# Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte

Thomas Fuchs

**Zusammenfassung**

Die psychiatrische Diagnostik beruht traditionell in erster Linie auf verbalen Interaktionen; ebenso stützt sich die Psychotherapie vor allem auf explizite (einsichts- oder verhaltensorientierte) Lernprozesse. Demgegenüber haben die entwicklungspsychologischen ebenso wie die neurobiologischen Forschungen der letzten Jahre die Bedeutung der impliziten, non-verbal und leiblich vermittelten Lernprozesse in der frühen Kindheit, aber auch in späteren Lebensphasen aufgezeigt. Frühkindliche Erinnerungen sind danach in bleibenden Interaktionsmustern organisiert, die später implizit, also unbewusst in ähnlichen Beziehungskonstellationen aktualisiert werden. Vor diesem Forschungshintergrund werden nonverbale Interaktionsprozesse zunächst aus phänomenologischer, dann aus entwicklungspsychologischer Sicht beschrieben. Im Weiteren wird ihre Bedeutung für die psychiatrische Diagnostik und Psychotherapie aufgezeigt.

**Summary**

Psychiatric diagnosis is traditionally based on verbal interactions with the patient; similarly, psychotherapy mainly relies on explicit learning processes, regardless whether it aims at insight or behaviour modification. However, recent results from developmental psychology as well as neurobiology increasingly highlight the importance of implicit, non-verbal, or body-mediated learning processes in early childhood as well as in later periods of life. Early life experiences are organized in lasting patterns of bodily interaction that later are actualized implicitly, i.e. unconsciously, in similar relational contexts. On this background of research, non-verbal interaction processes are described first from a phenomenological, then from a developmental point of view. Finally, their importance for psychiatric diagnosis and for psychotherapy is described.

## Einleitung

Die non-verbale Kommunikation ist eine ebenso zentrale wie verborgene Dimension der Arzt-Patienten-Beziehung. Sie vermittelt nicht nur wertvolle Informationen über das emotionale Erleben des Patienten, sondern gestaltet implizit die therapeutische Beziehung wesentlich mit. Gerade die wichtigsten Kriterien des psychischen Befundes wie Stimmung, Ängstlichkeit, Erregung, affektive Spannung oder Antrieb werden vor allem durch die Psychomotorik erfasst – in der Mimik, Haltung, Gestik, Bewegung des Patienten – oder auch paraverbal vermittelt, d.h. durch Stimme, Betonung, Redefluss. Viele Diagnosen sieht oder „spürt“ man auf diese Weise schon atmosphärisch, bevor man sie dann analytisch zu begründen oder zu operationalisieren versucht. Was für die Diagnostik gilt, hat noch mehr Bedeutung für die Psychotherapie: Die Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung lassen sich nicht als „innerpsychisch“ und voneinander getrennt begreifen; sie werden vielmehr leiblich empfunden, mimisch und gestisch ausgedrückt, und interagieren so fortwährend miteinander. Die non-verbale Kommunikation erzeugt die gemeinsame *Atmosphäre* der Beziehung; sie bildet ihren tragenden Grund.

Gleichwohl beruht die psychiatrische Diagnostik, wie sie heute in Manualen gelehrt wird, in erster Linie auf der verbalen Exploration oder auch auf Testverfahren. Ebenso stützt sich die Psychotherapie traditionell vor allem auf explizite, bewusst und verbal vermittelte Lernprozesse, seien sie eher einsichts- oder eher verhaltensorientiert. Implizite, atmosphärische Vorgänge in der Beziehung wurden weitgehend ausgeblendet oder als innerpsychische Projektionen gedeutet. Demgegenüber haben sowohl die entwicklungspsychologischen als auch die neurobiologischen Forschungen der letzten Jahre gezeigt, welche Bedeutung die impliziten, non-verbal und leiblich vermittelten Lernprozesse in der frühen Kindheit, aber auch in späteren Lebensphasen haben. Dabei haben sich immer deutlicher zwei grundsätzlich verschiedene Modalitäten neuronaler Informationsverarbei

tung herauskristallisiert, die einander ergänzen, aber auch widersprechen können (Tab. 1):

*Hier Tab. 1 einfügen*

Von diesen beiden Funktionsweisen ist die zweite für psychische Erkrankungen zweifellos die wichtigere. Denn sie ist aufs engste verknüpft mit Emotionen und Affekten, also den Hauptsymptomen psychischer Störungen; und sie ist die ursprüngliche Basis aller zwischenmenschlichen Beziehungen. Die non-verbale, ausdrucksvermittelte Kommunikation geht sowohl in der menschlichen Evolution als auch in der frühkindlichen Entwicklung aller sprachlichen Verständigung voraus. Bindung und Lösung, Nähe und Distanz, Vertrauen und Misstrauen, Sicherheit und Angst – alle diese Beziehungsmuster werden primär durch die Ausdruckskommunikation geregelt. Ausdruck ist die Sprache der Gefühle und der Beziehung.

Störungen der Emotionalität und der Beziehungen sind nun aber die entscheidenden ursächlichen und aufrechterhaltenden Faktoren psychischer Erkrankungen. Sowohl für ihre Diagnostik als auch für ihre Veränderung in der Therapie ist die nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient von entscheidender Bedeutung. Gemessen daran muss es erstaunen, wie wenig dieses Kommunikationsgeschehen in der Ausbildung reflektiert und das Wahrnehmungsvermögen dafür geschult wird. Die folgenden Ausführungen sollen dazu beitragen, diese Lücke zu schließen. Sie untersuchen zunächst (1) die Phänomenologie der nonverbalen Kommunikation, erläutern sie dann (2) vor dem Hintergrund der neueren Säuglingsforschung und fragen schließlich (3) nach ihrer Bedeutung für Psychotherapie.

## Phänomenologie der non-verbalen Kommunikation

Jede Interaktion ist von mehr oder minder ausgeprägten Emotionen begleitet, die dem Partner über die sehr subtile Ausdrucksmimik und -gestik fortlaufend übermittelt werden. Die meisten dieser Mikroreaktionen laufen

aber viel zu schnell ab, um überhaupt bewusst wahrgenommen zu werden. Ob uns jemand sympathisch oder eher unsympathisch ist, hängt zu einem großen Teil von Vorgängen außerhalb unseres Bewusstseins ab, von der „Chemie“ zwischen den Beteiligten. Allein im Lauf einer einzigen Psychotherapie-Sitzung tauschen Therapeut und Patient mehr als eine Million körperlicher Signale miteinander aus (Heller 1993). Während sie sich auf der bewussten Ebene mit den Inhalten des Gesprächs beschäftigen, wird der Verlauf der Interaktion maßgeblich durch diese Signale bestimmt.

Sobald wir mit einem anderen Menschen in Kontakt treten, interagieren unsere Körper miteinander, tasten sich fortwährend ab, lösen subtile Empfindungen ineinander aus. Wir geraten in eine Art Kräftefeld, in eine eigenständige Sphäre von Wechselwirkungen, die wir nicht oder jedenfalls nur sehr begrenzt steuern und kontrollieren können. Unsere Körper verstehen einander, ohne dass wir genau sagen könnten, wodurch und wie das geschieht. Merleau-Ponty hat aus phänomenologischer Sicht diese Sphäre als "Zwischenleiblichkeit" bezeichnet, um damit auszudrücken, dass es sich um ein systemisches Geschehen „zwischen zwei Leibern“ handelt, in das beide Partner von vorneherein einbezogen sind (Merleau-Ponty 1994, S. 194). Ähnlich bezeichnet das *Zwischen* bei Buber den Raum der Beziehung, der der Differenzierung von Ich und Du vorausgeht – ein gerade vor dem Hintergrund der Säuglingsforschung höchst aktueller Gedanke (Buber 1984).

Diese „zwischenleiblichen“ Prozesse lassen sich phänomenologisch näher analysieren (Abb. 1). A sei eine Person, deren Gefühl (z.B. Zorn) sich mimisch oder gestisch ausdrückt, B ihr Interaktionspartner, der diesen Ausdruck schon mit einem Blick wahrnimmt, ohne dass er genau sagen könnte, woran er ihn erkennt. Wie kommt dies zustande? – Zunächst entspricht dem Zorn von A ein bestimmter leiblicher Ausdruck, ja der Zorn ist von diesem Ausdruck gar nicht zu trennen. A spürt ihn nämlich selbst als die Spannung in seinem Gesicht, die Schärfe in seiner Stimme, die Erregung in seinem Körper; er spürt die *leibliche Resonanz* des Gefühls, das ihn er

greift, und diese verstärkt wiederum das Gefühl. Der motorische Affektausdruck ist also gleichermaßen Indikator wie Produzent emotionaler Empfindungen (Laird 1984). Gefühl und leiblicher Ausdruck sind unauflöslich miteinander verkoppelt; der Leib ist gewissermaßen der "Resonanzkörper" der Gefühle.

*Hier Abb. 1 einfügen*

Diese eigenleibliche Resonanz von A wird als Ausdruck sichtbar und übersetzt sich nun bei B in einen *Eindruck*. Mimik und Gesten, die wir wahrnehmen, lösen nämlich Leibempfindungen in uns aus, die ihrerseits eine emotionale Qualität haben. Der finstere Blick und die Schärfe der Stimme von A wird in B eine unangenehmes Anspannung auslösen, ein liebevoller Blick hingegen eine spürbare Öffnung und Zuwendung. Ähnlich ruft z.B. der starre, schwermütige Ausdruck eines Depressiven spürbare Bedrückung und Enge hervor. Ausdruck übersetzt sich also in *Eindruck*, in eine Wahrnehmung, die wiederum mit subtiler eigenleiblicher Resonanz verbunden ist. Anders gesagt: Die Resonanz von Gefühl und Ausdruck bei A übersetzt sich in die Resonanz von Eindruck und einer komplementären Gefühlsregung bei B. Beides zusammen ergibt die *zwischenleibliche Resonanz* (Abb. 1): B spürt A förmlich am eigenen Leib.[1] – Dabei bleibt es freilich nicht, denn der Eindruck von B und seine Reaktion wird nun wieder zum Ausdruck für A und so fort, in einem Wechselspiel, das in Sekundenbruchteilen abläuft und ständig das leibliche Befinden beider modifiziert. Freilich laufen die beteiligten Signale und Reaktionen viel zu rasch ab, um einzeln hervorzutreten und als solche bewusst zu werden. Stattdessen entsteht bei den Interaktionspartnern ein ganzheitlicher Eindruck vom Gegenüber, ein Gefühl für seine „Ausstrahlung“ und für die spezifische Atmosphäre der Begegnung.

Zu diesem phänomenologischen Konzept der Zwischenleiblichkeit deuten sich inzwischen auch neurobiologische Korrelate an, nämlich mit den so

[1] Diese treffende Formulierung gebraucht Schmitz, der die Phänomenologie der leiblichen Kommunikation subtil analysiert hat. Vgl. Schmitz 1989, Fuchs 1996.

genannten „Spiegelneuronen“ im prämotorischen Kortex. Diese Neuronen feuern sowohl dann, wenn die Versuchsperson eine Bewegung wie das Greifen oder Manipulieren von Objekten ausführt, als auch dann, wenn sie die gleiche Bewegung bei einer anderen Person sieht (Rizzolatti et al. 1998). Sie bilden offenbar ein System, das beobachtete zu eigenen Bewegungen in Beziehung bringt und so eine Verbindung zwischen dem Beobachter und seinem Gegenüber herstellt. Die gleichsinnige neuronale Aktivierung lässt mich eigene und fremde Handlungen als ähnlich erleben und verstehen. Zwar induziert ein wahrgenommener Ausdruck, wie oben dargestellt, nicht überwiegend gleichsinnige Eindrucksmotorik – um den Zorn am Gesicht des anderen erkennen zu können, müssen wir ja nicht selbst Zornregungen empfinden. Die Spiegelneurone belegen aber jedenfalls die Möglichkeit einer unmittelbaren Übersetzung des fremden in das eigene Körperschema. Die zwischenleibliche Resonanz, also die Induktion einer eigenleiblichen Reaktion durch eine wahrgenommene Ausdrucksbewegung, könnte sich auf ähnliche neurobiologische Korrelate stützen.

## Entwicklungspsychologische Befunde

Die Bedeutung der non-verbalen Kommunikation lässt sich erst richtig ermessen, wenn wir die Ergebnisse der Säuglingsforschung miteinbeziehen; denn diese Kommunikation beginnt schon mit der Geburt. Mutter und Kind verstehen sich auf einer emotionalen Ausdrucksebene längst bevor das Kind die ersten Worte erlernt und ein Ich-Bewusstsein entwickelt. Schon unmittelbar nach der Geburt verfügen Babys über eine angeborene Ausdrucksresonanz: Sie imitieren wiederholt dargebotenes Mundöffnen, Zunge-Zeigen und andere mimische Signale, und zwar nicht nur reflexartig, sondern gezielt (Melzoff & Moore 1989; vgl. Abb. 2). Babys sind also von Geburt an in der Lage, eine wahrgenommene Mimik in ihre eigene, propriozeptive Körperempfindung und entsprechende Bewegung zu übersetzen. Das heißt, es besteht ein angeborenes Körperschema, das sich mit

der Wahrnehmung der Anderen verknüpft: Der fremde und der eigene Leib werden von vorneherein als verwandt erfahren.

In den ersten Lebensmonaten entwickelt sich nun die Kommunikation zwischen Mutter und Kind in subtilen, gestisch-mimisch-vokalen Interaktionen, die Daniel Stern mit einem Tanz verglichen hat: „Beide Partner kennen die Schritte und die Musik in- und auswendig und können sich daher exakt im Einklang miteinander bewegen“ (Stern 1979, S. 107). Die Mutter kommentiert zum Beispiel das rhythmische, energische Schlagen des Kindes mit einem Löffel mit einem freudig erregten Gesicht und kurzen Rufen in gleichem Rhythmus; sie beantwortet das Lächeln des Säuglings mit ihrem eigenen, öffnet selbst den Mund, wenn sie das Kind zum Füttern veranlassen will, usw. Solche Verhaltensmuster, die bei bei der Mutter weitgehend unbewusst ablaufen, sind von zentraler Bedeutung für das Erlernen der Affektdifferenzierung. Zwar ist die Fähigkeit, die mimischen Ausdrucksmuster der primären Affekte zu erkennen und zu beantworten, angeboren (Merten, 1996). Doch erst die Deutungen, die die Mutter mit ihrem Verhalten den Äußerungen des Säuglings gibt, helfen ihm, sein Erleben in einen interaktiven Kontext einzuordnen. Die „Uraffekte“, die er erlebt, erhalten erst in Verbindung mit den mütterlichen Reaktionen ihre Klärung und Bedeutung. „Der Hauptanteil des gesamten Affektspektrums, das vom Kind wahrgenommen werden kann, ist im Alter von zwei bis sieben Monaten nur in Gegenwart und durch die interaktive Vermittlung eines Anderen erlebbar“ (Stern 1998a, S.148). Gefühle sind also ursprünglich im „Zwischen“ beheimatet, d.h. eingebettet in die primäre leibliche Kommunikation.

Diese Kommunikation schlägt sich beim Kind in bestimmten Verhaltenserwartungen und -bereitschaften, also *emotional-interaktiven Schemata* nieder. So lässt sich feststellen, dass Kinder mit 8 Monaten deutlich häufiger Freude und Interesse zeigen, wenn sie dies mit 2-3 Monaten mit ihrer Mutter häufiger ausgetauscht hatten (Beebe et al. 1997). Auch Bereitschaften zu Gefühlsreaktionen wie Angst oder Scham übertragen sich auf

das Kind, wenn die Eltern sich so verhalten, als ob die Welt gefährlich und feindselig wäre. Dies wird auch als *„social referencing“* bezeichnet: Konfrontiert man ein 9 Monate altes Kind mit einem neuen, Unsicherheit auslösenden Objekt, etwa einem piepsenden Roboter, so wird es zuerst auf die Mutter schauen, um zu sehen, ob sie ängstlich oder freudig reagiert, um sich dann danach zu richten (Hornik et al. 1987, Hirshberg & Svejda 1990). Auf diese Weise werden emotionale Schemata durch Modell-Lernen verankert.

Eine wichtige Eigenschaft solcher Schemata betrifft die *zeitliche Organisation intersubjektiver Erfahrung*. Das traditionelle psychoanalytische Konzept für diese Erfahrungsbildung ist die Verinnerlichung von „Repräsentanzen“ wichtiger Bezugspersonen. Aus heutiger Sicht werden aber nicht isolierte Bilder oder „Objekte“ verinnerlicht, sondern gemeinsame Erfahrungen, also *Schemata von dyadischen Interaktionssequenzen*, die gleichermaßen sensorisch, motorisch und emotional niedergelegt sind (Beebe et al. 1997, Stern 1998a). Solche Schemata interaktiver Erfahrungen werden von frühester Kindheit an Bestandteil des *prozeduralen* oder *impliziten Gedächtnisses*, eines Gedächtnissystems, das nicht einzelne Situationen speichert, sondern gleichartig wiederkehrende Erfahrungen zu weitgehend unbewusst wirksamen Wahrnehmungs- und Verhaltensmustern integriert (Schacter 1987, Fuchs 2000b).

Daraus entsteht das, was Stern *implizites Beziehungswissen* nennt (Stern 1998b): ein präverbales, nicht symbolisch kodiertes Wissen darüber, wie man mit anderen umgeht – wie man mit ihnen Vergnügen hat, Freude ausdrückt, Aufmerksamkeit erregt, Ablehnung vermeidet, abgebrochenen Kontakt wiederherstellt usw. Es betrifft also das *Wie* der interpersonalen Beziehungen, nicht das *Was* (die einzelnen Ereignisse oder die Eigenschaften einer Person). Es ist ein prozedurales Wissen in dem Sinne, dass es nur im Umgang mit Anderen zugänglich, also nur in ähnlichen Situationen und im Prozess der Interaktion realisierbar wird. Das Beziehungswissen ist somit ein vor allem zeitlich organisiertes, gewissermaßen „musikali

sches“ Gedächtnis für die Rhythmik, die Dynamik und die „Untertöne“, die in der Interaktion mit dem Anderen unhörbar mitschwingen.

Bereits in den ersten Lebensmonaten lässt sich ein Gedächtnis für solche dyadischen Interaktionssequenzen nachweisen, nämlich an der Antizipation der mütterlichen Reaktionen. Babies lernen z.B. rasch, welche emotionalen Äußerungen die Eltern ansprechen, aktivieren oder eher abweisen usw. Sie zeigen deutlich Erwartungen, und daher auch Überraschungen und Enttäuschungen. So weist man beim *still-face*-Experiment (Tronick et al. 1978) Mütter an, ihre Mimik für zwei Minuten starr einzustellen und nicht mehr zu reagieren. Babies reagieren darauf meist mit Irritation oder Besorgnis – die erwartete Resonanz bleibt aus – und mit intensiven Versuchen, die Mutter auf alle mögliche Weise wieder zur Rückkehr zum gewohnten Kontakt zu veranlassen.

Dabei lassen sich anhand unterschiedlicher Verhaltenserwartungen zwei Gruppen von Kindern differenzieren (Field 1984, Papousek 2001): (1) Kinder von Müttern mit sensiblem und lebendigem Interaktionsverhalten bleiben auch in der *still-face*-Situation aktiv und erwarten offensichtlich, dadurch die Mutter stimulieren zu können; (2) Babies von Müttern mit eher unsensibler, mangelnder Interaktionsresonanz hingegen reagieren zwar anfangs beunruhigt, werden dann aber rasch passiv und hilflos. Sie haben nicht gelernt, ihren eigenen Körper aktiv und wirksam einzusetzen, d.h. sie entwickelten ein gewohnheitsmäßige Repräsentanz von anderen als relativ unerreichbar und unbeeinflussbar. Solche Kinder zeigen im weiteren Verlauf eine deutliche Bindungsschwäche: Bindungen und Beziehungen bestehen wesentlich in Strukturen des gewohnten und vertrauten Umgangs, in *impliziten Beziehungsstilen.*

Die Erfahrungen mit den Anderen hinterlassen somit bleibende Spuren im impliziten Gedächtnis und prägen über die verankerten affektmotorischen Schemata die Persönlichkeit. Nicht nur den aufrechten Gang oder das Sprechen erlernen Kinder mimetisch an den Anderen, sondern auch subtilere

Dispositionen des Verhaltens und Umgangs. So können sich z.B. auch die prozeduralen Schemata für explorierend-expansives Verhalten in Abhängigkeit von der Ermutigung oder der Einschränkung durch die frühen Bezugspersonen gut entwickeln oder aber gehemmt werden. Hier wäre etwa an Balints Unterscheidung eines „philobatischen" und eines „oknophilen Typus“ zu denken – der eine mit einer Vorliebe für die „freundlichen Weiten“, der andere mit der Tendenz, sich sich an haltgebende Objekte zu klammern (Balint 1972). Die basale Matrix der frühen Bewegungs- und Handlungsmuster prägt somit die Grundstrukturen des Beziehungsraums, in dem ein Mensch lebt.

## Konsequenzen für Psychopathologie und Psychotherapie

### *a) Diagnostik*

Die vielfältigen Konsequenzen dieser Befunde für die therapeutische Begegnung sollen im Folgenden in einigen Punkten angedeutet werden. Sie betreffen zunächst die *Diagnostik.*

Bereits das Erstgespräch vermittelt auf non-verbalem Weg wesentliche Informationen über Stimmung, Gefühl, Spannung, Antrieb des Patienten ebenso wie über seine Art der Beziehungsaufnahme. Da diese Informationen weniger analytisch, sondern ganzheitlich und atmosphärisch erlebt werden, richtet sich der erfahrene Psychiater in der Diagnose nicht nur nach einzelnen Symptomen, Befunden und Verlaufsdaten, sondern nach dem Gesamteindruck, den er von einem Patienten und seiner Lebenssituation gewinnt. Meist wird er auf dieser Grundlage rasch eine Hypothese über die vorliegende Erkrankung bilden. Je mehr andererseits seine Erfahrung wächst, desto präziser erfasst er umgekehrt aus dem Eindruck heraus die charakteristischen Einzelphänomeine. Kein Film oder Lehrbuch kann daher das eigene Erleben einer Diagnose und ihres besonderen Kolorits ersetzen (Kraus 1991).

Dabei ergeben sich viele intuitive Diagnosen gerade aus einer Störung der sonst gewohnten leiblichen Kommunikation, etwa aus dem spürbaren Resonanzverlust des gehemmt depressiven Patienten, oder aus dem „Präcox-Gefühl“ in der Begegnung mit einem schizophrenen Patienten. Seine Ausdrucksformen, insbesondere die Mimik wirken oft vergröbert, eckig, unmoduliert und daher unnatürlich, maskenhaft. Es entsteht das eigentümliche Erlebnis einer atmosphärischen Dissonanz, einer mangelnden "Passung" der leiblichen Kommunikation (Fuchs 1996). In der Befremdung des Psychiaters, in seiner mangelnde Möglichkeit zur Einfühlung spiegelt sich die Selbstentfremdung des Kranken.

Die diagnostische Bedeutung der nonverbalen Kommunikation lässt sich eindrucksvoll mit Verfahren der Video-Mikroanalyse belegen. – In einer Studie von Heller et al. (1997) wurden 59 Patienten innerhalb von drei Tagen nach einem Suizidversuch von einer Psychiaterin exploriert. Die Fragestellung war, ob die non-verbale, weitgehend unbewusste Kommunikation während des videographierten Interviews eine prädiktive Bedeutung für einen erneuten Suizidversuch haben könnte. Zum Vergleich schätzte die Psychiaterin unmittelbar nach dem Interview aufgrund ihrer bewussten Wahrnehmung ein, wie hoch sie das Risiko eines künftigen Suizidversuchs bewertete.

Bei einer Katamnese nach einem Jahr hatten 10 Patienten einen zweiten, nicht-tödlichen Suizidversuch unternommen. Diese wurden nun mit 11 Patienten ohne weiteren Suizidversuch verglichen. Es zeigte sich, dass in der Tat 265 Körpersignale signifikant mit der Suizidversuchs-Variable korreliert waren, wobei 200 dieser Signale von der Psychiaterin selbst produziert worden waren. Während ihre bewusste Voraussage nach dem Interview nur auf dem Zufallsniveau lag, hatten ihre unbewussten körperlichen Signale eindeutigen prädiktiven Wert. So konnte die Dauer ihres besorgten Gesichtsausdrucks (Stirnrunzeln) 17 der insgesamt 21 Patienten, also 81% richtig prädizieren; das gleiche Resultat ergab sich, wenn die gesamte mi

mische und motorische Aktivität der Psychiaterin als Zeichen für ihre emotionale Involviertheit herangezogen wurde. Pointiert lässt sich die Schlussfolgerung formulieren: Der Körper der Psychiaterin wusste besser, wie gefährdet ein Patient tatsächlich war als sie selbst.

Es ist offensichtlich, welche Bedeutung diese und ähnliche Untersuchungen insbesondere für die psychiatrische und psychologische Ausbildung haben. Es käme darauf an, Psychiatern und Psychotherapeuten ein verfeinertes Sensorium für ihre eigenen zwischenleiblichen Reaktionen zu vermitteln, so dass sie ihren eigenen Körper als Wahrnehmungsinstrument, gewissermaßen als „Beziehungs-Seismograph“ nutzen können. Sie wären damit in der Lage, ungleich mehr von der Wirklichkeit des Patienten wahrzunehmen, als es auf der bewusst-verbalen Ebene möglich ist. Es ist freilich auch offensichtlich, dass dafür eine lange und spezifisch zu schulende Erfahrung erforderlich ist.

*b) Psychotherapie*

Die dominierenden psychotherapeutischen Schulen orientieren sich vorwiegend an expliziten Lernprozessen, sei es durch Bewusstmachung, Einsicht, Erkennen von Zusammenhängen oder gezielte Veränderung von Kognitionen und Verhalten. Was sich auf der non-verbalen Ebene zwischen Therapeut und Patient abspielt, blieb dabei weitgehend ausgeblendet. Inzwischen zeigen jedoch die Ergebnisse der Prozess- und Verlaufsforschung, insbesondere auf der Basis von Video-Analysen, dass bereits in den ersten Stunden der Therapie unterschwellige Beziehungsprozesse ablaufen, die die weitere Prognose entscheidend mitbestimmen (Krause 1997, S.89ff.).

Untersuchungen der Körpersprache zeigen beispielsweise, dass Patienten deutlich zufriedener mit der Therapie sind, wenn der Therapeut die Fähigkeit hat, den Ausdruck des Patienten sensibel wahrzunehmen und seine Gefühle auf non-verbalem Weg authentisch zu vermitteln (DiMatteo et al.

1980, 1986). Nach den detaillierten Analysen von Harrigan und Rosenthal (1986) haben Therapeuten mit leicht vorgeneigter Haltung, offener Bewegung der Arme und Hände, häufigem Kopfnicken, einem warmen, zugleich professionell wirkenden Tonfall und einer eher lebhaften, Interesse und Teilnahme vermittelnden Gestik eine deutlich bessere Wirksamkeit als Therapeuten etwa mit einer zurückgelehnten Haltung oder verschränkten Armen. Das mögen Selbstverständlichkeiten sein, neu ist aber doch die Erkenntnis, wie wichtig dieser Kommunikationsmodus für den Therapieerfolg ist; neu ist auch das neurobiologische Wissen darüber, warum dies so ist, nämlich weil über diesen Modus die rechte Gehirnhälfte mit den impliziten emotionalen Reaktionschemata des Patienten angesprochen wird.

Damit wird die leibliche Kommunikation gleichermaßen wichtig für die Veränderungen, die in der Therapie erreicht werden sollen. Denn psychische Störungen beruhen in einem erheblichen Maß auf impliziten Wahrnehmungs- und Reaktionsbereitschaften, die dem Patienten nicht bewusst sind und von ihm nicht intentional gesteuert werden können – etwa eine habituelle Vermeidung von Konfrontation, eine Hypersensitivität gegenüber Zurückweisung oder Beschämung, etc. Um solche Bereitschaften zu verändern, müssen sie in der Therapie aktiviert und durch neue Reaktionsweisen ersetzt werden (Grawe 2000, S.93ff.). Diese neuen Erfahrungen muss der Patient möglichst *mit allen Sinnen*, also in der zwischenleiblichen, interaktiven Situation machen. Die bloße „Einsicht“ genügt nicht – erst wenn die zur Situation passenden impliziten Schemata aktiviert und dann „überschrieben“ werden, führt dies zur Umorganisation der neuronalen Bereitschaften.

Wie gewinnt der Therapeut Zugang zu diesen impliziten Gedächtnisgehalten und Beziehungsschemata des Patienten? Sicher weniger durch Befragen, sondern indem er ihn und *sein Verhalten in der Beziehung* beobachtet. Im leiblichen Dialog ereignet sich ständig ein präsentisches, unmittelbares Verstehen. Der Therapeut muss lernen, seine Aufmerksamkeit auf diese impliziten Prozesse ebenso zu richten wie auf den Gesprächsinhalt. Er

muss den Beziehungsprozess während der Stunde im Auge behalten, um die Wirkmöglichkeiten der Therapie voll auszuschöpfen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, den Patienten bei einem Hausbesuch in seinem Alltagsleben zu beobachten; denn aus der Art und Weise, wie er seine Umwelt gestaltet, gewissermaßen aus seiner ökologischen Nische (Willi 1996), erfährt man mehr von seinem Lebensgefühl und seinen Gewohnheiten als aus seinen Berichten.

Die impliziten Beziehungsmuster, die sich in der Therapie entfalten, müssen nicht unbedingt explizit gemacht werden. Patienten erinnern sich lange nach einer Behandlung oft nicht so sehr an Deutungen oder Einsichten als vielmehr an eine Stunde besonderer Verbundenheit, ein gemeinsames Lachen, einen warmen Austausch von Blicken in einer schwierigen Situation, z.B. bei einer beschämenden Erinnerung. Stern und die Bostoner "Process of Change Study Group" (1998) haben auf der Basis der Mutter-Kind-Forschung ein modifiziertes psychodynamisches Modell von therapeutischem Wandel entworfen, das sich auf solche „Momente der Begegnung“ (*„moments of meeting“)* stützt. Reagiert der Therapeut dabei anders als es der Patient gewohnt ist und erwartet, entsteht der Keim eines neuen Beziehungs- und Gefühlsmusters. Wiederkehrende Erfahrungen solcher Art können das implizite Beziehungswissen des Patienten so umgestalten, dass er auch mit Dritten auf neue Weise umzugehen lernt.

Der Therapeut sollte also nicht etwa das Verhalten des Patienten nur spiegeln oder sich durch naives Entgegenkommen in dessen ungünstige Beziehungsmuster hineinziehen lassen (Krause 1997, S.90f.). Denn gerade ein nicht gleichsinniges, unerwartetes Therapeuten-Verhalten kann dem Patienten helfen, eingeschliffene Reaktionsmuster zu durchbrechen. Balint berichtete einmal das bekannt gewordene Beispiel einer jungen Frau mit einer ausgeprägten Hemmung in verschiedenen Lebensbereichen, die in einer Stunde einmal erwähnte, sie habe es seit frühester Kindheit nicht fertiggebracht, einen Purzelbaum zu schlagen, so oft sie es auch versucht habe. Balint warf spontan ein: „Na und jetzt?“, worauf sie aufstand und zu ihrer

eigenen Überraschung auf dem Teppich einen Purzelbaum schlug – was sich als ein entscheidender Durchbruch in der Therapie erwies (Balint 1970, S.56f.).

Psychotherapie ist also in der Lage, durch korrektive Erfahrungen das „implizite Beziehungsgedächtnis“ des Patienten umzustrukturieren. Dazu bedarf es eines empathisch engagierten Therapeuten, denn es geht um das „Hier und Jetzt“, das implizite Beziehungsgefüge, das sich in der realen Beziehung zwischen Patient und Therapeut herausgebildet hat. Denn auch die Therapie hat eine innere Geschichte, d.h. jede Stunde trägt bei zu einem gemeinsamen impliziten Beziehungswissen, und es entsteht eine zunehmend verdichtete Atmosphäre, für deren klimatische Vorgänge beide Seiten sensible Antennen haben. Um diese emotionale Beziehung stufenweise zu vertiefen, ist die persönliche Authentizität und leibliche Präsenz des Therapeuten zweifellos nützlicher als eine falsch verstandene Abstinenz.

Für die Nutzung dieser Prozesse können schließlich auch körpertherapeutische Ansätze eine besondere Rolle spielen (Downing 1996, Heisterkamp 2000). Der Patient kann etwa unklaren Gefühlen nachgehen, indem er auf seine leiblichen Empfindungen achtet, sie lokalisiert, ihre Nuancen erspürt und dann ihre Bedeutung, ihren Gegenstand oder die dazugehörige Erinnerung erforscht. Weitere mögliche Ansatzpunkte der Therapie sind die verschiedenen Formen der Körperabwehr, also der Verhinderung von intensiven Gefühlsregungen durch Verspannungen, mangelnde Atmungstätigkeit, Gegenmobilisierung, bestimmte Haltungsfixierungen – Phänomene, die sich leiblich am Patienten beobachten lassen. Eine wichtige Quelle der Information ist schließlich die *leibliche Gegenübertragung*, also die eigenen körperlichen Empfindungen des Therapeuten – eine meist vernachlässigte Komponente der Gegenübertragung, die aber, wie das Beispiel der Studie Hellers gezeigt hat, sehr subtile vom Patienten ausgehende Schwingungen wahrzunehmen vermag. Ein wichtiges Element ist dabei das Einüben der Achtsamkeit auf die eigene Atmung, auf Veränderungen ihres Rhythmus oder ihrer Tiefe; weiter auf Anspannungen etwa im Gesicht, auf Regungen

des Unbehagens wie Enge- oder Schmerzempfindungen, auf Bewegungsimpulse oder auch auf Veränderungen der eigenen Haltung, die sich unwillkürlich während des Gesprächs einstellen.

**Resümee**

Jede psychiatrische und psychotherapeutische Interaktion setzt eine Sphäre der non-verbalen, leiblich vermittelten Beziehung voraus, deren Prozesse subtil und doch spürbar sind, wenn uns auch oft die deutliche Wahrnehmung und die Begriffe für sie fehlen. Mit der Erforschung der frühkindlichen Kommunikation und mit den Fortschritten der Psychotherapie-Prozessforschung ist diese Sphäre zunehmend ins Bewusstsein getreten. Es zeigt sich immer deutlicher, dass in ihr nicht nur eine Begleitmusik zur eigentlichen, verbal-symbolischen Kommunikation abläuft, sondern dass es sich um einen eigenständigen Raum meist unbewusster Erfahrungen handelt, die sowohl unsere interpersonalen Beziehungen prägen als auch therapeutische Veränderungen entscheidend mitbestimmen.

Geprägt vom traditionellen Dualismus von Körper und Geist, suchte die Psychoanalyse das Unbewusste zunächst in den verborgenen Kammern einer psychischen Innenwelt, wo es sich dem Kundigen durch archäologische Ausgrabungsarbeit an den Erinnerungen und durch Deutung von verschlüsselten Symbolen zu erkennen geben sollte. Heute zeigt sich uns das Unbewusste vor allem im präsentischen Raum der Beziehung: im szenischen Dialog, in Tonfall, Haltung und Ausdruck, in der "Zwischenleiblichkeit" von Therapeut und Patient. Auf einer untergründigen Ebene der Interaktion aktualisieren sich die im impliziten Gedächtnis sedimentierten Schemata, Erwartungs- und Reaktionsmuster des Patienten und lassen sich durch neue Erfahrungen verändern, ohne dass dies Gegenstand und Inhalt des Gesprächs werden muss. Ohnehin liegen hier Grenzen dessen, was sich explizieren, verbalisieren oder gar systematisieren lässt. Umso mehr wird es eine der wichtigen Aufgaben künftiger Aus- und Weiterbildung sein, das

Wahrnehmungsvermögen von Ärzten und Therapeuten für die zwischenleiblichen Phänomene zu schulen, damit sie nicht nur nach manualisierbaren Strategien, sondern mit Intuition und Gespür für die implizite Ebene der Beziehung zu therapieren lernen.

**Literatur**


Balint, M. (1970) Therapeutische Aspekte der Regression. Klett, Stuttgart.

Balint, M. (1972) Angstlust und Regression. Beitrag zur psychologischen Typenlehre. Rowohlt, Reinbek.

Beebe, B., Lachman, F., Jaffe, J. (1997) Mother-infant interaction structures and presymbolic self- and object representations. J. of Relational Perspectives 7, 133-182.

Buber, M. (1984) Das dialogische Prinzip. Lambert Schneider, Heidelberg.

DiMatteo, M.R., Taranta, A., Friedman, H.S., Prince, L.M. (1980) Predicting patient satisfaction from physician's nonverbal communication skills. Medical Care 18, 376-387.

DiMatteo, M.R., Prince, L.M., Hays, R. (1986) Nonverbal communication in the medical context: The physician-patient-relationship. In: Blanck, P.D., Buck, R., Rosenthal, R. (eds) Nonverbal communication in the clinical context. University Park and London: Pennsylvania State University Press.

Downing, G. (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München.

Dreyfus, H.L., Dreyfus, S.E. (1986) Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer. Free Press, New York.

Field, T. (1984) Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. Infant Behavior and Development 18, 1-3.

Fuchs, T. (1996) Leibliche Kommunikation und ihre Störungen. Z. Klein. Psychol. Psychopath. Psychother. 44, 415-428.

Fuchs, T. (2000a) Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Klett-Cotta, Stuttgart.

Fuchs, T. (2000b) Das Gedächtnis des Leibes. Phänomenologische Forschungen 5, S. 71-89.

Grawe, K. (2000) Psychologische Therapie. 2. Auflage. Hogrefe, Göttingen.

Harrigan, J.A., Rosenthal, R. (1986) Nonverbal aspects of empathy and rapport in physician-patient interaction. In: Blanck, P.D., Buck, R., Rosenthal, R. (eds) Non

verbal communication in the clinical context. University Park and London: Pennsylvania State University Press.
Heisterkamp, G. (2000) Die leibliche Dimension in den psychodynamischen Psychotherapien. In: Reimer, C., Rüger, U. (Hrsg.) Psychodynamische Psychotherapien, S. 295-320. Springer, Berlin Heidelberg New York.
Heller, M. (1993) Unconscious communication. In: Maul, B. (ed) Body psychotherapy or the art of contact, pp 155-179. Maul, Berlin.
Heller, M., Haynal, V. (1996) The doctor's face: A mirror of his patient's suicidal projects. In: Guimón, J. (ed) The body in Psychotherapy. Int. Congress, Geneva 1996, pp 46-51. Basel, Karger.
Hirshberg, L., Svejda, M. (1990): When infants look to their parents. I: Infants social referencing of mothers compared to fathers. Child Development 61, 1175-1186.
Hornik, R., Risenhoover, N., Gunnar, M. (1987) The effects of maternal positive, neutral, and negative affective communications on infant responses to new toys. Child Development 58, 937-944.
Kimura, B. (1995) Zwischen Mensch und Mensch. Strukturen japanischer Subjektivität. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
Kraus, A. (1991) Phänomenologische und symptomatologisch-kriteriologische Diagnostik. Fundamenta Psychiatrica 5, 102-109.
Krause, R. (1997) Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1: Grundlagen. Kohlhammer, Stuttgart.
Laird, J. (1984) The real role of facial response in the experience of emotion: A reply to Tourangeau and Ellsworth, and others. In: J. of Personality and Social Psychol. 47, 909-917.
Meltzoff, A., Moore, M.K. (1989) Imitation in newborn infants: exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. Developmental Psychology 25, S. 954-962.
Merleau-Ponty, M. (1994) Keime der Vernunft. Vorlesungen an der Sorbonne 1949-52. Hrsg. B. Waldenfels. Fink, München.
Merten, J. (1996) Affekte und die Regulation nonverbalen interaktiven Verhaltens. Perter Lang, Bern.
Papousek, M. (2001) Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm, H. (Hrsg.) Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftliche Verlagsunion.
Process of Change Study Group (Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., et al.) (1998) Non-interpretative mechanims in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. Int. J. Psycho-Anal. 79, 903-920.
Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996) Premotor cortex and the recognition of motor actions. Brain Res. Cogn. Brain. Res. 3, 131-141.
Rizzolatti, G., Luppino, G., Matelli, M. (1998) The organisation of the cortical motor system: new concepts. Electroencephal. Clin. Neurophysiol. 106, 283-296
Schacter, D. (1987) Implicit memory: History and current status. Learning, Memory and Cognition 13, 501-518.
Schmitz, H. (1989) Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Junfermann, Paderborn.
Stern, D.N. (1979) Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Klett-Cotta, Stuttgart.
Stern, D.N. (1998a) Die Lebenserfahrungen des Säuglings. 6. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart.

Stern, D.N. (1998b) The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. Infant Mental Health Journal 19, 300-308.
Tronick, E.Z., Brazelton, T.B., Als, H. (1978) The structure of face-to-face interactions and its developmental functions. Sign. Language Studies, 18.
Willi, J. (1986) Ökologische Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen.

Adresse des Autors:

PD Dr. Dr. Thomas Fuchs
Psychiatrische Universitätsklinik
Voßstr.2
D-69115 Heidelberg
e-mail: Thomas_Fuchs@med.uni-heidelberg.de

| **Expliziter Modus** | **Impliziter Modus** |
|---|---|
| verbal | non-verbal |
| kognitiv | emotional |
| rational | intuitiv |
| bewusst | unbewusst |
| analytisch | synthetisch |
| digital | analog |
| symbolisch | ikonisch, gestalthaft |
| zeichenvermittelt | ähnlichkeits-, ausdrucksvermittelt |
| überwiegend linkshirnig | überwiegend rechtshirnig |

Tab. 1: Polare Modi der Informationsverarbeitung
(nach Dreyfus & Dreyfus 1986, Grawe 2000, S.304ff.)
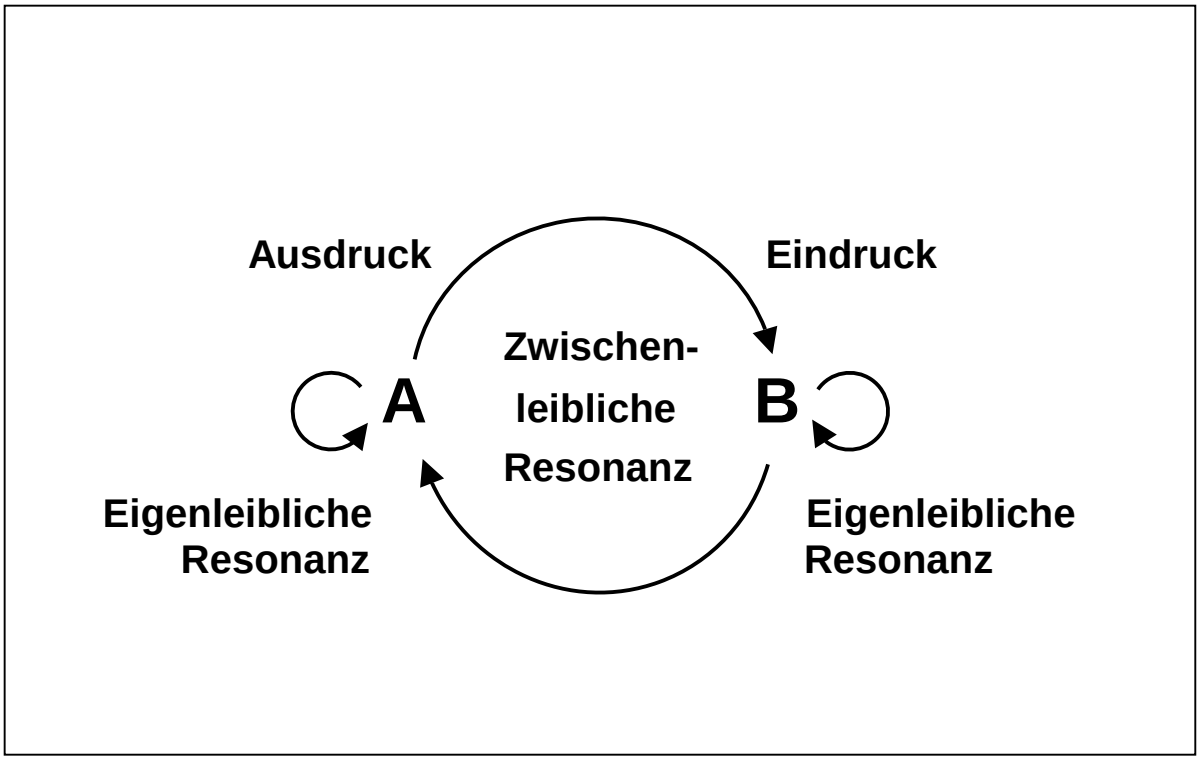
Abb. 1: Schema non-verbaler Kommunikation