

Entspannung und Entspannungsverfahren

1. Einführung und Begriffsdefinition	1
2. Indikation, Nebenwirkungen und Kontraindikationen	9
3. Ausgewählte Entspannungsverfahren	10
3.1 Progressive Muskelrelaxation (PMR).....	10
3.2. Das Autogene Training (AT)	12
4. Fazit.....	15
5. Literatur	16
6. Zur Vertiefung.....	18
7. Broschüren für Klienten und CDs	18

1. Einführung und Begriffsdefinition

Laut psychologischem Wörterbuch wird Entspannung folgendermaßen definiert:

„...kurzfristiger (phasisch) oder länger anhaltender Zustand reduzierter metabolischer, zentralnervöser unbewusster Aktivität. Entspannung ist auf subjektiv-verbaler, physiologischer und motorischer Ebene mess- und definierbar. Entspannungszustände sind nicht mit den Schlafphasen gleichzusetzen, Entspannung geht mit wachem Verhalten einher, wenngleich auch die Schlafphasen subjektiv als entspannend erlebt werden können. Muskuläre, autonome und subjektive Entspannung müssen nicht korrelieren“.

[Dorsch 1992, S. 176]

Entspannung lässt sich über Reaktionen auf der Ebene der körperlichen Vorgänge, Verhaltensweisen, Emotionen und Kognitionen abbilden. Die **körperliche** Entspannungsreaktion ist gekennzeichnet durch ein Nachlassen der Muskelanspannung, einer Senkung der Herzfrequenz und des Blutdrucks und einer Verlangsamung der Atemfrequenz. Darüber hinaus wird die elektrische Aktivität und kortikalen Aktivität des Gehirns reduziert (nach Zimbardo 1995, S. 589). Neben diesen häufig beobachteten körperlichen Veränderungen können weitere gastrointestinale oder endokrine Entspannungsreaktionen auftreten, die von der jeweiligen Entspannungsmethode bzw. –Verfahren abhängen (Goetschel 2002). Die **emotionale** Entspannungsreaktion ist charakterisiert durch Gefühle des Wohlbefindens, der inneren Ruhe, Gelassenheit und Gelöstheit. Charakteristisch für die **kognitive** Entspannungsreaktion ist ein assoziativ-gelockerten Denkablauf („an

alles und nichts denken“), darüber hinaus werden Außenreize vermindert aufgenommen und lösen nur noch erschwert eine Reaktion aus. Auf der **Verhaltensebene** imponiert zumeist eine sitzende bzw. liegende „bequeme“ Körperhaltung.

In der folgenden Tabelle werden die wichtigsten Merkmale der Entspannungsreaktion auf der körperlichen, emotionalen, kognitiv-perzeptiven und Ebene des Verhaltens aufgeführt:

Physiologische Merkmale der Entspannungsreaktion

➤ **Neuromuskuläre Veränderungen:**

- Abnahme des Tonus der Skelettmuskulatur
- Veränderung der Reflextätigkeit

➤ **Kardiovaskuläre Veränderungen:**

- Periphere Gefäßerweiterung (Vasodilatation, speziell in den Hautarealen)
- Geringfügige Verlangsamung des Pulsschlags
- Senkung des arteriellen Blutdrucks

➤ **Respiratorische Veränderungen:**

- Verminderte Atemfrequenz und Atemtiefe
- Gleichmäßigkeit der einzelnen Atemzyklen
- Abnahme des Sauerstoffsverbrauchs

➤ **Elektrodermale Veränderungen:**

- Zunahme der Hautleitfähigkeit
- Zunahme der Hauttemperatur

➤ **Zentralnervöse Veränderungen:**

- Veränderungen in der hirnelektrischen Aktivität (synchronisierte Alpha-Wellen, vermehrte Thetaaktivität im EEG)

Psychologische Merkmale der Entspannungsreaktion

➤ **Affektiv:**

- Ruhetönung
- Affektive Distanzierung, Indifferenz bzw. Gelassenheit
- Gefühl des Ausgeruhtheits

➤ **Kognitiv-perzeptiv:**

- assoziativ gelockerter Denkablauf
- Erhöhung der Wahrnehmungsschwellen und verminderte exterozeptive Wahrnehmungsverarbeitung
- Fokussierung auf innere Prozesse und Impulse

[Stetter 1998, Sammer 1999]

Obwohl es verschiedene apparative Möglichkeiten gibt, die Entspannungsreaktion mittels Monitoring abzubilden (→ was im Biofeedback genutzt wird, bspw. durch Messung der Hauttemperatur, der peripheren Durchblutung, von RR; EMG-, EEG- und Atemfrequenz), ist für den klinischen Einsatz die **subjektive Beschreibung** bzw. Rückmeldung des Klienten ein valides und ausreichendes Erfolgsmaß.

Die Fähigkeit sich zu Erholen und Ruhe zu finden gehört zum natürlichen Verhaltensrepertoire von Lebewesen. Entspannung ist ein evolutionär angelegtes (über-) lebenswichtiges Prinzip und zugleich physiopsychologischer Prozess, der in allen lebenden Systemen vorkommt und als Gegenpol zu einem Zustand von Aktiviertheit bzw. Anspannung beschrieben werden kann. Grundlegend für diese Auffassung ist, dass alle körperlichen Vorgänge sich als zyklische bzw. rhythmische Abläufe auf einem fiktiven Aktiviertheit – Desaktiviertheit Kontinuum begreifen lassen (bspw. Zusammenziehen und Lockerung von Muskelgewebe, Systole und Diastole in der Herzaktivität). In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass Über- und Unterforderung gleichermaßen als Stressoren wirken können: zu lang andauernde bzw. zu häufig wiederkehrende chronische Anspannung/ Belastung (bspw. in Form von → daily hazards), wie auch immerwährende Entspannung/

Passivitätsphasen (bspw. in Form von → Monotonie oder psychischer Sättigung), sind gleichermaßen unnatürlich und deshalb auf Dauer schädlich. Deshalb ist weder ständige Anspannung *noch* Entspannung ein funktionaler Zielzustand. Aus den genannten Gründen strebt der Organismus grundsätzlich nach einer (dynamischen) *Balance* bzw. nach einem Ausgleich zwischen diesen beiden Zuständen.

Aus einer **salutogenetischen** Sicht (vgl. Antonovsky 1997) wird Gesundheit als Produkt von zahlreichen belastenden und entlastenden Faktoren definiert. Gesundheit muss deshalb immer wieder neu aufgebaut bzw. erhalten werden. Entspannung ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Ressource zur Gesundheitsfürsorge, da sie stressregulierend wirkt und zur Entfaltung der Selbstheilungskräfte des Organismus beiträgt (Allmer 1996). Des Weiteren lenken die therapeutisch genutzten Entspannungsverfahren die Aufmerksamkeit nach innen und schulen die Sensibilität bzw. Wahrnehmungsfähigkeit für psychische und somatische Vorgänge. Dadurch können wir in die Lage versetzt werden, bei Überbeanspruchung oder Dysbalance „noch früher“ bzw. „noch rechtzeitig“ regulierend einzugreifen.

Entspannung kann auch als Teil von **Lebensqualität** verstanden werden. Dieses Konzept folgt den Überlegungen einer Autorengruppe im Zentrum für Gesundheitsförderung der Universität Toronto (Raphael et al. 1998). Lebensqualität wird hier als das Ausmaß verstanden, in dem ein Individuum sein Leben genießen kann. Nach diesem Konzept stellen die folgenden drei Faktoren wesentliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität dar: Zustand („Being“), Zugehörigkeit („Belonging“) und Zukunft („Becoming“).

Unter „Zugehörigkeit“ werden das soziale Umfeld bzw. die Lebensgemeinschaft und die Umweltbedingungen eines Menschen subsummiert. Unter „Zukunft“ wird die Aktivität verstanden, die ein Individuum aufbringen kann um seine beruflichen und privaten Ziele zu erreichen. Unter „Zustand“ wird die aktuelle psychische und körperliche Verfassung des Individuums bezeichnet, die unter anderem durch Entspannung moduliert wird. Insofern leistet die Entspannungsfähigkeit einen wichtigen Beitrag in der positiven Gestaltung der **Zustandsebene** („Being“).

Wenn wir Entspannung alltagssprachlich auffassen wollen, dann bezeichnen wir damit alle Aktivitäten bzw. Maßnahmen, die zur persönlichen Erholung dienlich sind

(z.B. „ein Nickerchen machen“, Nichts-Tun“, „im Wald spaziergehen“, „ein Gespräch unter Freunden“, „Einkaufen“, „Musik hören“, „ein Bad nehmen“ usw.). Diese meist unsystematischen und informellen Maßnahmen können als Entspannungsmöglichkeiten bezeichnet werden, in Abgrenzung zu den spezifischen und systematischen Entspannungsverfahren (vgl. Goetschel 2002). Gemeinsames Element der Entspannungsmöglichkeiten und -Verfahren ist, dass sie zu einer unspezifischen Verringerung des Aktivierungszustandes des zentralen und peripheren Nervensystems führen können (Buddenberg & Laederach 1998).

Die therapeutisch eingesetzten **Entspannungsverfahren** dienen der systematischen und gezielten Induktion eines als angenehm erlebten psychophysiologischen Zustandes (→ Entspannungsreaktion) und weisen folgende gemeinsame Merkmale auf:

Sie geben in strukturierter Form Bedingungen vor, mittels derer prinzipiell die *Entspannungsreaktion* induziert werden kann. Darüber hinaus soll der Ablauf durch Übung (wiederholtes Praktizieren) automatisiert werden. Dadurch soll der entspannte Zielzustand allmählich sich schneller, deutlicher und vollständiger einstellen und auf wenige Schlüsselreize hin erfolgen.

[Stetter 1998]

Die Teilnehmer lernen und spüren allmählich und durch regelmäßiges Üben eines Entspannungsverfahrens, dass sie „selbst-regulativ“ in psychophysiologische Prozesse eingreifen können. Der Eindruck eine gewisse Steuerungsfähigkeit über ansonsten autonom ablaufende Körperfunktionen zu bekommen, kann die internale Kontrollüberzeugung stärken. Dies hat in der Regel positive Auswirkungen auf die *Selbstwirksamkeits-Überzeugung* und damit auf das Selbstwertgefühl des Individuums. Auf der anderen Seite ist es genauso wichtig zu lernen, körperliche Vorgänge neu zu attribuieren, gelassener wahrzunehmen und nicht „um jeden Preis“ eine Entspannungsreaktion induzieren zu wollen (→ „Was geschieht, ist gut“; „Sie erreichen einen Zustand, so entspannt, wie es für Sie jetzt möglich und richtig ist“).

Therapeutische Verfahren nützen prinzipiell folgende Strategien, um einen entspannten Zustand auszulösen (→ Entspannungsinduktion):

- durch passive Konzentration und/ oder durch Senkung des Muskeltonus.

Passive Konzentration bezeichnet einen Vorgang, bei dem die Aufmerksamkeit mittels Merksätze, Suggestion oder Imagination auf die jeweiligen Inhalte der Entspannungsmethode gerichtet wird. Dadurch findet eine motorische und vegetative Tonussenkung statt, die wiederum die passive Konzentration steigert. Der kausale Zusammenhang dieser wechselseitigen Beeinflussung ist bislang nicht sicher geklärt (vgl. Stück 1998). Als Beispiel für ein Verfahren das diesen Mechanismus zur Entspannungsinduktion nutzt ist das *Autogene Training* (AT) zu nennen (vgl. Stetter 1998). Des Weiteren kann Entspannung durch systematisches An- und Entspannen der Muskulatur, wie es beispielsweise in der *Progressiven Muskelrelaxation* (PMR) nach Jacobsen eingesetzt wird, induziert werden (Hofmann 2003). Dabei weist die Muskulatur nach einer systematisch gesteigerten Aktionsspannung eine größere Bereitschaft zur Tonussenkung auf, was subjektiv üblicherweise als Schweregefühl wahrgenommen wird.

Zusätzlich können - insbesondere beim Erlernen eines Entspannungsverfahren - eine ruhige Umgebung, geschlossene Augen und eine bequeme Stellung bzw. Körperhaltung, das sich Einstellen von Entspannungsreaktionen begünstigen. Die genannten Maßnahmen dienen zur Reizabschirmung und sollen eine Fokussierung auf innere Vorgänge erleichtern.

Viele Menschen befinden sich allerdings auf einem so hohen Anspannungsniveau, dass ihnen eine unmittelbare Umschaltung in einen entspannten Zustand nicht möglich ist. In diesen Fällen kann es hilfreich sein, einen Übergang zur Entspannungsübung zu schaffen (→ Übergangsritual bzw. Distanzierungsphase nach Allmer 1995).

Für den Ablauf einer Entspannungsübung, inklusive Vorbereitung bzw. Einstimmung und Nachbereitung bzw. erneute Aktivierung schlägt Allmer (1995) ein drei Phasen Modell vor, das folgenden Ablauf beinhaltet:

- Distanzierungsphase – Regenerationsphase – Orientierungsphase.

In der **Distanzierungsphase** soll zuerst etwas innerer Abstand vom belastenden Tagesgeschehen gewonnen werden. Dies kann durch physische (z.B. Bewegung), kognitive (z.B. Unerledigtes bis morgen ruhen zu lassen) und emotionale (z.B. Ärger

abschütteln) Distanzierung geschehen. In der darauf folgenden **Regenerationsphase** sollen durch Anwendung einer Entspannungsmöglichkeit bzw. Entspannungsverfahren die „leeren Energiespeicher“ wieder aufgefüllt, die verkrampten Muskeln entspannt, die Gedanken neu geordnet und emotionale Ausgeglichenheit gewonnen werden. Um die passende Methode zu finden ist – neben der subjektiven Vorlieben – auch notwendig für sich zu klären, wovon man sich erholen möchte: ist der Grund eine Unterforderung (z.B. Monotonie, Langeweile, psychischer Sättigung), dann ist es sinnvoll etwas anregendes und interessantes zu *unternehmen*. Bei Belastungen die aus Überbeanspruchung resultieren, sollte die psychophysiologische Beruhigung im Vordergrund stehen. In der nachfolgenden **Orientierungsphase** wird der Organismus langsam und kontrolliert auf die erneute Beanspruchung vorbereitet. Dies erfolgt durch Zurücknahme der Entspannung (→ Exduktion), durch Verlagerung der Aufmerksamkeit nach außen und durch erneute Aktivierung/ Mobilisierung des Organismus. Stetter (1998) bezeichnet dies als **Dynamisierungsphase** und schlägt zur erneuten Aktivierung des Organismus einige feste und tiefe Atemzüge, verbunden mit dem Öffnen der Augen und intensiven aktiven Körperbewegungen der Extremitäten.

Durch diesen zyklischen Ablauf wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass Gegenstand der Entspannungsverfahren das Wiedererleben bzw. die im Alltag reproduzierbare Erfahrung des Wechselspiels von An- und Entspannung, von Ruhe und Dynamisierung ist (Stetter 1996).

Die Rolle des Psychotherapeuten liegt darin Hilfestellung in der Auswahl und Anleitung des Entspannungsverfahren zu geben und wissenschaftlich fundierte Informationen über das jeweilige Verfahren mitzuteilen. Die Auswahl des entsprechenden Entspannungsverfahren kann nach pragmatischen Gesichtspunkten erfolgen, da sich Wirkmechanismen und Zielzustände auf der psychophysiologischen Ebene stark ähneln (Maercker 1996). Dabei ist es wichtig das „geeignete“ Entspannungsverfahren an die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Klienten anzupassen, darüber hinaus den Entspannungsprozess zu begleiten und – bei Bedarf – korrigierend Einfluss zu nehmen. In diesem Zusammenhang gibt es auch zu bedenken, dass für viele Klienten sich zu entspannen auch negativ besetzt sein kann und - bedingt durch eine übermäßige leistungsbetonten und produktivitätsorientierten

Haltung - mit: „Faulenzen“ oder „Sich auf die faule Haut legen“ in Verbindung gebracht wird. Das erschwert das Üben und verhindert, dass sich zu entspannen als Coping-Fertigkeit eingesetzt wird. Hier gilt es also zunächst Veränderungen auf der Ebene der dysfunktionalen Einstellungen (z.B. „Erst die Arbeit dann das Vergnügen“) zu induzieren, damit der Klient seinen größtmöglichen persönlichen Benefit aus dem Entspannungsverfahren ziehen kann.

Dies funktioniert am besten, wie sonst in der Psychotherapie auch, auf der Basis einer positiv und als hilfreich erlebten therapeutischen Beziehung.

Nach der Durchführung der Entspannungsübung ist es die Aufgabe des Psychotherapeuten:

- positive Erlebnisse/ Empfindungen des Klienten verstärken
- individuelle Verbesserungen betonen und würdigen
- subjektive „Störungen“ aufgreifen, deren zugrundeliegende Bedingungen im Dialog mit dem Klienten klären und deren Bedeutung relativieren
- (immer wieder) zur Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die relevanten Übungsinhalte anleiten
- mit dem Klienten Bedingungen und motivationale Faktoren besprechen, die es ihm ermöglichen, das Verfahren auch außerhalb der gemeinsamen Sitzungen regelmäßig zu üben
- mit dem Klienten besprechen, wie er diese Ressource (sich während der Übung) entspannen zu können), auf angespannte Situationen übertragen kann (→ Transfer in den Alltag)
- mit dem Klienten besprechen, wie er diese Ressource nutzen kann, um prinzipiell entspannter und gelassener zu werden (→ Generalisierung)

[nach Stetter 1998, S. 213]

Mittelfristig soll der Klient das Entspannungsverfahren selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen, so dass es zu einem integralen Bestandteil seines Alltags wird.

2. Indikation, Nebenwirkungen und Kontraindikationen

Entspannungsverfahren setzen voraus, dass der Klient in der Lage ist seine Aufmerksamkeit intentional auf innere Prozesse zu lenken. Mittel- bis langfristig fähig ist die Fähigkeit gefordert, das Erlernete zu memorisieren, sich selbst zu instruieren und selbstständig zu üben. Das schränkt den Einsatz bei Klienten mit stärkeren **kognitiven Einschränkungen** (bspw. im Rahmen dementieller Prozesse, aber auch bei Psychosen mit progredientem bzw. prozesshaftem Verlauf) stark ein.

Bei Klienten mit **schizophrenen** und **schizoaffektiven Psychosen** ist zusätzlich zu bedenken, dass die Fokussierung auf innere Prozesse unter anderem auch eine wahnhaftige Verarbeitung bzw. paranoide Interpretation des Geschehen nach sich ziehen kann. Bei dieser Patientengruppe empfiehlt es sich, Entspannungsverfahren nur sehr selektiv (→ PMR) und bei ausreichender psychischer Stabilität durchzuführen und dabei unbedingt auf imaginative und suggestive Elemente (wie sie bspw. in dem AT vorgesehen sind) zu verzichten.

Prinzipiell ist zu beachten, dass bei der Entspannungsübung durch die damit verbundene Abschottung von äußeren Reizen es initial zu einem Hyperarousal kommt. Dies kann, alleine oder in Verbindung mit der Befürchtung die „Kontrolle zu verlieren“ (vgl. Heide & Borkovec 1983), Angst induzieren. Bei Patienten mit einer verstärkten und von Befürchtungen geleiteten Selbstbeobachtung, wie z.B. bei **hypochondrisch** geprägter Selbstwahrnehmung und damit verbundener Fehlinterpretation körperlicher Vorgänge, kann durch die Fokussierung auf innere Prozesse die (von Sorge geprägte) Symptomatik noch verstärkt werden. Hier können in extremo auch Depersonalisations- und Derealisationsphänomene auftreten.

Aber auch körperliche Störungen sind bei der Auswahl bzw. Gestaltung des Entspannungsverfahrens zu berücksichtigen: so kann eine bestehende Ateminsuffizienz durch die Verringerung der Atemfrequenz bei Entspannung noch zusätzlich verstärkt werden, was zu dysphorischen Gefühlen bis hin zur Erstickungs-Angst führen kann. Ebenfalls problematisch ist die Beeinflussung der Herzfrequenz (bspw. im AT) bei bestehender Herzfunktionsstörung zu werten. Das bedeutet, dass

eine körperliche Erkrankung eine relative Kontraindikation für die Durchführung eines bestimmten Entspannungsverfahren sein kann. Trotzdem kann ein entspannter und als angenehm erlebter Zielzustand induziert werden: in den beiden genannten körperlicher Funktionsstörung würde sich beispielsweise ein imaginatives Verfahren (z.B. „Phantasiereise“, „Ort der Ruhe und der Kraft“) anbieten.

Des Weiteren muss bei der Durchführung einer Entspannungsübung die Klient-Therapeut- **Beziehung** überdacht bzw. geklärt werden. Der Erfolg einer Entspannungsinduktion ist unter anderem davon abhängig, dass sich der Klient dem Therapeuten anvertraut. Bei problematischer Klient – Therapeut- Beziehung kann dies auch als ein „sich ausliefern“ interpretiert werden, was Angst und/ oder eine Verweigerung der Übung nach sich zieht.

3. Ausgewählte Entspannungsverfahren

3.1 Progressive Muskelrelaxation (PMR)

Die PMR geht auf den amerikanischen Arzt und Physiologen Edmund Jacobsen zurück, der dieses Verfahren erstmals 1929 beschrieben hat. Er beobachtete dass Unruhe, Angst und psychische Spannung häufig mit einer Anspannung der Muskulatur einhergeht. In der Konsequenz ist ein Zustand von innerer Ruhe und Entspannung deutlich mit einer Abnahme des Muskeltonus korreliert. Die PMR induziert eine allgemeine Entspannungsreaktion mittels **systematischer An-Spannung + unmittelbar darauffolgender Ent-Spannung** verschiedener quergestreifter Muskelgruppen, verbunden mit der Wahrnehmung („spüren“) der sich dabei einstellenden körperlichen Effekte, wie z.B. der Empfindung von „Schwere“ und „Wärme“ (Maercker 1996). Das bedeutet dass die PMR zum einen die Fertigkeit schulen möchte, zwischen Empfindungen von (muskulärer) Anspannung und Entspannung zu unterscheiden bzw. diese differenziert und frühzeitig wahrzunehmen. Durch diese angestrebte Verbesserung in der Selbstaufmerksamkeit, soll der Klient im frühzeitigen Erkennen von Überforderungssymptomen geschult werden. Zum anderen stellt die PMR eine Methode dar, um die vorhandene Anspannung kontinuierlich und willentlich zu reduzieren. Dadurch soll spannungsbedingten Erkrankungen entgegengewirkt werden, gleichzeitig soll im Sinne eines allgemeinen Ausgleiches die Stressresistenz

verbessert werden. Insofern ist die PMR geeignet für die primäre Prävention. Da bei Risikopatienten mittels PMR eine Senkung von Prävalenzraten erreicht werden konnte und sich der outcome aus rehabilitativen Behandlungen verbessern ließ, macht die PMR auch zu einem Instrument in der sekundären und tertiären Prävention (Krampen & Ohm 1994).

Heute wird die PMR nach dem – gegenüber dem Original von Jacobsen verkürzten - Modell von Bernstein & Borkovec (1982) durchgeführt und umfasst in der **Langform** folgende Muskelgruppe, die nacheinander an- und entspannt werden:

Reihenfolge der 16 Muskelgruppen:

- dominante Hand und Unterarm
- dominanter Oberarm
- nicht-dominante Hand und Unterarm
- nicht-dominanter Oberarm
- Stirn
- obere Wangenpartie und Nase
- untere Wangenpartie und Kiefer
- Nacken und Hals
- Brust, Schultern und obere Rückenpartie
- Bauchmuskulatur
- dominanter Oberschenkel
- dominanter Unterschenkel
- dominanter Fuß
- nicht-dominanter Oberschenkel
- nicht-dominanter Unterschenkel
- nicht-dominanter Fuß

Bei der Durchführung der PMR soll der Klient:

- die jeweilige Muskelgruppe so weit (leicht) anzuspannen, dass die Spannungsempfindung deutlich spürbar, aber nicht schmerzhaft ist

- mit dem Ziel, diese Muskelgruppe mit fortschreitender Übung immer leichter anzuspannen und trotzdem die Spannungsempfindung deutlich zu spüren (→ Sensibilisierung)
 - die Muskelanspannung über kurze Zeit (üblicherweise bis 10 Sekunden) zu halten und zu spüren, dabei nicht die Luft anhalten
 - die Muskelanspannung wieder loslassen und den Unterschied (Empfindung) in den gelockerten Muskel bewusst wahrzunehmen (üblicherweise 20-30 Sekunden)
- [nach Vaitl 1993]

Da die Übung in der Langform relativ viel Zeit in Anspruch nimmt (ca. 30 Minuten), wurden die 16 Muskelgruppen zu folgenden **5 größeren Bereichen** zusammengefasst und in eine kürzere Übungssequenz zu ermöglichen (Derra 1997): 1. Hände und Arme; 2. Gesicht; 3. Hals, Nacken, Schultern; 4. Bauch und Rücken; 5. Po, Beine und Füße [s. genaue Anleitung auf Handout].

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die PMR in ihrer Effektivität bestens erforscht ist. So fanden Grawe et al. (1994) 66 kontrollierte Studien und kommen zum Schluss, dass dieses Entspannungsverfahren ein breites Anwendungsbereichs aufweist). Dabei ist die PMR häufig in multimodale verhaltenstherapeutisch fundierte Therapieprogramme integriert. Besonders effektiv ist die PMR bei Störungen die auf Angst und Anspannung beruhen, sowie bei psychosomatischen Erkrankungen (z.B. Hypertonie, chronische Schmerzen) und Schlafstörungen. Des weiteren unterstützt die PMR die medizinische Behandlung verschiedener somatischer Erkrankungen (bspw. Hypertonie, Chemotherapie von Tumorerkrankungen) und senkt die Prävalenz bei Risikopatienten (Ohm 1997).

3.2. Das Autogene Training (AT)

Das AT ist ein Verfahren das von dem deutschen Psychiater und Neurologen Heinrich Schultz zwischen 1910 und 1920 in Berlin entwickelt wurde. In diesem Verfahren erfolgt die Induktion der Entspannungsreaktion vorwiegend durch

Immobilisation des Körpers in Verbindung mit **Autosuggestion**, i.S. von formelhaften Sätzen, die der Klient sich vorsagen bzw. imaginieren soll.

Die Unterstufen-Übungen zielen auf eine psychophysiologische Veränderung in relevanten Körperparameter ab und haben folgenden Ablauf [s.a. Handout]:

Unterstufen-Übungen

***Einleitend:** Ruhetönung: „Ich bin vollkommen ruhig“; **oder** „Die Ruhe wird immer tiefer“; **oder** „Ruhe“ (1x)

1. Muskelentspannung/ Schwereübung: „Der rechte (linke) Arm ist ganz schwer“ (jeweils 3x); **und** „Beide Arme sind ganz schwer“ (3x); **und** „Die Beine sind ganz schwer“ (3x); **und** „Alle Glieder sind ganz schwer“ (3x)
2. Gefäßentspannung/ Wärmeübung: „Der rechte (linke) Arm ist ganz warm“ (jeweils 2x); **und** „Beide Arme sind strömend warm“ (2x); **und** „Auch die Beine sind warm“ (2x); **und** „Alle Glieder sind strömend warm“ (2x)
3. Herzregulierung/ Herzübung: „Herz schlägt ganz ruhig und kräftig“; **oder** „Herz schlägt ruhig und regelmäßig“; **oder** „Herz schlägt ruhig, rhythmisch und regelmäßig“ (1x)
4. Einstellung des Atems/ Atemübung: „Die Atmung ist ganz ruhig und regelmäßig“; **oder** „Es atmet mich“; **oder** „Es atmet in mir“; **oder** „Jeder Atemzug vertieft die Ruhe“ (1x)
5. Regulierung der Bauchorgane/ Sonnengeflechtübung: „Sonnengeflecht (Leib) strömend warm“ (1x)
6. Einstellung des Kopfgebietes/ Stirnkühlübung: „Stirn angenehm kühl“; **oder** „Stirn ein wenig kühl“; **und** „Unterkiefer und Zunge sind ganz schwer“ (jeweils 1x)

[nach Thomas 1989]

Die Übungszeit für den **Gesamtablauf** der Unterstufen-Übungsabfolge soll nach Schultz **4 Minuten** nicht überschreiten (in Thomas 1985). Dies ist möglich, weil *solange* bei einer Übung verweilt wird, bis sich der gewünschte Effekt deutlich einstellt. Daraufhin wird diese Übungsgruppe durch einen Merksatz zusammengefasst (z.B. bei der Wärmeübung mittels: „Alle Glieder sind strömend warm“) und die nächste Übungsgruppe kann nach dem selben Muster durchgeführt werden. Empfohlen wird täglich zu üben, mit einer Frequenz von 3-4x.

Nach dem Erlernen bzw. der Generalisierung der Entspannungsreaktion, lässt sich die Unterstufe des AT durch folgende Autosuggestionen gestalten:

- „Schwere“ **oder** „Arme und Beine sind schwer“
 - „Wärme“ **oder** „Arme und Beine sind warm“
 - „Herz schlägt ruhig, kräftig, regelmäßig“ **oder** „Herz schlägt ruhig, rhythmisch, regelmäßig“
 - „Die Atmung ist ganz ruhig – es atmet mich“
 - „Jeder Atemzug vertieft die Ruhe“
 - „Der Leib ist strömend warm“
 - „Die Stirn ist angenehm kühl“
 - „Unterkiefer und Zunge sind ganz schwer“
- [nach Schultz, aus Thomas 1985]

Nach einer mehrmonatigen Übungsphase können die Übungen 0-6 der Unterstufe wie folgt zusammengefasst (und damit weiter verkürzt) werden: „Alle Glieder sind schwer und warm...Herz und Atmung ruhig und gleichmäßig...Leib warm, Stirn kühl“ (nach Thomas 1989).

Neben diesen die körperzentrierten Übungen, entwickelte Schultz auf der Basis der Unterstufe des AT weiterführende meditative bzw. hypnotherapeutische Übungen (→ Oberstufen-Übungen), die zu einer vertieften Selbsterkenntnis führen sollen (Gawlik 2000). Der Klient begibt sich mittels AT-Unterstufe in einen „autogenen“ (hypnoiden) Zustand, öffnet sich den frei (aus dem Unbewussten) aufsteigenden Inhalten und lässt diese auf sich wirken. Anschließend erfolgt die Besprechung und Bearbeitung des Erlebten entsprechend der psychotherapeutischen Schule (Rosa 1975). Insofern

ist AT-Oberstufe eine psychotherapeutische Intervention, die allerdings von Schultz nicht explizit dargestellt oder methodisch ausgearbeitet wurde (Gawlik 2000).

Grawe et al. (1994) fanden in ihrer Metaanalyse 14 kontrollierten Studien zur AT-Unterstufe, die bis 1984 publiziert wurden. Im Vergleich mit der PMR wurde der AT-Unterstufe hier eine schlechtere Effektivität bescheinigt. In einer neueren Übersicht mit der Berücksichtigung von 24 Studien, konnte dagegen gezeigt werden, dass dieses Verfahren gegenüber der PMR eine gleichwertige Effektivität und ein vergleichbares Einsatzspektrum aufweist (Linden 1994). Es stellt sich - wie so oft in der Psychotherapie - die Frage nach der differentiellen Indikation zur AT-Unterstufe (bzw. zur PMR). Diese Frage ist noch nicht geklärt.

4. Fazit

Entspannungsmethoden können prinzipiell überall dort als indiziert gelten, wo ein „übererregter“ Klient eine Psychotherapie beginnt, da ein bestehendes Hyperarousal die Habituation und langfristige Änderung von Erlebens- und Verhaltensweisen (i.S. von Lernen oder kognitive Umstrukturierung) behindert oder sogar verhindert. Über diesen **symptomunspezifischen** Ansatz hinaus, haben die meisten Entspannungsverfahren auch **symptomspezifische** Anwendungsbereiche. Gut belegt ist der adiuvante Einsatz von Entspannungsverfahren beispielsweise bei Patienten mit chronischen Schmerzen (s. Derra 1997), Hypertonie, Schlafstörung, Tinnitus, Krebserkrankungen, Phobien und bei einer Vielzahl weiterer somato-psychischer bzw. psycho-somatischer Störungen (Maerker 1996).

Entspannungsverfahren sind insgesamt als wertvolle Hilfe in der Psychotherapie, da sie ein effizientes Mittel zur Selbstregulation und psychophysiologischen Beeinflussung sein können, reichen allerdings bei klinisch relevanten Störungen als Monoverfahren nicht aus. Des Weiteren bilden Entspannungsverfahren und Entspannungsmöglichkeiten ein wirkungsvolles Instrument in der Gesundheitsfürsorge (→ primäre Prävention) und zur Steigerung der Lebensqualität. Darüber hinaus können sie bestehende Erkrankungen abmildern bzw. deren weitere Progredienz verlangsamen oder aufhalten (→ sekundäre Prävention).

5. Literatur

Allmer H (1995) Erholen Sie sich richtig? Psychologie heute, 22, 20-25

Allmer H (1996) Erholung und Gesundheit. Grundlagen, Ergebnisse und Massnahmen. Göttingen: Hogrefe

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag

Bernstein DA & Borkovec TD (1982) Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. München: Pfeiffer

Buddenberg C & Laederach K (1998) Psychophysiologie. Stress aus psychosozialer Sicht. In: Buddenberg C & Willi J (Hrsg.) Psychosoziale Medizin. Heidelberg: Springer, 314-329

Derra C (1997) Entspannungsverfahren bei chronischen Schmerzpatienten. Der Schmerz, 11, 282-295

Dorsch F (1992) Psychologisches Wörterbuch. Bern: Hans Huber, S. 176

Maerker A (1996) Entspannungsverfahren. In: Jürgen Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1. Heidelberg: Springer, S. 285-292

Goetschel R (2002) Entspannung. Gesundheitsförderung Schweiz, Bern und Lausanne

Gawlik R (2000) Autogenes Training. In: Asanger R & Wenninger G (Hrsg.) Handwörterbuch Psychologie. Weinheim: Beltz, 71-73

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Heide FJ & Borkovec TD (1983) Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 171-182

Hofmann E (2003) Progressive Muskelentspannung. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe

Krampen G & Ohm D (1994) systematische Entspannungsmethoden für Kindergarten und Primärschulkinder. *Report Psychologie*, 20, 47-65

Maercker A (1996) Entspannungsverfahren. In: Margraf J (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1, 285-292

Ohm D (1997) Progressive Muskelrelaxation. Stuttgart: Trias

Raphael D, Steinmetz B, Renwick R (1998) How To Carry Out a Community Quality of Life Project. A Manual. University of Toronto

Rosa KR (1975) Das ist die Oberstufe des Autogenen Training. München: Kindler

Sammer U (1999) Entspannung erfolgreich vermitteln. Progressive Muskelentspannung und andere Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Stetter F (1996) Autogenes Training. Somatopsychische Aspekte und klinische Wirksamkeit. *MMW*, 138, 42-45

Stetter F (1998) Was geschieht ist gut. Entspannungsverfahren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 209-220

Stück M (1998) Entspannungstraining mit Yoga in der Schule. Donauwörth: Auer Verlag

Thomas K (1989) Übungsheft für das Autogene Training. Stuttgart: Thieme

Vaitl D (1993) Psychophysiologie der Entspannung. In: Vaitl D & Petermann (Hrsg.) Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1: Grundlagen und Methoden. Weinheim: Beltz Verlag, 167-206

Zimbardo (1995) Psychologie. Heidelberg: Springer, S. 589

6. Zur Vertiefung

Brenner H (2002) Progressives Entspannungstraining. Praxis der Tiefmuskelentspannung. Lengerich: Pabst Science Publishers

Brenner H (2002) Autogenes Training. Der Weg zur inneren Ruhe. Lengerich: Pabst Science Publishers

Hofmann E (2003) Progressive Muskelentspannung. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe

Müller E (1995) Du spürst das Gras unter deinen Füßen das Gras. Autogenes Training in Phantasie und Märchenreisen. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag

Müller E (2001) Auf der Silberlichtstraße des Mondes. Autogenes Training mit Märchen zur Entspannung und Träumen. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag

Ohm D (1997) Progressive Muskelrelaxation. Stuttgart: Trias

7. Broschüren für Klienten und CDs

(beziehbar über: www.TK-online.de)

Wagner-Link A (2000) Lustvoll arbeiten. Techniker- Krankenkasse

Wagner-Link A (2001) Der Stress. Techniker-Krankenkasse

CD Progressive Muskelentspannung. Techniker-Krankenkasse

CD Atementspannung. Techniker-Krankenkasse