

# Die Körpersprache der Depression

Zur Phänomenologie des leiblichen Daseins im depressiven Weltbezug

Karl Baier

## Synopsis

The subject of this article is the body language of depression. According to bioenergetic analysis depression is connected with collapsed posture which indicates an oral character. The way in which somebody who is suffering from depression holds herself or himself when standing, is interpreted by the author as a bodily dimension of the depressed way of being-in-the-world. The essential traits of this posture as a whole are analysed as well as the specific role each part of the body plays within the general structure. Moreover the connections between the collapsed posture and certain patterns of movement and breath are investigated. The author tries to show that the way of moving and breathing typical of depressed people reveals the relation to time and space dominant in depression.

In einschlägigen Studien zur Depression ist es üblich das Erscheinungsbild, das an Depressionen leidende Menschen bieten, als ein Syndrom, eine "regelhafte Kombination psychischer, psychomotorischer und vegetativ-somatischer Symptome" (Wolfersdorf 1992, 34) zu beschreiben. Im Rahmen einer Analyse der Körpersprache der Depression sind die letzten beiden Symptomkomplexe als Einstieg ins Thema von Interesse.

## Inhalt

1. Die leibliche Seite der Depression in der medizinisch-psychologischen Symptomatologie
2. Der kollabiert-orale Typus als die der Depressivität zugrundeliegende Handlungsweise und seine Genese
3. Charakteristika der kollabierten Haltung als Ganzer
4. Der Beitrag der einzelnen Leibbereiche zur kollabierten Haltung
5. Das deprimierte Bewegungsverhalten
6. Die Atmung
7. Zusammenfassung

## 1. Die leibliche Seite der Depression in der medizinisch-psychologischen Symptomatologie

Die sogenannten vegetativ-somatischen Symptome sind den Depressiven selbst recht gut zugänglich, oft besser als die Verstimmung, in der sie sich befinden. Sie werden dementsprechend, wenn man sie nach ihren Beschwerden fragt, oft an erster Stelle erwähnt. In einer Untersuchung (J. Marschall, 1988), die an 699 stationären depressiven Patienten durchgeführt wurde, sind am häufigsten Schlafstörungen (77%) angegeben worden, dann Appetitstörungen (52%) und damit verbundener Gewichtsverlust (31%). Auch Klagen über Kopfschmerzen und Einschlafstörungen wurden besonders häufig geäußert (24%).

"Nach Wieck, der 2500 depressive Patienten untersucht hat, lokalisieren 50% ihre Beschwerden im Kopf (Druck und Schweregefühle), weitere 50% in Herz und Brust (Enge und Beklemmungsgefühle)." (Hell 1992, 116).

Die Psychomotorik, das von ihrer emotionalen Verfassung geprägte leibliche Verhalten der Depressiven ist für sie selbst nicht so auffällig und beklagenswert wie die vegetativ-somatischen Beschwerden, wohl deshalb, weil sie sich ihrer niedergedrückten Stimmung entsprechend bewegen und deshalb ihr Verhalten für sie eine gewisse Selbstverständlichkeit hat. Umso offenkundiger sind die psychomotorischen Veränderungen für ihre Mitmenschen. Hell (1992) spricht von einer Erstarrung der willkürlich gesteuerten Bewegungsabläufe. Signifikant sind weiterhin eine allgemein reduzierte Körperkraft und Leistungsfähigkeit, vornübergebeugtes, schleppendes Gehen, ebenso die leise, monotone Stimme, die Langsamkeit in der Bewegung, ein reduziertes Spiel von Mimik und Gestik.

Damit sind in groben Umrissen die auffälligsten Charakteristika des leiblichen Befindens und Verhaltens in der Depression, wie sie der einschlägigen psychologischen Literatur zu finden sind, angegeben. Ich möchte nun auf einige mir wesentlich erscheinende Aspekte näher eingehen, von denen aus sich etliche der bisher nur aufgezählten Merkmale in ihrem Zusammenhang und ihrer Bedeutung zeigen lassen. Näher betrachtet werden sollen die Haltung und die Bewegungsweise sowie die Atmung des Depressiven. Meine Interpretation ist phänomenologisch orientiert und greift vor allem auf Einsichten der Bioenergetik aber auch anderer tiefenpsychologisch orientierter Körpertherapien zurück. Ziel meiner Untersuchung ist es die vegetativ-somatischen und psychomotorischen Anteile des depressiven Syndroms als leibliche Austragungsformen des depressiv verstandenen Weltverhältnisses verständlich zu machen.

## 2. Der kollabiert-orale Typus als die der Depressivität zugrundeliegende Haltungweise und seine Genese

In der Bioenergetik und anderen ihr nahestehenden Körpertherapien wird die Depressivität dem oralen Charaktertypus und der ihm entsprechenden als oral, kollabiert bzw. bedürftig bezeichneten Körperhaltung zugeordnet.

"Die Neigung zur Depression ist ein symptomatisches Merkmal der oralen Persönlichkeit" meint der Begründer der bioenergetischen Körpertherapie, Alexander Lowen (1987, 137).

Was heißt hier oral? Das Adjektiv "oral", das ursprünglich "den Mund betreffend, mündlich" bedeutet, bezieht sich als Kennzeichnung einer Charakterstruktur auf spezifische Bedürfnisse und Wünsche, ja eigentlich einen Lebensstil, eine Daseinsweise, die dadurch geprägt ist, daß sie frühkindlichen Entbehrungen nachhängt. Oralität ist demnach in tiefenpsychologischer Sprechweise keineswegs beschränkt auf Empfindungen, Wünsche und Verhaltensweisen, die in den Leibbereichen des Mundes, der Lippen bzw. der Mundhöhle angesiedelt sind, obwohl all dies für den oralen Charakter eine wichtige Rolle spielt. Lowen erläutert in seiner Monographie zur Depression den weiten Sinn, den die Oralität in der tiefenpsychologischen Charakterologie annimmt, folgendermaßen: "Menschen die an Depression leiden, haben unbefriedigte orale Bedürfnisse. Sie möchten gehalten und gestützt werden, Körperkontakt erleben, saugen, Aufmerksamkeit und Anerkennung bekommen und gewärmt werden. Man nennt diese Bedürfnisse oral, weil sie dem Säuglingsalter entsprechen, jener Lebenszeit, in der die orale Aktivität das Leben beherrscht. Es ist das gleiche, als wolle man sagen, diesen Individuen habe die Mutterliebe oder die Befriedigung gefehlt, die eine zuverlässige und bedingungslose Liebe gewährt. Wenn die fundamentale Charakterstruktur von dieser Entbehrung bestimmt ist, kann man diese Struktur als orale Persönlichkeit bezeichnen." (Lowen 1987, 40)

Er kann sich bezüglich der Analyse des oralen Charakters nicht wie sonst auf Wilhelm Reich stützen, in dessen Charakterkunde die orale Persönlichkeit nicht behandelt wird, wohl aber findet er Anknüpfungsmöglichkeiten bei orthodox-freudianischen Autoren: "Der Bezug von Oralität zu Depression ist oft beobachtet und psychoanalytisch gedeutet worden. Abraham hat das Konzept vom oralen Charakter eingeführt, aber seine Abhandlung war spekulativ." (Lowen 1985, 197). Spekulativ ist der Ansatz Abrahams für Lowen deshalb, weil seiner Meinung nach die Herleitung bestimmter Charakterzüge des Erwachsenen aus dem Weiterbestehen von Verhaltensweisen und Neigungen der frühkindlichen Zeit allzu hypothetisch bleibt. Die nötige Erfahrungsbasis für das Verstehen des Zusammenhangs der oralen Lebensphase mit späterer Depressivität im Erwachsenenalter soll in der Bioenergetik durch die Beachtung der leiblichen Seite der

Charaktergenese erbracht werden, die in der herkömmlichen Psychoanalyse nur wenig berücksichtigt wird.

Die Entstehung der oralen Charakterstruktur konzipiert Lowen von einer sich wiederholenden typischen Situation aus, in der das Kind nach seiner Mutter hungert, dabei bis zur Erschöpfung weint und schreit, ohne daß die Mutter herbeikäme. "Das Kind, das weint, bis es nicht mehr kann, erstickt allmählich die Sehnsucht nach der Mutter in sich. ...Ein oraler Charakter entwickelt sich, wenn das Verlangen nach der Mutter verdrängt wird, bevor die oralen Bedürfnisse befriedigt sind. Das läßt einen unbewußten Konflikt zwischen dem Bedürfnis auf der einen Seite und der Angst vor Enttäuschung andererseits entstehen." (Lowen 1985, 223)

Die Verdrängung, durch die das Kind den unlösbaren und es überfordernden Konflikt, in den es geraten ist, vor sich selbst verbirgt und als verdrängten seinen künftigen Lebensphasen überliefert, führt zur oralen Charakterstruktur des Erwachsenen. Die Tradierung des Konflikts geschieht vor allem auch durch die Ausbildung einer bestimmten Haltungswiese. Die Sehnsüchte des Säuglings, die aus ihrer Nichterfüllung entstehende Hoffnungslosigkeit und das überfordernde Durchhaltenmüssen im Konflikt von Sehnsucht und Enttäuschungsangst werden beständig in der als kollabiert bezeichneten Körperhaltung und den ihr entsprechenden Verhaltensweisen ausgetragen, ohne daß der auf solche Weise sich leiblich Verhaltende darum wissen müßte.

Depressivität soll im Folgenden von der zu ihr gehörigen Weise des Leibens, von der kollabierten Leiblichkeit der oralen Charakterstruktur her zu Wort kommen. Es geht darum, sich dem Wesen einer bestimmten menschlichen Gemütsverfassung anzunähern, indem die Art und Weise, wie sie geleibt wird, genauer untersucht wird. Gegenstand der Untersuchung ist also primär nicht der von Anatomie und Physiologie als Natur-Körper vergegenständlichte menschliche Leib. Es geht vielmehr um das Leibsein des Menschen, das darin besteht, daß seine Weltoffenheit und die Verhaltensmöglichkeiten zu dem, was sich im Offenen der Welt zeigt, leiblich vollzogen, d.h. geleibt werden. Die anatomisch feststellbaren Eigenschaften der kollabierten Haltung werden interpretiert im Hinblick auf den Weltbezug, der sich in ihnen bekundet.

### 3. Charakteristika der kollabierten Haltung als Ganzer

Die Haltung der oralen Persönlichkeit als Ganze teilt – oft schon beim ersten Anblick – die Zusammengesacktheit, das Durchhängen des in ihr Befindlichen mit, dessen oft hilfeschender Blick darum bittet, unterstützt und gehalten zu werden. Ein Mensch, der so dasteht oder sitzt, wirkt müde und schwach. Man

sieht ihm an, daß er gehalten, gestützt und behütet werden müßte. Nicht allein der Blick, sein ganzes Sichhalten spricht die Mitmenschen an als ein Aufruf zu dem, was Heidegger die einspringende Fürsorge genannt hat. Er erweckt daher leicht mitleidige und zärtliche Zuwendung.

Der Grundtonus, d.h. die Gespanntheit des Leibes, das leibliche Zusammengehaltenensein durch das Eingespanntsein in den Weltbezug, ist gering. Die Muskulatur wirkt insgesamt ausgezehrt, dünn und zäh, in einigen Bereichen auch schlaff. Sie ist im Vergleich zum Körperbau unterentwickelt (Keleman 1992, 104 und Lowen, 1985, 213).

Ein so sich haltender Mensch ist sichtlich kraftlos. Er hat Mühe sich ganz aufrecht zu halten und in voller Größe dazustehen. Die ihn nach unten ziehende Schwere ist in seinem ganzen leiblichen Verhalten anwesend. Er kann gegen diese Schwere nichts mehr aufbieten und wirkt in seiner Zusammengesunkenheit resigniert. Es ist keine bestimmte Last erkennbar, unter der er zusammensackt. Man sieht ihm an, daß ihm irgendwie alles zu viel ist. Sein ganzes Dasein, das Gewicht der Welt, das er auszuhalten hat, ist zu schwer für ihn geworden und seine Leiblichkeit sackt darunter zusammen.

Die bedürftige Leiblichkeit erweckt den Eindruck von mangelnder Ernährtheit. Es fehlt ihr, was als Gefühl der Wohlgenährtheit den Leib belebt: innere Fülle, das Erfülltsein von dem, was stärkt und wärmt. Stattdessen sieht sie ausgehöhlt und leer aus und fühlt sich im Bauchbereich auch so an.

Es fällt jemand, der sich so hält, offensichtlich schwer im weitesten Sinn des Wortes aggressiv zu sein. Der Gesamteindruck von der Haltung erweckt nicht die Erwartung der Betreffende würde initiativ werden, auf etwas oder jemanden zugehen, Aufgaben anpacken.

### 4. Die Leibbereiche im Einzelnen

Das Gewicht des Leibes ruht auf den Fersen, statt verteilt durch das Fußgewölbe vom ganzen Fuß getragen zu werden. "Die Füße sind schwach und die Betreffenden haben nicht selten Senkfüße" (Lowen 1985, 212).

Beim Senk- oder Plattfuß knickt v.a. die Längswölbung des Innenfußes ein, was natürlich auch die beiden anderen das Fußgewölbe als ganzes aufbauenden Spannungsbögen, die laterale und die Querswölbung, in Mitleidenschaft zieht. Das Fußgewölbe, der unterste und im wahrsten Sinn des Wortes fundamentale Spannungsbogen des Leibes, durch den wir auf dem tragenden Grund fußen, ist zusammengebrochen. Das Bindegewebe, das die Wölbung des Fußes wie die Sehne eines Bogens spannt, ist zu schlaff um eine Spannung zum Boden aufzubauen. Dadurch geht vom Fuß des Fußes auf dem Boden nichts Erhebendes

mehr aus. Das Stehen wird zum nach unten hin auf dem Boden Lasten. Die Ge-  
knicktheit in der ganzen Haltung eines Depressiven kann bereits hier ihren un-  
scheinbaren Ausgang nehmen.

Es ist eine wunderbare und denkwürdige Sache, wie bedeutsam das Nichts  
zwischen Boden und Fuß, der vom Fußgewölbe aufspannte Zwischenraum, für  
die Selbstständigkeit, das Selbstsein des Menschen ist. Das Fußes des Menschen  
ist durch dieses Nichts kein plattes flächiges Lasten, sondern ein sehr subtiles fe-  
derndes Beziehungsgeschehen, ein sich Aus- und Aufspannen, Hochwölben, das  
den ganzen Menschen leibhaftig und das heißt immer auch in seiner Stimmung  
hebt. Gerade das Ausspannen des Raums, das Einräumen eines Offenen zwischen  
Boden und Fuß richtet auf.

Das Sichwölben des Fußgewölbes bedeutet einerseits ein Sichabheben des  
Menschen vom Boden, ein Einander-gegenüber-sein von Mensch und tragendem  
Grund, zwischen denen sich ein Spielraum auftut. Damit ist aber keine Trennung  
der beiden verbunden, vielmehr erlaubt erst die Wölbung des Spannungsbogens,  
daß sich der Stehende durch die Wurzelbereiche der Zehenballen und Fersen er-  
det. Er reicht in die Tiefe dessen, was ihn trägt hinab und wird eins mit ihm. Wo  
das Offene des Fußgewölbes verlorengelht, wird das Fußes auf dem tragenden  
Grund platt, oberflächlich. Das Gehen verliert seine federne, zu weitem Aus-  
schreiten ermunternde Qualität, mit schwerfällig am Boden haftenden Füßen  
wird der Gang schlurfend bzw. schleppend oder gleicht einem Rutschen. Die  
Haltung der Füße ist kein isoliertes Phänomen, sondern wirkt sich auf die Ge-  
samthaltung aus. Mit der eingeknickten Wölbung des Innenfußes bekommt der  
gesamte Stand der Beine eine Tendenz nach innen und unten einzusinken, was  
wiederum Konsequenzen für die Haltung des Beckens, Rumpfes und Kopfes hat.

Wie sehr die Problematik des ganzen depressiv gestimmten Menschen in sei-  
nem plattfüßigen Stand und Gang anwesend sein kann, zeigt ein Beispiel aus  
der tanztherapeutischen Arbeit mit einem Depressiven. "In einer Gruppe berich-  
tet ein Klient, daß er auf seinen Gang aufmerksam wird. Immer wieder knicke er  
nach innen mit den Knien, er habe ja auch einen «Plattfuß». Er habe jetzt auch  
gemerkt, daß er ganz oft innerlich zusammenfalle und die Bewegung, daß die  
Knie nach innen rutschen, drücke genau dieses Erleben aus. Er spüre dann gar  
keine Kraft mehr. Aufgrund verschiedener Faktoren entscheide ich mich, mit  
ihm ügend zu arbeiten. Zunächst bitte ich ihn, doch einmal genau zu verfolgen  
und zu beschreiben, was mit ihm, dem ganzen Menschen und seiner Haltung ge-  
schieht, wenn er zusammenfällt. Er braucht etwas Zeit, denn er muß immer wie-  
der bewußt das Zusammenfallen herstellen. Er findet zu seinem Erstaunen her-  
aus, daß es nicht nur die Knie sind, die sich verändern, sondern ebensowohl die  
Füße, das Becken, die Schultern, der Hals, und die Kopfstellung. Selbst die Ar-  
me hängen anders. «Jetzt begreife ich, warum ich mich dann immer so wie ein

«Nichts» fühle!» Ich schlage ihm vor, einmal die rechte und linke Seite mit sei-  
nen Händen abzufahren und dabei die Hände ruhig kräftigen Druck ausüben zu  
lassen. Dann übt er, die Außenkanten der Beine zu aktivieren und die Außenkan-  
ten mit Kraft nach außen zu drängen. Mit zwei Partnern, die genau links und  
rechts von ihm stehen, und die ihm von den Seiten Grenzen geben, beginnt er,  
mit den Außenkanten der Beine, die Beine seiner Partner wegzudrängen. Er  
keucht, ringt nach Atem, findet es anstrengend. Er übt zu gehen und die ganze  
linke und rechte Körperaussenseite einschließlich der Arme zu aktivieren. Es  
kostet ihn viel Kraft, sich auf die Außenseiten zu konzentrieren, immer wieder  
spürt er in sich die Tendenz, sich zusammenfallen zu lassen.

Nach einigen Zwischenschritten schlage ich vor, seinen normalen Gang auf-  
zunehmen und dabei die Außenseiten immer im Bewußtsein zu halten und mit  
zu aktivieren. Er strahlt: «Das fühlt sich aber gut an, so viel selbstverständlicher,  
auch selbstbewußter.»" (Willke 1991, 405-406)

Die von der Therapeutin vorgeschlagene Übung verbindet sehr klug mehrere  
Veränderungen des Leibens des Klienten und führt damit eine Aufhellung seiner  
Stimmung und ein neues Selbstgefühl herbei. Sie spricht den nach innen zu  
Kollabierten auf die Außenseiten des Leibes hin an und ruft ihn damit auf, die  
Breite seiner Leiblichkeit neu zu entwerfen, sich breit zu machen, d.h. mehr  
Weite für das eigene Erscheinen in Anspruch zu nehmen. Dies ist verbunden mit  
einem Aggressivität erweckenden Verhalten. Er muß Kraft aufbringen seine  
Partner wegzudrängen. An die Stelle von Resignation tritt der Versuch sich ge-  
gen die beengenden Partner durchzusetzen, eigene Weite zu erobern. Der Tonus  
und die Atmung werden verstärkt und die Spannungsbögen vom Fußgewölbe  
angefangen stimuliert. Das ist noch nicht die Lösung seines Konflikts, aber die  
Erfahrung der damit verbundenen Umstimmung gibt dem Klienten doch zu den-  
ken. Er beginnt zu erkennen, daß er auch zu einem anderen als dem gewohnten  
Weltverhalten fähig ist.

Nicht nur die Füße, auch die Beine sind hinsichtlich ihrer Tragekraft schwach  
und schnell ermüdend. Oft findet man bei oraler Charakterstruktur Beine, die  
wie hautige Stecken wirken, Spatzenbeine (nach Frank/Frank 1975, 81). Diese  
Schwäche des Standes wird durch das Durchdrücken der Knie kompensiert. Das  
durchgedrückte Knie verliert zwar seine Gelenkigkeit, gibt dafür dem Stand aber  
eine wenn auch steife Festigkeit. Die Unsicherheit in den Beinen wird nicht  
mehr gespürt. Durch das Stehen mit durchgedrückten Knien können unter-  
schiedliche Weltbezüge geleibt und den Gegenübertretenden zu verstehen gege-  
ben werden. Es kann ein eigensinniges Durchhaltenwollen besagen: "Ich will  
standhalten! Ich will nicht nachgeben!" – eine trotzigte Behauptung des eigenen,  
im Grunde schon gebrochenen Standes: "Ich will mich nicht zum Schweigen  
bringen lassen!" Es kann aber auch ein unbeholfenes Festhalten der überlasteten

Selbständigkeit bedeuten, das eher bittenden Charakter hat: "Mehr kann ich nicht tun! Hilf mir!" (Siehe Kurtz/Presterer 1979, 73) Das trotzige Sichbehauptenwollen als Weise des Stands mit durchgedrückten Knien eignet besonders dem kompensiert oralen Typus, der aus Abwehr des drohenden Versinkens in die orale Bedürftigkeit die Pose der Überselbstständigkeit entwickelt und seine kollabierte Leiblichkeit mit rigiden Haltungsweisen kaschiert (vgl. dazu Kurtz 1986, 275).

Die Schwäche in den Füßen und Beinen bedeutet auf jeden Fall einen unsicheren Stand, dessen Unsicherheit höchstens durch die illusionäre Festigkeit der Fehlhaltung kaschiert wird, und geht deshalb einher mit Fallängsten, die ebenso wie Träume vom Fallen bei oralen Charakteren häufig vorkommen (so Lowen 1985, 212).

Das Gesäß und das meist schmale Becken befinden sich in einer nach vorne gedrückten Lage. Sie können deshalb beim Gehen nicht frei vor und zurückbewegt werden, was beim unbeeinträchtigten Gehen dem Gang einen Schwung aus der Leibesmitte verleiht. Stattdessen werden sie wie ein starrer Block umhergetragen. Das Gesäß ist eher flach. Seine Haltung erinnert an die eines Hundes mit eingezogenem Schwanz und erzählt auf diese Weise von einem eingeschüchterten, furchtsamen Weltbezug.

Der Unterbauch tritt abwärts gerichtet nach vorne. Er ist "ohne Spannung und fühlt sich beim Betasten leer an." (Lowen <sup>b</sup>1987, 211) Die Peristaltik des Darms erlahmt bei diesem Typus schon aus Gründen der Haltung. "Die untere Beckenwelt wird zu einem Teich oder Sumpf" (Keleman 1992, 160). "Bei tieferem Betasten" allerdings, so Lowen (1985, 213), "spürt man die Verkrampfung des geraden Bauchmuskels".

Das Gefühl von innerer Leere und Kraftlosigkeit ist mit dem fehlenden Gefühl von Fülle im Bauch verbunden. "Wenn dort die Empfindung fehlt, ist es als hätte man keinen «Mumm», wenn es darauf ankommt auf eigenen Füßen zu stehen und im Leben eine Position zu beziehen. Der leere Bauch, die tiefe Angst, «ohne Saft und Kraft» zu sein oder in einer Krise nicht bestehen zu können, ist ein klaffendes Loch in der Persönlichkeit." (Lowen <sup>a</sup>1987, 45). Er beruft sich in diesem Zusammenhang auf Dürckheim, der den japanischen Begriff des Hara in die westliche Leibphilosophie und -psychologie einbrachte. Im Unterbauch (Hara) zentriert und von ihm als einer Mitte her anwesend sein können, wird in Dürckheims einschlägiger Monographie aufgewiesen als Erfahren des von Grund auf Einsseins mit sich und der Welt. Wer vom Hara aus leibt und lebt, dessen Gebärdenpiel und Verhalten wird ruhig, kraftvoll und ungezwungen. Der orale Haltungstypus hat die Fühlung zu dieser Ausgeglichenheit und Vertrauen gewährenden Erdmitte des Menschen verloren.

Beim kollabierten Typus ist es nicht die oft anzutreffende, verkrampfte Zusammengedogenheit des Bauchraumes, die das Sichzentrieren in diesem Bereich

verhindert, sondern der mangelnde Tonus, der dort – abgesehen vielleicht von tiefer liegenden Verspannungen – herrscht, weil auch Bauchraum und Becken dem Diktat der nach unten ziehenden Schwere nachgeben. Anstelle von gesammelter Präsenz wird ein Durchhängen und diffuses, zerstreutes Hervorquellen gespürt.

Wie bei allen Fehlhaltungen wird auch bei der kollabierten Haltung die Stützfunktion, die bei korrekter Haltung das Knochengerüst ausübt, auf diverse Organe und Muskeln verlagert. Der Rücken biegt sich unter der Last, die eigentlich von Füßen und Beinen getragen werden sollte, nach hinten. Bei ausgeprägten Hohlkreuz schlägt sich die Rückenbelastung so auf den unteren Rücken, daß Kreuzschmerzen auftreten. Durch seine, nun vor allem die Vertikale stützende Funktion, steht der Rücken nicht mehr zur Verfügung, um den Handlungen der Person ein nach vorne hin die Zuwendung zum Begegnenden stützendes und bekräftigendes Rückgrat zu verleihen (dazu Lowen 1985, 215-216, und 217). Oft sitzt die chronische Müdigkeit, über die Menschen mit kollabierter Haltung klagen, besonders im Rücken (ebd.).

Entsprechend der Räumlichkeit des depressiven Daseins für die, wie Tellenbach herausgearbeitet hat, ein Verlust der Tiefendimension charakteristisch ist, nehmen schwer Depressive mitunter auch sich selbst als flächig wahr. Eine seiner Patientinnen berichtet: "Ich habe mich damals auch selber abgetastet, habe z.B. festgestellt, daß die Arme doch eine Rundung haben, die ich nicht gesehen habe. Ich habe mich wohl damals selbst auch als Fläche gesehen bzw. erlebt." (Tellenbach 1987, 15) Der Verlust von Tiefenwahrnehmung betrifft nicht allein den Gesichtssinn, sondern v.a. auch die sog. Propriozeption, die Selbstwahrnehmung durch das Leibgespür, das nicht umsonst in der Literatur auch als Tiefensinn bezeichnet wird. Einen Rücken haben, d.h. im Rücken und vom Rücken her sein können setzt voraus das Einräumenkönnen der Voluminosität des Leibes, die Fähigkeit sich in seiner leiblichen Tiefenausdehnung zu durchspüren. Diese Weise der Räumlichkeit verkümmert beim Depressiven. Eine weitere Patientin von Tellenbach bringt dies treffend so zu Wort: "In mir ist auch alles anders", sagt sie. "Ich bin wie ein Haus, von dem die Fassade noch steht, die Rückwand aber ist eingefallen." (Tellenbach 1987, 14)

Die deutlichsten Verkrampfungen der oralen Haltung sind im Schulter- und Brustgürtel, Hals und Nacken zu finden. Die Schultern werden meist nach vorne gerundet, von der übergroßen Last des Daseins, die auf ihnen ruht, zum Einsinken gebracht. Das Aus- und Zugreifen, Schlagen und Beseitigen von Hindernissen, das Sichausstrecken und Nehmen von etwas, das Umarmen von jemand und all die anderen Verhaltensweisen, die vom Schulter-Arm-Handbereich geleibt werden, sind durch diese nach unten gezogene, resignierte Haltung behindert.

Dazu kommt noch, daß die Arme selbst auch meist schwach entwickelt, dünn sind. Die Schwäche in den Armen und Händen zeigt sich auch im Heben und Halten. Alles Gehobene und Gehaltene ist schwerer als früher. "Die Hände sind nicht mehr so stramm wie früher," sagt wiederum eine Patientin Tellenbachs, "das Geld und alle Gegenstände wiegen in meinen Händen schwerer. Ich konnte mein Kind nicht mehr aus dem Bett herausheben, es war mir zu schwer." (Tellenbach 1987, 14).

Durch die Entfremdung von den mit Armen und Händen geleibten Daseinsvollzügen, dem Ergreifen, Heben und Tragen, die diese Leibbereiche in Untätigkeit verkümmern läßt, werden Arme und Beine im Extremfall vergegenständlicht zu etwas Fremden, nicht zu einem selbst Gehörigen. "Einzig meine Hände waren sonderbar leicht (als ob meine Knochen Hohlräume hätten) und wie nicht zugehörig. Vor lauter Kraftlosigkeit waren sie leicht und leer. Sie waren wie Blätter." (ebd., 29)

Als Ausgleich zu den hängenden Schultern, den durchgedrückten Knien und dem Hohlkreuz ist der Kopf nach vorne gezogen. Für Kurtz und Prestera zeigt diese Haltung "ein Verlangen danach gefüttert zu werden" (ebd., 163). Bewegungen nach vorne werden, so Lowen durch den vorgestreckten Kopf eingeleitet, sie kommen nicht aus dem Becken-Beinbereich, wie das bei aufrechter Haltung der Fall ist (vgl. Lowen 1985, 215).

Da die Beine und der Unterbauch-Becken-Bereich das Verhalten nicht mehr tragen können, übernimmt der Kopf auf eine verspannte, krampfartige Weise die Führung, wobei eine Abspaltung vom restlichen Leib und seinem Befinden wahrscheinlich ist. Eine kompensatorische Kontraktion der Nackenmuskeln verhindert, daß er haltlos herumrollt, oder auf die Brust sinkt. Die bei Menschen oralen Charakters häufig auftretenden Kopfschmerzen lassen sich vermutlich zum Großteil durch die aus ihrer Fehlhaltung resultierenden Verspannungen und Druckempfindungen in Nacken, Hals und Kopf erklären (siehe Lowen 1985, 212). Ein klarer und heller Kopf ist unter solchen Umständen kaum möglich. Dumpfe Bedrücktheit herrscht vor. Dem entspricht, daß die Wahrnehmungen der im Kopfbereich zu findenden Sinne geschwächt sind. "Sehen, Hören und Schmecken sind matt und schleierig", bemerkt Tellenbach (1987, 36). Die Farben verlieren ihre Leuchtkraft und werden immer grauer (ebd., 28), die Töne sind oft leiser wie von weither (ebd., 36). Auf diese Weise leibt der Depressive sein der Welt entfremdetes Dasein im Feld der Sinneswahrnehmung.

Oft ist die Kehle durch Verspannungen zusammengeschnürt (der berühmte Knödel im Hals). Die Stimme ist monoton dahinfließend, dünn und leise. Sie hat keinen tiefen Resonanzraum in Brust und Rumpf, ist unfähig den Raum zu erfüllen und klingt oft traurig.

Die Brust ist eingefallen. "Der eingefallene Brustkorb hängt", für Kurtz/Prestera (1979,107) "am engsten mit einem grundlegenden Mangel an emotionaler Vitalität zusammen. Diese Leute wirken gewöhnlich so, als hätten sie einen Schlag in die Mitte der Brust bekommen. Sie sind zutiefst verletzt worden. Ihr Herz ist versunken und zugesperrt. Das allgemeine Gefühl, das sie ausstrahlen, ist Müdigkeit, Gekränktheit und das Bedürfnis nach Unterstützung". Eine Patientin sagt: "Es drückt dauernd auf der Brust, da sitzt der Kummer, es ist so schwer, es brennt und drückt, als ob die Brust gleichzeitig voll und leer sei." (Tellenbach 1987, 16)

Nach Keleman (1992, 160) läßt das bei der kollabierten Haltung auftretende Nachinnenfallen der Schlüsselbeine die Empfindung des Ertrinkens entstehen. Die Furcht vor dem Ertrinken paßt gut in die Situation des Oralen, der sich treiben läßt, keinen Boden mehr unter den Füßen hat, in diesem Sinn schwimmt und dabei einen Sog nach unten in die Tiefe erfährt, der ihm die Möglichkeit zu atmen raubt.

## 5. Das depressive Bewegungsverhalten

Wie jemand steht, so geht er. Der als Haltung bereits zu Tage getretene Weltbezug wird im Bewegungsverhalten in den von der Haltung in gewissem Sinn bereits vorentworfenen Raum hinein entfaltet. Ist der Stand so etwas wie der Grundakkord, der Klang der Grundstimmung, so wird dieser Grundakkord beim sich bewegenden Menschen in Melodien und Rhythmen auseinandergelegt, die zwar in ihm schon schlummerten, aber keinesfalls einfach aus ihm abgeleitet werden können.

Einiges zur Bewegung ist schon im vorigen Abschnitt zur Sprache gekommen. Das mußte so sein, denn die Unterteilung in Haltung, Bewegung und Atmung ist eine künstliche Isolierung von Phänomenen, die untrennbar zusammengehören. Ihre relativ separate Behandlung geschieht nur um der Klarheit der Darstellung willen. Die folgenden Anmerkungen orientieren sich an Willke (1991, 399-401).

Der Bewegungsraum, den der Depressive für sich beansprucht, ist gering. Das Gebärdenspiel in der Kinesphäre, d.h. dem Naheraum, den jemand an Ort und Stelle mit Arm-, Bein-, Rumpf- und Kopfbewegungen durchmessen kann, ist verarmt. Es herrschen in ihm zurückgenommene Gebärden, die nahe am Leib verbleiben, "das Abdankende, Vergebliche der schmalen Gesten" (Tellenbach, 1987, 39). Von der Hemmung des Ausgreifens und Ausschreitens war bereits die Rede. Gebärden, die Anspannung und persönlichen Einsatz verlangen, werden vermieden zugunsten von ontogenetisch sehr frühen, schon dem Säugling ver-

trauten Formen von Bewegung, wie das ohne Mühe zu bewerkstellende bloße Beugen und Strecken der Gelenke hin zum Leib und vom Leib weg (so Willke 1991, 400).

Die Wege, mit denen der Raum durchschritten wird, sind einfach. Die Richtungen vorwärts, rückwärts und seitwärts werden gelebt, zweidimensionale oder gar dreidimensionale Bewegungsformen, die mehrere Richtungen zugleich durchmessen sind selten, weil dazu der Entwurf eines in vielen Dimensionen offenen Raumes nötig wäre, was wiederum eine Differenziertheit der Ansprechbarkeit und Zuwendungsfähigkeit voraussetzte, die dem Depressiven mangelt. Besonders Bewegungen in die Höhe, wie das sich nach oben Strecken und Aufrichten, fallen durch die Dominanz der lastenden Schwere aus. Aber auch das Sichbreitmachen und Ausgreifen zur Seite hin ist behindert.

Das rhythmische Verhalten ist nach Willke (1991, 399) besonders gestört. "Auffallend ist der meist einfache rhythmische Ablauf von Bewegungssequenzen. Zweiphasische Bewegungsabläufe wie z.B. kurze Anstrengung – fallen lassen – lange Pause herrschen vor." (ebd.) Rhythmus bedeutet eine Gliederung der gelebten Zeit, die das Gewesene aufnimmt und ihm eine neue Zukunft gibt, anstatt die Zeit leer verstreichen zu lassen oder steril das Gleiche zu wiederholen, wozu der kollabierte Typus in seiner Hoffnungslosigkeit neigt. Wir finden einen ausgeprägten Hang zur Stereotypie. Da die Daseinsbewegung nicht wirklich in eine offene Zukunft hinein fortschreitet, kann der Depressive auch mit nichts fertig werden und es zurücklassen. So kehren seine Bewegungen in sich selbst zurück z.B. in einem dauernden Händereiben etc. "Was sich uns dergestalt ... zeigt, dieses Nicht-mehr-Ausgreifen-Nach, Nicht-mehr-Schreiten-hin-Zu, Nicht-mehr-Blicken-Auf, Nicht-mehr-Sprechen-An, ist ein Nicht-von-der-Stelle-Kommen." (Tellenbach 1987, 39).

Da aber jede Gebärde in irgendeiner und sei es noch so bescheidenen Weise im Horizont offener Zukunft steht und von sich aus das Offene einräumt, an das der Depressive nicht mehr glauben kann, "hinterläßt das kärgliche Sich-Bewegen der Melancholischen oft den Eindruck des Ungläubigen, als sei es gleichsam gegen besseres Wissen vollzogen, als sei ein als Unmöglich-Erlebtes überraschend möglich geworden." (ebd., 40)

Im nächsten Abschnitt wird gezeigt werden, daß die hier beschriebene eingeschränkte Rhythmik des Depressiven mit ihrer monoton auf der Stelle tretenden kurz angebundenen Wiederkehr des Gleichen auch sein Atmen bestimmt. Eine entsprechende Verlaufsform beherrscht auch den Sprech- bzw. Kommunikationsstil des Depressiven (dazu Hell 1992, 65-110). Es dürfte sich um eine alle Dimensionen seines Lebens prägende Weise des Sichzeitigens handeln. Nicht umsonst sieht auch Tellenbach Rhythmusstörungen als besonders bedeutendes Merkmal der Depressivität. "Unter den Phänomenen, in welchen sich das Endo-

gene in der Melancholie anzeigt ist die Abwandlung des Rhythmischen ganz vorrangig" (ebd., 76).

## 6. Die Atmung

Der Zusammenhang zwischen Gefühlsleben und Atemverhalten ist schon lange bekannt, dennoch in seiner anthropologischen Bedeutung noch ganz unzureichend erforscht. Sehr schön kommt die Entsprechung von Atmung und Stimmung in den sogenannten Pneumogrammen zum Vorschein, Diagrammen, die jeweils den Rhythmus und die Tiefe von Brust-, Zwerchfell und Bauchatmung graphisch darstellen (siehe Christian, 1970).

Bei Versuchspersonen, denen unterschiedliche Musik vorgespielt wurde, zeigten die Pneumogramme signifikante Veränderungen des Atemmusters. Beim Hören von Musik wechselt mit der Stimmung von Musik und Hörer unmittelbar die Atmung. Dabei kann das Pneumogramm, das die Atmung beim Hören eines elegischen Domkosakenchores wiedergibt, einen ersten Hinweis auf die depressiv gestimmte Atmung geben. Die Atmung verflacht dabei und wird zugleich schlaff und monoton, wie man das in extremerer Weise auch beim oralen Typus beobachten kann.

Den Zusammenhang von Atmung und Depressivität bringt Lowen auf den lapidaren Satz: "Die Beziehung von Depression und herabgesetzter Atmung ist so direkt und unmittelbar, daß jede Technik, die die Atmung aktiviert, den Klammergriff der depressiven Stimmung lockert." (b1987, 91) Leider stehen genauere Untersuchungen zur Atmung von Depressiven noch aus. In der körpertherapeutischen Literatur ist durchgängig von einer flachen und reduzierten Atmung die Rede, ohne daß die Atemkurven detailliert untersucht worden wären.

Für die Atmung des oralen Typus ist wie für jede Form von Atmung der Zusammenhang von Atmung und Haltung konstitutiv. Daher zunächst dazu einige Worte.

Wie jemand sich hält, so atmet er. Die Haltung ist für den Vollzug der Atmung wesentlich. Im Liegen z.B. überwiegen die Flanken- und Bauchbewegung. Beim Stehen und aufrechten Sitzen gewinnt die Thoraxbewegung an Bedeutung. "Beim Neugeborenen und Säugling besteht noch vorwiegend Bauch und Flankenatmung. Die geregelte Vollaratmung fällt ... entwicklungsgeschichtlich mit der Einnahme der aufrechten Haltung und dem Laufenlernen zusammen." (Christian 1970, 134)

Das Aufrechterhaltenkönnen des Rumpfes ist also für die volle Entfaltung des Atmens grundlegend. Nur bei korrekter aufrechter Haltung werden die für die Brustatmung nötigen Muskeln gedehnt und erhalten eine auf das tiefe Atmen

einstimmende Vorspannung. Die korrekte Streckung der Wirbelsäule macht die vor der Wirbelsäule liegenden Atemmuskeln frei für die Atmung, während sie ansonsten zur Haltung und Bewegung der Wirbelsäule gebraucht werden. Aufrichtung animiert so zu vertiefter Atmung. Beides zusammen stimmt ein auf Wachheit, Entschlossenheit, Handelnkönnen.

Dabei ist nicht nur der Rumpf beteiligt, wie man an der Veränderung der Atmung durch kleine Fußbewegungen im Liegen sehen kann. Die Versuchsperson braucht nur die Beine übereinanderzuschlagen oder den Vorderfuß etwas zu bewegen und schon wird die Atmung deutlich kräftiger. Mit erhöhtem Sauerstoffbedarf läßt sich das nicht erklären, da dieser bei solch minimalen Bewegungen viel zu gering ist, um ein in diesem Ausmaß verändertes Atemverhalten hervorzurufen. Vielmehr liegen nach medizinischem Befund in der Nähe der peripheren Gelenke Mechanorezeptoren der Atmung, durch deren Vermittlung die Bewegung von Armen, Beinen, Händen und Füßen zum tieferen Atmen anregt.

Was bedeutet diese Beobachtung phänomenologisch? Sie kann uns auf Erfahrungen hinweisen, die uns zeigen, daß der Mensch mit seinem ganzen Leib atmet. Wir spüren ja nicht die Mechanorezeptoren, sondern das Belebende der Bewegungen, die unsere ganze Leiblichkeit umstimmen auf ein tätiges Weltverhalten. Das vertiefte Atmen hebt genau dort an, von wo aus die Umstimmung und Neuspannung des Leibes beginnt, also bei den uns aus der dämmrigen Entspannung zurückholenden Bewegungen von Fuß und Hand. Nicht, daß die Bewegungen an der Peripherie unsere tiefere Atmung im Rumpf verursachen würden. Die Atmung ist, wenn wir bei unserer Leiberfahrung bleiben, gar nicht auf den Rumpf oder gar die Lungen beschränkt. Die Atemwelle durchzieht uns von dort, wo die Bewegung aufkommt. Verstärkte Atmung und in der Bewegung sich regender Weltbezug sind ein Geschehen. Dadurch, daß die Atemwelle uns von dort durchleibt, wo wir uns zu regen beginnen, ist aber noch nichts über ihren Ursprung gesagt. Dieser ist gar nicht innerleiblich auszumachen. Die Atemwelle kommt aus unserer Welt und schwingt dorthin zurück. Es ist ein Irrtum zu glauben, die Lungen atmeten. Wir atmen den offenen Atemraum der Welt im ganzen Leib. Die atempendende Offenheit der Welt und ihres Grundes zu uns hin, soweit wir imstande sind, uns davon durchleiben zu lassen, ist der Ursprung des Atmens, ist, was uns atmet.

Das reduzierte Weltverhalten des oralen Typus, geleibt als die mangelnde Belebtheit und Bewegtheit seiner Arme und Beine tragen deshalb zur Einschränkung seiner Atmung bei.

Die eingesunkene Haltung erschwert insbesondere das Weitwerden und Heben der Brust bei der Einatmung, sodaß der Herzbereich leer ausgeht. Er vermag sich nicht erfüllen zu lassen mit belebendem Atem. Tieferes Einatmen kann nur

mehr als mühevoll Anstrengung gegen die einschnürende Enge des Herzraums erfahren werden. Versuchte Weitung wird so zur verstärkten Bedrückung.

Neben der Herabsetzung der Atmung im allgemeinen vermute ich bei Depressiven oftmaliges Vorkommen einer Atemweise die Christian Kunstatmung nennt. Es handelt sich um einen flachen, sehr monotonen Rhythmus, bei dem sich der Thorax kaum bewegt. Christian bringt dieses Atmen mit Gehemtheit, Verslossenheit und Unauffälligkeit zusammen. Es handelt sich hier sozusagen um ein überangepaßtes, Emotionen abwehrendes Atmen, das sich gut in den Gesamtzusammenhang oralen Weltverhältnisses und Leibens fügt (vgl. Christian 1970, 140).

Im Zusammenhang mit der Vermeidung tieferen Atmens ist auch die Redseligkeit des oralen Typus zu sehen. Zum einen ist er bemüht den Redefluß aufrecht zu halten um die Gefahr des Alleingelassenwerdens zu bannen oder das bereits latent anwesende Gefühl des Verlassenseins zu entkräften. Dabei entsteht kein echtes Miteinandersein, sondern eine im Gerede vereinte Pseudogemeinschaft, die es ihm erlaubt sich zu versagen, sich herum und heraus zu reden, ohne sein Isoliertsein wahrzunehmen. Die Abkehr von der eigenen Befindlichkeit wird dabei durch das bei ununterbrochenem Reden verflachende Atmen unterstützt (vgl. Dietrich 1990, 223-224).

Die reduzierte Atmung des Depressiven wehrt schmerzliche Gefühle ab. Sie unterbindet aber auch die Erfahrung der Weitung des Leibraumes durch wohliges Erfülltwerden mit etwas belebend Gutem. Dadurch, daß er sich dem Bewegtwerden durch die Atmung verschließt, schließt er sich von der rhythmisch kreisenden Vereinigung mit dem, was ist, aus. Er läßt die Weite der Welt nicht herein und gibt sich nicht ausatmend in sie. Der Atem, der in den Leibraum eingeht, ihm Leben einhaucht, weitet und erfüllt uns. Durch die Erfahrung des Erfülltwerdens empfangen wir allererst ein Hier, der Atem begabt uns mit einem Ort, weist uns ein Hier zu, von dem aus wir uns in die Offenheit unserer Welt ein- und auf den tragenden Grund niederlassen, also ausatmen können. Das Hier entsteht immer von neu im Atemkreis, der uns ins Dasein bringt.

Dagegen erzählt eine Depressive bei Tellenbach (1987, 21) sie hätte geatmet als würde die Luft bei einem Nasenloch herein und beim anderen wieder hinausgehen ohne an dem Luftaustausch, wie sie sagt, teilgenommen zu haben. Damit aber, daß der Atemkreis nicht ihren ganzen Leib durchzieht, wird sie ortlos, verliert sie ihre Situierung in der Welt ebenso, wie ihre Verbundenheit mit dem, was ist.

Die Bioenergetik sieht einen engen Konnex zwischen den Atemproblemen der oralen Charakterstruktur und der Hemmung des Saugenkönnens: "Bei flacher Atmung fehlen die saugenden Bewegungen und die Entlüftung der Lungen läuft als mechanischer Prozeß ab; ... Die meisten Menschen atmen mechanisch,



das bedeutet, daß sie nicht dazu in der Lage sind, den Saugreflex mit der mechanischen Atembewegung in Einklang zu bringen. Der Saugreflex beinhaltet die innere pulsierende Bewegung, die das Atmen zur freudigen Erfahrung macht." (Lewis/Lowen, 231). Nach Lowens Erfahrung mit Patienten schlägt sich jede Störung des normalen Saugverhaltens im Säuglingsalter später in einer Störung des Atmens nieder. Da beim oralen Charakter Versagungen während der Stillperiode eine wichtige Rolle spielen, könnten frühe Frustrationen beim Saugen ein Grund für das eingeschränkte Atemverhalten sein, weil sie die Fähigkeit zu freudvollem und tief einsaugendem Aufnehmen einschränken (siehe Lowen<sup>b</sup>1987, 58).

Ein abschließendes Beispiel zur Bedeutung der flachen Atmung bei Depressivität aus der gestalttherapeutischen Atemarbeit, zeigt sehr eindrucksvoll, wie das Nichtatmen des Depressiven einen Modus seines Ausweichens vor dem eigentlichen Seinkönnen darstellt. Im folgenden Fall stellt die Erfahrung des vertieften Atmens den Patienten vor die Entscheidung, wieviel Freiheit er sich zuzumuten bereit ist:

"Als ein Klient namens Don klagte, wie schwierig es für ihn sei, in seinem Leben irgend etwas in Bewegung zu bringen, verlagerte ich meine Aufmerksamkeit von seinen Worten und seiner schwerfälligen, monotonen Redeweise auf die regungslose Art, in der er sein momentanes Handeln (das Gespräch mit mir) unterstützte. Es war offenkundig, wie minimal er atmete, insbesondere beim Luftholen. Ich machte ihn darauf aufmerksam und forderte ihn auf, mit größerem Nachdruck einzusatmen. Sobald er das tat, hellte sich seine Miene auf, seine Haut bekam Farbe, und er sagte, er fühle sich lebendiger als zuvor. Kurz danach hörte er jedoch plötzlich auf zu atmen und sank wieder in seinen Sessel zurück. Auf meine Frage, was geschehen sei, antwortete Don: «Ich bekam Angst und wollte aufhören.» ...Als wir weiter experimentierten, wobei er jeweils eine kurze Zeit lang tief atmete, um sich mit Energie aufzuladen, und die Atmung drosselte, sobald seine Angst zu groß wurde, wurde ihm schließlich klar, wovor er sich fürchtete. Energie zu haben bedeutete für Don, daß er keine Ausrede mehr hatte (seine Depression und Immobilität), weshalb er die Dinge in seinem Leben nicht änderte, über die er sich beklagte. Doch sich zu ändern war mit vielen Risiken behaftet, denen er sich noch nicht gewachsen fühlte – seine abhängige Stellung bei seinen Eltern zu verlassen, erwachsen und verantwortungsbewußt zu werden, und so weiter." (Kepner 1988, 192)

Die vertiefte Atmung löst hier, ganz der Ansicht Lowens entsprechend, tatsächlich wenigstens für eine Weile den Klammergriff der Depression und versetzt in eine größere Weite und Spannkraft des Daseins. Damit aber wird der Patient auch sogleich mit dem konfrontiert, was er sich bisher schuldig geblieben ist: das Erwachsenwerden. Die erforderliche Nachreifeung wird freilich durch das

bessere Atmen allein noch nicht erreicht. Die Angst des Patienten weist darauf hin, daß er von der durch die leibliche Öffnung neu auftauchenden Lebensmöglichkeit noch überfordert ist. Er muß erst lernen sie sich zu eigen zu machen, wozu u.a. die Aufarbeitung seiner Widerstände im therapeutischen Gespräch erforderlich ist.

An diesem Beispiel zeigt sich, daß die Umstimmung und Verwandlung des Weltverhältnisses vom Leiben aus allein die Depressivität nicht zu beheben vermag. Dazu muß das, was leibt, die Existenz des Menschen als Ganze bereit sein, die vom Leiben her eröffnete größere Freiheit an Verhaltensmöglichkeiten selbst zu übernehmen. Erst wenn dies der Fall ist, werden auch Haltung, Weise des Atmens und Bewegung ihre Kollabiertheit wirklich überwinden und dauerhaft einen nicht mehr von der Überschwere des Daseins gedrückten Weltbezug austragen können.

## 7. Zusammenfassung

Ich habe versucht die Körpersprache der Depressivität ausgehend von der kollabierten Haltung zu interpretieren, die in der Körpertherapie dem oralen Charakter zugeordnet wird, der als Antwort auf frühkindliche Entbehrungen ausgebildet wird. Diese Haltung zeigt sich als ein leibliches Zusammengesunkensein unter der Last des Daseins, von dem der Appell ausgeht, gestützt, gehalten und genährt zu werden. Unter der Herrschaft der Schwere sind die im Wortsinn selbstständigen leiblichen Beziehungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Zugleich können einige Aspekte der kollabierten Haltung (etwa die durchgedrückten Knie oder der vorgeschobene Kopf) als Versuche verstanden werden die resignative Grundhaltung zu kompensieren.

Die Wesenszüge dieser Haltung wurden dann detailliert durch eine Analyse der einzelnen Bereiche des Leibes dargestellt, wobei sich zeigte, daß es im Grunde stets derselbe Weltbezug ist, der in den verschiedenen Gliedmaßen und Zonen auf unterschiedliche Weise vollzogen wird. Das Bewegungs- und Atemverhalten läßt den Raum- und Zeitbezug des Depressiven deutlicher hervortreten und entspricht im Übrigen seiner auch im Haltungsmuster hervortretenden Gemütsverfassung.

Als Ergebnis kann festgehalten werden, daß eine Reihe der in der Literatur angeführten sog. vegetativ-somatischen und psychomotorischen Symptome, wie etwa die Druck- und Schweregefühle im Kopf, die Beengung in der Brust, die leise Stimme, der schleppende Gang u.a.m. verkannt werden, wenn man sie als Symptome i.S. von äußerlichen körperlichen Anzeichen, durch die sich eine seelische Erkrankung meldet, interpretiert. Sie sind vielmehr auf das Leiben des

depressiven Weltbezugs bezogen, sei es, daß sie als Folgen der kollabierten Grundhaltung und ihr entsprechender leibhaftiger Verhaltensmuster verstehbar sind oder ihnen selbst angehören. Sie sind jedenfalls kein bloß körperliches Anzeichen für etwas unsinnlich Geistig-Psychisches, sondern sind Teil der Depression selbst in ihrer leiblichen Dimension.

## Literatur

- Christian, P.: Die Atembewegung als Verhaltensweise, in: Heyer-Grote, L. (Hrsg.): Atemschulung als Element der Psychotherapie, pp. 131-143; (Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1970)
- Dietrich, R.: Analytische Bioenergetik. Bilder, Strukturen und Geschichten; (Eigenverlag 1990)
- Dürckheim, K.: Hara. Die Erdmitte des Menschen; 5.Aufl. (O.W. Barth, Weilheim 1972)
- Frank, R., Frank, R.: Zur Rolle des Körpers in der bioenergetische Analyse; in: Petzold, H. (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien, pp. 62-90; 4.Aufl. (Junfermann, Paderborn 1985)
- Hell, D.: Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz; (Rowohlt, Hamburg 1992)
- Keleman, S.: Verkörperte Gefühle. Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen; (Kösel, München 1992)
- Kepner, J.I.: Körperprozesse. Ein gestalttherapeutischer Ansatz (Edition Humanistische Psychologie, Köln 1988)
- Kurtz, R.: Körperzentrierte Psychotherapie: die Hakomi Methode; 2.Aufl. (Synthesis, Essen 1986)
- Kurtz, R., Prester, H.: Botschaften des Körpers. Bodyreading: ein illustrierter Leitfaden (Kösel, München 1979)
- Lewis, R., Lowen, A.: Bioenergetische Analyse, in Petzold, H.(Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik, pp. 217-245 (Junfermann, Paderborn 1979)
- Lowen, A.: Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik; 2.Aufl. (Kösel, München 1985)
- Lowen, A.: Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper; erw. Neuauf. (Scherz, Bern 1987), zit. als <sup>a</sup>1987.
- Lowen, A.: Depression. Unsere Zeitkrankheit – Ursachen und Wege der Heilung; 5.Aufl. (Kösel, München 1987), zit. als <sup>b</sup>1987.
- Tellenbach, H.: Psychiatrie als geistige Medizin; (Verlag für Angewandte Wissenschaft, München 1987).

- Willke, E.: Der verlorene Ausdruck – zur Tanztherapie mit neurotischen Klienten, in: Willke, E., Hölter, G., Petzold, H., (Hrsg.), Tanztherapie. Theorie und Praxis. Ein Handbuch; pp. 375-413 (Junfermann, Paderborn 1991)
- Wolfersdorf, M.G.: Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Zum Verstehen und Behandeln von depressiv Kranken: Beobachtungen, Erfahrungen, Empfehlungen; (Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart 1992)

## Curriculum Vitae

geb. **1954** in Landshut (Bayern); seit **1976** in Wien, zunächst Studium der Ethnologie, sowie Ausbildung im Ausdruckstanz und Yoga am Institut Schmida; seit **1978** als Lehrer in Ausdruckstanz und Yoga tätig; ab **1980** Hauptfachstudium Philosophie; seit **1983** Mitglied des Daseinsanalyse-Arbeitskreises Wien; **1986** Beginn des Studiums der katholischen Theologie; **1987** Doktor der Philosophie mit einer Arbeit über Romano Guardini. Assistent am Institut für christliche Philosophie. **1989** erste zweimonatige Studienreise nach Indien, der in den folgenden Jahren weitere folgen. Seit 1990 Mitglied des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Daseinsanalyse; **1992** Yogalehrer-Diplom am Ramamani Iyengar Memorial Yoga Institute in Pune (Indien); **1993** Abschluß des Studiums der katholischen Theologie mit einer Diplomarbeit über die Rezeptionsgeschichte des Yoga in Europa; seit **1995** Vorstandsmitglied des Österreichischen Daseinsanalytischen Instituts für Psychotherapie, Psychosomatik und Grundlagenforschung (ÖDAI)

**MENSCH UND GESELLSCHAFT**  
SCHRIFTENREIHE FÜR SOZIALMEDIZIN, SOZIALPSYCHIATRIE,  
MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND PHILOSOPHISCHE REFLEXIONEN

Herausgegeben von Erwin Riefler

**Band 2**

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

[Jahrbuch für Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie, medizinische  
Anthropologie und philosophische Reflexionen ... / 01]  
Jahrbuch für Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie, medizinische  
Anthropologie und philosophische Reflexionen ... Teil 1,  
Naturwissenschaftliche Beiträge. - Frankfurt am Main ; Berlin ;  
Bern ; New York ; Paris ; Wien : Lang

1999.

(Mensch und Gesellschaft ; Bd. 2)

ISBN 3-631-31130-3



**PETER LANG**

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · New York · Paris · Wien

Erwin Riefler (Hrsg.)

**Jahrbuch, Jahrgang 1**

**Teil I: Naturwissenschaftliche Beiträge**



**PETER LANG**

Europäischer Verlag der Wissenschaften