

52 Diagnostische Relevanz körperbezogener Merkmale und Prozesse in der Körperpsychotherapie

Frank Röhrich, London, England

— Eine biographische Einführung zu **Frank Röhrich** findet sich am Anfang seines ersten Beitrags in diesem Buch auf Seite 256.

Unabhängig von der theoretischen und praktischen Ausrichtung einzelner Therapieschulen ist die diagnostische Bezugnahme auf Aspekte des Körper(selbst)erlebens sowie der Körperanalyse immanenter Bestandteil einer jeden Körperpsychotherapie (KPT). Damit sind weniger diagnostisch bedeutsame Kategorien im Sinne einer Diagnose psychischer Krankheit entlang der vorgegebenen Klassifikationssysteme (ICD/DSM) gemeint, sondern die Auswertung der für die Psychotherapie relevanten statischen, dynamischen und interaktionellen körperbezogenen Merkmale als Hinweise auf (Körper-)Ich-Struktur, Selbsterleben und Selbstregulation des Patienten.

Bereits in den theoretisch grundlegenden Erörterungen der Pioniere einer KPT finden sich Überlegungen zur diagnostischen Relevanz körperbezogener Merkmale an ganz zentraler Stelle (s. Übersicht bei Geuter 2000). Zugleich weisen diese Ausführungen auf die enge Verzahnung diagnostischer und therapeutischer Prozesse hin. Reich formulierte 1933 in seinem bahnbrechenden Werk »Charakteranalyse« im Rahmen seiner Analyse der sog. Charakterwiderstände den Gedanken, dass dem körperlichen Ausdruck jeweils eine psychische Haltung entspreche und vice versa Rückschlüsse auf Persönlichkeitsaspekte bzw. psychische Reaktionsweisen über die Analyse der Körperstruktur möglich seien. Er erarbeitete erste Beschreibungen der

physischen (insbesondere muskulären) Prozesse, die an psychischen Mechanismen der Affektbewältigung beteiligt sind und prägte die Begriffe »Muskel- und Charakterpanzer«. Angeregt durch die Entwicklungen der Heil- und Leibpädagogik und insbesondere die Arbeiten von Gindler entwickelten sich parallel zur gleichen Zeit bewegungstherapeutische Ansätze, die sich eng auf wahrgenommene Beeinträchtigungen vitaler Atem- und Bewegungsrhythmen bezogen. Schließlich bemühten sich Vertreter/-innen des modernen Ausdruckstanzes um erste bewegungsanalytische Ansätze zur Beschreibung des Ausdrucksgehaltes der Bewegungsmuster. Dieser Ansatz wurde von Laban (1926, 1950) systematisch ausgearbeitet, indem er Bewegungskategorien definierte, die gezielt untersucht werden können und Grundlage therapeutischer Interventionsstrategien in der Bewegungs- und Tanztherapie sind.

Ganz im Sinne der Grundregeln eines jeden Heilverfahrens leitet sich insofern auch in der KPT das Rational für Indikationsstellung und eine phänomen- oder prozessorientierte Therapiegestaltung von methodenspezifischen (hier also körperbezogenen) diagnostischen Maßnahmen ab. Wie auch sonst in der psychotherapeutischen Praxis üblich, findet eine allmähliche Öffnung der diagnostischen Perspektive in Richtung auf eine prozessbezogene Inhaltsanalyse statt, die insbesondere auf die Qualität und die Themen der sich stetig wandelnden therapeutischen Beziehung eingeht. Eine illustrative, fallbezogene Darstellung dieser Zugangsweise zum Körper(selbst)erleben findet sich bei Dychtwald

(1981, S. 18), der seine persönliche Erfahrung im Entdecken des »Human Potential Movement« schildert:

»Es ist September 1970. Ich stehe nackt in einem Zimmer, voll von Männern und Frauen jeglicher Altersstufe. Dr. John Pierrakos mustert wie alle anderen im Raum gespannt meinen Körper, ... kommt auf mich zu und untersucht genauestens die Struktur meiner Haut und die Gesamtbeschaffenheit meiner Körpermuskulatur. Er bittet mich, ... im Zimmer umherzugehen, damit er meinen Körper in Bewegung beobachten kann. Beim Gehen bin ich mir meines fehlenden Selbstbewusstseins und meiner Unsicherheit voll bewusst ... Nach einem Zeitraum, der mir vorkam wie eine Ewigkeit, fährt John Pierrakos damit fort, über mich ... zu sprechen ... Er beschreibt meine allgemeinen Einstellungen zum Leben, zur Liebe, zu persönlichen Beziehungen, zur Bewegung, zur Veränderung und zur Leistungsfähigkeit ... Was an dem ganzen Erlebnis so erschreckend war, war die Tatsache, dass alles, was er sagte, jede Beobachtung, die er machte, jede Beschreibung, die er lieferte, völlig richtig war.«

In dieser idealtypischen Skizze sind die Grundpfeiler einer körperbezogenen Psychodiagnostik andeutungsweise realisiert:

- ein eher statisches Moment präziser Strukturanalyse der visuell und taktil zugänglichen Information (Haltung, Gestik, Mimik, Hautfarbe, Physiognomie und muskulärer Körperbau etc.),
- die Erfassung der körperbezogenen Gedanken, Emotionen und Wahrnehmungen,
- ein dynamisches Moment der Bewegungsanalyse im Übergang zu
- einem prozesshaften Moment der sich andeutenden, spezifisch ausgestalteten therapeutischen Beziehung.

Diese Dimensionen einer Diagnostik des Körpererlebens fließen im fortschreitenden körperpsychotherapeutischen Prozess kontinuierlich zusammen. Zu Beginn der Therapie stehen formal beschreibende, planende Aspekte und dementsprechende Arbeitshypothesen im Vor-

dergrund. Im weiteren Verlauf dann zeichnen sich unterhalb einer kognitiv-analytischen, verstehenden Haltung des Therapeuten nonverbale, affektive Kommunikationsinhalte ab, die als Quelle »intuitiven« Verstehens und für eine interventionelle Impulsgebung (im Sinne einer Deutung) verwertbar werden.

Betont werden muss in diesem Zusammenhang, dass jede diagnostische Zuwendung auf den belebten Körper, d. h. den Leib, vom erkenntnistheoretischen Dilemma einer Ambiguität von Leibhaben und/oder -sein bestimmt ist und sich das subjektive Erleben des Körpers insofern schwer wissenschaftlich präzise beschreiben lässt. Hinzu kommt die Schwierigkeit der in vivo bestehenden Komplexität des subjektiven Gesamtkörpererlebens, das sich mit operationalisiert beschriebener Methodik nur in artifizieller Annäherung objektiv erfassen lässt.

Zum Zwecke der theoretischen Verdeutlichung wird im Folgenden dennoch an einer systematischen Aufteilung mit jeweiligem Unterkapitel wie folgt festgehalten:

- Strukturanalyse (Haltung, Gestik, Mimik, Hautfarbe, Physiognomie und muskulärer Körperbau),
- Erfassung der zustandsbezogenen (Momentaufnahme), körperbezogenen Gedanken, Einstellungen, Gefühle und Wahrnehmungen,
- dynamisch konzipierte Bewegungsanalyse und
- beziehungsbezogene (interaktionelle) Verhaltensanalyse bestehend aus situativer Körperdeutung und Analyse der nonverbalen Kommunikationsstile.

Strukturanalyse

Wie bereits eingangs erwähnt, sind die Arbeiten Reichs (1933) grundlegend für die in der Folge zu verzeichnenden Bemühungen zur Beschreibung körperbezogener Analogien einer Systematik der Charakterstrukturen.

»In der charakteranalytischen Praxis begegnen wir der Funktion der Panzerung auch in Gestalt

chronischer, wie erstarrter muskulärer Haltungen.« (S. 344)

Chronische muskuläre Verspannungen aufgrund einseitiger Belastung im Sinne einer fixierten Haltung (physisch und psychisch) werden in diesem Modell psycho-dynamisch im Hinblick auf Abwehrhaltungen, Vermeidungsstrategien und Coping-Mechanismen interpretiert (s. Kap. 28 von Bentzen in diesem Buch).

Gemäß der flexiblen Natur des Bewegungsapparates sind dabei die differenziellen qualitativen Aspekte der jeweils einseitig überbetonten Bewegungsmuster zu analysieren. So sind verschiedenartige strukturelle Veränderungen zu beschreiben, es kann zu mangelndem Gebrauch bestimmter Muskelgruppen oder zu hypertropher Übertreibung der Muskularbeit kommen. Abgesehen von dem im Einzelfall durchaus erkennbaren Informationsgewinn bei der Betrachtung der mikroskopischen Ebene einzelner Körpersegmente bzw. Muskelgruppen ist festzuhalten, dass das eigentlich diagnostisch bedeutsame Moment im komplexen Zusammenspiel der resultierenden Gesamtkörpergestalt zu suchen ist.

Röhricht (2000) entwarf eine umfangreiche Systematik zum Zusammenhang von muskulärer Körperstruktur und Körperselbstaussdruck und entwickelte zugleich vor dem Hintergrund des verfügbaren Erfahrungswissens und der Literatur detaillierte Vorschläge hinsichtlich der daraus ableitbaren Interventionsmöglichkeiten. In dieser Systematik wird die Skelettmuskulatur tabellarisch zunächst im Hinblick auf anatomischen Verlauf und anatomische Funktionen beschrieben. Diese Beschreibungen werden dann mit dem potenziell an diesen Muskel bzw. diese Muskelgruppe geknüpften Körperausdruck in Beziehung gesetzt sowie im Hinblick auf die assoziierten psychomotorischen Funktionen einer chronischen Anspannung bzw. Überbetonung der jeweiligen Muskelgruppe diskutiert. Schließlich sind Beispiele für die sich daraus ableitenden Interventionsmöglichkeiten vor dem Hintergrund des verfügbaren klinischen Erfahrungswissens skizziert. Beispielhaft sei hier der große Brustmuskel, *M. pectoralis*, erwähnt: Dieser

Muskel spannt sich hauptsächlich zwischen dem oberen Anteil des Schlüsselbeins und dem Brustbein sowie Rippenknorpel und dem Oberarm aus; die anatomische Funktion beinhaltet eine Senkung des erhobenen Armes nach vorne, ein Heranziehen des Armes zum Rumpf hin und eine Hilfsfunktion beim Atmen bei abgestützten Armen. Röhricht (2000, S. 223) beschreibt folgende psychomotorische Funktionen: »Schutz der vorderen oberen Körperhälfte durch Heranziehen der Schulter (d. h. Schutz der Herzgegend vor direktem Kontakt, vor Angriff/Verletzung); auch: Atemschonhaltung (»Depressionsmuskel«); bei Überentwicklung auch: psychopathisches »Aufblähen« des (Körper-)Ichs«. Die sich hier anknüpfenden Interventionsmöglichkeiten beinhalten seines Erachtens »besonders durch Arbeit an der lateralen Ansatzpartie Öffnen der Atmung und der Herzensgefühle (häufig Mobilisierung tiefer, zurückgehaltener Traurigkeit, Gefühle des Alleinseins, der Vernachlässigung, Bedürftigkeit und Steigerung der Empfindsamkeit sowie von Mitgefühl, Liebesfähigkeit)«

In seiner umfassenden Buchkritik geht Boadella (2000, S. 144) auf eine besondere Schwierigkeit dieser Systematik ein und merkt treffend ganz im Sinne der in der Einleitung vorgegebenen Grundprinzipien an: »Der Überblick ist eindrucksvoll und extrem hilfreich, vorausgesetzt, man wendet diese Übungen nicht an wie ein Kochbuch und erinnert sich dabei an Wilhelm Reichs Warnung, derzufolge es bedeutungslos ist, lediglich einen Muskel zu pressen, bevor man nicht in gutem emotionalen Kontakt mit der Funktion des Charakter-Widerstandes des Klienten ist.«

Die an der Körperstruktur ansetzenden Interventionsformen sind vielfältig, setzen eine tragende therapeutische Beziehung voraus, und bedürfen umfangreicher praktischer Erfahrung und solider anatomischer Kenntnisse seitens des Therapeuten. »Die Annahme eines ursprünglich der Abwehr von und dem stabilisierenden Schutz vor unangenehmen, schmerzhaften und/oder traumatischen Körpergefühlen und Erfahrungen dienenden muskulären »Panzer« zwingt zur sorgfältigen diagnostischen Einschätzung

und Prüfung der Frage, ob der Patient bereits in der Lage ist, auf diese Strukturen zu verzichten, d. h. befähigt erscheint, Alternativverhalten aufzubauen.« (Röhrich 2000, S. 193)

Röhrich (2000) betont die Notwendigkeit einer weiteren grundlegenden empirischen Validierung der von ihm beschriebenen Systematik vor dem Hintergrund der Befunde experimentallpsychologischer Affektforschung. Dabei bieten sich insbesondere Bezugnahmen auf die von Ekman und Mitarbeitern durchgeführten Studien zum »Facial acting coding system/FACS« an. Dornes (1993, S. 114) stellt die Bedeutung dieser Zusammenhänge zwischen Körperausdruck und Emotionalität für die Psychotherapie heraus, indem er betont, dass »... der Ausdruck selbst Teil des Gefühls und des Mentalen ist ... Er ist nicht nur Indikator des Gefühls, sondern mit diesem konstitutiv verknüpft und trägt sowohl zur Entstehung wie zur Aufrechterhaltung des Gefühls bei.«

Hinsichtlich der makroskopischen Physiognomie bzw. der Gesamtgestalt der Körperhaltung lassen sich einige kategoriale Ordnungsprinzipien identifizieren. Dychtwald (1981) benennt sog. Haupttrennungen im Körperbewusstsein: vorne/hinten, oben/unten, rechts/links, Rumpf/Gliedmassen, Brust/Becken und Körper/Kopf. Diese Betrachtungsebenen können wertvolle Hinweise auf bestimmte Persönlichkeitsaspekte liefern: Maß an körperlicher Integrität/Ausgewogenheit/Balance/Stimmigkeit, Flexibilität, Konsistenz, Überbetonungen einzelner Aspekte (z. B. »aufgeblasener« Oberkörper in der psychopathischen Charakterstruktur und vor dem Hintergrund narzisstischer Konfliktkonstellationen oder die aus chronisch unterdrückten aggressiv-negativen Impulsen resultierende »kompakte«, zusammengedrückt erscheinende Körperstruktur vor dem Hintergrund nachhaltiger unterdrückter Selbstbehauptung). Er beschreibt auch Beobachtungen zum Wechselspiel zwischen Physiognomie und Selbstausdruck. Am Beispiel unterschiedlich geformter Füße entwickelt er etwa Analogien zum »Stand« des Individuums bzw. seiner Grundhaltung in der Welt. Beckenhaltungen werden vor dem Hintergrund

psychosexueller Erfahrungen und Einstellungen und das Verhältnis von oberem Rumpf zu Becken und Extremitäten vor dem Hintergrund persönlicher Bedürfnisstrukturen und Selbstwert diskutiert.

Die neoreichianischen Verfahren haben diese körperbezogene Strukturdiagnostik zur Beschreibung von so genannten Charakterstrukturen (schizoid, oral, anal, phallisch-narzisstisch, rigide und psychopathisch) auf der Grundlage einer systematischen Beobachtung von Verhaltensmustern und in Anlehnung an die psychoanalytische Entwicklungspsychologie weiterentwickelt. Dabei werden psychische und körperliche Merkmale syndromatisch den Charaktertypen zugeordnet, deren diagnostisch kategorisierende Beschreibung nach Meinung der Autoren wiederum Rückschlüsse auf ein typisches zugrunde liegendes Entwicklungstrauma zulasse. Lowen (1992) beschreibt Verhaltensmuster in diesem Sinne als erstarrte bzw. festgelegte Reaktionsweisen des Individuums als Antwort auf wiederkehrende psychische Traumata oder Krisen. In seinem Buch »Charakteranalyse« hatte Reich zuvor bereits ausgeführt, wie sehr sich Charakter- und muskuläre Haltungen überlappen. Er skizzierte die im Dienste der Schmerz- und Unlustvermeidung stehenden Charaktereigenschaften als bedeutsam für die Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichts. Die mit den Strukturen jeweils musterhaft einhergehenden chronischen Fehlhaltungen psychischer und physisch-muskulärer Art (»Muskelpanzer«) führen jedoch zu deutlichen Funktionseinbußen bzw. Einschränkungen in der psychomotorischen Beweglichkeit. Im Rahmen dieses Beitrages kann nur skizzenhaft auf die an anderer Stelle ausführlich beschriebenen Details der Charakterologie eingegangen werden. Am Beispiel der »schizoiden Charakterstruktur« kann mit Lowen (1992) festgestellt werden: Der Kopf erscheint wenig mit dem Halssegment verbunden, es entsteht eine Haltung der Distanzierung mit tiefsitzender Verspannung der Muskulatur an der Schädelbasis; das Gesicht erscheint maskenhaft, kalt unbeweglich; der Körper nimmt an den Handlungen

nicht teil, die Gelenke (besonders Fußgelenke) sind häufig steif festgehalten, es besteht eine Oben-unten-Spaltung. Diese Körperstruktur korrespondiert nach Meinung der Autoren mit psychischen Haltungen emotionaler Kälte und Zurückgezogenheit vor dem Hintergrund einer früh in der Ich-Entwicklung einsetzenden bzw. stattgefundenen Traumatisierung existenzieller Bedürfnisse.

Ganz im Sinne der von Boadella ausgesprochenen Warnung, betont Petzold (1988, S. 292–293) die Grenzen und Einschränkungen einer solchen Vorgehensweise: »Der stabile Deutungsrahmen, der mit der Charakterologie vorgegeben ist, und die mit den Charakterstrukturen verbundenen biographischen Hintergründe bestimmen auch die Qualität der therapeutischen Beziehung ... Und hier liegt auch das Problem eines solchen Ansatzes: Die Typologisierung verengt die Vielfalt menschlicher Wirklichkeit ... und es wird durch das bestimmten Strukturen zugeordnete Interventionsrepertoire an Techniken sowie Übungen eine krankheitsspezifische ›Wartung‹ des Körpers nahe gelegt.«

Hier wird deutlich, wie sehr gerade in der Psychotherapie eine auf diagnostische Kategorisierung abzielende Bezugnahme auf psychopathologische Gegebenheiten entlang der Vorgaben eines medizinischen Modells von Krankheit (»Morbus«) ein Dilemma birgt. Denn hierdurch kann das therapeutische Vorgehen einseitig mechanistisch bestimmt werden und dies zu Ungunsten einer therapeutischen Bearbeitung von dynamischen, konflikthaften Themen. Daher erscheint es unbedingt notwendig, den Patienten in die Therapieplanung mit einzubeziehen, z. B. gemeinsam mit dem Patienten zu Beginn der Therapie Therapieziele festzulegen und das diagnostische Vorgehen dann an dieser Ausrichtung zu orientieren. Ein an Phänomenen oder Symptomen orientiertes Vorgehen, das sich bewusst auf die Behandlung umschriebener Störungen bezieht und auf die prozessorientierte Bearbeitung einer potenziell zugrunde liegenden Konfliktkonstellation verzichtet, kann eine fokussierende diagnostische

Perspektive im Einzelfall durchaus rechtfertigen. Das heißt, Petzolds Kritik an der innerhalb reichianischer/neoreichianischer Verfahren betriebenen Einengung der diagnostischen Perspektive auf das »Body-reading« zum Zwecke einer Kategorisierung der psychischen Struktur ist meines Erachtens nur berechtigt, wenn nicht störungsspezifisch, sondern prozessorientiert vorgegangen wird.

Erfassung der zustands- und körperbezogenen Gedanken, Einstellungen, Gefühle und Wahrnehmungen (Momentaufnahme)

Ausgehend von Überlegungen zur besonderen Bedeutung des Körpererlebens als Determinante des Selbsterlebens werden körperbezogene Phänomene in Forschung und Praxis deskriptiv erfasst. Die Identifikation störungsspezifischer Merkmale im Sinne von umschriebenen Störungen des Körpererlebens hat sich für einzelne psychische Erkrankungen wie z. B. die Anorexia nervosa oder die Schizophrenie (Übersicht u. a. bei Fisher 1986, Röhrich und Priebe 1997, 1998) als diagnostisch relevant erwiesen und zu einer Entwicklung integrativer, störungsspezifischer bzw. phänomenorientierter Therapieansätze geführt (s. z. B. Röhrich 2000).

Aufgrund der inkonsistenten theoretischen Konzeption und dem daraus folgenden Mangel an definitorischer Klarheit blieb die klinische Relevanz der Körpererfahrung über lange Zeit unklar. Erst seit etwa Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre (z. B. Shontz 1974, Meermann 1985, Bielefeld 1986) sind Bemühungen zu einer einheitlichen Begriffsbestimmung zu verzeichnen (z. B. Thompson et al. 1990). In der Folge hat sich ein multimodales Vorgehen zur mehrdimensionalen Erfassung des subjektiven Körpererlebens durchgesetzt (Röhrich 2006). Definitorisch operationalisierte Störungen des Körpererlebens werden zudem als Outco-

me-Kriterium bei der Evaluation körperbezogener Psychotherapie berücksichtigt (Röhrich 2000).

Die Erfassung von therapielevanten Teilaspekten (Indikationen, Kontraindikationen) des Körpererlebens nimmt ihren Ausgangspunkt von der individuellen Körpergeschichte. Hierbei werden Informationen zu aktuellen körperlichen Beschwerden und Erkrankungen, Vorerkrankungen, Operationen und Unfälle bzw. Traumata (z. B. sexueller Missbrauch, Gewalterlebnisse in der Kindheit) erfragt. Wichtig sind natürlich auch Informationen zu medikamentösen und sonstigen somatischen Behandlungen im Hinblick auf wesentliche Kontraindikationen für einzelne Übungssequenzen und im Sinne relevanter Beeinträchtigungen der körperlichen Realität. Informationen zum allgemeinen Umgang mit dem eigenen Körper liefern weitere wichtige Informationen zum individuellen Körperbezug. Erfragt werden sollten Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivitäten (Sport, Gymnastik usw.), Angaben zur Sexualität und zum Umgang mit Alkohol, Nikotin und Drogen. Weiterhin wird gezielt nach sonstigen prägnanten Körpererlebnissen gefragt (z. B. Veränderungen des Körpers in der Pubertät oder im Rahmen einer Schwangerschaft) sowie nach Auffälligkeiten des Verhaltens in der Kindheit wie z. B. Stottern, Bettnässen und Daumenlutschen. Die Planung einer systematischen Befunderhebung orientiert sich dann in erster Linie an den spezifischen Charakteristika der untersuchten Zielgruppe. So sollte sich z. B. der Untersuchungsaufbau bei einer Gruppe schizophoren erkrankter Patienten auf die hier ausgeprägten dissoziativen Phänomene, (Körper-) Ich-Störungen und Wahrnehmungsstörungen beziehen, während bei der Untersuchung depressiv erkrankter Patienten die zumeist bestehenden negativen Kognitionen und die Affektstörungen eine besondere Berücksichtigung der Körperkonzepte sowie der Störung der kognitiven und affektiven Körperbewertung nahe legen. Im Hinblick auf das Körpererleben an sich sind basale Rhythmen und Befindlichkeiten von Bedeutung, wie z. B. der Menstruationszyk-

lus der Frau oder etwa bestehende saisonale Schwankungen im affektiven Selbsterleben.

Die strukturierte Untersuchung von Teilaspekten des Körpererlebens sollte zur Erfassung dieser Einflussfaktoren und Bedeutungszusammenhänge insofern auch immer ein körperbezogenes offenes Interview beinhalten, das den Patienten die Möglichkeit gibt, sich spontan auf das Körpererleben zu beziehen. Joraschky et al. (1998, S. 124) bezeichnen dies als das »narrative Element« in der Untersuchung zum Körpererleben. Sie betonen, dass hierbei einzelne Körperzonen oder -teile »mit eigenen Worten und subjektiven Erfahrungen verknüpft werden. Hierdurch kann Gespürtes, Wahrgenommenes in eigener Sprache symbolisiert werden.«

Übersicht zu den verfügbaren und gebräuchlichen Untersuchungstechniken

Die Einteilung der Methoden zur Untersuchung der Körpererfahrung unterscheidet zwischen projektiven, verbalen (hauptsächlich Fragebögen) und perzeptiven Verfahren. Röhrich (1998) und Thompson et al. (1990) differenzieren des Weiteren neurophysiologisch-wahrnehmungspsychologische Komponenten (Perzeption, Sensorik, autonomes Nervensystem) und persönlichkeitspsychologisch-subjektive Komponenten bestehend aus Kognition (Gedanken/Fantasien/Konzepte/Einstellungen), Emotion und Psychomotorik (Bewegungsmuster/Mimik/Gestik/Ausdrucksverhalten).

Strukturierte Untersuchungsmedien finden derzeit meines Wissens nur in dem als Körperverhaltenstherapie bezeichneten Zweig der KPT Verwendung (s. z. B. Görlitz 1998). Das erklärt sich sicher zum Teil über die zugrunde liegenden psychologischen Grundkonzepte dieses kognitiv-behavioralen Ansatzes im Unterschied zu einer z. B. tiefenpsychologisch oder psychodynamisch ausgerichteten KPT. Das Beispiel der Entwicklung des OPD-Systems (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) zeigt jedoch, dass auch im Rahmen anderer Psycho-

therapieschulen und vor dem Hintergrund eines tiefenpsychologisch-hermeneutischen Ansatzes eine solche diagnostische Zugangsweise zunehmend Bedeutung erlangt. Aus der Vielzahl der für Forschungszwecke entwickelten Untersuchungsinstrumente bieten sich für die KPT die in der Folge kurz skizzierten Methoden aus therapeutischer Sicht als hilfreich an.

Der »Draw-a-person-Test« (Figurenzeichenprobe, Machover 1949) bezieht sich spezifisch auf den Körper, indem eine frei gezeichnete Menschenzeichnung als Instrument zur Persönlichkeitsdiagnostik verwendet wird. Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass das Selbstbild im Körperbild abgebildet werde. In ähnlicher Weise verhilft der »Körperbild-Skulptur-Test« (Joraschky et al. 1998), nonverbale Informationen über die Körpererfahrung zu erschließen. In diesem projektiven Test wird die Testperson zunächst angeleitet, mit geschlossenen Augen eine menschliche Gestalt aus Ton zu formen. Die Tonfigur wird dann formal strukturell anhand eines Bewertungsschemas quantitativ und qualitativ ausgewertet. Der Test wird als Verfahren zur Messung des Körperselbst – der ganzheitlichen Erfahrung des Körpers – eingesetzt; er wird weiterhin verstanden als indirektes Maß für die Ich-Identität und Ich-Konsistenz. Die quantitative Auswertung erfolgt im Hinblick auf drei Dimensionen: Proportionalität, Vollständigkeit und Verbundenheit der Figur. Über den »Körperbild-Mal-Test« (Breitenöder-Wehrung et al. 1998) erlangt der Therapeut Zugang zu einer anderen Erlebnisebene und kann wichtige Hinweise insbesondere auf die emotionale Bewertung bzw. die affektive und kognitive Besetzung einzelner Körpersegmente gewinnen. Bei diesem Test erhält der Patient eine Schemazeichnung des Körpers und wird aufgefordert, dieses Schema mit unterschiedlichen Farben gemäß vorgegebener, abgestufter Bedeutungskriterien (Zufriedenheitsgrade) auszumalen.

Aus der unübersichtlichen Vielzahl der so genannten verbalen Verfahren (Interviewtechniken und Fragebögen) lassen sich einige wenige als praxisrelevante Informationsquellen für die

KPT identifizieren. Bei diesen Verfahren werden hauptsächlich entlang vorgegebener Kategorien die kognitiven Aspekte der Körpererfahrung (Körperkonzepte, Einstellungen zum Körper, Körperbewertungen, körperbezogene(s) Gedanken/Wissen/Fantasien) erfasst. Die zumeist beschriebenen Kategorien sind: unklare Körpergrenzen, Entfremdung von Teilen des Körpers, Änderung der Größenwahrnehmung und Veränderung in der äußeren Erscheinung.

Hinzu kommen Fragebögen, die sich explizit auf die affektiv gefärbte Körperbewertung, die Zufriedenheit mit dem Körper (auch als Körperbesetzung bezeichnet) und die Aufmerksamkeit/Fokussierung auf den Körper beziehen (»Body Focus Questionnaire« bzw. »Body Prominence Score«, Fisher 1970, 1986; »Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers«, Strauß 1983, Strauß u. Appelt 1986; »Fragebogen zum Körperbild«, Löwe u. Clement 1996).

Zusätzlichen Erkenntnisgewinn verspricht die Verwendung weiterer, bislang auch in der Forschung selten eingesetzter Verfahren wie z. B. der »Body Image Automatic Thoughts Questionnaire« (Cash et al. 1987); die Probanden werden mit negativen und positiven Kognitionen zur Körpererfahrung konfrontiert und sollen die Aussagen im Vergleich mit dem eigenen Körpererleben auf einer Fünf-Punkt-Skala bestätigen oder verneinen. Eine weite Spannbreite decken die »Frankfurter Körperkonzeptskalen« (Deusinger 1992) ab. Körperbezogene Selbstkonzepte bzw. Selbstbilder werden im Hinblick auf folgende Konzepte untersucht: Gesundheit, körperliches Befinden, Pflege des Körpers, körperliche Effizienz, Körperkontakt, Sexualität, Selbstakzeptanz des Körpers, Akzeptanz des Körpers durch andere, Aspekte der äußeren Erscheinung, dissimilatorische Körperprozesse.

Eine Untersuchung der wahrnehmungspsychologischen Aspekte der Körpererfahrung bietet sich aufgrund der technisch aufwändigen Realität der Methoden im Rahmen der Therapieplanung derzeit nur vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Fragen an (z. B. für störungsspezifische Evaluationsstudien). Eine Befunderhebung zum Aspekt des Körperschemas hätte si-

cher im Einzelfall erhebliche praktische Relevanz, kann jedoch im Zusammenhang der KPT lediglich mit einem kognitiven Verfahren im Hinblick auf die Körpergrößeneinschätzung z. B. mittels der »Body Image Screening Scale« (Fichter u. Meermann 1981) erfolgen. Bei dieser Methode sollen die Patienten die Breitendimension für die jeweils breiteste Stelle einzeln benannter Körperdistanzen in verkleinertem Maßstab auf einem Din-A4-Blatt eintragen. Alternativ können hier so genannte pikturale Methoden, d. h. die zeichnerische Darstellung (oder auch formgebende Gestaltung) des eigenen Körpers, zum Einsatz kommen. Schließlich sei noch ein relativ neues Instrument erwähnt, das speziell für die Therapieevaluation in der Konzentrativen Bewegungstherapie entwickelt wurde: der »Fragebogen zum Gruppenerleben in der KBT« (Seidler 1995). Dieser Fragebogen bezieht sich auf »das Gruppenklima, das Therapeutenverhalten und die Zuversicht des Patienten ... sowie einige ... gruppentherapeutische Wirkfaktoren«. Speziell für die KPT/KBT werden folgende Aspekte erfasst: Selbst- und Körperwahrnehmung, Umgang mit dem eigenen Körper und sich selbst, emotionale Bewertung des Körpererlebens und körperbezogene Selbsterfahrung.

Dynamisch konzipierte Bewegungsanalyse

Die Phänomenologie der Leiblichkeit hat sich in dem Bemühen, verschiedene Aspekte der subjektiven Körpererfahrung zu beschreiben, bislang weitgehend auf statische Kategorien konzentriert (z. B. Gedanken/Einstellungen zum Körper oder Körperwahrnehmung). Die dynamischen Aspekte der Körperselbsterfahrung, insbesondere das Bewegungsverhalten, wurden bislang eher vernachlässigt. Im Rahmen der KPT hingegen wird der Bewegungsanalyse sehr viel mehr Aufmerksamkeit gewidmet. In diesem Abschnitt soll das intrasubjektiv bedeutsame Bewegungsverhalten im Vordergrund stehen, während sich das letzte Unterkapitel u. a. mit den

intersubjektiven Aspekten der nonverbalen Kommunikationsstile beschäftigt.

Dabei ist für beide nun folgenden Abschnitte voranzustellen, dass in der täglichen körperpsychotherapeutischen Praxis die beschriebenen diagnostischen Mittel eher im Sinne eines beiläufigen, integralen Bestandteils und weniger systematisch eingebaut sind. Das heißt neu auftretende oder neu bemerkte Phänomene werden laufend in eine sich präzisierende Diagnostik eingebaut und führen zu einer konstanten Neuvalidierung, Veränderung oder auch zur Negierung zuvor erhobener Analysen.

Interessant für die KPT sind die im Kontext allgemeiner psychischer Merkmale und individueller Biographie bzw. der Konfliktkonstellation zu verzeichnenden Bewegungsmerkmale. Dies umfasst verschiedene Aspekte wie z. B. den Umgang mit dem eigenen Körper, die Körperoffenheit (versus enger Körpergrenzsetzung) und den Selbstausdruck (z. B. im Hinblick auf Selbstvertrauen, körperliche Problemzonen oder Flexibilität). Laban (1950) führte ein System der gezielten Bewegungsanalyse ein, das hauptsächlich innerhalb der Tanz- und Bewegungstherapie zur Identifikation dysfunktionaler psychischer Strukturen und als Instrument zur Therapieplanung und Evaluation Anwendung fand und findet. Dabei wird das gesamte Bewegungsmuster bzw. -bild analytisch in eher übergeordneter Weise in seine quantitativen und qualitativen Bestandteile zerlegt und entlang vorgeschriebener Bewegungskategorien eingeordnet (Hauptkomponenten: Antriebe, Form, Rhythmus, Organisation, Sequenzierung, Raum, Körperanwendung). In seiner »Effort-Analysis« beschrieb er als primäre Faktoren: Raum, Gewicht, Zeit und Fluss. Diese Faktoren werden in Beziehung gesetzt zu den psychologischen Funktionen: Denken, Fühlen, Intuition und Wahrnehmen. Die Komplexität der neben den Hauptkomponenten definierten Bewegungsaspekte hat einer weitergehenden Verbreitung der mittlerweile videobasierten Methode offenbar entgegengestanden. Lausberg (2006) betont jedoch die ausgereifte Präzision des Instruments für die Körperschema-

und Körperbilddiagnostik. In Anwendung der Laban-Bewegungsanalyse entwickelte Davis (zitiert nach Higgins 1993) ein Forschungsinstrument zur Erfassung psychopathologischer Merkmale (»Davis Movement Assessment Scale«) entlang vorgegebener Kategorien: Fragmentierung, Diffusion, Übertreibung, invariante Bewegungsmuster, gebundene aktive Kontrolle, Kraftlosigkeit, mangelnde Lebendigkeit. Die Skala basiert ihre Bewertungen auf das Beobachten der Mimik/Gestik, den selbstbezogenen Bewegungen, den instrumentalisierten/zielgerichteten Bewegungen, dem interaktiven Verhalten, der Lokomotion und dem Erkennen abnormaler Bewegungsmuster.

Beziehungsbezogene (interaktionelle) Verhaltensanalyse

Abschließend sollen in diesem Unterkapitel die spezifischen Aspekte einer körperorientierten Psychotherapie im Hinblick auf die interaktionellen Aspekte der therapeutischen Beziehung angesprochen werden. Im Vordergrund steht die Beschäftigung mit situativen Körperdeutungen sowie der Deutung der Übertragungsbeziehung unter besonderer Berücksichtigung der leibnah empfundenen Gegenübertragungsgefühle und die Analyse der nonverbalen Kommunikationsstile. Deutung meint hierbei das komplexe Geschehen einer Verzahnung von diagnostisch-phänomenologisch hergeleitetem Verständnis für die Strukturen und psychischen Prozesse des Patienten mit der therapeutischen Wirkung der an den Patienten gespiegelten Erkenntnisse. Innerhalb der KPT kann dieses Spiegeln/Rückmelden sowohl verbal als auch nonverbal (etwa mimisch-gestisch, durch die Art einer Berührung etc.) geschehen. Die Deutungen richten sich in der KPT sowohl auf die in den Leib verschoben/verdrängten psychi-

schen Inhalte als auch auf die leiblich symbolisierten Bedürfnisse und die Verdrängung der körperlichen Selbstaspekte sowie die Beziehungsmuster, die sich zwischen Leib und Leib im Sinne der Realbeziehung und auch innerhalb der Übertragungsbeziehung ausbilden.

Auch hier erscheinen diagnostisch-analytische und therapeutische Vorgehensweisen eng verzahnt. Petzold (1988, S. 319) führt aus: »Pathogene Szenen müssen deshalb nicht nur erinnert werden, um durch Interpretation zu einem Bedeutungszusammenhang zu kommen, sie müssen wiederholt werden im bewusst machenden szenisch-atmosphärischen Neuvollzug der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Gruppe.«

Die Einbeziehung des Körpers in sowohl direkt interventioneller Weise aber auch als thematisierter Fokus des Selbsterlebens führt zu einer sehr spezifisch ausgestalteten therapeutischen Beziehung. Ausführliche Erörterungen der therapeutischen Beziehung innerhalb der KPT finden sich u. a. bei Petzold (1988) und Downing (1996), die präzise herausarbeiten, dass die Beziehung von »Leib zu Leib« als Spezifikum der interventionellen Rahmenbedingung in der KPT aufzufassen ist.

Nonverbale Interaktionsstile bzw. Kommunikationsweisen, d. h. die Vielzahl der zu einer Gestalt beitragenden Körperbewegungen, sind sehr komplexe Informationssysteme, die sich erheblich entlang sozialer, kultureller und situativer Vorgaben ausprägen und insofern nur in diesem Kontext verstehbar sind. Eine systematische Beobachtung bzw. die therapeutische Bezugnahme auf den Informationsgehalt dieses Bewegungsverhaltens erweitert die Analyse der Konfliktkonstellation um eine wichtige Dimension. Erfahrene Körperpsychotherapeuten werden insbesondere die eigenen körperlichen Gegenübertragungsgefühle für die Ausrichtung ihrer Interventionsstrategie aus, auch beschreiben als die »seismographischen Reaktionsweisen« des Therapeuten.

Literatur

- Bielefeld, J. (1986/1991): Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In: J. Bielefeld (Hrsg.): Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Boadella, D. (2000): Buchbesprechung »F. Röhrich: Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen«. In: Energie & Charakter 31, 22, 144–148.
- Breitenöder-Wehrung, A., Kuhn, G., Günter, M. u. a. (1998): Vergleich des Körperbildes bei gesunden und psychisch bzw. körperlich kranken Kindern mit Hilfe des KBMT-K. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 48, 483–490.
- Cash, T. F., Lewis, R. J. und P. Keeton (1987): Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body-related cognitions. Paper presented at the annual meeting of the South eastern Psychological Association, Atlanta, GA (zitiert nach: Thompson et al. 1990).
- Deusinger, I. (1992): Die Frankfurter Körperkonzeptskalen. Göttingen: Hogrefe.
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer Verlag.
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München: Kösel.
- Dychtwald, K. (1981): Körperbewußtsein. Essen: Synthesis Verlag.
- Fichter, M.M. und R. Meermann (1981): Zur Psychopathometrie der Anorexia nervosa. In: Meermann, R. (Hrsg.): Anorexia nervosa. Ursachen und Behandlung. Stuttgart: Enke, 17–31.
- Fisher, S. (1970): Body experience in fantasy and behaviour. New York: Appleton Century Crofts.
- Fisher, S. (1986): Development and structure of the body image. Vol. 1 & 2, Hillsdale/New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Geuter, U. (2000): Wege zum Körper. Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie. Krankengymnastik. Zeitschrift für Physiotherapeuten 52, 1175–1183, 1346–1351.
- Görlitz, G. (1998): Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen und – Aufbauübungen. »Leben Lernen« 120 und 121, München: Pfeiffer.
- Higgins, L. (1993): Movement assessment in schizophrenia. In: Helen Payne (Ed.): Handbook of inquiry in the arts therapies. London: Jessica Kingsley Publishers, 138–163.
- Joraschky, P., Sebastian, S. und R. Riera (1998): Der Körperbild-Skulptur-Test. In: F. Röhrich und S. Priebe (Hrsg.): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 121–135.
- Laban, R. von (1926): Gymnastik und Tanz. Oldenburg: Gerhard Stalling.
- Laban, R. von (1950): The mastery of movement. Edited by L. Ullmann. London: MacDonald and Evans.
- Lausberg, H. (2006): Körperschema, Körperbild und Bewegungsmuster – Bewegungsanalyse in der Diagnostik von Körperschema – und Körperbildstörungen. In: P. Joraschky, T. Loew und F. Röhrich (Hrsg.): Körpererleben und Körperbild. Stuttgart: Schattauer.
- Löwe, B. und U. Clement (1996): Der Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) – Literaturüberblick, Beschreibung und Prüfung eines Meßinstrumentes. Diagnostica 42, 352–376.
- Lowen, A. (1992): Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München/Augsburg: Goldmann-Verlag.
- Machover, K. (1949): Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield, Illinois: Thomas.
- Meermann, R. (1985): Körperschemastörungen. Habilitationsschrift, unveröffentlicht, Universität Münster.
- Peters, U.H. (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Petzold, H. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie (Band 1). Paderborn: Junfermann.
- Reich, W. (1933/1973): Charakteranalyse. Frankfurt/M.: Fischer Verlag.
- Röhrich, F. und S. Priebe (1997): Störungen des Körpererlebens bei schizophrenen Patienten. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 65, 323–336.
- Röhrich, F. und S. Priebe (1998): Empirische Untersuchungen zum Körpererleben in der Schizophrenie – eine Literaturübersicht. In: F. Röhrich und S. Priebe (Hrsg.): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 43–50.
- Röhrich, F. (2000): Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

- Röhrich, F. (2006): Ansätze und Methoden zur Untersuchung des Körpererlebens. In: P. Joraschky, T. Loew und F. Röhrich (Hrsg.): Körpererleben und Körperbild. Stuttgart: Schattauer.
- Rosen, J.C., Saltzberg, E. und D. Srebnik (1990): Development of a body image behaviour questionnaire. Unveröffentlichtes Manuskript, zitiert nach Thompson et al. (1990).
- Seidler, K.-P. (1995): Das Gruppenerleben in der Konzentrativen Bewegungstherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 31/2, 159–174.
- Shontz, F.C. (1974): Body image and its disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 5, 461–472.
- Strauß, B. (1983): Ein Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. *Diagnostica* 29, 145–164.
- Strauß, B. und H. Appelt (1986): Erfahrungen mit einem Fragebogen zum Körpererleben. In: Brähler, E. (Hrsg.): Körpererleben. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 220–231.
- Thompson, J.K., Penner, L.A. und M.N. Altabe (1990): Procedures, problems and progress in the assessment of body images. In: Cash, T. F. und T. Pruzinsky (Eds.): *Body Images – Development, Deviance and Change*. New York, London: The Guilford Press, 21–48.
- Wiedemann, P.M. (1986): Konzepte, Daten und Methoden zur Analyse des Körpererlebens. In: Brähler, E. (Hrsg.): Körpererleben. Berlin, New York, Tokio: Springer.