

22 »Körperschema«, »Körperbild« und Körpererleben – Begriffs- bildung, Definitionen und klinische Relevanz

Frank Röhricht, London, England

Übersetzung von Michael Koulen

Frank Röhricht ist Psychiater, Chefarzt und Klinischer Direktor am Newham Center for Mental Health in London. Er ist ein in neoreichianischen Verfahren (Integrated Body-oriented Psychotherapy) und in Tiefenpsychologie ausgebildeter Körperpsychotherapeut. Sein besonderer Beitrag zur Körperpsychotherapie besteht in umfangreicher Forschung und vielen Veröffentlichungen zur Phänomenologie der Leiblichkeit und zu körperpsychotherapeutischen Interventionsstrategien bei schweren psychischen Erkrankungen. Seine Dissertation galt dem Thema »Körperschema und Körperbild sowie deren Zusammenhang mit psychopathologischer Symptomatik bei Patienten mit einer akuten paranoiden Schizophrenie«. Heute arbeitet Dr. Röhricht zu diesen Themen mit Universitäten in London, Zürich, Dresden und Regensburg zusammen. Damit gehört er zu den führenden Forschern im Bereich der Körperbild-Phänomenologie bei Geisteskrankheiten. Sein Buch über Körperpsychotherapie (2000) ist das erste Lehrbuch zur Anwendung körperorientierter Psychotherapieverfahren in der Psychiatrie. Weiterhin ist er Mitbegründer der Dresdener Werkstatt »Körperbild/Körperpsychotherapie«, die sich um die Brückenbildung zwischen akademischer Forschung und therapeutischen Praxis bemüht.

Dr. Röhricht ist Mitglied des Royal College of Psychiatrists und des Deutschen Kollegiums für psychosomatische Medizin sowie Leiter der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaft und Forschung der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie. Seine Lehrerfahrten schließen Kurse in Psychiatrie für Postgraduierte

und zahlreiche Präsentationen auf Symposien und Kongressen ein, ein Hintergrund, der seine nüchterne akademische Wissenschaftssprache erklärt.

Seit der Einführung des Körperschema-Begriffes in die wissenschaftliche Literatur vor mehr als hundert Jahren sind eine Vielzahl körperbezogener Phänomene unter dieser Überschrift versammelt worden. Erst in den letzten zwanzig Jahren sind vermehrt Bemühungen zur klareren Begriffsabgrenzung zu verzeichnen. Für den deutschen Sprachraum wurde kürzlich ein Konsenspapier zur terminologischen Definition und Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens erarbeitet (Röhricht et al. 2005c). Die Schwierigkeiten in der definitorischen Begriffsbestimmung sind als Ausdruck der Tatsache anzusehen, dass hier eine Frage angesprochen wird, die unter dem Stichwort der Leib-Seele-Problematik in philosophischer, erkenntnistheoretischer Hinsicht gleichermaßen umstritten ist bzw. tiefe Fragen der menschlichen Existenz berührt (Röhricht 2005a). Aus der Sicht der Körperpsychotherapie (KPT) ist die Bezugnahme auf diese Beschreibungsebene des Selbsterlebens in zweierlei Hinsicht praktisch bedeutsam:

1. Die operationalisierte, deskriptiv-inhaltsanalytische Erfassung von Teilaspekten des Körpererlebens bietet sich als interventionsspezifisches Evaluationskriterium der KPT für die Diagnostik und in der Psychotherapieforschung an.

2. Im Zuge eines allgemeinen Trends zur störungsspezifischen, phänomenorientierten Fokussierung der Psychotherapie, kann die KPT sich wesentlich an der Identifizierung von Mustern gestörten Körpererlebens orientieren.

Historischer Abriss zur Begriffsbildung und zu Definitionen der Teilaspekte

Bereits Anfang der dreißiger Jahre problematisierte Conrad den inflationären Umgang mit den Begrifflichkeiten, die das Phänomen der Körperwahrnehmung zu beschreiben versuchten und resümierte, dass eine klare Begriffsbestimmung sich nur in den seltensten Fällen fand. Meermann stellt fest: »In der wissenschaftlichen Literatur herrscht bezüglich der Begrifflichkeit Body Image, Körperschema, -wahrnehmung, -bild, -Ich, -selbst, -fantasie, -konzept etc. geradezu eine ›babylonische‹ Sprachverwirrung.« (Meermann 1985, S. 5)

Erstmals wurde der Körperschema-Begriff im deutschen Sprachraum von einem Neurologen beschrieben: Pick verwendete zu Beginn des letzten Jahrhunderts den Begriff im Sinne einer zentralnervösen Funktion der »Orientierung am eigenen Körper«. Der Begriff bezog sich nach Poeck und Orgass (1963, S. 539) auf das neuropsychologische Phänomen eines »Raumbildes des eigenen Körpers«, das sich nach Pick »auf Grund der taktilen und kinästhetischen Empfindungen, welche die zunächst ganz automatischen Bewegungen des Kindes in den ersten Lebensmonaten begleiten« entwickle. Poeck und Orgass zitierten Schriften von Bonnier, der bereits vor der Jahrhundertwende einen Raumsinn postuliert habe, »in dem alle Teile der peripheren oder zentralen Sensibilität zusammenwirken, die dazu beitragen, die objektive und subjektive Orientierung zu definieren«. Die sich derart entwickelnden Vorstellungsbilder vom eigenen Körper sind schematisch strukturiert, aufgebaut aus neuronal gespeicherten Erinne-

rungen und sinnesphysiologisch organisierten Reizinformationen. Die Weiterentwicklung des derart gefassten Körperschema-Begriffes durch einen anderen Neurologen, Head, bezog sich auf die postulierte »Existenz von organisierten Modellen unseres Körpers«, die eine Art Vorauswahl schaffen, einen Filter bzw. ein Bewertungsinstrument für die Einordnung der eingehenden sensiblen und sensorischen Impulse. Dabei bildet das »Haltungsschema« (postural scheme) die Grundlage für die Wahrnehmung von Positionen, Bewegungsrichtungen und Haltungstonus sowie das »Schema der Körperoberfläche« (superficial scheme) die Grundlage für eine genaue Lokalisation und Diskrimination von Stimuli. Poeck und Orgass fassen den theoretischen Ansatz unter Betonung der physiologischen Begriffsauffassung zusammen als »einen Standard, mit dem der entsprechende Reiz verglichen wird, bevor er im Bewusstsein erscheint«; sie zitieren Head mit der Aussage: »An dem Schema erhält die Empfindung ihren Bezug zum Körperganzen, bevor sie bewusst wird.« (Poeck und Orgass 1963, S. 539)

Demnach werden alle hinzukommenden Sinneswahrnehmungen auf dieses Schema bezogen und führen gleichzeitig zur kontinuierlichen Neustrukturierung des Schemas.

Mit Paul Schilder erfährt der Körperschema-Begriff einerseits eine konzeptionelle Wandlung durch Weiterentwicklung bzw. Einführung einer psychologisch-psychoanalytischen Dimension, andererseits bahnt sich mit Prägung des Body-Image-Begriffes, der mit Körperbild zu übersetzen ist, die eingangs angedeutete »babylonische Sprachverwirrung« an.

Hartmann und Schilder (1927) umreißen den Körperschema-Begriff als »Bild des eigenen Körpers, welches in uns lebendig ist«. Die Einführung einer subjektiven Erlebniswirklichkeit, die hier angedeutet wird, spiegelt sich wider im Begriff des Körperbildes. Schilder spricht vom »Raumbild«, vom »Vorstellungsbild, das jeder von sich selber hat«. Die Autoren nahmen ein Zusammenspiel an von sowohl spinalen und kortikalen Zentren mit aus der Kindheit stammenden Erinnerungsbildern. Sie nehmen Be-

zug auf die psychoanalytische Libidotheorie und mutmaßen, dass »affektiv-libidinöse Einflüsse das Körperschema beeinflussen. Es ist Federn auch durchaus beizupflichten, wenn er betont, dass auch der Wache, je nach seiner Triebeinstellung, besondere Teile des Körperschemas besonders erlebt.« (Hartmann und Schilder 1927, S. 667).

Die Erweiterung des Körperschema-Begriffes um die psychologische Dimension vollzieht sich demnach bei Hartmann und Schilder ohne definitorische Grenzziehung zu den neurophysiologischen Konzepten bei Pick und Head. Auch Conrad verweist auf die Vermischung mit dem »Körper als subjektive Anschauungsgegebenheit einerseits und als objektive Realität andererseits«. Er beansprucht eine definitorische Weiterentwicklung in der Folge für sich und stellt seiner eigenen Definition des Körperschema-Begriffes die Auffassung voran, dass »jenes Bewusstsein der eigenen Körperlichkeit Ausdruck eines Ganzprozesses im wahrsten Sinne des Wortes sein muss und damit Gestaltgesetzmäßigkeiten unterliegt«. (Conrad 1933, S. 367)

Das Bewusstsein der eigenen Körperlichkeit als eine Ganzheit ist für Conrad die A-Priori-Konstituente und er nähert sich damit in der Entsprechung des Konzeptes von den »vorbewussten Schemata« der Headschen Auffassung unter Einbeziehung der von Schilder eingeführten psychologischen Dimension. Seine Definition lautet: »Bewusstheit des eigenen Körpers als eines aus dem Anschauungs- und Aktionsraum heraus gesonderten Ganzen im Sinne der Ganzheitspsychologie.« (Conrad 1933, S. 367)

Mit der Einführung des Body-Image-/Körperbild-Begriffes schuf Schilder die Voraussetzung zur begrifflichen Differenzierung zweier unterschiedlicher Dimensionen der Körperwahrnehmung; diese Möglichkeit wird von Federn zu Beginn der 50er Jahre – auf Freud Bezug nehmend – aufgegriffen unter Einführung eines weiteren Begriffes, dem »Körper-Ich«. Nach Federn repräsentiert das Körperschema ein »seelisches Wissen vom eigenen Körper; das Körperbild ist die sich verändernde Darstellung des

Körpers in der Seele; durch alle Veränderungen hindurch ist das Körper-Ich das kontinuierliche Gefühl vom Körper«. (Federn 1952, zit. nach Meermann 1985, S. 14–15)

Joraschky (1983) definiert das Körper-Ich als Repräsentanz der erlebnismäßig verarbeiteten Körpererfahrung.

Kiener nimmt auf Federn Bezug und definiert das Körper-Ich als »freibewegliche Raumgestalt, die durch das Wesensmerkmal des »Eigenen«, »unmittelbar zu mir selbst Gehörenden«, »von meinem Ich (meiner Seele) Durchdrungenen« ausgezeichnet ist.

Kiener veröffentlichte 1974 seine »Untersuchungen zum Körperbild« und unterscheidet Körperschema, Körperbild und Körper-Ich. Die Interaktion der drei unterschiedlichen Ebenen wird folgendermaßen skizziert: »Obwohl im Normalfall das Körper-Ich die gleiche Gestalt wie der Körper selbst besitzt und die gleiche Ausdehnung wie das Körperschema aufweist, sind Körper-Ich und Körperschema doch nicht identisch; das Körper-Ich ist jener Teil des Körperschemas, der mit körperlichem Ich-Gefühl erlebt wird.« (Kiener 1974, S. 335–336).

Meermann (1985) operationalisiert den Körperschema-Begriff für seine störungsspezifischen, phänomenologischen Untersuchungen als »Fähigkeit, Körperdistanzen am eigenen Körper genau einzuschätzen« und bezieht sich mit seiner Arbeitsdefinition im Wesentlichen auf Shontz (1974) und im Folgenden auf Kolb (1975), die vier Ebenen unterschieden: »Body-Schema«, »Body-Self«, »Body-Phantasy«, »Body-Concept« und als integrativen Oberbegriff das »Body Image« einsetzen. Die Ebene des Körperschemas wird dabei als stabile Grundlage erachtet für die weiteren Ebenen der Körperwahrnehmung, die auf das Körperschema zugleich modifizierend einwirken.

Baumann (1986) stellt den Körperschema-Begriff aus Sicht der Bewegungslehre dar und referiert die bewegungstheoretischen Grundlagen bei Ungerer, der ebenfalls voraussetzte, »dass vor dem Bewegungsvollzug eine Vorstellung des Körpers bzw. der Körperteile in Lage, Anordnung und Ausdehnung gegeben sein muss«.

Torres de Bea gibt in seinem 1987 erschienenen Artikel »Body schema and identity« ein Beispiel für die psychoanalytisch bestimmte Auffassung des Begriffes. Dabei wird deutlich, dass hier die begriffliche Differenzierung verschiedener Aspekte der Körperwahrnehmung, wie z. B. von Shontz unter dem Body-Image-Oberbegriff vorgenommen, zugunsten einer alle Erlebnisbereiche umfassenden (kognitiv wie affektiv) Begriffsbildung vermieden wird. Er bezieht sich in seiner Definition auf De Ajuriaguerra und dessen Beitrag aus dem Jahre 1965 »The body percept«: »Er erachtete es als das Resultat der kognitiven und affektiven Organisation einer Person und verwies auf die Beziehung zwischen Körperschema und dem Konzept der Identität, dass der undifferenzierten Phase der Ich-Entwicklung folgt.« (De Ajuriaguerra 1965, S. 175, Übers. durch den Autor)

Er führt dann des Weiteren aus, das Körperschema sei zunächst die Repräsentation eines undifferenzierten Körpers, mit fortschreitender Entwicklung werde es umgewandelt in die Repräsentation eines artikulierten Körpers, der nicht nur Grenzen und Oberflächen hat, sondern auch »bestimmte Inhalte«, Organe und differenzierte Segmente mit spezifischen Funktionen. Die psychoanalytische Sichtweise der Genese des Körperschemas weicht wesentlich von den dargestellten Konzepten ab, ist entwicklungspsychologisch geprägt und führt zu einer analytisch-deutenden Beschreibung des Körperschema-Aufbaus: » ... das Körperschema des Kindes beginnt als Präkonzeption ... im Geiste dessen Eltern. Die Ursprünge des Körperschemas liegen in diesen wichtigen Prozessen der Entwicklung und Differenzierung.« (De Ajuriaguerra 1965, S. 176, Übers. durch den Autor)

Das Körperschema wird angesehen als »Repräsentation des Körpers im Geist« und entspricht insofern den psychoanalytischen Kriterien eines »inneren Objektes«. Die »Funktion des Körpers als Primärobjekt« wird von Plassmann grundsätzlich und richtungweisend ausgeführt: »Es mehren sich nun aber die Hinweise auf einen Primat der Körpererfahrung, d. h. auf die Funktion des Körpers als Primärobjekt. Möglicher-

weise sind elementare, aus dem Körper stammende Wahrnehmungen wie das Phänomen des Lebendigeins oder des Körperseins allererste Inhalte (Introjekte) des psychischen Apparates, die den innersten Kern eines später weit ausdifferenzierten Selbstkonzeptes bilden.« (Plassmann 1993, S. 263)

Körpererleben und Diagnostik

Zunächst ist die besondere Perspektive der Therapeuten auf das Leiberleben der Klienten hinsichtlich der diagnostischen Relevanz bedeutsam. Eine körperbezogene Anamnese kann abgesehen von der Erhebung biographischer Daten einer individuellen Körpergeschichte explizit auf verschiedene Teilaspekte des Körper-/Leiberlebens eingehen und auf diese Weise wichtige Informationen hinsichtlich einer umfassenden Problemanalyse und den konfliktspezifischen Reaktionsweisen sowie für die Therapieplanung erfassen. Körperbezogene Phänomene sind dabei sowohl als somatisierte Symptombildungen komplexer psychischer Prozesse aufzufassen als auch als direkte Bezugsebene hier ansetzender therapeutischer Bemühungen.

Eine kurze kursorische Übersicht stellt hier die störungsspezifischen Besonderheiten im Körpererleben unterschiedlicher Patientengruppen vor dem Hintergrund der derzeit verfügbaren Literatur zusammen; diese Befunde aus der deskriptiv-phänomenologischen Psychopathologie-Forschung weisen der KPT einen besonderen methodischen Stellenwert zu, da sie über nonverbale Interventionstechniken verfügt und somit in kreativer Weise therapeutische Antworten auf diese Leibphänomene anzubieten hat. Spezifische Untersuchungen zum Körpererleben sind erforderlich, um diese Störungsebene systematisch zu erfassen (Fragebögen, Selbstbeurteilungsinstrumente, projektive und perzeptive Verfahren), wobei eine Weiterentwicklung dieser Instrumente im Hinblick auf eine Entwicklung praktikabler Kurzformen für

die Praxis noch aussteht. Die entsprechenden Literaturangaben und die sich daran anschließenden Überlegungen zum spezifischen körperpsychotherapeutischen Vorgehen sind ausführlich bei Röhrich (2000, 2005b) und in einem gesonderten Beitrag dieses Handbuchs – »Körperpsychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen« – beschrieben:

Affektive Erkrankungen

Depression

Körperlich-vegetative Symptome (Vitalgefühlsstörungen, funktionelle Organbeschwerden, herabgesetzter Muskeltonus, depressiv-gemehrte oder selten auch agitierte Psychomotorik). In empirischen Studien zeigte sich zudem regelhaft eine ausgeprägt negative Körperkathexis/-Zufriedenheit, d.h. negative Körper selbst-Bilder, des Weiteren unscharf oder durchlässig empfundene Körpergrenzen sowie körperliche Entfremdungserlebnisse, somatische Depersonalisationserlebnisse; psychotisch-depressive Patienten leiden unter körperbezogenen Wahnsymptomen mit folgenden Themenschwerpunkten: Krankheit/Tod, Verunreinigung/Beschmutzung, Funktionsstörungen in Körperteilen, Fragmentationen; Wahrnehmungsstörungen umfassen hauptsächlich Gefühle von »Blockaden« und »Druck«.

Manie

Psychomotorische Hyperaktivität, Körper-Größen-Selbst mit expansivem Körperschema, oft die Hände betreffend; in psychotischen Zustandsbildern beschreiben die Patienten Wahnsymptome (Hauptthema: Schwangerschaft) und Coenästhesien (Fliessen, Brennen, Temperaturschwankungen).

Angsterkrankungen

Die körperbezogenen Phänomene unterscheiden sich wenig von denen der depressiven Störungen, was Anlass gibt zur Frage einer nosolo-

gischen Gemeinsamkeit (s. Cothymia-Konzept); die Angstsymptome manifestieren sich häufig als somatisches »Angstäquivalent« (Hyperventilation, thorakales Engegefühl, Globus, Zittern, Schwitzen, beschleunigter Puls u. a.); außerdem: Körpergrenzstörungen und Desomatisation.

Essstörungen

Hier kommt es zu schweren Verzerrungen in der Körpergrößenwahrnehmung mit Überschätzungen der Breitendimensionen insbesondere des Gesichtsbereiches und des Stammes; zudem Identifikation mit skelettartiger Erscheinung, panisch gefürchteter Zustand des »Fettseins«, bizarre Körperwahrnehmungen in unmittelbarer Relation zur Nahrungsaufnahme; auf der motorischen Ebene Hyperaktivität mit exzessivem Sport/Training, mangelndes Müdigkeitsgefühl, Verleugnung von körperlicher Schwäche.

Persönlichkeitsstörungen

Für diese sehr heterogenen Krankheitsbilder sind bislang keine spezifischen Störungsmuster in der Literatur beschrieben worden.

Schizophreniforme Erkrankungen

Schwer gestörte Realitätsprüfung, körperlich reflektiert im Verlust der Bodenständigkeit/ Grounding mit zentralisiertem Körperschema (perzeptiver »Rückzug« aus der Körperperipherie mit Unterschätzung der unteren Extremitäten und damit korrespondierende Körperbildstörungen); abgesehen von diesem statischen Muster ist das Körperschema dieser Patienten häufig gekennzeichnet von dynamischen Verzerrungen: Schrumpfen oder Ausdehnung, des Weiteren zu beschreiben sind andere als Coenästhesien (qualitativ abnorme Leibgefühle) bezeichnete Sensationen, eine bizarre Psychomotorik (Extremform: katatone Erregung

oder Erstarrung) sowie – weniger spezifisch – Körpergrenzverlust und Desomatisation. Körperbezogene Wahnthemen und Halluzinationen umfassen typischerweise: Penetration, Steuerung der Körperfunktionen von außen, Fehlen einzelner Körperteile, Implantation von Metallen oder anderen Materialien sowie Veränderungen in der geschlechtlichen Identität.

Körpererleben und Psychotherapieforschung

Die Konzeption einer Interventionsstrategie, die einen störungsspezifischen bzw. phänomenorientierten Ansatz zugrunde legt, erlaubt die klare Definition von Outcome-Kriterien, die zudem zumindest in theoretisch-hypothetischer Hinsicht im Sinne der gewählten Interventionsstrategie plausibel sein sollten. Eine solche Vorgehensweise ist insbesondere bedeutsam für eine evaluative und vergleichende Psychotherapieforschung, bei der sich die Therapieschulen miteinander um die Identifizierung generalisierbarer Strategien im Sinne einer Evidenz-basierten Medizin bemühen. Dabei betont Fiedler (2002), dass sich dieser Ansatz nicht als Antithese zu einer individuellen, personenzentrierten Psychotherapie verstehe, sondern durchaus die Notwendigkeit einer individuellen Therapieplanung anerkenne. Das Vorgehen in der Therapie solle sich infolge einer umfassenden Analyse der partizipierenden Bedingungsfaktoren, Störungen und Phänomene sowie Bezug nehmend auf Grundlagenwissen ableiten lassen: » ... zwischen Defizit-orientierung und Ressourcenaktivierung ...; zwischen biographischer und Gegenwartsbetrachtung, zwischen Personorientierung und Psychoedukation«. (Fiedler 2002, S. 25) Eine systematische Rezeption der phänomenologischen Forschung zum Körper-/Leiberleben für die KPT-Forschung hat bislang nicht stattgefunden, bietet sich jedoch unmittelbar für die Planung zukünftiger Evaluationsstudien an; hier hat die KPT eine spezifische Betrachtungs-

und klinische Bezugsebene im Sinne der spezifischen therapeutischen Interventionsstrategien. Hypothesen-geleitete KPT-Forschung kann einerseits Bezug nehmen auf entwicklungspsychologische Theorien zur Genese einer Körper-Ich-Struktur, sollte gleichzeitig explizit Konzepte zur Behandlung umschriebener Störungsbilder mit Bezug zum Körpererleben evaluieren und die Körperschema-/Körperbildstörungen als primäre oder sekundäre Outcome-Kriterien in der Studienplanung definieren.

Körpererleben und Praxis der KPT

Des Weiteren sind behandlungstechnische Erwägungen wie folgt zu beschreiben: Für die KPT-Praxis lässt sich mit Scharfetter und Benedetti (1978) ein Paradigma für die therapeutische Vorgehensweise vorschlagen: »Die ... leiborientierte Therapie ist aus der verstehenden Psychopathologie abgeleitet, geht vom Erleben des Betroffenen aus und nimmt von seinen ›Symptomen‹ den Hinweis auf das Vorgehen.« Die hier implizit angedeutete Notwendigkeit der Einbeziehung des Körpers in den psychotherapeutischen Prozess kann auf unterschiedlichen theoretischen Ebenen hergeleitet werden:

- anthropologische,
- entwicklungspsychologische,
- interventionstechnische,
- neurowissenschaftliche und
- phänomenologische Ebene.

Auf letzterer Ebene im Sinne des Schwerpunkt-Themas dieses Beitrages Bezug nehmend, wird die Bewertungsperspektive auf die störungsspezifische, syndromatische Ebene verlegt, d. h.

- auf die in diagnostischen Klassifikationen definierten Leitsymptome der jeweiligen Erkrankungen und
- auf die in phänomenologischer Forschung identifizierten besonderen Störungsmuster des Körpererlebens der jeweiligen Erkrankung.

Das heißt, hier ist die entscheidende Frage, welchen Beitrag die körperorientierte Psychotherapie in der Behandlung welcher wie charakterisierter Patienten bzw. im Hinblick auf die Therapie erkrankungsspezifischer und/oder körpernah angesiedelter psychopathologischer Symptome leisten kann. Dieser Systematisierungsansatz löst sich notwendigerweise und durchaus auch gewollt von der engeren Abgrenzung eines schulenspezifischen Interventionspektrums und betont stattdessen die Überschneidungsbereiche und Grundgemeinsamkeiten in Theorie und Praxis. Diese lassen sich u. a. wie folgt identifizieren:

- Der Körper und sein Erleben wird als wichtiges diagnostisches Medium zur Identifikation von z. B. Selbstpotenzialen oder konflikthaftem Material erachtet; die Stadien der Körper-Ich-Entwicklung dienen dabei als Bezugsgröße.
- Der Körperausdruck, die körperliche Spontanität und der Bewegungsfluss werden als Kommunikationsmedium herangezogen und therapeutisch ausgenutzt.
- Die Bedeutung der gesunden Persönlichkeitsanteile/Ressourcen wird betont und im Körpererleben zu identifizieren gesucht.
- Häufig wird mit Spannungsbögen gearbeitet, bei denen Stimulation, Spannungsaufbau, Abfuhr und Ausgleich aufeinander folgen. Keiner dieser Wirkfaktoren bezieht sich auf eine spezifische therapeutische Technik/Schule. Statt dessen dominiert die Qualität der therapeutischen Beziehung und die patientenzentrierte, ressourcenorientierte Ausrichtung auf die Problembewältigung.

Literatur

Baumann, S. (1986): Die Orientierung am und im eigenen Körper – Das Körperschema im engeren Sinne. In: Bielefeld, J. (Hrsg.): Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen: Hogrefe, 161–185.

- Conrad, K. (1933): Das Körperschema. Eine kritische Studie und der Versuch einer Revision. Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie 147, 346–369.
- De Ajuriaguerra, J. (1965): *The body percept*. New York: Random House.
- Federn, P. (1952): *Ego Psychology and the Psychoses*. (deutsch: Ich-Psychologie und die Psychosen. Frankfurt/M.: Suhrkamp, [1978]).
- Fiedler, P. (2002): Verhaltenstherapie: störungsspezifisch und allgemein. In: Mattke, D., Hertel, G., Büsing, S. et al. (Hrsg.): *Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik*. Frankfurt/Main: VAS, 25–37.
- Hartmann, H. und P. Schilder (1927): Körperinneres und Körperschema. Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie 109, 666–675.
- Joraschky, P. (1983): *Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion*. München: Minerva Publikation Sauer GmbH.
- Kiener, F. (1973/1974): Untersuchungen zum Körperbild. 1. und 2. Teil. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 21/22, 335–351 u. 45–66.
- Kolb, L.C. (1975): Disturbances of the body image. In Reiser, M.F. (Hrsg.): *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 4, 2. Edition. New York: Basic books, 810–837.
- Meermann, R. (1985): *Körperschemastörungen*. Habilitationsschrift, unveröff., Universität Münster.
- Plassmann, R. (1993): Organwelten: Grundriss einer analytischen Körperpsychologie. *Psyche* 47, 261–282.
- Poock, K. und B. Orgass (1963): Über die Entwicklung des Körperschemas. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 32, 538–555.
- Röhrich, F. (2000): *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Röhrich, F. (2005a, im Druck): Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. In: Joraschky, P., Röhrich, F., Lemche, E. et al. (Hrsg.): *Körpererleben – ein Handbuch zu Forschungsmethoden in klinischer Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Röhrich, F. (2005b, im Druck): Ansätze und Methoden zur Untersuchung des Körpererlebens. In: Joraschky, P., Röhrich, F., Lemche, E. et al. (Hrsg.):

Körpererleben – ein Handbuch zu Forschungsmethoden in klinischer Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Schattauer.

- Röhrich, F., Seidler, K.-P., Joraschky, P. et al. (2005c, im Druck): Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie.
- Scharfetter, C. und G. Bennedetti (1978): Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Vor-

schläge einer zusätzlichen Therapiemöglichkeit und grundsätzliche Überlegungen dazu. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie 123, 239–255.

- Shontz, F.C. (1974): Body image and its disorders. International Journal of Psychiatry in Medicine 5, 461–472.
- Torras de Bea, E. (1987): Body schema and identity. International Journal of Psycho-Analysis 68, 175–184.