

Leibgedächtnis und Körper-Ich:

zwei zentrale Bezugspunkte in der störungsspezifischen körperorientierten Psychotherapie

Body Memory and Body-Ego: Two Central Reference Points for Disorder Specific Body Oriented Psychotherapy

Frank Röhricht

Themenschwerpunkt Körperpsychologie

Zusammenfassung

In der Theoriebildung der Körperpsychotherapie/KPT wurde bislang unsystematisch auf die Bedeutung von Erkenntnissen unterschiedlicher Forschungsfelder verwiesen. Der hier vorliegende Beitrag bemüht sich um eine Synthese unterschiedlicher theoretischer bzw. wissenschaftlicher Bezugspunkte und stellt einen ersten Entwurf einer systematischen Neuordnung dar. Ausgehend von einer phänomenologisch konzipierten Krankheits- und Behandlungstheorie und unter Betonung der zentralen Bedeutung von Leibgedächtnis und Körper-Ich sowie der emotionalen Erlebnisinhalte werden leibnahe Körper-Sein-Störungen, alternierend leib-regulierte Körper-Haben-Störungen und leibferne Störungen unterschieden. Daraus leitet sich die These ab, dass KPT als eine störungs- und syndromspezifische Leib-Regulationstherapie konzipiert werden kann. Die therapeutischen Konsequenzen werden exemplarisch und kursorisch für verschiedene psychische Erkrankungen vorgestellt.

Abstract

This paper aims to synthesize different theoretical reference points and scientific findings into a new systematic and coherent conceptualisation of body psychotherapy. Based upon a phenomenological driven theory of mental disorder three modalities are differentiated and defined as: body-weighted ("to be a body"), alternating and instrumentalising ("to have a body"), as well as dissociating and disembodied disorders ("to loose a body"). A theory of body psychotherapy as disorder specific embodiment-regulation therapy is derived from those findings and the consequences for psychotherapeutic intervention strategies are introduced.

Die körperorientierte Psychotherapie/Körperpsychotherapie (KPT) hat in den letzten 10 Jahren nachhaltig im Bereich klinisch-psychotherapeutischer und auch psychiatrischer Praxis/Versorgung Verbreitung gefunden. Das ist zum Teil darin begründet, dass vermehrt Studien zur klinischen Effektivität durchgeführt wurden (Zusammenfassungen zur Evidenz finden sich bei Loew et. al., 2006, May et al., 2005, Röhricht, 2009). Zudem hat sich das zuvor recht heterogene, unüberschaubare Feld mit einigen Monographien und Sammelbänden einheitlicher dargestellt und ist insofern in theoretisch-konzeptioneller Hinsicht zugänglicher geworden (Geuter, in Vorbereitung, Marlock & Weiss, 2006, Röhricht, 2000 und 2002, Staunton, 2002, Totton, 2003 und 2005).

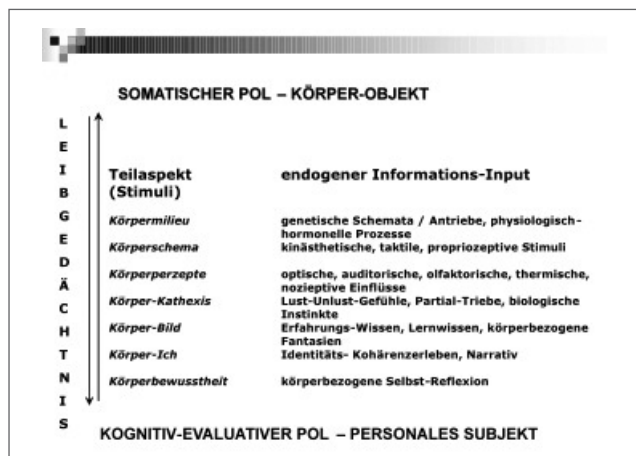
1. Hintergrund und inhaltsanalytische Begriffsklärung: Leib/-gedächtnis – Körper-Ich

Leib-Gedächtnis und Körper-Ich sind in der körperorientierten Psychotherapie Begriffe, die für sich genommen die geistes- und naturwissenschaftliche Literatur in eindrucksvoller Weise füllen. Diese Begriffe haben lange Zeit die Theoriebildung in der körperorientierten Psychotherapie mitbestimmt (z.B. Marlock & Weiss, 2006, Röhricht, 2000). In jüngerer Zeit ist in den anglo-amerikanischen Ländern eine neue Begriffsbestimmung vor dem Hintergrund von Erkenntnissen aus den Bereichen der Kognitionswissenschaften und der „philosophy of mind“ zu verzeichnen, die in weiten Kreisen zu einem Paradigma-Wechsel geführt hat. Insbesondere die Theorien zur „verkörperten Kognition“ (englisch „embodied cognition“, Gallagher, 2005, Storch et al., 2010, Varela et al., 1991) und philosophische Ausführungen des „Enactivismus“ (z.B. Hutto, 2010) stimmen mit den seit langem beschriebenen klinischen Erfahrungen vieler praktizier-

render Körperpsychotherapeuten überein. Betont wird die tiefe Verwurzelung aller kognitiven, emotionalen und interaktiv-sozialen Prozesse in der Leiblichkeit und deren intrinsisch-interaktive Verwobenheit mit der Umwelt/dem Gegenüber. Die Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen, den handelnden Individuen und der Umwelt werden herausgearbeitet. Ebenfalls ganz im Sinne des Erfahrungswissens und den theoretischen Auffassungen der KPT wird verwiesen auf die sich körperlich manifestierenden psychischen Prozesse (Symptome, Haltungen, Ausdrucksweisen, Mimik, nonverbale Kommunikation).

Während an anderer Stelle (z.B. Blankenburg, 1994 und 1998; Fuchs, 2008, 2010) die besondere Phänomenologie der Leiblichkeit in ihrer geistes- und naturwissenschaftlichen Relevanz in komplexer Weise vielschichtig erarbeitet wurde, möchte ich an dieser Stelle einleitend kursorisch meine eigene Begriffsauffassung der zentralen Termini differenzierend voranstellen.

Abb. 1:



In einem dichotomen cartesianischen Ordnungsgefüge steht das Leibgedächtnis inmitten eines polaren Spannungsfeldes zwischen dem biologischen Körper-Objekt und dem personalen Subjekt. In einem holistischen Verständnis wird der Leib zum Mittler, ist Integrationsort und Projektionsfläche aber auch das Integral aller Teilspekte des Körper-Seins und Habens. Die Leibwerdung – also der ontogenetische Vorgang einer bewusstseinsfähigen Verkörperung des Selbst im frühkindlichen Entwicklungsprozess – vollzieht sich als ein körperbezogen-selbstreflektiver Prozess.

Das sich dabei entwickelnde bewusste Sein – wenn nicht reduktionistisch als bloßes Epiphänomen neurobiologischer Realität verstanden – versetzt das Individuum in die Lage zu antizipieren, Vergangenes nach vorne zu denken, zu reflektieren und in kreativer Weise in die Gestaltung der Natur und des sozialen Gefüges einzugreifen – eine wie wir wissen recht erfolgreiche evolutionäre Strategie. Damasio definiert in seinem neuen Buch („Self comes to mind: Constructing the conscious brain“, 2010) Bewusstsein wie folgt: „...a state of mind in which there s knowledge of one's own existence and the

existence of surroundings“, und ich möchte hinzufügen: and of non-existence of existence in passing!

Denn Leid und Leib sind im menschlichen Erleben sehr erlebnisnah angesiedelt und ich behaupte dass dies insbesondere darin begründet ist, dass das selbst-reflektive Bewusstsein Leid und Vergänglichkeit, Verlust und Veränderung antizipieren kann. Der Tod als ultimativer Endpunkt des Leibes und insofern auch des bewussten-Seins steht quasi als „elephant in the room“ und schafft eine Bewusst-Nicht-Sein-Antizipation, ein Dilemma, dem der – wie ich ihn nennen möchte – ‚Leibende Mensch‘ – unablässig latent ausgesetzt ist. Waldenfels (1999) skizziert hierzu den ‚eigentlichen Unruheherd‘ des eigenen Leibes, der uns zugleich fremd ist, sowie den des natürlichen Leibes, der zugleich zwischen Natur und Kultur balanciert, sowie den des lebendigen Leibes, der zugleich die Möglichkeit von Erstarrung und Tod in sich trägt. Diese im Existenzialismus als „Geworfenheit“ beschriebene Position des Menschen in eine Welt, in der das menschliche Individuum sich („für-sich“) laut Sartre (1962) von allen/m anderen (dem als „an-sich“ Bezeichneten) durch seinen Bezug zum Nichts unterscheidet, ist nur in der solidarischen Vernetzung mit den Mit-Menschen zu meistern. Der Mensch muss und kann sich in freier Wahl und auf unterschiedliche Weise dieser Geworfenheit stellen, was im Extremfall auch die Möglichkeit des „Freitodes“ nach sich zieht. Dabei stehen die evolutionären Kräfte, d.h. die inneren Antriebe allesamt im Dienste der Erhaltung interner Integrität des Organismus, der Reproduktion dieser Identität und einer auf verbesserte Effizienz ausgerichteten Veränderung. Im selbst-reflexiven Bewusstsein, im Körper-Ich, manifestieren sich diese Prozesse als primäre Emotionen, die als Indikatoren des Maßes an Übereinstimmung mit diesen Antrieben/Motivationen und Intentionen dienen; in der primitivsten Form wird dies als Schmerz/Freude bzw. Lust/Unlust erfahren.

Das Körper-Ich ist bemüht, die unterschiedlichen, permanent zufließenden und bewusstseinsfähigen Repräsentation der externen Welt und der inneren Körper-Zustände zu integrieren und sucht zwischen den Polen auszugleichen, wobei Emotionen zentral an der Regulierung der autonomen homöostatischen Prozesse beteiligt sind; und das Leibgedächtnis kann m.E. phänomenologisch operationalisiert beschrieben werden als die summative und integrale Körpererfahrung und es konstituiert sich aus den kognitiven, perzeptiven, affektiven und motorischen Teilaspekten des Körpererlebens. Diese sind als Körperbild, -schema, -kathexis und Bewegungsverhalten in der Literatur mittlerweile gut definiert und unterschieden (z.B. Konsensuspapier für den deutschsprachigen Raum, Joraschky et al., 2009, Röhrich et al., 2005, Röhrich, 2006). Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass diese operationalisiert begriffliche Differenzierung der Konstrukte immer immanent das Problem des Reduktionismus einer artefiziellen dualistischen Betrachtungsweise in sich trägt. In der subjekthaften Erfahrung sind diese Aspekte nicht voneinander zu trennen.

Wie auch sonst in der Gedächtnisforschung lässt sich auch für das Leibgedächtnis eine Unterscheidung zwischen deklarativ expliziten und impliziten Systemen treffen (z.B. Friedrich et al., 2008). Insgesamt sind im Leibgedächtnis natürlich sowohl Gedächtnisanteile über den Körper als auch immanent des Körpers gleichzeitig angesprochen. Geuter (Manuskript in Vorbereitung) hat hierzu am Beispiel immunologischer Systeme herausgestellt, dass das Gedächtnis des Körpers immer sowohl autobiographisch als auch von sozialen Umweltfaktoren modifiziert wird. Anders als beim Aufrufen gespeicherter Daten, werden im Erinnerungsvorgang die Gedächtnisinhalte immer auch den Einflüssen der aktuellen Befindlichkeit ausgesetzt.

Bezugnehmend auf die Säuglingsforschung bzw. entwicklungspsychologische Erkenntnisse betont Fuchs (2008), dass Kinder von Geburt an mit einem auf Intersubjektivität ausgerichteten Körperschema ausgestattet sind. Bereits im Mutterleib finden intensive interaktive Prozesse statt, es bilden sich Körperrythmen aus, sogenannte pränatale Choreographien. Aus neurobiologischer Sicht sind des Weiteren die Spiegelneuron-Systeme und die in der „Affective Theory of Mind“ beschriebenen empathischen Fähigkeiten zur affektiven Resonanz verantwortlich für eine frühe, nonverbale Kommunikation in einer Zwischenleiblichkeit. Im entwickelten Zustand eines domestizierten sozialen Leibes des Erwachsenen verschiebt sich das zuvor angedeutete existentielle Dilemma zum Teil in Richtung auf ein soziokulturell ausdifferenziertes Dilemma des Verhältnisses von Individuum zur Gruppe. Nicht die Bedrohung des Leibverlustes steht in dieser Lebensphase im Vordergrund, sondern die Bedrohung sozialer Inkompatibilität. Hier werden im Körper-Ich subtil zwischen den egoistischen und altruistischen Antrieben Adjustierungen vorgenommen. In affektiver Hinsicht sind nun höhergeordnete, selbstreflexive Emotionen wie Scham, Schuld und Stolz maßgeblich an der Regulation des Leibbezuges beteiligt. Zugleich haben Untersuchungen zum Vergleich von Kleinkindern und nicht-menschlichen Primaten eindrucksvoll zeigen können, dass schon bei Kleinkindern eine geteilte (Wir-) Intentionalität zu beobachten ist (Tomasello, 2010).

Das Leibgedächtnis aktualisiert sich dynamisch unablässig und unter Bezugnahme auf die primäre genetisch-konstitutionelle Ausstattung und im Lichte einer Vielzahl an Informationen, die über die Teilaspekte situativen Körpererlebens und Körper-Gewahrseins aus der Umwelt und aus dem inneren Milieu zufließen (neuronale Plastizität). Das Körper-Ich bedient sich dieser Informationen und verarbeitet diese im Sinne eines Narrativs im Selbsterleben. Zentrales Motiv ist auch hier wiederum die homöostastisch-dynamische Selbst-Regulation des inneren Milieus, aber auch die Regulierung der Nähe und Distanz bzw. der Bezogenheit des sozialen Leibes. D.h. das Körper-Ich ist in seiner Ausreifung in komplexer Weise damit beschäftigt, in Resonanz auf und in Auseinandersetzung mit der Umwelt die Innen-Außen-Beziehung zu regulieren. Dies geschieht sowohl im Dien-

ste der instrumentalisierten Orientierung und Bedürfnisbefriedigung, der Erhaltung und Reproduktion, der Gefahrenabwendung und Konfliktbearbeitung und der evolutionären Antriebe der kreativen Neugestaltung. So formt sich eine von Haltungs-, Bewegungs- und Wahrnehmungsmustern gekennzeichnete leiblich strukturierte Gestalt, die zugleich auf eine Vielzahl kognitiv- und affektiver evaluativer Erfahrungshintergründe zugreift.

2. Bedeutung von Leib/-gedächtnis und der Primäremotionen für psychisches Leid

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, und psychische Gesundheit als „...a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community“.

Gesundheit stellt sich im Leiberleben als ein Gefühl inneren Ausgleichs, als eine besondere Passung dar: Körper-Sein und Haben, die sprachlich-kognitiven und die nonverbal-somatischen Aspekte des Selbsterlebens und das Innen und Außen des Körpererlebens werden miteinander abgestimmt; abgesehen von den besonderen Momenten körperlicher Gratifikation und rhythmischer Passung – z.B. im Sport, beim Orgasmus oder im Gefühl der fließenden Zwischenleiblichkeit – ist dieses Leiberleben insulär, „en passe“ oder geprägt von einer wie Blankenburg (1970) es beschrieb „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“. Der psychisch gesunde Mensch ist in der Lage, zwischen den divergierenden Antrieben flexibel zu wählen und auszugleichen.

In der Auseinandersetzung mit einer Schwierigkeit extern-traumatischer oder intrinsisch defizitärer Natur kann das psychisch gesunde Individuum über den Leib die Nähe und Distanz zu den inneren Körperzuständen und Affekten regulieren. Im Leib isoliert oder modifiziert das Individuum diese Inhalte und ist derart befähigt, sich von aversiven Stimuli traumatischer bzw. schmerzhafter Erlebnisinhalte zu distanzieren. So ist z.B. die Atmung maßgeblich an der Regulation der Tiefe emotionaler Regungen und der Selbstkontrolle beteiligt (wir sagen: ‚ihm stockte der Atem‘ oder ‚nun halt doch mal die Luft an‘, ‚da ging ihm die Luft aus‘). Ist diese Körper-Ich Funktionalität primär beeinträchtigt, weil unausgereift oder geht die Fähigkeit zur homöostatischen ausgleichenden Selbstregulation verloren – etwa aufgrund einer schweren traumatisch-schmerzhaften Erfahrung oder auch bei wiederholt dargebotenen aversiven Stimuli – entsteht ein Schema, eine Haltung, ein Muster des Leibbezuges, das prototypisch als leibfern, leibnah oder alternierend beschrieben werden kann. Psychisches Leid bzw. die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit ist die Folge einer solchen Regulationsstörung.

Zu verstehen sind diese Schemata m.E. bei genauerer Analyse der zentralen Bedeutung der Primäremotionen

und deren Relevanz für die jeweiligen biologisch-evolutionären Motivationsstränge, d.h. als interne Sollwert-Fühler für Anpassungs- und Regulierungsvorgänge. Dabei möchte ich erinnern an das eingangs dargestellte existentielle Dilemma der Bewusst-Nicht-Sein-Antizipation sowie auch an das Dilemma der Ambiguität des Körper-Seins und -Habens d.h. der bewusst erlebbaren Subjekt-Objekt-Realität. Diese werden zumeist im Rahmen der psychischen Funktionsstörung implizit aktiviert bzw. direkt als Erfahrung von z.B. Bedrohung oder Verlust angesprochen. Fuchs (2008) verweist auf den Begriff der Grenzsituation bei Jaspers: „...Sie [psychisch kranke Menschen] sind gewissermaßen besonders sensibel für die existentiellen Implikationen bestimmter Lebenssituationen“ (S. 149). In der Theorie der Basisemotionen wird betont, dass diese sich aus evolutionären Kontexten entwickelt haben und dabei mit jeder Emotion auch Handlungsimpulse im Sinne der oben beschriebenen Antriebe/Motivationen verkettet sind. Das beste Beispiel sind die Flucht-Angriff Handlungen bei Angst. Als komplexere Handlungsschemata, die unterhalb des bewussten Körpergeschehens weitgehend automatisiert organisiert sind, geben sich diese bereits in der frühkindlichen Entwicklung als sogenannte Körpermikropraktiken (Downing, 1996) zu erkennen. Wie auch später instrumentell erlernte, im impliziten Gedächtnis gespeicherte Fertigkeiten (z.B. Radfahren), sind körperliche Gewohnheiten bzw. Beziehungsstile vulnerabel und können sowohl Halt gebenden als auch behindernden Charakter annehmen. So haben Angst und Ekel eine Schutzfunktion gegen Bedrohungen von Außen, Ärger und Wut sind die externalisierten Aspekte dieser im Dienste des Überlebens angelegten Aktionschemata. Der Anpassungs- und Selektionsdruck und die sich entwickelnde geteilte Intentionalität in der Gruppe begünstigt Selbstzähmungs-Prozesse, in denen insbesondere aggressive Anteile einer Disziplinierung unterzogen werden, die zu großen Anteilen über eine verstärkte Körper-Beherrschung organisiert wird. Das Leibgedächtnis ist maßgeblich an der Regulierung dieser Schemata beteiligt; insbesondere repetitive Erfahrungshintergründe von Bedrohung, Verlust, Entbehrung und Schmerz können im Sinne antizipatorischer Rückschlüsse bei auch niedrig-schweligen Stimuli und auch gänzlich unabhängig von diesen als immanente Erinnerungsbilder entsprechende Emotionen triggern.

Über längere Zeiträume entstehen Strukturen im Leibgedächtnis, die von Wilhelm Reich (1933) als muskuläre Charakterpanzerung und in Weiterführung dieses Konzeptes dann von George Downing (1996) als affektomotorische, d.h. emotional-interaktive Schemata beschrieben wurden.

Psychische/s Leid/Krankheit lässt sich insofern aus der Perspektive des Leibes als eine Regulationsstörung beschreiben, in der drei Kategorien unterschieden werden können:

1. leibnahe Körper-Sein-Störungen
2. alternierend leib-regulierte Körper-Haben-Störungen
3. leibferne Störungen

Der Leib tritt bei diesen Störungen aus seinem funktionalen Hintergrunddasein, seinen Automatismen (implizites Leibgedächtnis) heraus, nicht jedoch als intentionaler Antrieb (Hunger, Durst, Lust etc.), als Quelle des Wohlbefindens oder Gratifikation und auch nicht als nur bloßes Körpersymptom (Schmerz, etc.), sondern darüber hinaus gehend als umfassende Störung im Selbsterleben mit fundamentaler Beeinträchtigung der Körper-Ich Struktur. Fuchs (2005) skizziert vor dem Hintergrund einer phänomenologischen Analyse der körperlichen Funktionsweisen (Vehikel der individuellen Beziehung zur Welt) in ähnlicher Weise zwei Prägnanztypen psychischer Erkrankung: Verkörperung des subjektiven Leibes bei der schweren Depression und die als „entkörperte“ Psyche („disembodied“) beschriebene Struktur bei schizophrenen Patienten.

Interessanterweise zeichnen sich auch in neurobiologisch-nosologischer Hinsicht neue Entwicklungen ab, die auf eine potentielle Neuordnung diagnostisch-klassifikatorischer Ordnung abzielen. Goldberg (2010) skizziert die ICD-11/DSM-V Diskussionen und unterscheidet aufgrund genetisch-neurophysiologischer, psychopathologischer und prognostischer Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Hauptdiagnosen drei Gruppen: Psychosen, externalisierende Störungen (hauptsächlich Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen) und emotionale (internalisierende) Störungen (hauptsächlich Angsterkrankungen, depressive und somatoforme Störungen).

2.1. Der lastende Leib

Sowohl im für die Depression beschriebenen kognitiv-behavioralen Modell der „erlernten Hilflosigkeit“, dem für die somatoformen Störungen skizzierten Hintergrund der „alexithymen Konstellation“ als auch im Hinblick auf die somatischen Angstäquivalente und die in der Posttraumatischen Belastungsstörung typischen Durchbruchssymptome tritt der Körper bei diesen psychischen Störungsbildern in besonderer Weise in Erscheinung: sie sind gekennzeichnet von einer nachhaltigen Leibnähe. Der Körper wird als lastend wahrgenommen:

- In der Depression zeigen sich Trauer, Schmerz und Leid als Schweregefühl mit vitalen Leibgefühlsstörungen,
- In der Angststörung tritt die Furcht, das Gefühl der Bedrohung als körperliches Beklemmungsgefühl mit Herzrasen, Schwitzen etc auf,
- Patienten mit somatoformen Störungen leiden insbesondere unter Schmerzen und einer Vielzahl von körperlichen Funktionsstörungen,
- Bei den schwer traumatisierten Patienten gelingt die Isolierung bzw. Verdrängung der Erinnerungen und

den damit assoziierten mentalen und somatischen Schmerzen nicht, es kommt zu Übererregbarkeit und intrusiven Erinnerungsbildern.

Es gelingt dem Körper-Ich bei diesen schweren Neurosen offenbar nicht, ausgleichend gegen zu regulieren, Aktions-Schemata sind schlecht entwickelt oder werden gehemmt. Angst, Ekel und Verlusterleben manifestieren sich leiblich zunächst als Schweregefühl und Schmerz, in der Folge dann als Blockierungen, als psychomotorische Retardierung oder als ein Gefühl, als ob der Körper gelähmt sei. Das existentielle Dilemma wird zum chronifizierten Lebensmittelpunkt im Selbsterleben und der soziale Leib nimmt mehr und mehr abhängige, fordernde, von Erwartungen und Passivität gezeichnete Züge an. Und die Ambiguität der körperlichen Existenz wird in eine einseitige Körper-Sein Erlebnisweise überführt.

2.2. Alternierend leib-regulierten Körper-Haben-Störungen

Die Persönlichkeitsstörungen, teils immer noch als Charakterneurosen konzipiert, weisen einen anderen, einen instrumentalisierten Leibbezug auf; mit selbstverletzenden Handlungen bei den Borderline-Störungen, den perfektionierten Selbstdarstellungen oder den Körpermanipulationen bei den narzisstischen Störungen und den Dramatisierungen der eigenen Person mit theatralischem Ausdrucksverhalten und übertriebenem Ausdruck von Gefühlen in der histrionischen Persönlichkeitsstörung wird der Leib zum Medium, fungiert als Mittel zum Zweck, es kommt zu einer maximalen Betonung des objekthaften Körper-Habens.

Bei der emotional-instabilen Borderline-Störung kommt es zu einem „Abreagieren“ der im Selbsterleben nicht tolerierbarer Affektzustände am und mit dem Körper, mittels impulsiver Handlungen bzw. oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten versuchen die Patienten, die wechselnde, instabile Stimmung zu bewältigen bzw. das Gefühl innerer Leere zu kompensieren.

In der dissoziativen Persönlichkeitsstörung ist eine paradoxe Instrumentalisierung zu beobachten, in der der Körper quasi symbolisch und auch im Selbsterleben kalt gestellt wird. Es besteht ein „herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer, eine deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen“ sowie in der Folge eine „geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten“ (ICD10).

2.3. Leibferne Störungen

In der Psychose hingegen ist eine gegengegenläufige Bewegung und Entwicklung im Leibbezug bzw. ein primär konstitutioneller Mangel an Verkörperung des Ichs, die man auch als Inkarnations-Schwäche bezeichnen

könnte, zu beobachten. Insbesondere in der Tradition deutschsprachiger Psychopathologie werden die psychotischen Prozesse treffenderweise somit als Ich-Störungen skizziert (Blankenburg, 1998, Scharfetter, 1998). In einem Aufsatz zum Thema Biographie und Leiblichkeit schreibt Fischer-Rosenthal (1999): „Zwar komme ich räumlich nicht über ihn hinaus, kann nur dort sein, erleben und handeln, wo er ist, dennoch ‚vergesse‘ ich meist die räumliche Perspektive, die er mir gibt, ‚nulle‘ und normalisiere sie. Wenn ich den selbstverständlichen Punkt, von dem aus ich wahrnehme und agiere, verliere, bedroht das mich und möglicherweise meine Gesundheit“ (S. 21-22).

Im Gegensatz zu dem lastenden Leib-Sein bei schweren Neurosen und dem instrumentalisiert-objekthaften Leib-Haben der Persönlichkeitsstörungen, tritt der Leib bei den Psychosen in den Hintergrund, der Leib wird bzw. ist flüchtig und desintegriert, bzw. partiell abgespalten. Das Körper-Ich ist nur rudimentär ausgebildet und kaum in der Lage, eine kohärente leibliche Gestalt im Selbsterleben zu errichten. Phänomenologisch sind auch die Befunde zu Störungen des Körpererlebens gänzlich anders beschrieben. Das Muster ist gekennzeichnet von abnormen Leibgefühlen (Zoenästhesien), einem zentralisierten Körperschema, einer somatopsychischen Depersonalisation und einem Körpergrenzverlust. Dies wird subjektiv erfahren als essentielle Bedrohung im Sinne eines zu befürchtenden Zerfalls des Ichs in desintegrierte Bestandteile. Im Verständnis einer funktionellen Psychopathologie sind eine Vielzahl rekonstruktiv ausgerichteter Manöver im Verhalten sowie emotionale und kognitive Prozess hieraus abzuleiten; zu nennen sind z.B. die rituellen Selbstberührungen, die zwanghafte Selbstexploration und Spiegelbetrachtungen aber auch ein komplexes Rückzugsverhalten.

In der Gegenüberstellung möchte ich die beiden zentralen Ausprägungspole wie folgt zusammenfassen:

Abb. 2:



3. KPT als störungs- und syndrom-spezifische Leib-Regulationstherapie

Was hat das nun für therapeutische Konsequenzen im Hinblick auf eine körperpsychotherapeutische Perspektive?

Ich möchte die integrative, klinische Körperpsychotherapie an dieser Stelle einführen als eine Interventions-Strategie, die sich primär als eine Leibregulations-Therapie verstehen bzw. konzipieren lässt und insofern in besondere Weise in der Lage ist, auf die Varianten eines gestörten Leibbezuges Einfluss zu nehmen. Wie bereits angesprochen dient der Leib der Regulation des emotionalen Erlebens im Selbsterleben und kann einerseits über habituelle Handlungen und Haltungsschemata die emotionale Betroffenheit herunter regulieren bzw. ganz isolieren, um entsprechende Erinnerungsmomente auf Distanz zu halten. Andererseits kann das Leiberleben aber auch an zentraler Stelle im Selbsterleben intensiviert, übertrieben oder auch verzerrt in die Aufmerksamkeit rücken. Zugleich wird unter konstantem Zugriff auf das Leibgedächtnis die zwischenleibliche soziale Befindlichkeit reguliert.

Scharfetter und Benedetti (1978) erarbeiteten – ausgehend von einer am Ich-Bewusstsein orientierten Psychopathologie die These der notwendigen Einbeziehung des Körpers in die psychotherapeutische Praxis: „Die hier vorgestellte leiborientierte Therapie ist aus der verstehenden Psychopathologie abgeleitet, geht vom Erleben des Betroffenen aus und nimmt von seinen ‚Symptomen‘ den Hinweis auf das Vorgehen.“ Hier wird also auf die zuvor beschriebene spezifische Leib-Anamnese Bezug genommen, die den Therapeuten leitmotivisch in und durch den therapeutischen Prozess leitet.

Initial sind insbesondere die Prozesse der therapeutischen Beziehungs-Aufnahme entsprechend strukturiert und auf zwischenleibliche Phänomene fokussiert. Der Therapeut nutzt das eigenleibliche Schwingen und ein von Gendlin (1981) als „felt sense“ beschriebenes Phänomen als diagnostisches Kriterium und für die initiale Hypothesenbildung bzw. Therapieplanung. Dabei achtet der Therapeut sowohl auf die körperliche fühlbare Resonanz auf das Gegenüber in der eigenen Befindlichkeit, auf die Frage, in welcher Weise das non-verbale Ausdrucksverhalten, die Körpersprache mit den verbalen Inhalten übereinstimmen, auf Bewegungsmuster und Haltungen, die bereits prototypisch auf bestimmte Problemkonstellationen verweisen sowie auf die Stimme des Klienten, die in Tonlage, Volumen und Ausdrucksform quasi affektiv-seismographisch auf die emotional Befindlichkeit verweist.

Unter Bezugnahme auf die Prinzipien der „relationalen Psychoanalyse“ beschreiben Geißler & Geißler (2011), dass es notwendig sei, das therapeutische Handeln auf ein ‚intersubjektiv-interaktionelles‘ Verstehen des therapeutischen Dialogs zu fokussieren. So vollzieht sich die körperbezogene Anamneseerhebung in der KPT als ein dynamischer Prozess innerhalb eines zwischen-

leiblichen Feldes und unter Entfaltung der verkörperten Gegenübertragungs-Phänomene (auch als somatische Resonanz bezeichnet) und der konkreten Interaktionen, den ‚Enactments‘, die als Formen des Inter-Agierens konzeptualisiert werden. KPT ist dabei nicht zu verwechseln mit einer Vielzahl von Körpertherapien, die lediglich mittelbar über die Regulierung funktioneller Aspekte der körperlichen Realität auf das psychische Erleben bzw. psychologische Prozesse einwirken können.

Allgemein und insbesondere in historischer Hinsicht ist die KPT zunächst als eine technisch-methodische Variante psychotherapeutischer Interventionen ausschließlich verbaler Therapien zu verstehen, z.T. als Antwort auf behandlingstechnische Schwierigkeiten der etablierten Hauptverfahren, insbesondere der psychodynamischen Psychotherapie, deren Theorie und Praxis in vielen Körperpsychotherapien integriert ist bzw. vice versa. Sowohl die Aspekte der Affektregulation und das expressive Ausdrucksverhalten, das Moment der körperbezogenen Selbstwahrnehmung und des Realitätsbezuges, die Erprobung von Alternativverhalten und die bewegungsmanenten, non-verbalen Kommunikationsformen des sozialen Leibes stehen als interventionelle Hauptpfeiler in der Therapieplanung zur Verfügung.

In klinisch-therapeutischer Hinsicht tritt das Leibgedächtnis als eine Einstiegsporte in der Beziehungsaufnahme und Hypothesenbildung bzw. Anamnese und als der interventionelle Fokus in der KPT in Erscheinung. Geuter (in Vorbereitung) hat herausgestellt, wie experimentell gezeigt werden konnte, dass gedankliche Prozesse über Körperhaltungen und -bewegungen angestoßen werden können und aus der Gedächtnisforschung ist bekannt, dass Erinnerungen im Zusammenhang mit den diese auslösenden emotionalen Inhalten erlebnisnah aufgerufen werden können. Er gibt hierzu ein Beispiel: „Eine entsprechende körperpsychotherapeutische Technik wäre zum Beispiel, willentlich eine Haltung einzunehmen oder eine Bewegung auszuüben, die mit einer Lebenssituation verknüpft sind, deren Bedeutung sich nicht ohne weiteres erschließt. Für Patienten bedeutet dies, dass sie die Gefühle anderer eher mitbekommen, wenn sie diese, zum Beispiel in einem szenischen Dialog, körperlich in ihrem Erleben präsent werden lassen; für Therapeuten, dass sie ihre Patienten besser erfassen, wenn sie sich auch mimisch und gestisch in sie hineinversetzen.“ Dies schafft therapeutische Zugänge in Situationen, in denen Patienten ihre Erfahrungen nicht verbalisieren können oder wenn sich traumatische Ereignisse in präverbalen Phasen ereignet haben.

Das freie Spiel der körperbezogenen Kräfte, Antriebe und Motivationen sind mögliche Ausgangspunkte einer körperorientierten Vorgehensweise in der Psychotherapie. Lust und Freude im Umgang mit den eigenen körperimmaneten Potentialen im Selbst-Erleben und Selbst-Ausdruck sind wichtige ausgleichende Momente in der Bearbeitung negativer Emotionen als auch zur Konfliktbearbeitung. In der Aufmerksamkeits-Verschönerung auf das körperliche Erleben entstehen günstigenfalls prä-reflexive, intuitive Ruhezonen, exemplarisch

zu beobachten im interaktiven Spiel von Kindern oder auch in der sportlichen Aktivität einer in der Bewegung ruhenden Mentalität. Sowohl systemtheoretische Ansätze (z.B. Rollenspiele, Soziogramme, etc.) als auch verhaltenstherapeutische Konzepte (z.B. Expositionen, körperliches Lernen, „Achtsamkeit“, etc.) werden im interventionellen Spektrum der integrativen KPT mit berücksichtigt. Unabhängig von den explizit auf Psychopathologie abzielenden Interventionen kann die KPT wie auch andere erlebnisorientierte Verfahren leibimmanente reparative Prozesse anregen. Sie kann dem Individuum dazu verhelfen, wieder nachhaltiger der eigenen Lebensbewegung zu folgen, mit den basalen Lebensrhythmen zu „schwingen“, d.h. zu oszillieren zwischen den Körper-Sein und Körper-Haben Zuständen (z.B. sich bewegen – bewegt sein). Darüber hinaus lassen sich zunehmend auf die soeben vorgestellten prototypischen leibnahen und leibfernen Leibregulationsstörungen auch störungs- bzw. syndromspezifische Interventionsstrategien in der KPT heraus arbeiten. Diese möchte ich nun kurz vorstellen (s.a. Röhrich, 2011).

Bei den leibnahen, durch einen lastenden Leib gekennzeichneten Störungen ist das Vorgehen der KPT gekennzeichnet von drei Haupt-Interventionen:

1. Ausgleichende Regulation: d.h. Betonung der positiven körperbezogenen Erfahrungsaspekte, spielerische Momente kommen zum Einsatz, Betonung der lustvollen und kreativen Potentiale; Techniken „symbolischer Wunscherfüllung“
2. Gegenregulation, d.h. das im Leib lastende selbstregulative Potential aufspüren, die spontan angelegten affektmotorischen Schemata, die unterdrückten Handlungs- und Bewegungsimpulse erkennen, erproben, freisetzen (bestes Beispiel sind die Flucht-Angriff-Schemata)
3. das gegen die Schwerkraft arbeitende Moment der Bewegungs-Mobilisierung (gegen die Resignatio der Depression, das Innehalten/das Atem-Einhalten der Angstäquivalente/das Unterdrücken der instinktiven Abwehrreaktion)

3.1. Die depressive Erkrankung

Angesichts der Dynamik zurückgehaltener Gefühle als ein zentrales Problem in der Depressionsentstehung mit daraus resultierender Selbstregulations-Störung, ist ein Partialziel, das verdrängte Verteidigungs-/Problemlösungs-Verhalten, d.h. positive Aggressionen zu aktivieren. Fehlgeleitete, weil unterdrückte Eigenbewegungen einer auf Flucht oder Angriff ausgerichteten selbstregulativen Kompetenz fördern das Moment der erlernten Hilflosigkeit. So kann z.B. symbolisch über Stresspositionen eine Haltung von Leid symbolisch inszeniert werden, um modellhaft in der Therapie alternative (körperbezogene) Bewältigungsstrategien zu explorieren. Die Anregung des in der Depression eingeschränkten bzw. teils aufgehobenen Gefühlsausdrucks erfolgt z.B. mittels

Stimmübungen, der Arbeit an der Mimik und Ausdrucksübungen (z.B. „Reaching“). Der Ausdruck aggressiver Impulse macht häufig den Weg frei zu den darunter liegenden Bedürfnissen, (traurigen) Affekten und aus-reichenden Bewegungen. Den passiven, handlungsarmen und oralen Tendenzen („starke Hilfeappelle“) innerhalb der depressiven Struktur begegnen die Therapeuten in der KPT mit einer Förderung der in der Körpersprache erkennbaren Eigenbewegungen/impulse bzw. dem Einüben der expressiven Seiten der Emotionsregulation (z.B. Bitt-Gesten und Kommunikation mit Augenkontakt). Die Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks wird zudem über die Atmung reguliert, die insofern direkt in der Körperarbeit angesprochen wird.

Schließlich werden die kreativen Möglichkeiten der Patienten im Sinne einer Aktivierung der Selbsthilf-Kräfte gefördert (der Körper als ein Vehikel für Selbsterfahrung, ein Halt gebender Ort, eine Ressource für Kreativität und Freude). Der therapeutische Prozess zielt auf die Auf-Richtung, das Ein-Stehen für eigene Bedürfnisse und Positionen.

Von zentraler Bedeutung ist auch das Prinzip der therapeutischen Berührung als Mittel der symbolischen Wunscherfüllung; dabei wird die Oxytocin-Hormon-Ausschüttung im zentralen Nervensystem angeregt, was wiederum das Bindungsverhalten positiv beeinflussen kann.

3.2. Die Angsterkrankung

In körperpsychotherapeutischer Hinsicht wird zunächst die Förderung der Eigenwahrnehmung an den Anfang der Therapie gestellt; Atemübungen und eine geleitete Körperselbstwahrnehmung führt zur Förderung der Atmung und einer Mobilisierung der bei Angstpatienten erfahrungsgemäß erheblich verspannten Schulter-Nackenmuskulatur. Entspannungsübungen in der KPT machen m.E. bei dieser Störung erst dann Sinn, wenn das allgemeine Erregungsniveau abgebaut ist und die Patienten guten Bodenkontakt haben, da sie ansonsten der Gefahr einer Retraumatisierung mit einer Reizüberflutung ausgesetzt werden. Die regressiven Elemente der Entspannungstechniken können in körperlicher Hinsicht (z.B. Arbeit im Liegen) Gefühle des ‚Ausgeliefert-Sein‘ mobilisieren. Die körperbezogene Exploration somatischer Reaktionsweisen der Angst wird anhand einer als typisch beschriebenen, angstausslösenden Situation vorgenommen. Mit psychodramatischen Techniken kommt es zum Erproben von Alternativverhalten im konkreten Experimentieren mit expressiven Haltungsänderungen, derart kann ein Gegengewicht geschaffen werden zu den Hilflosigkeitsgefühlen akuter Angstzustände. Ein Beispiel ist das Stehen auf einer „Balancierscheibe“ (Clauer, 2011), was auf körperlicher Ebene auf sehr vordergründige aber einfühlsame Weise einen wesentlichen Aspekt gefühlter Angst symbolisiert und inszeniert: die Standunsicherheit und das Schwanken. Derart kann über symbolische Parallel-Erfahrungen an die eigene

Angstdynamik körperlich herangeführt werden. Wie auch bei den depressiven Patienten ist häufig eine Aggressionshemmung zu erkennen und die (damit assoziierten) Angstgefühle und Panikattacken erscheinen in einem kausalen Zusammenhang vor dem Hintergrund ausgeprägter Verlust- und Verlassenheitsängste.

3.3. Die Somatoforme Störung

Das zentrale Leitprinzip in der KPT der somatoformen Störung sowie dem nosologisch unscharf abgegrenzten Syndrom „Medically Unexplained Symptoms/MUS“) ist die fortdauernde, empathisch einfühlende und stets dorthin rückverweisende Bezugnahme auf den gelebten, subjektiven Körper (Leib) des Patienten. Dabei werden anders als bei anderen psychosomatischen Erkrankungen die in den Körpererfahrungen enthaltenen psychologischen Prozesse initial nicht direkt angesprochen, es sei denn der Patient selber stellt einen solchen Zusammenhang unmittelbar her. „Sei der Schmerz/das Symptom („embodied“) und lass uns in Worten hören, was er/es zu sagen hat“ ist ein Leitmotiv der so konzipierten KPT dieser Störung. Das heißt, nicht die Vermeidung, die Abspaltung oder Isolierung des Schmerzes, sondern die Akzeptanz, Integration und Neubewertung der Beschwerden im Rahmen des ganzheitlichen Körpererlebens ist der Königsweg der integrativen, körperorientierten psychotherapeutischen Behandlung der Somatisierungsstörung.

3.4. Die Essstörung Anorexia Nervosa

Unter Bezugnahme auf das vorhandene klinische Erfahrungswissen bietet sich eine stufenweise und modular konzipierte Interventionsstrategie an. Am Anfang steht die empathische, wertschätzende und ressourcenorientierte Kontaktaufnahme zum eigenen Körper, gefolgt von einer sukzessiven Reduktion körperfeindlicher Aktivität. Die Verbesserung der Körper(selbst)wahrnehmung arbeitet in Richtung auf eine realitätsnahe, an den eigenen Bedürfnissen orientierte und die Körpergrenzen betonende Körperwahrnehmung. Im Weiteren stehen die Förderung der körperlichen (Selbst-) Ausdrucksfähigkeit und der Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens im Zentrum der Bemühungen. Schließlich eine Bearbeitung der intrapsychischen Konflikte, der defizitären und traumatischen Biografie und der verinnerlichten soziokulturell geprägten Leitbilder am konkreten Beispiel der idealisierten Körper-Leitbilder.

3.5. Die (schizophrenen oder manischen) Psychosen

Für die körperpsychotherapeutische Behandlung der leibfernen, von einem flüchtig-desintegrierten Leibgeschehen dominierten psychotischen und insbesondere

schizophrenen Störungen stehen differenzierte, ich-rekonstruktive Interventionen in der KPT zur Verfügung. Ganz im Unterschied zu den leib-lastigen Störungen wird entlang und mit der Schwerkraft gearbeitet. Die zentrale Richtung des körperpsychotherapeutischen Prozesses richtet sich auf die Verkörperung des Ichs, der Förderung selbst-referentieller Prozesse und der Meinhaftigkeit. Insbesondere körperwahrnehmungsbezogene Behandlungsangebote helfen den Patienten, über die sich entwickelnde Körper-Ich Struktur d.h. über die Beziehungsaufnahme zum eigenen Körper den Realitätsbezug zu verbessern. Die sogenannten Grounding-Übungen dienen der Verankerung des Ich in der körperlich-weltlichen Struktur. Voraussetzung für eine sich nach außen öffnende Zwischenleiblichkeit ist eine sichere Grenzziehung des Innenraumes im Sinne eines leiblichen Binnenraumes, der nicht einfach von außen schutzlos betreten werden kann.

Die Übungen zur Körperwahrnehmung fokussieren hier zunächst auf die Körperoberfläche zur Verbesserung der Grenz Wahrnehmung und die Arbeit an den gelenkigen Verbindungen bzw. den Segmentübergängen, um die Erfahrung der inneren Kohärenz zu fördern. Diverse Übergangsobjekte werden eingesetzt, die sowohl angstmindernd wirken als auch vermittelnde Funktionen haben. Die von Pankow als Dissoziationen oder Zerbrechungen des Körperbildes bezeichneten Körper-Ich-Strukturen des schizophren erkrankten Menschen können z.B. mittels Modellierarbeiten und Zeichnungen bzw. der von Joraschky et al. (1998) beschriebenen Körperbild-Skulptur-Technik diagnostisch und therapeutisch durchdrungen werden.

Es folgen Sequenzen, die mittels Atmung die Vitalität betonen sowie die Arbeit mit Spiegel- und Körperbildern zur Förderung des personalen Identitätsgefühls.

Die Bezugnahme auf das Körpererleben bei diesen leibfernen Störungen beinhaltet eine Gratwanderung zwischen Neustrukturierung und Destabilisierung, da der Körper als Ort des perzeptiven und affektiven Erlebens nicht nur Basis des Weltbezuges, sondern häufig auch Ort des konflikthaften bzw. traumatischen Geschehens sowie des Desintegrations-Erlebens ist. Außerdem leiden viele schizophren erkrankte Menschen an schweren Ambivalenzkonflikten bzgl. jeder Kontaktaufnahme, was in der körperlichen Annäherung um so stärker ins Gewicht fällt. Die körperbezogenen Interventionen setzen insofern ein Mindestmaß an Ich-Stabilität bzw. Strukturierungsfähigkeit voraus. Akutphasen schizophrener Erkrankung mit erheblicher psychomotorischer Unruhe, Rastlosigkeit und florid psychotischen Symptomen können daher wenn überhaupt zumeist nur in Einzeltherapie oder in einer aus zwei bis drei Teilnehmern bestehenden Kleingruppe behandelt werden. Die Strategie der körperorientierten Therapie basiert in dieser Phase wesentlich auf Prinzipien der spiegelnden oder begleitenden Mitbewegung, d.h. das unmittelbare und kreative Aufgreifen der vom Patienten ausgehenden Haltung und Bewegung steht im Vordergrund, die stetige Rückversicherung und Förderung eines Kern-Ich im Spiegel

des therapeutischen Haltens (Hilfs-Körper-Ich).

4. Zusammenfassung

Ausgehend von theoretischen Überlegungen zur Bedeutung von Dysregulationen und Störungen in Leibgedächtnis und Körper-Ich hinsichtlich der Entstehung psychischen Leids wird im vorliegenden Beitrag eine leiborientierte Krankheits- und Behandlungstheorie entwickelt. Dabei wird Körperpsychotherapie konzeptualisiert als eine störungsspezifische Leibregulationstherapie, die sich das Leibgedächtnis als zentrale Einstiegsporte der Behandlung wählt. Angestrebt ist eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit des Körper-Ich, um den Patienten dazu zu verhelfen, Nähe und Distanz zu den inneren Körperzuständen und Affekten zu regulieren.

Ich möchte diesen Beitrag mit einem Zitat aus der Literatur abrunden, das in schlichter und doch sehr überzeugender und prosaischer Weise auf die Bedeutung des Leibgedächtnisses und die daraus abzuleitenden therapeutischen Konsequenzen hinweist:

„...und vollends wie ich, Schritt für Schritt bergan steigend, die unebenen Pflastersteine der Sporkova unter meinen Füßen spürte, war es mir, als sei ich auf diesen Wegen schon einmal gegangen, als eröffnete sich mir, nicht durch die Anstrengung des Nachdenkens, sondern durch meine so lange betäubt gewesenen und jetzt wiedererwachten Sinne, die Erinnerung.“ (W.G. Seewald in Austerlitz, S. 216).

Literatur

- BLANKENBURG, W. (1970). Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- BLANKENBURG, W. (1994). Selbst und Leib. Ein phänomenologischer Zugang. *Psycho*, 20, 48-51.
- BLANKENBURG, W. (1998). Phänomenologie der Leiblichkeit und Körpererleben Schizophrener. In F. Röhricht & S. Priebe (Hrsg.), *Körpererleben in der Schizophrenie* (S. 17-23). Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- CLAUER, J. (2011). Die Behandlung von Angsterkrankungen in der Bioenergetischen Analyse. In F. Röhricht (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie* (S. 150-160). Giessen: Psychosozial Verlag.
- DAMASIO, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain: The Evolution of Consciousness*. London: William Heinemann.
- DOWNING, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. München: Kösel.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. (1999). *Biographie und Leiblichkeit. Zur biographischen Arbeit und Artikulation des Körpers*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- FRIEDRICH, M. A., FUCHS, T., KOLL, J., KRONDORFER, B. & MARTIN, G. M. (Hrsg.). (2008). *Der Text im Körper: Leibgedächtnis, Inkarnation und Bibliodrama*. Hamburg: EB-Verlag.
- FUCHS, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12, 95-107.
- FUCHS, T. (2008). *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*. Zug: Die Graue Edition.
- FUCHS, T. (2010). Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
- GALLAGHER, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. New York: Oxford University Press.
- GEIßLER, C. & GEIßLER, P. (2011). Die Perspektive der analytischen Körperpsychotherapie in der Behandlung einer depressiven Patientin. In F. Röhricht (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie* (S. 35-45). Giessen: Psychosozial Verlag.
- GENDLIN, E. (1981). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Otto Müller.
- GEUTER, U. (in Vorbereitung). Heidelberg: Springer.
- GOLDBERG, D. (2010). Should our major classifications of mental disorders be revised? *The British Journal of Psychiatry*, 196, 255-256.
- HUTTO, D. (2010). Radical Enactivism and Narrative Practice: Implications for Psychopathology. In T. Fuchs, P. Henningsen & H. Sattel (eds.), *Disorders of the Embodied Self* (pp. 43-66). Stuttgart: Schattauer.
- JORASCHKY, P., SEBASTIAN, S. & RIERA, R. (1998). Der Körperbild-Skulptur-Test. In F. Röhricht & S. Priebe (Hrsg.), *Körpererleben in der Schizophrenie* (S. 121-135). Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- JORASCHKY, P., LOEW, T. & RÖHRICHT, F. (Hrsg.). (2009). *Körpererleben und Körperbild – Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart: Schattauer.
- LOEW, TH., TRITT, K., LAHMANN, C. & RÖHRICHT, F. (2006). Body psychotherapy – scientifically proved? *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 6-19.
- MARLOCK, G. & WEISS, H. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- MAY, J.M. (2005). The outcome of Body Psychotherapy. *USA Body Psychotherapy Journal*, 4, 98-120.
- REICH, W. (1933/1973). *Charakteranalyse*. Frankfurt/M.: Fischer.
- RÖHRICHT, F. (2000). *Die körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- RÖHRICHT, F. (2002). Ansätze zur Systematisierung einer klinischen Körperpsychotherapie. In D. Mattke, G. Hertel, S. Büsing & K. Schreiber-Willnow (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik* (S. 410-416). Frankfurt am Main: VAS-Verlag.
- RÖHRICHT, F. (2006). Körperschema, Körperbild und Körpererleben. Begriffsbildung, Definition und klinische Relevanz. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch Körperpsychotherapie* (S. 256-263). Stuttgart: Schattauer.
- RÖHRICHT, F. (2009). Body oriented psychotherapy – the state of the art in empirical research and evidence based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy. An International Journal for Theory, Research and Practice*, 4, 135-156.
- RÖHRICHT, F. (Hrsg.). (2011). *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- RÖHRICHT, F., SEIDLER, K. P., JORASCHKY, P., BORKENHAGEN, A., LAUSBERG, H., LEMCHE, E., LOEW, T., PORSCH, U., SCHREIBERWILLNOW, K. & TRITT, K. (2005). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 183-190.
- SARTRE, J.-P. (1962). *Das Sein und das Nichts*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- SCHARFETTER, C. & BENNETTI, G. (1978). Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Vorschläge einer zusätzlichen Therapiemöglichkeit und grundsätzliche Überlegungen dazu. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie*, 123, 239-255.
- SCHARFETTER, C. (1998). In F. Röhricht & S. Priebe (Hrsg.), *Körpererleben in der Schizophrenie* (S. 25-39). Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- SEEBALD, W. G. (2001). Austerlitz. München, Wien: Carl Hanser.
- STAUNTON, T. (Ed.). (2002). *Body Psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
- STORCH, M., CANTIENI, B., HÜTHER, G. & TSCHACHER, W. (2010). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Hans Huber Verlag.

- TOMASELLO, M. (2010). Warum wir kooperieren. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- TOTTON, N. (2003). Body Psychotherapy: An Introduction. Maidenhead-Philadelphia: Open University Press.
- TOTTON, N. (Ed.). (2005). New dimensions in Body Psychotherapy. Maidenhead-Philadelphia: Open University Press.
- VARELA, F. J., THOMSON, E. & ROSCH, E. (1991). The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience. Cambridge, MA: MIT Press.
- WALDENFELS, B. (1999). Sinnesschwellen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Autor

Professor Frank Röhricht

Consultant Psychiatrist, MD FRCPsych,
East London NHS Foundation Trust,
Honorary Professor University of Essex,
Centre for Psychoanalytic Studies



Newham Centre for Mental Health
Glen Road, London E13 8SP, U.K.
Telefon: 020-7540 6757
Fax: 020-7540 2971
Frank.Rohricht@eastlondon.nhs.uk
www.frankrohricht.com