

Der Prozess in der Körperpsychotherapie – Wiener Arbeitskreis

Skriptum zur Weiterbildung „Körperpsychotherapie“ – im Rahmen der AABP

Das Behandlungszimmer

Das Behandlungszimmer gleicht im Wesentlichen dem Behandlungszimmer eines anderen Psychotherapeuten, einer anderen Psychotherapeutin – mit einem Unterschied! Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen die mit dem Menschen in seiner Ganzheit arbeiten, demnach auch mit dem Körper, haben immer Zimmer immer auch eine Gelegenheit zum Liegen. Dies kann eine Couch, eine Matratze oder eine Liege sein. Diese lässt von Anfang an die Möglichkeit zu, dass der Patient, die Patientin während der Therapieeinheit den Platz wechseln kann oder soll. Hilfreich sind auch mehrere Sessel in unterschiedlicher Ausführung.

Beginn der Sitzung

Die Therapieeinheit beginnt meist im Sitzen. Dieser Beginn wird vor allem in den humanistischen Methoden verwendet, während ein Beginn im Liegen eher auf eine analytische Methode hinweisen würde.

Kleidung: grundsätzlich sollte sich ein Patient, eine Patientin, so wie jeder Mensch, wohl in seiner bzw. ihrer Kleidung fühlen. In der Körperpsychotherapie ist eine bequeme Kleidung jedenfalls von Vorteil. Sie sollte freies Atmen ermöglichen und dem Bedürfnis nach Bewegung nicht hinderlich sein. Da die Kleidung während einer Sitzung eventuell zerknittert wird, nehmen manche Patienten bzw. Patientinnen extra Kleidungsstücke mit, die er bzw. sie am Beginn und Ende der Stunde wechselt. Hier sollte dem Patienten, der Patientin jedoch immer freie Wahl gelassen werden.

Die Dimension der Übertragung bei der Kleiderfrage sollte nicht außer Acht gelassen werden. Patienten bzw. Patientinnen sind möglicherweise am Anfang befangen, wenn sie im Behandlungszimmer stehen und gekleidet sind, als wollten sie Gymnastik machen (vgl. Downing 2007, S. 26).

Der zeitliche Ablauf einer Körperpsychotherapiesitzung ist meistens ziemlich traditionell. Eine Einheit dauert 50 Minuten und ein bis zwei Sitzungen in der Woche. Auch die Ziele der Psychotherapie werden am Beginn der Behandlung geklärt und der Patient bzw. die Patientin über die Methode und etwaige Risiken aufgeklärt (Aufklärungspflicht!).

Eine Sitzung – ein erster Überblick

Die Sitzung beginnt, wie bereits erwähnt, meist im Sitzen. Wie in andere Methoden auch, redet der Patient über ein ihm wichtiges Thema. Die Sprache ist ein wesentliches Moment in der Körperpsychotherapie- WAK!

Die Aufmerksamkeit des Therapeuten, der Therapeuten richtet sich auch während des Gesprächs immer auch auf körperliche Äußerungen des Patienten, der Patientin. Körperhaltung, Atem, Stimme, Bewegungsmuster werden phänomenologisch in den Blick genommen, ohne sie zu interpretieren.

Hilfreich kann eine Kategorisierung der Beobachtungsebenen, seitens des Therapeuten oder auch der Wahrnehmungsebenen des Patienten, der Patientin sein, die im Therapieprozess unterschiedlich präsent sind, jedoch nie nur einzeln vorkommen. Wie zu erkennen ist, lassen sich einzelne Therapieschulen auf eine Vorrangigkeit einzelner Ebenen einteilen.

Die verbal kognitive Ebene

Diese Ebene bezieht sich auf die in Worte gekleideten Gedanken, die sprachlich formuliert werden können. Es können Gedanken sein, die der Patient, die Patientin still für sich denkt, an ein phantasiertes Gegenüber richtet oder auch zuhört, wie eine andere Person (z.B. die Therapeutin, der Therapeut) spricht. Auch das Lesen von Geschriebenen gehört dieser Ebene an.

Die Sinnes - Ebene

Hier geht es um visuelle Bilder, wie eine visuelle Phantasie, eine bildhafte Erinnerung aber auch die bildliche Wahrnehmung der konkreten Umgebung des Therapieraumes, um akustische Wahrnehmungen, Geschmackswahrnehmungen, taktile und olfaktorische Wahrnehmungen.

Die emotionale Ebene

Hier ist das bewusste Wahrnehmen von Emotionen angesiedelt. Wahrnehmungen aus der Sinnesebene induzieren immer auch

Stimmungen, wie Freude, Traurigkeit, Ärger, Ekel, Eifersucht, Gereiztheit, Freude usw.

Wenn sich der Patient, die Patientin auf der emotionalen Ebene befindet, dann ist im Besonderen sein Gefühlszustand gemeint, den er „innerlich“ wahrnehmen kann. Vielen Patienten, bzw. Patientinnen ist jedoch gerade dies (noch) nicht möglich, sondern sie beschreiben eher die Empfindungsebene und können diese Empfindungen keinem entsprechenden Gefühl zuordnen.

Die Empfindungsebene

Hier geht es um die Wahrnehmung von reinen Körperempfindungen wie Wärme, Kälte, Druck, Kribbeln oder Verspannung.

Diese Ebene schließt sowohl Körperempfindungen aus dem Körperinneren als auch an der Haut mit ein.

Es ist wichtig zu bedenken, dass die Empfindungsebene und die emotionale Ebene zwei unterschiedliche Bereiche darstellen.

Die Bewegungsebene

Zu beachten ist hier die Bewegung oder Haltung des gesamten Körpers oder von Körperteilen im Raum. Es sind sowohl unwillkürliche als auch willkürliche Bewegungen oder Haltungen zu beachten.

Während des Therapieprozesses wechselt der Patient, die Patientin das Ausmaß der Konzentration auf die unterschiedlichen Ebenen. Aber auch der Therapeut, die Therapeutin achtet in unterschiedlicher Weise auf die fünf Ebenen bzw. versucht das Umschalten des Patienten, der Patientin auf die unterschiedlichen Ebenen nachzuvollziehen.

Jeder Patient, jede Patientin hat sein bzw. ihr ganz individuelles Gesamtprofil. Der Therapeut, die Therapeutin muss für jede einzelne Ebene ganz detailliert einschätzen, wie der Patient, die Patientin hier agiert. Dabei sollten sowohl Stärken als auch Schwächen berücksichtigt werden. Besonders in der Arbeit mit Ich-Instabilen Patienten und Patientinnen mit Diagnosen wie Borderline oder Psychosen ist dies genau zu beachten (vgl. Downing 2007, S. 59).

Folgende Fragen sollte sich der Therapeut, die Therapeutin stellen

Wie wirkungsvoll kann der Patient, die Patientin ein Motiv auf einer bestimmten Ebene halten?

Der körperpsychotherapeutische Prozess, Mag. Margarete Finger-Ossinger

Wie wirkungsvoll kann der Patient, die Patientin von einer Ebene zur anderen wechseln?

Wie wirkungsvoll kann ein Patient, eine Patientin zwei oder mehrere Ebenen miteinander verbinden?

Interventionen

(vgl. Downing 2007, S. 63-99)

Erlebnisorientierte Interventionen

Verbale Interventionen

Hier könnte eine Aufforderung des Therapeuten, der Therapeutin lauten. „gehen Sie nach innen und achten Sie darauf was geschieht! Finden Sie heraus was gerade jetzt dort geschieht. Was erleben Sie gerade? Was erleben Sie in ihrem Körper?“

Weiter-enger Fokus

Was erleben Sie?/ Was erleben Sie in Ihrem Körper?/Was für ein Bild sehen Sie gerade?

Konzentration auf eine Ebene – Konzentration auf mehrere Ebenen

z.B. Erforschen Sie, was Sie im Augenblick im Körper empfinden/
Erforschen Sie, was Sie im Augenblick im Körper empfinden und ob Sie dazu ein Bild haben/ein Geräusch hören/ etwas riechen...

Vergangenheits- oder zukunftsorientiert

Gehen Sie nach innen, und schauen Sie nach, was bereits da ist.

Gehen Sie nach innen, und lassen Sie zu, dass das nächste Erlebnis Form annehmen kann.

Techniken zur Neustrukturierung des Körpers

Bei diesen Techniken geht es um den konkreten Umgang mit dem physischen Körper. Der Therapeut arbeitet aktiv am und mit dem Körper. Ein Körperteil wird so bewegt, dass der Tonus bestimmter Muskeln gezielt verändert wird. Dadurch kann es zu einer Neuausrichtung verspannter Muskelgruppen kommen. Diese Arbeit wird jedoch immer nur mit

Einverständnis des Klienten, der Klientin durchgeführt. Wichtig dabei ist vor allem das Wahrnehmen und Spüren seitens des Klienten, der Klientin.

Fast sämtliche Techniken der Neustrukturierung des Körpers sind zeitgenössische Erfindungen. Bekannte Beispiele sind G. Alexander, Feldenkreis oder Trager. Besonders die sanften Handtechniken von Feldenkreis können in der Körperpsychotherapie gut angewandt werden. Die praktische Auswirkung besteht in winzigen Lernschritten, die im Nervensystem vor sich gehen (vgl. Downing 2007, S. 77). Auch wenn diese Techniken in die Körperpsychotherapie Eingang gefunden haben, ist Körperpsychotherapie mehr als das Anwenden von Techniken. Es ist das gesamte Beziehungsgeschehen, das Psychotherapie ausmacht.

Während die genannten Techniken rein auf den Körper ausgerichtet sind, ist eine Integration dieser Techniken in die Körperpsychotherapie nur möglich, wenn gleichzeitig auch die anderen Ebenen, wie die emotionale, die sensorische, die kognitive oder Bewegungsebene mit in den Prozess einbezogen werden. Besonders die im Anschluss kognitiv-sprachliche Benennung des Erlebten, d.h. die Symbolisierung, ist auch für die Körperpsychotherapie ein unerlässliches Moment. Körperpsychotherapie ist demnach nicht reine Anwendung von Techniken!

Druckpunktechniken

Diese Techniken beruhen auf intensiver, konzentrierter Kraft. Der Therapeut drückt tief in das Muskelgewebe oder das angrenzende Gewebe des Patienten bzw. der Patientin. Rolfing, Shiatsu sowie Polarity sind drei Techniken, die zu den Besseren zählen (vgl. Downing 2007, S. 79).

Doch auch für diese Techniken gilt das oben für die Techniken zur Neustrukturierung des Körpers. Nur eine Arbeit am Körper ist noch keine Körperpsychotherapie.

Atemtechniken

Die Atemtechniken sind in der Körperpsychotherapie die wichtigsten und der Atem an sich kann auch als diagnostisches Moment hilfreich sein. Ob ein Patient kurz oder schnappend atmet, lang und tief nach einem wichtigem Gedanken ausatmet, hechelt oder aber auch geräuschvoll atmet – all diese Atemmuster geben dem Therapeuten, der Therapeutin wichtige Hinweise auf den emotionalen Zustand des Patienten, der Patientin.

Die Aufmerksamkeit für die Atmung beginnt bereits am Anfang der Therapie, lange bevor eventuell direkte physische Techniken eingeführt werden. Ein Patient, eine Patientin wird beispielsweise dazu eingeladen sich auf den Atem zu konzentrieren, zu schauen, wie er oder sie die Atmung empfindet.

Einige Atemtechniken können wie als Übung eingeführt werden. Ein Patient, eine Patientin kann angewiesen werden, für ein paar Minuten tief in den Bauchraum hinein zu atmen. Wenn ein Patient, eine Patientin immer neue Erfahrungen mit dem Atem macht, kann sich seine Beziehung zum Atem grundlegend verändern und die Wahrnehmung von Atmung und Emotionen schulen.

Techniken zur vertikalen Ausrichtung

Jeder Mensch muss, wenn er aufrecht stehen will, eine Vielzahl von unbewussten Neuangleichungen der Muskulatur vornehmen. Auf kleinste Zeiteinheiten achtend, müssen wir ständig unser Gleichgewicht neu einstellen. Selbst unser Atem ist verändert, je nachdem ob wir stehen, sitzen oder liegen.

Alexander Lowen war der erste der sich im therapeutischen Rahmen auf diesen Aspekt des Körperlich-in-der-Welt-Seins konzentrierte (vgl. Downing 2007, S. 84).

Im Gegensatz zu Lowen, der sich vor allem auch mit Stresspositionen beschäftigte, zieht die KPT-WAK, die hier gelehrt wird, einen sanfteren Zugang vor. Der Fokus liegt vor allem darauf, dass die Wahrnehmung des Patienten, der Patientin für sein bzw. ihr Gleichgewicht geschult wird. Während die Stresspositionen wenig Raum für die Arbeit mit den subtilen Nuancen der Körperausrichtung lassen, kann durch das Wahrnehmen der kleinsten Veränderungen im Körper durch die Veränderung der Körperausrichtung eine Wahrnehmung der unterschiedlichsten Emotionen, Bilder oder Gedanken ermöglicht werden. Es ist nicht unüblich, dass bei dieser Arbeit Affekte und Kindheitserinnerungen hochkommen. Die Qualität der Emotionen ist gehaltener und trotzdem für den Patienten, die Patientin erlebbar.

Innere Techniken

Diese Techniken eignen sich besonders für Patienten und Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen oder nach multipler Traumatisierung. Die Aufmerksamkeit wird auf das unmittelbare Körpererleben gelenkt, wobei der Patient, die Patientin es selbst ist, der bzw. die den Prozess lenkt und steuert. Der Therapeut bzw. die Therapeutin ist immer nur Begleitung des Prozesses und gibt nie ein Programm vor!

Spontane Bewegungen oder berichtete Körperempfindungen können Ausgangspunkt für den Erforschungsprozess sein.

Für den Therapeuten, die Therapeutin, die den Weg des Patienten, der Patientin begleitet, ist der Ausgang des Prozesses nicht eindeutig vorhersehbar. Seine, bzw. ihre Rolle ist die, neben der Begleitung, darauf zu achten, dass der Patient bzw. die Patientin sich nicht überfordert oder beschleunigt. Diese Technik erfordert keinerlei Berührung des Patienten, der Patientin, bzw. wäre diese dann sogar kontraindiziert.

Der Patient, die Patientin entscheidet an jedem Punkt selbst, ob er oder sie „weitergehen“ will (vgl. Downing 2007, S. 87).

Affektive Techniken

Das sind Techniken, mit deren Hilfe Emotionen oder Gefühle unterschieden werden sollen, ausgedrückt werden können um dadurch neu organisiert zu werden (vgl. Downing 2007, S. 92).

Viele Patienten bzw. Patientinnen haben Schwierigkeiten in der deutlichen Benennung einer Emotion. Sie spüren zwar eventuell eine körperliche Sensation, wie z.B. einen Druck in der Brust, können jedoch das dazugehörige Gefühl nicht benennen und zuordnen.

Eine weitere Schwierigkeit stellt das Herstellen eines Bezugs dar. Zum Beispiel kann der Patient oder die Patientin zwar Druck im Brustraum wahrnehmen, kann aber das Gefühl, das er oder sie gerade hat nicht benennen und daher noch viel weniger den Bezug zu einem aktuellen Anlass für das Gefühl herstellen. Das Ziel dieser Techniken besteht darin, dem Patienten bzw. der Patientin einen Einblick in Zusammenhänge zu ermöglichen.

Segmentarbeit

Besondere Beachtung finden die sieben Körpersegmente, die Reich beschrieben hat.

Die Augen, das Kiefer, der Hals, die Brust (mit der Fortsetzung der Arme und Hände), das Zwerchfell, der Bauch, das Becken (mit der Fortsetzung Bein und Füße sind Mittelpunkt der Beachtung (vgl. Bolen 2006, S. 87-108). Sowohl oben erwähnte Atemtechniken, als auch affektive Techniken und innere Techniken lassen sich gut anhand dieser strukturierten Einteilung in Segmente anwenden. So wäre z. B. eine affektive Technik im Sinne von Aufladung oder zum Einleiten der Entladung im Sinne der Spannungsladungsformel bei allen Segmenten sinnvoll, wenn es sich um einen Klienten, eine Klientin mit „harter“ Struktur handelt. Unter harten Strukturen wären dann Klienten oder Klientinnen zu verstehen, die um eine zureichende Ich-Struktur verfügen. „Weiche“ Strukturen wären im Gegensatz Patienten und Patientinnen mit Ich-Schwäche, wie z. B. bei Traumatisierungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Die Geschichte des Patienten, der Patientin

Im therapeutischen Prozess zeigen sich häufig bestimmte Muster des Patienten, der Patientin, die er bzw. sie im Laufe seiner bzw. ihrer Lebensgeschichte erworben hat.

Schematheorie

Der Begriff „Schema“ wird in vielen wissenschaftlichen Disziplinen benutzt. Er stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Struktur“ oder „Grundgerüst“.

Die Psychologie versteht unter Schema innerpsychische Prozesse, die helfen, Informationen und Interaktionen über die Sinnesorgane wahrzunehmen, in bereits gewonnene Erfahrungen einzugliedern und zu speichern. Nach Piaget werden vom ersten Lebenstag des Kindes an senso-motorische Schemata entwickelt, miteinander koordiniert, ins Gleichgewicht gebracht, automatisiert und internalisiert. (vgl. Piaget 1936).

Schemata sind extrem starke und stabile Verarbeitungsmuster, die meist in der frühen Kindheit und im Jugendalter entstehen und sich durch das ganze Leben ziehen. Sie lenken und leiten die Gefühls-, Wahrnehmung-, Interpretations-, und Handlungsebene. Es kommt dabei zu Verknüpfung von Gefühlen, Gedanken, physiologischen Reaktionen und Handlungsentwürfen (vgl. Sendera 2010, S. 120).

Affektive Schemata

Der Begriff des affektiven Schemas basiert auf der Auffassung, dass vergangene Ereignisse in einer unbewussten emotionalen Reaktion gespeichert sind. Diese Erfahrungen verdichten sich im Laufe des Lebens. Bei Situationen, die z.B. an die Kindheit erinnern, in der Zeit als das betreffende Schema entstanden ist, werden die Betroffenen von starken Affekten überflutet. Diese führen dann zu diffusen Gefühlen von Bedrohung, Unzufriedenheit sowie zu körperlichen Reaktionen wie Verspannung, Kopfschmerzen, ohne Worte dafür zu haben oder Auslöser erkennen zu können. (vgl. Sendera 2010, S. 120).

Früh entstandene Schemata entwickeln sich durch Feinabstimmung weiter und werden auf spätere Erlebnisse angewendet. Nach der Theorie der Affektlogik nach Ciompi enthält jede Art von Aktivität nicht nur kognitive sondern auch emotionale Komponenten (vgl. Ciompi 1989).

Die Erfahrungen in der Kindheit, aus der die maladaptiven Schemata resultieren, beziehen sich vor allem auf wenig förderliche Beziehungserfahrungen zu anderen Menschen. Sie sind umfassende Überzeugungen und Muster und das Resultat unerfüllter zentraler emotionaler Bedürfnisse. Diese bewirken, dass die Umwelt und Interaktionen so wahrgenommen werden, dass sie in das jeweilige Schema passen, d.h. dass das Schema immer wieder bestätigt wird. Sie können lange Zeit latent vorhanden sein und durch bestimmte Auslöser aktiviert werden. Sobald sie aktiviert werden, sind sie mit extremen Affekten verbunden. Es kommt durch Fehlinterpretationen zu schemakonformen Missverständnissen und zu einer verzerrten Wahrnehmung (vgl. Sendera 2010, S.121). Im Laufe der Zeit entwickeln sich bedingungslose Überzeugungen über die eigene Person. Frühe maladaptive Schemata stellen quasi die Wahrheit dar, die vertraut ist, dem Selbstkonzept entspricht und dadurch schwer veränderbar ist (vgl. ebd. , S. 123).

Motorische Überzeugungen

Die Empfindungs-, und Bewegungsebene eines maladaptiven Schemas kann am besten durch die Beobachtung des Körpers bzw. durch die Beschreibung der Wahrnehmungen durch den Patienten, die Patientin erfasst werden. „Der Körper ist wie ein Innenarchitekt. Er hat das Umfeld auf tausenderlei Weise strukturiert, bevor die einzelnen Gegenstände in unser Bewusstsein treten“ (vgl. Downing 2007, S. 113).

Ein Experiment von Bower (1979) an Kindern zwischen fünf und sieben Jahren unterstützt die Annahme, dass nicht nur kognitive und emotionale Schemata existieren, sondern auch motorische. Er zeigt, dass die verbalen, intellektuellen Überzeugungen von Kindern in diesem Alter nicht mit den motorischen Überzeugungen übereinstimmen. In diesem Experiment ist die motorische Antwort der Kinder die richtige. Sie „wissen“ dass der Ton dasselbe Gewicht hat, egal welche äußere Form er aufweist.

Phantomgliedmaßen könnten ein Beispiel für das Umgekehrte sein: die verbale Interpretation ist richtig, die körperliche falsch. Das Bein wird gespürt, ist allerdings nicht mehr vorhanden.

Es kann jedoch auch sein, dass sowohl die körperliche als auch die verbale Interpretation falsch ist. Dies wäre z.B. bei Halluzinationen einer abwesenden Person.

Erwachsene motorische Schemata werden oft korrekt und angemessen ins Spiel gebracht, sind aber überlagert von motorischen Illusionen oder falschen motorischen Überzeugungen aus der Kindheit. Je nach Entwicklungsperiode können unterschiedliche Schemata nebeneinander bestehen und sich auch widersprechen. (vgl. Downing 2007, S. 117).

Young nennt vier Bereiche die Schemata entstehen lassen (Young 2005)

Nichterfüllung emotionaler Bedürfnisse

Traumatische Ereignisse incl. Missbrauch

Überbehütung, Verwöhnung

Selektive Internalisierung oder Identifikation mit wichtigen Bezugspersonen.

Er entwickelte 18 frühe maladaptive Schemata, die fünf Hauptkategorien, den Schemadomänen, zugeordnet sind:

Trennung und Ablehnung
Beeinträchtigung der Autonomie
Abgrenzungsprobleme
Fremdbezogenheit
Übervorsichtigkeit und Hemmung

Formen der maladaptiven Körperschemata

Abwehr von unerwünschten Bewegungsimpulsen

Unterentwickelte Körperschemata

Unterentwickelte motorische Schemata sind Defizite. Es hat quasi ein Stillstand stattgefunden. Z.B. kann bei einem Patienten, einer Patientin dass affektmotorische Schemata im Bereich von Ärger wenig entwickelt sein. Eine Exploration für den Patienten, die Patientin ist schwer möglich. Die Hypothese ist, dass das umgebende Familiensystem ständig Druck ausübte, sodass das jeweilige Schema in einem gehemmten Zustand belassen wurde.

In der Psychotherapie kann nun der Entwicklung Raum gegeben werden.

Ein Defizit auf diesem Gebiet kann radikale Folgen für das gesamte motorische intersubjektive Feld haben.

Defensiv verzerre affektmotorische Schemata

Hier konnte sich das Schema entfalten, aber mit einer maladaptiven Tendenz. Das Schema wird im überzogenen Maße eingesetzt. So kann z.B. eine beharrliche kämpferische Aggressivität die Schultern, Arme und Hände aktivieren, aber auch das Kiefer, die Augen oder das Becken (vgl. Downing 2007, S. 193).

Gegenmobilisierung

Dabei ist die Bewegung gegen eine andere, vorausgegangene Bewegung, gerichtet. Z.B. Traurigkeit mobilisiert die Öffnung der Kehle für ein Schluchzen. Ein Zusammenziehen der Kehle verhindert, dass das Schluchzen anwächst.

Mit anderen Worten, ein motorisches Schema, durch bestimmte Umstände ausgelöst, ruft die Bewegung X hervor. Eine (fast) gleichzeitige Gegenmobilisierung löst dann Bewegung Y aus, die gegen Bewegung X gerichtet ist. (vgl. Downing 2007, S. 194).

De-Aktivierung

Sie ist der Gegenmobilisierung ähnlich, nur verläuft sie gerade entgegengesetzt. Die Muskeln bekommen die Botschaft zu erschlaffen, sodass die Spannung nicht vermehrt wird. Patienten und Patientinnen berichten dann z.B. von einem seltsamen unlebendig fühlen oder „nicht im Stande zu sein“.

Chronisches Festhalten

Auch dieses hat Ähnlichkeit mit der Gegenmobilisierung, nur statisch. Es zeigt sich ein permanenter Muskeltonus. Die Muskelgruppe ist verspannt, sodass ein Bewegungsimpuls nicht möglich ist. So kann z.B. im Kieferbereich ein bestimmter Muskel im ständigen Zustand der Anspannung sein um dem Beißen entgegenzuwirken. Reich sprach von diesem Phänomen vom Panzer, der eine Form der Körperabwehr darstellt.

Da die Muskelpanzerung oft als alleinige Form der maladaptiven Schemata beachtet wird, hat der Abbau des Körperpanzers nicht unbedingt psychologische Auswirkungen. So müssen die wichtigen Schlüsselthemen immer auch verbal bearbeitet werden (symbolisiert!), aber auch die anderen Formen der maladaptiven motorischen Schemata beachtet werden.

Atemreduktion

Dieses maladaptive Schema borgt sich Elemente von anderen Schemata. Zu beachten ist nicht das Atemvolumen, sondern die Reaktionsfähigkeit des Atems.

Chronische Hypotonie (herabgesetzte Muskelspannung)

Diese ist das Gegenteil von chronischem Festhalten und ist das statische Entsprechen zur De-Aktivierung.

Wiederbelebung der maladaptiven Schemata in der Psychotherapie

Frühe maladaptive Schemata entwickeln sich, wenn zentrale Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Sie entstehen in Kindheit und Jugend durch Lernprozesse, Erfahrungen und Identifikationen mit nahen Bezugspersonen und haben Auswirkung auf die Beziehungsgestaltung, auch in der therapeutischen Beziehung (vgl. Sendera 2007, S. 128).

In Phasen der Entwicklung der Körperpsychotherapie wurde manchmal der Beziehungsfaktor vernachlässigt, sodass mangelnde Beziehungsarbeit die Folge war. Die behinderte Selbstregulation des Patienten, der Patientin kann sich jedoch nur gemeinsam mit dem Gegenüber vollziehen. Eine hilfreiche Beziehung kann jene der therapeutischen Beziehung sein. Im Laufe des Prozesses werden maladaptive Schemata zum Thema und können so bearbeitet werden.

Selbstregulation

In der Körperpsychotherapie ist nicht nur die psychologische Ebene, wie Gefühle, Affekte und Kognitionen zu beachten, sondern auch die muskuläre Ebene, wie Spannung, Entspannung, mimische und gestische Äußerungen und Körperhaltungen. Aber auch die Beachtung der vegetativen Ebene der autonomen Prozesse, wie Bluthochdruck, Herzfrequenz, Atmung, Reaktion der Verdauungsorgane, Stoffwechsel und hormonelle Prozesse sind wichtige diagnostische Elemente der Körperpsychotherapie (vgl. Thielen 2010, S. 51).

Eine gelungene Selbstregulation bedeutet nach diesem Modell eine vollständige affektive Regulation auf allen drei Ebenen. Geuter und Schrauth haben das Modell, das sie „Affektiven Zyklus“ nennen, erweitert, indem sie den interpersonellen Bezug und die vielfältigen Blockierungsmöglichkeiten aufgenommen haben. Sie erweitern den Begriff psychisch zu zentralnervös und fassen darunter: Wahrnehmung, Gedanken und bewusst erlebte Gefühle (vgl. Geuter und Schrauth 2006, S. 559).

„Das Modell geht davon aus, dass der Erregungsanstieg zu Beginn eines affektiven Prozesses überwiegend eine Bewegung in Beziehung zu einem Der körperpsychotherapeutische Prozess, Mag. Margarete Finger-Ossinger

Objekt ist (auf das Objekt hin wie bei Neugier oder Freude, vom Objekt weg wie bei Ekel oder das Objekt weg vom Subjekt wie bei Wut), während der Erregungsabfall der affektiven Innenregulation in der Beziehung zu sich selbst dient.“ (vgl. Geuter und Schrauth 2006, S. 560).

Diese Beschreibung gilt vorerst nur für eine Seite der Bezogenen. Wird das Modell auch für den Therapeuten, die Therapeutin mit bedacht, muss wird die wechselseitige Beeinflussung und Veränderung klar. Dieser „Tanz“ der Beziehung zwischen Psychotherapeut/Psychotherapeutin und Patient/Patientin ist einzigartig und im Zeitfluss nicht wiederholbar. In der Resonanz auf den jeweiligen Klienten, die jeweilige Klientin kann die geschulte Körperpsychotherapeutin, der geschulte Körperpsychotherapeut dem Patienten bzw. der Patientin hilfreiche Interventionen anbieten oder Rückmeldung geben.

In der Folge könnten sich im Idealfall die Affektiven Zyklen von beiden synchronisieren (vgl. Thielen 2010, S. 51).

Vor allem schade nicht

Bremsen und Beschleunigen

Bei Patienten bzw. Patientinnen mit multiplen Traumen in der Anamnese oder mit Persönlichkeitsstörungen kann es ratsam sein, den Therapieprozess abzubremesen, zu verlangsamen oder zum Stillstand zu bringen. Bei Menschen mit PTBS-Symptomen können Energieanfalle mit Erschöpfungszuständen abwechselnd auftreten (vgl. Rothschild 2002, S. 119). Die Gefahr der Dissoziation oder Retraumatisierung ist bei dieser Patientengruppe hoch.

Das unaufgelöste Trauma erzeugt im gesamten Menschen einen enormen Druck in Form einer Übererregung des autonomen Nervensystems. Wenn sich in einem Druckkochtopf der Druck hoch aufgebaut hat, lässt er sich nicht mehr öffnen. Wäre dies möglich, würde der heiße Dampf explosionsartig nach außen strömen. Um den Topf zu öffnen, muss der Druck langsam verringert werden.

Je mehr ein Patient, eine Patientin unter Druck steht (und versucht mit maladaptiven Schemata dagegen anzukämpfen), desto vorsichtiger muss gearbeitet werden. Eine Konfrontation mit dem Trauma würde eventuell in einem „Nervenzusammenbruch“. Einer schweren Erkrankung oder einem Selbstmord enden. (vgl. Rothschild 2002, S. 119).

Therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist für das Ergebnis jeder Psychotherapie entscheidend. Dies gilt natürlich auch für die Therapie mit traumatisierten Menschen. An Traumaerinnerungen sollte erst gearbeitet werden, wenn die Beziehung tragfähig und stabil ist und der Therapeut, die Therapeutin auch für sich selbst immer wieder abgeklärt hat, dass Sie (aus)halten kann und vor allem die Hoffnung auf eine Verbesserung der Symptome nicht aufgibt. Viele Traumapatienten und Traumapatientinnen brauchen viel Zeit um in der therapeutischen Beziehung das Gefühl der Sicherheit zu bekommen.

Literatur:

Bauer, J. (2011): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Piper. München

Bolen, P. (2006): Emotionale Reintegration: der sanfte Weg. Ein Beitrag zur Körperpsychotherapie. Junfermann. Paderborn

Geuter, U. & Schrauth, N. (2006): Die Rolle des Körpers bei seelischen Abwehrprozessen – Körperpsychotherapie und Emotionstheorie. In: Weiss, H. & Marlock, G. (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer. Stuttgart, New York; S. 554-563

Downing, G. (2007): Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. Kösel. München

Röhrich, F. (Hrsg.) (2011): Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie. Psychosozial-Verlag. Gießen

Rothschild, B. (2002): Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Synthesis. California

Sendera, A. & Sendera, M. (2010): Borderline-die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. Springer. Wien, New York

Thielen, M. (Hrsg.) (2010): Körper-Gefühl-Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation. Psychosozial-Verlag. Gießen

Weiss, H. & Marlock, G. (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer. Stuttgart, New York

Young, J. et. al. (2005): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann. Paderborn

