzeugt Angst und diese wiederum Verspannungen, welche den Schmerz verstärken (ebd.). Schmerz wirkt allgemein als Stressor und löst Stressreaktionen auf vegetativer, emotionaler und kognitiver Ebene aus (*Diezemann* 2011). Wie bereits bei den Einflussgrößen im Kapitel Krebschmerz hingewiesen wurde, hängt die Schmerzbewältigung entscheidend vom betroffenen Individuum (emotionalen Befindlichkeit, Persönlichkeitseigenschaften, individuellen Krankheits- bzw. Schmerzverhalten) und seinem sozialen Umfeld ab (*Eggebrecht, Falckenberg* 2011). Im Verständnis der Integrativen Therapie (siehe Kapitel 5) müssen die Einflussgrößen um die des «ökologischen Umfeldes» ergänzt werden, da der Mensch darin eingebettet ist, davon beeinflusst wird und daraus agiert. Jemand, der beispielsweise in seinen Garten sitzen und die Sonnenstrahlen genießen kann, erlebt Schmerzen womöglich anders als jemand, der in einer beengten, balkonlosen Wohnung lebt.

In der Integrativen Therapie erhalten die Krebs-Schmerzpatient:innen Unterstützung in ihrer leidvollen Situation (Support) und erlernen das Bewältigen der Schmerzspitzen (Coping); beide stellen Pathogenese-orientierte Mikrointerventionen/Mikroheuristiken dar (Petzold, Orth, Sieper 2019e). «Heuristische Verfahren sind Hilfsmittel und kommen insbesondere da zum Einsatz, wo noch wenige Informationen vorhanden sind oder eindeutig, erprobte und bewährte Verfahren fehlen» (Stefan 2021 55). Anhand der Salutogenese-orientierten Interventionen/Mikroheuristiken wird die Lebensqualität gesteigert, das Leben bereichert (Enrichment). Dabei stellt die Wahrung der Integrität und Würde der kranken Person die Basis der Integrativen Therapie dar (Sieper, Orth, Petzold 2010; Petzold, Orth 2011 in Petzold, Orth, Sieper 2019e). Die integrative therapeutische Grundregel lautet, dass in der intersubjektiven Ko-respondenz zwischen Therapeut:in und Patient:in ausgehandelt und dann gemeinsam evaluiert wird, was, wie, wann wirksam und hilfreich ist (Petzold 2000a in Petzold, Orth, Sieper 2019e). Integrative Therapie ist leibtherapeutisch ausgerichtet im Rahmen eines biopsychosozialen-ökologischen Modells (Petzold 1974, 2000h in Petzold, Josić 2003). In der Integrativen Therapie wird nicht nur anhand des Gespräch mit den Patient:innen gearbeitet, sondern es werden auch das soziale Umfeld, der Lebensraum Natur und der Leib der betroffenen Person miteinbezogen. In diesem Text geht es vor allem um die Arbeit am Leib. Am Leib wird die Regulation von Spannung und Entspannung geübt und ausdifferenziert mit dem Ziel, die Schmerzwahrnehmung positiv zu regulieren und eine Lebensqualität zurückzugewinnen.

#### 4.2.1 Die «4 Wege der Heilung und Förderung» der Integrativen Therapie

Das Herzstück der Integrativen Therapie stellt das Ko-respondenzmodell dar (Petzold 1993a/2003a). «Intersubjektive Ko-respondenz» beschreibt nach Petzold (1993a/2003a 117) «ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes/Kontinuums.» Die ko-kreative Interaktion schafft neue Wirklichkeit, die die Summe der Teilwirkungen übersteigt und andere Qualitäten freisetzt (Petzold 1993a/2003a). Zusammengefasst führt die Ko-respondenz auf die «4 Wege der Heilung und Förderung».

Die «4 Wege der Heilung und Förderung» gelten als methodische Interventionen auf dem WEG der Behandlung in der Psychotherapie. Die Integrative Therapie sieht sich als Begleiterin auf dem Lebensweg der Hilfesuchenden, es wird eine Weggemeinschaft angeboten (Petzold, Orth, Sieper 2019e). Ein Metaziel ist dabei die persönliche Souveränität der Hilfesuchenden (ebd.). Die «4 Wege der Heilung und Förderung» sind nicht nur für Therapieprozesse bedeutsam, um Pathogenese zu beseitigen, sondern auch um Salutogenese im Leben zu fördern und einen gesundheitsbewussten, gesundheitsaktiven Lebensstil zu entwickeln (ebd.). Therapeut:innen bewegen sich mit Interventionen – mit Hilfe von Modalitäten, Techniken, Medien und Methoden – immer im Bereich der «4 Wege der Heilung und Förderung».

In der Psychoonkologie sind die «4 Wege der Heilung und Förderung» (Petzold 1988n in Petzold, Orth, Sieper 2019e) immer im Kontext der Krebsdiagnose und -erkrankung zu sehen. Nachfolgend werden sie entsprechend ergänzt:

- **Erster Weg: Bewusstseinsarbeit** (Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation)  
«Sich selbst verstehen mit Krebs, die Menschen, die Welt; das Leben mit der Krebserkrankung verstehen lernen»

Inhalte: Analysen von Lebenskontext/-kontinuum, Problemen, Ressourcen, Potentialen, Lebenszielen; Biografie- und Identitätsarbeit; Sinn- und Wertefragen. Neubewertungen (appraisal); Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch korrigierende kognitive Einsicht

Methode/Technik: Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen und Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive Modelling, Problemlberatung

Modalitäten: Konflikt- und störungszentriert (einsichtsorientiert); medikamentengestützt

- **Zweiter Weg: Nach-/Neusozialisation** (Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation)  
«Zugehörig sein trotz Krebs, beziehungsfähig werden auch mit der Krebserkrankung, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden auch mit der Erkrankung»

Inhalte: Stärkung von Grundvertrauen und Selbstwert; Neuwertungen der Beziehungen und des Lebens allgemein (valuation); Änderung emotionaler Stile durch korrigierende emotionale Erfahrungen

Methode/Technik: Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/top-down emoting, Hemmung durch Alternativ-Emoting, Netzwerk-/Konvoiarbeit

Modalitäten: Konflikt- und störungszentriert; erlebniszentriert-stimulierend (emotionsorientiert); netzwerk- und lebenslageorientiert; medikamentengestützt

- **Dritter Weg: Erlebnis-/Ressourcenaktivierung** (Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung)  
«Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen mit der Krebserkrankung, sich in Beziehungen entfalten trotz Krebs»

Inhalte: Erschliessung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale; Kreativitätsförderung; Netzwerk-Enrichment; Lebensstiländerung durch alternative kognitive/emotionale Erfahrungen und Performanzen

Methode/Technik: Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- und ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch

Modalitäten: erlebniszentriert-stimulierend; übungszentriert-funktional; netzwerk- und lebenslageorientiert; supportiv, beratende-soziotherapeutisch; medikamentengestützt

- **Vierter Weg: Exzentrizitäts-/Solidaritätserfahrung** (Metaperspektive, Solidarität, Souveränität)  
«Nicht alleine gehen während der Krebserkrankung, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen trotz Krebs»

Inhalte: Exzentrische, mehr- und metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage mit Krebs, Lebens- und Zukunftsplanung, Wertefragen, Identitätsarbeit; Lebensstiländerung durch gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und Performanzen

Methode/Technik: Netzwerk- und Projektarbeit, Gruppentherapie, Case Management, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Training, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit

Modalitäten: Netzwerk- und lebenslageorientiert; supportive, beratende-soziotherapeutisch; erlebniszentriert-stimulierend; übungszentriert-funktional; medikamentengestützt

Um mit Schmerzpatient:innen integrativ-therapeutisch an der Regulation von Spannung und Entspannung zu arbeiten, werden vor allem die übungszentriert-funktionale und die erlebniszentriert-stimulierende Modalität wichtig.

#### 4.2.2 17 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie

Die 17 therapeutischen Wirkfaktoren der Integrativen Therapie stimmen weitgehend mit Faktoren überein, welche sich auch in guten menschlichen Beziehungen wiederfinden (Märtens, Petzold 1998b in Petzold, Orth, Sieper 2019e). Sie sollten deshalb auch immer im Rahmen der therapeutischen Beziehung als intersubjektive Ko-respondenzen, ggf. Polylogen zum Tragen und damit zur heilenden Wirkung kommen (Petzold 1980g, 1993p, 2000a, 2005ü in Petzold, Orth, Sieper 2019e). Die spezifischen Wirkfaktoren werden in jedem Therapieprozess immer wieder neu verhandelt und bestimmt in Form einer intersubjektiven «prozessualen Diagnostik» und eines «Lebenslage-Assessments» – beides zusammen als «Thera-gnostik» (Therapie und Diagnostik; Petzold, Orth, Sieper 2019e). Psychoedukativ sollen mit den Patient:innen die spezifischen Faktoren besprochen werden, damit sie bewusster wahrnehmen, was ihnen gut tut und sie lernen, sie ausserhalb der Therapie anzuwenden. Die Wirkfaktoren können mit einem «Stärkungsmittel», einem «seelisch-geistige Nahrungsergänzungsmittel» oder einem «psychologischen Medikament» verglichen werden (ebd.). Wo diese Faktoren im Leben fehlen oder nicht ausreichend vorhanden sind, muss man dafür Sorge tragen, dass man sie in der Familie, im Kontakt mit Freund:innen, in sozialen Netzwerken, in Freizeitaktivitäten, bei den Arbeitskolleg:innen und im Kontext von Naturerfahrungen aktivieren kann (ebd). Die Psychotherapieforschung hat über Jahre hinweg u.a. Behandlungsberichte ausgewertet und ist auf bisher diese 17 Wirkfaktoren gestossen (ebd.). Nachfolgend werden sie anhand der Arbeit mit onkologischen Schmerzpatient:innen erklärt (zur besseren Lesbarkeit wird das weibliche und männliche Geschlecht abgewechselt).

##### 1) *Einführendes Verstehen, komplexe Empathie [supportiv]*

Der von Schmerzen geplagte Patient fühlt sich verstanden und ernst genommen. Ihm wird komplexe Empathie – kognitive Empathie (Verständnis), emotionale Empathie (Mitgefühl, Mitleid) und somatosensumotorische Empathie (Mitschwingen, Mitzittern) – und Wertschätzung für seine Situation entgegengebracht. Dadurch gelingt es dem Patienten besser, Selbstempathie für diese schwierige Situation zu entwickeln.

##### 2) *Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv]*

Die von Schmerzen geplagte Patientin wird akzeptiert als tatsächlich Leidende und darin bestärkt, der Situation nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Sie erhält positive Zuwendung und Trost.

##### 3) *Hilfe bei der realitätsgerechten [supportiv, konfrontativ], praktischen Lebensbewältigung*

Es wird besprochen, was aufgrund der Schmerzen im Alltag nicht mehr zu bewerkstelligen ist und wie Unterstützung angefordert werden könnte. Auch wird nach der Medikation gegen die Schmerzen gefragt und ob sich der Patient in einem offenen und vertrauensvollen Kontakt mit dem Arzt befindet. Falls nicht, wird der Patient darin unterstützt.

- 4) *Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiven Entscheidungskraft [supportiv, konfrontativ]*  
Zur Entlastung der Patientin wird sie angeregt, ihre Gefühle zu zeigen und auch Willensregungen auszusprechen, welche die Schmerzsituation auslösen.
- 5) *Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung*  
Es wird über die Krebserkrankung gesprochen, welche sich ungefragt in das Leben des Patienten «geschlichen und Platz genommen» hat. Weiter wird thematisiert, dass weder Persönlichkeitsfaktoren, Depressivität noch Stress direkt oder monokausal Krebs verursachen kann (Mehnert, Koch, 2016). Es soll nicht das Warum fokussiert, sondern das Wozu angeschaut werden im Sinne von «Was kann ich aus dieser Situation nun machen?».
- 6) *Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit [protektiv, supportiv, konfrontativ]*  
Die Patientin findet Worte für ihr Leiden, ihre Situation und ihre Bedürfnisse. Sie lernt sich in ihrem sozialen Umfeld mitzuteilen. Ihr wird bewusst, dass sie nicht nur die Schmerzgeplagte und Kranke ist, sondern dass sie noch andere Rollen einnimmt: Die Patientin erwirbt eine Rollenflexibilität.
- 7) *Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysische Entspannung [protektiv, supportiv]*  
Der Patient lernt seinen Schmerz genauer zu erspüren und nach Zeit und Lokalisation zu differenzieren. Er lernt, dysfunktionale Regulierungen zu unterbrechen und schmerzbedingte Verkrampfungen und Verspannungen selbst zu lösen.
- 8) *Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen [protektiv, supportiv, konfrontativ]*  
Der Patientin wird bewusst, dass man nicht nur in der Schule und Ausbildung lernt, sondern auch im Alltag und im therapeutischen Prozess. Die Lernprozesse werden reflektiert und neue Interessen gefördert.
- 9) *Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte [protektiv, supportiv]*  
Der Patient lernt, seine Lebensrealität multisensorisch wahrzunehmen und aktiv mitzugestalten im Sinne von: «Die Krebserkrankung kann mir nicht alles nehmen, ich darf/soll mein Leben weiterhin gestalten.»
- 10) *Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte [protektiv, supportiv, konfrontativ]*  
Wegen der unsicheren Zukunftsperspektiven der an Krebs erkrankten Patientin werden Ziele für die nahe Zukunft erarbeitet. Je nach Krankheitsstand sind Gedanken darüber wichtig, was für ein Bild man von sich hinterlassen will und was den Hinterbliebenen konkret vermacht werden soll (neben dem Testament und der Regelung des Finanziellen und Rechtlichen z.B. persönlicher Brief an die Kinder, die Partnerin schreiben).
- 11) *Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existenziellen Dimension [protektiv, supportiv, konfrontativ]*  
Da eine Krebserkrankung viele Lebensbereiche mitbeeinflusst und das Identitätserleben des Betroffenen negativ verändern kann (siehe die 5 Säulen der Identität im Kapitel 3.3), braucht es die Auseinandersetzung mit positiven Wertbezügen auch mit einer Krebserkrankung.
- 12) *Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben, positiver selbstreferentieller Emotionen und Kognitionen, d.h. von «persönlicher Souveränität» [protektiv, konfrontativ]*  
Eine stabile Identität führt zu persönlicher Souveränität. Auch wenn die Krebserkrankung viel Raum einnehmen kann, bleibt sie nur ein Teil einer Person. Es geht darum, die Krebserkrankung als Teil von sich zu akzeptieren im Sinne von «Ich *bin nicht* der Krebs, ich *habe* Krebs».

13) *Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke [protektiv, supportiv]*

Ein unterstützendes und ressourcenreiches Netzwerk ist für die an Krebs erkrankten Patienten äusserst wichtig, um ihre Lebensqualität herzustellen und zu erhalten. Alle Interventionen der Therapie wirken auf ein soziales Netzwerk ein. Falls von der Patientin erwünscht oder erlaubt, können auch Bezugspersonen in die psychoonkologische Therapie miteinbezogen werden. In der Therapie soll auch besprochen werden, welche sozialen Kontakte und Beziehungen nicht guttun und was die Patientin daran verändert will.

14) *Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen und «komplexem Empowerment» [supportiv, konfrontativ, protektiv]*

Der Patient erlebt, dass der Therapeut ihm solidarisch zur Seite steht. Für den von Krebs Betroffenen ist es wichtig, mit jemandem offen über seine Situation und den Krebs zu sprechen, ohne Angst haben zu müssen, die Angehörigen emotional damit zu belasten.

15) *Förderung eines lebendigen und regelmässigen Naturbezugs [protektiv, supportiv]*

Die allermeisten Patientinnen haben die Erfahrung in ihrem Leben gemacht, dass der Aufenthalt in der Natur ihnen guttut. In der Therapie wird an diese positive Erfahrung angeknüpft und die Patientin darin ermutigt, zwischen den Therapiesitzungen öfters in die Natur zu gehen (als ein Teil des «Bündels der Massnahmen»).

16) *Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen [protektiv, supportiv]*

Dazu gehören ästhetische Erfahrungen wie die Schönheit der Natur, der Musik, der Poesie, der Malerei, welche eine aufbauende und heilende Kraft haben in der rezeptiven Aufnahme oder durch die eigenschöpferische Gestaltung. Patienten lenken sich dabei von der Krankheit ab und machen positive – auch existenzielle – Erfahrungen.

17) *Synergetische Multimodalität [protektiv, supportiv, konfrontativ]*

Das Zusammenwirken unterschiedlicher Interventionen und Strategien als «Bündel von Massnahmen» zeigen eigene Wirkeffekte, unterliegen dem Synergieprinzip. Unter Synergie wird verstanden: «Das Gesamt von Wirkungen ist mehr und etwas Anderes als die Summe der Teilwirkungen. Durch das Zusammenspiel von Verschiedenem entsteht etwas Neues. Synergie schafft vielfältigen Sinn und Entwicklungschancen» (Apfalter 2021 132).

Bei der Regulation von Spannung und Entspannung in der Arbeit mit Schmerzpatientinnen kommen besonders folgende Heilfaktoren zum Tragen (siehe Kapitel 6):

- «Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysische Entspannung» (7.)
- «Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte» (9.)
- «Förderung eines lebendigen und regelmässigen Naturbezugs» (15.)
- «Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen» (16.)
- «Synergetische Multimodalität» (17.)

### 4.3 Die integrative Haltung in der therapeutischen Beziehung

Die integrative Haltung in der therapeutischen Beziehung wird in den Grundregeln der Integrativen Therapie festgehalten (Petzold 2000a in Petzold 1993a/2003a). Sie wurde aus der Theorie der Integrativen Therapie und der Praxiserfahrung hergeleitet.

Die Therapeut:innen setzen sich engagiert und partnerschaftlich mit den Patient:innen als Personen, mit ihren Lebenslagen (in diesem Falle mit der Krankheit Krebs) und ihren

Netzwerksituationen auseinander (Petzold 1993a/2003a). Dabei werden nicht nur ihre Leiden und Belastungen (im Falle der Krebserkrankung: Sorgen um die Familie und um die Zukunft, Schmerzen etc.) angeschaut, sondern auch ihre Ressourcen, Kompetenzen und Entwicklungsaufgaben (Persönlichkeitsreifung durch die Krankheit, Erschliessung neuer Ausdrucksformen, Stärkung des sozialen Netzwerkes. Gemeinsam wird gearbeitet an der Gesundheit (bei Krebs auf der gesamten Leibebene), Problemlösung und Persönlichkeitsentwicklung (mit Krebs zu leben lernen). Die Therapeut:innen geben nach Kräften professionelle, soweit möglich forschungsgesicherte «Best-practice-Hilfe», Unterstützung und Förderung. In der Integrativen Therapie gilt die «doppelte Expert:innenschaft»: Die Patient:innen sind Expert:innen für ihre Lebenssituation und die Therapeut:innen für ihr fachliches Können. Der Respekt der «Andersheit des Anderen» (gemäss *Emmanuel Levinas*) und ihre jeweilige «Souveränität» wird ebenfalls anerkannt (ebd.). Auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung gilt es ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten. Die Fähigkeit zur Ko-respondenz bedeutet, mit anderen in Beziehung treten, Diversität wertschätzen und Grenzen aushandeln zu können (Osten 2019). Das Therapiesetting muss Patient:innenrechte, «informierte Übereinstimmung», Fachlichkeit und Würde der Patient:innen sichern (Petzold 1993a/2003a). Das Erleben einer gemeinsamen Vertrauensbasis und der wertschätzenden Annahme aus wechselseitiger Empathie zwischen Therapeut:in und Patient:in ist das «Therapeutische» an heilenden Beziehungsprozessen (Petzold, Orth, Sieper 2019e). Osten (2019 268) nennt es «leibliche, emotionale und kognitive Präsenz der Therapeut:innen», welche wesentlich für «Klarheit und Heilkraft einer Begegnung in der Beziehung» ist. Die psychoonkologische Grundhaltung wird ähnlich in Schulz-Kindermann (2021) beschrieben. Auf einer therapeutischen Basis der offenen, wertfreien und respektvollen Haltung werden die Patient:innen mit ihrem eigenen emotionalen Erleben konfrontiert und durch einen Reflexionsprozess begleitet, in dem Ressourcen aktiviert und inneres Erleben einbezogen werden kann. Ihre körperliche und seelische Verletzung soll wahrgenommen und gewürdigt werden (ebd.)

## 5 Theoretischer Hintergrund: Leibkonzept der Integrativen Therapie

Das Leibkonzept der Integrativen Therapie baut auf der **anthropologischen Grundformel** der Integrativen Therapie auf und lautet (vgl. Petzold 2000j 5):

«Der Mensch ist ein **Leib-Subjekt** in der Lebenswelt, das bedeutet, er ist ein  
Körper-Seele-Geist-Subjekt im **[sozialen und ökologischen] Kontext** und **Kontinuum**  
und  
steht in der lebenslangen Entwicklung  
einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit.»

Der Mensch als Leib-Subjekt ist *ein totales Sinnes- und Handlungsorgan*; er nimmt wahr und gestaltet seine Lebenswelt und sich in ihr (vgl. die «Anthropologie des schöpferischen Menschen»; Petzold 1999q; Petzold 2002j/2017). «Fasst man einen Körper an, fasst man einen Menschen an» wird der Leibtherapeut *K. G. Dürckheim* (1974) von Petzold (2000j) zitiert. Gedanken, Gefühle, Willensakte, psychische und geistige Prozesse wie die Persönlichkeit beeinflussen den Organismus/Körper eines Menschen und werden als Verkörperungen, Niederschlag auf der Leibebene gesehen (Petzold 2000j; Petzold 2002j/2017; Petzold, Orth 2017a). Und genau hier beginnt die Unterscheidung zwischen Körper und Leib (Petzold 2009c;

*Petzold, Sieper 2012a*): Der Körper wird als lebendiger, organismischer oder als toter Festkörper verstanden; der Leib hingegen als körperlich-lebendiges, beseeltes und geisterfülltes Subjekt «wie es leibt und lebt». Der Körper in seiner organismischen, biophysiologischen Realität stellt die Basis aller Lebensprozesse dar (*Petzold, Sieper 2012a*).

Aus Integrativer Sicht gehört zum menschlichen Leib die Subjekthaftigkeit, er ist also Leib-Subjekt, das auf die Welt und die anderen gerichtet ist im Sinne des Leibphilosophen *Maurice Merlau-Pontys* (1908-1961) «Être-au-monde» (*Petzold, Sieper 2012a*). Es wird unterschieden zwischen dem *Leib-Subjekt* (anthropologische Ebene) und dem *Leib-Selbst* (persönlichkeitstheoretische Ebene; *Petzold, Orth 2017a*). Beim Tier spricht man meist nicht von seinem Leib, sondern von seinem Körper, aber das ist auch vom Tierbild abhängig, das vertreten wird (*Petzold 2021c*).

Der Organismus mit seinen Wahrnehmungsrezeptoren stellt das materielle Substrat dar. Leib hingegen ist der Ort und das Medium des Lernens: Er nimmt Informationen auf aus der Aussenwelt und der Innenwelt (aus den Organen, Muskeln...) und bearbeitet diese (*Petzold 2000j*). Erlebtes wird über die Sinnesorgane physiologisch wahrgenommene und nach innen in die Gedächtnisspeicher des Leibes geführt und speichert in einem Prozess des Wahrnehmens-Verarbeitens-Handelns physiologische Muster auf molekularer Ebene ab (*Petzold 2009c*). So wird Geistiges zu Materiellem. Durch die Verarbeitung bekommt das Erlebte und materiell Abgespeicherte eine kognitive Bewertung/Einschätzung (präfrontales Appraisal; *Lazarus, Folkman 1984*) sowie eine emotionale Bewertung (limbische Valuation; *Petzold 2002j, 2003a in Petzold 2009c*).

Das Gedächtnis (im Gehirn) ist im Grunde genommen das Leibgedächtnis auf der Grundlage des biologischen Organismus. Dabei sollte man in der Zeit der Neurowissenschaften nicht nur auf die biochemischen Prozesse des Lernens schauen, sondern soll die kognitiven, emotionalen und volitionalen Prozesse mitberücksichtigen (z.B. *Spitzer 2000 in Petzold 2009c*). *Petzold* stellt fest, dass es einer engen Zusammenarbeit folgender Disziplinen bedarf: Neuro-, Kognitionswissenschaften, Biologie, Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Philosophie, Ökologie, Sozialwissenschaften, Sprachwissenschaften, Kulturwissenschaften... Immaterielles wie ein unsterblicher Geist oder eine Seele kann wissenschaftlich nicht untersucht werden und bleibt Sache des persönlichen Glaubens (*Petzold 2000j*).

Die Integrative Therapie arbeitet mit dem Menschen in seiner personalen «Leiblichkeit». Um an die Leibarchive, die Leibgeschichte des Subjektes heranzukommen bzw. mehr vom gesamten abgespeicherten Erlebten (nicht nur auf der verbalen Inhaltsebene) zu aktivieren, wird in der Integrativen Therapie mit dem Leib, der Bewegung und den kreativen Medien gearbeitet («Erlebnisaktivierung» durch «multiple Stimulierung»; *Petzold 2009c*). Auf eine Erinnerung im Leibgedächtnis kann besser zurückgegriffen werden, wenn die Informationen auf mehreren Wahrnehmungskanälen sensorisch erlebt und abgespeichert werden; eine Abspeicherung geschieht ein Leben lang und in jedem Alter (ebd.; *Petzold 2002j/2017*).

Lernprozesse finden im Kontext einer wertschätzenden therapeutischen Beziehung statt, wenn korrigierende und alternative kognitive, emotionale und volitionale Erfahrungen entsprechend auf der Leibesebene internalisiert werden (ebd.). Dieses Verstehen auf allen Ebenen geschieht unter vitaler Evidenz. Vitale Evidenz bedeutet ein «Zusammenwirken von Körpererleben, emotionaler Erfahrung und kognitivem Verstehen mit sozialer Bedeutsamkeit» (*Petzold 1993a/2003a 694f*). Die Synergie der Komponenten ist anders als seine Einzelteile. Es ist ein totales Geschehen, welches Freiräume für das kreative Gestalten neuer Szenen schafft (ebd.).

In der Integrativen Therapie ist der Leib das Resonanzorgan, der Resonanzkörper (*Petzold, Orth* 2017a). Das Phänomen der «leiblichen Resonanz» bedeutet in der Integrativen Therapie ein- oder wechselseitige Empathie (ebd.) «Es ist eine wichtige Qualität und Erfahrung in sich selbst und mit sich selbst 'in Resonanz' gehen zu können, von sich selbst berührt sein können, sich an sich selbst freuen oder auch sich bedauern zu können» (*Petzold, Ort* 2017a 33). Nach *Petzold* und *Orth* (2017a) stellt dies kein larmoyantes Selbstmitleid dar.

Aufgrund ihres Menschenbildes wird die Integrativen Therapie gerne «Integrative Humantherapie» genannt, weil es «gar keine rein psychischen Erkrankungen geben kann und deshalb der Begriff Psychotherapie zu kurz greift» (*Petzold* 2000g 368/240). Sie ist aus diesem Grund auch leibtherapeutisch ausgerichtet (*Petzold* 2000g).

## 5.1 Zusammenspiel von materieller und transmaterieller Wirklichkeit

In der Integrativen Therapie wurde eine Position des differentiellen, interaktionalen Monismus herausgearbeitet (*Petzold* 1988i, *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994 in *Petzold* 2009c; *Petzold, Orth* 2017a; *Petzold, Sieper* 2012a). Der Monismus ist in der Philosophie die Position, wonach sich alle Phänomene und Prozesse in der Welt auf ein einziges Grundprinzip zurückführen lassen (*Heil* 1998 in *Petzold* 2009c). Er nimmt somit eine Gegenposition zum dualistischen Denken ein, welches Leib und Seele als zwei getrennte Einheiten sieht (z.B. *René Descartes* und *Sigmund Freud*). Im Monismus wird angenommen, dass das «Leben», «Geistige», Transmaterielle aus der materiellen Basis des Organismus emergiert (in komplexen Synergien der Interaktionen und Resonanzen mit der Umwelt). Etwas Transmaterielles wie beispielsweise ein Gedanke kann nie ohne materielle Grundlage gedacht werden. Es bleibt daher an die materielle Grundlage gebunden, obwohl die Frage nach dem «wie» dieses Emergierens bisher offengeblieben ist (*Petzold* 2009c; *Petzold, Orth*, 2017a; *Petzold, Sieper* 2012a). Unter Emergenz wird in der Systemtheorie, der modernen Philosophie und den Naturwissenschaften die Art und Weise verstanden, wie neue informationale Muster aus einer Vielfalt konnektivierter Interaktionen auf der physiologischen, aber auch auf der mentalen Ebene hervorgehen (ebd.). Im psychologischen Wörterbuch Dorsch (*Janke* 2004 241) steht unter Emergenz: «Ein System besitzt emergente Eigenschaften, wenn es Eigenschaften zeigt, die seine Bestandteile selbst nicht besitzen. Beispielsweise ist Wasser flüssig, obgleich keines seiner Atome diese Eigenschaft besitzt. Viele Wissenschaftler argumentieren, dass die kognitiven Fähigkeiten eines Menschen eine emergente Eigenschaft darstellen, die durch das kombinierte Verhalten vieler Neuronen entsteht, obgleich eine einzelne Nervenzelle nicht besonders klug sei und daher vermutlich keine kognitiven Fähigkeiten besitzt.» Anders hat es *Rafael Nuñez* ausgedrückt: «Subjekte denken, nicht Neuronen.» (*Hauser et al.* 2000 in *Petzold* 2002j/2017).

Der Leib ist im Sinne eines «differentiellen, interaktionalen Monismus» das Zusammenspiel von materieller Wirklichkeit und transmaterieller, bewusster, geistiger Wirklichkeit (*Petzold* 2002j/2017). Das Seelische kann also nicht ohne den Leib gedacht und verstanden werden und umgekehrt (*Höfner* 2020 in *Stefan* 2020). Ein transmaterielles Phänomen des Leibgedächtnisses ist beispielsweise die Erinnerung daran, wie man sich das Schienbein an einer Parkbank gestossen hat. Man spürt den Schmerz und kapillare Kontraktionen wären feststellbar, obwohl das Ereignis zeitlich zurückliegt und die Parkbank nicht vor einem steht. Wirkungen des Materiellen in das Transmaterielle liegt vor bei (*Kosfeld et al.* 2005 in *Petzold* 2009c):

- psychotropen Substanzen wie Alkohol oder Canabinol, die das Erleben verändern

- Beruhigungsmitteln, welche den Körper beruhigen
- physischer Erschöpfung, welche die Gedanken trübt
- Ausschüttung des Neuropeptids Oxytocin, das Gefühle und Gedanken des Vertrauens auslöst (siehe Unterkapitel Berührung 6.2.2)

Wirkungen von Transmateriellem in das Materiell-Organismische haben z.B. transmaterielle Informationen aus einem schauerlichen Text oder einem schwierigen Gespräch (auch erinnert), das einen mentalen Zustand mit psychischen Effekten auslöst und zu Herzklopfen, körperlichem Zittern und Schweissausbrüchen führen kann (vgl. Beispiele aus *Petzold, Sieper 2012a*).

Bildgebende Verfahren (PET und fMRT) belegen die Wirkung von verbaler Psychotherapie (transmaterieell) auf zerebraler Ebene (materieell; *Förstl et al 2006, Linden 2006, Schiepek 2008 in Petzold 2009c*). Es wirkt also Transmaterielles wie mentale Selbsterfahrung, intentionale Selbstverwirklichung und Selbstmodifikation auf materieller Ebene (*Petzold 2009c*).

«Auf einer solchen Verstehensbasis [der Mensch als Leib-Subjekt] betreibt man in anderer Weise Therapie als das auf dem Boden herkömmlicher Modelle z.B. der Tiefenpsychologie oder der humanistischen Psychologie möglich war» (*Petzold 2009c 14*). Die Integrative Therapie entwickelte eigenständige Behandlungsmethoden mit Elementen aus der aktiven und elastischen ungarischen Psychoanalyse, der kognitiven und behavioralen Verhaltenstherapie, der emotionszentrierten und erlebnisaktivierenden Verfahren humanistischer Psychologie (Gestalttherapie, Psychodrama), der Leibtherapie und der Arbeit mit kreativen Medien (*Petzold 1993a/2003a*). «Sie hat zum Ziel, den Menschen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Ganzheit und mit seinem Lebenskontext/Kontinuum durch theoriegeleitetes, forschungsbasiertes und indikationsspezifisches Vorgehen im Rahmen einer ko-respondierenden und kooperativen, therapeutischen Beziehung zu behandeln [...]» (ebd. 777).

## 5.2 Verkörperte Weltverbundenheit: 4E-Perspektive

In der Integrativen Therapie ist der Leib eine Dreieinheit (Triade anstelle einer Dichotomie) von *Körper-Seele-Geist*, wobei von den *Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnissen* (*Petzold 2009b in Petzold 2009c*) gesprochen wird. Der Mensch in seiner Leiblichkeit ist aus diesem Grunde unlösbar mit der Welt, der Natur verbunden und verschränkt (*Petzold, Orth, 2017a; Petzold, Orth, Sieper 2020*). Wie diese verkörperte Weltverbundenheit aussieht, wird nachfolgend und anhand der 4E-Perspektiven erklärt.

Wie *Petzold, Ort, Sieper (2020)* erklären, hat die Kognition (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Erinnerung, Lernen, Planen, Problemlösen, Selbst- und Fremdbeobachtung etc.) eine lange Tradition in der Psychologie. Sie war wichtig in der Psychotherapie und der Psychoanalyse. In den traditionell behavioristischen Ansätzen wurde das Verhalten beobachtet, da die Kognition ja in der Black Box verborgen blieb. Mit der kognitiven Wende wurden die kognitiven Prozesse auch in der Verhaltenstherapie wichtig. Anfangs der 1990er-Jahre kam dann die triviale Erkenntnis auf, dass Kognition und Bewusstsein einen Körper brauchen. Es entstand das Konzept der «embodied cognition». Weiter erwuchs die simple Einsicht, dass der Körper in die Welt eingebettet ist: «embedded cognition». Die Umgebung und die Handlungen, die im Zeitverlauf gemacht werden, werden als Teil des kognitiven Systems als «enacted cognitions» gesehen. Mit den «extended cognitions» sind die Kognitionen gemeint, die sich anhand der Handlungen erweitern und entwerfen. Die «4E-Cognitions» wurden zu einer Grundlage der

Psychologie (vgl. «The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience» von *Varela, Thompson, Rosch* 1991 in *Petzold, Orth, Sieper* 2020).

*Petzold, Orth, Sieper* (2020) haben die «4E-Cognitions» aus der Sicht der Integrativen Therapie konzeptuell ergänzt und als «4E-Perspektive» bezeichnet. Die Kognition bleibt zentral, wird aber durch die «Leiborientierung» und die «ökologische Weltbezogenheit» ergänzt (ebd.). Die *4E-Perspektive* bietet keine strukturelle Neuerung in Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, sie kommt im Integrativen Ansatz bereits überall vor (ebd.). Sie dient der interdisziplinären Vernetzung und Fundierung der Integrativen Theorie.

### 5.2.1 Embodied

Embodiment (Einleibung, Verkörperung, Inkarnation) bedeutet die Aufnahme der Welt in das *Leibgedächtnis*, in die «mnestischen Archive» des Menschen (*Petzold* 2009; *Petzold, Orth* 2017a; *Petzold, Sieper* 2012 in *Petzold, Orth, Sieper* 2020). Der *multisensorische Leib* nimmt mit allen Sinnen die Welt wahr. Informationen werden auf der materiellen (physiologischen, neurozere-bralen und neuroimmunologischen) Ebene objektivierbar. Der organismische, lebendige Leib ist ein Lebewesen, das die ihm zugängliche Welt verkörpert (*Petzold, Orth, Sieper* 2020). Ohne den Kontext im Zeitverlauf kann Embodiment kaum beschrieben werden: Es bedarf der «Embeddedness».

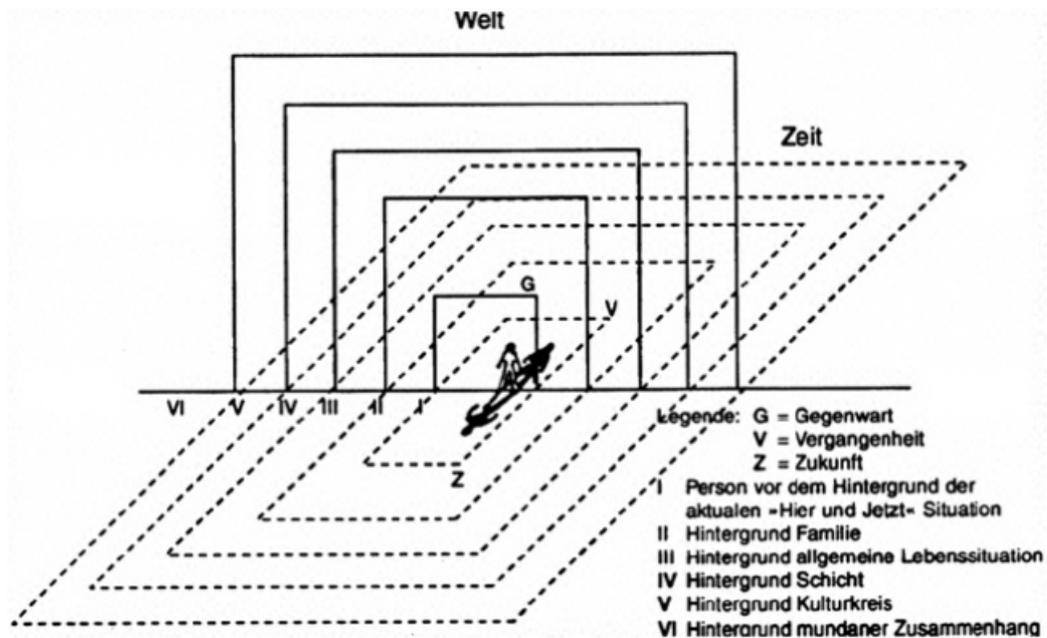
### 5.2.2 Embedded

Embeddedness bedeutet Einbettung, Verwurzelung in die Lebenswelt. Nach *Merleau-Ponty* (2000 in *Petzold, Orth, Sieper* 2020) ist der Leib von Mensch und Tier nicht nur ein Ding, sondern Bezug zu einer Umwelt. Mit der Leiblichkeit bewohnen die Lebewesen das «*Haus der Welt*» (oikos) und gehören mit der lebendigen Substanz zu ihrem Inventar, sind «*Fleisch der Welt*». Jedes Lebewesen lebt in der Welt mit anderen Lebewesen: konvivial. Schon die Philosophen der Stoa berichten von einer solchen Sicht der Verbundenheit. Ein Basisprinzip des Ko-respondenzmodells der Integrativen Therapie ist das *Koexistenz-Axiom*: «*Sein ist Mit-Sein*» (*Petzold* 1993a/2003a 116). Das Mit-Sein bezieht sich nicht nur auf Menschen, sondern auch auf die nicht-menschliche Welt bzw. die gesamte belebte und unbelebte Natur. Der Leib ist immer in «ökologischen Kontexten» verwurzelt (grounded) und in «soziale Situationen» eingebunden (situated; *Petzold, Orth, Sieper* 2020).

Nicht durch objektivierende Weltbetrachtung und Weltforschung ist der Mensch mit der Welt verbunden, sondern über seinen Leib (ebd.). Dem Menschen kann somit kein hierarchisches Verhältnis zur Welt gelingen, sondern nur ein laterales und daher konviviales (*Bischlager* 2016 in *Petzold, Orth, Sieper* 2020). Der Mensch kann nicht mehr primär vom Menschen her verstanden werden, sondern muss von der Welt her betrachtet werden (*Petzold, Orth, Sieper* 2020). In den Humanwissenschaften zeichnet sich eine «mundanologische Wende» ab (*Welsch* 2012, 2015, *Petzold* 2006, 2015b in *Petzold, Orth, Sieper* 2020). Dabei verliert der Mensch an Dominanz.

In der Integrativen Therapie muss der Mensch in der Verbundenheit mit der Welt bzw. Natur und Ökologie verstanden werden, dies wird als *Ökologizität* bezeichnet (*Petzold, Orth-Petzold* 2018 in *Petzold, Orth, Sieper* 2020). Ergänzend zur Sozialisation sollte nach *Petzold, Orth* und *Sieper* (2020) die Verbundenheit mit anderen Lebewesen und die Zugehörigkeit zur Welt im Sinne einer «Ökologisation» schon bei Kindern aufgebaut und über die ganze Lebensspanne hinweg gepflegt werden. Die Integrative Therapie beschäftigt sich aus genannten Gründen mit einer «ökologischen Ethik», «*Caring for nature*» und «*Caring for people*» und entwickelt «neue

*Naturtherapien» (Petzold, Orth, Sieper 2020). Die nachfolgende Abbildung (ebd. 150) stellt dar, wie der Mensch in Kontext (Welt) und Kontinuum (Zeit) eingebunden ist:*



### 5.2.3 Enacted

Enaction bedeutet Performanz und Handlungspraxis. Der Mensch als Leib-Subjekt ist unlösbar *mit der Lebenswelt verflochten* – mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit und mit den Dingen in Handhabung (Petzold 2009c). Als totales Sinnesorgan nimmt er «multiple Stimulierungen» von der Welt wahr, wird davon bewegt, beeinflusst, gestaltet. Die In-formationen und Erfahrungen sind somatomotorische, emotionale und kognitive (Petzold, Orth, Sieper 2020). Der «informierte Leib» wiederum bewegt, bearbeitet, beeinflusst ko-kreativ durch sein Tun und Wirken – in konstruktiver und auch in destruktiver Weise (Petzold 2009c). Die Handlungen stellen Aktionen, Performanzen, Bewegungs- und Handlungskognitionen, E-motionen (Heraus-Bewegungen) und auch Gedankenbewegungen als Extensionen dar (siehe unten bei Extensionen; ebd.). Der Mensch ist gleichsam zur Bewegung und Mitbewegung verurteilt, denn «Leben ist Bewegung» (Petzold 1989 in Petzold, Orth, Sieper 2020).

Die Performanzorientierung der Integrativen Therapie auf der Grundlage des bewegten Leibes zeigt sich in der Leiborientierung («loten und ausloten» von leiblichen Regungen, Gefühlen und Emotionen), Bewegungstherapie (z.B. integratives Stretching, Waldbaden) und *Morenos* Psychodrama und Rollenspiel (Petzold, Orth 2017a; Petzold, Orth, Sieper 2020).

### 5.2.4 Extended

Extension/Extendedness bedeutet Ausdehnung, Überschreitung, beispielsweise in den Bereich des Kognitiven. Extensionen ergeben sich auch 1.), wenn sich Kognitionen, Emotionen und vor allem Volitionen auf Gegenstände in der Umwelt des Leibsubjektes richten (Petzold, Orth, Sieper 2020). Ein Musikinstrument wird beispielsweise zu einer Extension, sobald eine Person darauf spielt (allenfalls hochkonzentriert und gefühlvoll... Petzold brachte im Vorgespräch über diesen Text das Beispiel von *Ann-Sophie Mutter*, der Geigenvirtuosin). Extensionen ergeben sich

2.), wenn Konzepte oder Objekte in kognitiver und volitionaler Synergie für komplexe Aufgaben erschaffen werden (*Clark, Chalmers 1998, Petzold et al. 1994 in Petzold, Orth, Sieper 2020*). Das sind beispielsweise Algorithmen oder Computer, Maschinen etc. Extensionen ergeben sich 3.), wenn in kognitiv-gedanklicher, emotionaler und volitionaler Arbeit einzelner oder von Kollektiven *Prozesse der Mentalisierung* entstehen (*Petzold, Sieper 2008 in Petzold, Orth, Sieper 2020*). Das sind beispielsweise Gespräche in Form von Diskursen und Polylogen, Arbeit am Gedankengebäude und der Praxeologie der Integrativen Therapie oder musikalische Gruppenimprovisationen.

Als Mentalisierungsprozess wird verstanden: Das Leibsubjekt nimmt beständig extero-, propio-, interozeptive Wahrnehmungsinformationen auf und verarbeitet diese neuro-physiologisch. Dies führt wiederum zu mentalen (emotionalen, volitionalen und kognitiven) In-formationen, welche als Bilder, Symbole, Sprache archiviert werden (*Petzold, Orth, Sieper 2020*). Diese In-formationen können bewusst oder unbewusst aktiviert werden durch externale oder internale Auslöser. Mentalisierungen erfolgen ständig in *intermentalem* Austausch zwischen Individuen und Gesellschaftsgruppen, werden dadurch *intramental* (*Vygotskij*) und werden *interiorisiert* (*Lurija 1992 in Petzold, Orth, Sieper 2020*). Bei der Interiorisierung werden Informationen lebens-bestimmend verinnerlicht und *verleiblicht* (*Petzold, Orth 2017a*). Sie werden zu «verkörperten Interiorisierungen», welche auch zu «eingefleischten Gewohnheiten», zu einem leibhaftigen Habitus im Sinne von *Bourdieu* (2011 in *Petzold, Orth, Sieper 2020*) werden können (*Petzold, Orth-Petzold 2018, Sieper, Petzold 2002 in Petzold, Orth, Sieper 2020*).

Die biografische Arbeit im praktischen therapeutischen Kontext ist beständig mit Extensionen der persönlichen Sicht auf das eigene Leben im Kontext des Zusammenlebens in sozialen Konvois verbunden (*Petzold 2016a in Petzold, Orth, Sieper 2020*). Aufgabe der Extension kann auch die Entwicklung einer persönlichen Lebenskunst (*Petzold 1999b in Petzold, Orth, Sieper 2020*), einer «Ästhetik der eigenen Existenz» (*Foucault 2007 in Petzold, Orth, Sieper 2020*) oder die Arbeit an der eigenen «intellektuellen Biografie» sein (*Petzold 2002a, b in Petzold, Orth, Sieper 2020*). Woher kommt mein Denken, Fühlen, Wollen? Wer und was hat mich in meinem Denken über Frauen/Männer, Recht/Unrecht etc. geprägt? Welche Vorbilder waren für mich lebensbestimmend? Sich mit den Quellen des eigenen Denkens auseinanderzusetzen, eröffnet Möglichkeiten, sich selbst neu zu erfahren. Diese Arbeit erfolgt kognitiv und metakognitiv in persönlicher Hermeneutik und Metahermeneutik im Sinne von *Paul Ricoeur* (*Petzold 2005a, 2017 in Petzold, Orth, Sieper 2020*).

## 6 Regulation von Spannung und Entspannung

In der Arbeit mit Schmerzpatient:innen im Bereich der Psychoonkologie geht es um die Regulation von Spannung und Entspannung. Wieso nicht einfach «Entspannungsverfahren»? Eine Aufwärtssteuerung hin zu einer guten körperlichen *Spannung* ist dann gefragt, wenn Patient:innen unter geschwächtem Lebenswillen, Antriebslosigkeit, Resignation, Apathie, Depression und sozialem Rückzug leiden und sich der Muskeltonus schlaff, hypoton zeigt (*Petzold 2000g*). Eine Abwärtssteuerung hin zur *Entspannung* ist dann angezeigt, wenn sich der Leib (Körper-Seele-Geist) aufgrund der Schmerzen und des Leides verspannt (ebd.). Der Muskeltonus ist dabei hyperten, was Angstgefühle auslösen kann. Ziel ist, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Spannung und Entspannung herzustellen (*Geuter 2018*). Dies gilt situativ als auch langfristig «im Sinne einer neuen Kalibrierung des sympathischen und des parasympathischen Tonus» (ebd. 226).

Die Regulation von Spannung und Entspannung wird im vertrauensvollen Setting der Therapie (vgl. *Petermann 2020*) eingeführt und angewendet oder – beispielsweise beim Waldbaden, welches in der Regel nicht während der Therapiesitzung stattfindet – besprochen.

Zu Beginn lernen die Patient:innen wahrzunehmen, wie das Schmerzerleben, das Leiden, sich bei ihnen verkörpert und auf der leiblichen Ebene zeigt. Eine gekrümmte Körperhaltung, ein verzogenes Gesicht oder ein allgemein überspannter oder schlaffer Körpertonus usw. stellen aus Sicht der Integrativen Therapie das Embodiment des Schmerzerlebens dar (siehe *embodied* im Unterkapitel 5.2.1). Die Gewissheit, trotz Krankheit und Schmerz nicht alleine auf der Welt, sondern Teil der Natur zu sein (siehe *embedded* im Unterkapitel 5.2.2), kann Patient:innen bestärken, sich auf das beruhigende Naturerleben einzulassen (dieses wird im Unterkapitel 6.3.5 *Grüne Meditation* und 6.4.3 *Waldbaden* beschrieben). Therapeutisch begleitete Patient:innen lassen sich immer wieder dazu motivieren, sich mittels Handlungen bzw. Strategien zur Regulation von Spannung und Entspannung aus dem Verharren im Schmerzerleben zu lösen. In der Integrativen Therapie wird von *enacting* gesprochen, wenn Erfahrungen und Eindrücke zu Handlungen führen (siehe *enacted* im Unterkapitel 5.2.3). Nehmen Patient:innen wahr, dass und wie seelisch/geistige und körperliche Prozesse miteinander verschränkt sind, können sie diese gezielt beeinflussen. Diese Wahrnehmungsinformationen werden mentalisiert. Wer die Regulation von Spannung und Entspannung genug lange übt, internalisiert diese oder mehr noch: interiorisiert, verleiht einerseits die Handlung und andererseits die Regulationsmechanismen von Spannung und Verspannung. Die Integrative Therapie spricht dann von *Extension* (siehe *extended* im Unterkapitel 5.2.4).

Die Patient:innen werden also dazu befähigt, Regulationen selbst anzuwenden. Im besten Fall führen sie geeignete Selbstregulationsstrategien eigenverantwortlich in der Zeit zwischen den Therapiesitzungen aus. Dies wird im Sinne einer «psychologischen Verschreibung» als eine Massnahme aus einem «Bündel von Massnahmen» gehandhabt (*Petzold, Orth 2021a*). Gemäss *Petzold (2000g)* braucht es ein wochen- bis monatelanges Üben, um eine Veränderung auf psychophysiologischer Ebene zu erreichen. Entspannungsverfahren führen bei *Petermann (2020)* zu folgend genannten Wirkungen:

- *Selbstkontrolle* als Erwerb von Eigenkompetenz
- *Schulung der Konzentration* auf das Innere, um eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen
- *Beruhigung* als Entspannungsreaktion, nachweisbar anhand von physiologischen Parametern (neuromuskuläre, kardiovaskuläre, zentralnervöse Veränderungen)
- *Steigerung des Wohlbefindens* auf subjektiver, physischer und emotionaler Ebene

*Diezemann (2011)* nennt als Ziele der Entspannungsverfahren bei Schmerzen: muskuläre und vegetative Stabilisierung, Ablenkung vom Schmerz, Aufbau einer internen Kontrollüberzeugung und damit Verbesserung der Selbstwirksamkeit. Der Körperpsychotherapeut *Geuter (2018)* bevorzugt bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Entspannungsverfahren, dass sich die Patient:innen darin bewusst erfahren. Achtsam nehmen sie sich selbst wahr, wie sie Spannung aufbauen, aufrechterhalten und sie schliesslich lösen können. *John Kabat Zinn* hat dies in seiner Achtsamkeitsmeditation aufgegriffen (*Kabat Zinn 1999* in *Geuter 2018*).

Für die Schmerzpatient:innen im Bereich der Onkologie sollen hier einige Ziele für die Regulation von Spannung und Entspannung abgeleitet werden. Oberstes Ziel ist die Haltung oder Erhöhung der Lebensqualität. Diese soll mit der Setzung folgender Metaziele erreicht werden: Die Patient:innen lernen, die Auswirkungen der Schmerzen am Leib (z.B. Verspannungen, negatives Denken, emotionales Tief) bewusst wahrzunehmen und mit der Anwendung der körperlichen, kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Selbstregulation zu verringern. Dabei lernen sie, die Verschränkung und die Veränderung auf der körperlichen und geistig-seelischen Ebene bewusst und achtsam zu erkennen (Entspannung, Beruhigung, weiteres Blickfeld etc.) und die Auswirkungen des Schmerzes ein Stück weit zu kontrollieren (sie finden ihren inneren «Locus of control» (Petzold, 2000g)). Die vorgestellten Übungen und Techniken stellen nicht die alleinige Behandlung der Schmerzpatient:innen dar, sondern werden als Teil des sogenannten «Bündels von Massnahmen» (Petzold, Orth 2021a) in der psychotherapeutischen Begleitung eingesetzt.

## 6.1 Integrierende und differentielle Regulation (IDR) der Integrativen Therapie

Die Begründer:innen der leibtherapeutisch ausgerichteten Integrativen Therapie haben seit den Anfängen vor rund 50 Jahren eine Form von psychophysischer Therapie entwickelt, in der ein integrativer entspannungstherapeutischer Ansatz angewendet wird (Petzold 2000g; Petzold, Josić 2003). Die sogenannten «Integrative und Differentielle Regulation» (IDR), auch «Iso-Dynamische-Regulation» (IDR) beinhaltet Methoden der Atem-, Bewegungs-, Entspannungs- und Sporttherapie (traumaspezifisches Format als IDR-T; ebd.). Diese Methoden sind empirisch als erfolgreich evaluiert worden (z.B. Bosscher 1991, Heini 1997 in Petzold, Josić 2003).

Ziel der IDR ist es, die Spannungszustände differenziert wahrzunehmen und sich mithilfe von Streckung und Atemdehnung selbst zu regulieren (Petzold 2000g; Petzold, Josić 2003). Anhand der psychophysiologischen Selbstregulation wird eine «moderate Angeregtheit», ein Eutonus oder eine «balancierte isodynamische Lage» angestrebt (ebd.). Eine balancierte isodynamische Lage zeichnet sich weder durch Erschlaffung noch Verspannung aus, sondern durch eine «lockeren Spannung», eine wache und energiegeladene Gelöstheit, einen Zustand psychophysiologischer Angeregtheit (ebd.). In der IDR sind in der Regel «sanfte Stimulierungen von Seiten des Therapeuten, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen» (Petzold 1970c in Petzold, Josić 2003, 15). Gezählt wird dabei auf die Selbstregulationskräfte des Organismus, die Selbstheilungskräfte und Entwicklungspotenziale des Subjektes und das heilende und fördernde Potenzial der zwischenmenschlichen und mitmenschlichen Beziehungen, der Menschenliebe und Humanität (Petzold 2000g).

An dieser Stelle soll auf die Arbeiten zur IDR von Annette Frankenstein-Anft (2008) Irene Wolfisberg (2009) hingewiesen werden.

### 6.1.1 Der entspannungstherapeutische Ansatz der IDR

Folgende Orientierungspunkte sind bei vielen entspannungstherapeutischen Methoden zu finden (Petzold 2000g; Petzold, Josić 2003):

1. *Mentale Entspannung* → Wirkrichtung: «top-down» (from mind to muscle)  
z.B. autogenes Training und imaginative Ansätze
2. *Muskuläre Entspannung* → Wirkrichtung: «bottom-up» (from muscle to mind)  
z.B. progressive Muskelentspannung (PMT) nach Jacobson

3. *Respiratorische Entspannung* → Wirkrichtung: «bottom-up» (from breathing to muscle and mind)  
z.B. «Mittendorf-Arbeit»
4. *Physikalische Entspannung* → Wirkrichtung: «bottom-up»  
z.B. Krankengymnastik, Wärme- und Kältepackungen, Massage, bekräftigende Stützberührung und beruhigende Streichberührung etc.
5. *Biofeedback-Entspannung* → Wirkrichtung: «bottom-up» und «top down»
6. *Substanzinduzierte Entspannung* → Wirkrichtung: «bottom-up»  
z.B. pharmakotherapeutische oder phytotherapeutische Substanzen

Wie *Petzold* (2000g) ausführt, wird in der IDR vor allem mit den Orientierungen 1 bis 3, der mentalen, muskulären und respiratorischen Entspannung gearbeitet. Da viele Menschen mental «nicht abschalten» können, sollte nicht mit einer Top-down-Intervention begonnen werden. Um die Muskeln zu entspannen (2. Orientierung, bottom-up), wird in der Integrativen Therapie nicht nach der bekannten Methode der PMR (Post-Jacobson) vorgegangen, da die Muskeln dabei sehr hart anspannen werden. Zum einen bringt das stark verspannte Patient:innen oft in einen zusätzlichen Stress. Zum anderen wird nachweislich nur eine situative Entspannung erreicht – eine generelle Reduktion der Aktivität des sympathischen Teils des autonomen Nervensystems ist empirisch nicht belegt (*Hamm 2000; Hamm 1993 in Petzold 2000g*).

In der IDR wird eine abgeschwächte Muskelanspannung mit Atmung (2. und 3. Orientierung, bottom-up) in Form eines atemgestützten Stretchings angewendet. Herzhaftes Gähnen (langanhaltende Einatmung mit einer nachfolgend langsamen Ausatmung) geht oft mit Stretching (z.B. Streck- und Rekelbewegungen des Körpers) einher und bewirkt einen natürlichen Spannungsausgleich im Körper sowohl bei Unter- wie auch bei Überspannung (*Lodes 2017*). Dabei wird ein Kohlendioxidüberschuss abgebaut und ein Sauerstoffmangel behoben. Körperliche und seelische – in der Integrativen Therapie nennen wir es leibliche – Verspannungen und Verkrampfungen können dadurch gelöst werden (ebd.). Die Nasenatmung fördert die Zwerchfell- oder Bauchatmung, die Atmung durch den Mund die Brustatmung. Beides dient ebenfalls dem Spannungsausgleich (ebd.).

*Relaxatmung und Mikrostretching, z.B.:*

*Tiefes Ausatmen durch den Mund, die Spitzen der gespreizten Finger in Brusthöhe leicht gegeneinanderdrücken, tief durch die Nase einatmen und die Zunge gegen den Gaumen stellen.*

*Mikrostretching, z.B.:*

*Recken des Nackens bei leichter Rechts- und Linksdrehung des Kopfes, langsam die Hände spreizen, langsam die Hände reiben etc.*

Um die Relaxatmung und das Mikrostretching (siehe *Petzold 2000g*) in Belastungssituationen anwenden zu können, müssen sie im geführten therapeutischen Setting geübt werden. Wie bei der PMR lernen die Patient:innen die Verspannungen wahrzunehmen und ihnen mit Streckung und Atemdehnung entgegenzuwirken. Diese Übungen sind im Verständnis der Integrativen Therapie funktional-übungsorientiert und erlebnisaktivierend.

«Mentales Training» oder Vorstellungen auf der mentalen Ebene (1. Orientierung, top down), wie z.B. imaginierte Entspannungslandschaften, lösen entsprechende Leibempfindungen, «Leibatmosphären» aus und führen ebenfalls zu körperlich-leiblicher Entspannung (*Schmitz* 1989 in *Petzold* 2000g).

*Mikrostretching mit mentalen Bildern als Quick-Relax, z.B.:*

*Die Hände spreizen, sich recken, gähnen, Entspannungslandschaft oder andere positive Bilder vorstellen*

Diese moderaten Übungen werden nicht nur übungszentriert, sondern auch erlebniszentriert angewendet. Die Patient:innen lernen ihren Leib in Bezug auf Spannung und Entspannung besser wahrzunehmen, zu regulieren und Entlastung auf allen Ebenen zu erfahren; entsprechend lernen sie die wechselseitige Verschränkung von seelisch/geistigen und körperlichen Prozessen kennen und als beeinflussbar zu erleben (*Petzold* 2000g).

Entspannung ist in der IDR an der «emotionalen Lage», d.h. an Gefühlen des Wohlbefindens ausgerichtet (ebd.). Emotionale Atmosphären sind bekanntlich ansteckend. Daher ist es wichtig, dass Therapeut:innen positive und entspannte Begleiter:innen sind, um gegebenenfalls auch «eine innere Beistandin / ein innerer Beistand» für ihre Patient:innen zu werden (*Petzold* 1985I in *Petzold* 2000g).

#### 6.1.2 Unterscheidung von top down und bottom up

Das Konzept des Leib-Subjekts (als Körper-Seele-Geist-Subjekt) als Grundlage der menschlichen Persönlichkeit und Subjekthaftigkeit wird durch neurowissenschaftliche Forschung heute gut unterstützt (vgl. *Craig* 2015; *Petzold, Orth* 2017a). Der Leib als neurozerebrale, somatische Basis liegt allen Prozessen zu Grunde (*Petzold, Orth* 2017a). Der Körper eines Menschen beeinflusst seine mentalen/seelischen Prozesse und seine mentalen/seelischen Prozesse beeinflussen den Körper (vgl. *Petzold* 2002j/2017).

Top-down-Verfahren (mentale Vorstellungen wie beruhigende, entspannende Bilder) haben zum Ziel, die Muskeln des Körpers zu entspannen (Herunterfahren des Sympathikus'), daher auch die Wirkrichtung «from mind to muscles». Bottom-up-Verfahren (Übungen am Körper) wirken beruhigend auf das mentale und seelische Befinden, daher auch «from muscles to mind».

## 6.2 Bottom-up-Verfahren: Mithilfe von Körpersignalen

Nachfolgend werden einige Verfahren/Methoden beschrieben, welche mithilfe von Körpersignalen zur Regulation von Spannung und Entspannung beitragen. Es handelt sich somit um Bottom-up-Verfahren.

### 6.2.1 Progressive Muskelentspannung

Die Progressive Muskelentspannung (PMR) ist das häufigst eingesetzte Verfahren bei Schmerzerkrankungen und es liegen dazu die meisten Untersuchungen vor (*Diezemann* 2011). In einer Reihe von Experimenten (Kaltwasser, elektrische Reizung etc.) konnte gezeigt werden, dass die PMR sowohl die Schmerztoleranz erhöht als auch die subjektiv erlebte Schmerzintensität reduziert (*Hamm*, 2020). Empirische Studien zeigen die Wirksamkeit der

PMR bei verschiedenen Patient:innen-Gruppen auf (Petermann 2020). PMR wird erfolgreich bei der behandelnden Begleitung von Patient:innen mit Krebs eingesetzt: Körperliche und emotionale Schmerzen, Spannungszustände, Unruhe, Nervosität und Ängste reduzieren sich, das Körpergefühl verbessert sich (Luebbert, Dahme und Hasenbring 2001; z.B. Stiefel, Bernhard, 2008 in Mehnert-Theuerkauf 2020).

PMR wurde vom amerikanischen Physiologen Edmund Jacobson 1929 erstmals beschrieben (Diezemann 2011; Hamm 2020). Er ging davon aus, dass sich zentralnervöse, mentale Prozesse und periphere, muskuläre Veränderungen wechselseitig beeinflussen. Werden Muskelgruppen willentlich und leicht für 1 bis 2 Minuten angespannt, stellt sich beim plötzlichen Loslassen eine Entspannung ein. Wie bei der IDR (Petzold 2000g) war Jacobson eine Methode der Spannungsminderung wichtig, bei den immer schwächer werdenden Kontraktionen unterschieden werden (Hamm 2020). Selbst minimalen Verspannungen sollten so weiter abgebaut werden (ebd.). Die heutige Praxis der PMR, der Post-Jacobson-Variante, wurde von Wolpe, Bernstein und Borkovec beeinflusst. Die Muskelkontraktion soll dabei stärker ausgeführt werden, um mehr Entspannung zu erhalten (was nur teilweise bestätigt werden konnte) (ebd.). Zudem wird die Dauer der Anspannung (5 bis 7 Sekunden) und die Entspannung (45 bis 60 Sekunden) verkürzt. In den geführten Übungen (von 4 bis 40 Minuten) auf CDs und in Handbüchern wird betont, dass bei der Anspannung unbedingt regelmässig weiter zu atmen und nach den 7 Sekunden sofort loszulassen sei (z.B. Schwarz, Schwarz 2007). Nachfolgend eine kurze PMR-Übung (Schwarz, Schwarz 2007 42):

*«Konzentrieren Sie sich auf Ihr Gesicht. Spannen Sie alle Gesichtsmuskeln an, indem Sie sich vorstellen, Sie würden in eine Zitrone beißen. Kneifen Sie die Augen fest zusammen [lesen Sie zuerst die Instruktion fertig oder schliessen Sie die Augen nicht ganz], ziehen Sie die Oberlippe zur Nase, ohne dabei den Mund zu öffnen und ziehen Sie die Mundwinkel nach oben. Halten Sie die Spannung: 1 – 2 – 3 – weiteratmen! – 5 – 6 – 7. Jetzt loslassen! Spüren Sie eine halbe Minute lang nach, wie sich die Muskeln entspannen und wie sich der Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung anfühlt. Wiederholen Sie die Übung.»*

## 6.2.2 Berührung

«Ohne Tastsinn könnten wir nicht überleben und wüssten wir nicht einmal, dass wir leben», hebt Grunwald (2017 1f) in seinem bekannten Sachbuch «Homo hapticus» hervor. Die Bedeutung von Körperkontakt und -berührung hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen (z.B. Grundwald 2017; Jansen, Streit 2014). Für die meisten Menschen ist Körperkontakt etwas intuitives und Selbstverständliches, so dass es lange Zeit kaum Forschung in diesem Bereich gab (Jansen, Streit 2014). Körperkontakte haben nicht nur einen positiven Einfluss auf das soziale Verhalten (Körperkontakt trainiert die soziale Wahrnehmung und das Spüren und Empathieren des anderen), sondern vermindern auch Stress und die Schmerzempfindung (ebd.).

Wer Körperkontakte gibt und erhält, erfährt Entspannung, Geborgenheit, Sicherheit, Gemeinsamkeit, Angenommen-Werden auch ohne Leistung (ebd.). Scheytt (1984 418) beschreibt als Seelsorger im Krankenhaus, dass Schwerkranke und Sterbende oft aus der Gemeinschaft der Lebenden desintegriert werden. Gemeinschaft kann nicht nur durch verbale Kommunikation erfahren werden, sondern auch durch das nonverbale «teilnehmend-teilgebende Schweigen, durch Gesten und Berührung». Die Kraft der therapeutischen Berührung wird im «Therapeutic Touch», einer standardisierten Pflegeintervention und Entspannungsmethode aus den USA, eingesetzt (Wallrabenstein 2011). In einer liebevollen,

wertschätzenden, einführenden und respektvollen Haltung nehmen die Pflegenden mit ihren Händen Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen auf. Der Körperkontakt vermittelt Nähe, gibt Sicherheit und schafft Vertrauen. Gerade ältere Menschen werden über den Körperkontakt entspannter, was sich oft an veränderten Gesichtszügen beobachten lässt (*Jansen, Streit 2014*). Körperkontakt (umarmen, halten, massieren...) und auch Blickkontakt, einführendes Zuhören und höchstwahrscheinlich Riechen setzen Oxytocin frei (ebd.). Oxytocin kennt man als Bindungs- oder Kuschelhormon. Weniger bekannt ist es als Neurotransmitter (Überträgerstoff im Gehirn) und Neuroregulator (beeinflusst die Wirkung anderer Überträgerstoffe). Vielfältige Experimente, in denen den Proband:innen Oxytocin-Nasenspray-Stöße bzw. ein Placebo verabreicht wurden, zeigen Veränderungen im Verhalten/Wahrnehmen. Oxytocin fördert die Bindungsfähigkeit, das soziale Vertrauen, den Blickkontakt, die emotionale Empathie (nicht aber die kognitive), das Lernen bei Belohnung und reduziert die Stress- und Schmerzwahrnehmung (ebd.). Das betrifft die Eltern-Kind-Bindung, die Paarbindung, die Bindung zwischen Mensch und Tier, die Bindung zwischen Freunden sowie die Bindung zwischen Patient:innen und Therapeut:innen.

Körperkontakt, Massage und andere Formen der Berührung hemmen also die Schmerzen. Folgende Studien zeigen dies auf: Säuglinge erleben bei der Blutabnahme oder Impfung weniger Schmerzen, wenn sie im Körperkontakt sind; Patient:innen erleben dank Massagen nach einer Operation oder einer Verbrennung weniger Schmerzen; Tierstudien zeigen, dass langsames Streicheln mit leichtem Druck die Schmerzempfindlichkeit vermindert (*Jansen, Streit 2014 20*). Die «Gate-control»-Theorie der Schmerzwahrnehmung von *Melzack und Wall (1965 in Jansen, Streit 2014)* geht dabei von zwei Hemmungsprozessen aus, welche die Forschung seither belegt hat: 1) Die sensorischen Informationen der Berührung in den schnell leitenden Nervenfasern hemmen im Rückenmark die langsam verarbeiteten Signale der Schmerzrezeptoren (bottom up). 2) Das im Gehirn (Hypothalamus) produzierte Oxytocin hemmt auf Rückenmarksebene die Weiterleitung von Schmerzinformationen (top down). Je öfter das Streicheln oder die Massage stattfindet, desto deutlicher ist die Schmerzminderung (vgl. *Lund et al. 2002 in Jansen, Streit 2014*).

Da in der Integrativen Therapie die Leiblichkeit eine zentrale Bedeutung hat, werden auch Berührungsinterventionen vorgeschlagen und im Einverständnis der Patient:innen angewendet. *Wild und Hofer-Moser (2018)* betonen, dass Therapeut:innen dabei ein allfälliges Nein, auch ein körpersprachliches Nein der Patient:innen bemerken und respektieren. Eine Intervention kann zunächst mit den Patient:innen imaginativ durchgespielt werden, bevor man konkret wird, um schwierige Assoziationen, Empfindungen und Impulse aufzufangen. Ein achtsames Vorgehen «unter laufender intersubjektiver Abstimmung» ist dabei sehr wichtig (*Wild, Hofer-Moser 2018 177*). Von *Petzold (1988n, 372, 402; 1993p)* werden drei Formen der Berührungsinterventionen unterschieden: «Non-touching-approach», «Self-touching-approach» und der «Touching approach» (*Wild, Hofer-Moser 2018*).

Im «Non-touching-approach» «berühren» sich Therapeut:in und Patient:in in der Zwischenleiblichkeit mit der Qualität der Blicke, mit der Prosodie der Stimme, mit Mimik, Gestik und Körperhaltung. Um das Gegenüber nicht mit Blicken zum Objekt zu machen, schauen die Therapeut:innen sie/ihn «im liebevollen Erfassen seiner Wirklichkeit als Mitsubjekt» an (*Petzold 1990, 308 in Wild, Hofer-Moser 2018*).

Im «Self-touching-approach» werden die Patient:innen eingeladen, den eigenen Leib zu berühren, beispielsweise die Hände auf den Bauch zu legen. Damit wird nicht nur das eigenleibliche Spürbewusstsein gefördert, sondern auch die Selbst-Beruhigung bzw. Selbst-Tröstung beim Berühren eines schmerzenden, irritierten Leibbereiches (*Wild, Hofer-Moser 2018*). Folgende Fragen unterstützen die Prozesse: «Wenn diese sanft berührende Hand

sprechen könnte, was würde sie der schmerzenden Stelle sagen? Was würde diese antworten?» (vgl. ebd. 177). Wenn die Therapeut:innen vorschlagen, ihre eigene Hand zur Unterstützung auf die mitfühlende Hand zu legen, kann zum «Touching approach» übergeleitet werden.

Der «Touching approach» ist in Zeiten der Corona-Pandemie schwierig auszuführen. In der Integrativen Therapie umfasst der «Touching approach» 1) das kulturell geprägte Begrüssen und Verabschieden, 2) die spontanen Berührungen aus der Berührtheit der Therapeut:innen (beispielsweise die Schulter von weinenden Patient:innen berühren, um Mitgefühl und Trost zu spenden) und 3) aus abgesprochenen Berührungen bei geplanten Sequenzen (vgl. ebd. 180f). Wie *Waibel* (*Waibel, Jakob-Krieger* 2009) uns Student:innen in einem Fachseminar 2019 erklärte, können bewusstes Atmen und Halten der Leibstellen Dekarnationsstörungen beheben. Mit Dekarnation (*Orth* 1994) ist die «Entleiblichung» als «Schädigung im Bereich der Wahrnehmung und des Ausdrucks» gemeint (*Apfalter et al.* 2021 25). Wahrnehmungsausfälle infolge traumatischer Überstimulierung sind beispielsweise Analgesierung bei Überflutung mit Schmerz oder Anästhesierungen bei Szenen des Schreckens (ebd.). Auch treten Dekarnationsstörungen nach einer operativen Entfernung von von Krebs befallenen Körperteilen wie beispielsweise der Brust auf. Ziel dabei ist die Integration der Erfahrung hin zu einer Inkarnation.

*Beispiel einer Patientin, welche mit der Intervention einverstanden ist:*

*«Ich berühre Sie nun unten an der Schulter und oben auf der Stelle, wo die Narbe ist. Sie sagen mir, wenn die Hände am richtigen Platz sind...*

*Nehmen Sie nun in dem Raum zwischen meinen Händen wahr, was sie fühlen...*

*Atmen Sie nun in diesen Raum und füllen Sie ihn, ohne Anstrengung!*

*Nehmen Sie wahr, was sie nun in dem Raum zwischen meinen Händen spüren... »*

Diese Berührungs-Intervention ist wie viele andere Interventionen gekoppelt mit dem bewussten Atmen, das in Kapitel 6.4.1 beschrieben wird.

### 6.3 Top-down-Verfahren: Mithilfe von Mentalem

Nachfolgend werden einige Verfahren/Methoden beschrieben, in welchen mithilfe der mentalen Vorstellung Spannung und Entspannung auf der Ebene des Leibes reguliert werden. Es handelt sich somit um Top-down-Verfahren.

#### 6.3.1 Imagination

Bei der Imagination werden auf der Vorstellungsebene realitätsnahe Wahrnehmungen unterschiedlicher Sinnesqualitäten erzeugt, ohne dass diese objektiv gegenwärtig sind, z.B. in der Vorstellung einen Apfel sehen, spüren, riechen, das Geräusch beim Hinein-beissen hören und schmecken (*Diezemann* 2011; *Petermann, Kusch, Ulrich* 2020). Imaginative Techniken gehören zum Standardrepertoire psychotherapeutischer Ansätze, denn die mentalen Vorstellungen können das emotionale Befinden erheblich beeinflussen (*Holmes, Mathews* 2010 in *Petermann, Kusch, Ulrich* 2020). Gemäss der Literatur finden geleitete Imaginationen breite Anwendung in der Begleitung von Patient:innen mit Schmerzen, Krebs und anderen körperlichen Erkrankungen (*Mehnert-Theuerkauf* 2020; *Petermann, Kusch, Ulrich* 2020). Imaginationen, welche durch die Therapeut:innen oder eine CD geleitet werden, bieten den Patient:innen angenehme und (genesungs-)unterstützende Vorstellungsbilder an. Dabei sollen

die Patient:innen Gefühle von Wohlbefinden, Entspannung sowie der Sicherheit und Kontrollierbarkeit erleben (ebd.). Nicht nur die Vertiefung der Entspannung wird genutzt, sondern auch die Ablenkung vom Schmerz (Diezemann 2011). Übergeordnetes Ziel dabei ist, die Krankheitssymptome zu mindern und das emotionale Befinden der Betroffenen zu verbessern (Mehnert-Theuerkauf 2020).

*Beispiel einer geführten Imagination mit Verstärkung der sensorischen Eindrücke:  
Stellen Sie sich einen Ort vor, an dem Sie sich sehr wohl fühlen und losgelöst entspannen können. Dies kann ein Ort in der Natur sein, z.B. im Wald, auf einem Berg, an einem See oder am Meeresstrand oder sonst wo. Lassen Sie sich Zeit... Haben Sie ein Bild von einem Ort? Schauen Sie, was sie dort alles sehen... Lauschen Sie was sie dort alles hören... Spüren Sie den Untergrund unter den Füßen oder beim Sitzen, und die Luft auf und die Sonne an ihrer Haut... Riechen sie die Luft... vielleicht schmecken Sie etwas?... Geniessen Sie es, dort zu sein...*

Die Vorstellung von schmerzlindernden Ereignissen wie z.B. dem Baden in einem kühlen See kann die Schmerzwahrnehmung reduzieren (Gerber, Niederberger, Siniatchkin 2020)

### 6.3.2 Visualisierung

Mithilfe von Visualisierungen sollen Patient:innen in ihrer Krankheitsverarbeitung und im Wohlbefinden unterstützt werden (Mehnert-Theuerkauf 2020).

Der Onkologe *Simonton*, die Psychologin *Matthews Simonton* und der Berater *Creighton* (2020) berichten in ihrem Buch «Wieder gesund werden» (17. Auflage!) von der Wirksamkeit von Visualisierung gegen die Krebserkrankung. Das Simonton Cancer Center in Kalifornien bietet seit Jahrzehnten ein komplettes Programm für an Krebs Erkrankte an. Weltweit werden psychoonkologische *Simonton*-Berater:innen ausgebildet. Es wird von Betroffenen berichtet, welche nach der Aktivierung der Selbstheilungskräfte motivierter an ihrer Gesundheit mitwirkten, mehr Selbstkontrolle erlebten, mehr Lebenswillen und -mut entwickelten. Der Verlauf der Krankheit sei dabei hinausgezögert oder der Krebs sogar besiegt worden. Standardisierte Forschung dazu gibt es allerdings nicht (Mehnert-Theuerkauf 2020). Entscheidend ist gemäss der Autor:innen (*Simonton, Matthews Simonton, Creighton* 2020), an die Überlegenheit und den Sieg der eigenen natürlichen Abwehrkräfte über die Krankheit zu glauben. Starke Bilder würden einen starken Glauben an die Genesung erkennen lassen. Die allgemeinen Visualisierungen gegen den Krebs sollten beinhalten (*Simonton, Matthews Simonton, Creighton* 2020 195):

1. *Die Krebszellen sind schwach, weich und untergeordnet.*
2. *Die Therapie ist stark und mächtig: z.B. als gelbe oder grüne Flüssigkeit, die über den Krebs hinwegströmt und ihn niederreisst, so dass die weissen Blutkörperchen (eigenes Immunsystem) ihn vernichten.*
3. *Gesunde Zellen können die geringfügigen Schäden, die ihnen durch die Behandlung (z.B. Chemo-, Strahlentherapie) zugefügt werden, leicht beheben.*
4. *Die weissen Blutkörperchen bilden ein riesiges Heer, das die Krebszellen überwältigt.*
5. *Weisse Blutkörperchen sind angriffslustig und kampffreudig: Sie sind in der Lage, die Krebszellen rasch aufzuspüren und unschädlich zu machen.*
6. *Abgestorbene Krebszellen werden auf normalem und natürlichem Weg aus dem Körper geschwemmt (Vertrauen auf natürliche Körperfunktion bei abgestorbenen Zellen).*
7. *Nach Beendigung der Visualisierung werden Sie gesund und von Krebs befreit sein.*

8. *Sie sehen sich selbst als einen Menschen, der seine Ziele erreicht und den Zweck seines Lebens erfüllt bzw. Gründe haben weiterzuleben.*

Die Anwendung von Visualisierungen können allerdings eine zusätzliche Belastung für Patient:innen darstellen, wenn ihnen eine Genesung zugeschrieben wird (*Mehnert-Theuerkauf 2020*). Die Patient:innen geraten so unter Druck, die alleinige Verantwortung für das Gelingen oder Scheitern im Genesungsprozess zu tragen. Die positive Einstellung vermag zumindest die belastenden Nebenwirkungen der Chemo- oder Strahlentherapie abzuschwächen (*Mehnert-Theuerkauf 2020; Simonton, Matthews Simonton, Creighton 2020*) und wirkt allgemein dem Schmerz-erleben entgegen.

Die Visualisierungsübungen für den Umgang mit Schmerzen bei einer Krebserkrankung werden von *Simonton, Matthews Simonton und Creighton (2020 271ff)* zu Folgendem geraten:

1. *Bereite dich mit einer Entspannungsübung auf diese Visualisierung vor (im Vergleich zum PMR von Jacobson werden verschiedene Muskelpartien nur in der Vorstellung bildlich angespannt und langsam gelöst – als Seil mit einem Knoten oder als geballte Faust bis zu einem lockeren Gummiband).*
2. *Stelle dir bildlich vor, wie sich deine weissen Blutkörperchen (oder ein anderes Vorstellungsbild für die Heilkräfte in deinem Körper) auf eine Forschungsreise begeben, um die Störung ausfindig zu machen. Bemühe dich, dieses Bild sehr deutlich vor dir zu sehen. Schicke deine Heilkräfte in den Teil deines Körpers, in dem du Schmerzen spürst.*
3. *Stossen die weissen Blutkörperchen (oder dein eigenes Vorstellungsbild) auf Krebszellen, dann stelle dir bildlich vor, wie die weissen Zellen den Krebs angreifen und zerstören und die Region sauber, gesund und schmerzfrei zurücklassen.*
4. *Stossen die weissen Blutkörperchen auf schmerzendes verspanntes Muskel- oder Bindegewebe, dann stelle dir bildlich vor, wie es sich lockert. Fühle, wie sich die gesamte Körperregion entspannt. Stelle dir vor, dass die Muskeln wie Gummibänder erschlaffen.*
5. *Spüre, wie zur selben Zeit, in der du die dieses Bild des sich entspannenden Muskel- und Bindegewebes vorstellst, der Schmerz in dieser Körperregion nachlässt oder sogar ganz vergeht.*
6. *Klopfe die im Geist lobend für deine Mitarbeit auf die Schulter. Dann begib dich in deinen gewohnten Tagesablauf zurück.*

### 6.3.3 Hypnose

Nicht nur Patient:innen mit Phantomschmerz, Spannungskopfschmerz, Migräne, Bruxismus und Geburtsschmerz profitieren von Hypnose, sondern auch diejenigen mit Krebschmerz (*Kröner-Herwig et al. 2016 in Gerber, Niederberger, Siniatchkin 2020*). Hypnotherapeutische Techniken werden schon lange in der Schmerztherapie genutzt (*Diezemann 2011*). Die Wirkung von Hypnose und die Stabilität der damit erreichten Therapieerfolge ist inzwischen wissenschaftlich gut belegt (*Kossak 2020*). In der Hypnose wird nur auf mentaler Ebene «erlebt oder sich anders verhalten». Das Erleben und Zielverhalten werden dabei auf neurophysiologischer Ebene aktiviert und abgespeichert, was zu einer schnellen Umsetzung im Alltag führt. Die Hypnose wird als Verfahren der Psychotherapie anerkannt (ebd.). Bei Schmerzen wird in der Regel die Hypnose als 1) Entspannungsverfahren oder als 2) Erlebensform eingesetzt (ebd.).

- 1) Um der Schmerzempfindung entgegenzuwirken, werden analgetisierende Suggestionen und Entspannungssuggestionen eingesetzt (am Strand, blühende Wiese, Waldspaziergang), auch kombiniert mit heilenden Suggestionen, welche sich direkt auf die schmerzenden Körperstellen

beziehen (Diezemann 2011; Kossak 2020). Die Entspannungsszenen sollen möglichst auf Erfahrungen der Patient:innen zurückgreifen, damit die Imaginationen der Erfahrungen die damit assoziierten Entspannungsreaktionen aktivieren (Ressourcenaktivierung; Kossak 2020).

*Beispiel (u.a. Kossak 2020 106)*

*«Sie befinden sich hier am Strand; das ist Ihr Strand mit der herrlich weit geschwungenen Bucht vor Ihnen und dem breiten weissen Sandstrand. Der Sand ist so hell, dass er in der Sonne fast blendet. Sie liegen auf Ihrem Badetuch und geniessen die viele Zeit, die Sie haben. Die Sonne scheint warm auf Ihre Haut, Sie merken deutlich die Sonnenstrahlen in Ihrem Gesicht, wie diese dort die Haut leicht anspannen. Auch auf Ihren Schultern (usw.) merken Sie diese Wärme deutlich [...] Sie riechen deutlich diese würzige Luft [...] Die Luft ist ganz salzhaltig, das merken Sie auch auf Ihren Lippen [...] Die Sonnenstrahlen wärmen Ihren Bauch (die schmerzende Stelle) besonders und schmelzen die Schmerzen weg... Sie geniessen diese herrliche Entspannung an diesem wunderschönen Sandstrand mit den Wellen, die leicht auf und ab gehen, und der herrlichen Sonne, in der Sie so schön dösen können.»*

2) In der Hypnose als Erlebensform wird die Wahrnehmung gefiltert, was zu einem veränderten Verhalten führt (Kossak 2020). Ziel der Hypnose in der Schmerzbehandlung ist die Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung (Gerber, Niederberger, Siniatchkin 2020). Die Hypnose wird somit zum Schmerzmanagement beigezogen (Flynn 2018 in Kossak 2020). Durch fremd- oder autosuggestive Beeinflussung wird die Wahrnehmung des Schmerzes anhand folgender Techniken verändert (Gerber, Niederberger, Siniatchkin 2020 260f):

- Analgesie (veränderte Körperwahrnehmung)
- Amnesie (das emotionale Schmerzerlebnis wird vergessen)
- Dissoziation (das schmerzende Körperteil wird vom übrigen Körper losgelöst)
- Transformation (der Schmerz wird in eine andere Qualität z.B. Temperatur umgewandelt)
- Konfusion (der Patient wird verwirrt, um den Schmerz neu zu bewerten)
- Indirekte Techniken (schmerzbezogene Inhalte werden in Geschichten eingestreut)
- Mystische Erfahrungen (ähnlich wie die Meditationstechniken)

*Beispiel einer Analgesie bei Schmerzen im Rücken (nachdem ein Trancezustand hergestellt wurde; Gerber, Niederberger, Siniatchkin 2020 261):*

*«Stellen Sie sich vor, Sie stehen am Ufer eines Sees und sind noch ca. 10 Meter vom Wasser entfernt. Es ist ein warmer Tag, und Sie sind nur mit einer Badehose bekleidet. Ihr Rücken schmerzt und brennt. Das Ufer des Sees ist sehr flach und lädt ein, ins Wasser zu gehen. Sie bewegen sich langsam auf das Wasser zu; es fällt Ihnen sehr schwer zu gehen, da der Schmerz beim Gehen stärker wird. Langsam bewegen Sie sich auf das Wasser zu. Jetzt tauchen Sie Ihre Zehen und Füße in das glasklare Wasser des Sees ein. Das Wasser ist angenehm kühl, der Boden weich, und Sie spüren, dass Ihnen das Gehen immer leichter fällt. Sie gehen langsam weiter und spüren, wie das kühlende Wasser Ihre Wade, jetzt Ihre Oberschenkel umspült. Jetzt umspült das Wasser Ihren Unterkörper kurz unterhalb der stark schmerzenden Stelle. Sie tauchen langsam in das Wasser unter, indem Sie langsam in die Hocke gehen. Jetzt spüren Sie, wie das kühle Wasser die schmerzende und brennende Stelle umfasst; Sie haben das Gefühl, als ob ein Brand gelöscht wird; fast vernehmen Sie ein leises Zischen. Sie bewegen sich weiter in das Wasser, spüren, wie der Schmerz stets nachlässt, so als ob er immer leiser wird und verfliegt; vergleichbar mit einem Zug, der an Ihnen vorbeigerauscht ist und langsam in weiter Ferne verschwindet. Jetzt können Sie den Schmerz nicht mehr fühlen und tauchen mit Ihrem kompletten Körper unter. Sie schwimmen ganz frei und erfreuen sich an Ihren Bewegungen. Geniessen Sie dieses Gefühl eine Weile.»*

*Nach ca. ein bis zwei Minuten: «Sie kehren langsam um und finden wieder festen Boden unter Ihren Füßen. Langsam kommen Sie wieder aus dem Wasser, aus dem See heraus. Der brennende Schmerz ist*

weg. Sie bewegen sich leicht und ohne Schmerzen am Ufer. Dieses Gefühl sollen Sie bewahren und auch empfinden, wenn ich Sie jetzt aufwecke.»

#### 6.3.4 Autogenes Training

Das autogene Training des Berliner Nervenarztes Johannes Heinrich Schultz ist ursprünglich eine Selbsthypnose bzw. Autohypnose (Kossak 2020). Schultz stellte in den 1920-Jahren fest, dass seine Patient:innen nach ein paar Hypnosesitzungen selbst in der Lage waren, Ruhe und Entspannung sowie Schwere und Wärme in den Gliedmassen zu erzeugen (Vaitl 2020). Nach einer solchen «autohypnotischen Ruhe» fühlten sie sich erfrischt, weniger erschöpft und berichteten, dass körperliche Beschwerden wie Kopfweg und Verspannungen nachliessen. Das autogene Training wird bei Erschöpfungszuständen (körperlich und psychisch), Anspannung, psychophysiologischer Dysregulation, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, Belastungen durch Schmerzzustände und zur Selbstbestimmung/Selbstkontrolle induziert (ebd.). In der Schmerztherapie findet es weniger verbreitete Anwendung (Diezemann 2011). Das autogene Training ist relativ leicht zu erlernen und selbständig mithilfe von Selbstsuggestionen anzuwenden. Dies erhöht die Selbstwirksamkeit und die Effekte der Therapiesitzungen (Kossak 2020). Ein weiterer Vorteil des autogenen Trainings ist die Förderung der Autonomie der Patient:innen, indem Selbstkontrollmethoden und Copingstrategien selbständig angewendet werden können (ebd.). Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen werden gestärkt, das Selbstkonzept verbessert und die Konzentrationsfähigkeit gesteigert (z.B. Krampen 1991, Beitel, Kröner 1982, Siersch 1986 in Vaitl 2020). Je mehr Übungssitzungen innerhalb eines Trainingsprogramms absolviert werden, desto ausgeruhter und frischer nehmen sich die Patient:innen nach einer Sitzung selbst wahr (Vaitl 2020).

Die nachfolgende Tabelle zeigt sechs Standardübungen, welche nach Schultz entwickelte wurden (Vaitl 2020 67f):

Übung	Formel	Empfindung
Schwere-Übung	«Der rechte Arm ist schwer.»*	Schwereempfindung
Wärme-Übung	«Der rechte Arm ist warm.»*	Wärmeempfindung
Herz-Übung	«Das Herz schlägt ruhig und gleichmässig.»	Wahrnehmung des Herzschlages
Atem-Übung	«Es atmet mich.»	Wahrnehmung der Atmung
Sonnengeflecht-Übung	«Sonnengeflecht strömend warm.»	Wärmeempfindungen im Bauchraum
Stirnkühle-Übung	«Stirn angenehm kühl» oder «Kopf leicht und klar»	Empfindung von Kühle und Frische im Stirnbereich

\* auch linker Arm, beide Arme, rechtes, linkes Bein, beide Beine

Bei der *Schwere-Übung* nimmt der Tonus ab (das sympathikotone Aktivierungsniveau wird gedämpft), die Atemfrequenz verlangsamt sich, die Herzrate verringert sich, die Blutgefässe erweitern sich (Vasodilatation) und die elektrodermale Leitfähigkeit nimmt ab. Aufgrund des abnehmenden Sympathikotonus können sich bei der Schwere-Übung bereits Wärmesensationen einstellen. Bei der *Wärme-Übung* erweitern sich die Blutgefässe im Unterarm und der Hand. Viele berichten zu Beginn des autogenen Trainings von Prickeln und Kribbeln in den Händen, was ein Zeichen der Mehrdurchblutung ist. Die *Herz-Übung* ist nicht

einfach, da die Kardiozeption oft schwerfällt und stattdessen Pulsationen an anderen Körperstellen auftreten oder ein unregelmässiger Herzschlag verunsichert. *Vaitl (2020)* schreibt, dass die Herzschlag-Übung nur bei klarer Indikation durchgeführt werden soll. Die *Atem-Übung* ist ebenfalls anspruchsvoll, da man sich dem Rhythmus des spontanen Ein- und Ausatmens überlässt. Der Atemrhythmus verlangsamt sich und eine Bauchatmung stellt sich ein. Die *Sonnengeflecht-Übung* ist wenig fundiert. Man vermutet dabei eine Zunahme der Darmmotilität und Durchblutung der Innereien. Die Stirnkühle-Übung ist dann angezeigt, wenn die allgemeine Vasodilatation zu stark und unangenehm wirkt.

Neben diesen Formeln gibt es noch die unterstützende Formel «*ich bin ruhig, ganz ruhig*» (zur Einleitung der Standardübungen und als Verstärkung und Stabilisierung der erreichten Effekte) und die organspezifische Formel z.B. «Der Schulter-Nackengebiet wird ganz schwer» oder «das schmerzende Bein wird ganz schwer» etc. (*Vaitl 2020*). Formeln mit Vorsatzbildung haben bestimmte Verhaltensveränderungen zum Ziel und bestehen deshalb aus individuellen Leitsätzen, wie sie auch in der kognitiven Verhaltenstherapie verwendet werden (ebd.).

*Vaitl (2020)* berichtet von der Wichtigkeit der verschiedenen Phasen bei der Durchführung des autogenen Trainings: In der Vorbereitungsphase wird den Patient:innen erklärt, dass sie keine Kontrollverluste befürchten müssen, dass in der Regel jede:r körperliche Veränderungen feststellen kann und dass es für spürbare Effekte eine längere Übungsphase braucht. In der Übungsstufe des autogenen Trainings sprechen die Übenden die Formeln «im Geiste». Die Sätze sollten passiv ohne Negationen aufgebaut sein (z.B. «mein rechter Arm ist warm» und nicht «ich wünsche, dass mein rechter Arm nicht kalt ist»). Zum Abschluss der Übungen soll das deutlich herabgesetzte Aktivierungsniveau (tiefer Tonus, Blutdruckabfall) wieder angehoben werden, so dass es zu keinen Missempfindungen und vegetativen Fehregulationen (Benommenheit, Abgeschlagenheit etc.) kommt. Es werden die Arm- und Beinmuskulatur wieder angespannt und bewegt, mehrmalig wird kräftig durchgeatmet und die Augen werden geöffnet. Im Gespräch danach sollen die angenehmen wie irritierenden Erlebnisse und Begleiterscheinungen besprochen werden. Es wird eine Gruppengrösse zwischen sechs und zwölf Personen empfohlen.

*Begleiterscheinungen* des autogenen Trainings, welche beim Üben mit den Patient:innen unbedingt besprochen werden sollen (*Vaitl 2020 73f*):

- motorische: Zucken von Muskeln, Zittern, Husten, Schlucken
- somatosensorische: Prickeln, Kribbeln, Parästhesien
- vestibuläre: Gefühl der Benommenheit, des Drehens, Schwebens, Fallens, Fliegens
- akustische: Hören von Tönen und Geräuschen
- olfaktorische: spontan auftretende Geruchsempfindungen (auch Geschmack)
- affektbetonte psychische: rasch wechselnde Gefühle, Lachen, Weinen, Gefühl der Unruhe
- mentale: einströmende, nicht zu kontrollierende Gedanken, Konzentrations-schwierigkeiten

Bei Patient:innen mit Zwangsstörung, starken symbiotischen Tendenzen, hysterischen Verhaltensweisen und akuten Psychosen ist das autogene Training kontraindiziert (*Vaitl 2020*).

### 6.3.5 Meditation / Grüne Meditation

Meditationsübungen (auch Achtsamkeitsübungen) haben nicht primär das Ziel der Entspannung, sondern der nichtintentionalen Umlenkung der Aufmerksamkeit, welche auch mit dem Gefühl der Entspannung und dem Zur-Ruhe-Kommen einhergehen kann (*Diezemann* 2011). Aus Sicht der Begründer:innen der Integrativen Therapie stellt die Meditation zudem eine «hervorragende Möglichkeit [dar], bei wichtigen Themen zu vertiefenden Erfahrungen zu gelangen» (*Petzold, Orth, Sieper* 2019e 34f). In der Integrativen Therapie werden daher auch meditative Wege begangen: z.B. Naturmeditation, Grüne Meditation. In dieser beunruhigenden Zeit mit ihren gesellschaftlichen und ökonomischen Umbrüchen, einer bedrohten Natur und einer unsicheren Zukunft brauchen viele Menschen stabilisierende, entstressende, vitalisierende, hochinnovative und ökologisch intensivierete Lebensformen (*Petzold, Orth* 2021a). Die Integrative Therapie setzt sich seit den 1970er-Jahren für den Menschen und seine Handlungsmodelle und Lebenstechniken, persönliche Selbstführung und Selbststeuerung, Lebensbewältigung und Orientierung ein (ebd.). Dabei haben die Begründer:innen der Integrativen Therapie erkannt, dass die Meditation für die Vermittlung einer persönlichen Lebenshaltung sowie einer therapeutischen Grundhaltung von grösster Bedeutung ist für den «Gewinn und die Entwicklung zentraler Qualitäten wie: Ruhe, Gelassenheit, Freundlichkeit, Zugewandtheit, für Mitgefühl (karuna) und liebevolle Güte (metta), für Wertschätzung der Andersheit der Anderen (*Levinas* 1983 in *Petzold, Orth* 2021a 4f), für Beherztheit, Mut, altruistisches Engagement (*Leitner, Petzold* 2005/2010 in *Petzold, Orth* 2021a 4f), für Geistigkeit, Sinnhaftigkeit, Souveränität, transversale Vernunft (*Petzold, Orth* 2014, *Petzold, Sieper, Orth* 2019c in *Petzold, Orth* 2021a 4f)». Die Grüne Meditation ist im Bereich der Naturtherapien entwickelt worden; als Grundlage dienten traditionelle Meditationswege und der Zugriff auf aktuelle wissenschaftliche Meditationsforschung (*Ott* 2005, 2010, *Kok, Singer* 2017 in *Petzold, Orth* 2021a).

In der nicht religiös orientierten Grünen Meditation soll die Resonanz auf die Natur, auf alles Lebendige hin ermöglicht werden. «Naturerfahrung ist immer auch Selbsterfahrung» und umgekehrt (*Petzold* 2018j in *Petzold, Orth* 2021a 37). «Resonanzarbeit» ist charakteristisch für den integrativen Ansatz mit seinen verschiedenen Methoden, denn der Leib ist «Resonanzorgan zur Welt hin» (*Petzold, Orth* 2021a 9). Es geht um das Erleben des Leib-Subjektes als Teil der Natur. Dabei soll existenziell bewusstwerden, dass der Mensch verleblichte Natur ist (embodied), in der Mit-Welt eingebettet (embedded), in der er sich bewegt/handelt (enacting) und «sich überschreitet» (extending; *Petzold, Orth* 2021a). Durch die multisensorische Erfahrung mit der Welt wird das Selbstverstehen und Weltverstehen vertieft (Oikeiosis als Beheimatet-Sein des Selbst in der Welt und mit der Welt als Mit-Welt verbunden sein; ebd.). «Die Natur und ihre Phänomene, ihre Dinge, ihre Lebewesen zu meditieren, führt mitten ins Leben» (*Petzold, Orth* 2021a 21). In den unterschiedlichen Naturkontexten wird auf die Farbe Grün fokussiert, um Beruhigung, Entspannung, aber auch Frische und Anregung zur persönlichen Kreativierung und Innovationskraft zu erhalten. Grüne Meditation führt zu gestärkter «Sinnwahrnehmungs-, Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität», dem Schöpfen von vielfältigem Sinn, insgesamt zu vertieftem Sinnerleben (*Petzold, Orth* 2021a). Die Grüne Meditation trägt dazu bei, einen Lebensstil «komplexer Achtsamkeit» zu erlangen, ein naturgerechter, weiser Umgang mit der Natur und eine Liebe dafür zu entwickeln (Ökosophie und Ökophilie). Im «Green Care Manifest» geht es zusammenfassend um «Caring for Nature and Caring for People» (*Petzold* 2015c, 2019d in *Petzold, Orth* 2021a). Für eine Vertiefung sei auf die genannten Artikel verwiesen.

Es werden zwei mögliche Praxismodalitäten unterschieden, um in einen meditativen körperlich-seelischen bzw. leiblichen Zustand zu gelangen (beides kann zusammenspielen; *Petzold, Orth 2021a*):

– *Aktiv selbstinduzierte Meditationspraxis*

Die Meditierenden gehen in die Natur, setzen oder bewegen sich, atmen bewusst und fokussieren ihre Aufmerksamkeit. Bewegung kann Schreiten, Gehen, Laufen, Wandern sein. «Der Mensch ist immer auf dem Wege durch die Evolution und auf dem Wege durch seine Lebensspanne» (*Petzold, Orth 2021a 68*). Fließende Bewegungsformen aus den Wushu-Kampfkünsten werden eingesetzt, um beispielsweise neben einem Bächlein mitzufließen, wie wirbelnde Herbstblätter zu tanzen oder mit den Wellen eines Stromes oder des Meeres mitzuwiegen. Die Bewegungen kommen zwischendurch immer wieder zur Ruhe, um im Stehen oder Sitzen innezuhalten.

– *Rezeptiv kontextinduzierte Meditationspraxis*

Die Meditierenden suchen einen Platz in der Natur auf (auch «Ort der Kraft»), der eine besondere Atmosphäre hat. Gemäss dem Leibphilosophen Hermann Schmitz sind «Atmosphären ergreifende Gefühlsmächte, die randlos in den Raum ergossen sind» (*Schmitz 1990 in Petzold, Orth 2021a*). Nach *Petzold (2003a in Petzold, Orth 2021a)* entstehen Atmosphären aus einem Zusammenwirken von subliminalen und supraliminalen Sinneseindrücken, die das totale Sinnesorgan Leib aufnimmt und die durch Resonanzen aus dem Leibgedächtnis angereichert werden.

In beiden Praxismodalitäten können folgende Meditationswege beschrrieben werden (beide können synergetisch zusammenspielen):

– *erlebniszentrierte/experimentelle Meditation* über Besinnung → Betrachtung → *Versunkenheit*

Blick nach INNEN in die «abskonditive Tiefe», ZENTRIZITÄT durch Hinabsteigen, Vertiefen, Ausloten, eigenleibliches Nach-spüren, Nach-fühlen, Nach-sinnen, «das was man in sich findet» empfinden; Gefühle, Stimmungen, Gedanken als Resonanz aufkommen lassen; Effekte: Ruhe, Entspannung

– *erkenntnisorientierte Meditation* über Besinnung → Betrachtung → *Erhellung*

Blick nach AUSSEN in die Weite und Höhe, EXZENTRIZITÄT durch Überschreiten, Aufsteigen über bisherige Horizonte, Nach-denken, reflektieren/metareflektieren, überdenken, Höhenflüge der Erkenntnis; Effekte: Angeregtheit, Frische, Berührung

*Beispiel einer Grünen Meditation draussen in der Natur (drinnen wird die Natur imaginiert):*

«Fokussiere ein grünes Element in der umgebenden Natur, lasse alle Sinne offen, ...lass dich von der Natur berühren»; nach einigen Minuten: «Schliesse die Augen und behalte das Bewusstsein auf der Farbe Grün, denke 'Ich bin Natur', ...überlasse dich diesem Gedanken».

Mit folgenden Mantras kann meditative Erfahrung auch «emotional getönt» und vertieft werden: «Freude an der Natur», «Demut vor der Natur», «Trauer um beschädigte Natur» sowie

«Kraft der Natur» (Petzold, Orth 2021a). Letzteres vermittelt immer wieder erstaunliche Erfahrungen von eigenleiblich gespürter Kraft und Stärke (ebd.).

Petzold und Orth (2021a 49) sind überzeugt, dass man sich in der Grünen Meditation an jedem Ort niederlassen kann und die Gewissheit hat, Teil der Welt zu sein und an der «Fülle des Kosmos teilzuhaben». Diese Verbundenheit von Leib und Mitwelt, den Naturkontext zu erleben, ist eine wichtige oikeiotische Erfahrung: «Ich fühle mich mit der Welt verbunden, schwinge mit ihr» (ebd.).

In der Grünen Meditation werden Erinnerungsorte als «Orte der Kraft» oder «Safe Places» erarbeitet, an denen man gute meditative Erfahrungen gemacht hat (Petzold 1975m in Petzold 2016; Petzold, Orth 2021a). Diese «Safe Places» werden mental verankert, in «mentalem Training» geübt und dann in Krisensituationen, bei Belastungen oder Verspannungen besucht, beispielsweise wenn man in einem vollen Wartezimmer sitzt, sich im Spital untersuchen lässt oder krank im Bett liegt (Petzold 2016; Petzold, Orth 2021a). Gemäss den Autor:innen kann in der Phantasie ein Meditationsort, ein innerer mentaler Garten verankert und immer wieder besucht werden.

*Beispiel aus einem multisensorischen Spaziergang (vgl. Petzold, Orth 2021a 65):*

*«Mit allen Sinnen, offen für alle Eindrücke auf dem Wege gehen, im aufrechten Gang schreitend. ...Inne-halten für das eigenleibliche Spüren: Wie nehme ich mich wahr, meine Füsse, Beine, Hände, Arme (Propriozeptionen), meine Atmung, Puls, Herzschlag (Interozeptionen/Kardiozeptionen). Was strömt von aussen zu mir hin, dringt mir ans Ohr, fällt mir ins Auge, kommt mir ins Gespür (Exterozeptionen im REZEPTIVEN Wahrnehmungsmodus, wichtig!). ...sich niederlassen für eine erste Zentrierung (10 bis 15min), dabei den Ort mit allen Sinnen wahrnehmen, dann die Augen schliessen und nachspüren, besinnen. Die Empfindungen, Gefühle, Gedanken frei fliessen lassen, nichts zensieren, nichts abschalten zu versuchen. ... bewusstwerden, dass ich da bin, hier an diesem Ort, im Fluss der Zeit, ich gebe mir Zeit... Jetzt die geöffneten Augen schweifen lassen über die vielen Grüntöne und eine Stelle, die mich anspricht, zu fokussieren, in den aktiven Wahrnehmungsmodus wechseln: Ich schaue auf die gewählte Stelle und überlasse mich dem Grün, lasse es einströmen, achte darauf, welche Resonanzen auf der Ebene der Gedanken, Empfindungen und Emotionen hervorkommen. Die Augen wieder schliessen und auf den Nachhall des Grüns achten...»*

Die Meditation als Erkenntnisweg soll nicht nur die salutogenen Strategien und Persönlichkeitsentwicklungen «enrichment, enlargement, empowerment» anstossen, sondern auch die pathogenese-mindernden Heilungsprozesse «curing, coping, supporting» (Petzold, Orth 2021a). Grüne Meditation kann auch in Zeiten grosser Belastung durch Verluste, Trennung, Unfall, schwere Erkrankung eine Lebenshilfe sein (ebd.), so auch bei einer Krebserkrankung, welche Verluste verschiedener Art und ein Schmerzerleben zur Folge haben kann. Petzold beschreibt eindrücklich, wie die Grüne Meditation ihm vor und nach einer grossen Operation als Hilfe zur Verfügung stand (Petzold 2018k). So visualisierte er vor seinem inneren Auge eine ihm bekannte und beruhigende Landschaft und richtet seine Aufmerksamkeit auf die «grüne Weite». Der empfundene Zeitdruck vor der Operation liess nach und die Zeit «dehnte sich aus». Das Betrachten eines Fotos eines 500 bis 600 Jahre alten Baumes, seines «Baum-Freundes», den er seit Jahrzehnten immer wieder besucht, vermochte in ihm ein Gefühl des Friedens und Besonnenheit auszulösen. Unmittelbar nach der Operation fühlte sich sein Leib fremd und verändert an. Um andere Leiberfahrungen wie «Frische» zu evozieren, holte er sich mental die Farbe Grün her. Kurz darauf tauchten Bilder von besuchten Norwegischen Birkenwäldern und

grünen Nordlichtern auf und die multisensorische Erinnerung wurde aktiviert: Er fühlte eine Kühle und Frische, Schnee unter seinen Füßen, Birkenrinde unter seinen Händen... Auch der Blick aus dem Fenster in die Baumwipfel regte ihn an, wodurch die Natur zu ihm sprach. *Petzold* (2018k 875) schreibt: «Ja, Green Meditation hat mir geholfen, hat mich entlastet und stabilisiert.»

Eine einfache und vielzitierte Studie mit Patient:innen nach einer Gallenoperation zeigt, dass die Heilung bei denen, die vom Bett ins Grüne blickten, schneller erfolgte, die schmerzstillende Medikamentenmenge verringert und die Patient:innen drei Tage früher entlassen werden konnten, als jene, die aus dem Fenster an eine Wand schauten (*Ulrich 1984 in Schuh, Immich 2019*). Befragte Altersheimbewohner:innen fühlen sich wohler, wenn sie in einem Zimmer mit Blick ins Grüne wohnen als solche ohne (*Orr et al. 2016 in Schuh, Immich 2019*). In *Ulrichs* Theorie des Stressabbaues (1981 in *Schuh, Immich 2019*) geht es darum, dass der Anblick einer Landschaft in einer sofortigen affektiven, d.h. nicht willentlich gesteuerten Zu- oder Abneigung resultiert und sich sofort ein Effekt der Erholung einstellen kann. Eine andere Theorie besagt, dass der Anblick von Landschaften nur eine Aufmerksamkeit erfordert, die anstrengungslos bzw. unfokussiert ist (*Kaplan, Kaplan 1989 in Schuh, Immich 2019*). Besucht ein (geistig) erschöpfter Mensch eine Naturlandschaft, entfernt er sich von täglichen Stressoren und stärkt seine (geistigen) Ressourcen wieder, da die Natur keine gerichtete, fokussierte Aufmerksamkeit verlangt (*Schuh, Immich 2019*). Beim Erholungsprozess wird der Kopf frei, die Gedanken werden ruhiger und eigene Gedanken und Ideen werden wieder wahrnehmbar.

*Petzold* (2018k) betont, dass die Naturerfahrungen, das Grünerleben über die Übung interiorisiert werden muss, damit man sie in belastenden Lebenssituationen abrufen und nutzen kann. Eine starke Bahnung im neuronalen Lernen, eine Habitualisierung, braucht 4 bis 6 Monate Übung an mehreren Tagen pro Woche (*Sieper, Petzold 2002 in Petzold, Orth 2021a*). Eine Einführung erfolgt über eine geschulte Person der Meditation und/oder Therapie. Wenn dabei anstatt Heilsamem und Stabilisierendem auch Beunruhigendes und Bedrückendes aufkommt, bedarf es der Hilfe durch die begleitende Person (*Petzold 2018k*).

## 6.4 Bottom-up- und Top-down-Verfahren: Mithilfe des Atems u. äusseren Reizen

Nachfolgend werden einige Verfahren/Methoden beschrieben, welche mithilfe des Atems und äusseren Reizen zur Regulation von Spannung und Entspannung beitragen. Es handelt sich somit um Bottom-up- und Top-down-Verfahren.

### 6.4.1 Bewusstes Atmen

Das bewusste Atmen hat einen beruhigenden Einfluss auf den Körper und die Psyche (die Integrative Therapie spricht vom Leib als Körper- Seele- Geist-Subjekt) und fördert die körperliche Aktivität (*Sendera, Sendera 2015*). Die Arbeit mit dem Atem ist daher eine Methode, um Spannung und Entspannung zu regulieren (*Geuter 2018*). Die Bauchatmung fördert Entspannung, die Brustatmung Spannung und Vitalisierung (*Bloch et al. 1991 in Geuter 2018*). Zur natürlichen «Tiefatmung», auch «Vollatmung» oder «Gürtelatmung» gehören beide Atemtypen: die Bauchatmung und die Brustatmung (*Lodes 2017*). Doch das bewusste Atmen ist gar nicht so einfach. *Lodes* (2017 30) zitiert die Drohung von *Dr. Johann Ludwig Schmitt* aus München: «Weh dem, der atmen will!». «Machen Sie in puncto Atmung lieber zu wenig als zu viel, stellen Sie sich darauf ein, dass Ihre Atmung ganz von selbst kommt und geht», so die Worte der Atemtherapeutin *Prof. Ilse Middendorf* aus Berlin (ebd.). Der Begründer des

Autogenen Trainings *Johannes Heinrich Schultz* bringt es auf den Punkt: «Es atmet mich» (vgl. Unterkapitel *Autogenes Training* 6.3.3). «Abwarten-können, Offen-sein, In-sich-hinein-horchen, Nachspüren, Loslassen-können sind Voraussetzungen für eine Wieder-Belebung der Atmung» und führen zur Entspannung der Gesamtperson (*Lodes* 2017 30). *Edel* und *Knauth* (1969 in *Lodes* 2017) betonen, die Wichtigkeit, den ganzen Organismus in seiner Verspannung zu lösen, bevor man sich therapeutisch auf das kranke Organ konzentriert, um seine Verspannung zu lösen. Schmerzen verursachen Stress, was zu Verspannungen und Verkrampfungen der Muskeln führt, welche wiederum die Atmung blockieren (vgl. *Lodes* 2017). Atemübungen haben nicht nur einen entspannenden Effekt auf den gesamten Körper (in der Integrativen Therapie sprechen wir vom Leib), sondern beeinflussen die Schmerzwahrnehmung positiv (*Sendera, Sendera* 2015). Das «Annehmen der Schmerzrealität» und die selbstgesteuerte Stressbewältigung wird durch das bewusste Atmen unterstützt (*Sendera, Sendera* 2015 209).

*Beispiele (vgl. Sendera, Sendera 2015 209f):*

*den Atem tief fließen lassen (liegend):*

*«Legen Sie die Hände auf den Unterbauch und lassen Sie Ihren Atem in den weich sich weitenden Raum ihres Rumpfes einfließen. Warten Sie das Ausatmen ab, es geschieht von selbst.»*

*sich von der Atemwelle tragen lassen (liegend):*

*«Unsere Atmung geschieht wie die Wellen am Meer, die kommen und gehen. Es atmet aus und atmet ein, einfach so. Lassen Sie sich von der Atemwelle bei der Einatmung hochtragen und bei der Ausatmung ins Wellental sinken. Ruhen Sie im Wellental aus und genießen Sie die Atempause.»*

*in ein verkrampftes Körperteil hineinatmen (liegend oder sitzend):*

*«Atmen Sie bewusst in die verkrampfte und verspannte Körperstelle hinein oder hindurch. Beobachten Sie was Sie dabei wahrnehmen.»*

*in die schmerzende Körperstelle hineinatmen (liegend oder sitzend):*

*«Atmen Sie ganz achtsam und so weich wie möglich dort hinein oder hindurch wo Sie gerade am meisten Schmerz wahrnehmen. Beobachten Sie was Sie dabei wahrnehmen.*

*Als Unterstützung kann ich meine Hand auf die schmerzende Körperstelle legen, wenn Sie das möchten.»*

#### 6.4.2 Klangentspannung

Musik vermag Stress zu mindern, Schmerz zu lindern und ganz allgemein die Lebensenergie zu stärken – ein weinendes Kind lässt sich beispielsweise von seiner Mutter mit einer liebevollen und melodiösen Stimme trösten (*Schröter* 2007). Allerdings spielt in diesem Beispiel das Oxytocin in der Beziehung zwischen Kind und Mutter eine nicht unwesentliche Rolle (siehe Unterkapitel 6.2.2 *Berührung*). Und auch wir selbst machen immer wieder die Erfahrung mit Musik, die uns guttut. Musik kann sowohl beruhigen und entspannen, als auch aktivieren und anregen – beides ist für Schmerzpatient:innen wichtig (*Schröter* 2007). Studien weisen darauf hin, dass die Musik die Schmerzwahrnehmung reduziert (*Spintge* 2000 in *Altenmüller et. al* 2018). Beispielsweise konnte die Dosis der verabreichten Schmerzmedikamente bei schmerzhaften Eingriffen durch das Hören selbstgewählter Lieblingsstücke reduziert werden.

Die Musik lenkt die Aufmerksamkeit vom Schmerz einerseits ab, andererseits werden positive Erinnerungen aktiviert und schmerzfreie Assoziationen geweckt (Altenmüller et. al 2018). Mit Musik wird die emotionale Seite des Menschen positiv beeinflusst, sie berührt und bewegt, löst Stimmungen aus (Schröter 2007).

Wer Musik hört, erlebt auch mechanische Schwingungen, eine indirekte Berührung durch die Musik (ebd.). Schallwellen, vor allem solche zwischen 10Hz und 200Hz, können bei ausreichender Intensität auch über die Rezeptoren der Haut als Vibration wahrgenommen werden (Müller-Busch 1997 in Schröter 2007). Mithilfe vibro-akustischer Reize kann das Schmerzerleben in vielfältiger Weise beeinflusst werden (Schröter 2007). Solche Reize werden beispielsweise über das Liege-Monochord, auch als Klangliege, Klangwiege, Klangbett, Klangstuhl bekannt, ausgelöst. Ein Monochord ist ein Resonanzkasten mit 12 bis 30 gleich gestimmten Saiten, welche mit den Fingerkuppen zum Schwingen gebracht werden. Die Verbindung von Hören und körperlichem Spüren «potenziert die Klangerfahrung zu einem ganzheitlichen Schwingungserlebnis» (Schröter 2007 191). Patient:innen erleben häufig eine Verschmelzung mit dem Klangkörper, eine Erweiterung ihres Leibes mit dem Resonanzraum, was als Verlängerung des Instrumentes empfunden wird (vgl. Unterkapitel 5.2.4 *Extended*), eine Verbundenheit mit sich selbst als Teil eines grösseren Ganzen (vgl. Unterkapitel 5.2.2 *Embedded*), «Glücksgefühle von kosmischer Verbundenheit», «ozeanischer Selbstentgrenzung» (Strobel 1999 in Schröter 2007 195). Da das Liegen in der Klangliege ein völliges körperliches Loslassen bis hin zur Regression fördert, kann es ein Gefühl des Kontrollverlustes, Ohnmacht, Ängste, Wut und Trauer auslösen. Bei Patientengruppen mit beispielsweise Traumata, schizoiden oder histrionischen Zügen oder wenig Ichstärke wird daher davon abgeraten (Frohne-Hagemann 2004; Rüegg 2007; Schröter 2007).

Eine Pilotstudie mit chronischen Schmerzpatient:innen von 2003 bis 2004 im Gesundheitszentrum Sokrates in Göttingen zeigt, dass die Schmerzen während der Behandlung auf der Klangliege vergessen, und danach für ein paar Stunden und oder sogar Tage verringert werden (Schröter 2007). Neben der emotionalen Zuwendung durch die Spielenden führt die akustisch-sensomotorische Klangbehandlung zu einer vegetativen Reaktion, welche sich in einer Tiefenentspannung zeigt (ebd.). Dabei verbessert sich die Durchblutung des ganzen Körpers, Alphawellen im Gehirn werden aktiviert und Endorphine ausgeschüttet. Die Erstarrung, welche die Schmerzen auslöst, wird aufgelöst und eine Flexibilität gefördert. Diese Effekte werden auch bei Krebspatient:innen mit Schmerzen angenommen und in der Praxis immer wieder beobachtet.

Rüegg (2007) geht noch weiter und verwendet das Spielen auf monotonen Klanginstrumenten als Tranceinduktion («musikalische Trance» als «Wechsel der Ebenen»). In der Integrativen Therapie werden trancefördernde Klänge, welche in hyperreflexive Zustände führen, zur nootherapeutischen Arbeit verwendet (Frohne-Hagemann, 2004). Die Nootherapie stellt ein Bereich der Humantherapie dar und hat die «integrierte Existenz» zum Ziel, u.a. das Erleben und Gewinnen von Trost und Sinn (Apfalter, Stefan, Höffner 2021 97; Petzold 2021c). Ziel bei Rüegg (2007 432) ist ein veränderter Wachbewusstseinszustand, bei dem eine «mystische Qualität», «etwas Heiliges», «Wieder-Eingebunden-Fühlen in eine Umgebung, eine Welt, in etwas Übergeordnetes, in eine Geschichte, in die eigene Biografie» erlebbar gemacht wird. Es geht ihm um die «Vertiefung und Integration eines grundsätzlichen Gefühls des Getragenseins, des Eingebundenseins in ein grösseres Ganzes, des Urvertrauens und der Selbstkompetenz», und nicht um das unmittelbare Verstehen und verbale Durcharbeiten des Erlebten. Dass die genannten übergeordneten Ziele bei an Krebs erkrankten Menschen sinnvoll erscheinen können, ist nachvollziehbar.

Neben dem Monochord (oder Liege-Monochord) werden folgende Instrumente verwendet, um monotone Reize auszulösen: Klangschale, Trommel, Gong, Didgeridoo (Blasinstrument der Ureinwohner Australiens) und Oceandrum (beidseitig bespannte Handtrommel mit Bleikügelchen im Innern, welche beim Bewegen ein Rauschen erzeugen). In einer Masterarbeit der Zürcher Hochschule der Künste zeigt eine Musiktherapie-Studentin empirisch auf, dass die Effekte der Klangentspannung nicht davon abhängen, ob man auf dem Liege-Monochord oder neben dem Monochord Platz nimmt (*Hersperger-Koch 2020*). Eine vibroakustische und eine akustische Klangbehandlung haben die gleichen Effekte zur Folge: Die Aktivität des Parasympathikus wird angeregt (Herzraten-Variabilität) und die subjektive, allgemeine Befindlichkeit verbessert (Fragebogen zu den Überbegriffen «Körperliche Anspannung», «Körperliche Einschätzung» und «Kognitive Anspannung»).

### 6.4.3 Waldbaden

Das Konzept «Waldbaden» oder «Waldluftbaden» stammt aus Japan und heisst auf Japanisch «Shinrin-Yoku», was wörtlich «Eintauchen in die Atmosphäre des Waldes» bedeutet (*Miyazaki 2018; Lee et al. 2013 in Schuh, Immich 2019*). Seit den 1980er-Jahren wird in Japan der Einfluss des Waldes auf den Menschen zunehmend wissenschaftlich erforscht (*Miyazaki 2018*). Die effektvolle «forest medicine» oder «forest therapy» wird zur Erhaltung der Vitalität und allgemeinen mentalen Gesundheit sowie für die Prävention von Erkrankungen eingesetzt (*Miyazaki 2018; Imai 2013 in Schuh, Immich 2019*). Diese präventivmedizinische Behandlungsform wird in Japan von Ärzten verschrieben, welche eine Ausbildung in Waldmedizin absolviert haben (*Miyazaki 2018*). In Japan gibt es offiziell über 60 offizielle Waldtherapie-Spazierwege und 63 Waldtherapiezentren (ebd.). Dabei findet in den USA und in Europa das Waldbaden immer mehr Beachtung (*Schuh, Immich 2019*), da sich die Bevölkerung immer mehr von der Natur entfremdet. Im Verlauf der Phylogenese hat der Mensch mehr als 99,99 Prozent der Zeit in der Natur gelebt; heute wohnen über 50% der Weltbevölkerung in Städten (*Miyazaki 2018*). Wie *Petzold (2014n)* in einem Interview mit dem Zürcher Tagesanzeiger erklärt, seien gerade Naturtherapien gegen Stress und Depressionen Erfolg versprechend (siehe auch *Miyazaki 2018; Petzold 2014m*). Bei Stress und depressiver Verstimmtheit als Folge der Krebsdiagnose und des Krebs Schmerzes bietet sich das Waldbaden als Teil der Therapie an. Eine Schwedisch Studie mit 2500 Patient:innen mit Krebs zeigt auf, dass die Natur- und Waldbesuche eine wichtige Bewältigungsstrategie während und nach der Krebsbehandlung darstellen (*Ahmadi, Ahmadi 2015 in Schuh, Immich 2019*). Naturräume werden dabei als «nährendes» und vertrautes Refugium wahrgenommen (*Blaschke 2017 in Schuh, Immich 2019*). Wie *Petzold (2018k)* ebenfalls beschreibt, kann ein mächtiger Baum in existenziellen Krisen emotionale Sicherheit vermitteln (vgl. *Schuh, Immich 2019*). Valide Studien zur Vermeidung einer Krebsentstehung oder zur Bekämpfung der Krebserkrankung durch das Waldbaden gibt es bisher nicht (*Schuh, Immich 2019*). Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen positive Effekte während dem Waldbesuch auf (sitzend oder spazierend Waldbaden; vgl. *Miyazaki 2018; Schuh, Immich 2019*):

Ebene	Effekte	
seelischer, psychischer	Zunahme	Stimmung, Gefühl der Vitalität, allgemeines Wohlbefinden, Impulskontrolle
	Abnahme	Anspannung, Wut, Depression, Angst, Erschöpfung, Stressbelastung, Schmerzempfinden
mentaler	Zunahme	mentale Entspannung (Klarheit im Kopf), Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisleistung

	Abnahme	Gedankenkarussell
körperlicher	Zunahme	Alpha-Wellen-Aktivität (Entspannung, Ruhe), parasympathische Aktivität, Immunglobuline A, G, M (Aktivität des Immunsystems)
	Abnahme	Stresshormon Kortisol, Puls, Blutdruck, tw. chronische Schmerzen

Stressbelastete Teilnehmer:innen einer Schwedischen Studie zeigen nach einem mehrmonatigen Programm (3 bis 4 Stunden zweimal wöchentliche Waldbesuche), dass sie besser schlafen, sich stärker entspannen, sich vitaler, aufmerksamer, glücklicher, friedvoller und klarer im Kopf fühlen (*Dolling et al. 2017 in Schuh, Immich 2019*). Eine neuere Studie empfiehlt, pro Woche mindestens 2, besser noch 5 Stunden in den Wald zu gehen, um positive Effekte zu erhalten (*White et al. 2019 in Schuh, Immich 2019*).

Das Waldbaden wird im Bereich der Naturtherapien der Integrativen Therapie seit längerem angewendet (*Petzold 2016i*). Bei Spaziergängen alleine oder in geführten Gruppen können Walderfahrungen ein intensives Selbsterleben auslösen und einen grossen und nachhaltigen Eindruck hinterlassen (*Kristof-Lardet 2016 in Petzold 2016i*). Dieser wird multisensorisch über Düfte, optische Licht-Schattenspiele, linde Lüfte, Kühle und Frische multimedial, in vielfältigen Gedächtnisarealen abgespeichert (*Petzold 2016i*). Dazu kommt die polyphone Geräuschkulisse mit singenden Vögeln, rauschenden Blättern, raschelndem Untergrund und plätschernden Bächlein – ganz zu schweigen von den haptischen Sinneseindrücken. Werden abgespeicherte Gedächtnisinhalte in einem anderen Kontext abgerufen, können sie erneut erholsame Effekte auslösen. Bei Patient:innen in Krankenhäusern verringern sich die Angstgefühle, das Schmerzempfinden und der Stresse, wenn in ihrem Zimmer Naturklänge abgespielt werden (*Cerwen et al. 2016 in Schuh, Immich 2019*). Werden Naturklänge bei Patient:innen in medizinischen Untersuchungs-situationen oder sogar bei narkotisierten Patient:innen eingesetzt, wird ein Stressabfall gemessen (*Arai et al. 2008 in Schuh, Immich 2019*). Ebenfalls steigt die parasympathische Aktivität bei Testpersonen an, welche im Vergleich zur Kontrollgruppe, Hölzer anstatt Marmor anfassen oder den Duft von Holz einatmen (*Miyazaki 2018; Schuh, Immich 2019*). Weiter haben Experimente mit Zimmerpflanzen eine Zunahme der parasympathischen Nervenaktivität bei Proband:innen gezeigt (*Miyazaki 2018*). Nachfolgendes Beispiel erläutert, wie das Waldbaden bzw. der Waldspaziergang mit einer Patient:innengruppe gestaltet werden kann. Das Ansprechen der fünf Sinne beim Waldbaden hat, wie oben beschrieben, nachweislich gesundheitsfördernde und wohltuenden Auswirkungen auf den Menschen (*Miyazaki 2018; Schuh, Immich 2019*).

*Beispiel eines angeleiteten Waldbesuches (Petzold 2016i, 258ff):*

*«Wir stehen jetzt am Rande des Waldes. Es ist ein Moment wie vor dem Durchschreiten eines Tores oder vor dem Überschreiten einer Schwelle, wo wir innehalten, uns innewerden, innerlich spüren, dass wir dabei sind, einen anderen Raum zu betreten: vom Lebensraum der Wiesen und der Felder in den Raum des Waldes einzutreten. Wir halten am ‚Rand‘ des Waldes, verweilen. Das bedeutet: wir erhalten Zeit... aus der Zeit der Getriebenheit, Unrast oder Hast in eine andere Qualität von Zeit hinüber zu gleiten, in die Weile, die Dauer, in eine Zeit, die langsamer fliesst: Die Zeit des Waldes... Wir verweilen hier und nehmen mit langsamen, tiefen Atemzügen den Duft des Waldes auf, wie er am Rande, am Waldrand schon spürbar wird... eine andere Qualität heranträgt und uns sagt: ‚Verweile noch im Innehalten! Spüre, was du zurücklassen kannst oder willst.‘»*

*«Wir versuchen jetzt gewahr zu werden, was Grenze, Übergang, Überschreitung für einen jeden bedeuten. Viele Menschen sind für Übergänge nicht mehr achtsam und können damit die Qualität neuer Räume nicht so sensibel wahrnehmen. Wir treten jetzt in den Wald ein... fünf oder sechs Schritte... ohne jede Hast, achtsam für das, was der Waldboden uns spüren lässt, was an unser Ohr dringt, für die Düfte, die zu uns herströmen... [rezeptiver Wahrnehmungsmodus]... wir bleiben stehen und verweilen. Spüren wie die Zeit noch weiträumiger wird... werden ruhiger...»*

*«Wir gehen jetzt weiter in den Wald hinein, bleiben auf diesem Weg in geruhsamem Ausschreiten, kraftvoll, doch ohne Anstrengung... einfach gehen, absichtslos werden, sich dem Weg überlassen. Die hohen Bäume links und rechts geben Sicherheit, einige uralte Riesen lassen Ehrfurcht und Erhabenheit aufkommen... wir verlangsamen den Schritt... lassen uns von der Atmosphäre ergreifen...»*

*«Wir sind jetzt an dieser Lichtung angelangt. Auf diesen Stämmen kann man sich niederlassen. Bei Lichtungen soll man das Waldesdunkel im Hintergrund lassen, eine Helle ist da, ein heller Raum tut sich auf und es ist gut, sich auf ihn einzulassen, gleichsam in die ‚Lichtung‘ hinein zu sinken, sich ihr meditativ zu öffnen... [Grüne Meditation] wir verweilen hier eine Viertelstunde in meditativer Gelassenheit, offen für das Licht, offen für das Grün... Ich wache über die Zeit... Wenn wir jetzt auf die Lichtung treten, versuchen Sie es in einer neuen Weise zu tun: ‚Ich will in einer neuen Weise ins Licht treten...‘ Wir gehen dann über die Lichtung weiter und Sie können sich im Gespräch austauschen.»*

## **7 Schlussbemerkung**

Verfahren/Methoden der Schmerztherapie, welche nicht rein medikamentös sind, werden bisweilen belächelt und ihre Einflüsse unterschätzt. Dies kann bei der Kontaktaufnahme mit onkologischen Patient:innen im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung durchaus ein Vorteil sein. Die einen Patient:innen finden über eine «harmlose Entspannungsübung» den Zugang zur psychoonkologischen therapeutischen Begleitung. Andere möchten erst reden und Vertrauen gewinnen, bevor sie sich in eine Selbsterfahrung begeben, und wieder andere lehnen vorerst alles ab.

Das Ausprobieren, Anwenden und Auswerten der Verfahren/Methoden zur Regulation von Spannung und Entspannung mit Patient:innen bereitet mir Freude. Es führt in der Regel zu einer Stärkung der Patient:innen-Therapeut:innen-Beziehung. Wie grosse Metaanalysen zeigen, werden 30% der Therapiewirkung über eine gute Beziehung erreicht (siehe *Petzold 2014m*). Einflüsse, welche ausserhalb der Therapie stattfinden, machen sogar 40% der Therapiewirkung aus. Daher werden in der Integrativen Therapie den Patient:innen «Rezepte verschriebenen» als Teile eines «Bündels von Massnahmen» (s.o.): beispielsweise regelmässiges Spazieren im Wald, Meditationen, bewusstes Atmen sowie tägliches Strecken und Dehnen. Nur 15% der Therapiewirkung hängen von der Methode ab, 15% sind Placeboeffekte.

Dass die Seele/der Geist über den Körper beeinflusst werden kann und umgekehrt, haben die Begründer:innen der Integrativen Therapie schon früh erkannt. Das Zusammenspiel von Körper- Seele-Geist als Leib-Subjekt hat in der Integrativen Therapie daher eine zentrale Bedeutung auf theoretischer und praktischer Ebene erhalten. Der Leib ermöglicht uns nicht nur die Regulation von Spannung und Entspannung auf körperlicher Ebene, sondern eben auch auf

seelischer und geistiger (top down und bottom-up). Diese Regulation kann nicht nur bei psychosomatischen Schmerzen (hierfür gibt es sehr viel Literatur), sondern auch bei körperlichen Schmerzen zur Linderung, Ablenkung und Differenzierung der Körperwahrnehmung genutzt werden. Sehr gerne hätte ich diesen Text schon vor meiner beruflichen Arbeit mit psychoonkologischen Patient:innen geschrieben. Ich hätte das Wissen um therapeutische Interventionen und um die Psycho-edukation gebraucht, um differenzierter und selbstsicherer agieren zu können. So habe ich «learning by doing» gemacht und die theoretischen Werkzeuge erst im Nachhinein geschärft. Die geschaffene Verbindung zwischen den Regulationsmethoden und der Theorie der Integrativen Therapie, zur welcher ich beim Schreiben dieses Textes angeregt wurde, hat mich bereichert.

Aus der Praxiserfahrung weiss ich, dass das Schmerzerleben bei den Patient:innen oft den Blick verengt und es dabei eine liebevolle und klare Führung durch die Begleitenden braucht. Trotzdem ist unbedingt zu respektieren, wenn die Leidenden im Moment keine Regulation von Spannung und Entspannung wünschen. Letztlich ist es mir bisher zum Glück unbekannt, wie sich eine Diagnose Krebs und Krebschmerzen anfühlen. Dass *Hilarion Petzold* (2018k) uns von seinen persönlichen Erfahrungen berichtete, hat mich sehr berührt. Auch die vielen Schicksale der Patient:innen, welche ich auf der Onkologie am Kantonsspital St. Gallen begleiten durfte, haben mich bewegt und gelehrt. Ich konnte viele Erfahrungen bei der Regulation von Spannung und Entspannung bei Patient:innen sammeln. Die Verfahren/Methoden habe ich – wie in der Literatur oft beschrieben – häufig kombiniert, z.B. Klangentspannung (Monochord) mit autogenem Training, Hypnose und/oder Imagination. Auch wendete ich ansatzweise die IDR mit der Methode der Berührung an. Es gibt noch weitere Verfahren zur Regulation von Spannung und Entspannung, welche in diesem Text nicht vorgestellt werden, z.B. das MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), das Biofeedback, die Kryotherapie (mit Kälte), die Aromatherapie etc.

Beim Schreiben über die vielfältigen Verfahren/Methoden wurde ich angeregt, sie wieder einmal selbst anzuwenden (soweit das alleine ging) – was für ein Gewinn zur eigenen Entspannung und Differenzierung der Körperwahrnehmung! Beim Strecken und Gähne, der Grüne Meditation und dem Waldbaden fand ich Worte für das, was ich schon länger zu meiner regelmässigen Erholung praktiziere. Ich finde die in diesem Text vorgestellten Verfahren/Methoden zur Regulation von Spannung und Entspannung in allen Lebenslagen wichtig. Wer sich in guten Zeiten damit vertraut macht, kann in schlechten Zeiten besser zurückgreifen und bestenfalls davon profitieren.

## 8 Zusammenfassung / Summary

### **Zusammenfassung: Integrative Regulation von Spannung/Entspannung (IDR) in der Arbeit mit Schmerz-patient:innen im Bereich der Psychoonkologie**

Die leiborientierte Arbeit in der Integrativen Therapie ermöglicht eine umfassende Begleitung von Schmerzpatient:innen im Bereich der Psychoonkologie. Die regelmässige Anwendung von Bottom-up- und Top-down-Verfahren zur Regulation von Spannung und Entspannung beeinflusst die Schmerzwahrnehmung positiv und unterstützt Patient:innen in ihrer Lebensqualität. Im vorliegenden Text werden verschiedene Verfahren für die Praxis vorgestellt. Auf theoretischer Ebene wird das zugrunde liegende Leibverständnis der Integrativen Therapie erläutert.

**Schlüsselwörter:** Krebschmerz, Psychoonkologie, 4E-Perspektiven (embodied, embedded, enacted, extended), bottom-up/top-down Regulation von Spannung und Entspannung: IDR, PMR, Integrative Therapie

### **Summary: Integrative Regulation of tension/relaxation (IDR) in the work with pain patients in the field of psycho-oncology**

The body-oriented work in integrative therapy enables comprehensive support for pain patients in the field of psycho-oncology. The regular use of bottom-up and top-down methods to regulate tension and relaxation has a positive influence on the perception of pain and supports patients in their quality of life. In this text, different methods for practice are presented. On a theoretical level, the underlying understanding of the body in integrative therapy is explained.

**Keywords:** Cancer pain, psycho-oncology, 4E perspectives (embodied, embedded, enacted, extended), bottom-up/top-down, regulation of tension and relaxation: IDR, PMR,

Korrespondenzadresse: Susenbergstrasse 45, 8044 Zürich • [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch) • [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch)

## 9 Literaturverzeichnis

- Altenmüller, E.* et al. (2018): Vom Neandertal in die Philharmonie: Warum der Mensch ohne Musik nicht leben kann. Berlin/Heidelberg: Springer. *ProQuest Ebook Central*, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kbv/detail.action?docID=5441125>.
- Apfalter, I.* (2021): Dekarnation. In: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (Hrsg.): Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Ein Nachschlagewerk. Wien: Facultas. 25.
- Apfalter, I.* (2021): Synergie / Synergieprinzip. In: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (Hrsg.): Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Ein Nachschlagewerk. Wien: Facultas. 132.
- Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (2021): Diagnostik, prozessuale. In: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (Hrsg.): Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Ein Nachschlagewerk. Wien: Facultas. 26.
- Craig, A.D.* (2015): How do you feel? An interoceptive moment with your neurobiological self. Woodstock: Princeton University Press.
- Diezemann, A.* (2011): Entspannungsverfahren bei chronischen Schmerzen. *Der Schmerz* 4 / 25, 445-453. DOI 10.1007/s00482-011-1019-2
- Dilling, H., Freyberger, H.J.* (2019): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper. 9. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Eggebrecht, D.-B., Falckenberg, M.* (2011): Tumorschmerz. In: *Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R., Nilges, P.* (Hrsg.): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. Berlin Heidelberg: Springer. 491-508.
- Frankenstein-Anft, A.* (2008): Integrative Differentielle Relaxation (IDR) in der Psychotherapie - Möglichkeiten und Grenzen im dyadischen Setting. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2008.
- Frohne-Hagemann, I.* (2004): Rezeptive Musiktherapie aus Sicht der Integrativen Musiktherapie. In: *Frohne-Hagemann, I.* (Hrsg.): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden: Reichert. 307-339.
- Gerber W.-D., Niederberger U., Siniatchkin, M.* (2020): Schmerzen. In: *Petermann, F.* (Hrsg.): Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz. 6. Auflage. 253-267.
- Geuter, U.* (2018): Praxis Körperpsychotherapie: 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess. Berlin/Heidelberg: Springer. *ProQuest Ebook Central*, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kbv/reader.action?docID=5609797&ppg=232>
- Grunwald, M.* (2017): *Homo Hapticus: Warum Wir Ohne Tastsinn Nicht Leben Können*. Droemer EBook. Web.
- Hamm, A.* (2020): Progressive Muskelentspannung. In: *Petermann, F.* (Hrsg.): Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz. 6. Auflage. 150-168.
- Hersperger-Koch, R.* (2020): Zur Auswirkung vibroakustischer Stimulation durch live gespielte Klangliege auf das vegetative Nervensystem unter besonderer Berücksichtigung der

- Aktivität des Parasympathikus. Eine quantitative kontrollierte Pilotstudie. Theoriearbeit zur Erlangung des Titels «Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie». Zürich: Zürcher Hochschule der Künste in Kooperation mit der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik.
- Heussner, P., Hiddemann W. (2012): Psychoonkologie. Psyche und Krebs. Internist 53, 1296-1303. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. DOI 10.1007/s00108-012-3068-8*
- Hoffmann, E., Wirz, S. (2015): Exazerbierter Tumorschmerz. In: Meissner, W. (Hrsg.): Akutschmerz Taschenbuch: Konzepte, Methoden, Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 219-229. ProQuest Ebook Central, <http://ebookvreated fro kbv on 2021-08-05>*
- Holling, A. (2016): Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität in der Psychoonkologie - Eine Perspektive der Integrativen Therapie. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 19/2016.*
- Hurschler, M., Baschung, B., Sieber, S., Wössmer, B., Bernhard, J. (2014): Leitlinien zur psychoonkologischen Betreuung von erwachsenen Krebskranken und ihren Angehörigen. Steinhausen: Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie. <https://www.psychoonkologie.ch/leitbild.html>*
- Janke, W. (2004): Emergenz. In: Häcker, H.O., Stapf, K.-H. (Hrsg.): Dorsch. Psychologisches Wörterbuch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber. 14. Auflage.*
- Jansen, F., Streit, U. (2014): Die Bedeutung von Körperkontakt und Körperkontaktstörungen. In: Jansen, F., Streit, U. (Hrsg.) (2014). Fähig zum Körperkontakt: Körperkontakt und Körperkontaktstörungen – Grundlagen und Therapie – Babys, Kinder und Erwachsene – IntraActPlus-Konzept. Berlin/Heidelberg: Springer. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kbv/detail.action?docID=1965523>.*
- Koch, U., Holland, J.C., Mehnert, A. (2016): Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie. In: Mehnert, A., Koch, U. (Hrsg.): Handbuch Psychoonkologie. Göttingen: Hogrefe.*
- Kossak, H.-C. (2020): Hypnose. In: Petermann, F. (Hrsg.): Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz. 6. Auflage. 103-121.*
- Leu, B. (2021): Diagnose Krebs. Existenzielle Fragen zwischen Leben und Tod. Ein Ratgeber. Berlin: Springer.*
- Lodes, H. (2017): Atme Richtig. München: Buch & Media. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kbv/detail.action?docID=5102008>.*
- Ludwig, H. (2013): Bewegungstherapie bei chronischen Schmerzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland – Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der Integrativen Supervision. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 4/2013.*
- Luebbert, K., Dahme, B., Hasenbring, M. (2001): The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: A meta-analytical review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer* 10 / 6, 490–502.*

- Mehnert, A.* (2010): Mit Krebs leben lernen. Ein Ratgeber zur Bewältigung psychischer Belastung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Mehnert, A., Koch, U.* (2016): Handbuch Psychoonkologie. Göttingen: Hogrefe.
- Mehnert-Theuerkauf, A.* (2020): Psychoonkologie. In: *Petermann, F.* (Hrsg.): Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz. 6. Auflage. 284-292.
- Miyazaki, Y.* (2018): Shinrin Yoku. Heilsames Waldbaden. Die japanische Therapie für innere Ruhe, erholsamen Schlaf und ein starkes Immunsystem. München: Irisiana Verlag. *Orth, I.* (1994): Der „domestizierte Körper“. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie, Gestalt (Schweiz) 21 22-36. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-02-2015-ilse-orth.html>
- Osten, P.* (2019): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD). Wien: Facultas.
- Petermann, F.* (2020): Entspannungsverfahren – eine Einführung. In: *Petermann, F.* (Hrsg.): Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz. 6. Auflage. 19-44.
- Petermann, F., Kusch, M., Ulrich, F.* (2020): Imagination. In: *Petermann, F.* (Hrsg.): Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz. 6. Auflage. 122-138.
- Petzold, H.G.* (1984c): Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen. In: *Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G.* (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender- Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann. 431-500. <https://www.fpi-publikation.de/e-books/spiegel-roesing-i-petzold-h-g-hrsg-1984-die-begleitung-sterbender-theorie-und-praxis-der-thanatotherapie/>
- Petzold, H.G.* (1993a/2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. Bd. 1-3.
- Petzold, H.G.* (1993p/2003a/2012h): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340; repr. In: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>
- Petzold, H.G.* (1999f): Die Behandlung krebserkrankter Menschen als integrative und kreative Arbeit für die Neugestaltung des Lebens. *Orff Schulwerk Information* 62, 32-37. Online.
- Petzold, H.G.* (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2001-1999q-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>
- Petzold, H.G.* (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology.

- Integrative Therapie 2/3, 367-388; auch in Petzold, H.G, Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/pezold-h-g-2000g-integrative-traumatherapie-integrierende-und-differentielle-regulation.html>.
- Petzold, H.G. (2002j):* Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html> und in Petzold (2003a): Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. Bd. III, 1051-1092.
- Petzold, H.G. (2002j/2017):* Der «informierte Leib»- «embodied and ebedded" - Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 3/2017.
- Petzold, H.G. (2009c):* Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der «Informierte Leib», das «psychophysische Problem» und die Praxis. *Psychologische Medizin* (Graz), 20/2009, 20-33.
- Petzold, H. G. (2014m):* „Grüne Therapie gegen graue Depression“ – Die “Neuen Naturtherapien” für alternative „Ökologisation“, ökologische Bewusstheitsarbeit und eine aktivierende Behandlung bei Dysthymien und Depressionen. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Jg. 10/2014 . <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2014-petzold-h-g-gruene-therapie-gegen-graue-depression-die-neuen-naturtherapien.html>
- Petzold, H.G. (2014n):* «In Japan geht man zum Waldbaden». Interview mit Martin Läubli vom Tagesanzeiger Zürich am 22.8.2014. Erschienen in: Tagesanzeiger Zürich, 2014. Bei [www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold](http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold).
- Petzold, H. G. (2015h/2020e):* „Integrative Trauerarbeit“, das „neue Trostparadigma“ – Zur Neurobiologie empathischer „Trostarbeit“ und zu einigen Revisionen von Petzold 1982f „Gestalt drama, Totenklage und Trauerarbeit“ Arbeitspapier für die Trostseminare. Hückeswagen: EAG. (Erweitert und überarbeitet als 2020e in POLYLOGE 2020) <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=pezold-2015h-2020e-integrative-trauer-trostarbeit-neue-trostparadigma-mit-1982f-polyloge-14-2020.pdf>
- Petzold, H.G. (2016):* Die «Neuen Naturtherapien», engagiertes «Green Care», waldtherapeutische Praxis – «Komplexe Achtsamkeit» und «konkrete Ökophilie» für eine extrem bedrohte Biosphäre. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - GRÜNE TEXTE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 25/2016.
- Petzold, H. G. (2018k):* Episkript: „ ... in a flow of green“ – Green Meditation als Hilfe in belastenden Lebenssituationen und bei schwierigen Wegerfahrungen. In: Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green

Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis. S. 897-940. Grüne Texte Jg. 21/2019 - <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/21-2019-petzold-h-g-2018k-episkript-in-a-flow-of-green-green-meditation-als-hilfe-in-belastenden-lebenssituationen-und-bei-schwierigen-wegerfahrungen/>

- Petzold, H. G. (2021c):* Über Tier- und Menschenbilder, „Non-human Animals“ und „Menschentiere“ – Neue natur- und humantherapeutische Überlegungen zu Embodiments und Mentalisierungen in einer prekären Welt des Lebendigen. Forschungsbericht. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit (ersch. POLYLOGE Jg. 2021).
- Petzold, H. G., Orth, I. (2017a):* Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. POLYLOGE 22/2018; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2021a):* Green Meditation und Oikeiosis: Wege zu ökologischem Selbstverstehen und Naturbezug, zu «ökophiler Lebenspraxis» und aktiver «ökologischer Kultur» – Gedanken und Materialien – Arbeitsversion. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *GRÜNE TEXTE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2021.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2019e):* Die «14 plus 3» Wirkfaktoren und -prozesse in der integrativen Therapie. Transversale Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Metafaktoren, Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2020):* Nachwort von Hilarion G. Petzold, Ilse Orth und Johana Sieper. Zwischen Embodiment, Embeddedness und Mentalisierung, innovative Impulse für das Feld integrativer Psychotherapie und Humantherapie – die 4E-Perspektiven. In: *Stefan, R. (Hrsg.): Zukunftsentwürfe des Leibes. Integrative Psychotherapiewissenschaft und kognitive Neurowissenschaft im 21. Jahrhundert.* Wiesbaden: Springer. 139-173.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a):* «Leiblichkeit» als «Informierter Leib» embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum «psychophysischen Problem» und zur leibtherapeutischen Praxis. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 21/2012.
- Petzold, H.G., Josić, Z. (2003):* Integrative Traumatherapie – ein leibtherapeutischer Ansatz. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 09/2003 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-09-2003-petzold-h-g-zorica-j.html>
- Pleyer, Ch. (2012):* Onkologie. Verstehen – Wissen – Pflegen. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.

- Rüegg, R.Z. (2007): Psychotherapie und musikinduziertes verändertes Bewusstsein. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 157/17-18, 429-434. DOI: 10.1007/s10354-007-0454-2
- Schaible, H.-G. (2015): Physiologische Grundlagen von Nozzeption und Schmerz. In: *Meissner, W.* (Hrsg.): Akutschmerz Taschenbuch: Konzepte, Methoden, Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 1-18. ProQuest Ebook Central, <http://ebookvreated.fro.kbv.on.2021-08-17>.
- Scheytt, Ch. (1984): Seelsorge an Sterbenden im Krankenhaus. In: *Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G.* (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender- Theorie und Praxis der Thanatothérapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann. 409-430.
- Schröter, T. (2007): Die Klangwiege in der Musiktherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen. In: *Bernatzky, G., Likar, R., Wendtner, F., Wenzel G., Ausserwinkler, M., Sittl, R.* (Hrsg.): Nichtmedikamentöse Schmerztherapie. Komplementäre Methoden in der Praxis. Wien: Springer-Verlag. 185-195. <https://doi-org.kb.ezproxy3.sg.ch/10.1007/978-3-211-33548-2>
- Schuh, A., Immich, G. (2019): Waldtherapie – das Potential des Waldes für Ihre Gesundheit. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schulz-Kindermann, F. (2021): Psychoonkologie. Grundlagen und psychotherapeutische Praxis. Weinheim/Basel: Verlagsgruppe Beltz (2. Auflage).
- Schwarz, A., Schwarz A. (2007): Muskelentspannung. München: Buchverlag.
- Sendera, M., Sendera A. (2015): Chronischer Schmerz: Schulmedizinische, Komplementärmedizinische und Psychotherapeutische Aspekte. Wien: Springer. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kbv/detail.action?docID=2094135>.
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2010): Warum die «Sorge um Integrität» uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 09/2010.
- Simonton, O.C., Matthews Simonton, S., Creighton, J. (2020): Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Übungen zur Entspannung und Visualisierungen nach der Simonton-Methode. Hamburg: Rohwolt. 17. Auflage.
- Spiegel-Rösing, I. (1984): Ziele psycho-sozialer Intervention beim Sterbenden. In: *Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G.* (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender- Theorie und Praxis der Thanatothérapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann. 141-182.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (1984/2019): Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatothérapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann. Als e-book: EAG (2019): <https://www.fpi-publikation.de/e-books/spiegel-roesing-i-petzold-h-g-hrsg-1984-die-begleitung-sterbender-theorie-und-praxis-der-thanatothérapie/>
- Stefan, R. (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes. Integrative Psychotherapiewissenschaft und kognitive Neurowissenschaft im 21. Jahrhundert. Wiesbaden: Springer.

- Stefan, R.* (2021): Heuristik. In: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (Hrsg.): Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Ein Nachschlagewerk. Wien: Facultas. 55.
- Vaitl, D.* (2020): Autogenes Training. In: *Petermann, F.* (Hrsg.). Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz. 6. Auflage. 65-82.
- Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C.* (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wallrabenstein, R.* (2011): Die Kraft therapeutischer Berührung. *Heilberufe* 63, 24–25.  
<https://doi-org.kb.ezproxy3.sg.ch/10.1007/s00058-011-0187-x>
- Weis, J., Vehling, S., Mehnert, A., Koch, U.* (2016). Krankheits- und behandlungsübergreifende psychosoziale Belastungen und Behandlungsbedarf. In: *Mehnert, A., Koch, U.* (Hrsg.): Handbuch Psychoonkologie. Göttingen: Hogrefe.
- Wild, I., Moser-Hofer, O.* (2018): Das Thema «Berührungen in der Therapie». In: *Hofer-Moser, O.* (Hrsg.): Leibtherapie. Eine neue Perspektive auf Körper und Seele. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Wolfisberg I.* (2009): Stabilisierende Therapeutische Ansätze mit traumatisierten Menschen. *POLYLOGE* 05/2009. [https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge\\_wolfisberg\\_polyloge\\_05\\_2009.pdf](https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_wolfisberg_polyloge_05_2009.pdf)