

U. Geuter und N. Schrauth

Emotionen und Emotionsabwehr als Körperprozess

Zusammenfassung In Auseinandersetzung mit der zeitgenössischen, insbesondere der psychoanalytischen Emotionsforschung legen die Autoren ihre Ansicht dar, dass emotionale Prozesse und Prozesse der Emotionsabwehr immer auch körperliche Prozesse sind. Unter Bezug auf Wilhelm Reichs Konzepte von Atemblockade und Muskelpanzerung als körperlichen Bestandteilen der seelischen Verdrängung sehen sie therapeutische Zugangswege zu abgewehrten Emotionen über den Atem, die Körperhaltung und die Bewegung. Sie unterscheiden die Arbeit mit den Basisemotionen oder „vegetativen Affekten“ von der Arbeit mit selbstreflexiven Gefühlen. Der Ablauf der affektiven Erregung folgt bei primären Emotionen einer zeitlich-zyklischen Struktur, die im biodynamischen Modell des „affektiven Zyklus“ beschrieben wird. Auf der Grundlage dieses Modells unterscheiden die Autoren unterschiedliche Arten der Blockierung des affektiven Flusses und diesen entsprechende Interventionstechniken zu ihrer Auflösung. Desweiteren erläutern sie die Begriffe der „dynamischen Entspannung“ und der „dynamischen Aktivität“ in ihrem Wert für den körperpsychotherapeutischen Umgang mit Basisemotionen.

Schlüsselwörter: Emotionen/Affekte, Emotionsforschung, Abwehrtheorie, Körperpsychotherapie.

Emotions and defence of emotions as body processes

Abstract Debating current research on emotion especially psychoanalytic theory of affects the authors argue that emotional processes and processes of defence of emotions coincide with bodily processes. Wilhelm Reich's concepts of breathing block and muscle armouring as bodily correlatives of repression are used for approaching defenced emotions in psychotherapy by facing breath, body posture and movement. Work with primary emotions or "vegetative affects" is distinguished from work with self-reflective feelings. Affective excitation has a time course and a cyclic structure which can be described by the biodynamic model of the "affective cycle". On the basis of this model the authors discriminate various points of blocks in the affective flow and relate them to different techniques of psychotherapeutic intervention. Moreover they deal with the concepts of "dynamic release" and "dynamic activity" in a model for body-psychotherapeutic work with the primary emotions.

Keywords: Emotions/affects, emotion research, theory of defence, body psychotherapy.

Les émotions et les défenses associées en tant que processus corporel

Résumé Au début de la psychanalyse s'est situé le travail de catharsis sur des affects refoulés. Mais au moment où fut élaborée la théorie des pulsions, la manière dont la psychanalyse percevait théoriquement les affects est de plus en plus passée en second plan. Ce n'est que ces dernières années que l'on a à nouveau attribué plus grande importance à cette dimension et débattu du travail thérapeutique sur les affects. L'article présente quelques idées concernant la manière dont les méthodes corporelles peuvent enrichir le processus, en travaillant sur le refoulement des affects.

Wilhelm Reich avait signalé il y a longtemps déjà que les processus de défense et surtout le refoulement

s'accompagnent de manifestations végétatives et musculaires. Il montra en particulier comment des processus corporels – la réduction de la respiration surtout – permettent de refouler des émotions de toutes sortes. Reich en conclut que du point de vue de la technique de traitement, il devait s'agir de surmonter les défenses contre les affects en travaillant sur le corps. Par contre, la théorie psychanalytique dans son état actuel porte trop peu attention à l'aspect somatique des processus affectifs. Les résistances sont décrites de manière essentiellement cognitive, bien que la théorie moderne des affects reconnaisse que les émotions sont faites de différentes composantes, incluant des processus motorico-expressifs et végétatifs

en plus des aspects perception et désignation. La recherche psychologique a démontré à plusieurs reprises que, par exemple, la posture du corps influence directement la manière dont le contenu affectif d'une situation est vécu. D'autres études ont montré que, par exemple, les patients souffrant de maux de tête tendent plus leurs muscles que des personnes faisant partie d'un groupe de contrôle, tout en ayant un comportement moins expressif. Harald Traue écrit qu'un travail musculaire permet d'éviter de participer émotionnellement. Il considère donc l'inhibition des émotions comme un facteur pathogène important et se déclare partisan d'une réhabilitation des techniques d'expression en psychothérapie.

Différents auteurs distinguent deux groupes d'émotions. Celles dites fondamentales, c'est-à-dire les affects végétatifs comme la colère, la tristesse ou la joie; elles ont une forte intensité et une durée brève, interrompent les activités de la personne et sont en général accompagnées de réactions végétatives relativement fortes. Un deuxième groupe inclut les émotions dites conceptuelles (centrées sur la réflexion de soi) comme la fierté, la honte ou la culpabilité et sont dirigées contre celui qui les produit. En règle générale, les interventions centrées sur le corps, comme par exemple les techniques cathartiques, s'orientent vers les «affects végétatifs», alors que pour intervenir au niveau d'émotions plus complexes on utilise plutôt des moyens scéniques ou l'élucidation de type cognitivo-émotionnel.

Notons en outre que les émotions végétatives manifestent une structure cyclique (dimension temps) ou, si l'on veut, un certain schéma d'excitation qui a été décrit par un modèle biodynamique du «cycle émotionnel-vasomoteur». Selon ce modèle, le dérou-

lement des processus d'excitation affective peut être perçu comme un cercle: à partir d'un point de repos, un stimulus provoque un émoi qui s'exprime ou se décharge, puis diminue; il y a ensuite phase de récupération et retour à un nouveau point de repos. Le modèle indique que des changements se produisent aux trois niveaux du système végétatif, de l'action des muscles et des structures neuronales gouvernant la perception, la cognition et l'expérience consciente des émotions. Le déroulement de ces processus peut être bloqué à différents points du cycle et aux différents niveaux. La psychothérapie corporelle utilise des interventions spécifiques, permettant de débloquent le déroulement des affects à différents niveaux. Elles peuvent être décrites brièvement comme suit: 1. perception, 2. activation, 3. 'holding', 4. permettre l'expression et la catharsis, 5. élimination d'expressions et d'états affectifs dysfonctionnels, 6. détente, intégration et élucidation. Le travail psychothérapeutique incluant le corps ne requiert pas seulement des techniques adéquates; il faut aussi qu'il tienne compte du rythme et du schéma d'intensité des déroulements affectifs («timing»).

Au moment d'aborder les mécanismes somatiques de défense, il est également utile de connaître les concepts de «détente dynamique» et «d'activité dynamique», qui permettent de distinguer les états normaux de détente et d'activité des états manifestant des aspects émotionnels dynamiques. Le terme de «détente dynamique» signifie, par exemple, que des techniques corporelles de traitement permettent de toucher le niveau profond de détente recouvert par le mécanisme de défense; elles provoquent quelque chose dans le sens où du matériel inconscient est amené à la surface.

Am Anfang der Psychotherapie stand die Arbeit mit der Wiederbelebung von Gefühlen, die in der Situation, in der die hysterischen Symptome von Anna O. und anderen Patientinnen entstanden waren, nicht hatten ausgedrückt werden können. Breuer und Freud glaubten, dass die Symptome verschwanden, „wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekte Worte gab“ (1895, S. 4). Sie nannten dieses Verfahren die „kathartische Methode“. Die Arbeit mit den Affekten jedoch ging der Psychoanalyse mehr und mehr verloren, als sich das Konzept der Triebe und der inneren Triebkonflikte in den Vordergrund schob. Erst in den sechziger und siebziger Jahren begann sich dies zu ändern, als die Authentizität des Fühlens wieder betont und das Fühlen als Quelle der Orientierung angesehen wurde. Die damalige Wiederkehr des Gefühls, meint Hochschild (1996, S. 229 f), hat gesellschaftliche Gründe: Die Menschen würden heute im „Sog der größeren Freiheiten“ ihre Gefühle mehr schützen und seien ängstlicher, weil die Beziehungen unzuverlässiger wurden; infolgedessen nähmen die Schwierigkeiten mit der Bewältigung des Gefühlshaushaltes zu. Gleichzeitig könnte es sein, dass mit der Zunahme der Lebensqualität auch eine neue Qualität des emotionalen Lebens angestrebt wird. Jedenfalls begann man auch in Teilen der Psychotherapie wieder mehr über die Emotionen nachzudenken.¹

Störungen des emotionalen Befindens, Schwierigkeiten in menschlichen Beziehungen, Körpersymptome und körperliche Krankheiten führen heute Menschen vielfach in eine Psychotherapie. Diese Leiden sind zu einem wesentlichen Teil auf eine gestörte Fähigkeit zur Regulation der Emotionen zurückzuführen. Die Regulation emotionaler Prozesse ist ein körperlich-seelischer Prozess mit zwei Funktionen: einer kommunikativen Funktion und einer adaptiven Funktion (Döring-Seipel, 1996, S. 9). Sie erlaubt einerseits, die Beziehungen zu Menschen und zu Dingen zu gestalten, was wir als Außenregulation oder als Regulation des Ich mit dem Anderen bezeichnen können, und andererseits den Um-

Wir benutzen die Begriffe „Emotion“ und „Gefühl“ in einem übergreifenden Sinn, den Begriff „Affekt“ in einem spezifischeren Sinne für die sogenannten „Basisemotionen“ oder primären Emotionen (siehe weiter unten).

gang mit sich selbst, den eigenen körperlich-seelischen Bedürfnissen wie Schlaf, Essen, Bewegung, geistige Aktivität, Ruhe und Entspannung, die vegetative Steuerung körperlicher Prozesse (Atmen, Kreislauf, Verdauung) und die Steuerung von Entscheidungsprozessen und Handlungen, was wir als Innen- oder Selbstregulation bezeichnen. Da seelische Störungen mit einer Dysregulation emotionaler Prozesse einhergehen, ist ihre Regulation ein wesentliches Thema für jede Psychotherapie.

Emotionale Prozesse sind Prozesse, die im Organismus auf allen Ebenen seiner Existenz stattfinden. Auch der Körper ist daran beteiligt. Angesichts der Aufwertung des Körpers in der Moderne könnte man denken, dass diese Sicht selbstverständlich ist. Aber es wird oft übersehen, dass der Körper gleichzeitig mehr und mehr zur Maske wird und als fühlender Körper verloren geht. In der Psychotherapie treffen wir beispielsweise vermehrt Störungen an, die am Körper inszeniert werden, wie selbstverletzendes Verhalten oder Magersucht. Aber dennoch befasst sich die Psychotherapie in der Behandlung nur wenig mit dem Körper. So werden in manchen psychotherapeutischen Schulen wie zum Beispiel der „Interpersonellen Psychotherapie“ (Schramm, 1998) zwar Körpersymptome und körperliches Verhalten angesprochen, aber nicht das Körpererleben. Auch in der neueren psychoanalytischen Diskussion, in der das Thema Affekte boomt, wird nur wenig über den körperlichen Aspekt emotionaler Prozesse gesprochen. Körperpsychotherapeutische Konzepte wie das der „Affektabwehr“ oder körperbezogene Techniken zur Arbeit mit den Affekten stoßen auf Ablehnung oder werden nicht einmal erwähnt, Körperreaktionen oft nur als „Affektäquivalente“ verstanden, als wären sie unreife Vorstufen und nicht untrennbarer Bestandteil von Gefühlen.

Insbesondere im Zusammenhang mit den Diskussionen um die sogenannten „frühen Störungen“ haben aber auch innerhalb der Psychoanalyse Überlegungen zugenommen, den Körper in die Behandlung einzuführen (vgl. Geißler, 1998; Scharff, 1995). Diese Störungen verlangen nach neuen Wegen der Behandlung. Denn bei den frühen Störungen kommt es nicht nur zu einer neurotischen Unterdrückung der Gefühle, sondern auch zu einem „Verlust von Signalaffekten“ (Krause, 1996, S. 196) und das heißt zu einem Verlust der Bandbreite des Fühlens. Die Wiederbelebung des Fühlens nach Traumatisierungen oder bei sogenannten Charakterneurosen war auch der Ansatzpunkt, von dem aus in der Psychoanalyse Ferenczi und Reich als erste zu körperbezogenen Behandlungstechniken übergingen.²

Wir möchten in diesem Aufsatz einige Argumente dafür anführen, dass die körperbezogene Arbeit an der Emotionsabwehr die Psychotherapie bereichern kann. Wir greifen dabei auf den Ansatz von Reich und der neoreichianischen Körperpsychotherapie (Bioenergetik, Biodynamik, Biosynthese u.a.) zurück, in der die Arbeit mit den körperlich erlebten Affekten traditionell betont wird. Der wesentliche Beitrag aus dieser Richtung der Psychotherapie besteht Koemeda-Lutz zufolge

darin, „den Niederschlag emotionaler Erfahrungen sowie der dazugehörigen Reaktionsbildungen in somatischen Strukturen als Grundhaltungen systematisch untersucht zu haben“ und spezielle Übungen entwickelt zu haben, „um diese Haltungen bewusst werden zu lassen und unter Umständen auflösen zu helfen“ (1995, S. 232).

Abwehr und Panzer

Die Arbeit von Reich zielte schon früh auf die Analyse von Abwehr und Widerstand. Aufgrund der Erfahrung, dass manche Analysen fruchtlos verliefen, fragte Reich in den zwanziger Jahren nach einer Systematisierung der Behandlungstechnik, insbesondere der Arbeit am Widerstand. Bis dahin hatte man die Patienten belehrt, Widerstände besser fallen zu lassen, oder war mit den Deutungen unmittelbar auf die verdrängten Es-Impulse zugesteuert (Büntig, 1982, S. 262). Reich plädierte für die Arbeit vom Ich her: das Verdrängte von der Abwehr und nicht vom Trieb her aufzulockern (1933, S. 402, 410). Analysen zogen sich hin, so nahm er an, weil charakterliche Haltungen im Dienst der Abwehr Veränderungen verhinderten, zum Beispiel eine höfliche Erstarrung oder eine übermäßige Affektiertheit (vgl. Geuter und Schrauth, 1997, S. 197 ff). Reich sprach in diesem Zusammenhang von einem Charakterpanzer. Nur wenn man mittels der Technik der Charakteranalyse die verschiedenen Schichten der Abwehr durcharbeite und den Charakter selbst analysiere, käme man schließlich zum verdrängten Triebwunsch.

Bei der Charakteranalyse handelte es sich um eine modifizierte analytische Behandlungstechnik, die später als Widerstandsanalyse in die klassische analytische Technik einging. Erst später ging Reich zur Behandlung am Körper über, und zwar nachdem ihm deutlich geworden war, dass dem Charakterpanzer auch ein Körper- oder Muskelpanzer entsprach. Reich nahm an, dass beide Panzerungen die Funktion hätten, unerwünschte Vorstellungen und Affekte fernzuhalten; sie sind in Hinsicht auf die Abwehr „funktionell identisch“. Später schrieb er: „Ich konnte mich am Ende dem Eindruck nicht entziehen, dass die körperliche Verkrampfung das wesentlichste Stück am Verdrängungsvorgang darstellt. Unsere Patienten berichten ausnahmslos, dass sie Perioden in der Kindheit durchmachten, in denen sie es durch bestimmte Übungen im vegetativen Verhalten (Atem, Bauchpresse etc.) lernen, ihre Hass-, Angst- und Liebesregungen zu unterdrücken ... Gerade der physiologische Vorgang der Verdrängung verdient unsere schärfste Aufmerksamkeit“ (Reich, 1942, S. 226). Nach diesen Beobachtungen ist der Abwehrvorgang der Verdrängung nicht nur ein kognitiver, sondern auch ein körperlicher Vorgang, nämlich Muskelarbeit. Denn es werden im Prozess der Abwehr nicht nur Vorstellungen aus dem Bewusstsein abgeschoben, sondern auch Handlungsimpulse unterbunden. Wenn sich beispielsweise ein Kind seine Nähewünsche versagen muss, dann gehört dazu, dass es mit seinen Wünschen auch seine Arme zurückzieht. In der muskulären Verkrampfung, meinte daher Reich, sei die Geschichte der Verdrängung enthalten. Man kann diesen Gedanken dahingehend

² Groddeck hatte schon vor ihnen bei psychosomatischen Patienten die Arbeit am Körper mit der analytischen Arbeit verbunden (vgl. Downing, 1996, S. 346 ff; Geuter, 2000b).

erweitern, dass erstarrte Haltung und eingeschränkte Beweglichkeit des Körpers die Geschichte unterschiedlicher Abwehrvorgänge enthalten, von denen Verdrängung einer ist.

Reich postulierte verschiedene neurotische Charakterstrukturen, die er seelisch und körperlich beschrieb. Er unterschied den hysterischen, den phallisch-narzisstischen, den masochistischen und den Zwangscharakter. Lowen (1981, 1988) führte später eine modifizierte Klassifikation ein. Außerdem entwickelte Reich (1948, S. 485ff) ein Modell der segmentären Anordnung des Panzers in sieben horizontalen ringförmigen Zonen, die er in Verbindung mit bestimmten Ausdrucksbewegungen brachte: das okulare Segment zum Beispiel mit Schreck, Trauer und Weinen, das orale Segment mit Weinen, Verlangen zu saugen, Würgen, Beißen, Brüllen, bis hin zum Segment von Becken und Beinen, wo Angst und Wut gebunden seien.³

Anhand des Zwangscharakters beschrieb Reich eine Abwehroperation, die er „Affektsperr“ nannte. Hierbei sind die Vorstellungen von den Affekten abgespalten; der Patient bleibt von allem unberührt, er wirkt gehalten und unzugänglich, wie eine „lebende Maschine“ (1933, S. 250, 264 ff). Später sprach Reich davon, wie auf körperlichem Weg Emotionen jeder Art unterdrückt werden, unabhängig von einer bestimmten Charakterstruktur. Als „wichtigstes Werkzeug“ zur Unterdrückung von Emotionen bezeichnete er die chronische Haltung des Einatmens und die daraus resultierende Panzerung des Brustkorbs, die mit emotionalem An-sich-Halten und emotionaler Unbewegtheit einhergehe (1948, S. 493).

Dahinter stand ein Modell des Konfliktes zwischen Erregung und Hemmung, das Anfang des Jahrhunderts die Theoriediskussionen zur Nerventätigkeit in der Neurologie beherrschte (Traue, 1998, S. 19 ff), wie zum Beispiel die Theoriebildung bei Pawlow, und das auch für die frühe psychoanalytische Theoriebildung leitend war. Reich sah den Kern der Neurose in einer Hemmung des orgasmischen Erlebens, während bei seinem Zeitgenossen Schultz-Hencke die Hemmung jeglichen „Antriebserlebens“ im Vordergrund stand. Die Vorstellung, die unterdrückte Sexualität oder, allgemeiner noch, unterdrückte Gefühle aus ihrem Panzer zu befreien, machte Reich in den 60er und 70er Jahren wieder attraktiv. In der frühen humanistischen Selbsterfahrungsbewegung gehörte es zu den Idealen, jede Abwehr aufzugeben oder gar aufzubrechen, damit man ursprüngliche Lust erleben und leben kann.

Krauses Kritik am Konzept der Affektabwehr

Anders als Reich beschreibt die Psychoanalyse Abwehrmechanismen wie Hemmung, Verleugnung, Verdrängung, Spaltung, Projektion, Dissoziation, Identifikation, Introjektion, Rationalisierung weitgehend als kognitive Operationen gegen Affekte, andere wie Reaktionsbildung auf der Ebene von Handlungen. Körperlich

dagegen werden die Abwehrmechanismen kaum beschrieben. Dies zeigt sich etwa in Krauses Darstellung der modernen psychoanalytischen Affektforschung (1998, S. 224 ff). Krause möchte Reichs Begriff der „Affektabwehr“ aufgeben, da dieser sehr unspezifisch sei (1998, S. 245, 247). Allerdings benutzt er ihn selbst (ebd., S. 246), wenn er den Abwehrmechanismus der „Affektersetzung“ beschreibt. Bei der „Affektersetzung“ hält ein Affekt einen anderen im Schach, zum Beispiel in der von Tomkins beschriebenen „Anti-Scham-Reaktion“, bei der Menschen körperlich eine Haltung von Triumph oder Stolz herstellen, die sie die Scham nicht fühlen lässt. Als Unterform der Affektersetzung benennt Krause die „Affektumkehr“. Hier ersetzt oder überlagert bei zwei antagonistischen Affekten der eine den anderen, zum Beispiel das Lachen die Trauer, was sich auf der Verhaltensebene durch Maskierung äußert (ebd., S. 248). Krause benennt auch körperliche Korrelate, wenn er schreibt, die Affektersetzung zeige sich „in bestimmten chronifizierten Körperhaltungen und Mikroprozessen, die alle energieverbrauchend sind“ (ebd., S. 245): „Die Supponierung von Affekten ist körperliche Arbeit, und chronische Anspannung ist die Folge davon“ (ebd., S. 246).

Krause kritisiert nicht nur theoretisch, sondern auch in therapeutischer Hinsicht die „modernen Körpertherapien“ und die Gestalttherapie. Seine Argumente berücksichtigen allerdings nicht die theoretischen und handlungstechnischen Reflexionen, die es in der Körperpsychotherapie mittlerweile gibt. Als erstes führt er an, dass es andere Formen der Abwehr außer der Affektabwehr gebe und dass „durch die Aufhebung der Affektblockierung die anderen Formen der Abwehr nicht automatisch enden“ (ebd., S. 247). Dies dürfte in der Körperpsychotherapie common sense sein, während Krause es unverständlichere als Kritik formuliert. Wenn er unterstellt, in vielen Therapieformen gelte ein gewalttätiges „Knacken der Panzerung“ (ebd., S. 248) als Therapieziel, dann mag dies auf die Encountergruppen der 70er Jahre zutreffen, kaum aber auf differenzierte Überlegungen zur therapeutischen Veränderung in der heutigen Körperpsychotherapie (vgl. Geuter, 2000a).⁴

Krause gibt aber auch ein positives Argument für die expressive Arbeit mit den Affekten, wenn er schreibt: „Allerdings hat die Affektabwehr einen besonders gravierenden Einfluss auf das Gedächtnis, sodass die Wiederkehr des körperlich abgewehrten Affektes im Allgemeinen schon dazu führt, dass die kognitiv funktionierenden anderen Abwehrmechanismen, sofern sie an das Gedächtnis gebunden sind, in ihrer Wirksamkeit nachlassen. Von daher gelingt es eben häufig, in solchen ‚kathartisch‘ genannten Zuständen Verdrängungen, Verleugnungen etc. zu lockern“ (ebd., S. 247). Wir könnten das nicht besser sagen.

Aber nicht erst auf der Ebene der Behandlung, schon auf der Ebene der Theorie der Abwehr sollte die körperliche Seite emotionaler Prozesse berücksichtigt wer-

³ Für das Segment des unteren Bauches fehlt in der „Charakteranalyse“ eine entsprechende Zuordnung zu Ausdrucksbewegungen. Reich hält den Anspruch, die Zonen von Ausdrucksbewegungen herzuleiten, nicht durch.

⁴ Auch weitere Argumente, die wir hier nicht alle wiedergeben, betreffen eine Praxis von vor über 20 Jahren und laufen unserem Verständnis von Körperpsychotherapie nach ins Leere.

den. Vorstellungen und ihre Verdrängung sind nicht unabhängig vom Körper. Denkinhalte werden aus Körpergefühlen gespeist (Gendlin, 1993) und ihre Verdrängung ist auch ein körperlicher Vorgang.⁵ Aber nicht nur die Verdrängung, auch andere Abwehrprozesse gehen mit körperlichen Anstrengungen und Veränderungen einher. Lowen (1990a) hat das eindrücklich für die Spaltung bei der schizoiden Struktur beschrieben. Für die Abwehrtheorie ist aber insbesondere wichtig, dass es eine körperliche Unterdrückung der Fühlfunktion gibt, die Emotionsabwehr, die zur Folge hat, dass man Affekte nicht mehr symbolisch wahrnimmt, auch wenn sie sensorisch ausgelöst werden (vgl. Dornes, 1993, S. 128 f).

Körper, Ausdruck und Emotion

Der Zusammenhang zwischen Körperhaltungen oder Bewegungen und Emotionen wurde bislang nur wenig empirisch erforscht. In den zwanziger und dreißiger Jahre trug die deutsche Ausdruckspsychologie systematische Beobachtungen zur Bedeutung von Mimik, Gestik und Stimme zusammen. Sie baute auf der Lehre von Klages auf, dass jede Ausdrucksbewegung als „Gestalt einer seelischen Regung“ aufzufassen sei. Die Bedeutung einer Ausdrucksbewegung wollte Klages im eigenen inneren Nachvollzug erschließen, während sie sich nach Lersch, dem damals bekanntesten deutschen Ausdruckspsychologen, aus der objektiven Funktion eines Ausdrucksorgans ergab (vgl. Geuter, 1984, S. 161 ff). Die damalige Ausdruckspsychologie war allerdings vor allem auf militärische Auswahldiagnostik orientiert und daher statisch darauf bezogen, vom Ausdruck auf den Charakter im Sinne von angeborenen Persönlichkeitszügen zu schließen. Die Geschichte von Körperhaltungen als Schlüssel zum Verständnis von Abwehrvorgängen war nicht ihr Thema.

Die moderne experimentelle Forschung hat sich viel mit dem Zusammenhang von Emotion und Mimik befasst, insbesondere in den Systemen zur Kodifizierung von Emotionen aus Gesichtsbewegungen, aber kaum mit der Körpersprache (Döring-Seipel, 1996, S. 18 ff). Dornes (1993, S. 113 ff). gibt einen Überblick über die Forschungen zum Erkennen von Emotionen im Gesichtsausdruck der Säuglinge. Er weist darauf hin, dass Emotionen auch an motorischen Verhaltensweisen zu erkennen sind (ebd., S. 119, 125 f, 130), dazu liegen aber keine Forschungsergebnisse vor. Allerdings konnten Psychologen in Experimenten an Erwachsenen zeigen, dass Körperhaltungen auf die emotionale Verarbeitung von Erfahrungen einwirken. Wenn jemand in gebeugter Körperhaltung ist, steigen bei Erfolgserfahrungen seine Depressionswerte mehr an als bei Menschen, die eine Misserfolgserfahrung in expansiver Körperhaltung machen (Riskind; zit. n. Döring-Seipel,

1996, S. 37). Da bei entsprechenden Experimenten nicht erkennbare, kaschierte Manipulationen der Körperhaltung vorgenommen werden, muss man davon ausgehen, dass die propriozeptive Wahrnehmung das emotionale Erleben unmittelbar beeinflusst, ohne dass dies bewusst wahrgenommen und benannt wird. Döring-Seipel (1996) fand heraus, dass Versuchspersonen in gebeugter oder expansiver Körperhaltung jeweils unterschiedliche Geschichten zu einer mehrdeutigen Bildvorlage erzählen. Auch der Entwurf eines Selbstbildes unterschied sich deutlich je nach eingenommener Haltung. Sie schließt daraus, dass Körperzustandsinformationen unmittelbar emotionale Schemata ansprechen.

Wie Körperbewegungen Informationen über Emotionales vermitteln, verdeutlicht auch die Bindungsforschung. Die Bindungsforscher studieren die inneren Arbeitsmodelle von Bindung bei Kindern gerade an deren körpersprachlicher Reaktion. Sicher gebundene Dreijährige zeigen beispielsweise in einer Spielsituation einem Kontrahenten, gegen den sie verlieren, ihr trauriges Gesicht. Unsicher gebundene Kinder hingegen wenden ihr trauriges Gesicht vom Spielpartner ab (Grossmann 1995, S. 196). Darin kann sich die Entstehung eines körper-seelischen Abwehrmusters zeigen.

Dass motorisch-expressive Vorgänge ebenso wie physiologische Veränderungen Teil emotionaler Prozesse sind, ist heute in der Psychologie unstrittig, auch wenn es in den letzten Jahrzehnten Mode gewesen ist, kognitive Bewertungen allein als Grundlage von Emotionen anzusehen. Seit hundert Jahren aber gibt es eine Diskussion über die Art der Beziehung zwischen dem körperlichen Ausdruck einer Emotion und ihrem Erleben. Entgegen der schon sprachlich naheliegenden Vorstellung, dass im Ausdruck sich etwas Innerliches, innerlich Wahrgenommenes nach außen mitteilt, meinte William James (1884), dass die körperliche emotionale Reaktion dem Erleben vorausgeht und daher die Emotion eine Wahrnehmung der körperlichen Erregung sei. Cannon kritisierte diese Theorie später dahingehend, dass sowohl die Ausdrucksreaktion als auch das Erleben zentralnervös ausgelöst würden (Schonecke und Herrmann, 1996, S. 176; Ulich, 1988, S. 128). Heute nehmen manche Forscher wie Tomkins und Izard an, dass Emotionen durch ein Feedback der im Gesicht innervierten Muskeln differenziert werden, die ein subkortikales Affektprogramm aufgrund von Reizen aktiviert. Den Theorien gemeinsam ist die Annahme, dass expressiv-motorische Muster eine Rückmeldung über die Art der Emotion geben, wobei fast ausschließlich von der Mimik ausgegangen wird. Scherer (1990, S. 3) dagegen hält die Frage, ob das Gefühl erst aus der Wahrnehmung einer vorhergehenden Erregung im Körper entsteht, für unfruchtbar, da er Emotionen als einheitlichen Prozess mit verschiedenen Komponenten ansieht. Dornes geht entwicklungspsychologisch davon aus, dass die Konkordanz von Ausdruck und Gefühl primär ist und es erst später zu einer Trennung beider kommen kann (1993, S. 121, 124 ff). Ein affektiver Austausch ist an Mimik und Körperbewegungen gebunden, ohne sie bleiben Affekte kalt. Die von Stern (1992) beschriebene affektive Feinabstimmung zwischen Mutter und Kind ist ein Tanz von Stimme und Bewegung.

⁵ Interessant wäre es, diese These anhand der Ergebnisse der Hirnforschung weiterzuverfolgen. Damasio schreibt, dass der Körper „möglicherweise das unentbehrliche Bezugssystem für die neuronalen Prozesse bildet, die wir als Bewusstsein erleben“ oder dass er „ein Grundthema für Repräsentationen im Gehirn“ sei (1997, S. 17 f).

In der Tradition der alten sogenannten James-Lange-Theorie⁶ steht der Reich-Schüler Alexander Lowen. Denn Lowen bezeichnet Emotionen als die Wahrnehmung innerer Bewegungen des relativ flüssigen Körpers oder allgemeiner eines körperlichen Geschehens (1981, S. 40, 42; 1990b, S. 85). Er geht also davon aus, dass ein körperlicher Prozess grundsätzlich dem Gefühl vorausgeht und dieses erst durch die Wahrnehmung zustande kommt.⁷ Körper und Seele bleiben aber in einer Vorstellung getrennt, die Seelisches erst aus der Wahrnehmung des Leiblichen entstehen lässt – als wäre das seelische Gefühl nicht auch schon die körperliche Veränderung selbst (vgl. Bischof, 1989, S. 190 f).⁸ Diese Position, die den Körper als primär setzt, gibt Lowen die fragwürdige Rechtfertigung dafür, dass alle Arbeit an den Affekten vom Körperlichen auszugehen habe. Ihr entsprechend glauben manche Körperpsychotherapeuten, dass die körperliche Abfuhr von Affekten allein zu einer gesunden Affektregulation führen kann.

Vegetative Affekte und selbstreflexive Gefühle

Was Lowen allgemein zu den Emotionen schreibt, scheint er zumindest für die sogenannten „vegetativen“ Affekte oder „perzeptuellen Emotionen“ wie Wut, Trauer oder Angst zu denken, von denen er „Gefühlszustände“ wie Demütigung, Stolz, Scham oder Schuld abgrenzt, die er in Verbindung mit kognitiven Prozessen wie der Selbsteinschätzung eines Menschen sieht (1990b, S. 99; vgl. Boadella, 1996, S. 11; Traue, 1998, S. 341). Lowen nimmt damit eine Unterscheidung vor, die in der Emotionspsychologie gängig und für die Körperpsychotherapie von großer Bedeutung ist. Allgemein werden zwei Klassen von Emotionen unterschieden (Abb. 1). Was Ekman und Friesen die Basisemotionen genannt haben, bezeichnet Kernberg (1997, S. 16 f) als Affekte, während er bei komplexeren Affekten von Emotionen oder Gefühlen spricht. Krause (1996, S. 252) unterscheidet die eher situativen, unterbrechenden Affekte von hoher Intensität und eher kurzer Dauer wie Angst, Ekel, Wut oder Trauer, die „Interrupt-Affekte“, von den strukturellen Affekten oder selbstreflexiven „me-emotions“, die auf den Produzenten gerichtet sind. Lowens Begriff der „vegetativen Affekte“ trägt der Tat-

sache Rechnung, dass erstere in der Regel von stärkeren vegetativen Reaktionen begleitet sind. Birbaumer stellt aus Sicht der psychophysiologischen Forschung fest, „dass emotionspezifische vegetativ-muskuläre Reaktionen eine wesentliche Voraussetzung für das Zustandekommen intensiver Gefühlsreaktionen sind“ (zit. nach Doubrawa, 1991, S. 56).

Aus körperpsychotherapeutischer Sicht ist wichtig hervorzuheben, dass beide Emotionsklassen augenscheinlich unterschiedliche Aktivierungskonturen haben. Vegetative Affekte, auf so unterschiedliche Art sie auch subjektiv ausgelöst werden, haben eine zeitlich-zyklische Struktur, die „me-emotions“ dagegen nicht. Sie treten heftig auf und unterbrechen andere Abläufe, was Krause in dem Begriff „Interrupt-Affekte“ einfängt, ihr Verlauf folgt einer vorgegebenen Form und sie klingen wieder ab. Wenn sie andauern, ohne abzuklingen – wie bei anhaltender Wut, anhaltender Trauer, nicht-situativer anhaltender Angst, hat man es mit Persönlichkeitsveränderungen zu tun. Eltern unterscheiden im Umgang mit ihren Kindern intuitiv die beiden Emotionsklassen. Wenn ein Kind traurig oder wütend ist, tröstet und hält man es, beruhigt es körperlich oder lässt es toben, bis die Welle der effektiven Erregung abgeklungen ist. Auf Neid, Eifersucht oder Scham hingewirkt wird man klärend mit Worten reagieren, es sei denn, aus Neid wird zum Beispiel Wut.

Aufgrund ihrer universellen Mimik lassen sich die Basisemotionen nicht-sprachlich durch andere Menschen identifizieren. Chodorow (1994) weist darauf hin, dass sie auch universelle, prototypische Ausdrucksmuster körperlicher Bewegung besitzen, wie zum Beispiel Hüpfen oder Lachen bei Freude oder Weinen bei Trauer. Bloch, Lemeignan und Aguilera (1991) stellten fest, dass Emotionen mit spezifischen Atemmustern einhergehen und dass sie gezielt ausgelöst werden können, wenn diese Atemmuster bewusst reproduziert werden und die dazugehörige Mimik und Körperhaltung eingenommen wird. Bei phonetischen Untersuchungen lassen sich Emotionen anhand der Qualitäten der Stimme wie Tempo, Artikulation und Tonhöhe und anhand der jeweiligen Dauer der Intonation von Vokalen und Konsonanten unterscheiden; allerdings kann nicht mit Sicherheit beim Einzelnen aus der Stimmqualität auf den emotionalen Zustand geschlossen werden (Klasmeyer und Sendlmeier, 1997; Sendlmeier, 1997). Dass auch vegetative Reaktionen emotionspezifisch sind, konnten Ekman, Levenson und Friesen (1983) zeigen. So gehen nach ihren Ergebnissen Freude, Ekel und Überraschung mit niedrigem Herzschlag einher; hoher Herzschlag und hohe Körpertemperatur ist kennzeichnend bei Ärger, hoher Herzschlag und niedrige Körpertemperatur bei Furcht und Trauer. Stemmler (1996, S. 246) hält allerdings die Forschungslage zur Affektspezifität physiologischer Reaktionen nicht für eindeutig.⁹

⁶ Der deutsche Physiologe F. A. Lange vertrat in seiner „Geschichte des Materialismus“ (erstmalig 1866, 3. Aufl. 1881) die gleiche Theorie wie James. In den „Folgen von Empfindung und Bewegung“ sah er die Grundlage aller psychischen Tätigkeiten, auch des Bewusstseins. Lange vertrat einen materialistischen Standpunkt der Rückführung von Psychischem auf Somatisches (Brozek und Diamond, 1982, S. 86 f, 95 f).

⁷ Etwas anderes ist die klinische Frage, unter welchen Bedingungen es zu einer Trennung zwischen der körperlich feststellbaren Emotion und ihrer introspektiven Wahrnehmung kommt. Diese Trennung körperpsychotherapeutisch zu behandeln, ist eine Stärke der Bioenergetik. Wir kommen darauf weiter unten zurück.

⁸ Klinisch allerdings macht es einen Unterschied aus, ob jemand nur eine physiologische Reaktion hat, aber kein Gefühl. Dann liegt nämlich ein Fall von Abspaltung oder Abwehr des Affektes vor. Dies berücksichtigt Bischof (1989) in seiner Kritik der Emotionstheorien nicht.

⁹ Stemmler schreibt allerdings zu Ärger und Angst: „Ärger war insbesondere durch die Anspannung im EMG extensor digitorum und durch eine höhere Stirntemperatur charakterisiert. Angst drückte sich am ehesten durch ein geringes Hautleitfähigkeitsniveau, Vasokonstriktion am Finger, niedrige Finger- und Stirntemperatur sowie eine niedrige

Klassifikation von Emotionen	
<p>Basisemotionen (Ekman und Friesen)</p> <p>Affekte (Kernberg)</p> <p>Interrupt-Affekte (Krause)</p> <p>Triggeraffekte (U. Moser)</p> <p>Vegetative Affekte/perzeptuelle Emotionen (Lowen) (universell einheitlicher Ausdruck in der Mimik)</p> <ul style="list-style-type: none"> * Überraschung/Schreck * Wut/Ärger * Trauer/Schmerz * Ekel * Furcht * Freude/Glück * Interesse/Neugier * Verachtung (umstritten) <p>Vollständige Liste</p>	<p>Gefühle/Emotionen (Kernberg)</p> <p>Selbstreflexive „me-emotions“ (Krause)</p> <p>Gefühlszustände/konzeptuelle Emotionen (Lowen)</p> <ul style="list-style-type: none"> * Stolz * Scham * Schuld * Demütigung * Hochmut * Neid * Eifersucht * ... <p>Offene Liste</p>

Abb. 1

Körperpsychotherapeutische Interventionen zielen in der Regel auf die vegetativen Affekte. Wenn man Blockierungen dieser Affekte löst, kommt es zu dem freien affektiven Fluss, der in der neoreichianischen Körperpsychotherapie als therapeutisches Ziel angesehen wird. Kathartische und expressive Techniken sowie Techniken, die den Widerstand schmelzen, dienen dazu, den affektiven Fluss zu erlauben, Widerstände gegen abgewehrte Affekte abzubauen und diese ins Bewusstsein zu heben. Aufgrund der zeitlich-zyklischen Struktur bedarf es dabei eines genauen Eingehens auf die Aktivierungskontur des jeweiligen Affektes und den Ort der Hemmung in seinem zeitlich-zyklischen Ablauf. Darauf kommen wir später zurück.

Zur Arbeit mit komplexeren Gefühlen dienen dagegen eher szenische Mittel oder die kognitiv-emotionale Klärung. Schuld oder Eifersucht kann man nicht herausweinen oder heraus schlagen. Allerdings kann man sich auch bei diesen Gefühlen kathartischer, expressiver oder den Prozess des Schmelzens anregender Techniken bedienen, sofern man deren primären affektiven Gehalt oder Kern herausarbeitet, wie zum Beispiel die Wut in der Eifersucht oder die im Hochmut versteckte Angst.¹⁰ Diese Unterscheidung wird unseres Wissens

beta-Aktivität im EEG aus“ (1996, S. 243). Das entspricht aus körperpsychotherapeutischer Sicht der Phänomenologie dieser Gefühle als Bewegung auf die Welt zu und von der Welt weg.

¹⁰ Nachdem wir diesen Gedanken in einem Vortrag auf dem „4. Bonner Symposium für angewandte Körperpsychotherapie“ 1999 vorgetragen hatten, stießen wir auf den schon zitierten Vortrag von Chodorow auf dem Tanztherapeutenkongress in Berlin 1994, in dem Chodorow denselben Gedanken formuliert hat: „However, if a complex emotion erupts into impassioned physical action, the clear recognizable behavior pattern of an innate emotion takes its place“ (1994, S. 18).

nach in der psychoanalytischen Technik für die Arbeit mit starker Regression nicht diskutiert.

Für die therapeutische Arbeit mit den Affekten ist ferner Sterns (1992, S. 198ff) Konzept der „Affektabstimmung“ hilfreich. Nach diesem Konzept hängt die Qualität des Eingehens einer Bezugsperson auf den affektiven Zustand eines Kindes davon ab, wie sehr sich diese hinsichtlich der amodalen Eigenschaften eines Affektes – also jener, die unabhängig von der Sinnesmodalität sind – einschwingen kann. Auch in der tiefen Regression während einer Behandlung geht es um Affektabstimmung, wenn es zu einem unwillkürlichen Ablauf des Aufbaus und Abklingens einer emotionalen Erregung und zu spontanen Ausdrucksbewegungen kommt, die man von Kindern kennt, wie mit den Beinen bei Wut zu treten und zu schlagen. Stern bezeichnet die „dynamischen, kinetischen Gefühlsqualitäten“ (ebd., S. 223), die ein essenzieller Teil der affektiven Abstimmung zwischen Mutter und Kind sind, als „Vitalitätsaffekte“. Darunter versteht er den kontinuierlichen Fluss des affektiven Geschehens, der in der zwischenmenschlichen Kommunikation ständig stattfindet und als Melodie den „kategorialen Affekten“ wie Ärger, Freude, Trauer oder Angst unterliegt. Die Vitalitätsaffekte haben Stern zufolge die Merkmale Intensität, Zeitmuster und Gestalt. Bei der Intensität unterscheidet er zwischen der absoluten Intensität oder dem Intensitätsniveau und der Intensitätskontur oder zeitlichen Veränderung der Intensität, beim Zeitmuster zwischen Takt, Rhythmus und Dauer der Verhaltensweisen. Als Gestalt bezeichnet er die räumlichen Merkmale oder die ganzheitliche Figur eines Bewegungsablaufes, die „abstrahiert und in einer anderen Verhaltensweise wiedergegeben werden“ kann (ebd., S. 209).

Stern vergleicht die amodalen Prozesse der Abstimmung mit Experimenten in der Kunst, die sinnliche Qualität einer Wahrnehmungsmodalität in eine andere

zu transponieren, wie beispielsweise vom Hören ins Sehen, und bezeichnet den Tanz als *das* Beispiel für die Einheit der Sinne (ebd., S. 222). Über das Hören, das Sehen und die Bewegung können dieselben Gefühle angesprochen und von einem sensorischen Feld in das andere transponiert werden. Die Körperpsychotherapie macht sich dies im intersensorischen Transfer zunutze, wenn zum Beispiel ein Gefühl, dessen Empfindung propriozeptiv beschrieben oder das gemalt wurde, in einen Ton oder eine Bewegung umgesetzt wird. Von der Musikwissenschaft her kommen Clynes und Nettheim (1982) zu ähnlichen Schlüssen. Sie beschäftigen sich mit der Frage, wie Musik Emotionen auslösen kann, und nehmen an, dass bestimmte Emotionen bestimmte Bewegungskonturen haben. Für die Kommunikation bestimmter Gefühle gebe es bestimmte dynamische Formen (so genannte „essentic forms“), die im zentralen Nervensystem biologisch vorgegebene Programme von Emotionen auslösen. Diese Programme sind transkulturell anzutreffen. Die Autoren zeigen, dass auch Aborigines aus Zentralaustralien, die kaum Kontakt zu Weißen hatten, bestimmte Basisaffekte erkannten, die ihnen in Form von Bewegungskonturen von Weißen vorgeführt wurden. Das führt zu der Frage, wie der Zusammenhang zwischen den Vitalitätsaffekten, den Bewegungskonturen und den Affekten ist. Denn es scheint so zu sein, dass bestimmte Bewegungs- und Intensitätskonturen als Affekte erkannt werden oder diese beim Beobachter oder Zuhörer sogar auslösen. Clynes und Nettheim (1982, S. 51) nehmen sogar an, dass, je reiner die dynamische Form eines Gefühls ausgedrückt wird, desto zwingender die gefühlsmäßige Ergriffenheit oder Ansteckung beim Zuhörer oder Beobachter ist.

Subsysteme und die Abwehr des Fühlens

Ein weiterer Gedanke aus der Emotionstheorie ist für uns wichtig. Scherer und Krause gehen von einer Modultheorie der Emotion aus: Emotionen sind Prozesse, die aufeinander bezogen und synchron in verschiedenen Subsystemen stattfinden. Krause unterscheidet sechs solcher „Subsysteme“ oder „Komponenten“ (Abb. 2): die motorisch-expressive, die physiologische und die motivationale Komponente (Handlungsbereitschaft in der Willkürmotorik), die Wahrnehmung der körperlichen Korrelate, die Benennung und Erklärung der Wahrnehmung und die Wahrnehmung der situativen Bedeutung (1997, S. 61). Krause sieht Emotionen ferner immer bezogen auf Objekte als Beziehungswünsche. Dabei unterscheidet er, dass jedes Objekt erst einmal als gut oder schlecht in Bezug auf das Subjekt wahrgenommen wird (1996, S. 255). Das erinnert an Reichs bipolares Modell des affektiven Flusses mit den beiden Richtungen „auf die Welt zu“ (Lust) und „von der Welt weg“ (Angst) (Boadella, 1993).¹¹ Affekte haben immer eine Bedeutung für die gewünschte Interaktion zwi-

¹¹ Kernberg (1997, S. 19 ff) betrachtet die Polarität von Libido und Aggression (also zur Welt hin und gegen die Welt oder weg vom Subjekt) als zusammenfassende organisierende Einheiten der Affekte.

schen Selbst und Objekt und beinhalten daher Lokomotionswünsche.

Die entsprechenden Bedeutungen werden Krause zufolge aufgrund eines phylogenetisch erworbenen Wissens schon vom Säugling verstanden (1996, S. 257). Entwicklungspsychologisch kann man davon ausgehen, dass Emotionen zu einem Zeitpunkt schon vorhanden sind, zu dem sie noch nicht symbolisch repräsentiert sind und noch nicht durch die Phantasie ausgelöst werden können (Dornes, 1993, S. 123).¹² Sogar im Mutterleib können Affekte von der Mutter dem Fötus übermittelt werden. Beobachter von Föten haben bei der intrauterinen Interaktion von Zwillingen aufgrund der Motorik allein den Eindruck einer affektiven Kommunikation (Janus, 1993, S. 40). Diese Beobachtungen sind unseres Wissens nach durch die Emotionstheorien noch nicht erfasst.

Die Modultheorie der Emotionen legt für die Psychotherapie die Schlussfolgerung nahe, dass affektive Prozesse über alle Komponenten angestoßen und verändert werden können; dies bedeutet, dass man Patienten therapeutisch sowohl an ihrer Wahrnehmung wie an ihrer Sprache, ihrer Bewegung oder ihrem vegetativen Zustand abholen kann. Wendet man das Modell auf die Abwehrtheorie an, so muss man – da alle Abwehrvorgänge damit zu tun haben, emotional Unerwünschtes oder Unerträgliches zu neutralisieren – ferner schlussfolgern, dass an allen Abwehrvorgängen alle Subsysteme beteiligt sind. Zum Beispiel ist Dissoziation nicht allein ein kognitiver Abwehrprozess. In einer traumatisierenden Situation gehört zum Dissoziieren vielmehr dazu, dass ein Mensch einen Handlungsablauf unterbricht und damit den körperlichen Versuch, eine Reaktion bereitzustellen.¹³ Daher hat in einer körperbezogenen Traumatherapie, wie sie etwa Levine (1998) vertritt, das Zu-Ende-Zittern oder auch das Wiederaufnehmen einer unterbrochenen Handlung wie wegzulaufen eine lösende Wirkung.

Aus dem Modul-Modell lässt sich auch genauer verstehen, was mit dem Begriff der Emotionsabwehr gemeint ist. Es gibt affektive Prozesse, „die durch den Affektproduzenten introspektiv nicht als solche wahrgenommen werden, obgleich es körperliche Indikatoren für ihr Vorhandensein gibt“ (Krause, 1996, S. 252). Diese werden in dem Schema als „occurring emotions“ von den „experienced emotions“ unterschieden. Andere Autoren sprechen von „emotional state“ gegenüber „emotional experience“. Bei der Emotionsabwehr werden das Erleben und der Ausdruck abgespalten. Der Abwehrprozess verläuft unbewusst und erscheint auf der Ebene der Muskulatur, des Bindegewebes, der hormonellen Reaktionen, der vegetativen Prozesse oder der

¹² Das widerspricht Krauses Aussage, dass die Benennung einer Wahrnehmung zu jeder Emotion dazugehöre. – Die Tatsache der protosymbolischen Repräsentation von Affekten ist ein wesentlicher Hintergrund für die neueren Diskussionen unter Psychoanalytikern über die Einbeziehung des Körpers in die Behandlung.

¹³ Krause schreibt, dass bei der Dissoziation ein *wahrgenommener* Handlungsablauf unterbrochen wird (1998, S. 230). Aber es wird auch ein wirklicher Handlungsablauf unterbrochen. Warum diese Begrenzung auf das Kognitive?

Sechs Komponenten des Affektsystems

(nach Krause, Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre, Bd. 1, S. 61)

Occuring Emotion

1. Motorisch-expressive Komponente
2. Physiologische Komponente
3. Motivationale Komponente
(Handlungsbereitschaft in Willkürmotorik)

Experienced Emotion

4. Die Wahrnehmung der körperlichen Korrelate
5. Die Benennung und Erklärung der Wahrnehmungen
6. Die Wahrnehmung der situativen Bedeutung

Erlebtes Gefühl

Wahrnehmung der Bedeutungsstruktur

Abb. 2

Handlungen, ohne wahrgenommen zu werden. Es kommt zu einem „sensorischen“, aber nicht zu einem „symbolischen“ Affekt.

Körperliche Mechanismen der Abwehr

So wie das Abgewehrte auf diesen verschiedenen Ebenen des Körpers in Erscheinung treten kann, sind sie am Vorgang der Abwehr selbst beteiligt. Vielleicht der wichtigste körperliche Mechanismus der Emotionsabwehr ist die Reduktion des Atems, das heißt die Reduktion der Atemtiefe (Amplitude) und des Atemvolumens, die mit Veränderungen in Frequenz, Takt und Rhythmus einhergeht. In einem Experiment zur Frustration von Säuglingen von Papousek (1980) zeigte sich ein interessantes Atembild: Säuglinge bekamen ein Licht- oder Klingelzeichen zusammen mit einer Milchflasche dargeboten; hatten sie sich an diesen Zusammenhang gewöhnt, blieb die Flasche nach dem Zeichen aus. Daraufhin begannen die Säuglinge zu protestieren und zu weinen. Sie drehten irgendwann ihren Kopf weg von der Quelle der Frustration,¹⁴ hielten den Körper still und die Atmung verfiel in einen flachen und sehr gleichmäßigen, fast mechanischen Rhythmus, der in Frequenz und Amplitude viel regelmäßiger war als vor der Frustration in entspannter ruhiger Aufmerksamkeit. Papousek und Papousek (1979) interpretieren solche Zustände als Totstellverhalten (playing opossum).

Man kann in dieser Atemreaktion einen Grundmechanismus der Gefühlsabwehr sehen: Der Säugling dämpft die Intensität seiner Gefühle, indem er sich wegdreht und die Atmung reduziert. Dies wird in der Körperpsychotherapie allgemein als ein grundlegender physiologischer Mechanismus zur Gefühlsregulation verstanden, der sich bei Chronifizierung als chronische Atemreduktion oder Atemblockade zeigt. In der Umgangssprache sagt man: „Halt mal die Luft an“, wenn jemand allzu heftig seinen Gefühlen „Luft macht“. Hält ein Patient die Luft an oder reduziert er bei schwierigen

Themen die Atemtiefe, kann dies anzeigen, dass Gefühle abgewehrt oder in ihrer Intensität gemindert werden. In der körperorientierten Psychotherapie bewirkt allein die Beachtung des Atmens oft eine Veränderung der affektiven Intensität. So kann das bewusste Weiteratmen des Behandlers an Stellen, an denen der Patient die Luft anhält, oder eine subtile Vertiefung seiner Atmung dazu führen, dass sich die Atemabwehr des Patienten lockert und sich damit dessen Gefühlserleben und Kontakt mit sich selbst vertiefen.

Ein weiterer, erstmals von Reich im psychodynamischen Zusammenhang beschriebener körperlicher Mechanismus der Abwehr ist das chronische Festhalten von Muskeln, von Reich Muskelpanzer genannt. In diesem Fall sind Muskeln, die am Affektausdruck beteiligt wären oder diesem entgegenwirken und ihn verhindern, chronisch angespannt. Beispiele dafür sind Spannungen von Schulter- und Armmuskulatur, wenn zupackendes Handeln oder ein Ausdruck von Aggression unterbunden werden, die chronische Blockade der Beckenmuskulatur bei der Abwehr sexueller Impulse und Bewegungen oder die chronische Anspannung von Kehlkopf und Zungengrundmuskulatur bei einer Blockade von Weinen oder Schreien. Schon Ferenczi (1925) hatte beschrieben, dass jede neurotische Störung mit einer gestörten Motilität einhergeht. Doch erst Reich systematisierte die Arbeit an der chronisch angespannten Muskulatur und setzte Charakterstrukturen und muskuläre Affektabwehr miteinander in Beziehung.

Was Reich noch nicht beschrieb, war eine Vorform der Muskelspannung, die Downing (1996, S. 193) „Gegenmobilisierung“ nennt: subtile Muskelaktionen ohne Hypertonie, die nur situativ den Affektausdruck verhindern oder einschränken und oft so minimal sind, dass sie von einem Beobachter nicht wahrgenommen werden können, sondern nur vom Betreffenden selbst. Im Gesichts-EMG lassen sich beispielsweise Veränderungen der Innervation der Gesichtsmuskulatur aufzeigen, die bestimmten Gefühlen entsprechen, auch ohne dass es, wie beim Pokerface, zu Kontraktionen kommt.¹⁵ Analog beschreibt Downing den Mechanis-

¹⁴ Ähnlich übrigens wie die vermeidend gebundenen Kinder in der fremden Situation der Bindungsforschung, die der wieder hereinkommenden Mutter, also der Quelle ihrer Frustration, den Rücken zukehren. Es wäre interessant, deren Atemmuster zu studieren.

¹⁵ Tassinary LG, Cacioppo JT (1992) Unobservable facial actions and emotion. *Psychological Science* 3: 28–33, zit. nach Pines (1997, S. 465).

mus der „De-Aktivierung“, bei dem die Muskeln die Botschaft bekommen zu erschlaffen. Boyesen (1987b) betont, dass eine chronische muskuläre Erschlaffung, die Hypotonie, ebenfalls der Abwehr dienen kann, und führte daher mobilisierende Atem- und Massagetechniken in die Körperpsychotherapie ein. Boyesen nimmt auch an, dass Panzerungen als Niederschlag von Abwehrvorgängen nicht nur in der Muskulatur vorkommen, sondern auch in anderen Schichten wie dem Bindegewebe oder den Eingeweiden. Auf Bindegewebsveränderungen geht zum Beispiel die Tatsache zurück, dass sich bei Angst und Trauer der Körperumfang verkleinert (Krause, 1996, S. 253).

Zum Zusammenhang von Muskelspannung und Emotionsabwehr hat Traue (1998) die neuen Forschungsergebnisse zusammengetragen. Er selbst verglich in einem Experiment Kopfschmerzpatienten mit einer Kontrollgruppe unter sozialem Stress. Die Kopfschmerzpatienten zeigten deutlich mehr messbare Muskelaktionspotentiale im EMG, also mehr Spannungen, dafür aber weniger expressives Verhalten, weniger Kopfbewegungen und weniger Gestik beim Sprechen. Sie leisteten folglich eine höhere isometrische Muskelarbeit: Der Tonus war erhöht ohne gleichzeitige Bewegung. Aber obwohl diese Patienten stärkere Anzeichen der Belastung zeigten, gaben sie an, sich weniger belastet zu fühlen als die Kontrollgruppe. Auf Beobachter wirkten sie mehr verspannt und weniger gelassen und weniger lebhaft als diese. Traue folgert: „Wer also unter sozialem Stress wenig Emotionen zeigt, ist eben nicht entspannt, sondern scheint sich gerade hinter der Fassade der Unbewegtheit zu verspannen, ja vermutlich benutzt er die muskuläre Anspannung, um die innere emotionale Beteiligung zu unterdrücken“ (1998, S. 242). Auch das Poker-Face kann nur bei gleichzeitiger isometrischer Muskelarbeit hergestellt werden. In der Bindungsforschung hat man festgestellt, dass unsicher-vermeidende Kinder keine expressiv-motorischen Akte zeigen, aber physiologische Stressor-Reaktionen, die man an der Erhöhung des Cortisol-Spiegels der Kinder erheben konnte (Spangler und Grossmann, 1993; Spangler und Schieche, 1995). Bei seelisch schwer Traumatisierten fand man chronisch erhöhte Noradrenalin-Spiegel (Traue, 1998, S. 108).

Traue unterstützt daher das Konzept der Emotionsabwehr. In der Hemmung oder Unterdrückung von Gefühlen sieht er einen wesentlichen Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten. Er beschreibt zwei Stile der Verarbeitung emotionalen Erlebens: einen repressiven Stil und einen sensitiven Stil. Repressive Menschen ignorieren Ängste oder schildern weniger Angst bei Belastungen, zeigen aber eine erhöhte körperliche Aktivierung (1998, S. 45). Sie erleben sich dabei als besonnen und kontrolliert. Traue grenzt diese „Emotionsverdrängung“ von der bewussten Unterdrückung erlebter Reaktionen ab. Bei der Emotionsverdrängung trete „eine physiologische Reaktion mit entsprechendem emotionalen Verhalten auf, ohne entsprechendes subjektives Erleben und sprachlichen Ausdruck“ (ebd., S. 46). Für die Psychotherapie schlussfolgert Traue, dass die Psychoanalyse das Kind mit dem Bade ausgeschüttet habe, als sie das Konzept

der Katharsis aufgab. Deren positive Wirkung wird in einer Untersuchung von Pierce bestätigt, die zu folgenden Ergebnissen kam: „Wichtiger als das Ausmaß der Katharsis per se ist: 1. dass die Gefühle ausgedrückt werden, die konfliktbeladen sind oder unbewusst; 2. dass die Gefühle, die gezeigt werden, auch mit den kognitiven Aspekten der Therapie verbunden werden“ – in psychoanalytischer Sprache hieße das: durchgearbeitet und verstanden werden, „und 3. dass die Patienten emotional expressiver werden, als sie vorher waren“ (zit. nach Traue, 1998, S. 376). Traue hält daher die Befreiung ursprünglich unterdrückter Handlungsimpulse für einen wichtigen Schritt in der Therapie (ebd., S. 338). Daher würdigt er auch, dass Reich die emotionale Expression als Königsweg der Psychotherapie ansah.

Die körperlichen Manifestationen der Emotionsabwehr zu konfrontieren, war im Grunde der behandelungs-technische Ansatzpunkt von Reichs Vegetotherapie. Reich setzte auf der Ebene der „occurring emotion“ an, um zu den nicht wahrgenommenen Affekten vorzudringen: an der verspannten oder erschlafften Muskulatur und am Atem. Er massierte die Muskeln, hielt die Patienten an, sich in Mimik und Bewegung auszudrücken, zu grimassieren, zu schlagen, zu schreien. Dies führte häufig dazu, dass zurückgehaltene oder nicht erlebbare Gefühle wieder wahrgenommen und geäußert wurden. Das Ziel dabei war im Sinne der Psychoanalyse, zu der Erinnerung vorzudringen, die die Entstehung der Affektabwehr und den unterdrückten Wunsch erklärt.¹⁶ Es geht bei dieser Art von Körperpsychotherapie also nicht allein um eine körperliche Auslösung von Affekten, sondern darum, sie vollständig – und im Kontakt mit dem Anderen – zu erleben, damit sie bewusst werden, oder auch sie zu durchleben, damit sie verdaut werden können. Voraussetzung für eine therapeutische Veränderung ist nicht unbedingt die Erinnerung an Ereignisse oder Szenen, die den Affekten zugrunde liegen, aber die emotionale Beteiligung; sonst betreiben wir Gymnastik.¹⁷

Das Modell des affektiven Zyklus

Eine leitende Vorstellung für die Behandlung in den affektorientierten Richtungen der Körperpsychothera-

¹⁶ Erst in dem Stadium, in dem er die Orgontheorie entwickelte, stellte Reich eine Hierarchie auf, in der das Biologische als tiefer und damit als grundlegend gedacht wurde, ganz im Sinne der damals auch in der Psychologie herrschenden Schichtenlehren des Seelischen, die in Analogie zur Stammesgeschichte der Hirnentwicklung aufgestellt wurden (vgl. Geuter, 1984, 187–193). 1948 schrieb Reich, dass er „nicht mehr *bloß* an individuellen Konflikten und speziellen Panzerungen, sondern am *Lebendigen selbst*“ arbeite (1948/1989, 473, Hervorhebungen durch die Autoren). Allerdings betont er wenige Seiten später wieder die Bedeutung der psychischen Ebene, wenn er schreibt, dass der Gesichtsausdruck eines Kranken nur begriffen werden könne, wenn man verstehe, welche Emotion sich in ihm ausdrücke.

¹⁷ Worm (1998) schildert eindrucksvoll das Beispiel eines Patienten, der in einer Bioenergetiktherapie gelernt hatte, aus allen therapeutischen Interaktionen Übungen zu machen, die mit seinen Gefühlen nichts zu tun hatten. Man kann also körperorientierte Verfahren genauso zur Abwehr verwenden wie Reden und Denken.

pie ist es, unabgeschlossene emotionale Prozesse wieder in Gang zu bringen mit dem Ziel, die Fähigkeit der Selbstregulation zu ermöglichen. In der biodynamischen Psychotherapie gibt es dafür ein Modell des zeitlich-zyklischen Verlaufs der affektiven Prozesse, das Southwell (1990, S. 205) dargestellt hat. In seiner Beschäftigung mit der Sexualfunktion hatte Reich (1927) bereits den sexuellen Akt als eine Erregungskurve dargestellt, die eine bestimmte zeitliche Intensitätskontur besitzt. Befriedigende Sexualität folgt seiner Ansicht nach in gewissen Variationsbreiten dieser Kontur, während eine gestörte Sexualität erheblich von ihr abweicht. Ähnliche Erregungskurven stammen aus der psychophysiologischen Forschung über die Alarmreaktion und den Schreckreflex. In den reichianischen Körperpsychotherapieschulen wird davon ausgegangen, dass affektive Prozesse allgemein sich in einem zeitlichen Verlauf als eine Erregung darstellen lassen, die körperliche, seelische und kognitive Komponenten umfasst.

In einem sehr vereinfachten Modell (Abb. 3) kann man den Ablauf affektiver Erregungszustände als eine Kurve oder einen Kreis darstellen, bei dem von einem Ruhepunkt aus durch einen Stimulus eine Erregungssteigerung eintritt, die zu einem Ausdruck oder zu einer Entladung mit darauf folgendem Erregungsabfall und einer Erholungsphase bis zu einem neuen Ruhepunkt führt. Dem Modell zufolge geschehen Veränderungen auf drei Schichten des Organismus: erstens auf der (endodermalen) vegetativen Schicht, der Schicht der autonomen Prozesse wie Blutdruck- und Herzfrequenzveränderungen, Reaktionen der Verdauungsorgane, Stoffwechselveränderungen, hormonellen Prozesse;

zweitens auf der (mesodermalen) Schicht der willkürlichen und unwillkürlichen Muskelaktionen, der gemischten und gestischen Äußerungen, Haltungs- und Handlungsveränderungen; und drittens auf der (ektodermalen) Schicht der Wahrnehmungsorgane, der neuronalen Strukturen, der Kognitionen und bewusst erlebten Emotionen.

In der biodynamischen Psychotherapie wurde dabei ein besonderes Gewicht auf die vegetativen Prozesse gelegt, die mit den Emotionen verbunden sind: Reaktionen, die subjektiv nicht unbedingt als Affekte oder Emotionen identifiziert werden, sondern als Hitze oder Kälte, Zittern oder Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Herzrasen, ungewohnte Müdigkeit und Schlafbedürfnis, Heißhunger oder Appetitlosigkeit. Solche Reaktionen treten zuweilen auch als Folge therapeutischer Prozesse auf und können dann als psychovegetative Veränderungsprozesse verstanden werden. In der Biodynamik wird angenommen, dass ein Teil der emotionalen Selbstregulation über vegetative Prozesse auch ohne kognitive Prozesse erfolgen kann (vgl. Boyesen, 1987a, S. 19).

Das Modell unterstellt, dass allen „vegetativen Affekten“ oder Basisemotionen gemeinsam ein zyklischer Ablauf in der Zeit ist, und abstrahiert davon, dass sich die unterschiedlichen Affekte in ihren Zeitkonturen voneinander unterscheiden, zum Beispiel dass Überraschung schnell ansteigt, während Ärger langsam wachsen kann (Krause, 1996, S. 253). Psychotherapeuten überprüfen wahrscheinlich unbewusst die Stimmigkeit einer affektiven Äußerung in der Behandlung auch an solchen Verlaufskonturen: ob jemand zu wenig oder

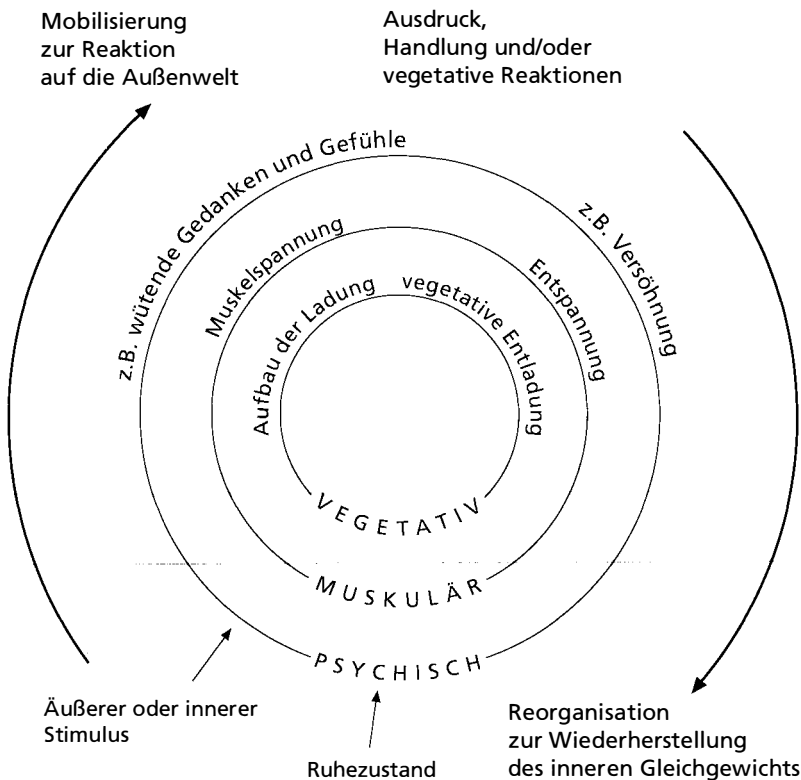


Abb. 3. Das Modell des affektiven Zyklus (modifiziert nach Southwell, 1990, S. 205)

zu viel emotional reagiert, ob ein Affekt zu lange aufrechterhalten oder zu schnell abgebrochen wird oder ob das Zusammenspiel von stimmlichem, mimischem und gestischem Ausdruck, Körperhaltung, Atemrhythmus, Inhalt eines Affektes und sozialer Situation stimmig ist. Wobei zu beachten ist, dass das Erleben von Stimmigkeit auch von kulturell und subkulturell definierten Gefühlsregeln abhängt (Hochschild, 1996, S. 232).

Das Modell geht davon aus, dass der Erregungsanstieg zu Beginn eines affektiven Prozesses überwiegend eine Bewegung zur Welt hin ist und damit der Außenregulation dient, während der Erregungsabfall eine Bewegung nach innen darstellt und damit überwiegend der Innenregulation dient. Anhand des Modells lassen sich Hemmungs- oder Blockadepunkte im Erregungsverlauf affektiver Prozesse diagnostizieren und von da aus gezielte Interventionen festlegen. Wir unterscheiden folgende Blockaden (Abb. 4):

1. Ein innerer oder äußerer Reiz und/oder der durch ihn ausgelöste Affekt wird nicht wahrgenommen.
2. Ein Reiz wird zwar wahrgenommen, aber es kommt zu keinem oder zu einem sehr geringen Erregungsanstieg.
3. Es wird nur ein begrenztes Maß an Erregung toleriert und dann die Erregung gedämpft, das heißt, ein Gefühl kann nicht gehalten, nicht ausgehalten werden.
4. Die Erregung, die zum Ausdruck kommen möchte, bleibt vor dem Ausdruck stecken; geschieht dies oft, führt das zu einer chronischen Spannung.
5. Ein bestimmter Affektausdruck wird andauernd wiederholt, ohne dass es zu einer Lösung kommt. Dann werden Ärger, Trauer oder Angst chronisch.

6. Es kommt zur Entladung, Handlung, Katharsis, aber ein hohes Erregungsniveau wird aufrechterhalten.
7. Das Erregungsniveau sinkt deutlich ab, eine gewisse Entspannung wird erreicht, aber es kommt nicht zu einer Reintegration und/oder Einsicht und einer abschließenden Wiederherstellung des inneren Gleichgewichtes.

Nach der Arbeitshypothese des Modells bleiben „Schreckreste“ oder Unerledigtes aus unvollendeten körperlich-emotionalen Zyklen auf allen drei genannten Ebenen im Organismus zurück. Daher wird es als notwendig angesehen, auf allen Ebenen zu intervenieren. Die Interventionen sollen Blockaden reduzieren, zyklische Abläufe vervollständigen helfen und damit die gestörte Selbstregulation wieder ermöglichen. Eine Vielzahl von körperbezogenen Techniken helfen dabei, verbal nicht zugängliche Emotionen ins Hier und Jetzt zu bringen: durch vertiefte Atmung, Verstärken einer spontanen Geste, bioenergetische Stresspositionen, Massagen, Berührungen, Halten, körperliches Darstellen und Inszenieren (vgl. Liss, 1991, S. 44). Im Folgenden wollen wir versuchen, einige therapeutische Techniken den verschiedenen Blockadepunkten zuzuordnen. Geht man von den sieben Punkten aus, so ergeben sich folgende Interventionsstrategien:

- I. Wahrnehmen
- II. Aktivieren
- III. Halten des Gefühls, der Erregung
- IV. Ausdruck, Katharsis ermöglichen
- V. Dysfunktionalen Ausdruck und dysfunktionale Affektzustände beenden
- VI. und VII. Abbauen, entspannen, integrieren, verstehen

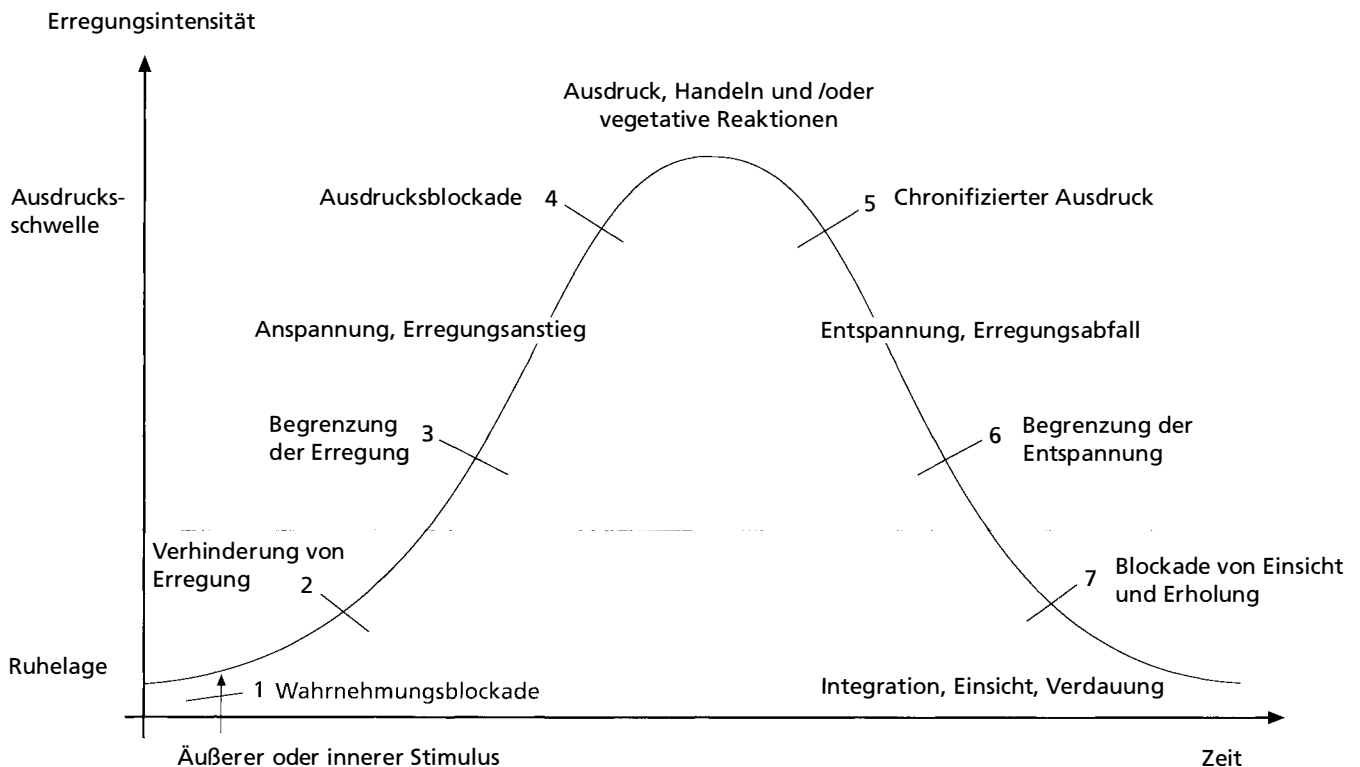


Abb. 4. Darstellung eines affektiven Zyklus als Kurve mit den im Text beschriebenen Blockadepunkten 1–7

- I. An der gestörten oder nicht vorhandenen Wahrnehmung setzen die wahrnehmungsorientierten Verfahren der Körperpsychotherapie an. Behutsame Wahrnehmungsübungen können helfen, einen Menschen wieder in seinem Körper zu verankern oder zu beheimaten. Sie sind ein Schwerpunkt der auf Gindler zurückgehenden Arbeitsweisen wie der Konzentrativen Bewegungstherapie oder des *sensory awareness*. Vor allem Menschen mit Frühstörungen oder Grundstörungen (Balint), also mit Störungen der Persönlichkeitsentwicklung sind in ihrer Innen- oder Außenwahrnehmung oft so beeinträchtigt, dass sie nie lernten, bestimmte Affekte in sich überhaupt wahrzunehmen oder angemessen auf Affektaußierungen zu reagieren und mit ihnen umzugehen. Oder Affekte werden wahrgenommen, die Wahrnehmung aber als zu bedrohlich oder nicht integrierbar erlebt und deshalb wieder ausgeblendet. Hilfreich sind hier auch alle Techniken, die körpersprachliche Äußerungen des Patienten aufgreifen, deren Bedeutungsgehalt sich in seinen verbalen Äußerungen nicht wiederfindet.
- II. Die Strategie am zweiten Blockadepunkt besteht im Aktivieren, im Aufladen (charging) und ist ein Schwerpunkt der bioenergetischen Arbeit und all derjenigen Techniken, die durch provozierende Interventionen das Erregungsniveau steigern, um Menschen, die hierin wenig Übung oder die wenig Mut und wenig Selbstvertrauen haben, zu helfen, ein höheres Erregungsniveau zu erreichen und zu halten. Dies ist vor allem bei vielen depressiven, passiven, aggressionsgehemmten, selbstunsicheren, aber auch zwanghaften Menschen ein wichtiger Teilschritt zum angemessenen Aufbau affektiver Spannung und affektiven Selbstausdrucks.
- III. Nahe verwandt mit der zweiten Blockade ist die Unfähigkeit, eine einmal eingetretene Erregung zu halten oder noch ansteigen zu lassen. Dies ist nicht nur im sexuellen Erleben so, sondern gilt auch für andere Bereiche des Lebens. Viele Menschen können zum Beispiel Liebesgefühle nicht aushalten oder bremsen Zustände freudiger Erregung. Aber auch bei negativen Affekten wie Ärger, Trauer oder Angst geschieht es häufig, dass Menschen versuchen, die Intensität dieser Affekte einzudämmen. Dazu können die oben genannte Affektersetzung und Ablenkungsaktivitäten dienen, so dass der eigentliche Affekt nie seiner Funktion der Außen- und/oder Innenregulation nachkommen kann. Hier besteht die Kunst des Behandlers darin, die Ausweichmanöver des Patienten zu identifizieren, nicht auf dessen Ersatzbefriedigungen einzusteigen und durch Worte, seine Präsenz und gegebenenfalls durch Berührung und körperlichen Halt dazu einzuladen, dass der Patient an einem Gefühl zu bleiben und dessen Intensität auszuhalten vermag, bis eine Entladung, Lösung und Klärung möglich ist. Hier ist eher behandlungstechnische Zurückhaltung vonnöten, ein Verzicht auf Handeln, eine Fähigkeit zum Halten und Aushalten von Spannungen, ungelösten Konflikten und unbefriedigten Bedürfnissen, um nicht durch vorschnelle scheinbare Lösungen das Eigentliche zu vermeiden.
- IV. Der vierte Blockadepunkt ist die Unfähigkeit, ein Gefühl zum Ausdruck zu bringen. Menschen, denen das schwerfällt, können zwar eine große Gefühlserregung erleben, sind aber nicht in der Lage, sich angemessen auszudrücken, häufig aus Angst vor destruktiven oder beschämenden Folgen. Solche Menschen können wie Bomben wirken. Hier besteht die therapeutische Aufgabe darin, ein sicheres Setting zu schaffen, in dem auch starke Affekte ohne Schaden für sich selbst oder andere ausgedrückt, in den Kontakt gebracht und dadurch integriert werden können. Ein Mittel dazu sind der verbale Ausdruck spannungsgeladener Affekte unter seelischem und körperlichem Schutz, Rollenspiele und Interventionen zum Affektausdruck wie Schlagen, Treten oder Trotzen sowie die vielfältigen Techniken zum Auslösen von zurückgehaltenen Gefühlen wie Schmerz, Angst oder Sehnsucht. Die Schreitechniken aus der Primärtherapie oder das Bonding der Casriel-Arbeit haben hier ihren Schwerpunkt. Wesentlich für den Einsatz solcher Interventionen ist die Bereitschaft des Behandlers, sich mit starken Affekten auseinanderzusetzen, sie auszuhalten, zum Teil als Gegenüber, zum Teil in der helfenden Funktion einer Hebamme.
- V. Von der Ausdrucksblockade zu unterscheiden ist das Festhängen in einem chronischen pseudo-kathartischen Ausdruck wie chronischer Wut, chronischer Trauer oder chronischer Angst. Hier besteht die therapeutische Aufgabe darin, den dysfunktionalen Ausdruck zu stoppen und als Abwehr zu deuten (wie Kernberg dies für Borderlinepatienten vorschlägt), um dem Patienten zu helfen, seinen Ausdruck als Abwehrmuster zu erkennen und diejenigen Affekte zu finden, die hinter dem chronischen Ausdruck liegen. In technischer Hinsicht ist an dieser Stelle keine ausdrucksorientierte Arbeit indiziert, sondern Erregungsbegrenzung, Entdramatisierung, Arbeit am Bodenkontakt und am Realitätsbezug, Konfrontation und Klärung.
- VI. und VII. Schließlich haben viele Menschen in unserer Kultur große Schwierigkeiten, nach erfolgreichem Ausdruck, nach erfolgreichem Handeln Geschehenes, Erlebtes und Erreichtes zu sich zu nehmen, zu genießen, zu verstehen und zu integrieren. Dabei zu helfen, ist ein oft vernachlässigtes Feld therapeutischer Interventionen. Zu den hilfreichen Interventionen gehören Techniken der Entspannung und Meditation, tröstender, haltender, entspannender Körperkontakt, auf Abbau von Restspannungen zielende Massagen (ein Spezialgebiet der Biodynamik), die Arbeit mit dem Wort am Verstehen und an der Integration und das analytische Durcharbeiten. Manchen Patienten hilft es, Tagebuch zu schreiben, zu malen oder etwas zu „verträumen“. Für diesen Teil der therapeutischen Arbeit ist viel Zeit vonnöten. Mobilisiert und provoziert ist bisweilen schnell, verarbeiten und integrieren dauert meist länger.

Dynamische Entspannung und dynamische Aktivität

Ein weiteres Arbeitsmodell im Umgang mit den körperlichen Mechanismen der Abwehr ist das Konzept der „dynamischen Entspannung“ (Boyesen, 1987a) ergänzt durch das Konzept der „dynamischen Aktivität“ (Schrauth, 2001). Boyesen hatte festgestellt, dass Massagen, die auf Entspannung zielen, das Gegenteil bewirken konnten, insbesondere wenn sie die Technik von Aadel Bülow-Hansen anwandte, verspannte Muskulatur mit manuellen Schockimpulsen zu lösen. Patienten wurden dann aufgeregt, erlebten starke Gefühle oder hatten vegetative Reaktionen wie Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüche, Übelkeit und Kopfschmerzen. Entspannung konnte also nicht nur beruhigend, sondern auch provozierend wirken.

Die klassischen Entspannungsverfahren scheinen solche vegetativen Phänomene eher als zu überwindende Schwierigkeiten anzusehen und weniger in ihrer dynamischen Bedeutung zu würdigen. Boyesen dagegen meint, dass es einen Unterschied zwischen der alltäglichen Entspannung, die kaum emotionale oder vegetative Reaktionen zur Folge hat, und einer „dynamischen Entspannung“ gebe: „Eine ursprünglich beruhigende Entspannung wirkt so tief beruhigend, dass sie die Grenzlinie überschreitet und provokativ wird“ (Boyesen, 1987a, S. 7). Sie nimmt an, dass das zufällige oder beabsichtigte Unterschreiten dieser Entspannungstiefe dazu führt, dass sich körperliche Abwehrmaßnahmen lockern und unterdrückte emotionale Muster an die Oberfläche treten. In der Biodynamik wird daher die Entspannungsebene I, die Alltagsentspannung, von einer Entspannungsebene II, der „Dynamischen Entspannung“ unterschieden. Hier „entspannt“ sich die Abwehr über ihre normale Funktion hinaus und lässt unbewusste, verdrängte Inhalte aufsteigen, wodurch diese der Wiederbearbeitung zugänglich werden. Unverarbeitetes kommt so „zur Wiedervorlage“. Die Kunst des Behandlers besteht darin, an diese Grenze zu gelangen und bislang Verdrängtes einzuladen, an der Oberfläche zu erscheinen. Dies jedoch nicht zu viel, so dass das, was an unbewusstem Material aktiviert wird, also das, was die Abwehr durchdringt, nicht die Verarbeitungskapazität des Organismus übersteigt und zu neuen Abwehrmaßnahmen führt, sondern bearbeitet und gelöst werden kann.

Eine ähnliche Unterscheidung wie bei der Entspannung lässt sich auch hinsichtlich der Aktivität treffen. Jogger oder andere Sportler brechen in der Regel durch ihre Aktivität nicht in starke Gefühle aus, während es bei einer bioenergetischen Gruppe zu starken affektiven Reaktionen kommen kann, wenn die Gruppe im Kreis umhergeht oder alle stärker atmen. Offensichtlich gibt es bei der Aktivität eine ähnliche Grenze wie zwischen den Entspannungsebenen I und II, die von körperlichen Abwehrmaßnahmen gehalten wird. Alltagsaktivitäten wie körperliche Arbeit und Sport und die normalen kommunikativen, auch gefühlsbehafteten Aktivitäten bilden eine Aktivitätsebene I. Wir unterscheiden davon eine Aktivitätsebene II, in der sich das dynamische Unbewusste mit seinen verdrängten Inhalten äußert. Diese wird durch die Abwehr vom

Alltagshandeln getrennt, kann aber durch die Arbeit an der Abwehr oder auch durch dynamische Aktivität angesprochen werden. Wiederum besteht die Kunst des Behandlers darin, durch spezifische Interventionen der Aktivierung an der Grenze entlang zu arbeiten, so dass es zu einer kontrollierbaren Aktivierung bislang abgewehrter Affekte kommen kann. Erfahrungsgemäß kommt es bei der Arbeit mit dynamischer Entspannung häufig zu einem Sprung aus der Entspannung in eine solche dynamische Aktivität.¹⁸

Wesentlich bei der körperbezogenen Arbeit mit starken Affekten ist es, auf Zeitabläufe zu achten und den „dynamischen Moment“ zu treffen, an dem eine bestimmte Intervention hilfreich ist. Nicht alles, was dem beobachtenden Verstand einsichtig erscheint, ist schon emotional reif, um angemessen ausgedrückt zu werden. Emotionen zu früh oder auch zu spät anzusprechen oder aktivieren zu wollen, kann den Prozess der Aufdeckung und Selbstheilung blockieren. Werden die Intensitätskonturen, die Rhythmen affektiver Erregungsabläufe von einem Therapeuten nicht erfasst, wird mancher unausgedrückte Affekt eines Patienten unausgedrückt bleiben, weil der Therapeut keinen Platz dafür ließ oder die entscheidenden Sekunden versäumte, um empathisch auf zaghafte Affektäußerungen des Patienten zu reagieren. Dazu bedarf es auf seiten des Therapeuten der Fähigkeit zu affektiver Abstimmung im Sinne von Stern, einer Fähigkeit zur emotionalen (Mit-)Schwingung und einer Bereitschaft, auf große und kleine Hinweise des Patienten zu antworten.¹⁹ Nur dann kann er dem Patienten helfen, seine Emotionsabwehr zu lockern und diese den eigenen Lebensumständen entsprechend umzugestalten.

Literatur

- Bischof N (1989) Emotionale Verwirrungen. Oder: Von den Schwierigkeiten im Umgang mit der Biologie. *Psychologische Rundschau* 40: 188–205
- Bloch S, Lemeignan M, Aguilera-T N (1991) Specific respiratory patterns distinguish among human basic emotions. *Int J Psychophysiol* 11: 141–154
- Boadella D (1996) Emotionen in der Körperpsychotherapie. *Energie und Charakter* 27/13: 2–25

¹⁸ Die Annahme einer körperlichen Abwehrgrenze zwischen Alltagserleben und dynamischen Inhalten des Verdrängten könnte dazu beitragen, die psychohygienische Wirkung von Breitensport und mässiger körperlicher Anstrengung einerseits, Yoga, Meditation oder Tai-chi andererseits zu erklären. Denn auch diese Aktivitäten führen an besagte Abwehrgrenze heran und ermöglichen, wenn auch in geringerem Masse wie spezifische körperpsychotherapeutische Interventionen, eine Wiedervorlage und Neubearbeitung von Unerledigtem und Verdrängtem.

¹⁹ Nach den Erkenntnissen der Bindungsforschung entsteht sichere Bindung, wenn vier Elemente in einer Beziehung realisiert werden: Die Bezugsperson nimmt wahr, versteht, reagiert prompt und angemessen. Das hier Gesagte über Art und „Timing“ körperpsychotherapeutischer Interventionen wäre zum Teil auch unter dieser bindungstheoretischen Perspektive zu verstehen, wobei allerdings hier entsprechend dem Modell der Affekt Abstimmung von Stern die zeitliche Kontur affektiver Prozesse besonders beachtet wird.

- Boyesen G (1987a) Die Methode der biodynamischen Entspannung. In: Boyesen G, Boyesen ML (Hrsg) *Biodynamik des Lebens*. Synthesis, Essen, S 7–23
- Boyesen G (1987b) *Über den Körper die Seele heilen*. Kösel, München
- Breuer J, Freud S (1895) *Studien über Hysterie*. Deuticke, Leipzig Wien
- Brozek J, Diamond S (1982) Die Ursprünge der objektiven Psychologie. In: Balmer H (Hrsg) *Geschichte der Psychologie*, Bd 2: Entwicklungslinien zur wissenschaftlichen Psychologie. Beltz, Weinheim Basel, S 37–135
- Büntig W (1982) Das Werk von Wilhelm Reich und seinen Nachfolgern. In: Eicke D (Hrsg) *Tiefenpsychologie (Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts“)*, Band 3. Beltz, Weinheim Basel, S 254–296
- Chodorow J (1994) *Body, psyche, and the emotions*. Vortrag auf der First International Conference on Dance/Movement Therapy, Berlin. Manuskript
- Clynes M, Nettheim N (1982) The living quality of music. Neurobiological patterns of communicating feeling. In: Clynes M (ed) *Music, mind and brain. The neuropsychology of music*. Plenum Press, New York, pp 47–82
- Damasio A (1997) *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Döring-Seipel E (1996) *Stimmung und Körperhaltung. Eine experimentelle Studie*. Psychologie Verlags-Union, Weinheim
- Dornes M (1993) *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M
- Doubrawa R (1991) *Integration körpertherapeutischer Methoden in die (stationäre) Verhaltenstherapie psychosomatischer Patienten. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 4/13: 54–59*
- Downing G (1996) *Körper und Wort in der Psychotherapie*. Kösel, München
- Ekman P, Levenson RW, Friesen WV (1983) Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science* 221: 1208–1210
- Ferenczi S (1925) *Zur Psychoanalyse der Sexualgewohnheiten*. In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd II (1972) Fischer, Frankfurt/M, S 147–181
- Geißler P (1998) (Hrsg) *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis*. Pfeiffer, München
- Gendlin EG (1993) Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 4: 693–706
- Geuter U (1984) *Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Geuter U (2000a) *Wege zum Körper. Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie. Krankengymnastik. Zeitschrift für Physiotherapeuten* 52/7–8: 1175–1183, 1346–1351
- Geuter U (2000b) *Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie*. In: Röhrich F. *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Hogrefe, Göttingen, S 53–74
- Geuter U, Schrauth N (1997) *Wilhelm Reich, der Körper und die Psychotherapie*. In: Fallend K, Nitzschke B (Hrsg) *Der „Fall“ Wilhelm Reich*. Suhrkamp, Frankfurt/M, S 190–222
- Grossmann K (1995) *Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters*. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg) *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 191–202
- Hochschild AR (1996) *Soziologie der Emotionen als eine Methode der Erkenntnis – am Beispiel der Liebe*. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 222–234
- James W (1884) *What is emotion*. *Mind* 4: 188–204
- Janus L (1993) *Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Kernberg O (1997) *Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Klasmeyer G, Sendlmeier WF (1997) *The classification of different phonation types in emotional and neutral speech*. *Forensic Linguistics* 1/4: 104–124
- Koemeda-Lutz M (1995) *Agieren, Analysieren, Transformieren? Ein körperorientierter Beitrag zum psychotherapeutischen Umgang mit Emotionen*. *Psychotherapeut* 40: 229–238
- Krause R (1996) *Emotion als Mittler zwischen Individuum und Umwelt*. In: von Uexküll T et al (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München Wien, S 252–261
- Krause R (1997) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 1: Grundlagen*. Kohlhammer, Stuttgart
- Krause R (1998) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 2: Modelle*. Kohlhammer, Stuttgart
- Levine P (1998) *Trauma-Heilung. Die Energien des Lebens wiedererwecken*. Synthesis, Essen
- Liss J (1991) *Die wissenschaftliche Basis der Körperpsychotherapie. Energie und Charakter* 21/3: 38–47
- Lowen A (1981) *Bioenergetik*. Rowohlt, Reinbek
- Lowen A (1988) *Körperausdruck und Persönlichkeit*. Kösel, München
- Lowen A (1990a) *Bioenergetik als Körpertherapie. Der Verrat am Körper und wie er wieder gutzumachen ist*. Scherz, Bern München Wien
- Lowen A (1990b) *Die Spiritualität des Körpers*. Heyne, München
- Papousek H (1980) *Vortrag an der Kinderklinik Tübingen*
- Papousek H, Papousek M (1979) *The infant's fundamental adaptive response system in social interaction*. In: Thoman EB (ed) *Origins of the infant's social responsiveness*. Hillsdale, New Jersey, pp 175–208
- Pinel JPJ (1997) *Biopsychologie*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg Berlin
- Reich W (1927/1944) *Die Funktion des Orgasmus*. In: *Frühe Schriften 2. Genitalität in der Theorie und Therapie der Neurose*. Fischer, Frankfurt/M (1985)
- Reich W (1933/1944/1948) *Charakteranalyse*. Kiepenheuer & Witsch, Köln (1989)
- Reich W (1942) *Die Funktion des Orgasmus. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie (= Die Entdeckung des Orgons, Bd 1)*. Kiepenheuer & Witsch, Köln (1987)
- Scharff J (1995) *Zwischen Freud und Ferenczi: die inszenierende Interaktion*. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 10: 349–374, 442–461
- Scherer K (1990) *Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie*. In: Scherer K (Hrsg) *Psychologie der Emotion*. Hogrefe, Göttingen, S 1–38
- Schonecke O, Herrmann JM (1996) *Psychophysiologie*. In: von Uexküll T et al (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München Wien, S 161–197
- Schramm E (1998 [2. Aufl]) *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*. Schattauer, Stuttgart
- Schrauth N (2001) *Körperpsychotherapie und Psychoanalyse. Ein Vergleich am Beispiel Reich, Boyesen, Lowen einerseits und Ferenczi, Balint, Winnicott andererseits*. Leutner, Berlin
- Sendlmeier W (1997) *Phonetische Reduktion und Elaboration bei emotionaler Sprechweise*. In: Haase M, Meyer D (Hrsg) *Von Sprechkunst und Normphonetik*. Dausien, Hanau Halle/S, S 169–177

- Southwell C (1990) Biodynamische Psychologie. In: Rowan J, Dryden W (Hrsg) Neue Entwicklungen der Psychotherapie. Transform, Oldenburg, S 198–221
- Spangler G, Grossmann K (1993) Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants. *Child Development* 64: 1439–1450
- Spangler G, Schieche M (1995) Psychobiologie der Bindung. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg) Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta, Stuttgart, S 297–310
- Stemmler G (1996) Psychophysiologie der Emotionen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 235–260
- Stern D (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Traue HC (1998) Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg Berlin
- Ulich D (1988) Emotion. In: Asanger R, Wenninger G (Hrsg) Handwörterbuch Psychologie. Psychologie Verlags-Union, München Weinheim, S 127–132
- Worm G (1998) Zum Umgang mit Übertragung in einer analytischen Körperpsychotherapie. In: Geißler P (Hrsg) Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis. Pfeiffer, München, S 69–82

Korrespondenz: PD Dr. Ulfried Geuter, Martin-Luther-Straße 78, D-10825 Berlin, Bundesrepublik Deutschland.

Ulfried Geuter, Dr., Dipl.-Psych., Psychotherapeut in freier Praxis, Privatdozent am Institut für Klinische Psychologie der Freien Universität Berlin, Autor zahlreicher wissenschaftlicher Veröffentlichungen.

Norbert Schrauth, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin in freier Praxis, Ausbilder für Körperpsychotherapie (Biodynamik) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.