

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

## Teil 2

Ulfrid 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 Damasio's 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 Damasio's 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 „Konzentrierte Bewegungstherapie“, „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 Stimmendrucks 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 Verzweigung 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-

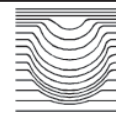
sichtbar hinter einer Platte lag und dieser nur den Arm eines anderen Affen dorthin gehen sah. Der beobachtende Affe musste also den Fortlauf der Bewegung des greifenden Affen zur Nuss hin phantasieren. Die Nervenzellen taten dabei etwas, das man psychologisch als Vollendung einer unterbrochenen Gestalt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

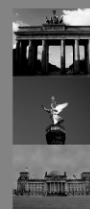
Fon 0711. 6781 421  
info@fortbildungsstelle-online.de  
www.fortbildungsstelle-online.de

**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, hirnhysiologisch 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