

Personzentrierte Körperpsychotherapie

Ernst Kern

Zusammenfassung: *Die Wurzeln einer personzentrierten körperpsychotherapeutischen Perspektive liegen in der Phänomenologie und Anthropologie. Das ganzheitliche Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes und die phänomenologische Methode legen die Wahrnehmung und Beachtung des Körpers als Ausgangspunkt und Bezugspunkt unseres Erlebens und den Einbezug des Körpers in die konkrete praktische Arbeit nahe. Modelle aus der Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Emotionspsychologie unterstützen diese Sichtweise und liefern zusätzliche Gesichtspunkte für die Praxis. Die psychotherapeutische Umsetzung körperorientierter Empathie, Akzeptanz und Präsenz wird beschrieben. Ausgehend vom Focusing-Prozess wird die Ausdehnung vom Erlebensraum in die Handlungs- und Ausdrucksdimension dargestellt. Dabei spielt der Bezug auf die Sinnesmodalitäten, auf Emotionen sowie auf zentrale Körperaspekte eine entscheidende Rolle. Ein aus der Säuglingsforschung abgeleitetes Modell der Entwicklungsphasen bietet eine Orientierung für körperpsychotherapeutische Gruppenprozesse und Einzelarbeit. Am Beispiel der Depression wird eine diagnosespezifische Sichtweise aus personzentrierter körperpsychotherapeutischer Sicht vorgestellt.*

1. Einleitung

In der Psychotherapie gibt es eine lange Tradition körperorientierter Ansätze, deren Attraktivität aufgrund ihrer hohen therapeutischen Wirksamkeit bis heute nicht nachgelassen hat. Sozusagen im „Windschatten“ der Etablierung von Richtlinien-therapien gab es hier einen Raum, in dem sich unkonventionelle, originelle, an der Praxis orientierte wirksame Vorgehensweisen entwickeln konnten. Seit ca. 20 Jahren gibt es verstärkte Bemühungen (Röhricht, 2000; Marlock & Weiss, 2006), vor dem Hintergrund psychologischer und psychotherapeutischer Modelle eine Körperpsychotherapie zu definieren. Eine ausführliche Diskussion fand hierzu im tiefenpsychologischen Bereich statt (Moser, 2006; Geißler & Heisterkamp, 2007), in Ansätzen auch in der Verhaltenstherapie (Langlotz-Weis, 2002; Görlitz, 1998; Klinkenberg, 2000). Eine zentrale Entwicklungslinie für Körperpsychotherapie besteht seit der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts in der Humanistischen Psychotherapie (Thielen, 2015; Geuter, 2015). Auch unter Bezug auf leibpädagogische Ansätze (Gindler, 1926) führte das schon in den 70er Jahren zu sehr ausformulierten Konzepten (Stevens, 1975; Selver, 1988). In der Folge wurde im Rahmen der Gestalttherapie die Integrative Leibtherapie (Petzold, 2006) entwickelt. Gibt es nun auch einen eigenen personzentrierten körperpsychotherapeutischen Ansatz?

2. Wurzeln in der Phänomenologie und Anthropologie

Ausgehend von der ganzheitlichen Orientierung der Personzentrierten Therapie war immer schon selbstverständlich, dass der Körper zum ganzen Menschen dazugehört. Nonverbale Aspekte in der Beziehungsgestaltung wurden häufig als bedeutsam angesehen, später erfolgte mit dem Begriff „körpereinbeziehend“ (Teichmann-Wirth, 2002) eine noch stärkere Betonung. Durch das Focusing-Modell (Gendlin, 1998) wurde aber schon deutlich, dass der Körper eine noch grundlegendere Bedeutung für das Erleben des Menschen hat. Rogers (1972) und Gendlin nehmen die persönliche Erfahrung und das subjektive Erleben als Ausgangspunkt ihrer Therapie. Erfahrung und Erleben einer Person bestimmen deren Bezugsrahmen. Der Bezug auf die Phänomenologie als eine zentrale philosophische Wurzel des Personzentrierten Ansatzes zeigt, dass der Ausgangspunkt beim Erleben notwendig zu einer körperbasierten oder zumindest gleichberechtigten körperorientierten Perspektive in der Therapie führt. Merleau-Ponty (1966) sieht in der Wahrnehmung die Grundbedingung allen Erlebens und Verhaltens. Dabei hat der Körper die Position, zwischen dem Ich und der Welt zu vermitteln, wobei Wahrnehmung (über die Sinneskanäle) immer ein körperlich fundierter Akt ist. Der Autor spricht daher von einem grundsätzlich körperlichen „Zur-Welt-Sein“ des Menschen. Zusammen mit der philosophischen Anthropologie (Plessner, 1975) lassen sich zwei Aspekte im Selbst unterscheiden: das erlebende Selbst und das beobachtend-reflektierende Selbst. Beide sind für die personzentrierte Körperpsychotherapie wichtig, letztlich ist es hier ein zentrales Ziel, dass die Person über die Selbstwahrnehmung besseren Kontakt zu ihrem Erleben bekommt. Mit Husserl (1986) und dem sozialen Interaktionismus (Mead, 1988) stellen wir weiterhin fest, dass die Menschen immer schon in einer sozial vermittelten Welt leben. Damit gilt, dass die leibliche Existenz immer schon eine Ko-Existenz mit anderen ist, Husserl nennt das „Zwischenleiblichkeit“. In der modernen neurobiologischen Forschung wurde diese Zwischenleiblichkeit auf neuronaler Ebene in den Spiegelneuronen gefunden (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008). Das moderne Konzept für diese Eingebundenheit des Menschen wird oft „Embodiment“ genannt (Storch et al., 2006). Dabei wird davon ausgegangen, dass das menschliche Erleben untrennbar eingebettet in den Körper ist und dieser wiederum in die Umwelt und Mitwelt. Gendlin (1964, 1996) hat in seinen Überlegungen über den Körper zwei Bestimmungen getroffen: dass der Körper immer *situational* und dass er grundsätzlich *prozesshaft* ist. Der Körper reagiert immer auf konkrete Situationen und ist damit die Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt. In der Therapie kann man daher zu jedem Thema das dazugehörige Körperempfinden anfragen. Aus existenzieller Sicht geht Gendlin von einem ste-

tigen Erfahrungsstrom in einer Person aus, der auf alles reagiert, was wir erleben oder was uns beschäftigt („experiencing“). Dieser Erfahrungsprozess ist körperlich spürbar, in seinem Kern zunächst vage und ganzheitlich („felt sense“). Er organisiert sich selbst und bringt oft mehr hervor als das, was die Person schon vorher gewusst hat.

3. Grundannahmen der personenzentrierten Körperpsychotherapie

Zusammenfassend lassen sich folgende Thesen als Basis einer personenzentrierten Körperpsychotherapie formulieren:

- Das Erleben und die Erfahrung der Person stehen im Mittelpunkt.
- Der Körper ist die Basis des Selbsterlebens und der Identität.
- Das Zentrum der Person ist das erlebende, prozesshafte Selbst.
- Der Körper entwirft seinen eigenen Erlebens- und Entwicklungsprozess und hat seine eigene Fortsetzungsordnung.
- Der von innen gespürte Körper wird als grundsätzlicher Orientierungspunkt angesehen.
- Der erlebte Körper begegnet uns immer in einer konkreten Situation.
- Personenzentrierte Körperpsychotherapie entfaltet sich in einem dialektischen Prozess zwischen Erfahrung und Reflexion.
- Der Körperbezug ist grundsätzlich intersubjektiv konstituiert.

4. Erweiternde Perspektiven

Modelle der Entwicklungspsychologie, Emotionspsychologie und Neurobiologie liefern weitere Unterstützung und zusätzliche Gesichtspunkte für eine körperorientierte personenzentrierte Therapieperspektive.

4.1 Entwicklungspsychologie der Säuglingsforschung

Die Entwicklungspsychologie der Säuglingsforschung (Stern, 1992) zeigt, dass die Wurzeln der Entwicklung des Selbst im Präverbalen, Motorischen und Handlungsbezogenen und damit im körperlichen Erleben liegen. Das atmosphärische, szenische Erleben prägt unsere frühesten Begegnungen mit der Welt. Das Selbst entsteht von Beginn an in der Interaktion durch affektiven Austausch mit den bedeutsamen Bezugspersonen. Diese Sichtweise, die zuerst einmal geglückte Entwicklungsprozesse betrachtet, hat viele Anknüpfungspunkte mit dem Personenzentrierten Ansatz (vgl., Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006), der ja Therapie als Förderung von Entwicklung und Wachstum der Person versteht. Die von Stern unterschiedenen und genau beschriebenen Entwicklungsphasen geben viele Hinweise gerade auch für eine körperorientierte Sichtweise (vgl. Kern, 2014). Sterns zuletzt getroffene Bestimmung der psychologischen Gegenwart (Stern, 2005) unterstreicht die Grundannahme der humanistischen Therapieverfahren, dass Veränderung immer nur im Hier und Jetzt stattfinden kann.

4.2 Neurobiologie

Der Neurobiologe Antonio Damasio (2000, 2005) beschäftigt sich ebenfalls mit der Frage, wie Aufbau und Entstehung des Selbst verstanden werden können. Ausgangspunkt für ihn war die Überzeugung, dass Geist und Körper untrennbar miteinander verknüpfte Prozesse sind. Aus dieser Sicht sind Denken und Fühlen in den Körper „eingebettet“ (Storch, Cantieni, Hüther & Tschacher, 2006). Ohne diese Einbettung gäbe es keinen Geist und kein Bewusstsein. Nach Damasio bildet das Körper selbst die noch nicht bewusste Basis des Selbst. Der Körper stellt dabei so etwas wie eine „Bühne der Gefühle“ dar. Gefühle und Affekte sind die Schnittstelle zwischen Körper und Bewusstsein, sie sind daher für Psychotherapie von besonderer Bedeutung. Gendlins Bestimmung des felt sense bekommt hier eine neurobiologische Fundierung. Bei aktuellen Entscheidungen greifen wir auf im impliziten Gedächtnis gespeicherte, körperlich spürbare Spuren zurück, die von Damasio „somatische Marker“ genannt werden. Diese kartographieren frühere emotionale Erfahrungen.

4.3 Emotionspsychologie

Entwicklungspsychologie und Neurobiologie zeigen die besondere Bedeutung der Emotionen als Schlüsselstellen in der Psychotherapie. Schon Rogers sah als Ziel der Therapie, der Person beim Verstehen ihres emotionalen Erlebens zu helfen. Die Förderung des Bezuges auf das eigene (affektive) Erleben wurde dann von Gendlin genau herausgearbeitet. Greenberg (2006) formulierte schließlich seinen Ansatz der emotionsfokussierten Psychotherapie. In der neoreichianischen Körper(psycho)therapie wird oft eine funktionale Perspektive auf Emotionen eingenommen, die auch Spannungs- und Ladungsaspekte mit einbezieht. Hier gibt es mittlerweile eine intensive Diskussion über den Energiebegriff, der ja von Reich in die Körperpsychotherapie eingeführt wurde (Geuter, 2015). Für eine wahrnehmungsbezogene Körperpsychotherapie ist die *phänomenologische* Emotionsperspektive noch wichtiger als die funktionale. Das bedeutet, ein Gefühl *aus dem Erleben der Person heraus* zu betrachten und zu verstehen. Die Person erforscht ihr emotionales Erleben über den Bezug auf ihren Körper (Gendlin, 1981; Greenberg, 2006; Downing, 2003). Der Prozess beginnt mit der inneren Achtsamkeit, wie sich eine Emotion im Körper aufbaut. Dafür ist auch eine akzeptierende Haltung wichtig, dem inneren Zustand zu erlauben, da zu sein. Dann folgt die genaue Betrachtung des Zustands zum besseren Verständnis der Situation, das Finden von Symbolisierungen und Aufspüren der feinen Nuancierungen. Stark verändernde Wirkung kann dann das Ankommen und Zulassen bei einer primären, adaptiven Emotion sein. Das stellt v. a. Greenberg (2006) in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses. Abschließend geht es darum, Worte zu finden um das Gefundene narrativ zu integrieren und Verbindungen zu eigenen Zielen und Werten herzustellen. In der körperorientierten Therapie ist dieser Prozess das Zentrum des Arbeitens. Er verläuft

in beide Richtungen: vom Körper zum Bewusstsein (bottom-up) und vom Denken und Geist zum Körpererleben (top-down).

5. Die personenzentrierten Grundhaltungen in der körperpsychotherapeutischen Arbeit

Die Praxis körperorientierten personenzentrierten Arbeitens beginnt mit der Umsetzung der von Rogers formulierten Grundbedingungen *auch* auf der körperlichen Ebene. Betrachten wir zunächst die Therapeutenbedingungen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz bzw. Präsenz.

5.1 Körperbasierte Empathie

Eine sich auf den Körper beziehende Empathie betrachtet die Innenwelt der Klientin auch aus der körperlichen Fundierung allen Erlebens heraus. Das führt zu einer Akzentuierung der therapeutischen Wahrnehmung dahingehend, vorsprachliche, affektive und implizit-motorische Anteile der Person (Stern, 1992) in das einführende Verstehen mit einzubeziehen. Die mitschwingende Frage des Therapeuten ist nicht nur „Was hat dieser Mensch erlebt, um zu dieser Sicht und zu diesen Erlebensmustern zu kommen?“, sondern auch „Was hat er atmosphärisch erlebt? Was hat sein Körper erlebt? Wie hat sich seine Erfahrung körperlich und affektiv in ihm niedergeschlagen?“. Viele körperpsychotherapeutische Schulen üben im Sinne einer körperorientierten Wahrnehmung der Therapeuten, auf Atmung, Haltung, Muskeltonus, körperliche Veränderungen des Klienten zu achten. Auf der Ebene der Gesprächsführung können körperliche Phänomene verbalisiert und gespiegelt werden. Als eine Form körpernaher Empathie kann die Therapeutin ein paar Atemzüge im Rhythmus der Klientin mitatmen, oder sie kann ihre Körperhaltung einnehmen, um das innere Erleben besser zu verstehen. Eine auf den Körper orientierte Psychotherapie beginnt schon bei der Anamneseerhebung (Röhrich, 2000), bei der neben den üblichen biografischen Fragen zusätzlich ausführlich nach der Geschichte der Körperlichkeit und des Körpererlebens des Klienten geforscht wird. Dadurch kann sein Erleben vollständiger und besser verstanden werden.

5.2 Körperbasierte bedingungsfreie Anerkennung

Ein Schwerpunkt einer personenzentrierten Körperpsychotherapie liegt darin, eigene Körpersignale und Körperempfindungen wahrnehmen und nicht-bewertend annehmen zu können. Die Wirkung einer bedingungsfreien interaktionellen Anerkennung ist, dass die Klienten eigene innere Zustände und Erfahrungen besser wahrnehmen, zulassen und annehmen können. Die Therapeutin kann regelmäßig Fragen in Richtung basaler Körperphänomene stellen, die ja dem *felt sense* und dem affektiven Erleben zugrunde liegen. Dazu gehört ein erklärender Teil, bei dem vermittelt und „Werbung“ dafür gemacht wird, dass der Körper als Träger der Gefühle und Emp-

findungen unsere wichtigste Informationsquelle dafür ist, wie es uns mit etwas geht. Die eigenen Empfindungen akzeptierend wahrzunehmen, wird von verschiedenen Autoren als therapeutisch zentral angesehen. Gendlin (1998) beschreibt die innere Achtsamkeit über eine nicht-bewertende, akzeptierende Haltung allem gegenüber, was die Person in sich findet. Konkret kann das in der Situation einer Therapie oder Beratung etwa so aussehen, dass der Therapeut sich für Körperaspekte interessiert und damit der Klientin hilft, geduldig und akzeptierend nach eigenen Körperwahrnehmungen und Impulsen zu suchen. Das Kennenlernen und das Üben von Achtsamkeit können dabei eine große Hilfe sein. Die Therapeutin kann den Klienten auch körperlich annehmen (z. B. durch Halten), überhaupt können Bindung und Verbundenheit symbolisiert und verkörpert werden. Dabei sind manchmal Gegenstände wie eine Decke oder ein Stofftier sehr hilfreich. So kann auch auf körperliche Weise die Not zusammen mit der Klientin ausgehalten werden.

5.3 Körperbasierte Kongruenz und Präsenz

Die körperorientierte Perspektive betont die Bezugnahme auf das *eigene* Körpererleben des Therapeuten als Bedingung für Kongruenz und Präsenz. Die therapeutische Situation braucht einen Therapeuten, der sich mit seinem Körper verbunden fühlt und ein körperlich „da“ seiendes Gegenüber ist, damit sich die Klienten wirklich gefühlt und gemeint erleben können (Schmid, 2002). Auch für die Grundbedingung der Kongruenz und Präsenz lassen sich *körperorientierte Parallelen* zu verbalen personenzentrierten Vorgehensweisen suchen. Die Basis besteht darin, als Therapeutin auf die eigene Körperresonanz zu vertrauen. Präsenz kann auch auf körperliche Art signalisiert werden (z. B. durch die Körperhaltung, sich neben die Klientin zu setzen, die Hand auf die Schulter zu legen). Kontakt kann auf vielfältige Art körperlich erlebbar und spürbar werden (z. B. durch symbolische Verkörperung, durch Nutzen vieler Kontaktkanäle wie Stimme, Schauen, Berührung). Der Therapeut kann die Klientin zum körperlichen Ausdruck ermutigen (z. B. durch Unterstützung kleiner Körperimpulse, durch Einladung zu einem kleinen Kräfteressen), er kann auf den Klienten körperlich antworten in einem kleinen Körperdialog. Manchmal ist es sinnvoll, auf diskrepante Aspekte hinzuweisen (z. B. wenn die Klientin eine traurige Episode erzählt und dabei die Fäuste ballt). Nicht selten führen in der Therapie Vorschläge zur Ver-Körperung von Beziehungsaspekten weiter (z. B. indem ein wichtiger Aspekt körperlich in Szene gesetzt wird, etwa das Sich-Anklammern durch körperliches Festhalten oder das Kämpfen um die Macht durch ein Hin- und Herziehen).

6. Körperorientierte Therapie als Antwort auf die Entfremdung der Person

Wolfgang Eberwein (2014) stellt die Frage, wie in der Humanistischen Psychotherapie „Psychische Störung“ verstanden wird.

Aus seiner Sicht entsteht psychische Not aus der *Entfremdung der Person* auf ganz verschiedenen Ebenen:

- Entfremdung vom eigenen *Körper(-erleben)*
- Entfremdung von den eigenen *Gefühlen*
- Entfremdung von den eigenen *Grenzen*
- Entfremdung von der eigenen *Gestaltungskraft*
- Entfremdung von den *anderen Menschen*
- Entfremdung von *Miteinander und Verbundenheit*
- Entfremdung von der eigenen *Wahlfreiheit*.

Hierauf hat die personenzentrierte Körperpsychotherapie einige besondere Antworten, die das verbale Arbeiten vertiefen und erweitern können:

- gegen die Entfremdung vom eigenen *Körper(-erleben)*: Zugänge öffnen zur Körperwahrnehmung als existenzieller Kompass der Person
- gegen die Entfremdung von den eigenen *Gefühlen*: Lernen, auf der ganzheitlichen Körperwahrnehmung aufbauend, Gefühle wahrzunehmen
- gegen die Entfremdung von den eigenen *Grenzen*: (körperliches) Spüren und Re-Installieren von Grenzen
- gegen die Entfremdung von der eigenen *Gestaltungskraft*: Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit (auch durch körperliches Erleben und Handeln)
- gegen die Entfremdung von den *anderen Menschen*: Erleben einer Balance von Nähe und Distanz als Voraussetzung für autonomen Kontakt
- gegen die Entfremdung von *Miteinander*: Erleben von Verbundenheit und Nähe mit Mitwelt und Umwelt
- gegen die Entfremdung von der eigenen *Wahlfreiheit*: Gewinnen von Wahlmöglichkeiten durch Öffnung des Bezugs zum eigenen (körperlich fundierten) Erleben.

7. Der Focusing-Prozess an der Schnittstelle zwischen Sprechen und Körper

Die von Gendlin beschriebene Pendelbewegung zwischen felt sense und Symbolisierungen stellt die Schnittstelle zwischen Sprechen und Körper dar. Diese Hin- und Herbewegung im Focusing-Prozess kann über verschiedene *Modalitäten im Erlebensraum* (Köhne & Wiltschko, 1986) stattfinden und dort jeweils zu *modalitätsspezifischen* Symbolisierungen führen:

- auf der *kinästhetischen* Modalität über Körperempfindungen und Handlungsimpulse
- auf der *visuellen* Modalität über innere Bilder und Imaginationen
- auf der *akustischen* Modalität über innere Sätze, Töne, Melodien
- auf dem *affektiven* Kanal über Emotionen
- auf der Ebene der *Bedeutungsbildung* über Gedanken

Den körperbezogenen Erlebensmodalitäten entsprechend ist ein möglicher weiterer Schritt die körperpsychotherapeutische *Erweiterung in den Ausdrucks- und Handlungsraum* hinein. Die Person kann zu einem Erleben

- ein *Gefühl ausdrücken* (z. B. über eine Geste oder Handlung; sich ein Gefühl als reale Person vorstellen und mit ihr einen Dialog führen...)
- eine *Bewegung finden* (einen Körperausdruck, Pantomime, Tanz...)
- ein *Bild malen* oder Bilder zu einer Empfindung aussuchen (z. B. eine Postkarte, ein eigenes Foto)
- ein *Geräusch, einen Ton machen*, eine Melodie singen
- innere Anteile oder Gedanken bzw. Gefühle *sprechen lassen*, einen Brief dazu schreiben, ein Märchen dazu erfinden.

8. Eingänge in den Körper

Folgende Systematik hat sich dafür bewährt, den Körper in der Therapie nicht zu vergessen (Kern, 2014). Hierbei sind die bisherigen Überlegungen zu einer speziellen personenzentrierten körperorientierten Perspektive integriert. Ein solches Vorgehen setzt die personenzentrierten Therapiehaltungen voraus und ist vor dem Hintergrund der bisher vorgestellten Überlegungen zu verstehen. Pragmatisch können fünf Aspekte des Körpers unterschieden werden, die sich in der Praxis als gut gangbare „Wege“ für den Überstieg vom verbalen Sprechen zum Körper erwiesen haben. Wenn der Therapeut sich mit einer Klientin in einer Therapiesitzung befindet, kann er auf folgende grundlegende Körper-aspekte Bezug nehmen:

- Körperwahrnehmung
- Atmung
- Körperhaltung
- Bewegung
- Körperkontakt.

Im Folgenden werden Beispiele für die einzelnen Körperaspekte vorgeschlagen.

Bezug auf die Körperwahrnehmung:

- Einstieg über *äußere Achtsamkeit* (Dinge im Raum wahrnehmen und beschreiben, hören, sehen, fühlen, schmecken, riechen)
- Richten der *inneren Achtsamkeit* auf Körperempfindungen („Wie fühlt sich das an?“, „Wo im Körper ist da etwas zu spüren?“)
- freundliches Interesse und Benennen auch der *kleinen physiologischen Empfindungen* und Regungen (Kribbeln, Ziehen, Wärme, Kälte, Anspannung)
- einen *guten Ort im Körper* suchen
- eine kleinen inneren *Körperspaziengang* machen
- eine Körperempfindung oder *Körperstelle in der Wahrnehmung* genau *erforschen* und beschreiben

Bezug auf die Atmung:

- Achten auf *Veränderungen in der Atmung* als Körpersignal
- Nutzen der *Atmung zur Beruhigung* (den eigenen Atem zählen, achtsam den Atem spüren)
- *Atemübungen*
- *tiefes Atmen*
- den Atem mit einem *Thema* verbinden

- den *Atem erweitern*, vertiefen
- an eine bestimmte *Körperstelle hinatmen*

Bezug auf die Körperhaltung:

- die aktuelle *Körperhaltung innerlich erspüren* („*Wie fühlt es sich an, so dazustehen?*“)
- *Anfragen an die Haltung* auf der Körperebene (z. B. einen Druck verstärken)
- Ansprechen von häufigen oder *chronischen Körperhaltungen* (gekrümmt, zusammengezogen, verkrampft, steif, aufrecht ...) zu bestimmten Themen in der Therapie
- eine bestimmte *Haltung verstärken*, übertreiben (und dadurch verdeutlichen)
- das *Gegenteil* suchen („mal ganz anders dastehen“)
- ein bestimmtes *Gefühl in der Haltung ausdrücken*

Bezug auf Bewegung:

- eine unwillkürliche *Geste oder Bewegung ansprechen*
- nach einem *Bewegungsimpuls* fragen („*Zeigen Sie mir doch mal körperlich, wie Sie versuchen ...*“)
- *Ausdrucksbewegungen* zulassen und unterstützen (z. B. aggressiv sein, sich abgrenzen, sich wiegen ...)
- *von einem Zustand in den anderen* mithilfe des Bewegungswissens des Körpers („*Wie kommen Sie wieder aus der Depression in die Bewegung ...?*“)
- eine *Bewegung größer oder kleiner, schneller oder langsamer* machen
- zu einem Thema eine (kleine) *Bewegung oder Pantomime* (Bewegungsfolge) *finden*, die passt

Bezug auf Körperkontakt:

- sich eine gute (haltende, wohlwollende) *Berührung vorstellen* (dabei achtsam den Körper beobachten)
- gemeinsam gute, *unterstützende Berührungen herausfinden* (z. B. Hand, Schultern, Füße, Kopf halten), von ungünstigen Berührungen unterscheiden lernen
- zu einem *Thema einen Körperkontakt* anbieten
- mit einer Berührung die *Aufmerksamkeit auf eine Stelle lenken* (z. B. die Hand auf den Brustkorb legen)
- *aktivierenden bzw. provozierenden Körperkontakt* anbieten (Kraftübungen, wegschieben, spielerisches Ringen ...)
- sich *gemeinsam mit einer anderen Person* bewegen

9. Ein Entwicklungsmodell für körperorientierte Therapie

Die personenzentrierte Therapiehaltung beinhaltet den unbedingten Glauben an die grundsätzliche Entwicklungsfähigkeit einer Person in eine für sie gute Richtung. Daher passt ein psychologisches Modell der normalen Entwicklung des Selbsterlebens, wie es von Daniel Stern (1992) beschrieben wurde, ausgezeichnet zu diesem Ansatz (vgl. Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006). Für körperpsychotherapeutisches Arbeiten ist insbesondere der Beginn im

Vorsprachlichen und Atmosphärischen sehr hilfreich und lehrreich zur therapeutischen Orientierung und zum besseren Verständnis der Prozesse unserer Klienten. In Anlehnung an Überlegungen von Röhricht (2000) lässt sich aus den von Stern unterschiedenen Entwicklungsphasen ein Prozessmodell für Körperpsychotherapie in Gruppenprozessen und Einzeltherapie formulieren:

Phase 1: Ankommen, Basis-Sicherheit

- Basis-Regulation von Anspannung und Erregung (Atmung, Grounding, starke Körperempfindungen, Aufmerksamkeitslenkung)
- Aufbau von Basis-Sicherheit mithilfe des Körpers (Raum, Bewegung, Imagination)

Phase 2: (Körper-)Selbsterfahrung, Selbstwertschätzung, Identitätskerne

- Aufbau der Körper- und Gefühlswahrnehmung
- Arbeit mit den zentralen Komponenten des Kern-Selbst (Selbst-Urheberschaft, Selbst-Affektivität, Selbst-Kohärenz, Selbst-Geschichtlichkeit)

Phase 3: (Körper-)Bewegung, Motilität, Selbstbestimmung

- sich abgrenzen
- aktiv auf andere zugehen
- Selbst-Wirksamkeitsgefühl

Phase 4: (Körper-)Selbst in Kontakt mit anderen, Kommunikation

- Unterstützung von Vertrauensfähigkeit und Bindung
- Sicherheit über Kontakt
- Bedürfnisse ausdrücken, um etwas bitten, sich abgrenzen

Phase 5: Narrative Integration

- körperorientierte Durcharbeitungsmethoden
- Körpererfahrungen einordnen und mit der eigenen Lebensgeschichte verbinden können
- Körpersignale und Emotionen verstehen können

9.1 Entwicklung der Emotionen

Für die Emotionen als Schlüsselstelle zwischen Körper und Bewusstsein lohnt sich noch eine gesonderte Betrachtung ihrer Bedeutung und Rolle auf den verschiedenen Entwicklungsphasen: In der *ersten Phase* dominiert die atmosphärische Emotionalität, die Welt und die Menschen werden über die Vitalitätsaffekte wahrgenommen. Vorrangig ist es, die basale Anspannungsregulation zu lernen. In der *zweiten Phase* tritt als Grundlage des Verständnisses der kategorialen Emotionen (wie Ärger, Trauer, Angst) die Wahrnehmung des Körpererlebens in den Vordergrund. Das Selbst wird über die Selbstinvarianten (wie Selbstwirksamkeit, Selbstkohärenz) zum Identitätszentrum der eigenen Affektivität. In der *dritten Phase* stehen die Handlungsimpulse und damit der motivierende Aspekt der Emotionen im Mittelpunkt. Dadurch und durch die vorhergehenden Bausteine verbessert sich die Emotionsregula-

tion immer weiter. In der *vierten Phase* geht es um den Ausdrucksaspekt und die kommunikative Wirkung von Emotionen, was die interaktive Emotionsregulation fördert. Die *fünfte Phase* zielt schließlich darauf ab, die Emotionen zu verstehen, in die eigene Biographie einzuordnen, damit eine langfristige Selbstorganisation im Einklang mit dem Emotionserleben gelingen kann. Die affektive Selbstbefragung etwa im Focusing-Prozess kann grundsätzlich alle Phasen betreffen bzw. auch durch sie durchgehen.

Der Vorteil eines solchen Entwicklungsmodells für den Therapeuten ist es, neben dem Beziehungserleben und aktuellen Emotionsverstehen eine bessere Orientierung für den Gesamtprozess der Therapie zu bekommen. Bei der Vorbereitung von Körperpsychotherapie-Gruppenstunden orientiere ich mich zum Beispiel oft an diesem Entwicklungsmodell, ausgehend davon, was die Patienten schon können oder gelernt haben. So machen wir keine spezifischen Kontaktübungen, bevor nicht einige Fähigkeiten in Bezug auf Anspannungsregulation, Körperwahrnehmung und Identitätserleben aufgebaut und gefestigt sind.

10. Diagnosespezifische Perspektive in der personenzentrierten Körperpsychotherapie

Aus personenzentrierter Sicht orientiert sich eine diagnosespezifische Sicht am inneren Erleben einer Person. Ein mitfühlendes und existenzielles Wissen über häufige Aspekte des inneren Bezugsrahmens, zum Beispiel von Personen mit einer Angststörung, ist sehr hilfreich für Therapie. Aus körperpsychotherapeutischer Sicht nimmt man die jeweils körpernahen Phänomene in Erleben und Ausdruck speziell in den Fokus.

10.1 Beispiel Depression aus personenzentrierter körperpsychotherapeutischer Sicht

Bestimmende Elemente einer depressiven Störung aus körperpsychotherapeutischer Sicht sind die fehlende Selbstannahme, der Verlust von zentralen Rhythmen (Schlafen, Essen, Sich-Bewegen, Kontakt zu anderen), der mangelnde Antrieb (oft zusammen mit einem schwachen Muskeltonus), der soziale Rückzug. Die Depression führt zu einer seelischen und körperlichen Erstarrung, die Haltung ist gebeugt und zusammengesunken, der Blick ist gesenkt. Die dahinter liegenden Emotionen drehen sich um das Erleben von Verlust und mangelnder Befriedigung von Grundbedürfnissen. Körperpsychotherapeutische Zugänge zur Depression aus personenzentrierter Sicht könnten, als kurze Skizze, folgendermaßen aussehen:

- Antworten auf die fehlende Selbst-Annahme: körperliche Formen von Empathie, Annehmen, Geborgenheit; Akzeptanz von Körperempfindungen als Ausdruck des eigenen So-Seins
- Antworten auf den Rhythmusverlust: Wahrnehmung von Herzschlag, Atmung; Wiederfinden von Gehen, Laufen, Radfahren, Schwimmen etc. als Grundtakte

- Antworten auf den fehlenden Antrieb und schwachen Muskeltonus: Bewusstes In-Besitz-Nehmen von Muskeln und Bewegungen
- Antworten auf den Rückzug: Kontakterfahrungen, die Polarität „weg von“ – „hin zu“ im Raum erleben
- Antworten auf das Erleben von Verlust und Mangel: Erleben und Annehmen von verletzten Gefühlen, Verkörperung früher Grundbedürfnisse
- Antworten auf die gebeugte Haltung: Arbeit mit Körperhaltung und Bewegung („Wie komme ich in die Aufrichtung? Wie komme ich in Bewegung?“)
- Antworten auf die Grübelkreisläufe und die Verengung der Wahrnehmung: Erlernen von Aufmerksamkeitslenkung, Achtsamkeit auf die Gegenwart.

11. Schlussbemerkung

Personenzentrierte Körperpsychotherapie versteht sich nicht als eigenständiges therapeutisches Verfahren. Die hier vorgeschlagene Sichtweise kann aber Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Beraterinnen und Beratern helfen, den Körper selbstverständlicher in die Therapie und Beratung einzubeziehen. Da alles Erleben, Denken und Fühlen eingebettet ist in die körperlichen Vorgänge, ist das nicht nur eine „nette“ Ergänzung, sondern ein wichtiger Pol des normalen therapeutisch-beraterischen Arbeitens. Klar ist, dass das dargestellte Modell persönliche Schwerpunktsetzungen von mir enthält. Diese sind aus jahrzehntelanger klinisch-institutioneller Erfahrung insbesondere mit früh und psychisch schwerer verletzten Personen entstanden sowie aus der Arbeit in einer überwiegend medizinisch und verhaltenstherapeutisch geprägten Umgebung. Insbesondere die Betonung des prozessorientierten Arbeitens und die dargestellten „verwandten“ Modelle aus Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Emotionspsychologie sind mir sehr wichtig geworden aufgrund ihrer Wirksamkeit und zur Darstellung der Anschlussfähigkeit des Personenzentrierten Ansatzes (der doch immer wieder als überholt und veraltet dargestellt wird oder ganz übersehen wird) an die neuen klinischen Konzepte. Meiner Überzeugung nach ist die personenzentrierte Sichtweise in Therapie und Beratung heute noch genauso aktuell, hilfreich und wirkungsvoll wie früher. Das nicht nur zu wissen, sondern auch nach außen zu zeigen, auch dazu soll der hier dargestellte Ansatz einer personenzentrierten Körperpsychotherapie argumentativ und konzeptuell etwas beitragen.

Literatur

- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Damasio, A. (2000). *Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Damasio, A. R. (2005). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. Berlin: Ullstein.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.

- Downing, G. (2003) Emotion und Körper – Eine Kritik der Emotionstheorie. *Psychoanalyse und Körper* 2, 59-88.
- Eberwein, W. (2014). Überlegungen zum Menschenbild der humanistischen Psychotherapie. In W. Eberwein & M. Thielen (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 23-38). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Geißler, P. & Heisterkamp, G. (Hrsg.) (2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der analytischen Therapie. Ein Lehrbuch*. Wien: Springer.
- Gendlin, E. (1964). A Theory of Personality Change. In P. Worchel & D. Byrne (Hrsg.), *Personality Change*. New York: Wiley. (deutsch: Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Hrsg. Studententexte 1. Würzburg: DAF, 2003, 7-19.)
- Gendlin, E. (1981) *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Otto Müller.
- Gendlin E. (1996). *A Process model. Unpublished manuscript. The Focusing Institute*. New York. www.focusing.org.
- Gendlin, E. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie – Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original 1996. Focusing-oriented Psychotherapy. New York: Guildford Press).
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Gindler, E. (1926). Die Gymnastik der Berufsmenschen. *Gymnastik: Magazin des deutschen Gymnastik-Bundes*, 1(5/6), 82.
- Görlitz, G. (1998). Körper und Gefühl in der Psychotherapie. Basisübungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greenberg, L. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Husserl, E. (1986). *Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Schriften II*. Stuttgart: Reclam.
- Kern, E. (2014). *Personzentrierte Körperpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Klinkenberg, N. (2000). *Feldenkreis-Pädagogik und Körperverhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Köhne, F. & Wiltschko, J. (1986). *Focusing – Des Körpers eigene Psychotherapie*. Begleitheft zur DVD. Köln: GwG. www.gwg-ev.org/dvd-verleih/
- Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.) (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Mead, G. H. (1988). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Moser, T. (2006). Körperpsychotherapie und die therapeutische Beziehung. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 140-143.
- Petzold, H. (2006). Der „informierte“ Leib: „embodied and embedded“ – ein Metakonzept für die Leibtherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 100-118). Stuttgart: Schattauer.
- Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin: de Gruyter.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgeföhls*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1972). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kinkler. (Original erschienen 1951: Client-centered therapy).
- Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 65-95). Wien: Springer.
- Selver, C. (1988). Sensory Awareness. In: H. Petzold (Hrsg.). *Psychotherapie und Körperdynamik* (S. 59-87). Paderborn: Junfermann.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Aspel.
- Stevens, J. O. (1975). *Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalttherapie*. München: Kaiser.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G & Tschacher, W. (2006). *Embodiment*. Bern: Huber.
- Teichmann-Wirth, T. (2002). Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte / Personzentrierte Psychotherapie. Perspektive 2: Der einzubeziehende Körper. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie* (S. 391-410). Wien: Springer.
- Thielen, M. (2014): Geschichte und Entwicklung der Körperpsychotherapie. In: W. Eberwein & M. Thielen, M. (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 135-148). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Tschacher, W. (2006). Wie Embodiment zum Thema wurde. In: Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G & Tschacher, W. (2006). *Embodiment* (S. 11-34). Bern: Huber.



Dr. phil. Dipl.-Psych. Ernst Kern, Psychologischer Psychotherapeut (Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Focusing, Körperpsychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie), leitender Psychologe in einer psychiatrischen Klinik, Dozent und Supervisor in verschiedenen VT-Ausbildungsinstituten.

Kontakt:
e.kern@sb.shg-kliniken.de