

## 2 Entspannungsberatung und Entspannungstherapien

Kurt Seikowski

### 2.1 Entspannung und Gesundheit

Es ist schon lange kein Geheimnis mehr, dass Entspannungsdefizite krankheitsfördernd wirken. Nicht nur, dass man sich bei fehlender Erholung subjektiv unwohl und ständig müde und schlaff fühlt – auch körperliche Beschwerden nehmen zu (Adler et al. 2003). Doch welchen Stellenwert haben Entspannungsdefizite im Rahmen auch anderer Formen psychischer Belastungen? Und welche unterschiedlichen Therapien sind dann die Folge?

Zu diesem Zweck hat Seikowski (1999) vorgeschlagen, vier Ebenen psychischer Belastungen zu unterscheiden (s. Tab. 1).

Tab. 1 Arten psychischer Belastungen – Konsequenzen für die psychologische Betreuung (nach Seikowski 1999)

Ebene	psychische Belastungsart	psychologische Intervention
1	chronische krankheitsunspezifische psychische Belastungen	vordergründig Einzelpsychotherapie zur Konfliktanalyse
2	akute psychische Belastungen	vordergründig Analyse des Zusammenhanges von Belastungen mit nachfolgender Symptomatik
3	Alltagsbelastungen (Entspannungsdefizit)	vordergründig Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training und progressive Muskelrelaxation)
4	chronische krankheitsspezifische psychische Belastungen	vordergründig Gruppentherapie zur Krankheitsbewältigung oder Patientenschulungen

1. **Chronische krankheitsunspezifische psychische Belastungen** sind seit längerer Zeit bestehende individuelle familiäre, berufliche und das Selbstwertgefühl betreffende Probleme, die zu inneren Anspannungen führen („chronischer Stress“) und

Krankheiten auslösen bzw. bestehende chronische Erkrankungen verschlimmern. In psychotherapeutischen Einzelgesprächen wird versucht, diese Belastungsbereiche zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten zu finden und damit innere Anspannung zu reduzieren. Dabei kommen die klassischen psychotherapeutischen Verfahren, je nach Ausbildung des Therapeuten, zum Einsatz.

2. **Akute psychische Belastungen** („akuter Stress“) in Form von starker innerer Aufregung führen häufig zu einer Verstärkung von Symptomen („Ärger schlägt sich auf den Magen“, „Haut als Spiegel der Seele“, wie z.B. Juckreiz). Oftmals ist es bereits ausreichend, Patienten über derartige Zusammenhänge in einem psychosomatischen Beratungsgespräch aufzuklären, um adäquate Reflektionen und Verhaltensänderungen anzuregen. Wenn dies nicht gelingt, kann eine Verhaltensanalyse helfen, bislang nicht wahrgenommene Zusammenhänge zwischen Lebenssituation und nachfolgender innerer Anspannung und dadurch verursachter Beschwerdenauslösung und/oder -verstärkung aufzudecken.
3. **Alltagsbelastungen**, bspw. durch Beruf und Familie, welche hinsichtlich ihrer Menge als belastend erlebt werden („quantitativer Stress“) und in der Regel mit einem Entspannungsdefizit (Schlafmangel, Mangel an angenehmen Ablenkungen, Unausgeglichenheit) einhergehen, spielen oft eine bedeutsame Rolle für das Entstehen oder Persistieren psychosomatischer Beschwerden. Betroffenen Patienten wird empfohlen, sich mehr Zeit für die regenerierenden Phasen zu nehmen („der Haut mehr Ruhe zu gönnen“), was selbstständig häufig nicht umgesetzt werden kann. Als Unterstützung werden hier Entspannungstechniken, in erster Linie das Autogene Training und die progressive Muskelrelaxation angeboten. Sie sollen, täglich angewendet, als lebenslange Entspannungsquelle dienen. Es werden weiterhin auch andere Entspannungsformen empfohlen, wie z.B. der „Kurzschlaf“ oder das Überdenken des Tagesablaufes hinsichtlich eines gesunden Wechsels von Anstrengungs- und Erholungsphasen.
4. **Chronische krankheitsspezifische psychische Belastungen** („Krankheitsstress“) beziehen sich auf den Umgang mit Erkrankungen (Krankheitsbewältigung). Hier stehen Gruppentherapien und Patientenschulungen im Vordergrund.

Im Folgenden wird über die dritte Ebene zu berichten sein.

## 2.2 Entspannungsberatung

Man muss nicht gleich mit Entspannungstherapien beginnen. Wenn sich durch die Analyse der vier verschiedenen psychischen Belastungsebenen ergeben hat, dass Entspannungsdefizite (Alltagsbelastungen ohne ausreichenden psychophysiologischen Ausgleich) im Vordergrund stehen, dann sollte zunächst gemeinsam mit dem Patienten nach Reserven für mehr Entspannung im Alltag gesucht werden. Dabei handelt es sich um eine Beratung zu verschiedenen Aspekten von Regenerierungsprozessen. Nicht selten sind Patienten bei ausreichendem Leidensdruck in der Lage, vermittelte Ratschläge in den Alltag selbst umzusetzen. Die zwei wichtigsten Formen einer solchen Beratung betreffen die „Tagesstrukturanalyse“ und den sogenannten „Kurzschlaf“, der auch als „akademischer Schlaf“ bezeichnet wird.

### 2.2.1 Tagesstrukturanalyse

Bei der Tagesstrukturanalyse wird mit dem Patienten nach Reserven für mehr Entspannung im Tagesablauf gesucht. Beginnt der Tag möglicherweise oft sehr hektisch, dann wird dem Patienten vermittelt, doch möglichst früher aufzustehen, um den Tag ruhiger anzugehen. Wie sieht es mit Pausen auf der Arbeitsstelle aus? Werden diese überhaupt noch wahrgenommen – und wenn ja, werden sie vielleicht zu Fachgesprächen mit Kollegen genutzt, was dann nicht als entspannend erlebt wird? Hinweisen auf ein gesundes Anstrengungs-Pausen-Verhältnis sind durchaus für viele Patienten umsetzbar. Gleiches gilt für die Zeit nach der Arbeit. Oft werden dann sofort häusliche und andere Verpflichtungen umgesetzt, anstatt sich zunächst einmal eine Ruhepause zu gönnen. Und auch wenn mit dem Patienten darüber gesprochen wird, wie ein entspannter Abend verbracht werden kann, zeigen sich sehr oft auch an diesem Tagesabschnitt Reserven für mehr Erholung und Entspannung. Hinweise darauf, dann schlafen zu gehen, wenn man müde ist – und nicht erst vor dem Fernseher einzuschlafen, wodurch der biologische Rhythmus durcheinander geraten kann – sind für den Patienten oft sehr hilfreich.

### 2.2.2 Kurzschlaf

Beim Kurzschlaf handelt es sich um eine Methode, die in den Tagesablauf mit eingebunden werden kann. Man schläft etwa 15 bis 20 Minuten („döst vor sich hin“) – am besten einmal täglich – und fühlt sich danach deutlich ausgeruhter. Dabei handelt es sich um den sogenannten „Alpha-Schlaf“, auch „Traumschlaf“ bzw. „Büroschlaf“ genannt, der sehr erholsam ist. Länger sollte er jedoch nicht dauern, da dann dieser Alpha-Schlaf in den Delta-Schlaf – den Tiefschlaf – übergehen kann. Eine Unterbrechung dieses Schlafes, der deutlich längere Zeit benötigt, wird oft als sehr unangenehm erlebt, was nach dem Alpha-Schlaf nicht der Fall ist. Dieser Kurzschlaf empfiehlt sich u. a. für Personen mit Entspannungsdefiziten, die sehr häufig im PKW unterwegs sind. Ihnen wird geraten, in regelmäßigen Abständen auf einen Parkplatz zu fahren, dort 15 bis 20 Minuten zu „dösen“, um dann die Fahrt erholter fortzusetzen. Aber auch für die Zeit nach der Arbeit kann ein solcher Kurzschlaf empfohlen werden.

## 2.3 Entspannungstherapien

Entspannungstherapien sind immer dann indiziert, wenn der Patient gegebene Entspannungshinweise im Beratungsprozess nicht allein umsetzen kann oder sich diese Umsetzung als nicht ausreichend erwies. Die in der Medizin am meisten angebotenen Entspannungstherapien sind die progressive Muskelrelaxation (PMR) und das Autogene Training (AT). Diese beiden Methoden sind relativ zeitökonomisch – und damit auch regelmäßig ein- und umsetzbar. Für die PMR gibt es Varianten zwischen etwa 4 bis 15 Minuten. Eine AT-Übung sollte nicht länger als 5 Minuten dauern. Die Zeitökonomie spielt insofern eine Rolle, da nur die tägliche Umsetzung von mehr Entspannung bisherige Defizite dauerhaft reduzieren kann (Reschke u. Schröder 2010). Natürlich gibt es auch andere Methoden – Yoga und Entspannungs-CD's, Wellnesswochenenden und Urlaub – aber diese Methoden benötigen oft sehr viel Zeit: So

umfasst etwa eine Entspannungs-CD 45 Minuten. Doch die Wahrscheinlichkeit, sich täglich 45 Minuten hintereinander für die Entspannung zu gönnen, ist eher unwahrscheinlich gegenüber Methoden, die nur einige Minuten in Anspruch nehmen.

### 2.3.1 Progressive Muskelrelaxation (PMR)

Bereits 1909 führte Jacobson seine Methode der PMR ein (Jacobson u. Höfler 1999). Bei dieser Methode lernen die Patienten zunächst den Wechsel von willkürlicher Anspannung und Entspannung in einzelnen Muskelpartien (Hände, Arme, Beine, Schultern, Kopf, Oberkörper, Rumpf) zu unterscheiden. Dabei achten sie gleichzeitig auf die dabei entstehenden Empfindungen – besonders beim Übergang von der Anspannung zur Entspannung. Die PMR ähnelt einer Kurzform von Sport. Menschen, die Sport als erholsam erleben, sprechen nach einer solchen Betätigung oft davon, dass sie „so richtig schön kaputt“ sind. Gemeint ist damit, dass nach einer körperlichen Anstrengung (muskuläre Anspannung) die Muskulatur entspannter ist als vor der körperlichen Betätigung. Ähnlich ist es bei der PMR – nach dem häufigen Wechsel von muskulärer Anspannung und Entspannung fühlt man sich ebenfalls am Ende erholt als vorher. Beim regelmäßigen Durchführen dieser Methode reicht es zum Teil auch aus, nicht immer die Übungen durchführen zu müssen. Allein die gedankliche Vorstellung des Übens bringt einen Entspannungseffekt hervor. Die Effektivität dieser Methode ist hinsichtlich der Reduktion psychosomatischer Beschwerden, aber auch bei Ängsten und Zwängen hinreichend belegt (Grawe et al. 1994). Grundvoraussetzung für das Gelingen ist jedoch das regelmäßige – tägliche Üben. Der Therapeut sollte jedoch eine spezielle Ausbildung zur professionellen Vermittlung dieser Methode besitzen.

### 2.3.2 Autogenes Training (AT)

Das AT wurde 1932 von Schultz mit dem Ziel eingeführt, eine leicht erlernbare Entspannungstechnik herbeizuführen, mit der man nicht nur lernen kann, Entspannungsdefizite abzubauen, sondern auch in der Lage ist, gezielt Entspannungs- und Veränderungseffekte für alle Körperregionen zu erreichen (Schultz 1932). Im Vordergrund steht die autosuggestive Beeinflussung der willkürlichen und glatten Muskulatur und des Gefäßsystems. Diese psychophysiologische Methode begründet sich darauf, dass Vorstellungen eines Menschen, die im Gedächtnis gespeichert sind, körperwirksam werden können. Stellt man sich z.B. ein Liebessessen vor, dann nimmt der Speichelfluss zu. Oder wenn sich der Todestag eines geliebten Menschen jährt, man sich intensiv an ihn erinnert, können Tränen fließen etc. Dieses Prinzip hat Schultz aufgegriffen und daraus das AT entwickelt, dessen Grundstufe aus 6 Übungen besteht – einer Schwereübung zur Lockerung der Muskulatur in den Armen und Beinen, einer Wärmeübung zur Gefäßerweiterung in den Armen und Beinen, einer Übung zur Beeinflussung der Herzaktivität, einer Übung zur Beeinflussung der Atmungsaktivität, einer Bauchwärmeübung gegen den „nervösen“ Magen und einer Stirnkühleübung vordergründig gegen Kopfschmerzen. Diese Grundstufe kann durch weitere Übungen ergänzt werden – so etwa durch eine Beckenwärmeübung bei sexuellen Problemen und/oder Beschwerden im Unterleib. Bei allen Übungen werden innerlich Wortformeln gesprochen.

Das AT kann nicht allein von einem Patienten erlernt werden. Auch hier gilt, dass die Anleitung nur von einem für dieses Verfahren ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden sollte. Das AT ist in Einzelsitzungen aber auch in der Gruppe erlernbar. Der Übungsschwerpunkt liegt jedoch im alltäglichen Training unabhängig vom Therapeuten. Dieser gibt in der Therapiesitzung Anleitungen für die häuslichen täglichen Übungen.

Zusätzlich zur Grundstufe gibt es eine Oberstufe des AT, die aber in der Praxis kaum noch Anwendung findet. Sie ist zum Problemlösen in einer entspannten Situation gedacht: Dabei führt der Patient zunächst die Grundstufe durch. Und wenn er sich dann entspannt fühlt, stellt er sich ein Problem vor, für das er noch keine Lösung gefunden hat. Dabei wird davon ausgegangen, dass man im entspannten Zustand Probleme besser lösen kann als im angespannten Zustand. Eine Analogie zur Meditation ist offensichtlich.

Außerdem wurden für diese Methode auch „formelhafte Vorsatzbildungen“ entwickelt, bei denen eigene Wünsche zur Verhaltensänderung in das Grundprogramm eingearbeitet werden. Das ähnelt dem Programmieren einer Festplatte, bei der sich der Patient immer wieder Wortformulierungen sagt, die eine Verhaltensänderung hervorrufen sollen – z.B. zum Abgewöhnen des Rauchens „Rauchen ist völlig gleichgültig“ oder bei der Gewichtsreduktion „Essen ist nicht mehr so wichtig“.

Das Erlernen des AT in der Gruppe erfordert in der Regel eine wöchentliche Anleitung beim Therapeuten, die sich auf insgesamt 12 Sitzungen erstreckt.

Auch hier ist die Effektivität des AT – besonders für die Reduktion psychosomatischer Beschwerden aber auch bei der Behandlung von Depressionen und Ängsten – sehr gut belegt (Grawe et al. 1994).

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Fremd- und Autosuggestion: Therapeuten, die den Patienten in Gruppensitzungen in Kliniken Entspannungsformeln vermitteln, betreiben Entspannungshypnose und kein Autogenes Training. „Autogen“ heißt „selbst“ und nicht „fremd“.

### 2.3.3 Hypnose

Der Mechanismus der Hypnose ähnelt dem des AT. Beim AT wird mit Autosuggestionen gearbeitet, d.h. dort stellt der Patient sich selbst etwas vor, das körperwirksam werden soll. Bei der Hypnose sagt der Therapeut, was der Patient sich vorstellen soll (Fremdsuggestion). Alle weiteren Prozesse laufen dann genauso ab wie beim AT. Die Hypnose ist zwar ein sehr gutes Entspannungsverfahren, eignet sich jedoch nicht für die tägliche Anwendung, denn eine Hypnose erstreckt sich auf etwa 20 bis 60 Minuten und setzt den täglichen Kontakt zum Therapeuten voraus. Das ist praktisch nicht durchführbar. Die Entspannungshypnose kommt deshalb oft nur dann zum Einsatz, wenn der Patient mit dem AT zu Anfang nicht zurechtkommt. Er spürt dann unter der Hypnose z.B. die Schwere- und Wärmeeffekte und schöpft so Zuversicht und Motivation, weiterhin die Entspannung durch das AT anzustreben.

## Literatur

- Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T, Wesiack W (Hrsg.) (2003) Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München, Jena: Urban & Fischer, 6. erw. Auflage
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- Jacobson E, Höfler R (1999) Entspannung als Therapie: Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. München: Klett-Cotta
- Reschke K, Schröder H (2010) Optimistisch den Stress meistern. 2. erw. Auflage, Tübingen: dgvt-Verlag
- Schultz JH (1932) Das Autogene Training. Leipzig: Thieme
- Seikowski K (1999) Haut und Psyche. Medizinisch-psychologische Problemfelder in der Dermatologie. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag