

# Körperpsychotherapie – Teil 1

## Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie

Ulfried Geuter

**Zusammenfassung:** Der Aufsatz bestimmt am Anfang den Ort der Körperpsychotherapie im Spektrum der psychotherapeutischen Ansätze und skizziert ihre therapeutischen Potenziale. Im Weiteren untersucht er die Frage, inwieweit die Ergebnisse von Säuglingsforschung, Bindungsforschung und Hirnforschung wissenschaftlich den Ansatz der Körperpsychotherapie unterstützen. Die entsprechende Forschung legt nahe, dass eine Psychotherapie ohne Körper dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht mehr entspricht.

Die Bedeutung dieser Forschung für die klinische Praxis wird an der Arbeit mit den Emotionen in der Psychotherapie ausgeführt und an einigen Interventionstechniken und einer klinischen Vignette illustriert. Nähere Ausführungen finden sich zur Relevanz der körperlichen Selbstwahrnehmung und der kathartischen Arbeit.

Dieser Teil des Aufsatzes, der auch die Verbindung zur Hirnforschung herstellt, wird im nächsten Heft veröffentlicht.

*„Seiner [Schopenhauers] Meinung nach hatte Kant eine wichtige Quelle von Informationen über die wahrgenommene (die phänomenale) Welt übersehen: unseren eigenen Körper! Körper sind materielle Objekte. Sie existieren in Zeit und Raum. Und wir alle besitzen ein außerordentlich reiches Wissen über unsere Körper – ein Wissen, das nicht auf unserem Wahrnehmungs- und Begriffssystem basiert, sondern direkt aus unserem Inneren stammt, von Gefühlen herrührt... Wir können uns von innen erkennen... Wir verfügen über ein direktes Wissen, das nicht von unseren Wahrnehmungen abhängt.“*

*Irvin Yalom, Die Schopenhauer-Kur*

Die Körperpsychotherapie wurde von der psychologischen akademischen Forschung lange Zeit wenig beachtet. In jüngerer Zeit aber mehrten sich von verschiedenen Seiten die Argumente und Aufforderungen dafür, den Körper mehr in die Psychotherapie einzubeziehen. Dies hat in Deutsch-

land bereits einen Niederschlag in zahlreichen körperpsychotherapeutischen, tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Fachtagungen zu diesem Thema gefunden<sup>1</sup>. Ein „Handbuch der Körperpsychotherapie“ (Marlock & Weiss, i. Dr.) und ein Handbuch zur Diagnostik von Körpererleben und Körperbild (Joraschky, Loew & Röhrich, i. Dr.) sind gerade im Druck. Im angloamerikanischen Sprachraum findet sich eine ähnliche Entwicklung. Schon seit längerem gibt es dort auch eine Diskussion über Berührung in der Psychotherapie, die hierzulande noch kaum rezipiert wird (Fosshage, 1994, 2002; Goodman & Teicher, 1988; Horton, Clance, Sterk-Elifson & Emshoff, 1995; Kertay & Reviere, 1993; Moser, 2002; Smith, Clance & Imes, 1998).

In der Psychoanalyse wird seit einiger Zeit diskutiert, inwieweit so genannte *enactments* therapeutisch genutzt werden können. Dabei geht es um die Tatsache, dass sich Patient und Psychotherapeut „in ein bestimmtes, körperlich-gestisch dargestell-

tes Verhältnis zueinander [setzen], ohne dass sie das in diesem Moment selbst bemerken müssten“ (Streeck, 2004, S. 44). In solchen flüchtigen szenischen Darstellungen werden körpersprachliche Hinweise auf den psychodynamischen Hintergrund der Störung eines Patienten gesehen (Streeck, 2005, S. 47). Insbesondere Patienten mit „basalen Entwicklungsstörungen“ stellen Streeck (2004, S. 13, 49) zufolge ihre Schwierigkeiten in nicht-sprachlicher Interaktion dar und lassen sich über die symbolische Bedeutung von Worten nicht erreichen. Heisterkamp (2002, 2004) hat diesen Ansatz ausgearbeitet und betrachtet die Arbeit mit Enactments als ein drittes mögliches analytisches Behandlungsprinzip neben der Deutung und der Arbeit mit der Beziehung. Die in einer Inszenierung zum Ausdruck gebrachten unbewussten Bedeutungen sollen in der Therapie erfahren und bearbeitet werden. Dies führe oft zu einem Verstehen aus dem

<sup>1</sup> Die Lindauer Psychotherapiewochen 2006 haben als Leitthemen „Berühren und berührt werden“ sowie „Bewegen und sich bewegen lassen“. 2004 tagte in Weimar die Sektion „Analytische Körperpsychotherapie“ der DGAPT zum Thema „Der Körper in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie“. 2001 fand in Bad Dürkheim die Fachtagung des IFKV zum Thema „Die Verhaltenstherapie und der Körper – eine Beziehung mit Zukunft?“ statt, 2004 in München eine vom Centrum für Integrative Psychotherapie, der Bayerischen Akademie für Psychotherapie, der DÄVT und der DFT gemeinsam veranstaltete Tagung zum Thema „Die Psychotherapie entdeckt den Körper“. Seit Jahren finden in Berlin und Bonn Fachtagungen der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) und des Deutschen Instituts für tiefenpsychologische Ausdrucks- und Tanztherapie (DITAT) sowie in Wien die Symposien „Psychoanalyse und Körper“ statt.

Moment heraus („präsentisches Verstehen“ an Stelle des klassischen repräsentischen Verstehens). Heisterkamp ermutigt die Patienten auch, ihr körperliches Erleben ohne Worte zu erkunden (2004, S. 156 ff). Der Ansatz wird durch die neuen Überlegungen von Daniel Stern (2005) zur Bedeutung des Gegenwartsmomentes für psychotherapeutische Veränderungen unterstützt. Stern argumentiert, dass es nicht nur Bedeutung im Sinne eines Verstehens gibt, das Erklärungen ermöglicht, sondern auch „Bedeutung im Sinne eines sich stetig vertiefenden Erlebens“ (Stern, 2005, S. 148).

Nicht allein aus der psychoanalytischen Diskussion, auch aus anderen Forschungsbereichen bezieht die Körperpsychotherapie heute eine unerwartete Unterstützung. In der Soziologie zum Beispiel wird bereits von einem „somatic turn“ gesprochen (Schroer, 2005). In der Postmoderne gewinnt Shilling (1993) zufolge der Körper mehr Bedeutung für die Identität. Gugutzer (2002) vertritt für die soziologische Theorie der Identität gegenüber narrativen Konzepten die Ansicht, dass die Selbstnarration als Basis biographischer Kontinuität nur dann identitätsstiftend sein kann, wenn diese an eine leiblich spürbare Gewissheit gebunden werde. Erst im Zusammenspiel von körperlichem Spüren und sprachlicher Reflexion entstehe das Gefühl der Gewissheit seiner selbst als Grundlage der Identität. Eine behandlungsleitende Annahme der Körperpsychotherapie taucht hier auf dem Gebiet sozialwissenschaftlicher Grundlagenforschung auf.

Insbesondere aber aus der Säuglingsforschung, der Emotionsforschung und der Hirnforschung mehren sich die Befunde dafür, dass eine Psychotherapie ohne Bezug auf den Körper einem Menschenbild folgt, das dem Stand der heutigen wissenschaftlichen Forschung nicht entspricht. Dies erklärt die neuere Rezeption schon seit langer Zeit bekannter körperbezogener Techniken in anderen Richtungen der Psychotherapie. Serge K. D. Sulz, Präsident der Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, schreibt zum Beispiel, die heutige neurobiologische Forschung sei „auf eine erstaunliche Weise exakt die wissenschaftliche Basis der Körpertherapie geworden“; der Körpertherapie werde daher künftig gegenüber

anderen Therapieansätzen ein größeres Gewicht zukommen (Sulz, 2005, S. 21f.).

Ich möchte in diesem Aufsatz einige Gedanken aus dieser neueren Forschung in ihrer Bedeutung für die Körperpsychotherapie und deren klinische Implikationen diskutieren. Zuvor werde ich auf einem historischen Hintergrund kurz den Ort der Körperpsychotherapie im paradigmatischen Feld der Psychotherapie skizzieren.

### **Körperpsychotherapie als Zweig der psychodynamischen Psychotherapie**

Zur Körperpsychotherapie zähle ich nur solche Ansätze, die über ein explizites Verständnis seelischer Veränderungsprozesse verfügen und solche Prozesse mit körperlichen und mit seelischen, d.h. sprachlichen Mitteln beeinflussen (Geuter, 2000a, S. 1176). Reine Körpertherapien, die ausschließlich mit Mitteln der Massage, Bewegung, Energiearbeit o.a. arbeiten, gehören nach diesem Verständnis nicht zur Körperpsychotherapie als Richtung der Psychotherapie hinzu. Historisch gesehen handelt es sich bei der Körperpsychotherapie um die zweitälteste Grundrichtung der Psychotherapie. Wilhelm Reich begründete sie nach den Abspaltungen von Adler und Jung als erste Abspaltung von der Psychoanalyse, die behandlungsmethodisch vollkommen neue Wege ging (Boadella, 1983; Geuter, 2000; Geuter & Schrauth, 1997), ehe Gestalttherapie, Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie entstanden. Schon vorher hatte der Arzt Georg Groddeck in seinem Sanatorium eine Behandlungsweise praktiziert, in der er psychotherapeutische Gespräche mit Massagen verband. Der Psychoanalytiker Sándor Ferenczi hatte das körperliche Agieren von Patienten nicht als Abwehr gegen das Bewusstsein unbewusster Seeleninhalte gedeutet, wie Freud es tat, sondern als Ausdruck präverbaler oder präödipler Konflikte, Defizite und Traumatisierungen verstanden und der analytischen Arbeit zugänglich zu machen versucht. Reich (1933) arbeitete seine eigene charakteranalytische Theorie der Abwehr zu einer Theorie aus, die den Körper in die Diagnostik wie in die Behandlung einbezog. So stellte er fest, dass Mustern der seelischen Abwehr, die er „Charakterpanzer“ nannte, körperliche Spannun-

gen und Verpanzerungen entsprechen, ein „Körperpanzer“. Man könnte diese als Formen eines in den Muskeln „eingefleischten“, aber emotional aus den lebensgeschichtlichen Konflikten geprägten und verstehbaren körperlichen Habitus bezeichnen, der der Abwehr tiefer liegender negativer Emotionen und positiver Bedürfnisse dient. Reich ging davon aus, dass körperliche Verspannungen funktionell identisch mit seelischen Verdrängungen sind, insofern beide dazu dienen, unerwünschte Triebbedürfnisse abzuwehren. Schon Kinder würden lernen, ihre emotionalen Ausdrucksimpulse zu unterdrücken, indem sie Muskeln anspannen, beispielsweise die Lippen zusammenbeißen, die Gesäßbacken zusammendrücken und den Atem anhalten. Praxeologisch folgte Reich, dass es für die Arbeit am Widerstand förderlich sei, Patienten zu einer Vertiefung des Atmens und zum körperlichen Ausdruck zu ermutigen, weil dadurch eine Tür zur Erinnerung der einstmals unterdrückten Impulse geöffnet werde. Insbesondere ermutigte er die Patienten, auch aggressive und ängstliche Gefühle der negativen Übertragung auszudrücken. Die von ihm im norwegischen Exil entwickelte körperbezogene Psychotherapiepraxis nannte er „Vegetherapie“, weil er die Patienten zu vegetativer Lebendigkeit führen wollte. Bis heute ist „Vegetherapeut“ in Norwegen ein gängiger Fachbegriff.

Reich wollte Freuds erste Libidotheorie fort-schreiben. Die Stauung der Sexualenergie war für ihn die energetische Quelle der Neurose, deren inhaltliche Bestimmtheit er mit Freud in Konflikten der frühkindlichen Entwicklung sah. Daher glaubte er, dass der Neurose die energetische Quelle entzogen werden könnte, wenn ein Mensch fähig wäre, sich dem unwillkürlichen Fluss der vegetativen Erregung im sexuellen Akt völlig hinzugeben (Reich, 1927). Diese Betonung des befreienden Potenzials erfüllter Sexualität führte zu einer Renaissance von Reichs Schriften in der Hippie- und Studentenbewegung.

Wie Henry Bergson mit der Theorie des élan vital<sup>2</sup> – sein Buch „Die seelische Energie“ erschien 1928 in Deutschland – suchte Reich nach einer allgemeinen

2 Ähnlich vertrat seinerzeit C.G. Jung eine Vorstellung von Libido als einer allgemeinen psychischen Energie.

schöpferischen Lebenskraft (Mannhart & Backhaus, 1993), die er später im US-amerikanischen Exil in einer noch nicht erklär-baren „Orgontheorie“ zu finden glaubte. Das Konzept einer Energie des Lebens kennzeichnete später zahlreiche neuere „neoreichianische“ Schulen, unter denen Alexander Lowens „Bioenergetik“ die bekannteste wurde.

Während Reich in der offiziellen Psychoanalyse geächtet wurde (vgl. Fallend & Nitzschke, 1997), wirkte sein Denken vor allem auf dem Umweg über die Humanistische Psychotherapiebewegung in die Psychotherapie hinein. „Die Bedeutung Reichs für die Gestalttherapie ... kann nicht hoch genug eingeschätzt werden“, schreibt Sreckovic (1999, S. 53). Perls übernahm Sreckovic zufolge von Reich unter anderem die Betonung der gesunden Aggression, die aktive Technik, die Achtsamkeit für Körperprozesse und das Konzept der „organismischen Selbstregulation“, das m.W. von Reich als erstem in die Psychotherapie eingeführt wurde und heute in systemtheoretischen Sichtweisen eine prominente Rolle spielt<sup>3</sup>. In den 70er Jahren wurden die Gedanken von Reich in den vielen Ansätzen einer erlebnisaktivierenden Psychotherapie in den USA rezipiert. Über den norwegischen Reich-Schüler Ola Raknes verbreiteten sie sich ferner in England, vor allem in der „Biosynthese“ von David Boadella (1991) und in der „Biodynamik“ von Gerda Boyesen (1987; vgl. Eberwein, 1996).

Zwei weitere Stränge der Körperpsychotherapie bildeten sich aus Reformgymnastik und Ausdruckstanz heraus (vgl. Geuter, 2000a, 2004; Trautmann-Voigt, 2003, S. 220ff). Zum einen handelt es sich hier um Richtungen, die mit der „konzentrativen“ körperlichen Erfahrung in der Bewegung und der organismischen Entspannung arbeiten, wie die im Gefolge der Arbeit von Elsa Gindler entstandene „Konzentrierte Bewegungstherapie“ und die „Funktionelle Entspannung“, zum anderen um die Tanztherapie. Diese Richtungen sehen ihre theoretischen Grundlagen wesentlich in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie und der Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers (Becker, 2001; v. Uexküll, Fuchs, Müller-Braunschweig &

Johnen, 1994), die Tanztherapie darüber hinaus in Bewegungslehren, die aus dem Tanz selbst entstammen (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001). Sie sind heute in Deutschland im stationären Bereich von Psychosomatik (Geuter, 2002) und Psychiatrie etablierte Methoden.

In ihrer langen Geschichte behielten die verschiedenen Richtungen der Körperpsychotherapie weitgehend eine theoretische Anbindung an die psychoanalytische Theoriebildung bei. Man kann daher die Körperpsychotherapie zum Bereich der „tiefenpsychologischen Psychotherapie“ zählen, sofern man darunter im Sinne der Psychotherapierichtlinien solche Psychotherapieformen versteht, „mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt“ wird; aber auch der dortigen Definition von „analytischer Psychotherapie“, dass neben der Symptomatik auch der „neurotische Konfliktstoff und die zugrunde liegende neurotische Struktur“ unter Nutzung regressiver Prozesse behandelt werden (zit. nach Rudolf, 2001, S. 15), können sich viele Richtungen der Körperpsychotherapie anschließen. In der analytischen Körperpsychotherapie, für die im deutschsprachigen Raum Geißler (1998), Moser (2001) und Maaz (Maaz & Krüger, 2001) bekannt sind, werden körperbezogene Vorgehensweisen als hilfreiche methodische Erweiterungen im analytischen Vorgehen verstanden.

Neben den psychoanalytischen Theorien gingen in die Körperpsychotherapie vor allem Ideen der Humanistischen Psychotherapie ein, insbesondere die auf Abraham Maslow und Carl Rogers zurückgehende Orientierung an der Entwicklung des Selbst, an Wachstum statt an Defiziten und die von Rogers begründete akzeptierende, wertschätzende und empathische Haltung des Psychotherapeuten. Seit den siebziger Jahren kam es zu vielen Querverbindungen zwischen der Humanistischen Psychotherapie und der Körperpsychotherapie, die sich zum Beispiel in Gendlins Focusing niederschlugen (Gendlin, 1995).

Betrachtet man mit Kriz (2001) die Psychotherapie paradigmatisch als ein Feld,

das zwischen den vier theoretischen Grundorientierungen psychodynamisch, humanistisch, kognitiv-behavioral und systemisch aufgespannt ist, so findet die Körperpsychotherapie ihren Platz vor allem in der psychodynamischen Grundorientierung, aber an der Schnittstelle zur humanistischen. Sie fügt dieser Grundorientierung die Sichtweise hinzu, seelische Erkrankungen immer in einer Einheit von seelischen und körperlichen Erfahrungen und Prozessen zu betrachten. Von Uexküll und Wesiack (1990) folgend kann man sagen, dass menschliche Lebensprozesse in der Körperpsychotherapie auf verschiedenen Systemebenen betrachtet werden: einer vegetativen, einer animalischen und einer humanen<sup>4</sup>. Da die Körperpsychotherapie mit ihren Arbeitsweisen darauf zielt, neue emotionale Lernerfahrungen spürend und handelnd zu erschließen (und insofern immer am Konzept der korrigierenden emotionalen Erfahrung festhielt)<sup>5</sup>, lässt sie sich nach der „emotionalen Wende“ in der Verhaltenstherapie auch gut mit einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen kombinieren (Görlitz, 2000). Die Effizienz dieser Verbindung haben Forster (2002) sowie Huber, Hauke, Ruppert und Zaudig (2005) in Studien nachgewiesen<sup>6</sup>. Von Seiten systemischer Psychotherapeuten werden ebenfalls Brückenschläge zur Körperpsychotherapie gesucht (von Ploetz, 1999; Sparrer & Varga von Kibéd, 1998).

3 Petzold, Sieper & Orth (i. Dr.) weisen darauf hin, dass heutzutage oft der aus der Physik stammende Begriff der „Selbstorganisation“ verwendet wird, demgegenüber sie den biologischen Begriff der „dynamischen Regulation“ bevorzugen, weil dieser eher lebendige biologische Systeme kennzeichnet. Dem schließe ich mich an.

4 Weniger ausgearbeitete Modelle aus der Biosynthese und der Biodynamik sind mit diesem Modell kompatibel (vgl. Geuter, 2000a).

5 Der Gedanke, dass emotionale Erfahrungen das Agens therapeutischer Veränderungen sind, geht auf Rank und Ferenczi zurück und wurde 1946 von Franz Alexander und Thomas French ausgearbeitet; in der Psychoanalyse lange Zeit abgelehnt, wird er in jüngster Zeit dort neu gewürdigt.

6 Monsen und Mosen (2000) zeigten in einer randomisierten Studie an Schmerzpatienten, dass die Verbindung einer psychodynamischen Behandlung mit körperbezogenen Techniken die Wirksamkeit steigert. – Auf die Forschung zur Wirksamkeit der Körperpsychotherapie kann ich in diesem Aufsatz nicht eingehen. Vgl. hierzu als neue Übersicht Loew, Tritt, Lahmann und Röhrich (2006) sowie neuerdings Röhrich & Priebe (i. Dr.).



## Körperpsychotherapie als vielfältige Therapietechnik

Der methodische Bezug auf den Körper in Diagnostik und Behandlung kennzeichnet die Körperpsychotherapie als Ganze bei aller Vielfalt der in ihr vertretenen Schulen. Auf dem Boden der genannten Grundorientierung sticht die Körperpsychotherapie praxeologisch als eigenständiger psychotherapeutischer Ansatz durch zwei Merkmale hervor. Zum einen wurden in der Körperpsychotherapie Konzepte einer prozess- wie strukturbedingten Diagnostik auf der Körperebene entwickelt wie die Analyse von chronifizierten Spannungszuständen, muskulären Haltungen, Bewegungsfiguren oder Merkmalen des Körpererlebens (Röhrich, i. Dr.). Zum anderen – und dies kann als ihr bislang wichtigster Beitrag zum gesamten Feld der Psychotherapie angesehen werden – zeichnet sie eine Vielfalt von Behandlungstechniken und eine daraus resultierende klinische Praxis aus (Geuter, 2004). Diese umfassen Methoden der Körperwahrnehmung, der Exploration der Bedeutung von Gesten oder von körpersprachlichen Interaktionen, der Berührung, Massage und Entspannung, der Arbeit mit Stresspositionen, Bewegungssequenzen, Stimme und Atem und andere. Körperbezogene Interventionsformen können helfen bei der funktionalen Reorganisation organismischer Prozesse, der psychophysiologischen Stressregulation, der Verbesserung der Körperwahrnehmung, der Erkundung körpersprachlicher Äußerungen, der produktiven Verstärkung gebahnter Erregungsbereitschaften, der Regulation problematischer Affekte und der Bahnung von Alternativen des Erlebens und Handelns. Erlebnisaktivierende Techniken und die gezielte Mobilisierung sensomotorischer Erregungsmuster eröffnen einen Zugang zum Erleben noch nicht zugänglicher Emotionen und Gefühle und unbewusster dysfunktionaler Interaktionsmuster. Downing nennt drei weitere Gründe dafür, Körperinterventionen in die Psychotherapie einzubeziehen: der leichtere Zugang zu Kindheits-erinnerungen, das Erschließen der präverbalen Vergangenheit und die Möglichkeit zur Neuorganisation vieler Körperschemata und zu einer „Neustrukturierung der Beziehung, die der Patient zu seinem Körper

hat“ (Downing, 1996, S. 73). Aus letzterem Grund greifen Psychotherapeuten auch anderer Therapierichtungen seit längerem bei Körperbildstörungen, z.B. bei Essstörungen, auf den Einsatz körperbezogener Methoden zurück. Vandereycken, Depreitere & Probst (1987) berichten, dass sie im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Konzeptes neben der progressiven Relaxation auch Tanztherapie, sensory awareness und bioenergetische Übungen benutzen, um Magersüchtigen zu helfen, ihre Hyperaktivität zu zügeln, ein realistisches Selbstkonzept aufzubauen, ihren Körper wieder zu genießen und soziale Fähigkeiten zu entwickeln<sup>7</sup>.

Röhrich nennt folgende Gemeinsamkeiten klinischer Körperpsychotherapie:

- „1. Der Körper und sein Erleben wird als wichtiges diagnostisches Medium zur Identifikation von z.B. Selbst-Potenzialen oder konflikthaftem Material erachtet.
2. Der Körperausdruck, die körperliche Spontaneität und der Bewegungsfluss werden als Kommunikationsmedium therapeutisch ausgenutzt.
3. Die Bedeutung der gesunden Persönlichkeitsanteile/Ressourcen wird betont und im Körpererleben zu identifizieren gesucht.
4. Häufig wird mit Spannungsbögen gearbeitet, bei denen Stimulation, Spannungsaufbau, Abfuhr und Ausgleich aufeinander folgen“ (Röhrich, 2002, S. 186).

Aufgrund ihrer klinisch-praktischen Relevanz und Akzeptanz sowie ihrer weitflächigen Verfügbarkeit bezeichnet Röhrich die Körperpsychotherapie neben tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und gesprächstherapeutischen Verfahren als „vierte große Säule des methodischen Spektrums“ der Psychotherapie (ebd., S. 184).

Traditionell werden die körperpsychotherapeutischen Richtungen eingeteilt in die eher funktional-übungsorientierten oder wahrnehmungsorientierten Richtungen der

<sup>7</sup> Eine Verbindung von kognitiver Verhaltenstherapie und Körpertherapie wird auch am Therapiezentrum für Essstörungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München praktiziert (Forster, 2002).



# KORTE

RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte\*\*  
Marian Lamprecht\*  
Constanze Herr\*

## Absage durch Hochschule oder ZVS? Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei\* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle  
– wir werden bundesweit für Sie tätig.

Achtung: Ablauf einiger  
Fristen schon Mitte Juli!

24-Stunden-Hotline:  
030-226 79 226  
[www.studienplatzklagen.com](http://www.studienplatzklagen.com)

\*Unter den Linden 12, 10117 Berlin-Mitte  
\*\*Rudower Chaussee 12, 12489 Berlin-Adlershof

[www.anwalt.info](mailto:www.anwalt.info), [kanzlei@anwalt.info](mailto:kanzlei@anwalt.info)  
Fax 030-226 79 661



15. World Congress of the World  
Association for Dynamic Psychiatry WADP  
and  
XXVIII. International Symposium of the  
German Academy for Psychoanalysis  
(DAP) e.V.

What is new in psychiatry  
and psychotherapy?

Creative dimensions in modern  
treatment

May 15<sup>th</sup> – 18<sup>th</sup> 2007

Bekhterev Psychoneurological  
Institute, St Petersburg, Russia

Kongress-Sprache englisch

**Anmeldung:**  
Deutsche Akademie für Psychoanalyse  
c/o Dipl.-Psych. Monika Dworschak  
Goethestr. 54, 80336 München  
Tel.: 08131-66 78 84  
email [wadpcongress2007@dynpsych.de](mailto:wadpcongress2007@dynpsych.de)  
<http://www.wadp-congress.de>

Atem-, Entspannungs- und Bewegungstherapie und die eher konflikt- und affektorientierten, aufdeckenden Methoden der neoreichianischen Richtungen, der Tanztherapie und heute weitgehend auch der Konzentrativen Bewegungstherapie. Diese Einteilung geht auf Petzold (1977) zurück und wurde von Röhrich (2000) genauer ausgearbeitet. Aufgrund der relativ eigenständigen Entwicklung einer analytischen Körperpsychotherapie, die an einer dialogischen Arbeit mit der Körpersprache in der Übertragung interessiert ist, kann man diese Zweiteilung auch zu einer Dreiteilung erweitern (Geuter, 1996). Sowohl die wahrnehmungsbezogenen wie die affekt- und übertragungsorientierten Ansätze finden in den Ergebnissen der neueren Säuglingsforschung und Hirnforschung eine wissenschaftliche Bestätigung.

### **Säuglingsforschung – der Körper in der frühkindlichen und therapeutischen Interaktion**

Die Bedeutung früher Entwicklungserfahrungen für die Entstehung seelischer Störungen findet mittlerweile breite Anerkennung. Grawe schreibt, die empirische Forschung lasse „keinen Zweifel“ daran, dass die Grundlagen für Störungen „bereits in der allerfrühesten Kindheit gelegt werden, in einem Lebensabschnitt, an den sich kein Mensch später erinnern kann“ (2004, S. 356). Auch Roth betont als Hirnforscher die Bedeutung insbesondere vorgeburtlicher und früher nachgeburtlicher Einflüsse als prägende Umwelterfahrungen (2004, S. 67). Die Langzeitwirkung selbst von pränatalem Stress auf die kindliche Entwicklung und auf die spätere Mutter-Kind-Bindung ist mittlerweile gut belegt (Huizink, 2000; Nathanielsz, 1999; van den Bergh, 2000; vgl. Geuter, 2003).

Psychoanalytische Säuglingsforscher wie Lichtenberg (1991) und Stern (1992) trugen schon vor Jahren eine Fülle von Forschungsergebnissen zusammen, die das Kind als interagierendes Wesen zeigen und dazu beitrugen, dass die moderne Psychoanalyse einem interaktionellen Paradigma folgt (Altmeyer & Thomä, 2006)<sup>8</sup>. Sie wurden in der Körperpsychotherapie breit rezipiert (z.B. Trautmann-Voigt & Voigt, 1998). Mit Bezug auf diese Forschung wird

betont, dass in der therapeutischen Interaktion parallel zum expliziten verbalen Narrativ immer ein impliziter nonverbaler Prozess der Interaktion abläuft (Beebe & Lachmann, 2004, S. 12). Dies ist kompatibel zu Schlussfolgerungen, die sich aus neueren Thesen der Neurobiologie ergeben. Auf Grundlage der Säuglingsforschung haben Lichtenberg, Lachmann und Fossage (2000) ein grundlagentheoretisches Modell von fünf motivationalen Systemen vorgeschlagen, das Thielen (2003) als bedeutsam für die Körperpsychotherapie bezeichnet. Ohne auf Lichtenberg zu rekurrieren begründet Grawe (2004) ein ähnliches Modell von vier motivational leitenden Grundbedürfnissen.

Daniel Stern (1992) zeigte, dass der Säugling in frühen körperlich-affektiven Dialogen erste generalisierte Erinnerungen ausbildet, so genannte RIGs („Representations of Interactions that have been Generalized“), die „die unterschiedlichen Handlungs-, Wahrnehmungs- und Affekt-Attribute des Kern-Selbst zu einem Ganzen“ integrieren (Stern, 1992, S. 143f.). Diese frühe Ausbildung von Repräsentanzen erfolgt averbal in körpersprachlichen und lautlichen Dialogen und wird Teil eines prozeduralen Unbewussten. Stern beschreibt Interaktionen in den Konturen von „Vitalitätsaffekten“, das sind die Qualitäten von Intensität, Gestalt und Zeitmuster affektbestimmenden Verhaltens. Prozesse der Affekt Abstimmung verlaufen weitgehend unbewusst und können fehlschlagen oder entgleisen. Zum Beispiel fand man heraus, dass Babys depressiver Mütter „den verlangsamten affektmotorischen Interaktionsstil“ der Mütter übernehmen und so deren Depression „auf der Verhaltens- und Körperebene“ introjizieren (Dornes, 1997, S. 68). Säuglinge übertragen diesen Interaktionsstil später auf nicht depressive Erwachsene und induzieren bei diesen Niedergeschlagenheit. „Die Kommunikation solcher Gefühlszustände findet also im Medium nicht-sprachlicher Affektsignale (Körperhaltung, Vokalisierung, Bewegungstempo, Gesichtsausdruck) statt“, schreibt Dornes (ebd., S. 69). In der Körperpsychotherapie können alle von Dornes genannten Affektsignale wie Körperhaltung, stimmlicher Ausdruck, die Art der Bewegung oder die geäußerte Mimik zum Ausgangspunkt

therapeutischer Interventionen und Veränderungen gewählt werden.

Kinder lernen in einer Art social biofeedback anhand der Affektäußerungen des Erwachsenen über dessen Spiegeln oder Markieren ihrer Äußerungen, in welchem Gefühlszustand sie selbst sind (Dornes, 2000, S. 192ff). Auch ahmt der Säugling Affektäußerungen nach und kommt über deren körperliche Äußerung physiologisch in einen Affektzustand; diese Affektansteckung kann man als eine Form der primären Identifizierung ansehen. In der Körperpsychotherapie macht man sich diese Zusammenhänge zu Nutze. In einer regressiven Arbeit können unter hoher affektiver Beteiligung des Patienten frühe Affekte geweckt, markiert und referentiell durch den Therapeuten verankert werden.

Zum Beispiel erinnert sich eine Patientin an einen frühen Missbrauch. Sie spricht erregt davon und verzieht dabei ihren Mund als Ausdruck des Ekel, ohne dies bewusst zu empfinden. Nun könnte der Therapeut neben ihr sitzen und einfach feststellen: „Und das ist eklig“. Er könnte das Gefühl des Ekel aber auch ohne Worte durch eine lautsprachliche Äußerung artikulieren und bestätigen und darüber zugleich die Patientin anregen, selbst ihren Ekel zum Ausdruck zu bringen. Ziel einer solchen Sequenz wäre nicht, den einstmals empfundenen Ekel nur erneut zu durchleben. Vielmehr dient die Rückkehr zu der ursprünglichen Erregung dazu, wie Thielen (2003) konstatiert, neue generalisierte Interaktionsrepräsentanzen aufzubauen – neurobiologisch könnte man von neuen Bahnungen sprechen, die aus der Erschütterung des bestehenden Systems erwachsen können: in dem Fall zum Beispiel die Erfahrung, einen Ekel ausdrücken zu können, ohne zu dissoziieren. Trautmann-Voigt merkt an, dass tänzerische Bewegung ein Mittel ist, RIGs in einer Übertragungs-/Gegenübertragungsszene wiederzubeleben und „zu ihrer Neuorientierung in therapeutischen Modellszenen beizutragen“

<sup>8</sup> In der psychoanalytischen Theorie wird allerdings vor allem die primäre Inter-subjektivität des Seelischen betont statt eine Inter-subjektivität von Subjekten, deren Interaktionen immer auch ein körperlicher und körpersprachlicher Austausch ist.

(Trautmann-Voigt, 2003, S. 225). Ich werde später unter dem Stichwort „Katharsis“ auf diesen Gedanken zurückkommen.

Auch in der psychotherapeutischen Situation findet die von den Säuglingsforschern beschriebene nonverbale affektive Kommunikation statt und unterliegt dort einer „unbemerkten wechselseitigen Feinsynchronisierung“ (Krause, 1997, S. 58). Nach einer Studie von Beutel, Ademmer und Rasting ist sie für den Therapieerfolg „mindestens ebenso relevant ... wie eher bewusst formulierte Interventionen“ (Beutel, Ademmer & Rasting, 2005, S. 105). In der empirischen Forschung wurde allerdings bislang nur über die mimische face-to-face-Interaktion gearbeitet (ebd.; Beebe & Lachmann, 2004; Geißler, 2005; Steimer-Krause, 1994). Entsprechende Studien zur body-to-body-Interaktion in der Psychotherapie stehen noch aus.

### Affektmotorische Schemata

Downing (1996) hat seine Theorie der „affektmotorischen Schemata“ auf der Säuglingsforschung aufgebaut. Affektmotorische Schemata, die in der frühkindlichen Interaktion gebildet werden, lassen sich beim Erwachsenen als Körperstrategien erkennen, die nicht nur kognitive Überzeugungen und Affekte einschließen, sondern auch motorische Überzeugungen. Eine Mutter reagiert zum Beispiel auf die spontanen Äußerungen eines Säuglings immer eine Spur zu intensiv; der Säugling weicht zunächst aus, aber da die Mutter dies nicht bemerkt und ihr Verhalten nicht – wie es normalerweise erfolgt – auf die Reaktion des Säuglings abstimmt, erstarrt

der Säugling schließlich nach einiger Zeit, was die Mutter zu noch stärkeren Aktionen veranlasst, um den Säugling aus seiner Erstarrung herauszuholen. Wird diese Erfahrung vielfach wiederholt, bildet sich ein affektmotorisches Schema zur Regulierung von Nähe und Distanz, mit dem dieser Mensch später als Erwachsener seiner Welt begegnet. Das körpersprachlich kommunizierte und encodierte Schema könnte lauten, Bindung lieber zu vermeiden, weil Kontakt mit einem anderen Menschen als invasiv erlebt wird. Wie man ein solches Schema erkunden kann, wird später an einer Fallvignette erläutert.

Dysfunktionale Schemata sind nicht nur an Gedanken und Gefühlen zu erkennen, sondern auch an „Körperabwehrmechanismen“, mit deren Hilfe sich Menschen vor Dingen schützen, die sie nicht wahrhaben, fühlen oder tun wollen (Downing, 1996, S. 191)<sup>9</sup>. In dem, was der Körper des Klienten in Reaktion auf eine Objektbeziehung oder Situation als erstes tun wolle, äußern sich Downing zufolge die motorischen Impulse der affektmotorischen Schemata. Er zeigt in seinem Buch umfassend auf, wie mit Hilfe vielfältiger Techniken in der Körperpsychotherapie versucht wird, alte Schemata wiederzubeleben, um neue und produktive Schemata an ihre Stelle zu setzen.

Grawe hat es als ein Paradox bezeichnet, dass psychische Störungen zwar in der frühesten Kindheit entstehen, eine Veränderung aber nur durch reale Erfahrungen in der Gegenwart und nicht durch den „Blick in die Vergangenheit“ erreicht werden kön-

ne (Grawe, 2004, S. 359). So lange man lediglich „blickt“ und somit auf einer rein kognitiven Ebene bleibt, mag diese Aussage zutreffen. Nicht aber, wenn man die im impliziten Gedächtnissystem niedergelegten Erregungsbereitschaften mit Hilfe körperbezogener Diagnostik und Behandlung ansteuert und abrufen. Auch die Mitglieder der Boston The Process of Change Study Group geben zu bedenken, dass implizite, prozedural gespeicherte Beziehungsstrategien wesentlich für therapeutische Veränderungen sind (Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschweiler-Stern & Tronick, 1998). Sie sind in der Gegenwart zu beobachten und zu verändern. Dazu aber ist es hilfreich, sie in ihrer aus der Vergangenheit resultierenden affektiven Ladung aufzusuchen und zu verstehen.

Hüther (2005, S. 61f.) gibt aus Sicht der Hirnforschung zu bedenken, dass unter Umständen über Körperempfindungen früh, und das heißt schon während der ersten drei Lebensjahre entstandene innere Bilder abgerufen werden können. Die Körperpsychotherapie bedient sich dabei wie die kreativen Therapien (Kunst- oder Musiktherapie) der transmodalen Kommunikation psychischer Inhalte, die von einem Bild in eine Bewegung oder einer Bewegung in eine Zeichnung, einen Ton oder eine Verbalisierung übersetzt werden können.

9 In der *Prozess-Erlebnisorientierten Psychotherapie* wird zwar betont, dass emotionale Schemata auch körperliche Empfindungen und den Ausdruck von Emotionen beinhalten, aber die Körperabwehrmechanismen werden nicht angesprochen (Elliott, 1999, S. 204 f.).

**PSYCHOHOLIC®**  
Psychologie & Neue Medien

EDV in der psychotherapeutischen Praxis schenkt Ihnen viel Zeit für das Wesentliche

### DiagnoPro

Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Gutachten

- entwickelt von Experten für Experten
- einfach zu bedienen und übersichtlich aufgebaut
- komplette Kassenanträge innerhalb kürzester Zeit

alle Informationen  
und weitere Programme auf  
**www.psychoholic.de**

Platanenallee 113 - 42897 Remscheid - Tel.: 02191-4627495 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de



nen – und umgekehrt (vgl. Trautmann-Voigt, 2003, S. 17). Milch und Berliner sehen in den transmodalen Formen der Kommunikation eine mögliche Ursache für die „Wirksamkeit dieser Verfahren für psychotische, persönlichkeitsgestörte oder auch psychosomatische Patienten“ (Milch & Berliner, 2005, S. 147).

### **Körpersprache der Bindung und Berührung**

Auch die Bindungsforschung unterstützt die Auffassung, dass interaktionelle Schemata, deren sich Menschen bedienen, tief in averbalen Mustern des Erlebens und Verhaltens verankert sind. Bindungsmuster entstehen in einem emotionalen Austausch zwischen Mutter und Kind, der körpersprachlich kommuniziert wird. „Most of what occurs between parent and infant is body-with-body“, schreibt Downing (2004, S. 443). Beatrice Beebe konnte unlängst zeigen, dass negative Qualitäten mütterlicher Berührung des Kindes im Alter von vier Monaten eine unsichere Bindung im Alter von zwölf Monaten voraussetzen (Downing, 2004, S. 446). Beim Aufbau einer sicheren Bindung hingegen wird das Bedürfnis nach seelischem Vertrauen und körperlicher Nähe gestillt und mit dem Bedürfnis nach Exploration (die ein körperlich-räumliches Sich-Entfernen beinhaltet) in Einklang gebracht (Strauß, 2006, S. 6)<sup>10</sup>.

In der Rezeption der Bindungstheorie, die in der klinischen Forschung zunehmend Beachtung findet, wird die Bedeutung dieser Tatsachen für die psychotherapeutische Praxis wenig diskutiert. Grawe (2004), der die Relevanz der Bindungsforschung für die Psychotherapie hervorhebt und das Bindungsbedürfnis als „das empirisch am besten abgesicherte Grundbedürfnis“ bezeichnet (Grawe, 1994, S. 192), beschreibt zum Beispiel Bindungsschemata als „motivationale Schemata“, ohne die in ihnen enthaltene körperliche Kommunikation zu erwähnen. In der klinischen Bindungsforschung wird zwar hervorgehoben, welche Bedeutung Bindungsmuster für die Entstehung von psychischen Störungen und ihre Behandlung bei Erwachsenen und Kindern haben (Brisch, 1999; Brisch, Grossmann, Grossmann & Köhler, 2002); aber alle von den Bindungsforschern bei

kleinen Kindern in der „fremden Situation“ erhobenen Befunde beruhen auf der Auswertung weitgehend nonverbaler körpersprachlicher Interaktionen – erst im späteren Alter werden sprachlich kodierte Bindungsrepräsentanzen auch mit verbalen Methoden wie dem Adult Attachment Interview erhoben. Daher stellt sich die Frage, ob nicht aus dieser Forschung Hinweise für motorische oder affektmotorische Zugänge zur Erkundung und Veränderung von Bindungsrepräsentanzen und Bindungsmustern im klinischen Kontext gewonnen werden können. Dass diese Frage nicht behandelt wird, ist angesichts der durchweg körperlichen Codierungen dieser Muster in der Forschung erstaunlich.

Auf der John-Bowlby-Memorial-Conference 2003 wurde allerdings darüber diskutiert, inwieweit die Bindungstheorie nahelegt, mit körperlicher Berührung in der Psychotherapie zu arbeiten<sup>11</sup>. So stellte White in ihrer Eröffnungsrede fest, dass die interaktionellen Ansätze innerhalb der Psychoanalyse womöglich die zentrale Bedeutung der Körpers „in constructing experience and the shaping of our internal world“ heruntergespielt hätten (White, 2004, S. XXIV). Dass sich das Bindungsbedürfnis in einer Sehnsucht nach dem Körper der Mutter realisiere, sei wohl aus Gründen der wissenschaftlichen Respektabilität nicht geschrieben worden. Orbach gab an gleicher Stelle zu bedenken, dass so, wie Kinder den Körper ihrer Bezugsperson nutzen, auch Patienten den Körper des Therapeuten nutzen, und zwar nicht nur als Symbol, sondern indem sie zum Beispiel körperliche Empfindungen im Therapeuten erzeugen, deren sich dieser bewusst werden müsse, um Patienten mit problematischen Körpererfahrungen helfen zu können (Orbach, 2004). Sehr vorsichtig äußert sich Orbach dazu, auch körperliche Berührungen in der Therapie zu nutzen. Sie verweist aber auf Forschungen des „Miami Touch Research Institute“, die besagen, dass eine Hand auf der Schulter den Herzschlag verlangsamen oder den Blutdruck senken kann.

Forschungen aus diesem Institut zeigen auch, dass Massagen bei magersüchtigen Frauen zu einer Senkung der Stress- und Angstniveaus führen (Hart, Field, Hernan-

dez-Reif, Nearing, Shaw, Schanberg & Kuhn, 2001), bei asthmatischen Kindern zu einer Senkung des Cortisol-Spiegels und einer Abnahme der Angst (Field, Henteleff, Hernandez-Reif, Martinez, Mavunda, Kuhn & Schanberg, 1997) und bei Babys von Müttern mit postpartalen Depressionen zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion (Omozawa, Glover, Adams, Modi & Kumar, 2001). Dies entspricht den Erfahrungen von Therapeuten, die in der postnatalen Krisenarbeit mit Hilfe von Baby-massagen, die auf Eva Reich zurückgehen, Schreibbabys und Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Babys behandeln (Harms, 2000; Klein, 2000). Bei Frühgeborenen ließ sich zeigen, dass Berührung die Gesundung fördert (De Roiste & Bushnell, 1996). Solche Forschungen legen für Erwachsenenbehandlungen die Überlegung nahe, ob Berührungen insbesondere bei psychischen Störungen, die in sehr frühem Erleben verwurzelt sind, die Rolle einer korrigierenden Erfahrung spielen können.

In der Fortsetzung dieses Beitrags im nächsten Psychotherapeutenjournal wird die Verbindung zur Hirnforschung hergestellt und es werden einige Interventions-techniken, eine klinische Vignette sowie die Relevanz der körperlichen Selbstwahrnehmung und der kathartischen Arbeit beschrieben.

#### **PD Dr. Ulfried Geuter**

Psychologischer Psychotherapeut  
Psychoanalytiker und Körper-  
psychotherapeut  
Otto-von-Wollank-Str. 57  
14089 Berlin  
E-Mail: u.geuter@gmx.de

<sup>10</sup> Experimente von Bindungsforschern zeigen auch, dass Kinder den Umgang mit Belastungen affektmotorisch einüben. So haben unsicher gebundene Kinder, die ihr Verhalten hemmen, also Gefühlsreaktionen unterdrücken, von allen Kindern die höchsten Werte des Stresshormons Cortisol (Spangler, Grossmann und Schieche, 2002).

<sup>11</sup> Für die 5th Attachment Conference in Los Angeles im März 2006 wurde das Thema gewählt „The Embodied Mind: The Integration of the Body, Brain und Mind in Clinical Practice“.

# Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie

## Teil 2

Ulfried Geuter

**Zusammenfassung:** Der erste Teil des Aufsatzes bestimmte den Ort der Körperpsychotherapie im Spektrum der psychotherapeutischen Ansätze und skizzierte ihre therapeutischen Potenziale. Im Weiteren untersuchte er die Frage, inwieweit die Ergebnisse von Säuglingsforschung und Bindungsforschung wissenschaftlich den Ansatz der Körperpsychotherapie unterstützen. Die entsprechende Forschung legt nahe, dass eine Psychotherapie ohne Körper dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht mehr entspricht.

Dieser Teil des Aufsatzes stellt die Verbindung zur Hirnforschung her. Die Bedeutung dieser Forschung für die klinische Praxis wird an der Arbeit mit den Emotionen in der Psychotherapie ausgeführt und an einigen Interventionstechniken und einer klinischen Vignette illustriert. Nähere Ausführungen finden sich zur Relevanz der körperlichen Selbstwahrnehmung und der kathartischen Arbeit.

### Emotionen und Gehirn – Der Körper als Organ des Fühlens

Gedanken aus der Säuglingsforschung stimmen mit einigen neueren neurobiologischen Überlegungen gut überein. Hier wie dort treffen wir auf die Bedeutung prozedural gespeicherter Interaktionserfahrungen als unbewusste erlernte Gefühls- und Verhaltensgewohnheiten. Darüber hinaus unterstreichen die Befunde der Neurowissenschaften die Bedeutung des Körpers für das Erleben und Fühlen. Der Hirnforscher Gerald Hüther schreibt dazu: „...indem sie ... Patienten für körperliche Empfindungen sensibilisieren und deren Vermögen (wieder) verbessern, selbst gemachte Körpererfahrungen in eigene artikulierbare und differenzierbare Sinneserfahrungen zu übertragen, ermöglichen körperorientierte Erfahrungen die Wiederentdeckung einer ganz früh gemachten ganzheitlichen Erfahrung: Mein Körper – das bin doch ich!“ (Hüther, 2005a, S. 23).

Veränderung durch Psychotherapie kann nur bei einer höheren Intensität psychischer Prozesse stattfinden. Das bedeutet, dass eine hohe *emotionale* Beteiligung vonnöten ist. Denn Gedanken können nicht intensiv sein – man kann sich nur intensiv über etwas Gedanken machen. Erleben wir etwas als intensiv, haben wir es mit der emotionalen Qualität einer Situation zu tun (Downing, 2003). Aus Sicht der Neurobiologie besteht laut Roth kein Zweifel daran, dass Vernunft und Verstand eingebettet sind „in die affektive und emotionale Natur des Menschen“ (2001, S. 451). Ohne Gefühle wäre der Mensch orientierungslos. Das ist für die Psychotherapie von grundsätzlicher Bedeutung. Alle Störungen des Kapitels F der ICD 10 abgesehen von der Intelligenzminderung beinhalten eine Störung der Emotionalität. Daher geht es im psychotherapeutischen Handeln immer „um die Wahrnehmung, Klärung, Differenzierung, Feinabstimmung, Regulation, Deutung, Versprachlichung, Veränderung von Gefühlen“ (Petzold, 1993, S. 609).

Es ist verblüffend, dass die Psychologie jahrzehntelang die Beschäftigung mit Gefühlen als geradezu unwissenschaftlich ansah. Sie galten allenfalls als Epiphänomene von Kognitionen. In meiner Studienzeit war wissenschaftlich fortschrittlich, wer sich über eine Psychologie, die von Gefühlen handelt, lustig machte – wie das zugegebenermaßen köstliche satirische Buch „Dichotomie und Duplizität“ (Herrmann, 1974). Die Allgemeine Psychologie behandelte Wahrnehmung, Denken, Handeln und Motivation, aber nicht Emotion. Dies ist ein erhellendes Beispiel dafür, wie eine wissenschaftliche Community als ganze etwas als wissenschaftlich anerkennen kann, das nur Ausdruck eines vorwissenschaftlichen Menschenbildes ist. Felix Krüger (1915), der sich mit seiner These vom Primat der Gefühle heute bestätigt sehen könnte, wurde in den Jahren der Dominanz behavioraler und kognitiver Psychologie der Lächerlichkeit preisgegeben, ebenso die deutsche Ausdruckspsychologie. Darin zeigte sich nicht nur eine Negierung der Gefühle, sondern auch des Körpers.

Emotionen können nämlich ohne Bezug auf die subjektive körperliche Erfahrung nicht verstanden werden. Downing (2003, S. 63ff.) nennt dafür drei Argumente: Wir erleben sie immer in einem Grad an körperlicher Intensität; wir können sie lokalisieren (das wird in der Körperpsychotherapie in „erkundenden Interventionen“ getan, z.B. indem man fragt: „Wo in Ihrem Körper fühlen Sie das gerade?“ oder „Könnten Sie näher beschreiben, wie sich das dort anfühlt?“), und sie können als geradezu körperliche Regungen auch



ohne bewusstes intentionales Objekt auftreten (z.B. wenn ein Patient bemerkt, sich gerade ängstlich oder traurig zu fühlen, ohne zu wissen, weswegen).

Als Orientierungsreaktionen markieren Emotionen grundsätzlich jedoch ein Verhältnis des Subjektes zu einem Objekt, das körperlich-räumliche Aspekte beinhaltet. Neugier markiert eine Bewegung auf das Objekt zu, bei Freude bewegt man sich zu einem Objekt hin oder lässt sich von ihm bewegen, beim Ekel soll ein Objekt, das sich nähert oder genähert hat (real oder auch in der Phantasie), aus der Nähe entfernt (oder ausgeschieden) werden, bei Angst soll das Objekt weg vom Subjekt (durch eine Bewegung eines von beiden), in der Wut will man manchmal das Objekt wegstoßen. Darin kann man einem Komponentenmodell affektiver Prozesse folgend die motorisch-expressive Komponente von Emotionen sehen (Krause, 1997, S. 61; Geuter & Schrauth, 2001, S. 12), die in der körperpsychotherapeutischen affektmotorischen Arbeit in Gesten und Bewegung durchlebt und über Gesten und Bewegung hervorgerufen werden kann.

In der Neurobiologie hat Damasio (1997, 2000, 2005) die Bedeutung des Körpers für die Emotionen herausgearbeitet. Auf Damasio beruft sich Sulz (2005) in seinen Überlegungen zu einer Neubewertung des Körpers in der Psychotherapie, während in Grawes (2004) neurobiologischer Fundierung der Psychotherapie Damascos Theorien im Unterschied zu denen von LeDoux (1998) nicht rezipiert werden. Welche neurobiologischen Befunde und Theorien aufgegriffen werden, hängt augenscheinlich von der Ansicht darüber ab, inwieweit der erlebte Körper für die Psychotherapie als bedeutsam angesehen wird.

Damasio hat gezeigt, dass der „Apparat der Rationalität“ nur im Kontext von Emotionen arbeiten kann (1997, S. 178ff.). Gefühle bestehen seiner Ansicht nach „in zahlreichen Veränderungen von Körperzuständen, die in unzähligen Organen durch Nervenendigungen hervorgerufen werden“ (ebd., S. 192f.). Mit seiner Hypothese von der Existenz so genannter „so-

matischer Marker“ begründet Damasio, dass Körperempfindungen auch an kognitiven Entscheidungsprozessen beteiligt sind, da sie uns auf mögliche Konsequenzen unserer Entscheidungen verweisen (ebd., S. 237ff.). Damasio unterscheidet Emotionen als das, was sich auf der Bühne des Körpers zeigt, von den Gefühlen als das, was eher im Verborgenen auf der geistigen Ebene geschieht (2005, S. 37ff.). Emotionen seien „immer Übergang und Aufruhr, manchmal erdrutschartige Veränderungen des Körperzustandes“ (ebd., S. 79). Sie gehen phylogenetisch, ontogenetisch und aktualgenetisch den Gefühlen voraus, die im Bewusstsein aus ihnen entstehen. Grundlage für ihre Wahrnehmung sind Damasio zufolge Kartierungen von Körperzuständen im Gehirn (ebd., S. 103f., 120f.). Solche Kartierungen würden aufgrund von emotionalen Reaktionen auf Ereignisse angelegt. Für sie gebe es eine Klasse von Signalen, die aus den Muskeln und Organen an das Gehirn gehen: Schmerzen, Körpertemperatur, Hitze, Kitzeln, Schauern, viszerale und genitale Empfindungen, Meldungen über den Zustand der glatten Muskulatur in den Blutgefäßen, über lokale pH-Werte oder Glukose-Werte (ebd., S. 129). Diese Innenwahrnehmungen bezeichnet Damasio als „*interozeptiven Sinn*“. Gefühle basieren auf der Körperwahrnehmung und der gleichzeitigen Wahrnehmung von Gedanken (ebd., S. 104). Auch falsche Kartierungen können Gefühle erzeugen, die uns dann in die Irre leiten.

Storch sieht in den somatischen Markern Wegweiser „zu den Themen, Inhalten, Absichten und Plänen, die von dem Selbstsystem eines Klienten unterstützt werden“ (2002, S. 292). Sie könnten geradezu als „diagnostisches Leitsystem für Selbstkongruenz“ dienen, da sie anzeigen, wann ein Mensch „eine Entscheidung gefällt hat, die er als zu sich selbst passend erlebt“ (a.a.O.). Einen ähnlichen Gedanken hat Gendlin (1993) schon früher aufgrund hermeneutischer Überlegungen formuliert, als er schrieb, dass der Körper mitteilt, ob wir in unserem Denken weitergehen sollen oder einen Gedanken für richtig erachten. Gendlins (1996) Methode des Focusing könnte als eine Methode betrachtet werden, den Körper daraufhin zu

befragen, ob man eine Wahrnehmung oder einen Gedanken als richtig und passend ansieht. Gendlin allerdings befragt nur die Körpermitte, während der Körper viel umfassender befragt werden kann, nicht nur nach dem „felt sense“ im Bauch, sondern auch nach „felt gestures“ (Aalberse, 2001).

Ansermet und Magistretti (2005) schreiben, dass jede Wahrnehmung eines äußeren Objekts mit der inneren Wahrnehmung eines körperlichen Zustands einhergeht. Dieser jeweilige somatische Zustand werde bei allen Assoziationen, die später einer Wahrnehmung hinzugefügt werden, mit weitergereicht und könne sich daher mit Phantasien und mit späteren assoziativ verknüpften Wahrnehmungen verbinden (2005, S. 125ff.). Mit dieser These ließe sich erklären, dass frühkindliche Erfahrungen auch aus vorsprachlicher Zeit in das heutige Leben hineinbrechen, wenn sich ein somatischer Zustand aus einem alten Erleben mit einem neuen Erleben verknüpft und aus dem Drang, die mit diesem Zustand verbundene Spannung abzubauen, eine Handlung hervorgebracht wird, die nicht dazu dient, aktuelles Erleben zu bewältigen, sondern den alten unerträglichen Zustand zu beenden. Ansermet und Magistretti geben hierzu ein anschauliches Beispiel (ebd., S. 140ff.).

Ansermet und Magistretti ziehen aus ihren Überlegungen eine Schlussfolgerung für die Psychoanalyse. Diese solle die Kette der Wahrnehmungszeichen zurückverfolgen und die innere Wirklichkeit dekodieren „einschließlich der für die somatischen Zustände charakteristischen Prozesse“ (ebd., S. 198, 243). Ihre und Damascos Überlegungen legen aber eine weitere Schlussfolgerung für die Psychotherapie nahe: Körperliche Wahrnehmung ist ein essenzieller Weg zur Erschließung der inneren Wirklichkeit und zu einer differenzierten Gefühlswahrnehmung. Über sie wird das eigene Erleben zugänglich, das man als Wahrnehmung der äußeren in Verbindung mit der inneren Wirklichkeit und den somatischen Zuständen verstehen könnte. „Der Körper als Träger von Information“, schreibt Klopstech mit Blick auf die Neurowissenschaft, „tritt gleichberechtigt neben das gesprochene Wort, und

die Notwendigkeit der Einbeziehung von Körper und auch Körperinterventionen in den allgemeinen Ideen- und Methodenfundus wird deutlich“ (Klopstech, 2005, S. 72).

## Körperliche Selbstwahrnehmung

Die körperliche Selbstwahrnehmung zu schulen, ist eine der wichtigsten körperpsychotherapeutischen Interventionsformen. Die hier dargelegten neurobiologischen Überlegungen unterstützen ihre allgemeine Bedeutung für die Psychotherapie. In der Körperpsychotherapie gibt es dazu eine Fülle von Techniken mit langer Tradition, die sich um die Begriffe Wahrnehmung, Gewahrsein, awareness oder Achtsamkeit ranken. Diese Tradition ist zunächst mit der in der Gindler-Arbeit verwurzelten erfahrungsorientierten Körperarbeit verbunden (Geuter, 2004). Die Gindler-Schülerin Charlotte Selver verband diese Arbeit mit Vorstellungen aus dem Zen-Buddhismus und entwickelte in den fünfziger Jahren in den USA die Richtung des *sensory awareness*, die von Perls in der Gestalttherapie rezipiert wurde (Huppertz, 2003, S. 379f.). Ron Kurtz (1985) führte in seiner „Hakomi“-Methode die buddhistische Vorstellung von innerer Achtsamkeit in einen auf die Charakterstrukturtheorie zurückgreifenden körperpsychotherapeutischen Ansatz ein. Dabei geht es um eine nicht bewertende aufmerksame Beobachtung von Empfindungen, Gefühlen oder Gedanken im jeweiligen Moment, die eine innere Distanz gegenüber habituellen Mustern des Erlebens und Verhaltens ermöglicht (Johanson, i. Dr.). In letzter Zeit gingen ähnliche Überlegungen in die Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Störungen von Linehan (1996) ein; neuerdings finden wir sie unter dem Begriff „mindfulness“ in der kognitiven Therapie (Michalak & Heidenreich, 2005). Achtsamkeitsbezogene Ansätze (Kabat-Zinn, 2003) sprechen der Achtsamkeit für den Körper an sich eine therapeutische Funktion zu. In der Körperpsychotherapie haben die funktionalen Richtungen wie „Konzentrativbewegungstherapie“, „Funktionelle Entspannung“ oder „Sensory Awareness“ in der

Arbeit an der Wahrnehmung ihren Schwerpunkt. Hilfreich sind hier auch atemtherapeutische Techniken, da der Atem als eine unwillkürliche körperliche Funktion, die willkürlich verändert werden kann, die Stimmungslage eines Menschen anzeigt. Die entsprechenden Techniken stoßen vielfach über Achtsamkeit selbstregulatorische Prozesse an.

Das Konzept der Achtsamkeit wird aber auch im Kontext einer aufdeckenden Arbeit mit dem Körper vertreten. In einem solchen Kontext sind typische Fragen der Exploration: „Was spüren Sie gerade?“ „Wo spüren Sie das?“ „Wie fühlt sich das an?“ „Bis wo breitet sich diese Empfindung aus?“ „Woher kennen Sie dieses Gefühl?“ „Woran erinnert Sie dieses Gefühl?“. Ähnlich fordert Greenberg (2005, S. 328) für die „Emotionszentrierte Psychotherapie“, erst einmal die unbeachteten oder vermiedenen sensumotorischen Reaktionen eines Patienten zu beachten, bevor man sich auf Gedanken konzentriert. Im Weiteren kann der Therapeut über die körpersprachliche Assoziation den Erfahrungsraum vergrößern und einen Zugang zu noch nicht bewussten Gefühlen, Erfahrungen und Erinnerungen suchen. Zeigt beispielsweise ein Patient unbemerkt eine spontane Geste wie die Hände vor dem Bauch zu kneten, kann der Körperpsychotherapeut diese Geste aufgreifen, dazu auffordern, die Aufmerksamkeit dorthin zu lenken oder die Geste bewusst zu verstärken oder auch abzuschwächen oder die Bewegung in der Geste auszudehnen oder sie zu verlangsamen, damit der Patient beobachtet, was dann mit ihm geschieht, was ihm also diese Geste mitteilt. Eine typische Frage wäre: „Was möchten die Hände weiter tun?“ Bewusst wird nicht gefragt „Was möchten Sie weiter tun?“, um einen Beobachterstatus des Patienten gegenüber dem Geschehen zu etablieren und dem unwillkürlichen Prozess die Führung zu geben, damit sich der Bedeutungsgehalt einer körpersprachlichen Äußerung erschließt.

In einem Modell affektiver Zyklen und deren Störung, das an das Modell des „Vasomotorischen Kreises“ aus der biodynamischen Körperpsychotherapie angelehnt ist (Southwell, 1990), haben Geuter und

Schrauth (2001) ausgeführt, dass die erste mögliche Blockade im Erregungsverlauf affektiver Prozesse die Blockierung der Wahrnehmung eines inneren oder äußeren Reizes und der zugehörigen Affekte ist. Solche Blockaden zu lösen und die Wahrnehmung zu öffnen, ist ein wesentliches Wirkprinzip der Körperpsychotherapie. Es entspricht dem, was Greenberg in der „Emotionszentrierten Psychotherapie“ als Gewährwerden von Emotionen bezeichnet und dort als erstes Prinzip der Emotionsverarbeitung gilt, nämlich die „Steigerung der Emotionsaufmerksamkeit“ (Greenberg, 2005, S. 331). Vor allem Menschen mit so genannten Grundstörungen im Sinne von Balint sind häufig in der Innen- und Außenwahrnehmung so beeinträchtigt, dass sie die körperlichen Signale emotionaler Regungen nicht bemerken. Wahrnehmungsbezogene körperpsychotherapeutische Methoden dienen dazu, diese Signale wieder zu lesen. Sie werden häufig in der Psychosomatik bei Patienten genutzt, bei denen sich Emotionen und Konflikte nur über körperliche Symptome mitteilen, dem bewussten Erleben aber nicht zugänglich sind.

Selbstwahrnehmung, Selbstempfinden, Selbstgefühl und Selbstgewissheit sind zudem Grundlagen für das Selbstwertgefühl (Petzold, 1993, S. 631). Interventionen, die die Selbstwahrnehmung fördern, unterstützen daher im Sinne von Grawes (2004) Bedürfnismodell das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung. Sie fördern das „implizite Selbstwertgefühl“. Grawe schreibt, dass man insbesondere Patienten mit schlechtem Selbstwertgefühl „im Sinne einer prozessualen Aktivierung zunächst implizit selbstwerterhöhende Wahrnehmungen machen lassen“ sollte (Grawe, 2004, S. 257). Ein zentrales und von Grawe nicht angesprochenes Mittel dazu ist die Förderung der körperlichen Selbstwahrnehmung.

## Emotionsregulation

Auch das zweite Prinzip der Emotionsverarbeitung in Greenbergs Modell, das der „Verbesserung der Emotionsregulation“, wird in der Körperpsychotherapie als Wirkprinzip verstanden. Dazu zählen

zunächst einmal Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen oder Massagen, die die Stressregulation fördern; auch Körpertechniken wie das Auflegen von Eis bei überschießenden Gefühlen in der Borderline-Behandlung gehören zur Emotionsregulation. Bewusstseinsfördernde Techniken zur Regulation von Emotionen stammen vor allem aus den affekt- oder konfliktzentrierten Richtungen der Körperpsychotherapie. Nach dem Modell von Geuter und Schrauth (2001) können sie genutzt werden, um Blockaden im Zyklus des Aufbaus der Erregung eines Affektes, seines Aushaltens, Ausdrucks und Abbaus zu lösen und gestörte affektive Zyklen zu vollenden. Im Ergebnis fördern sie die Fähigkeit des Patienten zur Selbstregulation<sup>1</sup>.

Techniken zum gezielten Evozieren von Emotionen gehören zum reichhaltigen Erfahrungsschatz neoreichianischer und bestimmter tanztherapeutischer Richtungen der Körperpsychotherapie. Sie haben ihren Platz vor allem in der Arbeit mit Menschen mit reiferen neurotischen Strukturen. Gottwald schreibt: „Über Gesten und Veränderung von Haltungen und Spannungsmustern der willkürlichen und unwillkürlichen Muskulatur, der Faszien und der Gelenke genauso wie über Massage-techniken und Veränderung des Atems und des Stimm ausdrucks wird die emotionale Befindlichkeit geprägt und kann absichtlich verändert werden“ (Gottwald, 2005, S. 122). Da alle großen Emotionen wie Wut, Angst, Trauer, Freude spezifische Muster der Mimik, der Gestik und des Atems besitzen, können über das Einsteigen in diese Muster Emotionen ausgelöst werden (Petzold, 1993, S. 642). Petzold spricht in diesem Zusammenhang von „Affekttraining“ oder „thymopraktischen Übungen“, bei denen in bestimmten Schritten Patienten in Affekte hineingeführt werden, von denen vielleicht kaum merkliche Anzeichen zu entdecken sind. Werden entsprechende Techniken benutzt, wird der ausgelöste Prozess immer von einer Benennung des Erlebten begleitet, das im Weiteren verbal aufgearbeitet wird.

Zur körperpsychotherapeutischen Emotionsregulation gehört aber nicht nur das Evozieren, sondern auch das Abschwä-

chen von Emotionen. In der Trauma-Behandlung kann Körperarbeit dabei helfen, den Umgang mit potenziell überwältigenden Affekten zu regulieren. Körperarbeit dient hier dazu, Affekte halten und sie aktiv dissoziieren zu können, letzteres ein Schutzmechanismus aus der traumatisierenden Situation. Indem sich der Patient, wenn er heftig erregt ist, auf seine körperlichen Empfindungen konzentriert, zum Beispiel auf den Atem, gewinnt er eine Beobachterrolle außerhalb des gerade ablaufenden affektiven Geschehens. Unter Rückgriff auf Levine (1998) schreibt Reddemann (2000, S. 129), dass die Konzentration auf das Körpererleben einen beruhigenden und angst-mindernden Effekt haben kann. Dies setzt Selbstheilungskräfte frei. Die Technik kann nicht nur symptombezogen bei PTBS eingesetzt werden, sondern auch prozessbezogen in Momenten einer Behandlung, in denen Patienten von Affektstürmen hinweggefegt werden.

## „Emotionaler Aufruhr“

Die Außenwahrnehmung der Körperpsychotherapie war in den letzten Jahrzehnten vielfach von dem Bild bestimmt, sie würde mit provozierenden Techniken, wie sie insbesondere über die Bioenergetik von Alexander Lowen verbreitet wurden, Patienten „pushen“. In der Kritik daran ging verloren, dass hohe Gefühlsintensität von großem therapeutischen Wert für die Umstrukturierung emotionaler, affektmotorischer Schemata sein kann. So schreibt Roth, der Zugang zum Unbewussten des Patienten könne „niemals ausschließlich sprachlich geschehen, sondern nur in Verbindung mit der Erzeugung eines ‘emotionalen Aufruhrs’, der auf das Unbewusste des Patienten einwirkt. Die Amygdala und die anderen limbischen Zentren verstehen Sprache als rein kognitives Kommunikationsereignis nicht, sondern nur über die mit ihr verbundenen emotionalen Komponenten wie Prosodie, Mimik und Gestik oder über sprachlich ausgelöste emotionale Zustände wie bildliche Erinnerungen oder Vorstellungen“ (Roth, 2004, S., 68). Auch andere Autoren betonen die Notwendigkeit eines erhöhten Erregungs-

niveaus für neuronale Umstrukturierungen; Greenberg spricht von einem erhöhten Arousal (Klopstech, 2005, S. 90). Klopstech weist darauf hin, dass die von Greenberg geforderte Paarung von Intensität mit Ausdruck und Reflexion kathartische Erfahrungen wie deren Integration ermögliche, und fordert im Licht der neurobiologischen Erkenntnisse eine Neubewertung des Katharsiskonzeptes, die früher auch schon Traue (1998) gefordert hat. Kathartische Erfahrungen zeichnen sich nach Klopstech (2005, S. 93f.) in der Körperpsychotherapie dadurch aus, dass sie einen Abbau von Muskelspannung und Widerständen ermöglichen, Gefühlen und Empfindungen durchbruchartig zum Ausdruck verhelfen und in einer Entspannung und Lösung enden.

*Ich möchte dazu ein kleines klinisches Beispiel aus einer Therapiestunde geben. Eine Patientin, die in dieser Phase der Therapie mit Gefühlen der Wertlosigkeit und des Versagens in einer depressiven Stimmungslage beschäftigt ist, spricht in der Stunde davon, wie sehr sie sich als kleines Kind fühlt. Dieses Kind brauche einmal ‘einen Tritt in den Hintern’. Aber dann würde sie sich noch kleiner fühlen. Ich denke mir, dass in dieser Phantasie der positive Impuls verborgen ist, vorwärts gehen zu wollen, zugleich aber das Gefühl vorherrscht, das aus eigenem Vermögen nicht zu können. Sie spricht von der Macht, die ihre Mutter immer noch über sie habe und gegen die sie sich nicht wehren könne. Im Gespräch erschließt sich eine in ihrer Verzweiflung gebundene Wut, vor der sie Angst hat. Die folgende Stunde beginnt sie damit zu sagen, wie peinlich es ihr gewesen sei, wie ein kleines Kind vor mir zu sitzen. Auf die Frage, wie alt sie sich heute im Verhältnis zu mir fühle, meint sie, sie sei schon beim Hereinkommen jünger geworden und fühle sich, als wäre sie weniger als zehn Jahre alt. Dies macht*

<sup>1</sup> An anderer Stelle habe ich vorgeschlagen, die Vertiefung des Erlebens als einen grundlegenden Wirkfaktor in ein allgemeines Modell psychotherapeutischer Wirkfaktoren einzuführen (Geuter, 2004, S. 107). Dieser Wirkfaktor ist neurobiologisch gut zu untermauern. Die Techniken zur Evozierung von Emotionen sind diesem Wirkfaktor zuzurechnen.



sich an Gedanken fest, sie sei abhängig von dem, was die Großen über sie denken, und an einem Gefühl des Unterlegenseins. Sie müsse sich vernünftig verhalten, um gemocht zu werden. Ich spreche sie darauf an, dass sie auch denken könnte, ich würde sie nicht mögen. Ja, es gebe den Gedanken 'Was muss der von mir nach der letzten Stunde denken'. Sie ist in einer Mutterübertragung. Ihr fällt der Spruch der Mutter ein 'Ach Mädchen, komm!' Ich würde in ihrer Phantasie riesengroß. Sie sehe mich so, als würde ich den halben Raum ausfüllen und sie sitze zittrig in der Ecke. Sie habe oft das Gefühl, vor einem Menschen nicht einmal stehen bleiben zu können.

An dieser Stelle schlage ich ihr vor, dieses konkrete Gefühl einmal so darzustellen, wie es sich in ihrem Bild äußert, und in der Darstellung zu erkunden. Sie wählt für sich eine Ecke an einem Bücherregal hinter meinem Sessel. Ich gehe, den Raum ausfüllend, langsam auf sie zu und frage sie, wie sie mich dabei empfindet: 'Riesig', dabei werde sie immer kleiner, ihr gehöre nur mehr eine ganz kleine Ecke. Wir sondieren, ob es einen Punkt gibt, an dem ein Impuls gegenzuhalten entsteht, oder ob sie die Schranke einer gefühlten notwendigen 'Intimdistanz', um einen Ausdruck aus der Sozialpsychologie zu verwenden, überschreiten lässt. Als ich vielleicht anderthalb Meter von ihr entfernt bin, streckt sie die Arme vor und sagt: 'Jetzt ist genug'. Wir gehen einen Schritt weiter und erkunden, was geschieht, wenn jemand über diese Schranke des 'genug' hinweggeht. Ich gehe sehr langsam ein bisschen mehr auf sie zu, bis ich an ihre vorgestreckten Hände komme. Sie beginnt mich wegzuschieben. Beim ersten Versuch bricht sofort ihre Kraft ein. Sie sagt dabei zu sich selbst: 'Du bist sowieso unterlegen'. Ich schlage ihr vor, es noch einmal auszuprobieren und übe etwas mehr Druck gegen ihre Hände aus. Plötzlich wallt eine Kraft in ihr auf, und sie schiebt mich regelrecht vor sich her. Obwohl ich als Mann im Grunde kräftiger und auch deutlich größer als sie bin, kann ich diesem Sturm von Kraft nicht standhalten; obwohl ich mich anstrengte, dagegen zu halten, schiebt sie mich vor sich her. Sie ist vollkommen überrascht über ihre Kraft.

In der nächsten Stunde sagt sie, dass das Erlebnis dieser Kraft sehr einprägsam war. Sie habe es bei der Arbeit erinnert und sich dann kraftvoll gefühlt. Aber sie habe auch gemerkt, wie eingequetscht sie sonst sei. Diese Erfahrung sei viel plastischer und nachhaltiger dadurch, dass sie dies durchgespielt und nicht nur sich vorgestellt habe. Wenn sie durch Worte bestärkt werde, verpuffe das schnell, diese Erfahrung aber wirke nach.

Das Beispiel veranschaulicht einen kleinen kathartischen Zyklus. Die Intensität eines schwer erträglichen Gefühls äußert sich in einem Bild. Indem dieses Bild verkörpert und damit die Modalität der Kommunikation gewechselt wird, kommt es zu einer Erhöhung der für die Patientin unangenehmen emotionalen Anspannung. Die Erkundung führt schließlich zu einer momentanen Lösung. Sie entdeckt ein anderes mögliches affektmotorisches Schema. Technisch handelt es sich um die körperliche Inszenierung eines Übertragungsgefühls, dessen Exploration dazu dient, einen Zugang zu einem verschütteten Selbstanteil der Patientin zu gewinnen, nämlich einer aggressiven Kraft der Abgrenzung, die gegenüber der als beherrschend erlebten Mutter fehlt. Dass diese Kraft in dem Gefühl des Kleinseins gebunden, verschlossen, aber doch verfügbar ist, wurde durch die körperliche Inszenierung nach einem Ausdruck von Heisterkamp (2002) 'präsentisch verstanden'. Es bedurfte keiner Deutung von außen, da sich das Geschehen für die Patientin aus der Erfahrung unmittelbar erschloss.

Die Interventionstechnik hat Eberwein (1996) 'biodramatische' Arbeit oder 'Biodrama' genannt. Damit ist gemeint, dass in einer Interaktion von Therapeut und Klient Lebensdramen ähnlich aufgeführt und in Szene gesetzt werden können wie in einer psychodramatischen Arbeit in der Gruppe. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass es durch die körperlich handelnde Inszenierung zu einer Aufwallung der zugehörigen Emotionen kommt (vgl. Müller-Braunschweig, 2004, S. 40). Wird aber im Zustand emotionaler Erregung nicht nur das bekannte Leid, sondern auch eine neue Handlungsalternative

erfahren, kann es zu einer neuen limbischen Lernerfahrung kommen. In der Aufführung eines Dramas dieser Patientin, nämlich sich nie gegenüber einer als bis heute immer perfekt erfahrenen Mutter behaupten zu können, erschlossen sich ihr sowohl die aus den interaktionellen Erfahrungen resultierenden Repräsentanzen – die Spannung zwischen sich klein fühlen und den Anderen als groß erleben – wie auch die brachliegenden Selbstanteile. Indem Letzteres hinzukommt, wird die Inszenierung zu einem Baustein korrigierender emotionaler Erfahrungen.

Es ist ein immer wieder anzutreffendes Missverständnis, dass bei intensiver Arbeit mit Affekten alte Muster nur neu aufgelegt und damit verstärkt werden könnten<sup>2</sup>. Wie das Beispiel zeigt, liegt der Sinn intensiver emotionaler Erregung aber darin, dass Veränderung dann eher möglich ist, wenn alte Erregungszustände, in denen Erfahrungen gespeichert wurden, wachgerufen sind. Sind Menschen ohnehin durch ihr Leben erschüttert, durch Verluste, Trennungen, Tod, traumatische Erfahrungen oder starke Ängste, ist die Intensität alter Gefühlszustände ohne therapeutisches Dazutun vorhanden. In anderen Fällen kann es helfen, diese zu wecken. Denn der Mensch erinnert Gedächtnisinhalte am besten in dem Zustand, in dem er sie einst gespeichert hat<sup>3</sup>. Werden Patienten in die alten Gedächtnisspeicher hineingeführt, können diese mit neuem Erleben angereichert werden (Maurer-Groeli, 2004, S. 102). Gottwald schreibt in seinen Ausführungen zur Bedeutung der Neurowissenschaften für die Körperpsychotherapie: „Um grundlegende Muster des Erlebens und ihre organische Struktur zu verändern, müssen die alten Erfahrungen mit den historischen Gefühlen möglichst spezifisch und mit möglichst

2 Worm (1998) hat allerdings gezeigt, dass es auch ein unproduktives Arbeiten mit starken Erregungen in Form einer „aktionistischen Abwehr“ geben kann; diese immer wieder neu aufzulegen, verstärkt bestehende Muster.

3 Darauf verweist Miethge aus lerntheoretischer Sicht; daher könnten Emotionen auch um so besser verändert werden, „je näher der jetzige, in der therapeutischen Situation hergestellte emotionale Zustand dem der ursprünglichen Lernsituation entspricht“ (Miethge, 2002, S. 19).

vielen Anteilen der zugehörigen motorischen, sensorischen und affektiven neuronalen Muster wieder aufgerufen werden“ (2005, S. 167). Dann können zugrunde liegende kindliche Gefühle und Überzeugungen eine Antwort finden und neuronale Muster erweitert und verändert werden, indem sie sich mit heilsamen neuen Erfahrungen verbinden (ebd., S. 168f.). Das alte Leid wird geweckt, um ein besseres neues Ende der alten Geschichte zu finden (ebd. S. 178). Die regressive Arbeit wird hilfreich durch die progressive Wendung, durch die korrigierende emotionale Erfahrung<sup>4</sup>. Wie Gottwald sagt, kann dieser Weg über Körperübungen wie etwa Stresspositionen oder über Massagen gegangen werden; oft aber sei er leichter, wenn ein anderer Mensch körperlichen Kontakt anbietet.

## Spiegelneurone, Empathie und Resonanz

Nicht nur die Arbeit mit dem Körper des Patienten kann nämlich die psychotherapeutische Arbeit bereichern; auch der Körper dieses Anderen, der Körper des Therapeuten, ist ein wichtiges Instrument therapeutischer Arbeit. Diese Feststellung findet Unterstützung durch die aktuellen neurowissenschaftlichen Forschungen zu den Spiegelneuronen. Wie Damasio (2005, S. 139f.) schreibt, kann man Körperzustände simulieren. In der Empathie würden wir gleichsam die Zustandskartierungen eines Anderen nachbilden. Dafür werden Hirnareale für Körperzustände benutzt. Vor einigen Jahren entdeckte eine Forschergruppe um Giacomo Rizzolatti, dass bestimmte Nervenzellen nicht nur dann feuern, wenn im eigenen Körper ein Programm umgesetzt wird, sondern auch, wenn man mitbekommt, wie ein anderer Mensch dieses Programm umsetzt. Sie bezeichneten diese Zellen als Spiegelneurone (Bauer, 2005, S. 23). In einem bahnbrechenden Experiment wurde das Gehirn von Affen untersucht, die nach einer Erdnuss griffen; anschließend zeichnete man die Hirnaktivität auf, während der Affe beobachtete, wie ein anderer Affe nach der Nuss griff. Beide Male feuerten dieselben Nervenzellen. Sie feuerten sogar dann, als die Nuss für den beobachtenden Affen un-

sichtbar hinter einer Platte lag und dieser nur den Arm eines anderen Affen dorthin gehen sah. Der beobachtende Affe musste also den Fortlauf der Bewegung des greifenden Affen zur Nuss hin phantasieren. Die Nervenzellen taten dabei etwas, das man psychologisch als Vollendung einer unterbrochenen Gestalt bezeichnen könnte.

Spiegelneuronen wurden zunächst in den Motoneuronenfeldern gefunden, später auch in Nervenzellen, die für Empfindungen und Gefühle zuständig sind. Da diese Nervenzellen nur tätig werden, wenn Lebewesen beobachtet werden, nicht aber bei unbelebten Objekten, bezeichnet Bauer (2005) sie als ein System der Resonanz.

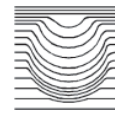
Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta und Lenzi (2003) untersuchten mittels funktionalem MRT Versuchspersonen, die emotionale Gesichtsausdrücke anderer beobachteten oder nachmachten<sup>5</sup>. Sie fanden, dass die Beobachtung des emotionalen Ausdrucks in gleicher Weise prämotorische Areale aktiviert wie dessen Nachahmung. Daraus ziehen sie den Schluss, dass das Erkennen von Emotionen anderer an die Repräsentation von Handlungen gebunden sei (Carr et al., 2003, S. 5500). Empathie ist neurobiologisch ein Spiegelphänomen in den Arealen der Körperkartierung: „We ground our empathic resonance in the experience of our acting body and the emotions associated with specific movements“ (ebd., S. 5502). Allerdings gab es einen Unterschied zwischen Beobachten und Nachahmen. Nachahmen führte zu einer Erhöhung der Aktivität in der Amygdala, was für eine stärkere emotionale Eigenreaktion spricht.

Der Befund unterstreicht die Ansicht von Keleman, dass Übertragung und Gegenübertragung nicht nur psychische Phäno-

4 Das entspricht dem Wechsel von maladaptiven zu adaptiven Gefühlen in der Theorie von Greenberg (2005).

5 Ich danke Joachim Bauer für den Hinweis auf diese Studie

6 Ähnlich beschreibt Wehowsky (1994) Atem-Dialoge in der Therapie als Muster sozialer Bindung.



## Fortbildungsstelle

Psychotherapeutisches Zentrum

Christian-Belser-Strasse 79a  
70597 Stuttgart

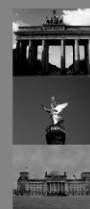
Fon 0711. 6781 421  
info@fortbildungsstelle-online.de  
www.fortbildungsstelle-online.de

**Lösungsorientierte Arbeit  
bei Persönlichkeitsstörungen**  
16.-17.11.06

**Einsatz von Genogrammen**  
24.-25.11.06

**Systemische Paartherapie**  
Dauer 1 Jahr  
Beginn 18.01.07

Weitere **akkreditierte** Kurse  
finden Sie unter  
www.fortbildungsstelle-online.de  
oder im aktuellen Programmheft  
- Bitte anfordern-



**KORTE**  
RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte\*\*  
Marian Lamprecht\*  
Constanze Herr\*

**Absage durch  
Hochschule oder ZVS?  
Klagen Sie einen  
Studienplatz ein!**

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei\* liegt direkt an der Humboldt-Universität, Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle  
- wir werden bundesweit für Sie tätig.

24-Stunden-Hotline:  
030-226 79 226  
www.studienplatzklagen.com

\*Unter den Linden 12, 10117 Berlin-Mitte  
\*\*Rudower Chaussee 12, 12489 Berlin-Adlershof

www.anwalt.info, kanzlei@anwalt.info  
Fax 030-226 79 661

mene sind, sondern eine „somatische Bindung“ darstellt, die „zelluläre, motorische und muskuläre Ausdrucksformen“ umfasst (Keleman, 1990, S. 7). In der therapeutischen Beziehung kommt es Keleman zufolge auch zu einem kommunikativen Austausch über den muskulär-motorischen Ausdruck, zu körperlichen Empfindungen und „Gegenempfindungen“<sup>6</sup>. Daher wird in der Körperpsychotherapie von der Arbeit mit der körperlichen Resonanz gesprochen, bei der der Körper des Therapeuten als Träger von Informationen über die Stimmungen, Haltungen und Prozesse des Patienten angesehen und benutzt wird. Shaw (2003) spricht von „body empathy“. Er meint, dass der Körper des Therapeuten noch mehr sei als ein Informationsmedium, ein Instrument der Gegenübertragung. Innerhalb der Therapie ereigne sich zwischen Patient und Therapeut ein „embodied encounter“ (ebd., S. 34), bei dem es zu einer körperlichen Interaktion komme: „The aim of such an encounter is ... to acknowledge the phenomena arising from the lived-bodies of those involved and use this as the basis for a therapeutic narrative, not as a means of interpreting another body's behaviour“ (ebd., S. 45). Damit wird das „Körper-Narrativ“ zweier erlebender Körper, wofür in der deutschen Sprache vielfach der phänomenologische Begriff des Leibes benutzt wird, im französischen des „corps vécu“, zum Teil einer interaktionell verstandenen Psychotherapie. „The lived experience of therapist's embodied experience within the therapeutic encounter ... becomes a form of body narrative which enables the therapist to make sense and use of their bodily feelings“ (ebd., S. 42). Nicht nur Patienten, auch Psychotherapeuten profitieren daher von einer besseren

körperlichen Selbstwahrnehmung, weil sie dann empathischer sein können und besser in der Lage sind, die Geschichte, die in einem Therapiezimmer erzählt wird, in weiteren Dimensionen wahrzunehmen. Dies dürfte ein wichtiger Aspekt für die Selbsterfahrung von Psychotherapeuten sein<sup>7</sup>.

Viele der hier geäußerten Konzepte wie das der Resonanz, das der Bedeutung starker Erregungsniveaus von Emotionen für die psychotherapeutische Arbeit oder das der Veränderung affektmotorischer Schemata sind auf psychologischem Wege gewonnen worden. Wenn neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse jetzt für ihre Richtigkeit sprechen, heißt das nicht, dass diese Konzepte erst durch die Neurowissenschaft zu wissenschaftlich begründeten Konzepten geworden wären. Auch hat man nicht durch die Neurowissenschaften die „Grundlage“ der Empathie gefunden, vielmehr nur das, was bei Empathie im Gehirn geschieht. Empathie empfinden Menschen, denen ein Hirn gehört, im Austausch mit anderen. Leider wird bei der Rezeption neurowissenschaftlicher Ergebnisse oft die wissenschaftliche Fundierung einer Theorie durch die Befunde einer anderen Wissenschaft, die epistemische Fundierung mit einer gegenständlichen Fundierung verwechselt und so getan, als stoße man nun endlich im Gehirn auf wissenschaftlich nachvollziehbare Weise auf psychische Prozesse. Ob wir das Erleben eines Menschen als psychisch, hirnephysiologisch oder körperlich beschreiben, hängt aber vielmehr ab von der Perspektive, aus der wir es betrachten, derjenigen der Psychologie, der Neurobiologie, der Physiologie oder der Motologie. Als Erleben ist es ohnehin immer untrennbar. Für die psychothera-

peutische Arbeit gilt der Satz von Gendlin: „We need not ask whether a symptom is physical or psychological; any human experience is actually both“ (Gendlin, 1996, S. 182). Der Psychotherapeut kann daher im Zugang zum Patienten den Weg über das seelische Erleben und das Wort und den Weg über das körperliche Erleben und die Körperarbeit gehen. Es kennzeichnet den Ansatz der Körperpsychotherapie, dass diese beiden Wege gemeinsam begangen werden. Der Sinn ihrer klinisch bewährten Interventionskonzepte wird durch die neueren wissenschaftlichen Ergebnisse aus Säuglingsforschung, Bindungsforschung und Neurobiologie bestätigt.

## Literatur

Die Literatur zu beiden Teilen des Artikels finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)“.

<sup>7</sup> Eine differenzierte Eigenwahrnehmung ist in der Körperpsychotherapie auch wichtig, um die eigene Gegenübertragung analysieren zu können, damit man nicht in ein unbedachtes Miteinander-Agieren verfällt.

## PD Dr. Ulfried Geuter

Psychologischer Psychotherapeut  
Psychoanalytiker und Körper-  
psychotherapeut  
Otto-von-Wollank-Str. 57  
14089 Berlin  
[u.geuter@gmx.de](mailto:u.geuter@gmx.de)



# Körperpsychotherapie -

## Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie

Ulfried Geuter

Psychotherapeutenjournal 2/2006

### Literatur

- Aalberse, M. (2001). Graceful Means: Felt Gestures and Choreographic Therapy. In M. Heller (Hrsg.), *The Flesh of the Soul. The Body we Work with* (S. 101-132). Bern: Peter Lang.
- Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hrsg.). (2006). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2005). *Die Individualität des Gehirns. Neurobiologie und Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Becker, H. (2001). *Konzentrierte Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit in den psychoanalytischen Prozess*. Gießen: Psychosozial.
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2004). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Bergh, B. van den (2000). *Zwangerschap, hoe benader je dat? Beknopt overzicht van de benadering van moederlijke emoties en stress tijdens de zwangerschap in wetenschappelijk onderzoek*. Brüssel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Beutel, M. E., Ademmer, K. & Rasting, M. (2005). Affektive Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten. Zum Einfluss auf den psychotherapeutischen Behandlungserfolg am Beispiel stationärer Kurzzeittherapie. *Psychotherapeut*, 50, 100-106.
- Boadella, D. (1983). *Wilhelm Reich. Leben und Werk des Mannes, der in der Sexualität das Problem der modernen Gesellschaft erkannte und der Psychologie neue Wege wies*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Boadella, D. (1991). *Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese*. München: Kösel.
- Boyesen, G. (1987). *Über den Körper die Seele heilen*. München: Kösel.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H., Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M.-C., Mazziotta, J. & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 5497-5502.
- Damasio, A. R. (1997). *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.
- Damasio, A. R. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Damasio, A. R. (2005). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- De Roiste, A. & Bushnell, I. W. R. (1996). Tactile stimulation: short and long term benefits for pre-term infants. *British Journal of Developmental Psychology*, 14, 41-53.
- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Downing, G. (2003). Emotion und Körper. Eine Kritik der Emotionstheorie. *Psychoanalyse und Körper*, 2, Nr. 2, 59-88.
- Downing, G. (2004). Emotion, body and parent-infant-interaction. In J. Nadel & D. Muir (Hrsg.), *Emotional Development. Recent Research Advances* (S. 429-449). Oxford: Oxford University Press.
- Eberwein, W. (1996). *Biodynamik. ZEN in der Kunst der Körperpsychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Elliott, R. (1999). Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick. Teil 1. *Psychotherapeut*, 44, 203-213.
- Fallend, K. & Nitzschke, B. (Hrsg.). (1997). *Der Fall Wilhelm Reich. Beiträge*

- zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Field, T., Henteleff, T., Hernandez-Reif, M., Martinez, E., Mavunda, K., Kuhn, C. & Schanberg, S. (1997). Children with asthma have improved pulmonary functions after massage therapy. *Journal of Pediatrics*, 132, 854-858.
- Forster, J. (2002). Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen. Eine empirische Vergleichsstudie und die Darstellung eines körpertherapeutischen Behandlungskonzeptes bei Essstörungen. Herbolzheim: Centaurus.
- Fosshage, J. L. (1994). The meanings of touch in psychoanalysis. A time for reassessment. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 21-43.
- Fosshage, J. L. (2002). Berührung in der Psychoanalyse. Zeit für eine Neueinschätzung. In S. Trautmann-Voigt, B. Voigt (Hrsg.), *Verspieltheit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie* (S. 67-90). Gießen: Psychosozial.
- Geißler, P. (Hrsg.). (1998). *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Geißler, P. (Hrsg.). (2005). *Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie. Forschung und Relevanz im therapeutischen Prozess*. Gießen: Psychosozial.
- Gendlin, E. (1993). Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 4, 693-706.
- Gendlin, E. (1995). *Focusing Oriented Psychotherapy. A Manual of the Experiential Method*. New York, London: The Guildford Press.
- Geuter, U. (1996). Körperbilder und Körpertechniken in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 99-106.
- Geuter, U. (2000). Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie. In F. Röhrich, *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen* (S. 53-74). Göttingen: Hogrefe.
- Geuter, U. (2000a). Wege zum Körper. Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie. *Krankengymnastik - Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 52, 1175-1183 & 1346-1351.
- Geuter, U. (2002). Körperpsychotherapie als Behandlungsmethode in der stationären psychodynamischen Psychotherapie psychosomatischer Patienten. *Psychotherapeuten Forum*, 9 (3), 5-8.
- Geuter, U. (2003). Im Mutterleib lernen wir die Melodie unseres Lebens. *Psychologie heute*, 30, H. 1, 20-26.
- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie und Erfahrung. Zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode. *Report Psychologie*, 29, 98-111.
- Geuter, U. & Schrauth, N. (1997). Wilhelm Reich, der Körper und die Psychotherapie. In K. Fallend & B. Nitzschke (Hrsg.), *Der Fall Wilhelm Reich. Beiträge zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik* (S. 190-222), Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Geuter, U. & Schrauth, N. (2001). Emotionen und Emotionsabwehr als Körperprozess. *Psychotherapie Forum*, 9, 4-19.
- Görlitz, G. (2000). Gefühlsübungen - die emotionale Wende. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 291-328). München: CIP-Medien.
- Goodman, M. & Teicher, A. (1988). To touch or not to touch. *Psychotherapy*, 25, 492-500.
- Gottwald, C. (2005). Bewusstseinszentrierte Körperpsychotherapie - angewandte Neurobiologie? In S. K. D. Sulz, L. Schrenker & C. Schrickler (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* (S. 105-198). München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. (2005). Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 324-337.
- Gugutzer, R. (2002). *Leib, Körper und Identität*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Harms, T. (2000). Emotionelle Erste Hilfe. Grundlagen einer postnatalen Krisenarbeit mit Eltern und Säuglingen. In ds. (Hrsg.), *Auf die Welt gekommen. Die neuen Baby-Therapien* (S. 189-229). Berlin: Ulrich Leutner.
- Hart, S., Field, T., Hernandez-Reif, M., Nearing, G., Shaw, S., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2001) Anorexia nervosa symptoms are reduced by massage therapy. *Eating Disorders*, 9, 289-299.
- Heisterkamp, G. (2002). *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Heisterkamp, G. (2004). Enactments. Basale Formen des Verstehens. *Psychoanalyse und Körper*, 3, Nr. 5, 103-130.
- Herrmann, T. W. (Hrsg.). (1974). *Dichotomie und Duplizität. Grundfragen psychologischer Erkenntnis*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Horton, J. A., Clance, P. R., Sterk-Elifson, C. & Emshoff, J. (1995). Touch in Psychotherapy: A Survey of Patients Experience. *Psychotherapy*, 32, 443-457.
- Huber, C., Hauke, W., Ruppert, S. & Zaudig, M. (2005). Verhaltenstherapie und Körpertherapie - eine Effektivitätsstudie an psychosomatischen Patienten. In S. K. D. Sulz, L. Schrenker & C. Schrickler (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* (S. 69-101). München: CIP-Medien.
- Hüther, G. (2005). Pränatale Einflüsse auf die Hirnentwicklung. In I. Krens & H. Krens (Hrsg.), *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie* (S. 49-62). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2005a). Mein Körper - das bin doch ich.... Neurobiologische Argumente für den Einsatz körperorientierter Verfahren in der Psychotherapie. *Psychoanalyse und Körper*, 4, Nr. 7, 7-23.
- Huizink, A. (2000). *Prenatal stress and its effect on infant development*. Med. Diss., Universität Utrecht.
- Huppertz, M. (2003). Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-Behaviorale Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 376-383.
- Johanson, G. J. (i. Dr.). A Survey of the Use of Mindfulness in Psychotherapy. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9, H. 2.
- Joraschky, P., Loew, T. & Röhrich, F. (Hrsg.). (i. Dr.). *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart: Schattauer.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Present, Future. *Clinical Psychology - Science and Practice*, 10, 144-156.

- Kertay, L. & Reviere, S. L. (1993). The Use of Touch in Psychotherapy: Theoretical and Ethical Considerations. *Psychotherapy*, 30, 32-40.
- Klein, M. (2000). Kommunikation von Hand zu Haut. Babymassage als Element in der Familientherapie. In T. Harms (Hrsg.), *Auf die Welt gekommen. Die neuen Baby-Therapien* (S. 309-325). Berlin: Ulrich Leutner.
- Klopstech, A. (2005). Stellen die Neurowissenschaften die Psychotherapie vom Kopf auf die Füße? Neurowissenschaftliche Überlegungen zu klassischen Konzepten der (Körper-)Psychotherapie. *Psychoanalyse und Körper*, 4, Nr. 7, 69-108.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Band 1*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Kriz, H. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Krüger, F. (1915). Über Entwicklungspsychologie. Ihre sachliche und geschichtliche Notwendigkeit. *Arbeiten zur Entwicklungspsychologie*, 1.
- Kurtz, R. (1985). *Körperzentrierte Psychotherapie. Die Hakomi Methode*. Essen: Synthesis.
- Le Doux, J. L. (1998). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München, Wien: Hanser.
- Levine, P. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers*. Essen: Synthesis.
- Lichtenberg, J. D. (1991). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. & Fosshage, J. L. (2001). *Das Selbst und die motivationalen Systeme*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP Medien.
- Loew, T., Tritt, K., Lahmann, C. & Röhrich, F. (2006). Körperpsychotherapien - wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 6-19.
- Maaz, H.-J. & Krüger, A. H. (Hrsg.). (2001). *Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Mannhart, R. & Backhaus, S. (1993). *Reich und Bergson. Die lebensphilosophischen Wurzeln der Körpertherapie*. Unveröff. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Freien Universität Berlin.
- Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (i. Dr.). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Michalak, J., Heidenreich, T. (2005). Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei Depressionen. *Psychotherapeut*, 50, 415-422.
- Miethge, W. (2002). *Heilsame Gefühle. Trainingshandbuch für die Arbeit mit Emotionen*. München: CIP-Medien.
- Milch, W. & Berliner, B. (2005). Auf den Spuren der Selbstwerdung. Überlegungen zu den Ursprüngen des Selbst in der prä- und postnatalen Zeit. In I. Krens & H. Krens (Hrsg.), *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie* (S. 134-149). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Monsen, K., Monsen, J. (2000). Chronic pain and psychodynamic body psychotherapy: a controlled outcome study. *Psychotherapie*, 37, 257-269.
- Moser, T. (2001). *Berührung auf der Couch. Formen der analytischen Körperpsychotherapie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Moser, T. (2002). Kommenta zum Aufsatz von James L. Fosshage. In S. Trautmann-Voigt, B. Voigt (Hrsg.), *Verspielt-heit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie* (S. 91-93). Gießen: Psychosozial.
- Müller-Braunschweig, H. (2004). Psychoanalyse und Körperpsychotherapie. Klinische und theoretische Aspekte. *Psychoanalyse und Körper*, 3, Nr. 5, 29-59.
- Nathanielsz, P. (1999). *Life in the womb. The origin of health and disease*. Ithaca: Promethan Press.
- Omozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N. & Kumar, R. C. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 1-3.
- Orbach, S. (2004). The Body in Clinical Practice. In K. White (Hrsg.), *Touch, Attachment, and the Body. The Jown Bowlby Memorial Conference Monograph 2003* (S. 17-47). London: Karnac.
- Petzold, H. (Hrsg.). (1977). *Die neuen Körpertherapien*. Paderborn, Junfermann.
- Petzold, H. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulübergreifenden Psychotherapie. Band 2*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H., Sieper, J. & Orth, I. (i. Dr.). Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der 'Integrativen Therapie' als 'Entwicklungstherapie'. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie - Theorie, Methodik, Forschung. In Petzold, H.G., Schay, P. & Scheiblich, W. (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie, Bd. II*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ploetz, K. v. (1999). Systemische Körpertherapie als lösungsorientierte Kurztherapie. In H. Döring-Meijer (Hrsg.), *Resourcenorientierung - Lösungsorientierung* (S. 156-171). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reddemann, L. (2000). Angst. In T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann & C. Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (S. 122-145). Stuttgart: Pfeiffer.
- Reich, W. (1927/1985). *Die Funktion des Orgasmus* (Neuausgabe u.d.T. *Frühe Schriften 2. Genitalität in der Theorie und Therapie der Neurose*). Frankfurt/M.: Fischer.
- Reich, W. (1933/1989). *Charakteranalyse*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F. (2002). Klinische Körperpsychotherapie. Systematisierungsansätze und Standortbestimmung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 182-189.
- Röhrich, F. (i. Dr.). Diagnostische Relevanz körperbezogener Merkmale und Prozesse in der Körperpsychotherapie. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart: Schattauer.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (i. Dr.). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia - a



- randomised controlled trial. *Psychological Medicine*.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Roth, G. (2004). Das Verhältnis von bewusster und unbewusster Verhaltenssteuerung. *Psychotherapie Forum*, 12, 59-70.
- Rudolf, G. (2001). Tiefenpsychologie I. In M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychodynamische Konzepte* (S. 13-23). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schroer, M. (2005). Einleitung. Zur Soziologie des Körpers. In ds. (Hrsg.), *Soziologie des Körpers* (S. 7-47). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Shaw, R. (2003). *The Embodied Psychotherapist. The Therapist's Body Story*. Hove, New York: Brunner-Routledge.
- Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Smith, E. W. L., Clance, P. R. & Imes, S. (Hrsg.) (1998). *Touch in Psychotherapy. Theory, Research, and Practice*. New York, London: The Guilford Press.
- Southwell, C. (1990). Biodynamische Psychologie. In J. Rowan & W. Dryden (Hrsg.), *Neue Entwicklungen der Psychotherapie* (S. 198-221). Oldenburg: Transform.
- Spangler, G., Grossmann, K. E. & Schieche, M. (2002). Psychobiologische Grundlagen der Organisation des Bindungsverhaltenssystems im Kleinkindalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 49, 102-120.
- Sparrer, I. & Varga von Kibéd, M. (1998). Körperliche Selbstwahrnehmung in systemischen Strukturaufstellungen. In H. Milz & M. Varga von Kibéd (Hrsg.), *Körpererfahrungen. Anregungen zur Selbstheilung* (S. 114-141). Zürich: Walter.
- Sreckovic, M. (1999). Geschichte und Entwicklung der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 15-178). Göttingen: Hogrefe.
- Steimer-Krause, E. (1994). Nonverbale Beziehungsregulation in Dyaden mit schizophrenen Patienten. Ein Beitrag zur Übertragungs- Gegenübertragungsforschung. In U. Streeck & K. Bell (Hrsg.), *Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen* (S. 209-229). München: Pfeiffer.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Stern, D. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Stern, D., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N. & Tronick, E. Z. (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The 'Something More' than Interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Storch, M. (2002). Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschungsansätze für die psychotherapeutische Praxis. Teil I: Theorie. *Psychotherapie*, 7, 281-294.
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51, S. 5-14.
- Streeck, U. (2004). *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U. (2005). Erzählen und Interaktion im psychotherapeutischen Dialog. In P. Geißler (Hrsg.), *Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie. Forschung und Relevanz im psychotherapeutischen Prozess* (S. 33-49). Gießen: Psychosozial.
- Sulz, S. K. D. (2005). Gehirn, Emotion und Körper. In S. K. D. Sulz, L. Schrenker & C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* (S. 3-23). München: CIP-Medien.
- Thielen, M. (2003). Bausteine einer körperbezogenen Entwicklungspsychologie. Vortrag zur Eröffnung des 2. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie in Berlin, unveröff.
- Trautmann-Voigt, S. (2003). Tanztherapie. Zum aktuellen Diskussionsstand in Deutschland. *Psychotherapeut*, 48, 215-229.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hrsg.). (1998). *Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen KörperPsychotherapie*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Uexküll, T.v., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H. & Johnen, R. (Hrsg.). (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Uexküll, T.v. & Wesiack, W. (1990). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In T. v. Uexküll, *Psychosomatische Medizin* (hrsg. v. R. H. Adler, J. M. Herrmann u.a.) (S. 13-52). München: Urban & Schwarzenberg.
- Vandereycken, W., Depreitere, L. & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 252-259.
- Voigt, B., Trautmann-Voigt, S. (2001). Tiefenpsychologische Aspekte der Körpertherapie und der Tanztherapie. *Psychotherapeut*, 46, 60-74.
- Wehowsky, A. (1994). Atem-Dialoge. Muster des Atmens als Muster der sozialen Bindung. In K. v. Steinaecker (Hrsg.), *Der eigene und der fremde Körper. Übertragungsphänomene in der Atem- und Leibpädagogik* (S. 107-117). Berlin: Edition LIT.Europe.
- White, K. (Hrsg.). (2004). *Touch, Attachment, and the Body. The Jown Bowlby Memorial Conference Monograph 2003*. London: Karnac.
- Worm, G. (1998). Zum Umgang mit Übertragung in einer analytischen Körperpsychotherapie. In P. Geißler (Hrsg.), *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis* (S. 69-82). München: Pfeiffer.