

53 Die Rolle des Körpers bei seelischen Abwehrprozessen – Körperpsychotherapie und Emotionstheorie

Ulfried Geuter, Berlin, Deutschland, und Norbert Schrauth, Pforzheim, Deutschland

—— Eine biographische Einführung zu **Ulfried Geuter** findet sich am Anfang seines ersten Beitrags in diesem Buch auf Seite 17.

—— **Norbert Schrauth** ist niedergelassener Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit einer tiefenpsychologischen sowie einer körperpsychotherapeutischen Ausbildung, die er bei Ken Speyer, David Boadella und Gerda Boyesen absolvierte. Er arbeitete für drei Jahre am Gerda Boyesen Institute in London als Dozent und seit 1990 als Ausbilder und Supervisor in Biodynamischer Psychotherapie.

Norbert Schrauth ist Mitbegründer, Vorstandsmitglied, Ausbilder und Supervisor am Tiefenpsychologischen Institut Baden, das eine methodenintegrative Ausbildung für Psychologen anbietet. 1988 war er Mitbegründer der Stuttgarter Fortbildungen für Körperorientierte Psychotherapie, die er weiterhin leitet. Er ist Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK), in deren Vorstand er mitwirkte.

Norbert Schrauths Veröffentlichungen beschäftigen sich mit der Geschichte und Methodik der Körperpsychotherapie.

Einer der wesentlichen Ansatzpunkte körperbezogener Interventionen in der Psychotherapie besteht in der Arbeit an der körperlichen Seite emotionaler Abwehrprozesse, an körperlichen Blockaden der Wahrnehmung und des Ausdrucks unterdrückter Emotionen und am körperlichen Zugang zum erlebten Gefühl. Die Körperpsychotherapie beherzigt dabei den »Wechsel zwischen Affektausdruck und Affekt-

analyse«, der nach Yalom eine jede Psychotherapie ausmacht (Yalom 2002, S. 177). Im Unterschied zu anderen Richtungen der Psychotherapie werden aber hier der Affektausdruck und die Affekte selbst immer auch körperlich verstanden.

Während sich erlebnisorientierte psychotherapeutische Ansätze wie neoreichianische Therapieschulen, Tanztherapie oder Gestalttherapie in den letzten Jahren mehr für ein einsichts- und deutungsorientiertes psychodynamisches Vorgehen oder für systemisches Denken geöffnet haben, fand in anderen Richtungen der Psychotherapie, wie der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie, eine Wende zu den Emotionen statt. Allerdings werden hier Emotionen weitgehend unkörperlich betrachtet. Auch in der anwachsenden Forschungsliteratur zur Emotionspsychologie wird erstaunlicherweise die Rolle des Körpers bei der Erfahrung unserer Gefühle nahezu vollständig übergangen (Downing 2000). Downing zufolge gibt es jedoch drei Gründe dafür, dass die Theorie der Emotionen nicht ohne Bezug auf die Körpererfahrung auskommen kann. Zum ersten kann die Intensität einer Emotion nicht ohne den Körper erfahren werden. Zum zweiten kann jeder Mensch Emotionen in seinem Körper spezifisch lokalisieren, wenn man ihn danach fragt. Zum dritten gibt es Gefühle als diffuse Körpersensationen, die sich noch nicht deutlich auf ein »Etwas« richten. Da in jeder Emotion ein Körpergefühl enthalten ist, können Downing zufolge Emotionen

über die Sondierung von Körperempfindungen erschlossen werden.

Körpergefühl, Körperhaltung und Emotion

Auch in der experimentellen Forschung mehrten sich die Befunde für die These, dass Körpergefühle bei Emotionen eine entscheidende Rolle spielen. Martin und Harlow zeigten, dass Menschen Körpergefühle heranziehen, um soziale Situationen zu beurteilen. Wir nutzen die körperliche Selbstwahrnehmung als Informationsquelle für etwas, das außerhalb von uns geschieht. Über das Ausmaß der körperlichen Erregung, meinen die Autoren, wird die Intensität einer Emotion wahrgenommen, und über das motorische Feedback, in diesem Fall die Mimik der Gesichtsmuskeln, deren Bedeutung (Martin und Harlow 1992, S. 417). Manipuliert man bei Versuchspersonen experimentell das motorische Feedback, verändert sich ihre Bewertung eines Stimulus, auch ohne dass sie die experimentelle Körpermanipulation emotional deuten. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der neurobiologischen Theorie von Damasio, der zufolge so genannte »somatische Marker« an Entscheidungsprozessen beteiligt sind (Damasio 1997, S. 237ff.). Eine Fülle möglicher Körpergefühle, schreibt Damasio, warnt vor negativen Folgen beabsichtigter Handlungen oder gibt eine Handlung zur Ausführung frei. Revenstorff verweist darauf, dass die emotionale Orientierung phylogenetisch älter ist als die rationale und daher bei ihrer Wahrnehmung, Gefühl und Handlung ohne Vermittlung von Worten verknüpft werden (Revenstorff 1985, S. 24).

Stepper und Strack (1993) manipulierten die Körperhaltung von Versuchspersonen unter dem Vorwand, Arbeitsmöbel ergonomisch zu testen. Sie fanden heraus, dass Personen, die ein fiktives Lob in aufrechter Haltung empfangen, stolzer auf ein gutes Abschneiden bei einem Test waren als Personen, die dasselbe Lob in einer gekrümmten Haltung erhielten (Storch und

Krause 2002, S. 113). Andere Experimente zeigen, dass bei Menschen, die Erfolg in gebeugter Körperhaltung erfahren, Testwerte zur Depression mehr ansteigen als bei Menschen, die Misserfolg in expansiver Körperhaltung erfahren. Die Körperhaltung trug hier mehr zum negativen emotionalen Erleben bei als der erfahrene Misserfolg. Je nach Körperhaltung erzählen Menschen auch unterschiedliche Geschichten zu einem mehrdeutigen Bild (Döring-Seipel 1996). Körperhaltungen aktivieren also offensichtlich unmittelbar emotionale Schemata zur Verarbeitung von Erfahrung, ohne dass dieser Prozess bewusst wird.

Körperliche Abwehr und Körperpsychotherapie

Dass der Körper »Gefühle und Gedanken ebenso wie deren Abspaltung und Verdrängung« bewirkt (Revenstorff 2000, S. 209), stand als Erkenntnis am Ausgangspunkt der Körperpsychotherapie. Der Psychosomatiker Georg Groddeck begründete das Konzept einer »Körperabwehr«. Groddeck erkannte, dass muskuläre Verspannungen, Atemreduktion und chronisches Festhalten von Muskeln die Wahrnehmung eines Impulses verhindern können (Downing 1996, S. 191ff.). Der mit Groddeck in enger Verbindung stehende Psychoanalytiker Sandor Ferenczi schrieb, dass Neurosen immer mit einer starken Einschränkung der Motilität einhergehen. Wilhelm Reich (1933) baute diese Vorstellungen in seinem Konzept des Muskelpanzers weiter aus. Während die Psychoanalyse Abwehrvorgänge bis heute weitgehend als kognitive Operationen versteht (Geuter u. Schrauth 2001, S. 7), verstand Reich sie als seelische und körperliche Vorgänge zugleich. Er ging davon aus, dass sowohl der Charakterpanzer, den er und andere Psychoanalytiker seiner Zeit zunächst auf der psychischen Ebene beschrieben, wie auch der Muskelpanzer in gleicher Weise dazu dienen, unerwünschte Vorstellungen und Affekte vom Individuum fernzuhalten. Denn Handlungsimpulse werden

mit Hilfe von Muskelaktionen in Schach gehalten, und dieses Verhalten entwickelt sich schon in der Kindheit: »Unsere Patienten berichten ausnahmslos, dass sie Perioden in der Kindheit durchmachten, in denen sie es durch bestimmte Übungen im vegetativen Verhalten (Atem, Bauchpresse etc.) lernten, ihre Hass-, Angst- und Liebesregungen zu unterdrücken.« (Reich 1942, S. 226)

In der muskulären Verkrampfung sei daher die Geschichte der Verdrängung enthalten. Als »wichtigstes Werkzeug« zur Unterdrückung von Emotionen bezeichnete Reich die chronische Haltung des Einatmens, die zu einer Panzerung des Brustkorbs und zu einem psychophysischen An-sich-Halten führt. Eingehend beschrieb Reich den Abwehrmechanismus der »Affektsperre«, bei der die Vorstellungen von den Affekten abgespalten sind und der Patient von allem unberührt bleibt und wie eine »lebende Maschine« wirkt (Reich 1933, S. 250).

Bindungsforscher konnten zeigen, dass Kinder mit einer »unsicher-vermeidenden Bindung« in einer Situation der Trennung von der Mutter bereits im Alter von zwölf Monaten keinen emotionalen Ausdruck zeigen, wohl aber deutliche physiologische Stressreaktionen (Spangler u. Schieche 1998, Spangler et al. 2002). Die moderne Säuglingsforschung bestätigt heute, dass in frühen Interaktionen gelernt wird, körperliche Empfindungen zur Regulierung von Emotionen zu benutzen (Downing 1996, 2000). Stern (1992) beschreibt, wie im frühen Mutter-Kind-Dialog Repräsentanzen körperlich vollzogener emotionaler Interaktionen erworben werden. Papousek und Papousek (1979) zeigten, dass Säuglinge auf anhaltende Frustration mit einer Einschränkung der Atemtiefe und einer gleichförmigen, nahezu mechanischen Atemfrequenz reagieren, die mit dem Totstellverhalten vergleichbar ist. In der Körperpsychotherapie wird darin ein Grundmechanismus der Gefühlsabwehr gesehen, der bei Chronifizierung zu einer chronischen Atemblockade führt. Auch prozessdiagnostisch kann in der Therapiestunde aus Veränderungen im Atem auf noch unbewusste emotionale Prozesse geschlossen wer-

den, die manchmal allein schon dadurch zugänglich werden, dass die Aufmerksamkeit auf den Atem gerichtet wird.

Von Reich wurde auch erstmals das chronische Festhalten der Muskeln als körperlicher Mechanismus der Abwehr eingehend beschrieben. Blockierungen von Gefühlen führen zu Spannungen in denjenigen Muskeln, die an den entsprechenden Ausdrucksbewegungen beteiligt sind. So kann sich zum Beispiel das erlernte Unvermögen, nach Hilfe zu greifen oder eine andere Person zu sich zu holen, in Spannungen in den Armen, den Schultern und der Brust niederschlagen, chronifizierte Angst in einer chronifizierten Kontraktion der Schultern nach oben oder unterdrückte Wut in einer chronifizierten Spannung der Muskeln, mit denen im Brustkorb der Atem festgehalten wird. Gerda Boyesen betont, dass sich Abwehrvorgänge auch in anderen körperlichen Schichten wie dem Bindegewebe oder den Eingeweiden niederschlagen können, so dass es zu einer Gewebepanzerung oder einer viszeralen Panzerung komme. Der Zusammenhang zwischen Muskelspannung und Emotionsabwehr wird durch zahlreiche neuere Forschungen bestätigt (Traue 1998).

Eine Verbindung zwischen der Theorie der Körperabwehr und der entwicklungspsychologischen Konzeption der Entstehung von Charakterstrukturen findet sich in Reichs Charakterstrukturmodell, das Alexander Lowen weiter ausgearbeitet hat (s. Kap. 28 von M. Bentzen in diesem Buch). Hier wird davon ausgegangen, dass phasentypische Frustrationen und die ihnen entsprechenden Abwehroperationen zu charakteristischen seelischen und – als Folge chronifizierter Spannungen oder Ausdrucksbewegungen – auch körperlichen Haltungen führen. Keleman (1992) hat eine »Emotionale Anatomie« entworfen, in der er zeigt, wie Stressreaktionen seelisch und körperlich habitualisiert werden, so dass aus einer bestimmten Körperhaltung auf lebensgeschichtliche Erfahrungen zurückgeschlossen werden kann. Dies wird in der Körperpsychotherapie als »Körperlesen« bezeichnet.

Ausdrucksbewegung und Emotionen

Schon Darwin hat in seinem berühmten Buch von 1872 über den menschlichen Ausdruck beschrieben, dass der Ausdruck von Gefühlen mit bestimmten Körperbewegungen einhergeht. Aber erst in den letzten Jahren wird auch in der experimentellen Forschung die Frage behandelt, inwieweit der Körperausdruck als Ausdruck bestimmter Emotionen gelesen werden kann. In dieser Forschung geht es um die Identifizierung diskreter Emotionen und nicht, wie in der Körperpsychotherapie, um körperliche Haltungen oder Bewegungen als Ergebnis emotionaler Entwicklungsprozesse. Während es bereits eine Fülle von Forschungen darüber gibt, wie Emotionen aus dem Gesichtsausdruck erschlossen werden können (Wallbott 1998c), sind Forschungen zum Erkennen von Emotionen aus Haltung und Bewegung eher rar. Wallbott (1998a, 1998b) konnte in Studien mit Schauspielern zeigen, dass mehr als die Hälfte der von ihnen eingesetzten Bewegungen und Körperhaltungen zwischen bestimmten Emotionen unterscheidet. So verweise zum Beispiel ein Anheben der Schultern auf Euphorie, eine Bewegung der Schultern nach vorne auf Ekel, Verzweiflung oder Furcht und eine Bewegung der Schultern nach hinten auf Abscheu. Vor allem Scham konnte höchst treffend allein aus sichtbaren Bewegungen erschlossen werden (Wallbott 1998a, S. 129). Unterschiede zwischen verschiedenen Emotionen fand Wallbott auch in der Expansivität und Dynamik des Bewegungsverhaltens. Dies entspricht der Erkenntnis von Stern (1992, S. 83ff.), dass Affekte dynamische und kinetische Qualitäten besitzen, die Stern »Aktivierungskonturen« oder »Vitalitätsaffekte« nennt. Unter Vitalitätsaffekten versteht Stern die allgemeinen Ablaufmuster von Erregungs- und Aktivierungsprozessen, die durch die Merkmale Intensität, Zeitmuster (Takt, Rhythmus, Dauer) und Gestalt (räumliche Merkmale, Figur eines Bewegungsablaufs) gekennzeichnet sind und nicht mit kategorialen

Affekten einhergehen müssen. Ihnen kommt bei der Abstimmung von Interaktionsprozessen, insbesondere im Dialog mit dem Säugling, große Bedeutung zu (Stern 1992, S. 223).

Andere experimentelle Studien zeigen, dass kategoriale Emotionen anhand der Qualität der Stimme unterschieden werden können (Klasmeyer u. Sendlmeier 1997, Sendlmeier 1997). Verwechslungen in der Emotionserkennung bezogen sich in einer Studie von Banse und Scherer (1996) weitgehend auf nahe beieinander liegende Emotionen wie heiße und kalte Wut, Trauer und Verzweiflung oder Angst und panische Furcht. Bloch, Lemeignan und Aguilera (1991) fanden spezifische Atemmuster bei bestimmten Emotionen. Auch umgekehrt gilt, dass unter bestimmten Atem- und Bewegungsmustern nur bestimmte Emotionen empfunden werden können: Wer zum Beispiel willkürlich aufaufgeregte Art atmet, wie es einer Wut- oder Angstreaktion entspricht, kann während eines solchen Atmens keine Trauer empfinden.

Basisemotionen oder vegetative Affekte

In der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit nicht wahrgenommenen oder unterdrückten Affekten geht es meistens um solche Emotionen, die in der Klassifikation der Emotionsforschung als *Basisemotionen* beschrieben werden (vgl. ausführlich Geuter u. Schrauth 2001, S. 9ff.). Zu diesen Emotionen, die Lowen (1991) »vegetative Affekte« und Kernberg (1997) einfach »Affekte« nennt, werden Überraschung/Schreck, Wut/Ärger, Trauer/Schmerz, Ekel, Furcht, Freude/Glück und Interesse/Neugier gerechnet. Ob auch Verachtung dazu gehört, ist umstritten. Die genannten Emotionen lassen sich interkulturell aufgrund von invarianten mimischen Bewegungsmustern identifizieren, die offensichtlich zur biologischen Ausstattung des Menschen gehören. Basisemotionen oder Affekte sind Krause (1996) zufolge von eher hoher Intensität und kurzer Dauer und unterbrechen situativ Handlungsab-

läufe (vgl. Mandler 1984). Neurobiologisch werden sie über das Limbische System gesteuert. Die von Bowlby dem Bindungsverhalten und dem Erkundungsverhalten zugeordneten grundlegenden Gefühle (Liebe, Vertrauen, Wut, Angst, Trauer einerseits und Schreck, Selbstvertrauen, Ekel andererseits) sind weitgehend unter den Basisemotionen zu finden (vgl. Revenstorf 2000, S. 199).

Von den Basisemotionen unterscheidet Krause die selbstreflexiven »me-emotions«, bei denen immer innerlich etwas mit etwas Anderem – Erwünschtem oder Unerwünschtem – verglichen wird. Zu letzteren gehören zum Beispiel Stolz, Scham, Schuld, Demütigung, Hochmut, Neid oder Eifersucht.

Körperpsychotherapeutische Interventionen zielen in der Regel auf die Basisemotionen. Wenn man Blockierungen dieser Affekte löst, findet man einen Zugang zu dem freien affektiven Fluss, der in der neoreichianischen Körperpsychotherapie auch »vegetatives Strömen« genannt wird und eine Durchlässigkeit für körperliche Empfindungen und emotionale Bewegungen meint. Ausgehend von Wilhelm Reich standen in der Therapie anfangs Techniken im Vordergrund, die dem Körperausdruck und der kathartischen Abreaktion blockierter Emotionen dienten. Weiter unten werden wir ein differenzierteres Modell beschreiben. Zur Arbeit mit den komplexeren »me-emotions« dienen eher die kognitiv-emotionale Klärung oder szenisches Arbeiten, sofern man nicht die primären Affekte ansteuert, die oft in diesen Gefühlen enthalten sind, wie den Ärger im Neid, die Verzweiflung in der Arroganz oder die im Hochmut versteckte Angst. Intuitiv reagiert man auch im Alltag auf Affekte wie Trauer oder Wut mit körperlicher Zuwendung oder mit körperlicher Begrenzung oder Beruhigung, während man auf selbstreflexive Gefühle wie Neid, Eifersucht oder Scham mit Worten reagiert.

Aus körperpsychotherapeutischer Sicht können die beiden Emotionsklassen auch hinsichtlich ihrer Aktivierungskontur unterschieden werden. Vegetative Affekte haben eine zeitlich-zyklische Struktur. Clynes und Nettheim (1982) gehen

aufgrund musikwissenschaftlicher Forschungen von biologisch vorgegebenen dynamischen Formen aus. Vegetative Affekte entstehen und klingen ab, wenn auch unterschiedlich schnell oder langsam, heftig oder milde. Wenn sie persistieren, hat man es mit Symptomen einer Persönlichkeitsstörung zu tun, wie zum Beispiel bei einer chronifizierten Wut oder Angst. Wahrscheinlich gibt es ein intuitives Wissen um diese Abläufe, die uns bewerten lassen, ob wir einen Gefühlsausdruck in seiner Intensität oder Dauer einem Anlass gegenüber als angemessen erleben oder nicht. Auch Psychotherapeuten schätzen vermutlich auf diese Weise ein, wo sie eine Reaktion in dem breiten Spektrum von gesunden bis hin zu pathologischen Reaktionen einordnen. Denn Psychotherapeuten müssen sich in die jeweilige Aktivierungskontur eines Patienten einfühlen, wenn sie ihm helfen wollen, einen un abgeschlossenen emotionalen Prozess in der Therapie zu durchleben und abzuschließen.

Affektbewusstsein

Die Körperpsychotherapie zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass sie Mittel bereitstellt, den Prozess der körperlichen Exploration emotionaler Reaktionen (Was empfinde ich in einer Situation, und was sagt das über die Situation aus?) zu unterstützen oder über den Körper den Zugang zu emotionalen Reaktionen zu öffnen und deren Erleben zu vertiefen. Monsen und Monsen (1999, 2000) haben zum Beispiel einen Ansatz beschrieben, bei dem psychodynamische Körperpsychotherapie darauf zielt, »Affektbewusstsein« zu wecken. In einer Studie an Schmerzpatienten konnten sie zeigen, dass eine Behandlung mit diesem Ansatz zu starken Veränderungen im Affektausdruck und zu mehr Bewusstheit von Gefühlen wie Neid, Scham, Schuld oder Freude und zu einer geringeren Verleugnung emotionaler Konflikte führte. Downing (1996) vertritt einen Ansatz, bei dem über die Erkundung so genannter »Körper-Mikropraktiken« affektmotorische Schemata re-

organisiert werden. Auch das »Focusing« von Gendlin (1998) kann als Methode einer Affektexploration über den Körper angesehen werden, da Gendlin die Antworten zu emotional bedeutsamen Fragen in einem im Körper »gefühlten Sinn« (»felt sense«) sucht.

Affektiver Zyklus

In einem Modell eines zeitlich-zyklischen Verlaufs affektiver Prozesse (Southwell 1990, Geuter u. Schrauth 2001) lassen sich spezifische Abwehroperationen und Blockierungspunkte benennen und ihnen prozessbezogene Körperinterventionen zuordnen. In dem Modell wird

der Ablauf einer affektiven Erregung als eine Kurve oder ein Kreis dargestellt, bei dem von einem Ruhepunkt aus durch einen Stimulus eine Erregung erfolgt, die bei einem vollständigen Prozess zum Aufbau einer Erregungsspannung führt, anschließend zu einem Ausdruck oder einer Entladung mit darauf folgendem Erregungsabfall und einer Erholungsphase bis zu einem neuen Ruhepunkt. Das Modell schließt ein, dass affektive Prozesse

- vegetativ (Blutdruck, Herzfrequenz, Verdauung etc.),
 - muskulär (Mimik, Gestik, Haltung und Handlung) und
 - zentralnervös (Wahrnehmung, Gedanken, bewusst erlebte Gefühle)
- ablaufen (3 Ebenen in Abb. 53.1).

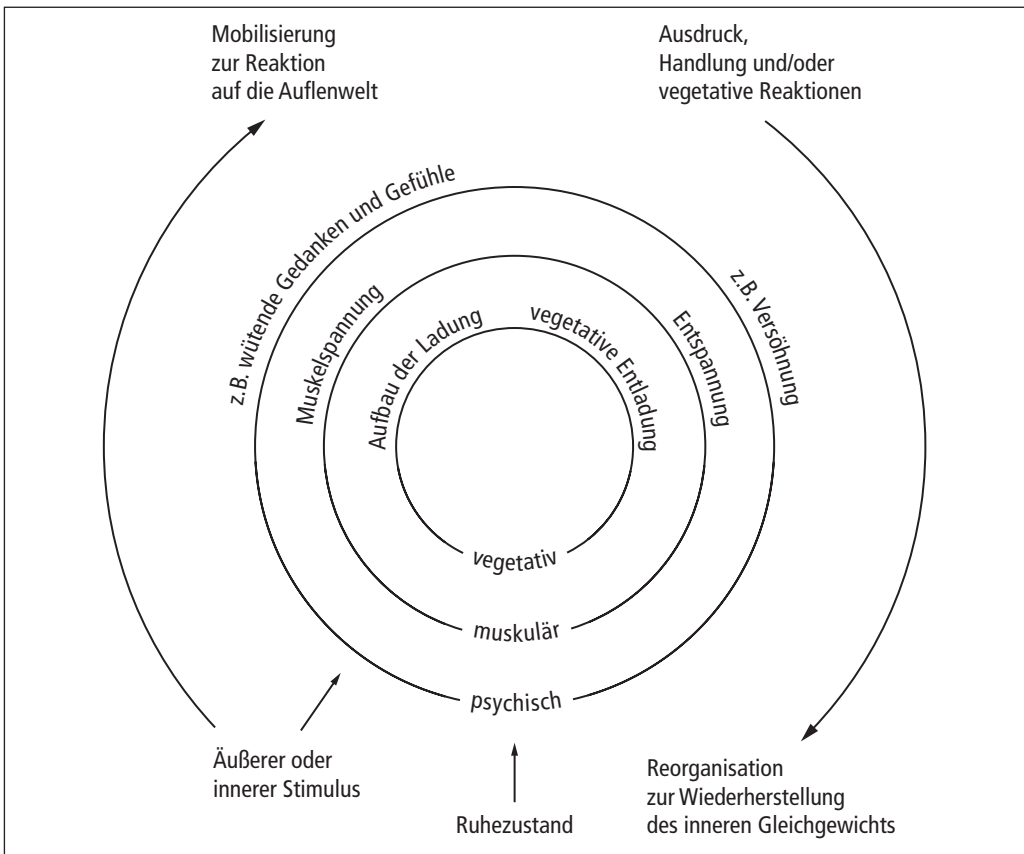


Abb. 53.1 Das Modell des affektiven Zyklus.

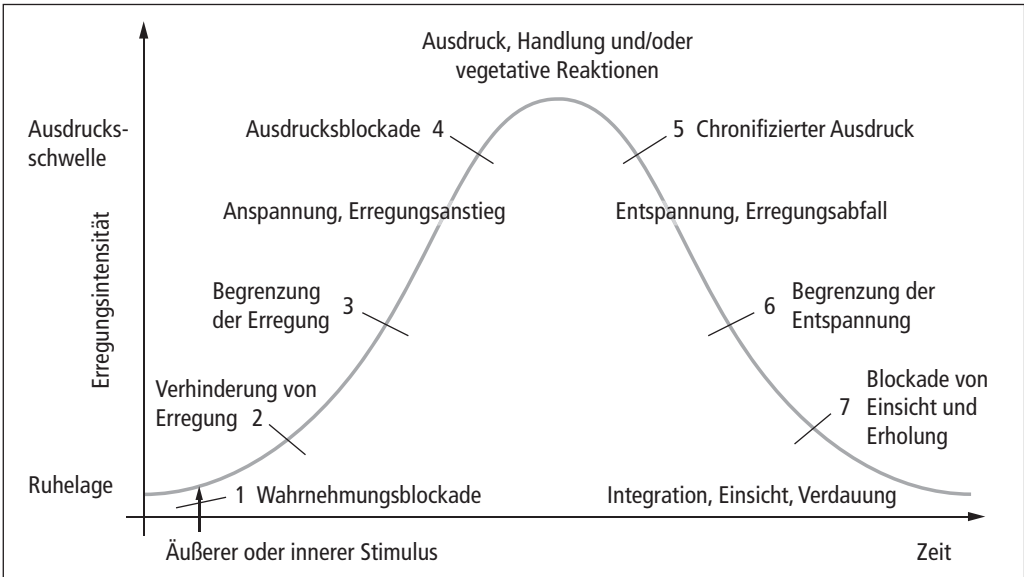


Abb. 53.2 Affektiver Zyklus als Kurve mit Blockierungspunkten.

Das Modell geht davon aus, dass der Erregungsanstieg zu Beginn eines affektiven Prozesses überwiegend eine Bewegung in Beziehung zu einem Objekt ist (auf das Objekt hin wie bei Neugier oder Freude, vom Objekt weg wie bei Ekel oder das Objekt weg vom Subjekt wie bei Wut), während der Erregungsabfall der affektiven Innenregulation in der Beziehung des Subjekts zu sich selbst dient. Wir unterscheiden idealtypisch sieben Punkte der Hemmung oder Blockierung (Abb. 53.2):

1. Ein Reiz und/oder der durch ihn ausgelöste Affekt wird nicht wahrgenommen.
2. Nach der Wahrnehmung eines Reizes kommt es zu keinem oder nur zu einem geringen Erregungsanstieg.
3. Die Erregung wird gedämpft, eine Emotion kann in ihrem Ausmaß nicht toleriert werden.
4. Der Ausdruck der emotionalen Erregung wird verhindert.
5. Ein Affektausdruck wird chronisch wiederholt, ohne dass es zu einer Lösung kommt.
6. Nach Ausdruck einer Gefühlserregung wird ein hohes Erregungsniveau aufrechterhalten.

7. Trotz Erregungsabfall kommt es nicht zu einer Reintegration und einer Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts.

In der Körperpsychotherapie gibt es eine Vielzahl von Interventionen, die dazu geeignet sind, Blockaden auf allen drei genannten Ebenen – vegetativ, muskulär und kognitiv-emotional – zu reduzieren, unabgeschlossene zyklische Abläufe zu vervollständigen und dadurch zu einer Selbstregulation zu kommen. Je nach Blockadepunkt sind unterschiedliche Interventionen in einem psychotherapeutischen Prozess indiziert:

- Die Blockierung der Wahrnehmung wird durch Techniken angegangen, die die Wahrnehmung von Empfindungen und Gefühlen unterstützen. Hierzu zählen Techniken zur Erkundung vegetativer Veränderungen oder körperlicher Mikropraktiken, z. B. Erspüren unwillkürlicher Bewegungen, Angebote zur Körpererfahrung in Ruhe und Bewegung ohne und mit Selbst- und Fremdbührung, die bewusste Erfahrung des Atmens oder die Technik, dass der Therapeut dem Körper des Patienten eine sichtbare Abwehr mit seinen

Händen abnimmt, damit er einen ursprünglichen Impuls spüren kann.

- Die grundsätzliche Strategie zur Behandlung von Blockaden des Erregungsaufbaus ist das so genannte »charging«. Der Patient wird zur Aktivität oder zum Aufbau einer Körperspannung ermutigt, die eine Erhöhung der emotionalen Spannung bewirkt. Hierzu dienen die Arbeit mit Bewegungen, zum Beispiel mit getanzten Emotionen in der Tanztherapie, mit Stresspositionen in der Bioenergetik, mit szenischen Inszenierungen oder Rollenspielen.
- Werden Emotionen, die sich aufgebaut haben, gebremst, zum Beispiel Tränen der Trauer, ängstliches Zittern oder freudige Erregung, besteht die körpertherapeutische Aufgabe darin, mit Hilfe von Worten und der emotionalen Präsenz des Therapeuten, gegebenenfalls auch mit Gesten, Berührungen oder körperlichem Halt dem Patienten zu helfen, ein Gefühl zu halten, damit es erlebt, gelöst und geklärt werden kann, ohne in ablenkende Aktivität zu verfallen.
- Wird aus Scham oder Angst vor möglichen Folgen der Ausdruck eines Gefühls unterbunden, kann der Therapeut zum verbalen und körperlichen Ausdruck des Gefühls einladen. Hierzu dienen Techniken der verbalen Konfrontation mit dem Objekt des Gefühls in der Vorstellung, wie sie aus der Gestalttherapie bekannt sind, Rollenspiele oder Interventionen zur Aktivierung des Affektausdrucks, wie zu schlagen, zu schreien oder sehnsüchtig die Arme auszustrecken. Bei diesen Interventionen muss der Therapeut den dafür nötigen Schutz bieten.
- Verharrt ein Patient chronisch in einem pseudokathartischen Ausdruck, besteht die therapeutische Aufgabe darin, den Wiederholungszwang zu explorieren, den dysfunktionalen Ausdruck zu unterbrechen und als Abwehr zu deuten, damit der Patient sein Verharren als eine Reaktion erkennen kann, die ihm jede Lösung versperrt. Für diese entdramatisierende Arbeit können als Körperinterventionen Techniken zur Arbeit am Kon-

takt mit der Realität im Hier und Jetzt dienen, zum Beispiel am Bodenkontakt oder am Kontakt mit dem Therapeuten.

- Wird ein hohes Erregungsniveau aufrechterhalten, obwohl ein Gefühl angemessen geäußert wurde, kommt es darauf an, emotionale Prozesse zu beruhigen und abzuschließen. Hierzu können ruhiges Sitzen, Entspannungsübungen, weiche Bewegungen oder bestimmte Formen der Massage beitragen.
- Zur verstehenden Integration dient die verbale Arbeit. Diese kann allerdings auf den Körper zurück bezogen werden, indem versucht wird, das kognitiv Verstandene auch im Körper zu spüren und das Wort immer wieder auf die Körperempfindung zu beziehen und vice versa, was als »verwurzeltes Sprechen« (Southwell 1990) bezeichnet werden kann.

Wir haben hier zu allen genannten Punkten einer Blockierung affektiver Prozesse mögliche Körperinterventionen benannt. An jeder Stelle des therapeutischen Prozesses nimmt aber die verstehende Arbeit mit dem Wort den weitaus größeren Raum ein.

Bei der körperbezogenen Arbeit mit starken Affekten ist die Affektabstimmung des Therapeuten wesentlich. Das heißt, der Therapeut muss auf Zeitabläufe achten und den »dynamischen Moment« treffen, an dem eine bestimmte Intervention hilfreich ist. Wird eine vom Ansatzpunkt her richtige Intervention zum falschen Zeitpunkt gesetzt, kann sie Blockierungen verstärken. Wir wissen aus dem Alltag, dass Trost nicht wirkt, wenn ein Mensch noch keine Trauer spürt oder wenn er selbst schon seine Trauer durchlebt hat. Oder dass es bei leichter Trauer unangemessen sein kann, einen Menschen in den Arm zu nehmen, und bei schwerer Trauer, nur mit ihm zu sprechen. Entsprechend gilt für den therapeutischen Prozess, sich auf den zeitlichen Rhythmus und die Intensität affektiver Prozesse eines Patienten einzustimmen. Um die seelische Abwehr zu lockern, bedarf es nicht nur bestimmter Techniken, sondern vor allem der Empathie und des resonanten Mitschwingens.

Literatur

- Banse, R. und K. R. Scherer (1996): Acoustic Profiles in Vocal Emotion Expression. *Journal of Personality and Social Psychology* 70, 614–636.
- Bloch, S., Lemeignan, M. und T. N. Aguilera (1991): Specific respiratory patterns distinguish among human basic emotions. *International Journal of Psychophysiology* 11, 141–154.
- Clynes, M. und N. Nettheim (1982): The living quality of music. Neurobiological patterns of communicating feeling. In: Clynes, M. (Hrsg.): *Music, Mind and Brain. The Neuropsychology of Music*. New York: Plenum Press, 47–82.
- Damasio, A. (1997): *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag. Engl.: (1994): *Descartes Error. Emotion, Reason and the Human Brain*. New York: Putnam.
- Döring-Seipel, E. (1996): *Stimmung und Körperhaltung. Eine experimentelle Studie*. Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.
- Downing, G. (1996): *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Downing, G. (2000): Emotion Theory Reconsidered. In: Wrathall, M. und J. Malpas (Hrsg.): *Heidegger, Coping, and Cognitive Science*. Boston: MIT Press, 245–270, (dt. (2003): *Emotion und Körper – Eine Kritik der Emotionstheorie. Psychoanalyse und Körper* 2).
- Gendlin, E. (1998): *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. München: Pfeiffer (engl. (1996): *Focusing-oriented Psychotherapy. A Manual of the Experiential Method*. New York: The Guilford Press).
- Geuter, U. und N. Schrauth (2001): Emotionen und Emotionsabwehr als Körperprozess. *Psychotherapie Forum* 9, 4–19.
- Keleman, S. (1992): *Verkörperte Gefühle. Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen*. München: Kösel, (engl. (1985): *Emotional Anatomy. The Structure of Experience*. Berkeley: Center Press).
- Kernberg, O. (1997): *Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. Stuttgart: Klett Cotta, (engl. (1992): *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven, London: Yale University Press).
- Klasmeyer, G. und W. F. Sendlmeier (1997): The classification of different phonation types in emotional and neutral speech. *Forensic Linguistics* 1/4, 104–124.
- Krause, R. (1996): Emotion als Mittler zwischen Individuum und Umwelt. In: Uexküll, T. v. et al. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München, Wien: Urban & Schwarzenberg, 252–261.
- Lowen, A. (1991): *Die Spiritualität des Körpers. Innere Harmonie durch Bioenergetik*. München: Heyne, (engl. (1990): *Spirituality of the Body. Bioenergetics for Grace and Harmony*. New York: Macmillan).
- Mandler, G. (1984): *Mind and Body: The Psychology of Emotion and Stress*. New York: Norton.
- Martin, L.L. und T. F. Harlow (1992): The Role of Bodily Sensations in the Evaluation of Social Events. *Personality and Social Psychology Bulletin* 18, 412–419.
- Monsen, J. T. und K. Monsen (1999): Affects and affect consciousness – a psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect and script theory within the framework of self-psychology. *Progress in Self-psychology* 15, 287–306.
- Monsen, K. und J. T. Monsen (2000): Chronic pain and psychodynamic body psychotherapy. A controlled outcome study. *Psychotherapy* 37, 257–269.
- Papousek, H. und M. Papousek (1979): The infant's fundamental adaptive response system in social interaction. In: Thoman, E. B. (Hrsg.): *Origins of the Infant's Social Responsiveness*. New Jersey: Hillsdale, 175–208.
- Reich, W. (1933): *Charakteranalyse*. Köln: Kiepenheuer & Witsch (1989).
- Reich, W. (1942): *Die Funktion des Orgasmus. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch (1987).
- Revenstorff, D. (1985): Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Interventionen. *Hypnose und Kognition* 2, Heft 2, 13–35.
- Revenstorff, D. (2000): Nutzung des Affekts in der Psychotherapie. In: Sulz, S. (Hrsg.): *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien, 191–215.
- Sendlmeier, W. (1997): *Phonetische Reduktion und Elaboration bei emotionaler Sprechweise*. In: Haase, M. und D. Meyer (Hrsg.): *Von Sprechkunst und Normphonetik*. Hanau, Halle/S.: Dausien, 169–177
- Southwell, C. (1990): *Biodynamische Psychologie*. In: Rowan, J. und W. Dryden (Hrsg.): *Neue Entwick-*

- lungen der Psychotherapie. Oldenburg: Transform, 198–221.
- Spangler, G. und M. Schieche (1998): Emotional and Adrenocortical Responses of Infants to the Strange Situation: The Differential Function of Emotional Expression. *International Journal of Behavioral Development* 22, 681–706.
- Spangler, G., Grossmann, K. E. und M. Schieche (2002): Psychobiologische Grundlagen der Organisation des Bindungsverhaltenssystems im Kleinkindalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 49, 102–120.
- Stepper, S. und F. Strack (1993): Proprioceptive Determinants of Emotional and Nonemotional Feeling. *Journal of Personality and Social Psychology* 64, 211–220, zit. nach Storch und Krause (2002).
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta, (engl. (1985): *The Interpersonal World of the Infant.*, New York: Basic Books).
- Storch, M. und F. Krause (2002): *Selbstmanagement – ressourcenorientiert*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Traue, H. C. (1998): *Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wallbott, H. (1998a): Ausdruck von Emotionen in Körperbewegungen und Körperhaltungen. In: Schmauser, C. und T. Noll (Hrsg.): *Körperbewegungen und ihre Bedeutungen*. Berlin: Berlin Verlag Arno Spitz, 121–135.
- Wallbott, H. (1998b): Bodily expression of emotion. *European Journal of Social Psychology* 28, 879–896.
- Wallbott, H. (1998c): Decoding Emotions from Facial Expression: Recent Developments and Findings. *European Review of Social Psychology* 9, 191–232.
- Yalom, I. (2002): *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: Goldmann btb, (engl. (2002): *The Gift of Therapy*. New York: Harper Collins).