



Leseprobe aus Henn-Mertens und Zimmek, Körperorientierte Techniken in der Schematherapie, ISBN 978-3-621-28710-4 © 2021 Programm PVU Psychologie  
Verlags Unionin der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28710-4>

# Inhalt

Geleitwort	11
Vorwort	12

## I Grundlagen und Praxis 15

### 1 Theoretischer Hintergrund 17

1.1 Das Grundkonzept der Schematherapie – eine kurze Einführung	17
1.1.1 Das Schemamodell	17
1.1.2 Das Modusmodell	22
1.1.3 Schematherapeutische Behandlung	25
1.2 Eine kurze Geschichte der Körperpsychotherapie	34
1.2.1 Historische Hauptströmungen	34
1.2.2 Kritische Psychoanalyse	36
1.2.3 Reformbewegungen in Gymnastik und Tanz	37
1.2.4 Human-Potential-Bewegung und Humanistische Psychologie	38
1.2.5 Verhaltenstherapeutische Ansätze	39
1.3 Moderne Körperpsychotherapie: Grundannahmen körperorientierten Arbeitens	41
1.3.1 Embodiment	41
1.3.2 Das Resonanzprinzip	42
1.3.3 Gedächtnis und Emotion	44
1.3.4 Neuere Forschung zur Psychotraumatologie	47
1.3.5 Vier Grundannahmen	49
1.4 Integration körperorientierter Ansätze in die Schematherapie	50
1.4.1 Verknüpfende Forschungen	50
1.4.2 Grundprinzipien körperorientierten Arbeitens	53

### 2 Körperorientierte Techniken 55

2.1 Körperwahrnehmung fördern	55
2.1.1 Der Blick nach innen: Patienten in Körper-Achtsamkeit schulen	56
2.1.2 Der Blick von außen: Körpersignale bei Patienten wahrnehmen und rückmelden	57
2.1.3 Gefühlsausdrucksmuster als Beobachtungshilfe: Alba Emoting	61
2.2 Emotionale Aktivierung durch den Körper	64
2.2.1 Allgemeine emotionale Aktivierung	65
2.2.2 Übungen zu Nähe und Kontakt	66
2.2.3 Übungen zum Ärgerausdruck und zur Selbstbehauptung	69

2.3	Emotionale Regulation durch Körperprozesse	74
2.3.1	Atmung	74
2.3.2	Zentrierung	75
2.3.3	Ressourcen	76

<b>3</b>	<b>Anwendung körperorientierter Strategien in der Schematherapie</b>	79
3.1	Der Körper in Diagnostik und Fallkonzeption: Modi erfahrbar machen	83
3.2	Der Körper in der Veränderungsphase: Modi aktivieren versus regulieren	88
3.2.1	Den distanzierten Beschützermodus mithilfe des Körpers umgehen	88
3.2.2	Den verletzlichen Kindmodus beruhigen und trösten	93
3.2.3	Dem ärgerlichen Kindmodus durch den Körper Ausdruck verleihen	97
3.2.4	Den gesunden Erwachsenenmodus stärken	98
3.3	Bekannte schematherapeutische Strategien erweitern	101
3.3.1	Der Körper während der Imagination	101
3.3.2	Der Körper bei der Arbeit mit Stuhldialogen	103
3.4	Ausblick	106

## **II Übungen** 109

Übung 1:	Body-Scan	111
Übung 2:	Atemraum	113
Übung 3:	Achtsamkeit auf Körperhaltungen	115
Übung 4:	Hilfreiche Formulierungen	117
Übung 5:	Alba Emoting: Neutralhaltung und Step-out	118
Übung 6:	Alba Emoting: Angst	121
Übung 7:	Alba Emoting: Wut/Ärger	123
Übung 8:	Alba Emoting: Traurigkeit	126
Übung 9:	Alba Emoting: Freude	128
Übung 10:	Alba Emoting: Zärtlichkeit	130
Übung 11:	Alba Emoting: Erotische Liebe	132
Übung 12:	Tiefes Atmen	135
Übung 13:	Aufeinander zugehen	138
Übung 14:	Kopfwiegen	141
Übung 15:	Übungen zum Ärgerausdruck und zur Selbstbehauptung	143
Übung 16:	Atemübungen zur Emotionsregulation	148
Übung 17:	Stabilisierungsübungen zur Emotionsregulation	150

Übung 18: Ressourcen zur Emotionsregulation	152
Übung 19: Modussteckbrief	155
Übung 20: Modusskulptur	156

**Anhang** 157

Hinweise zum Arbeitsmaterial	159
Literatur	161
Sachwortverzeichnis	167

## 2 Körperorientierte Techniken

Im folgenden Abschnitt stellen wir klassische körperorientierte Interventionen aus verschiedenen Schulen vor. Wir haben aus der Fülle von Übungen solche ausgewählt, mit denen wir selbst in der Anwendung bei Patienten vertraut sind, die sinnvoll in die Modusarbeit integriert werden können und die zur Arbeit im ambulanten einzeltherapeutischen Setting passen. Ziel der ausgewählten Interventionen ist es, die im impliziten emotional-szenischen Gedächtnis gespeicherten Schemata und Modi zu aktualisieren, vor allem wenn andere schematherapeutische Techniken ergänzt und verstärkt werden sollen (z. B. Imagination).

Uns war wichtig, dass die vorgestellten Techniken keine eigenständige körpertherapeutische Ausbildung für die Anwendung voraussetzen. Dennoch legen wir Wert darauf, dass es zur Durchführung der Übungen hilfreich und wichtig ist, diese zunächst »am eigenen Leib« auszuprobieren, um Patientinnen angemessen durch ihr Erleben begleiten zu können.

Wir haben die Übungen zunächst nach den im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Prinzipien geordnet, bevor wir Hinweise für ihre Anwendbarkeit in einer Schematherapie geben (s. Kap. 3): Dient die Übung vornehmlich der basalen Körperwahrnehmung (Prinzip 1: *Wahrnehmen*, s. Abschn. 1.4.2), wirkt sie emotional aktivierend (Prinzip 2: *Aktivierung*, ebd.) oder kann sie zur emotionalen Beruhigung bzw. Regulation eingesetzt werden (Prinzip 3: *Regulation*, ebd.)? Dabei handelt es sich um eine grobe Unterteilung. Eine trennscharfe Zuordnung der Übungen zu einer Zielrichtung ist oft nicht möglich.

Wir konzentrieren uns in diesem Kapitel darauf, die Übungen in ihren Grundformen vorzustellen. Für eine bessere Lesbarkeit erfolgt im Text lediglich eine kurze Beschreibung der jeweiligen Übung. Eine ausführliche Anleitung als Handreichung für die praktische Arbeit finden Sie für jede Übung in Teil 2.

### 2.1 Körperwahrnehmung fördern

Um mit dem Körper arbeiten zu können, ist es nicht nur notwendig, dass wir als Therapeuten unseren Blick für körperliche Prozesse schärfen, sondern auch unsere Patienten müssen oft erst an eine subtilere Körperwahrnehmung herangeführt werden. Hierfür stehen uns mehrere Wege zur Verfügung: Patientinnen können ihre generelle Achtsamkeit für ihren Körper schulen (Der Blick nach innen, Abschn. 2.1.1), wir können unseren Patienten Rückmeldung über beobachtete körperliche Prozesse geben (Der Blick von außen, Abschn. 2.1.2) und wir können sie mit den körperlichen Grundmustern von Emotionen vertraut machen, sodass sie bei der Selbstbeobachtung leichter zwischen verschiedenen Basisgefühlen differenzieren können (Gefühlsausdrucksmuster als Beobachtungshilfe, Abschn. 2.1.3).

## 2.1.1 Der Blick nach innen: Patienten in Körper-Achtsamkeit schulen

Unter Achtsamkeit verstehen wir die bewusste Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf die augenblickliche Erfahrung, ohne dass wir uns dabei zu Urteilen oder vorgefertigten Ideen verleiten lassen (Kabat-Zinn, 2003). Sie stellt in diesem Sinne eine Basiskompetenz für eine bewusste Körperwahrnehmung dar. Die Förderung von Achtsamkeit ist inzwischen durch das 8-Wochen-Programm in Achtsamkeitsbasierter Stressbewältigung (MBSR, Kabat-Zinn, 2003), die Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen (MBCT, Segal et al., 2008) und die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT, Hayes et al. 2008) eine weit verbreitete und anerkannte Intervention (s. a. Michalak et al., 2012). Übungen zur Förderung von Achtsamkeit sind vor allem dann besonders wertvoll, wenn Patientinnen keinen Zugang zu ihren Körperempfindungen haben und/oder Körperempfindungen nicht differenzieren und damit auch nicht als Informationsquelle zum Verständnis ihrer Gefühle nutzen können.

Eine umfassende Darstellung der Grundgedanken der Achtsamkeitspraxis und der Vielfalt an Übungsmöglichkeiten findet sich in der o. g. Literatur. Wir möchten uns hier auf einige wenige Grundübungen beschränken, die als Hinführung zu körperorientierten Interventionen geeignet sind.

**Body-Scan.** Die Basisübung aller achtsamkeitsbasierter Therapieansätze ist der sogenannte Body-Scan (s. Übung 1). Patienten üben hier, ihre Wahrnehmung nach und nach auf umschriebene Körperbereiche zu lenken, den Körper im Geiste abzutasten und zu spüren, was auch immer spürbar ist. Die Herausforderung besteht einerseits darin, mentales Abgleiten wahrzunehmen und sich wieder zur Körperwahrnehmung zurück zu holen, andererseits darin, akzeptierend bei allen Körperempfindungen zu verweilen, auch wenn sie unangenehm sind. Bei wiederholter Übung erhöht sich die Sensibilität für körperliche Prozesse, diese können differenzierter wahrgenommen werden und die Aufmerksamkeit wird gleichmäßiger auf den ganzen Körper verteilt, anstatt sich auf einzelne, unangenehme Bereiche zu fixieren. Da die vollständige Durchführung des Body-Scan 25 bis 45 Minuten dauert und möglichst im Liegen durchgeführt werden sollte, eignet er sich nach erstmaliger Vorstellung während einer Therapiestunde vorwiegend als Übung für zu Hause (Segal et al. 2008).

**Atemraum.** Haben Patientinnen erste Übungserfahrungen mit dem Body-Scan gesammelt oder verfügen über eine grundständige Selbstwahrnehmungsfähigkeit, können Kurzformen angewandt werden. Segal et al. (2008) stellen hierfür einen 3-Minuten-Atemraum (s. Übung 2) vor. Grundgedanke für diese kurzen Übungen ist es, dass Patienten häufiger am Tag kurze Achtsamkeitspausen einlegen. Das wiederholte kurze Stoppen, Innehalten und nach Innen richten der Aufmerksamkeit hält eine achtsame Grundhaltung auch über die konkrete Übung hinaus im Alltag aufrecht. Emotionale Prozesse und Bedürfnisse werden so schneller spür- und regulierbar. Im therapeutischen Setting eignen sich diese kurzen Übungen gut, wenn Patientinnen z. B. erregt, fahrig, sprunghaft in die Sitzung kommen und eine Fokussierung des Gesprächs schwierig ist. Auch zum bewussten Innehalten, Nachspüren und Neu-Ausrichten nach

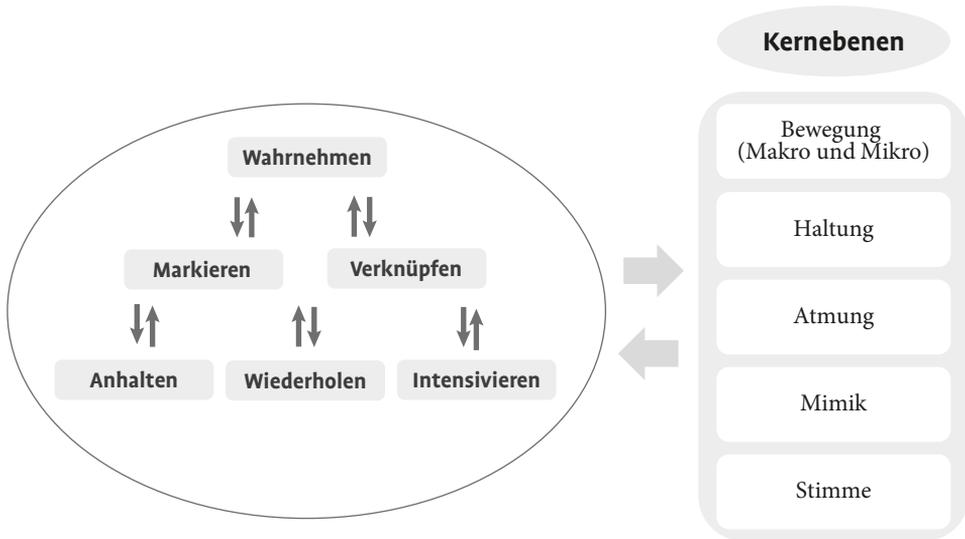
einer emotionsaktivierenden Übung können solche kurzen Achtsamkeitspausen eingesetzt werden. Im ersten Schritt soll die Aufmerksamkeit auf die aktuellen Prozesse im Körper gerichtet werden. Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken werden beobachtet, benannt und in ihrem Sosein zur Kenntnis genommen. Im zweiten Schritt erfolgt eine Sammlung der Aufmerksamkeit auf den Atem und die mit der Atmung verbundenen Körperempfindungen. Dies dient als Anker für den dritten und letzten Schritt, in dem das achtsame Gewahrsein auf den Körper als Ganzes erweitert wird.

**Achtsamkeit für den Körper.** Die Achtsamkeit für den Körper (s. Übung 3) kann auch mit Übungen gefördert werden, die verschiedene Körperhaltungen in den Fokus nehmen. In mehreren Schritten wird die Aufmerksamkeit zunächst auf die Wahrnehmung z. B. der aktuellen Sitzhaltung gerichtet. Diese soll im nächsten Schritt variiert werden und die Veränderungen im Empfinden mit einer neugierig-experimentellen Grundhaltung beobachtet werden, bis eine angenehme Sitzhaltung gefunden wird. Im dritten Schritt wird das Muster unterbrochen, indem z. B. aufgestanden und herumgegangen wird. Beim erneuten Hinsetzen wird achtsam beobachtet, ob sich das gewohnte Sitzmuster wieder einstellt oder eine Musterunterbrechung möglich ist. Diese Abfolge aus Wahrnehmung des Ist-Zustandes, experimentellem Variieren bis zu einem angenehmen Zustand und Musterunterbrechung lässt sich analog auf die achtsame Wahrnehmung beim Stehen, Gehen oder Liegen übertragen (Potreck-Rose & Jacob, 2003).

**Körperempfindungen in Worte fassen.** Vielen Patienten fällt es zunächst schwer, Formulierungen zu finden, die ihre achtsam beobachteten Körperempfindungen in Worte fassen. Die Therapeutin hat hier die wichtige Aufgabe, durch das Angebot möglichst vielfältiger Begriffe bei der differenzierenden Verbalisierung zu unterstützen (»Ist der Druck im Bauch eher spitz, oder breit, oder ist es mehr ein Zusammenziehen? Ist der Druck nach außen oder innen gerichtet?«). Sie sollte auch darauf achten, dass mit diesen Begriffen eine klare Unterscheidung getroffen wird zwischen den Körperempfindungen (»Da ist ein Kloß in der Kehle. Der Bauch ist angespannt. Die Schultern gehen nach vorne.«), Emotionen (»Ich bin traurig«) oder Kognitionen (»Das ist aussichtslos. Ich weiß nicht weiter.«).

## 2.1.2 Der Blick von außen: Körpersignale bei Patienten wahrnehmen und rückmelden

In vielen Gesprächen mit therapeutischen Kolleginnen und Kollegen haben wir einerseits ein großes Interesse am Einbezug des Körpers in das therapeutische Beobachtungsfeld wahrgenommen, andererseits wurde auch eine spürbare Unsicherheit im konkreten Vorgehen deutlich. Fragen danach, was überhaupt beobachtet werden sollte und wie körperbezogene Beobachtungen an die Patienten zurückgemeldet werden können, haben viele Kollegen nur intuitiv und experimentell für sich beantwortet. Wir möchten hier eine Strukturhilfe anbieten, die Kurtz (1994) in seiner erfahrungsorientierten Hakomi-Körperpsychotherapie entwickelt hat und die von Ogden et al. (2010) in ihrem sensumotorischen Ansatz zur Behandlung von Traumata aufgegriffen wurde.



**Abbildung 2.1** Therapeutische Fertigkeiten in der Arbeit mit den Kernebenen (in Anlehnung an Ogden et.al., 2010)

Abbildung 2.1 gibt einen Überblick über die notwendigen Basisfertigkeiten seitens der Therapeutinnen: Die Kernebenen beschreiben die wichtigsten nonverbalen Signale, auf die Therapeutinnen ihre Aufmerksamkeit richten sollten. Diese gilt es achtsam wahrzunehmen, sie zu benennen (markieren) und mit weiteren Beobachtungen zu verknüpfen. Um Körpersignale noch bewusster werden zu lassen, können Therapeutinnen zu Beobachtungsexperimenten einladen, in dem sie Patientinnen auffordern, Körpersignale anzuhalten, sie zu wiederholen oder auch zu intensivieren. Die einzelnen Schritte werden im Folgenden genauer beschrieben.

**Achtsame Ausrichtung der Therapeuten.** Mit dem Körper zu arbeiten bedeutet, im Hier und Jetzt der Therapiesituation zu arbeiten. Dies erfordert vom Therapeuten zunächst eine positive und freundliche Einstellung dem eigenen Körper gegenüber (Langlotz-Weis, 2019) und eine *achtsame Grundhaltung*, in der er mit neugierigem wachen Interesse fortlaufend alle Ebenen des Ausdrucks beim Patienten beobachtet, diesen mit achtsamen Mitgefühl in seiner Selbsterforschung begleitet und offen ist, den Patienten zu einem deutungs- und wertungsfreien Experimentieren einzuladen. Der Therapeut unterstützt dabei den Patienten durch sanfte Ermutigung, validiert das Erleben, achtet besonders auf sichtbar werdende Ressourcen und gewährt *Raum für den individuellen Prozess* (Langlotz-Weis, 2019). So geht es weniger um eine fordernde oder antreibende Steuerung auf ein bestimmtes Ziel hin (wie z. B. die gezielte Modusaktivierung bei Stuhldialogen), sondern es gilt, spontan auftretende Körpersignale in ihrer Wirkung und Funktion wahrzunehmen und dem sich entwickelnden Prozess der Selbsterforschung des Patienten zu vertrauen.

**Den Körper beobachten.** Üblicherweise sind wir darin geschult, den Erzählungen, Gedanken und Emotionen unserer Patientinnen zu folgen. Den Körper einzubeziehen erfordert eine zusätzliche Sensibilisierung für alle nonverbalen Komponenten, die im aktuellen Therapiegeschehen sichtbar werden. Hierzu gehören Blickkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Muskelspannungen, Atemrhythmus und Stimme (z. B. Tonhöhe, Volumen, Sprechtempo und -rhythmus). Ein besonderes Augenmerk liegt auf *Veränderungen in den nonverbalen Signalen*. Dies können subtile Zeichen autonomer Erregung sein, wie das Öffnen und Schließen der Augen, eine Änderung der Blickrichtung, Bewegungen der Nasenflügel, Erröten oder Erbleichen der Haut, Gänsehaut, kleinste Bewegungen, Zittern. Aber auch größere Bewegungen, wie z. B. Aufrichten oder Beugen der Wirbelsäule, Drehen des Kopfes, Heben der Hände, Gesten mit den Armen, Kreuzen der Beine etc.. Aufgabe des Therapeuten ist es, sowohl von Moment zu Moment das Zusammenspiel der Veränderungen auf nonverbaler Ebene mit den aktivierten Emotionen, Gedanken und verbalen Äußerungen des Patienten (den Kernebenen nach Ogden, vgl. Abschn. 1.3.4) nachzuverfolgen, als auch *chronifizierte Körpermuster* wahrzunehmen, wie z. B. dauerhaft hochgezogene Schultern, vorgebeugter Rumpf, flacher Atem, Vermeiden von Blickkontakt (Ogden et al., 2010). Spontane Veränderungen oder habituelle Muster werden für Therapeuten und Patienten noch leichter beobachtbar, wenn wir Patienten anleiten, in der Therapiestunde regulär eine neutrale Körperhaltung einzunehmen. Das heißt, Patienten sollten eine entspannte, aufrechte Haltung einnehmen, die Füße stehen nebeneinander auf dem Boden, die Arme liegen locker im Schoß, die Hände berühren sich nicht (Nissen & Sturm, 2014).

**Beobachtungen zurückmelden.** Nimmt der Therapeut im achtsamen Beobachten wichtig erscheinende Aspekte wahr, markiert er diese in Form einer empathischen Aussage (Ogden et al., 2010). Solche *markierenden Aussagen* sollten einfach und kurz gehalten sein (»Ich bemerke gerade, dass Sie Ihre Hände kneten.«). Ziel ist nicht die Analyse oder Deutung des Beobachteten durch den Therapeuten, sondern die Selbstbeobachtung des Patienten zu fördern und Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Kernebenen (Erzählung, Kognition, Emotion, Körpersignale) in der aktuellen Situation aufzuspüren. Indem der Therapeut seine aktuellen Beobachtungen ausdrückt, während die Veränderungen im Patienten geschehen, unterstützt er diesen, auf seine Körpersignale zu achten und das Zusammenspiel mit seinem Bericht, den Gedanken und Gefühlen zu erforschen. So fördern diese Hinweise die Verbindung des Patienten mit seinen körperlichen Prozessen, und sie sind Ausdruck des Kontaktes zwischen Therapeut und Patient, da der Therapeut so sein Verständnis und Einfühlen zum Ausdruck bringt. Markierende Aussagen sind reine Beschreibungen dessen, was sichtbar wird. Sie deuten nicht, sie (ver-)urteilen nicht und sie sind offen für Korrekturen durch den Patienten. *Hilfreiche Satzanfänge* können z. B. sein: »Es scheint, als ob ...«, »Ich habe bemerkt, dass ...«, »Ich frage mich, ob ...«, »Haben Sie auch wahrgenommen, dass ...« (weitere Beispiele s. Übung 4).

Während die markierenden Aussagen eine Beobachtung beschreibend wiedergeben, stellen *verknüpfende Fragen* eine Verbindung zwischen den verschiedenen Beobachtungsebenen her: »Während Sie darüber sprechen, was passiert da in ihrem Kör-

per?«, »Es scheint, als ob Ihr Oberkörper zurückweichen möchte, welcher Gedanke geht Ihnen gerade durch den Kopf?« Wenn wir durch solche verknüpfenden Fragen Patientinnen darin unterstützen, immer wieder beobachtend und beschreibend in Kontakt mit ihren körperlichen Empfindungen zu sein, fördern wir gleichzeitig die Entwicklung eines »inneren Beobachters«, die Patientinnen können sich dadurch von dem momentanen Erleben etwas distanzieren. Die Gefahr einer Überflutung mit intensiven Emotionen und eines Überschreitens des individuellen Toleranzbereichs wird verringert (weitere hilfreiche Formulierungen s. Übung 4).

**Zu Beobachtungsexperimenten einladen.** Hat die Therapeutin relevante Beobachtungen von Körpersignalen mithilfe von Aussagen markiert und die Patientin zur achtsamen Wahrnehmung angeleitet, kann diese in einem nächsten Schritt dazu eingeladen werden, ihre unbewussten Organisationsmuster in kleinen Experimenten tiefer zu erforschen. Statt einer kognitiven Analyse und Deutung werden so Bottom-up-Prozesse der Erfahrung angeregt. Patientinnen sollten aktiv gefragt werden, ob sie bereit sind, sich auf ein Beobachtungsexperiment einzulassen. Dabei sollte es für die Patientinnen spürbar sein, dass auch ein »Nein« akzeptiert und mit gleichem Interesse erforscht wird, wie ein »Ja«.

Ein erstes Experiment besteht darin, *Haltungen oder Bewegungen anzuhalten*, den Moment »einzufrieren«. Die Therapeutin kann dies einleiten, in dem sie sagt: »Halten Sie bitte in der Bewegung inne und schauen, was passiert ...«. Die Patientin kann dann in Ruhe in die Haltung hineinspüren und durch verknüpfende Fragen zu einer weiteren Erforschung der momentanen Verbindung zwischen Bewegungsimpulsen, Körperempfindungen, sensorischen Wahrnehmungen, Gefühlen und Gedanken angeregt werden.

Im nächsten Schritt können (*Mikro-*)*Bewegungen wiederholt* werden. Häufig entsteht durch die Wiederholung ein klareres Empfinden für das innere Geschehen und für die Funktion einer Bewegung.

### Beispiel

Th: Mir fällt auf, dass Sie mit der rechten Hand ihre linke Wange streicheln. Bleiben Sie bei dieser Bewegung und beobachten Sie, was das auslöst ...

Frau C.: Ich spüre, wie es dort warm wird. Ich fühle mich getröstet. Das erinnert mich an meine Oma, die mich oft im Gesicht gestreichelt hat.

Das Gleiche gilt für die Aufforderung, eine Bewegung oder Haltung zu intensivieren.

### Beispiel

Th: Mir scheint, dass sich gerade Ihr Rücken etwas aufgerichtet und angespannt hat. Können Sie versuchen, das noch stärker werden zu lassen? Was geschieht?

Frau C.: Wenn ich das mache, spüre ich, wie meine Angst und Traurigkeit weniger werden. Ich kann das dann ein wenig kontrollieren.

Die Therapeutin begleitet das Experimentieren mit einem gleichbleibenden offenen Interesse, ohne auf ein bestimmtes Ziel hinzuarbeiten. Mithilfe achtsamer Fragen hilft sie der Patientin, die Aufmerksamkeit beim aktuell Erlebten zu halten und die verschiedenen Ebenen der Erfahrung miteinander zu verknüpfen.

### 2.1.3 Gefühlsausdrucksmuster als Beobachtungshilfe: Alba Emoting

Die in den Abschnitten 2.1.1 und 2.1.2 beschriebenen Strategien zur Förderung der Körperwahrnehmung schulen das Gespür für jegliche Körpersignale. Diese sollen achtsam und wertfrei wahrgenommen und neugierig exploriert werden. In einem weiteren Schritt erachten wir es als hilfreich, wenn Patienten (und Therapeuten!) lernen können, in diesen körperlichen Signalen Muster wiederzuerkennen, die ihnen eine Orientierung bei der Deutung des Erlebens geben. Zwar werden die meisten Therapeuten problemlos sehr offen zu Tage tretende Signale, wie geballte Fäuste, angespannter Kiefer, hängende Schultern oder nach unten gerichteter Blick, als Hinweise auf Ärger oder Traurigkeit deuten können, aber häufig sehen wir nur dezente Zeichen oder gemischte Muster, die eine Interpretation erschweren. Hier kann das System des Alba-Emoting-Trainings eine hilfreiche Orientierung bieten.

**Alba Emoting.** Alba Emoting wurde seit Ende der 1980er-Jahre durch die chilenische Neuropsychologin Susana Bloch entwickelt (Bloch et al., 1991, Bloch, 2015). In mehreren Studien untersuchte sie typische neuromuskuläre Muster von Atmung, Gesichtsausdruck, Körperhaltung sowie hormonelle und biochemische Prozesse in den universalen Basisemotionen Trauer, Freude, Angst, Ärger, Zärtlichkeit und erotische Liebe. Auf dieser Grundlage erarbeitete sie für jede Basisemotion ein jeweils spezifisches Set an körperbezogenen Anleitungen (»emotional effector pattern«), mit deren Anwendung die Basisgefühle unabhängig von kontextuellen Faktoren induziert werden können. Hierbei konzentrierte sie sich auf die zu den Emotionen gehörenden Atemmuster, Körperhaltung und Mimik, da nur diese Aspekte willentlich beeinflussbar sind. Die Basisemotionsmuster stellen nach Auffassung von Lara Cisternas (2017) für die jeweilige Emotion die energetisch ökonomischste Art dar, die Empfindung auszudrücken. Diese Übungen werden von einer neutralisierenden Technik, dem Step-out, begleitet, die eine gezielte Regulierung emotionaler Erregung ermöglicht. Im deutschsprachigen Raum wurden diese Übungen von Hauke & Dall'Occhio (2015) und Theßen (2017) in verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte integriert.

Wir sehen in der Kenntnis und Übung dieser Gefühlsausdrucksmuster eine Möglichkeit, den achtsamen Beobachtungsprozess zu strukturieren, gemeinsam auftretende Körpersignale zu Mustern zu bündeln und gemischte Symptome zu entflechten. Die Gefühlsausdrucksmuster ermöglichen eine klare Unterscheidung zwischen den Basisgefühlen. Das Erleben der Patienten kann so leichter auf diese und damit auch auf ihre Grundbedürfnisse bezogen werden. Da die Übungen keine äußeren Stimuli erfordern, können die Gefühlsmuster direkt angesteuert werden. Dies hilft Patienten, sich auf die Beobachtung der Körperprozesse zu konzentrieren, und nicht

von äußeren Situationen oder Bildern in ihrer Wahrnehmung abgelenkt zu werden (Kalawski, 2013).

**Anwendung in der Therapie.** Bevor die Arbeit mit den Gefühlsausdrucksmustern begonnen wird, sollte zunächst eine *Neutralhaltung* und der *Step-out* als sichere Methode zur Beruhigung und Neutralisierung der emotionalen Aktivierung eingeübt werden. Die Neutralhaltung (Abb. 2.2) beschreibt eine aufgerichtete, stabile, geerdete Körperhaltung, der Step-out ergänzt diese um eine konzentrierte, achtsame Atemführung (zur genaueren Beschreibung vgl. Abschn. 2.3.2 und Übung 5). Jede Übungssequenz mit den Basisemotionen sollte mindestens mit der Neutralhaltung, bei starker Aktivierung auch mit dem ausführlicheren Step-out, beendet werden.



**Abbildung 2.2** Alba Emoting Neutralhaltung

Bei der erstmaligen Durchführung eines Körperausdrucksmusters des Alba Emoting hat es sich bewährt, nicht über das angestrebte Gefühl zu informieren. So können Patienten leichter eine offene und neugierig erforschende Haltung einnehmen, ohne auf ein bestimmtes Erleben zu warten (Kalawski, 2013). Die spezifischen Muster (Angst, Wut, Trauer, Freude, Zärtlichkeit, erotische Liebe, s. Übungen 5 bis 11) können nach Bedarf einzeln oder auch sukzessive alle vorgestellt werden. Der Therapeut leitet den Patienten verbal schrittweise in der Durchführung an und dient auch als Modell, indem er selbst die Übungen vormacht. Patienten lernen so, zwischen den verschiedenen Gefühlsqualitäten zu unterscheiden und sie im weiteren Therapieverlauf wieder zu erkennen.

Bei Einführung eines neuen Gefühlsmusters empfiehlt es sich, die einzelnen Aspekte in kurzen Sequenzen von 15 bis 90 Sekunden zunächst getrennt zu üben und dann Schritt für Schritt das vollständige Muster in der Reihenfolge Atmung, Körperhaltung, Gesichtsausdruck aufzubauen (Bloch, 2015). Die Erfahrung in vielen Trainings zeigt, dass sich häufig der Gesichts- und Körperausdruck von selbst einstellt, wenn ein bestimmtes Atemmuster praktiziert wird. Es werden aber auch andere Vorgehensweisen beschrieben (Theßen, 2017; Hauke & Dall’Occhio, 2015).

Das vollständige Muster sollte nicht länger als 2 bis 3 Minuten geübt werden. Können die Muster sicher eingenommen werden, kann mit unterschiedlichen Intensitätsgraden experimentiert werden. Dies kann dadurch erfolgen, dass nur einzelne Aspekte des Musters (z. B. nur die Atmung oder nur die Körperhaltung) geübt werden oder dass die Deutlichkeit der Darstellung variiert wird (z. B. dass nur leicht bis sehr stark stoßweise ausgeatmet wird oder die Muskelanspannung dosiert wird). Zwischen den

Übungssequenzen sollte immer wieder in die Neutralhaltung (s. Übung 5) zurückgekehrt werden, um ein zu starkes Aufschaukeln der Aktivierung zu vermeiden.

**Gefühlsausdrucksmuster.** An dieser Stelle geben wir einen Überblick über alle Gefühlsausdrucksmuster des Alba Emoting (AE). Bei einzelnen Mustern – insbesondere der Erotischen Liebe – muss jedoch gut abgewogen werden, ob und in welchem Rahmen dieses Muster im Therapiesetting Anwendung findet. Hinweise für den Einsatz der Übungen zur Emotionsaktivierung finden sich in Abschnitt 2.2. Die Integration in eine schematherapeutische Vorgehensweise beschreiben wir im Kapitel 3.

## Überblick

### Gefühlsausdrucksmuster des Alba Emoting (AE)



**AE-Angst.** Es erfolgt eine plötzliche Rückwärtsbewegung mit erhobenen, weit geöffneten Armen bei stark angespanntem Körper, sodass das Gewicht hinter die Körperachse verlagert wird, die Augen sind weit aufgerissen, der Blick ist unfokussiert, die Einatmung erfolgt schreckhaft durch den offenen Mund, die Ausatmung verläuft passiv und unvollständig durch den Mund (s. Übung 6).

Abbildung 2.3 Alba Emoting Angst



**AE-Wut/Ärger.** Der Körper ist angespannt, das Gewicht wird vor die Körperachse verlagert, der Oberkörper ist vorgestreckt, die Arme sind gespannt gebeugt vor dem Körper, die Fäuste geballt, das Kinn ist leicht gesenkt, der Blick geht fixierend horizontal nach vorne, die Augenbrauen sind nach unten zusammengezogen, die Lippen sind aufeinander gepresst, die Atmung geht stoßweise vom Zwerchfell aus durch die Nase mit Betonung auf der Ausatmung (s. Übung 7).

Abbildung 2.4 Alba Emoting Ärger



**AE-Traurigkeit.** Schläffe, kraftlose Körperhaltung, Schultern und Kopf hängen nach vorn und unten, der Blick geht nach unten und innen, die Augenbrauen sind mittig hochgezogen, die Mundwinkel nach unten, schniefendes Einatmen durch die Nase, langes passives Ausatmen durch den Mund bei hängendem Unterkiefer (s. Übung 8).

Abbildung 2.5 Alba Emoting Traurigkeit



**AE-Freude.** Gelöste aufrechte Körperhaltung, flexible Bewegungen des Oberkörpers, die Augen lächeln, die Mundwinkel gehen nach oben, die Einatmung erfolgt durch die Nase in den Bauch, die vollständige Ausatmung durch Zwerchfellstöße in Sakkaden (Hehehe, Hahaha) durch den Mund (s. Übung 9).

Abbildung 2.6 Alba Emoting Freude



**AE-Zärtlichkeit.** Entspannte, offene, zugewandte Körperhaltung, die Hände zeigen leicht geöffnet nach vorne, der Kopf ist seitlich leicht geneigt, leichtes Lächeln, sanfter weicher entspannter Blick ruht auf dem Gegenüber, die Atmung fließt ruhig, sanft, tief ein und aus durch die Nase bis in den Bauchraum, die Ausatmung ist etwas länger (s. Übung 10).

Abbildung 2.7 Alba Emoting Zärtlichkeit



**AE-Erotische Liebe.** Leichte kreisende Hüft- und Beckenbewegungen, der Kopf ist leicht nach hinten geneigt, die Augen halb geschlossen, der Blick ist unfokussiert, der Mund ist o-förmig geöffnet, der Atem fließt tief, intensiv, hauchend durch den Mund ein und aus (s. Übung 11).

Abbildung 2.8 Alba Emoting Erotische Liebe

## 2.2 Emotionale Aktivierung durch den Körper

Viele Patientinnen befinden sich trotz Veränderungswunsch in der Therapiesitzung in einem Zustand der Distanzierung und Emotionsvermeidung. Sie sind dann nicht mit ihren Gefühlen und Körperempfindungen in Kontakt. Emotionales Erleben bleibt dann oft diffus (»Ich weiß nicht, wie ich mich fühle«) oder das »Reden über« ermöglicht zwar intellektuelle Einsichten, aber »der Bauch fühlt das nicht«, sodass Veränderungsschritte nicht umgesetzt werden. Hier setzt ein Großteil der gängigen körpertherapeutischen Interventionen an. Wir haben Übungen ausgewählt, die in ihrer Zielrichtung in drei Gruppen unterteilt werden können.

Die erste Gruppe bilden Übungen, die eine *allgemeine Aktivierung des Körpers* und emotionaler Prozesse ermöglichen (Abschn. 2.2.1). In einer zweiten Gruppe stellen wir

Übungen vor, die die Auseinandersetzung mit Nähe und Kontakt und die *Überwindung von Angst vor Bindung* thematisieren (Abschn. 2.2.2). Die dritte Gruppe fasst Übungen zusammen, die zum *Ausdruck von Ärger* ermutigen, ob in Form von ungerichteter Abreaktion oder gezielt zur Selbstbehauptung und dem Setzen von Grenzen (Abschn. 2.2.3).

## 2.2.1 Allgemeine emotionale Aktivierung

**Körperliche Aktivierung.** Wenn Patientinnen eine geringe Körperspannung zeigen, motorisch und generell sehr passiv wirken, von einer gestörten Wahrnehmung innerer Körperempfindungen und Gefühle berichten oder wie abwesend wirken, wird dies als Hinweis auf einen Zustand des Hypoarousals (Ogden, 2010) verstanden bzw. kann schematherapeutisch als Ausdruck eines vermeidenden Modus gewertet werden. Hier kann eine erste körperliche Aktivierung darin bestehen, gemeinsam *mit der Patientin aufzustehen, im Therapieraum umherzugehen*, und sich auf die Wahrnehmung der Bewegungsimpulse in den Beinen zu konzentrieren. Fällt es schwer, die Beine zu spüren, können Patientinnen aufgefordert werden, *fest mit den Beinen aufzustampfen* oder ihre *Beine und Füße zu massieren* (Ogden, 2010). Sie können über diese stärkeren Empfindungen wieder in Kontakt mit ihrem Körper kommen, werden präsenter und wacher.

**Tiefes Atmen.** Eine gute Möglichkeit, über den Körper emotionale Prozesse anzustoßen, ist die Übung zum Tiefen Atmen (s. Übung 12). Sie kann vermeidende Abwehrhaltungen im Körper sanft umgehen und so den Patientinnen helfen, Zugang zum inneren Erleben zu bekommen. Die Grundhaltung ist hier offen und neugierig. Es wird gemeinsam erforscht, was immer durch die bewusste Atmung aktiviert wird, seien es Gefühle, Körperempfindungen, innere Bilder oder Erinnerungen. Mit diesem Material kann dann weiter gearbeitet werden. Für einen guten Atemfluss eignet sich am besten eine lie-



Abbildung 2.9 Tiefes Atmen

gende Haltung bei hüftbreit aufgestellten Füßen. Die Patientin wird angeleitet, durch die Nase tief ein- und durch den offenen Mund wieder auszuatmen, wobei ein stimmlicher Ton (Seufzer) entstehen soll. Nach zehn Atemzügen in dieser Weise erfolgt ein Austausch über das, was die Patientin empfunden und die Therapeutin beobachtet hat. Nach weiteren zehn tiefen Atemzügen wird die Übung beendet und nachbesprochen. Die Übung kann intensiviert werden, indem die Therapeutin – nach Vorbereitung und Einwilligung der Patientin – eine Hand auf das Brustbein oder den Bauch legt oder beide Hände seitlich an den Flanken positioniert (Langlotz-Weis, 2019).

**Gefühlsausdrucksmuster des Alba Emoting.** Während das Tiefe Atmen zu einem ergebnisoffenen Prozess einlädt, können die Übungen des Alba Emoting zur gezielten

Provokation der Basisgefühle eingesetzt werden (vgl. Abschn. 2.1.3 und Übungen 5 bis 11). Beim ersten Kennenlernen der Übungen wird nur mit geringer bis mittlerer Intensität gearbeitet. Im weiteren Verlauf können die Patienten angeleitet werden, auch hohe Intensitätsgrade zu erproben und zwischen den verschiedenen Intensitäten zu wechseln. Die Übungen können einerseits zur Förderung nicht spürbarer, unterdrückter Gefühle eingesetzt werden (z. B. AE-Wut, s. Abschn. 2.2.3) oder durch wiederholtes Üben zur Beruhigung stark auftretender Gefühle (z. B. AE-Angst, AE-Trauer).

### Beispiel

Frau D. ist durch die Exploration ihrer Biografie und in imaginativen Übungen bewusst geworden, wie wenig sie liebevoll unterstützt wurde und wie sehr sie heute noch unter der emotionalen Vernachlässigung leidet. Obwohl ihr Tränen in die Augen kommen und sich die Atmung verändert, versucht sie, die aufkommende Trauer zu unterdrücken. Die Therapeutin lädt sie ein, das AE-Atemmuster zur Traurigkeit auszuprobieren. Sie beginnt zögernd, kann sich dann aber darauf einlassen. Nach wenigen Atemzügen schluchzt sie auf und kann ihren Tränen freien Lauf lassen. Die Therapeutin begleitet sie validierend und tröstend. Im Anschluss erlebt Frau D. sich erleichtert und ruhig. Sie kann die Trauer um das Vergangene spüren, ohne in Verzweiflung zu geraten.

## 2.2.2 Übungen zu Nähe und Kontakt

Für viele Patienten stellt die Regulierung von Nähe und Distanz eine große Schwierigkeit dar. Es gilt, eine angemessene Balance zwischen dem Bedürfnis nach Bindung/Nähe und dem Bedürfnis nach Autonomie/Abgrenzung zu finden. Bei frustrierenden oder sogar traumatisierenden Erfahrungen in und mit Beziehungen in der Biografie entwickeln viele Betroffene ein großes Misstrauen gegenüber anderen. Aus Angst vor neuen Verletzungen fällt es ihnen schwer, Menschen an sich heranzulassen. Stattdessen erleben sie häufig eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Nähe, Trost und sich fallen lassen und dem vermeidenden Impuls des Rückzugs. Die folgenden Übungen greifen in Variationen diese Problematik auf und bieten den Raum, über das bewusste Spüren der körperlichen Reaktionen, sich der verschiedenen Anteile klarer zu werden und im geschützten therapeutischen Setting positive Erfahrungen mit Nähe und Kontakt zu machen. Entscheidend für die therapeutische Haltung ist hierbei, einerseits Bedürfnisse nach Abgrenzung jederzeit zu respektieren (Vertrauen!), andererseits ermutigend zu kleinen Schritten der Annäherung einzuladen.

**Positionierung der Besprechungsstühle im Therapieraum.** Schon bei der Positionierung der Besprechungsstühle im Therapieraum können Patienten ermutigt werden, eine für sie stimmige Nähe/Distanz zu finden. Wichtig ist hier, dem Patienten explizit die

Erlaubnis zu geben, einen »guten Abstand« zu finden. Die Beobachtung der Körpersignale gibt hier wichtige Hinweise, wann dieser gefunden ist.

### Beispiel

Frau C. sitzt in der ersten Sitzung mit großer Anspannung, verschränkten Armen, geweiteten Augen und geröteter Haut vor der Therapeutin und berichtet von ihren Missbrauchserfahrungen in der Jugend und der daraus resultierenden Abwehrhaltung anderen gegenüber. Die Therapeutin macht sie mit markierenden Aussagen auf die Körpersignale aufmerksam und validiert ihre Vorsicht. Sie lädt die Patientin ein, sowohl ihren Stuhl zu verstellen als auch Hinweise zu geben, wie und wo die Therapeutin sich setzen soll. Nach mehreren Veränderungen und Überprüfen des körperlichen Empfindens kommt eine um fast zwei Meter entferntere Position heraus, bei der die Therapeutin zudem leicht abgewinkelt von der Patientin sitzt. Der Körper der Patientin entspannt sich sichtbar, die Arme liegen offen im Schoß, die Haut verliert die Rötung. In den folgenden Therapiestunden wird die Patientin immer wieder ermutigt, mit der Position der Stühle zu experimentieren. Mit der Zeit kann sie den Abstand bis zur üblichen Distanz verringern.

**Aufeinander zugehen.** Intensiver kann mit Nähe und Distanz in den verschiedenen Variationen zum »Aufeinander zugehen« (s. Übung 13, Variante A) geübt werden. Grundprinzip bei allen Varianten ist, dass Therapeut und Patient in zwei bis vier Metern Abstand zueinander stehen und eine Person auf die andere zugeht. In einer ersten Variante mit dem Fokus auf der Herstellung von Nähe bleibt der Therapeut stehen und der Patient hat die Aufgabe, langsam auf den Therapeuten zuzugehen. Er soll sich dabei aller Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken bewusst werden und eine Nähe herstellen, die für ihn stimmig ist. Durch geringfügige Variationen (etwas näher, etwas entfernter) bei paralleler Exploration der inneren Empfindungen können Befürchtungen und Wünsche zu Tage treten und in der Situation überprüft werden.

**Schalübung.** Eine Möglichkeit, Verbindung ohne körperlichen Kontakt herzustellen, ist das gemeinsame Halten eines Schals. Der Therapeut exploriert wieder die Empfindungen, Gedanken und Impulse des Patienten. Wie erlebt er die Verbindung, die durch den Schal entsteht? Was verändert sich, wenn der Schal locker oder straff gehalten wird? Was passiert, wenn der Therapeut am Schal zieht? Wie erlebt sich der Patient, wenn er am Schal zieht? Die Übung wird mit dem gemeinsamen Ablegen des Schals und dem Reflektieren der Empfindungen beendet.



Abbildung 2.10 Schalübung

## Beispiel

Frau H. nimmt zu Beginn der Therapiestunde kaum Blickkontakt auf und spricht wenig. Der Therapeut legt einen Schal seitlich neben die Besprechungsstühle auf den Boden.

Th: Dieser Schal soll unsere Verbindung zueinander symbolisieren. Lassen Sie das Bild auf sich wirken. Spüren Sie einen Impuls, was Sie mit dem Schal machen möchten?

Frau H: So sehe ich den Schal gar nicht richtig. Das fühlt sich nicht gut an. Ich möchte ihn lieber direkt vor mich legen.

*[Der Schal liegt jetzt wie eine Linie auf dem Boden zwischen Therapeut und Patientin.]*

Th: Spüren Sie weiter in sich hinein. Ist das so ein stimmiges Bild oder möchten Sie noch mehr verändern? Sie können den Schal auch in die Hand nehmen.

Frau H: Das ist eine gute Idee. Das müssen Sie dann aber auch.

*[Der Therapeut und Frau H. nehmen jeweils ein Ende des Schals in die Hand.]*

Th: Wie ist das jetzt für Sie?

Frau H: Jetzt empfinde ich den Schal eher als Verbindung.

Th: Wo im Körper spüren Sie die Verbindung?

Frau H: Das ist so ein warmes Gefühl im Bauch.

Th: Sie können schauen, ob Sie mit dem Schal noch andere Dinge ausprobieren wollen: Z.B. können Sie daran ziehen oder wir beide. Und prüfen Sie jeweils, was sich dann in Ihrem Körperempfinden ändert. Experimentieren Sie, bis der Schal so ist, dass es sich für sie »richtig« anfühlt. Woran merken Sie das? Wo im Körper sitzt dieses Empfinden?

Durch weiteres Experimentieren findet die Patientin heraus, dass sie eine leichte Spannung des Schals zwischen sich und dem Therapeuten als angenehm empfindet. Sie hat sich im Prozess mit ihrem Körper dem Therapeuten zugewendet, nimmt Blickkontakt auf und spricht lebendig über ihr Erleben während der Übung.

**Direkter körperlicher Kontakt.** Eine besondere Form von Nähe im therapeutischen Setting entsteht immer dann, wenn direkter körperlicher Kontakt durch die Patientin zugelassen werden kann. Die freie und informierte Einwilligung der Patientin ist

hierfür zwingende Voraussetzung (vgl. Kap. 3, Abschn. *Zum Umgang mit Berührungen und Körperkontakt*). Der Körperkontakt kann z. B. zur Unterstützung beim Tiefen Atmen (s. Abschn. 2.2.1 und Übung 12) oder als Trost bei Traurigkeit eingesetzt werden, indem eine Hand der Patientin gehalten wird oder der Therapeut eine Hand auf die Schulter oder zwischen die Schulterblätter der Patientin legt (vgl. Abschn. 2.3.3).

**Kopfwiegen.** Insbesondere das Kopfwiegen (s. Übung 14) vermittelt dem Patienten das Gefühl des Versorgt- und Gehaltenseins und gibt ihm einen Übungsraum, in dem er Misstrauen abbauen und sich in den Halt durch die Therapeutin fallen lassen kann. Bei dieser Übung liegt der Patient mit aufgestellten Füßen auf einer Unterlage. Die



Therapeutin sitzt am Kopfende und nimmt mit beiden Händen von der Seite her den Kopf des Patienten auf, sodass dieser wie in einer Schale zum Liegen kommt. Der Patient erhält den Auftrag, seine Halswirbelsäule so gut es ihm möglich ist zu entspannen und den Kopf mit seinem ganzen Gewicht in die Hände der Therapeutin zu legen (Görlitz, 1998; Langlotz-Weis, 2019).

**Abbildung 2.11** Kopfwiegen

### 2.2.3 Übungen zum Ärgerausdruck und zur Selbstbehauptung

Während der Fokus bei den vorangegangenen Übungen darauf liegt, gemäß dem Bindungsbedürfnis Distanz abzubauen und Nähe zuzulassen, haben die folgenden Übungen zum Ziel, die Kraft zur Selbstbehauptung durch die Förderung von Ärgerenergie zu stärken. Sie richten sich vornehmlich an Patienten, die keinen oder nur wenig Zugang zu ihrem Ärger haben, sich schwach und unsicher in der Durchsetzung von Grenzen fühlen. Die Übungen steigern sich in der Reihenfolge der Darstellung von der ungerichteten Förderung von Wutenergie zum gerichteten Ausdruck und von der reinen Begleitung der Patienten durch die Therapeuten bis hin zur Interaktion mit und Provokation durch die Therapeuten. Vor allem Übungen unter Mitwirkung der Therapeuten erfordern eine gute therapeutische Beziehung und eine vorangehende Aufklärung und Einwilligung der Patienten.

**Alba Emoting Wut.** Eine gezielte Förderung von Ärgerenergie kann durch die Grundform der Alba-Emoting-Übung zur Wut erreicht werden (vgl. Abschn. 2.1.3 und Übung 7).

## Beispiel

Frau B. erlebte körperlich zudringliches Verhalten durch ihren Vater und war schutzlos den extremen emotionalen Schwankungen bis hin zu Suizidandrohungen ihrer Mutter ausgeliefert. Seit dem Kontaktabbruch zu den Eltern vor wenigen Jahren war sie nicht mehr im Elternhaus, obwohl sie selbst dort Eigentümerin von Mietwohnungen ist. Schon wenn sie sich vorstellt, dort hin zu müssen, reagiert ihr Körper mit Verkrampfungen, Schmerzen und Schwäche. Über mehrere Wochen hinweg übt Frau B. das AE-Muster Wut. Nur in kleinen Schritten kann sie die Intensität steigern, da sie sonst mit plötzlicher Schwäche und Angst reagiert. Zunehmend empfindet sie die Übungen aber als stärkend. Als sie durch einen Mieter wegen technischer Probleme zu einem Besuch in einer ihrer Wohnungen aufgefordert wird, kann sie dies mit einem neuen Gefühl der Kraft und Selbstbehauptung tun.

**Hilfsmittel zum Ärgerausdruck.** Da viele Patientinnen mit unterdrückter Wut in der



Abbildung 2.12 Ärgerausdruck mit Bataka

Biografie sich zunächst nicht trauen, ihre Wut zu zeigen, können sie durch das Nutzen von Hilfsmitteln zum Ausdruck (s. Übung 15) ermutigt werden. Vorgeschlagen wird, mit einem *Bataka* (einem mit Schaumstoff ummantelten Gummiknüppel), einem Bambusstab oder einem *Tennisschläger auf einen stabilen Stuhl, einen Schaumstoffwürfel oder einen Kissenberg zu schlagen* (Langlotz-Weis, 2019).

Auch das intensive *Wringen eines Handtuchs* gibt der Ärgerenergie Raum. Ein spielerischer Zugang ist eine gemeinsame *Kissenschlacht* mit der Patientin (Zens &

Jacob, 2014). Eine Übung, die auch im Alltag zu Hause für Patienten umsetzbar ist, ist *mit den flachen Händen gegen eine Wand zu drücken*. In jeder Variante kann die Therapeutin den Prozess unterstützen, indem sie auf eine kraftvolle Ausatmung achtet und exploriert, welche Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken die Patientin während der Übung erlebt.

**Nein-Übung.** Die Nein-Übung (s. Übung 15) verbindet eine kraftvolle körperliche Aktivität mit verbalem Ausdruck von Widerstand. Dazu hebt die Patientin die Arme angewinkelt auf Schulterhöhe, die Handflächen zeigen von ihr weg, und mit einer kraftvollen schnellen Bewegung drücken die Hände einen imaginären Widerstand weg. Dabei soll die Patientin laut »Nein« sagen und wird von der Therapeutin darin unterstützt, dies mit kraftvoller Energie zu tun. Der emotionale Ausdruck wird dadurch gerichtet, dass sich die Patientin eine Person (z. B. einen übergriffigen Chef) oder eine



**Abbildung 2.13** Körperlicher und verbaler Ausdruck von Widerstand

Aussage (z. B. Du bist ein Nichts!) vorstellt, gegen die sie ihre Energie richten möchte.

Bei den bisher vorgestellten Übungen ist die Patientin allein aktiv und wird von der Therapeutin lediglich im Prozess begleitet. In den nachfolgenden Übungsvorschlägen ist die Therapeutin als aktive Partnerin gefordert.

**Tauziehen.** Eine spielerische Möglichkeiten der Ärgerprovokation ist das gemeinsame Tauziehen (s. Übung 15). Hierbei sitzen sich Therapeutin und Patientin gegenüber (zur Sicherheit am besten auf dem Boden) und ziehen an einem Seil. Indem die Therapeutin z. B. eine übergriffige Person durch provozierende Äußerungen spielt, kann sie die Patientin motivieren, sich auch emotional in das Spiel mit einzubringen (Zens & Jacob, 2014).

**Handtuch-Beißen.** Beim Handtuch-Beißen (s. Übung 15) bittet die Therapeutin die Patientin, mit allen Zähnen in ein Handtuch hineinzubeißen. Die Therapeutin ruckelt am Handtuch, so als ob sie es wegnehmen wolle. Die Patientin soll das Handtuch mit den Zähnen festhalten, dabei kraftvoll ausatmen und Laute kommen lassen. Da das Beißen einem frühkindlichen Ärgerausdruck entspricht, wird empfohlen, dass die Patientin während der Übung liegt (Langlotz-Weis, 2019).

**Aufeinander zugehen.** In einer Variante der Übung Aufeinander zugehen (vgl. Abschn. 2.2.2 und Übung 13, Variante B) liegt der Fokus auf der Abgrenzung: Patientin und Therapeutin stehen sich ca. zwei bis vier Meter entfernt gegenüber. Jetzt geht die Therapeutin langsam auf die Patientin zu. Diese hat die Aufgabe, mit gestufter Deutlichkeit zu signalisieren, wann die Therapeutin stehen bleiben soll. Bleibt das Signal der Patientin aus, kann die Therapeutin von sich aus stehen bleiben und gemeinsam mit der Patientin über das Erlebte reflektieren.

**Seilübung.** Bei der Seilübung (s. Übung 15) wird die Grenze der Patientin zu Beginn mithilfe eines Seils oder langen Schals auf dem Boden vor der Patientin in einem Halbkreis markiert. Die Therapeutin versucht nun, diese Grenze zu überschreiten, z. B. indem sie mit dem Fuß das Seil verschiebt oder tatsächlich über das Seil tritt. Die Patientin hat die Aufgabe, ihre Grenze zu verteidigen und darf dabei sowohl verbal als auch körperlich vorgehen, z. B. die Therapeutin wegschubsen. Die Therapeutin gibt hier die Erlaubnis und Ermutigung, klare Signale zu geben.

**AE-Übung Wut mit Körperkontakt.** Auch die AE-Übung Wut kann mit Körperkontakt eine Vertiefung erfahren (s. Übung 7, Variation). Hierfür stehen sich Therapeutin und Patientin mit etwa einem Meter Abstand gegenüber. Die Hände berühren sich. Die Patientin erhält den Auftrag, das Gefühlsausdrucksmuster von Wut aufzubauen und

gegen die Hände der Therapeutin zu drücken. Die Therapeutin hält so dagegen, dass ein Gleichgewicht zwischen beiden entsteht. Werden die Hände voneinander gelöst, sollten beide einen festen Stand beibehalten können.

**Wegdrücken.** Beim Wegdrücken (s. Übung 15) wird nicht nur die Entwicklung von Wutenergie gefördert, sondern auch ein Gefühl von Stärke vermittelt. Auch hier stehen sich Therapeutin und Patientin ge-



genüber, die Handflächen liegen aufeinander. Die Patientin erhält die Aufgabe, die Therapeutin von ihrem Platz wegzudrücken. Die Therapeutin hält aktiv dagegen, ermutigt die Patientin zu maximalem Einsatz, provoziert sie bei Bedarf durch Wiedergabe typischer negativer Kognitionen der Patientin (»Du schaffst das eh nicht!«), bis sie stimmig weggedrückt wird, ohne zu früh nachzugeben. Die Therapeutin muss hier gut darauf achten, nicht selbst »gewinnen« zu wollen. Ziel ist die Energetisierung der Patientin und dass diese in diesem Zustand ein Erfolgserlebnis hat. Abhängig von der Fragestellung können die Rollen getauscht werden. Die Patientin soll dann ihren eigenen Raum durch Wegdrücken der Therapeutin verteidigen.

Abbildung 2.14 Wegdrücken

### Beispiel

Frau J., eine 25-jährige Studentin, klagt über ihre übergriffige Mutter, die fast jeden Tag bei ihr anruft, seitdem Frau J. vor einem Jahr aus dem elterlichen Haus in eine eigene Wohnung gezogen ist. Die Mutter mischt sich häufig in das Privatleben der Patientin ein und versucht, ihr Vorschriften zu machen, z. B. bezüglich des Kleidungsstils oder der Ernährung. Frau J. berichtet, auf ihre Mutter wütend zu sein, zeigt sich aber, während sie von ihrer Wut erzählt, recht flach ohne körperliche Beteiligung oder nennenswerte nonverbale Äußerungen. Sie wird zu der Übung Wegdrücken eingeladen und von der Therapeutin gebeten, sich beim Wegdrücken die übergriffige Mutter vorzustellen. Die Therapeutin kommentiert die Versuche von Frau J. mit Sätzen wie »Hör' auf mich, dann geht es dir gut!«, »Mama hat dich doch so lieb!« und »Ohne mich schaffst du das nicht! Du brauchst doch deine gute Mama!«, um den Ärgerausdruck zu fördern. Frau J. wird im Verlauf der Übung immer wütender und quittiert die Kommentare der Therapeutin mit einem im-

mer lauter werdenden »Nein, nein!«. Sie zeigt sich im Verlauf der Übung deutlich aktiviert, wird rot im Gesicht und beginnt zu zittern. Schließlich beginnt sie zu weinen. In der Nachbesprechung wird deutlich, dass sie in der Übung einerseits vor Wut weinte, andererseits, weil sie ihre verletzten Grenzen deutlicher spüren konnte. Im weiteren Verlauf der Behandlung gelingt es Frau J., ihre Autonomie immer mehr zu stärken und sich besser von der Mutter abzugrenzen.

**Körperprovokation.** Eine weitere Steigerung der Intensität wird durch Körperprovokation (s. Übung 15) erreicht. Schon die vorangegangenen Übungen erfordern eine gute therapeutische Beziehung, in der der Patient sich sicher fühlt. Dies gilt umso mehr bei



dieser Vorgehensweise, da der Patient zunächst in eine bedrängte Lage gebracht wird. Eine vorherige Ankündigung, Aufklärung über das Vorgehen und Einholen des Einverständnisses des Patienten inklusive der Erlaubnis, die Übung jederzeit abzubrechen, ist hier zwingende Voraussetzung. Der Patient liegt auf einer Unterlage oder steht an einer Wand. Die Therapeutin drückt ihm einen großen festen Schaumstoffwürfel in vorsichtiger Dosierung auf den Brustkorb und exploriert parallel die Empfindungen und Handlungsimpulse des Patienten. Dieser wird ermutigt, sich mit allen Möglichkeiten des Drucks zu entledigen. Auch hier hält die Therapeutin zunächst dagegen, fördert aber parallel die kraftvolle Gegenwehr.

**Abbildung 2.15** Körperprovokation

### Beispiel

Der 45-jährige Bankkaufmann, Herr F., leidet seit Jahren an rezidivierenden depressiven Episoden. Im Verlauf der Behandlung wird ein dependentes Interaktionsmuster deutlich. Herr F. versucht es dem Therapeuten in allen Belangen recht zu machen und ein »guter Patient« zu sein. Er berichtet von seiner dominanten Ehefrau, die zuhause »das Sagen« hat. Auch die Schwiegereltern würden ihn häufig für ihre Belange einspannen, sodass er nach dem Wochenende oft »fix und fertig« ist. Der Therapeut fragt Herrn F. nach aufkommenden Körperreaktionen, wenn er davon erzählt. Er benennt ein Druckgefühl im Bereich des Brustkorbs.

Nachdem ein Stoppsignal vereinbart wurde, bittet der Therapeut Herr F. dieses Gefühl achtsam zu fokussieren. Herr F. wird sodann gebeten, sich an die Wand des Behandlungsraums zu stellen. Der Therapeut drückt mit einem Schaumstoffwürfel zunächst leicht auf seine Brust und beginnt dann, den Druck langsam zu intensivieren. Das Atmen fällt Herrn F. deutlich schwerer und sein Gefühl der Bedrängung intensiviert sich. Der Therapeut bittet Herrn J., schneller und tiefer zu atmen. Schließlich entwickelt Herr J. einen Selbstbehauptungsimpuls und schiebt den Würfel mit seinen Händen kraftvoll weg. In der Nachbesprechung wird deutlich, dass Herr F. das Gefühl der Bedrängung eigentlich sein Leben lang begleitet. Aus der Übung nimmt er die Erfahrung mit, dass er eine innere Kraft besitzt, mit der er sich bedrängenden Situationen entgegenstellen kann. In den nachfolgenden Sitzungen wird vermehrt an der sozialen Kompetenz von Herrn J. gearbeitet. Es kommt zu häufigeren Konflikten mit der Ehefrau und den Schwiegereltern, weil Herr F. immer mehr beginnt, sich abzugrenzen und Raum für sich und seine Bedürfnisse einnimmt. Auch die depressiven Symptome sind rückläufig.

## 2.3 Emotionale Regulation durch Körperprozesse

Die Arbeit an und mit Gefühlen durch verbesserte Körperwahrnehmung und emotionale Aktivierung fordert Patienten heraus, sich aus ihrer emotionalen »Komfortzone« zu bewegen und sich an den Rand ihres Toleranzfensters zu wagen. Wird jedoch die Grenze des Toleranzrahmens überschritten – ob durch therapeutische Interventionen oder Triggersituationen im Alltag – ist eine Gegenregulierung notwendig. Nur innerhalb des Toleranzfensters ist Lernen und Weiterentwicklung möglich. Patienten brauchen daher Fertigkeiten, um sich bei starker emotionaler Erregung beruhigen zu können. Stabilisierende Übungen finden sich in allen körpertherapeutischen Schulen. Wir stellen einige dieser Übungen vor, die sich als besonders hilfreich erwiesen haben. Sie können sowohl im Rahmen einer Therapiestunde zum Einsatz kommen als auch von Patienten im Alltag genutzt werden.

### 2.3.1 Atmung

**Atembeobachtung.** Die Atmung und die Beobachtung des Atems stellen einen wichtigen Anker in emotional belastenden Situationen dar. Schon die Aufforderung, *dem Atem zu folgen* (alle Anleitungen zu diesem Abschnitt s. Übung 16) und z. B. das Auf und Ab der Bauchdecke zu beobachten, kann helfen, einen kognitiv-emotionalen Aufschaukelungsprozess zu unterbrechen und wieder in Kontakt mit sich selbst und inneren Ressourcen zu kommen. Sind die Patienten in Körperachtsamkeit geschult, können sie die verschiedenen in Abschnitt 2.1 vorgestellten Achtsamkeitsübungen, insbesondere den *Atemraum*, auch in belastenden Situationen einsetzen. Die Konzen-

tration auf den Atem reduziert dabei die zu verarbeitende Informationsmenge. Emotionen und Kognitionen treten in den Hintergrund, wodurch das Arousal wieder in den Bereich der Toleranzspanne zurückkehren kann (Ogden et al., 2010). Um die Ablenkung durch Störgedanken und -empfindungen zu reduzieren, kann es helfen, die *Atemzüge zu zählen*. Jeder Atemzug wird innerlich durch die Worte »ein-aus« begleitet und von eins bis zehn gezählt (»ein-aus-eins, ein-aus-zwei« usw.). Bei zehn angekommen, wird wieder bei eins angefangen. Wenn der Übende feststellt, dass er abgelenkt war, beginnt er wieder bei eins.

**Parasympathische Atemsteuerung.** Zusätzlich zur reinen Beobachtung des Atemgeschehens kann auch eine gezielte parasympathische Atemsteuerung erfolgen, die den Vagus-Nerv anspricht und so zu einer inneren Beruhigung beiträgt. Voraussetzung hierfür ist eine tiefe, entspannte Bauchatmung. Die Patientin wird angeleitet, bei geschlossenem Mund den Atem bei der Ein- und Ausatmung durch die Nase bewusst bis in den Bauchraum fließen zu lassen. Am leichtesten kann dies nachgespürt werden, wenn eine Hand sanft auf den Bauch gelegt wird und die Bauchdecke sich beim Atmen hebt und senkt. Nach einer wenige Minuten dauernden Phase der reinen Beobachtung soll die Patientin die Ausatmung sanft verlängern bis zur doppelten Länge der Einatmung. Über die verlängerte Ausatmung kann das parasympathische System direkt angesprochen werden und so eine Regulation der autonomen Erregung erfolgen (Schnack, 2012).

### 2.3.2 Zentrierung

Neben der Konzentration auf die Atmung stellen Übungen zur Zentrierung und Stabilisierung zentrale Elemente körperorientierter Verfahren dar. Ein Grundelement ist eine aufrechte, ausbalancierte Standposition. Sie ermöglicht es, über die Wahrnehmung von Beinen, Füßen und des Körpergewichts eine Verbindung zum Boden herzustellen und sich getragen bzw. geerdet zu fühlen.

**Neutralhaltung.** Die Neutralhaltung (Abb. 2.16, s. Übung 5) als Vorbereitung zum Step-out des Alba-Emoting-Trainings (Bloch, 2015) vereint die geläufigen Anleitungen zur Einnahme einer zentrierten Haltung aus verschiedenen Quellen: Die Füße stehen hüftbreit, die Knie sind leicht gebeugt. Die Hüften und der Schultergürtel sind entlang der Körperachse ausgerichtet. Mit der Vorstellung eines Fadens, der an der Kopfkrone ansetzt und nach oben zieht, wird der gesamte Oberkörper sanft aufgerichtet. Der Kopf ruht entspannt auf der aufgerichteten Wirbelsäule, der Blick geht waagrecht zum Horizont. Es kann hilfreich sein, die Schuhe auszuziehen, um einen direkteren Kontakt zum Boden herzustellen.



**Abbildung 2.16** Alba Emoting Neutralhaltung