

■ ULFRIED GEUTER | BERLIN UND MARBURG

Körpererleben und Selbsterleben

Grundlagen der Körperpsychotherapie¹

Übersicht: Ausgehend von der Geschichte der körperpsychotherapeutischen Schulen beschreibt der Beitrag in vier Thesen Grundlagen der Körperpsychotherapie. Diese wird als ein erlebniszentriertes Therapieverfahren vorgestellt, das das erlebende Subjekt in seinem Lebensprozess in den Mittelpunkt der Therapie stellt und das Körpererleben als einen zentralen Zugang zum Selbsterleben versteht.

Schlüsselwörter: Körperpsychotherapie, Körpererleben, Selbst, Selbsterleben, Embodied Mind, Erlebniszentrierte Psychotherapie

Die Körperpsychotherapie hat sich über Jahrzehnte hinweg in Form von Schulen entwickelt, die auf unterschiedliche Weise die Arbeit mit psychischen und körperlichen Prozessen in ein und derselben Behandlung zusammenführen (Röhricht, 2000, S. 15 ff.). Diese Schulen schließen Methoden zur Arbeit mit der Körperwahrnehmung, dem Körperausdruck, der Wahrnehmung und Regulation des Atems, mit der körperlichen Regulation von Spannungszuständen, mit Halt und Berührung oder mit dem Erkunden körpersprachlicher Inszenierungen ein. Für diesen reichen Schatz an Behandlungsmöglichkeiten ist die Körperpsychotherapie insbesondere im stationären Bereich bekannt. Einige Schulen richten dabei den Fokus darauf, die Aufmerksamkeit für körperliche Empfindungen zu schärfen oder diese auf einen zu spürenden Sinn hin zu untersuchen; andere verstehen den Ausdruck des Körpers in der Beziehung zum Therapeuten als Teil einer unbewussten Darstellung von Übertragungsgefühlen; wieder andere haben die Vorstellung, mit einer Energie zu arbeiten, die alle Vorgänge des gesamten körper-seelischen Systems durchströmt. Angesichts der unterschiedlichen Modelle stellt Totton (2003,

p. 138) fest, dass die vorliegenden Rahmentheorien nicht befriedigen können und dass es die Aufgabe der Körperpsychotherapie sei, eine in sich zusammenhängende Disziplin zu werden (2002, p. 202).

Bisher wurden die gemeinsamen Grundlagen aber noch nicht ausreichend erarbeitet. Lange Zeit ging ich selbst davon aus, dass die Körperpsychotherapie in theoretischer Hinsicht auf der psychoanalytischen Tradition beruht, v. a. auf der Theorie der funktionalen Identität von psychischer und körperlicher Abwehr von Reich (1933), dass sie sich in praktischer Hinsicht zusätzlich auf Methoden der achtsamen Körperwahrnehmung stützt und sich in Berührung zur Humanistischen Psychotherapie weiterentwickelt hat (Geuter, 1996, 2006a).

Mittlerweile aber gibt es wissenschaftliche Diskurse, vor deren Hintergrund sich die Körperpsychotherapie auch in theoretischer und nicht nur in behandlingstechnischer Hinsicht als ein therapeutischer Ansatz mit einem eigenen Profil darstellen lässt. Diese Diskurse schaffen Berührungspunkte zu anderen Therapieverfahren, wie etwa zur systemischen Therapie (vgl. Pestalozzi-Bridel, 2011; Tschacher & Storch, in diesem Heft).

In diesem Artikel schlage ich vor, die Körperpsychotherapie als einen erlebniszentrierten Ansatz zu verstehen,

¹ Überarbeitete Fassung eines Vortrags vor der 29. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung in Rothenburg, 8. November 2014.

der auf der Idee des erlebenden Subjekts, der holistischen Vorstellung von der Einheit der Erfahrung und auf der Theorie des Embodied Mind beruht. Dieser Ansatz betrachtet das Körpererleben als zentralen Zugang zum Selbsterleben eines Menschen und zur Förderung der Selbstregulation (Geuter, 2015). Daher sehe ich die Körperpsychotherapie eng mit der Gruppe der humanistisch-experientiellen Verfahren verbunden, als deren Teil man sie auch betrachten kann und zu der auch die Gestalttherapie und die Emotionsfokussierte Therapie gehören (Elliott et al., 2013).

Insbesondere die Theorie des Embodied Mind scheint mir heute geeignet zu sein, der Körperpsychotherapie eine paradigmatische Fundierung innerhalb der zeitgenössischen wissenschaftlichen Theorie zu geben (Röhricht et al., 2014). Dieses Paradigma, das mit einem eher kognitiven Therapieverständnis weniger zu vereinbaren ist als mit dem ganzheitlichen Verständnis körperorientierten Denkens, wird auch in anderen Verfahren diskutiert, z. B. in der Psychoanalyse (Leuzinger-Bohleber et al., 2013).

Historische Quellen

Die Körperpsychotherapie speiste sich anfangs aus zwei Quellen, aus denen zwei unterschiedliche Grundvorstellungen hervorgingen:

1. Die erste Quelle ist eine kritische Psychoanalyse, die psychische Probleme als Internalisierung schädigender Erfahrungen ansah. Hier war es vor allem Wilhelm Reich, der eine Tradition der körperbezogenen Arbeit mit Affekten begründete (Geuter & Schrauth, 1997). Vor ihm hatte schon Georg Groddeck damit begonnen, Patienten zu massieren und gleichzeitig mit ihnen über ihre Träume oder über aufkommende psychische Inhalte zu sprechen. Bei Ferenczi finden wir eine

körperbezogene Psychoanalyse, in der sich der Patient mit seinen Affekten und Bedürfnissen gegenüber dem Therapeuten auch körpersprachlich äußern darf (Geuter, 2000). In dieser Tradition stehen Ansätze einer relationalen Körperpsychotherapie, die die Zeichen des Körpers in der Interaktion für die Arbeit an der Übertragung nutzt (Geißler & Heisterkamp, 2007; Soth, 2009).

2. Die zweite Quelle ist die Reformgymnastik, deren Anfänge zu Beginn des 20. Jahrhunderts liegen und die im Kontext verschiedener Lebensreformbewegungen stand (Geuter, 2000, 2006b). Diese Gymnastik wollte die klassische Ertüchtigung des Körpers durch ein Bewusstsein für den Körper in Ruhe und Bewegung ersetzen. Parallel zu ihr entstand im Tanz als Gegenbewegung gegen den klassischen Tanz mit vorgegebenen Schritten der Ausdruckstanz.

Eine für die Psychotherapie einflussreiche Körperlehrerin war Elsa Gindler, bei der v. a. die Frauen bekannter Psychotherapeuten des 20. Jahrhunderts lernten. Schülerinnen Gindlers lehrten in der zweiten Generation künftige Körperpsychotherapeuten, wie z. B. den Begründer der Konzentrativen Bewegungstherapie, Helmuth Stolze, oder den Begründer der Integrativen Bewegungstherapie, Hilarion Petzold. Auch Ruth Cohn, die Begründerin der Themenzentrierten Interaktion, lernte bei einer Schülerin von Gindler (Geuter et al., 2010). Aus der auf Gindler fußenden Tradition gingen Formen der Körperwahrnehmungsarbeit hervor, aus dem Ausdruckstanz die Tanztherapie.

Ausgehend von diesen beiden Quellen kannte die Körperpsychotherapie lange Zeit zwei grundlegende Modelle (vgl. Marlock, 2006b, S. 396). Das erste Modell ist das neoreichianische Modell, dessen bekanntester Vertreter Lowen (1981) mit seiner Bioenergetik ist. Dieses Modell betont als therapeutische Aufgabe, Spannungen, Blockie-

rungen und eingefrorene körperseelische Haltungen zu lösen, indem Gefühle ausgedrückt werden. Nach dem zweiten Modell der wahrnehmungsorientierten Schulen konzentriert sich die Therapie auf Wahrnehmen und Spüren (Fogel, 2009). Trotz dieser Unterschiede waren sich allerdings die affektorientierten neoreichianischen Ansätze und die wahrnehmungsorientierten Ansätze lange Zeit weitgehend darin einig, sich auf die Psychoanalyse als Referenztheorie zu beziehen. Während die Neoreichianer dabei den Schwerpunkt auf eine Theo-



Körpererleben ist ein zentraler Zugang zum Selbsterleben und zur Förderung der Selbstregulation

rie der Abwehr und der Charakterstrukturen legten, befassten sich wahrnehmungsorientierte Schulen mehr mit psychoanalytischen Theorien der Entwicklung, mit Fragen des Körperbilds und Körpererlebens und mit der Bedeutung körperlicher Zeichen (Pokorny et al., 1996; von Uexküll et al., 1994).

3. Zu diesen beiden frühen Quellen kommt indes eine dritte Quelle hinzu. Seit den 1960er Jahren und dem damaligen Human Potential Movement entwickelte sich die Körperpsychotherapie in engem Austausch mit der Humanistischen Psychotherapie (Geuter, 2006b). Mit der Humanistischen Psychotherapie kam die Arbeit mit Encounter-Gruppen auf, mit ihr entstand aus dem körperpsychotherapeutischen Prinzip des Spürens eine Arbeit mit der Achtsamkeit, die Kurtz (1985) zur Basis einer Schule der Körperpsychotherapie, des Hakomi, machte und die erst mit der Achtsamkeitswelle jüngst in andere Therapieverfahren, v. a. in die Verhaltenstherapie, eingegangen ist. Auch wurde innerhalb der Humanis-

tischen Psychotherapie, insbesondere durch den Einfluss von Rogers, ein neues Verständnis der Rolle des Therapeuten als Begleiter vertreten, das in der Körperpsychotherapie allgemein aufgegriffen wurde und später auch in die relationalen Ansätze der Psychoanalyse einging. Schließlich richtete die Humanistische Psychotherapie den Fokus der psychotherapeutischen Arbeit auf das Erleben, und zwar auf das »client experiencing, defined as the holistic process of immediate, ongoing awareness that includes perceiving, sensing, feeling, thinking, and wanting/intending« (Elliott et al., 2013, p. 495). Die Humanistische Therapie rückte die Idee in den Vordergrund, dass Therapie ein Prozess der Selbstexploration und der Wiederaneignung der nicht gelebten, unbekannt und unentdeckten Teile des Selbst in der Gegenwart einer Beziehung ist. Im Kontext der Humanistischen Thera-

den inneren Organen (z. B. Thompson & Varela, 2001, p. 424). Der Begriff des erlebenden Subjekts verweist demgegenüber darauf, dass wir in der Körperpsychotherapie nicht in einer objektivierenden Weise mit dem biologischen Körper arbeiten, wie es dem klassischen medizinischen Behandlungsmodell entspricht.

Ich verstehe Körperpsychotherapie als den Prozess einer ganzheitlichen Exploration in einer Beziehung, die sich seelischer und körperlicher Mittel zugleich bedient (Geuter, 2015, S. 16 ff.). Eine solche Exploration schließt eine Arbeit mit Gedanken, Gefühlen und Bildern genauso wie mit Empfindungen, motorischen Impulsen und Bewegungen ein. Da ich in diesem Artikel nicht ins Detail gehen kann, möchte ich diese Ansicht in Form von vier Thesen erläutern. Als Thesen bezeichne ich hier eine Zusammenfassung von theoretischen Überlegungen,

Körper ein. Es entsteht in einem Lebensprozess in der Beziehung eines Subjekts zu seiner Umgebung.

Lebewesen sind in einer ständigen Selbstbewegung. Sie interagieren dabei mit der sie umgebenden Welt und erzeugen in der Art und Weise, wie sie diese Welt erleben, eine Welt von Bedeutungen. Sie sind Kreaturen, aber nicht in dem Sinne, dass Gott sie geschaffen hat, sondern in dem Sinne, dass sie selbst ständig eine Welt von Bedeutungen kreieren.

Erleben ist eine Art, die Welt zu erkennen, die den Körper einschließt. Dieses Erkennen führt zu einer anderen Form von Wissen als dem Faktenwissen, das uns das deklarative Gedächtnis zur Verfügung stellt. Mein deklaratives Gedächtnis sagt mir zum Beispiel, dass ich diesen Artikel gerade für die Zeitschrift *Familiendynamik* schreibe. Es sagt mir aber nicht, ob ich die Formulierung meiner ersten These richtig finde. Das kann ich nur in meinem Körper spüren. Bekomme ich aus dem Körper ein Signal der Unzufriedenheit, muss ich umformulieren, bis ein Signal der Zufriedenheit kommt. Erst wenn sich dieses Gefühl einstellt, weiß ich, dass ich meine Formulierung richtig finde (vgl. Gendlin, 1993). Das heißt: Nur in meinem inneren Erleben kann ich meine Worte für zutreffend erachten.

Wenn wir in einer Psychotherapie mit Patienten sprechen, arbeiten wir oft mit dem Gefühl der *Stimmigkeit* (Geuter, 2015, S. 147). Ringt jemand um Worte dafür, wie er es findet, dass gestern seine Partnerin dieses oder jenes getan hat und wie er sich jetzt damit fühlt, wird er seine Worte erst dann als stimmig ansehen, wenn er sie als kongruent mit einer körperlichen Empfindung erlebt.

Ich halte die Idee der Ganzheit des Erlebens für die grundlegende Idee der Körperpsychotherapie. Erleben schließt nämlich immer vegetative, motorische und kognitive Prozesse ein, die von Emotionen und Intentionen

» Ich verstehe Körperpsychotherapie als den Prozess einer ganzheitlichen Exploration in einer Beziehung, die sich seelischer und körperlicher Mittel zugleich bedient

pien wurde die Körperpsychotherapie wahrscheinlich zu derjenigen psychotherapeutischen Methode, die am meisten das Erleben förderte, indem sie das Körpererleben in den Blick nahm.

Ich möchte, ähnlich wie Marlock (2006a), das *erlebende Subjekt in seinem Lebensprozess* in den Mittelpunkt der körperpsychotherapeutischen Theorie stellen und nicht den Begriff des Organismus wie Heller (2012) in seiner großen Grundlegung der Körperpsychotherapie. Der Begriff des Organismus wird nämlich nicht nur für das System des menschlichen Lebewesens verwendet, sondern – v. a. in seiner adjektivischen Form »organismisch« – vielfach allein für die biologischen Aspekte dieses Systems wie Prozesse in

die ich für die Körperpsychotherapie fruchtbar zu machen versuche. Eine ausführliche Begründung und eine Erläuterung von Zusammenhängen mit Prozessen des Gedächtnisses und der Emotionen, mit der Bedeutung der kindlichen Entwicklung oder mit der körperlichen Kommunikation in der therapeutischen Beziehung finden sich bei Geuter (2015).

1. Erleben als subjektives Wissen

Meine erste These lautet: *Menschen sind Lebewesen, die auf subjektive Weise die Welt wahrnehmen. Indem sie sich und die Welt erleben, erzeugen sie Bedeutungen. Erleben schließt immer Psyche und*

nen durchzogen sind (vgl. Thompson, 2007, p. 360 ff.). Affekte bestimmen die inneren Zustände, in denen wir etwas erleben, und die affektive Tönung unserer inneren Zustände hängt wiederum ab von der Geschichte der Lebenserfahrungen.

Dieses klinische Erfahrungswissen wird heute von der enaktivistischen Philosophie unterstrichen. Der Enaktivismus – ein Begriff aus der Theorie des Embodied Mind (Varela et al., 1992) – geht davon aus, dass Kognitionen Teil der tätigen Beziehung eines Organismus zu seiner Umgebung sind (Maturana & Varela, 2012) und dass daher die Art, wie wir die Umgebung verarbeiten, von der Geschichte dieser Beziehung geprägt ist:

➤ *The secret to explaining what structures an organism's current mental activity lies entirely in its history of previous engagements and not in some set of internally stored mental rules and representations.*
(Hutto & Myin, 2013, p. 9) ◀

Nach einem Begriff von Downing (1996) ist diese Geschichte in affektmotorischen Schemata lebendig, in denen ein Mensch der Welt begegnet. Denn die Schemata der Verarbeitung von Erfahrungen und des Handelns sind nicht allein kognitiver Natur; sie sind vielmehr tief in körperliche Haltungen, Bewegungen, Atemmuster, Muskelspannungen, motorische Impulse, Bauchgefühle, vegetative Reaktionen, Fantasien, Vorstellungen und Träume eingeschrieben. Sie beruhen auf emotionalen Erfahrungen und sind durch Affekte geprägt. Wenn jemand zum Beispiel eine depressive Mutter hatte, dann mag er ein Muster haben, auf seine Handlungen keine Antworten zu erwarten. Dieses Muster kann sich motorisch in einer gewissen Lähmung seines Handelns äußern, vegetativ in einer allgemeinen körperlichen Schwäche oder kognitiv in der Überzeugung, dass andere ihn nicht akzeptieren.

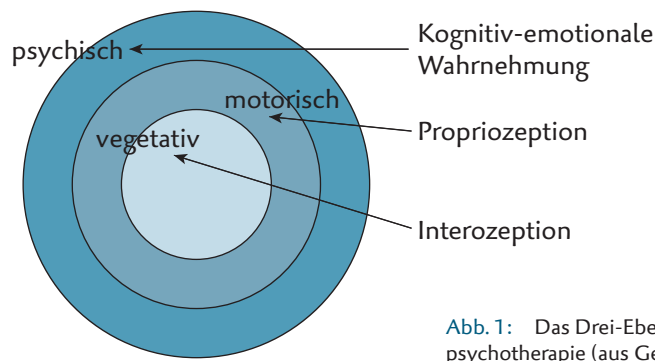


Abb. 1: Das Drei-Ebenen-Modell der Körperpsychotherapie (aus Geuter, 2015, S. 101).

In verschiedenen körperpsychotherapeutischen Schulen kennen wir ein Modell von drei Schichten (Boadella, 1991; Southwell, 1990; von Uexküll et al., 1994; s. Abb. 1). Diese werden zuweilen als Schichten des biologischen Organismus verstanden. Ich verstehe sie hingegen als Schichten des Erlebens. Das Modell beinhaltet, dass wir die Welt in Gedanken, motorischen Impulsen und propriozeptiven Wahrnehmungen sowie in vegetativen Prozessen oder interozeptiven Wahrnehmungen erfahren. All diese Erfahrungen sind mental, da sich die Wahrnehmung der Reaktion auf einen Reiz, sofern wir uns seiner Wirkung auf uns bewusst werden, auf all diese Ebenen erstreckt. Ob ein Reiz überhaupt erlebt wird, hängt von seiner Relevanz und von der affektiven Reaktion auf ihn ab (Geuter, 2015, S. 184 ff.).

Ein biologisches Modell der Schichten des Organismus müsste weit mehr Ebenen einschließen, z. B. die Ebene der Zellen oder der Moleküle, die auch mit der Umgebung interagieren und Erfahrungen speichern wie die Immunzellen. Biologische Prozesse auf der Ebene der Zellen erfahren wir allerdings nur indirekt in ihren Auswirkungen, z. B. wenn wir aufgrund der Aktivität der Immunzellen Fieber bekommen oder aufgrund eines Sauerstoffmangels Wahnvorstellungen. Die biochemische Aktivität in den Zellen selbst können wir nicht spüren. Daher halte ich Auffassungen wie diejenige, Körperpsychotherapie arbeite auf der Ebene der Zellen, für irrig (z. B. Hartley, 2012). Psychotherapeutische Inter-

ventionen jedweder Art können jedoch Auswirkungen auf der Zellebene haben. Wir verfügen allerdings nicht über *psychotherapeutische* Mittel, um auf dieser Ebene selbst Interventionen anzusetzen, denn wir arbeiten immer mit dem Erleben und Verhalten.

Das Modell der drei Ebenen beinhaltet, dass die Körperpsychotherapie nicht nur eine Methode ist, um körperliche Prozesse zu mentalisieren, wie die Arbeit mit dem Körper in der Psychotherapie teilweise verstanden wird. Sie ist vielmehr ein Ansatz, um in der Einheit aller Erfahrungsebenen mit Lebensprozessen oder Lebensbewegungen zu arbeiten (vgl. Heisterkamp, 2007). Daher beziehe ich die Idee der Ganzheit auf die Einheit der Erfahrung, die immer körperlich und psychisch zugleich ist:

➤ *Mind and body are merely abstracted aspects of the flow of organism-environment interactions that constitute what we call experience.*
(Johnson, 2007, p. 12) ◀

Wenn wir vom Körper oder von der Psyche sprechen, meinen wir nicht etwas materiell voneinander Unterscheidbares, sondern etwas, das wir in der Beobachtung voneinander unterscheiden. Im Erleben sind sie eines.

Wenn sich z. B. ein Mensch freut und dabei vor Begeisterung die Arme hochreißt, dann sagen wir normalerweise: Er zeigt seine Freude. Aber er zeigt sie nicht in dem Sinne, dass er erst

Freude empfindet und dann die Arme hochreißt. Das ist das klassisch-ausdruckspsychologische Denken, das von einem Primat des Psychischen ausgeht. Vielmehr ist die Geste selbst diese Freude. Psyche und Körper interagieren nicht in der Freude, sondern sie sind eins im Geschehen der Freude. Zwar kann ich das innere Gefühl »Ich freue mich« von dem Hochreißen der Arme unterscheiden und unabhängig

einen Konflikt austrägt, nach jemandem die Arme auszustrecken oder sich zurückzuziehen. Innerhalb eines medizinischen Arbeitsmodells können wir daran interessiert sein, in welchem Ausmaß die Drehbewegung aufgrund einer Schädigung der Rotatorenmanschette behindert ist. Im körperpsychotherapeutischen Arbeitsmodell interessiert uns die Spannung mit Blick auf das Leben der Person.

Des Erlebens meiner selbst und der Bedeutung dessen, was mir widerfährt oder was ich denke oder tue, kann ich nur gewahr werden, wenn ich mich selbst spüre. In meinem Körper spüre ich, wie etwas für mich ist, wie ich mich in der Beziehung zu einem anderen fühle oder wie es mir geht. Das habe ich bereits an dem Beispiel erläutert, wie ich feststelle, ob mir ein hier geschriebener Satz zusagt oder nicht. Andere Menschen können Hypothesen über einen Menschen haben, wie es ihm geht, sie können es ihm ansehen oder von seinem Gefühl mitfühlend ergriffen werden. Aber nur dieser Mensch selbst kann es ergründen und wissen, wie etwas für ihn wirklich ist. Im Körpererleben teilt sich somit Subjektivität mit. Die belgische Philosophin Helena De Preester (2007) meint daher, dass die Wahrnehmung des »in-depth-body« die subjektive Perspektive eines Menschen darstellt und dass insofern die interozeptive Wahrnehmung Subjektivität konstituiert. Ob ich mich bedrückt oder beglückt, gelangweilt oder neugierig, traurig oder wütend fühle, spüre ich im Körper und bemerke ich anhand meiner Gedanken. Aber ohne Körpererleben stellt sich keine subjektive Wahrnehmung meiner selbst, der anderen und der Welt her:

» Körperpsychotherapie ist ein Ansatz, um in der Einheit aller Erfahrungsebenen mit Lebensprozessen oder -bewegungen zu arbeiten

von der Geste darüber sprechen oder auch über die Bewegung der Geste unabhängig vom begleitenden Gefühl. Aber in der Unterscheidbarkeit sind beide doch eins, und das eine geht nicht aus dem anderen hervor. Daher finde ich auch die These falsch, es gebe einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen Körper und Psyche, wie es bei Embodiment-Theoretikern manchmal heißt. Mentales und Körperliches artikulieren sich nicht dual, sondern in der Einheit des Erlebens (Depraz, 2008).

Folgen wir Gendlin, hat das Erleben damit zu tun, die Aufmerksamkeit nach innen zu wenden. Das tun wir in der Therapie, wenn wir einen Patienten bitten zu spüren, was in ihm vorgeht:

» Experiencing is defined as the felt datum of an individual's inward direct reference in his phenomenal awareness. (Gendlin, 1997, p. 243 f.)

Wenn wir in der Körperpsychotherapie mit einer Spannung in der Schulter arbeiten, liegt unser Augenmerk auf dem, was der Patient empfindet, wie er sich innerlich z. B. subtil gegen eine Entspannung sträubt, eine Bewegung, in die Welt zu greifen, zurückhält oder

Das Erleben wird daher auch nicht nur als ein inneres Erleben verstanden, sondern als ein Erleben in der Interaktion mit der Welt:

» Subjective experiences are not just inner reactions; they are our interactions in life and situations. They are immediate interactional meanings. (Gendlin, 1997, p. XIV)

Indem wir etwas erleben, lernen wir die Bedeutung von etwas für uns kennen. Bedeutung wird im Körper gefühlt und ist bezogen auf Situationen. Daher spricht der Philosoph Mark Johnson (2007) von »embodied situations«.

2. Körpererleben – die Basis des Selbsterlebens

Meine zweite These lautet: *Das Erleben seiner selbst und der Welt gründet im Körpererleben. Welterleben, Selbsterleben und Körpererleben wiederum hängen von der Geschichte unserer Lebenserfahrungen ab. Eine Besonderheit der Körperpsychotherapie besteht darin, das Selbsterleben vom Körpererleben ausgehend zu erschließen, v. a. über das Bewusstwerden der Innensinne.*

» Meaning is grounded in our bodily experience [. . .] Our experience of meaning is based, first, on our sensorimotor experience, our feelings, and our visceral connections to our world; and second, on various imaginative capacities for using sensorimotor processes to understand abstract concepts. (Johnson, 2007, p. 12)

Wenn Gedanken und Körpergefühle in Konflikt miteinander sind, stellt sich ein Gefühl von Stimmigkeit nur ein, wenn beide miteinander kongruent werden. Dabei ist es nicht so, dass der Körper die Wahrheit mitteilen würde,

wie in einer Überhöhung des Körpers in der Körperpsychotherapie und Kinesiologie der 1980er Jahre gedacht wurde (Boyesen, 1987, S. 175; Diamond, 1983; Kurtz & Prester, 1984). Der Körper kann sich täuschen, was auch experimentell gezeigt wurde (Botvinick & Cohen, 1998). Es geht in der Therapie daher nicht darum, das Körpergefühl höher zu bewerten als die Gedanken, sondern es als Quelle des Selbsterlebens zu nutzen und zu einer Kongruenz zu kommen, bei der ein Mensch sagen kann: »So ist es«.

Bedeutungen werden v. a. von Emotionen generiert, die sich in Körperempfindungen mitteilen. Mit Emotionen antworten wir auf Situationen, auf eine innere wie bei einem Traum, meist aber auf eine äußere in der Interaktion. Emotionen existieren daher auch nicht allein im Individuum, sondern in *embodied situations*. Sie umfassen »Leib, Selbst und Welt« (Fuchs, 2014, S. 18).

Der Körper teilt in einer bestimmten Situation auf Basis der aktuellen emotionalen Reaktion und auf Basis verkörperter Erinnerungen Bedeutungen mit. Die Geschichte der Erfahrungen eines Menschen und der mit diesen Erfahrungen verbundenen Affekte färben, wie jemand eine Situation wahrnimmt. Das Gleiche gilt für die Intentionen. Daher spricht Köth (2013) vom Körper als Speicher und Kompass. Das Erleben des Körpers kündigt nicht nur von unseren Erfahrungen, sondern auch von unseren Bedürfnissen, Wünschen und Absichten. Der Körper ist Träger der Vergangenheit und Träger der noch nicht gelebten Möglichkeiten (vgl. Pestalozzi-Bridel, 2011, S. 14).

Die körperliche Basis des Körpererlebens sind die Sinne: die fünf exterozeptiven Sinne und die Systeme zur Wahrnehmung der inneren Welt, von denen Damasio (2000, S. 182 ff.) drei unterscheidet:

1. das innere Milieu und die Viszera – das ist die Interozeption;
2. das vestibuläre System und der Bewegungsapparat – das ist der propriozeptive oder kinästhetische Sinn;
3. das System des Feintastsinns, das über Sensoren in der Haut arbeitet und sowohl extero- wie interozeptiv ist.

Zur Interozeption gehört eine Vielfalt der afferenten Informationen aus allen Bereichen des Körpers, seien sie neuromuskulärer, gastrointestinaler, kardiovaskulärer, taktiler, respiratorischer, endokriner, chemischer oder osmotischer Art. Die Rezeptoren dieses Systems, wie die Thermorezeptoren der Haut und der Schleimhäute, Schmerzrezeptoren, Muskel-Metabo-Rezeptoren oder Barorezeptoren in den Blutgefäßen, reagieren auf Temperatur, Druck, Schmerz, Jucken, Anspannung oder Gefühle in den Eingeweiden. Einzelne afferente Nervenbahnen sind ausschließlich leichter sinnlicher Berüh-

lage und Bewegung des Körpers gewährleistet wird. Über propriozeptive Signale erfahren wir auch lokomotorische Impulse: uns einem anderen anzunähern oder ihm auszuweichen als Teil einer emotionalen Reaktion (ebd., S. 142, 195 f.). Daher eignet sich in der Therapie die Exploration lokomotorischer Impulse, um die affektive Tönung von Beziehungen zu klären. Auch der Tastsinn ist ein mächtiger Sinn in der Interaktion. Alle drei Sinne tragen daher zur körperlichen Selbstwahrnehmung und zur Konstitution eines Körpers selbst bei.

In der Körperpsychotherapie helfen wir Menschen, sich ihrer Körperempfindungen bewusst zu werden und die in ihnen mitgeteilten Bedeutungen zu erschließen. Dies ist immer ein Prozess des Erkundens. Der Körper lässt sich nicht lesen wie eine Sprache, und wir können die Bedeutung von Körperempfindungen nicht in einem Lexikon nachschlagen. Die in einigen körperpsychotherapeutischen Schulen vertretene Auffassung, dass sich körperliche



In der Körperpsychotherapie helfen wir Menschen, sich ihrer Körperempfindungen bewusst zu werden und die in ihnen mitgeteilten Bedeutungen zu erschließen

rung gegenüber sensitiv (Craig, 2003, p. 501). Das interozeptive System informiert zum Beispiel über den Zustand der glatten Muskeln in den Viszera wie im Darm oder über die tieferen Schichten der Haut, in denen Veränderungen in den Blutgefäßen registriert werden, z. B. dass einem etwas »unter die Haut« geht. Interozeptionen zeigen an, ob etwas angenehm oder unangenehm ist und teilen somit die grundlegende emotionale Bewertung eines Ereignisses mit (Geuter, 2015, S. 140, 193). Wer Körpersignale nicht wahrnehmen kann, kann sich emotional nicht orientieren.

Die Propriozeption ist der Sinn, mit dessen Hilfe die Funktionen des Körperschemas aufrechterhalten werden und eine Repräsentation der Stellung,

Zeichen wie eine Haltung, eine Spannung, eine Geste oder ein Darmgeräusch eins zu eins einer psychischen Bedeutung zuordnen lassen, ist in meinen Augen nicht haltbar.

Ich möchte dies anhand eines persönlichen Beispiels illustrieren. In meiner neoreichianischen Therapieausbildung hatte ich gelegentlich das Symptom, unter innerer Spannung aufzustoßen. Dies wurde als Zeichen meines oralen Charakters gelesen. Ein psychoanalytisch geschulter Ausbilder deutete das Symptom gar als Ausdruck eines Ekels vor der Muttermilch. Eines Tages trat es bei meiner Physiotherapeutin auf und sie kommentierte es so:

»Es klingt, als würden Sie nach Luft ringen, und es kommt Wasser.« Sie fragte mich, ob ich als kleines Kind einmal fast ertrunken wäre. Mir fiel meine früheste Kindheitserinnerung ein: unter Wasser zu treiben und grün von unten zu sehen. Ich war in einen Teich gefallen. Meine Mutter bestätigte mir noch am selben Abend, dass ich mit dem aus den Therapiegruppen bekannten Geräusch in der Nacht nach dem Unglück immer wieder aufgestoßen und algigen Schleim erbrochen hatte. Man kann als Psychotherapeut also nicht sicher sein, was ein Symptom mitteilt, solange man seine Bedeutung nicht exploriert hat.

3. Embodied Mind als paradigmatische Grundlage

Meine dritte These lautet: *Die Körperpsychotherapie entspricht in ihrem Grundverständnis des Menschen der Theorie des Embodied Mind und kann sich auf diese Theorie paradigmatisch beziehen.*

In jüngerer Zeit finden wir in manchen psychotherapeutischen Verfahren den Versuch, eigene Theorien auf die aus den Kognitionswissenschaften und aus der Biologie stammende Theorie des Embodied Mind und das Konzept des Embodiment zu beziehen (z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2013; Michalak et al., 2012). Der Begriff des Embodiments wird dabei auf drei verschiedenen Ebenen verwendet (Geuter, 2014):

1. theoretisch für die Vorstellung, dass mentale Prozesse verkörpert (embodied) und in eine Umgebung eingebettet (embedded) sind;
2. auf einer phänomenologischen Ebene für die verkörperte Wahrnehmung;
3. klinisch für den Prozess, sich seiner selbst körperlich gewahr zu werden und in Kontakt mit inneren Vorgängen zu kommen (Aposhyan, 2004).

In der Psychologie finden wir darüber hinaus unter dem Stichwort Embodiment empirische Forschungen zum Zusammenhang zwischen Denken und Fühlen einerseits, Körperhaltungen und Bewegungen andererseits (Geuter, 2015, S. 157 ff.). Hier werde ich mich nur auf die theoretische Ebene beziehen.

In philosophischer Hinsicht widerspricht die Theorie des Embodied Mind der kognitionswissenschaftlichen Vorstellung, dass der Geist wie ein Rechner funktioniert, der Informationen verarbeitet. Das menschliche Bewusstsein wird vielmehr verstanden als Teil eines lebendigen Wesens, das mit seiner Umgebung in Austausch steht und Bewusstsein generiert, indem es handelt. Noë (2010) spricht daher vom Bewusstsein als einer Erfahrung. Beides heiße gleichermaßen zu erleben, zu denken, zu fühlen und zu planen. Der Enaktivismus sieht den Menschen weder als Informationsverarbeiter wie der Kognitivismus noch als Reizeempfänger wie der Behaviorismus (Hutto & Myin, 2013). Sein Menschenbild entspricht dem der Körper-

wahrnehmen und handeln und wie die Welt auf ihn wirken kann. Ein Beispiel ist die Farbwahrnehmung. Menschen nehmen die Welt trichromatisch in gelb-blau-rot wahr. Ihre Erfahrung von Farbe ist nicht durch die Eigenschaften des Lichts vorgegeben, sondern durch ihr Sinnessystem. Andere Lebewesen sehen anders. Ein Patient von Sacks (1997), der durch einen Unfall das farbige Sehen verloren hatte, sah die Welt nur noch rattenfarbig. Das erzeugt einen anderen affektiven Bezug zur Welt. Umgekehrt sehen Depressive die Welt oft nur noch, metaphorisch gesprochen, grau in grau.

Doch nicht nur ist das Bewusstsein verkörpert; der menschliche Körper ist für das Subjekt auch ein bewusst erlebter Körper. Körpererleben ist ein mentaler Prozess. Wir können daher genauso gut vom *Mindful Body* wie vom *Embodied Mind* sprechen. Körper sind belebte oder »beseelte« Natur: »Minds are not embodied. Bodies are mindful« (Sheets-Johnstone, 2011, p. 464). Als Körperpsychotherapeuten arbeiten wir nicht nur mit Mindfulness, sondern auch mit »Bodyfulness« (Sugamura et

» Wenn das Erkennen der Welt ein verkörpertes Handeln ist, dann ist Erkennen ein Erleben – über den Körper wird uns die Welt als erlebte Welt zugänglich

psychotherapie: Der Mensch wird als ein verkörpert handelndes Wesen verstanden, das in affektmotorischem Bezug zu seiner Umwelt steht.

Wenn das Erkennen der Welt ein verkörpertes Handeln ist, dann ist Erkennen ein Erleben. Denn über den Körper wird uns die Welt als erlebte Welt zugänglich. Subjekte erkennen die Welt nicht in Form elektromagnetischer Schwingungen oder der Bewegungen subatomarer Partikel, sondern in einem gegenständlichen, dreidimensionalen Raum (Varela et al., 1992). Das heißt, die Verkörperungsformen des Wahrnehmenden legen fest, wie er

al., 2006). Sich etwas bewusst zu machen ist immer zugleich ein geistiger und körperlicher Akt: eine körper-seelische Erfahrung, die in einem Lebensprozess entsteht.

Der Anstoß für die Theorie des Embodied Mind kam von den chilenischen Biologen Maturana & Varela (2012). Gegen die idealistische Auffassung, dass geistige Inhalte Projektionen einer Innenwelt sind, und gegen die realistische Auffassung, dass sie Repräsentationen, Abbilder der Welt sind, stellten sie einen »mittleren Weg

der Erkenntnis«, auf dem Kognitionen als verkörpertes Handeln begriffen werden (Varela et al., 1992). Diese Vorstellung entspricht der Psychotherapie sehr, da wir es hier immer damit zu tun haben, wie Menschen ihre Welt gemäß ihren Erfahrungen und ihren Lebensbedingungen erzeugen.

Die Körperpsychotherapie ist schon immer davon ausgegangen, dass Menschen in einem kognitiv-affektiv-motorisch-vegetativen Bezug zur Umwelt leben und nicht nur in einem kognitiven. Als Körperpsychotherapeuten versuchen wir, die affektmotorischen Muster des lebendigen Bezugs zur Welt zu verändern. Wenn jemand sich zum Beispiel immer in sich zurückzieht, sofern ihn ein anderer körperlich und/oder seelisch berührt, liegt der Grund vielleicht darin, dass er als Kind erfahren hat, zurückgewiesen zu werden, wenn er nach Verbindung suchte. Das kann Symptome der Angst, der Depression oder bei traumatischen Erfahrungen auch somatoforme Störungen erzeugen. Dann arbeiten wir am Symptom, indem wir auf die Ebene dieser Disposition gehen. Wenn wir das Muster ändern wollen, ist dies nicht allein ein kognitiver Prozess. Wir müssen das Muster als Ganzes auf allen Ebenen der Erfahrung ändern. Solange jemand weiterhin körperlich zurückschreckt, verändert die Einsicht in ein Muster nicht sein Leben.

Die Theorie des Embodied Mind bietet ein Verständnis vom Wesen des Lebendigen an, das auch mit dem humanistischen, selbstregulativen Verständnis von Heilung zusammengeht. Nach der Theorie von Maturana & Varela (2012) besteht nämlich das Wesen des Lebendigen in einer bestimmten Organisation seines Seins, und zwar darin, dass es aufgrund seiner Struktur andauernd sich selbst erzeugt, d. h. erhält und wiederherstellt (vgl. Thompson, 2007, p. 91 ff.). Das bezeichnen sie als autopoietische Organisation. Lebewesen bilden außerdem als autonome Einheiten eigene Grenzen zu dem sie

umgebenden Milieu, an das sie sich anpassen und mit dem sie sich austauschen. Das bezeichnen sie als strukturelle Koppelung zwischen Umgebung und Organismus, ein Begriff, der an den des subjektiven Lebensraums bei Jacob von Uexküll (1956) erinnert. Schon Einzeller sind von innen her ohne äußere Ursachen aktiv, aber im Austausch mit ihrer Umgebung. Lebewesen bauen sich selbst auf und werden nicht wie Maschinen gebaut. Systeme, die sich als sie selbst erleben und damit bewusste Systeme sind, sind sich selbst aufrechterhaltende Stoffwechselsysteme. Weil Lebewesen sich selbst erzeugen, sind bei ihnen Sein und Tun eine Einheit.

Folgt man der autopoietischen Theorie des Lebendigen, ist auch Heilung ein Prozess, der sich in einer von innen gesteuerten Dynamik ereignet. Dies entspricht dem Verständnis der Humanistischen Psychotherapie, dass der Patient sich selbst heilt. Demnach kann der Psychotherapeut nur helfen, Hindernisse der Selbstheilung zu beseitigen. Er kann Impulse geben, die einen Prozess der Heilung anstoßen, und er kann eine heilende Umgebung bereitstellen. Aber nur der Patient selbst kann sich heilen. Sokrates, der Sohn einer Hebamme, wollte mit seiner Mäeutik das in einem Menschen bereits vorhandene innere Potenzial in die Welt bringen (vgl. Marlock, 2006a, S. 150).

4. Selbsterleben, Selbstexploration und Selbstregulation

Meine vierte These heißt: *Selbsterleben dient dem Ziel der Selbstregulation. Indem wir, ausgehend vom Körpererleben, das Selbsterleben explorieren, helfen wir leidenden Menschen, wieder besser für sich und für die ihnen wichtigen Menschen sorgen zu können.*

In der Körperpsychotherapie begleiten wir Patienten in einem Prozess der Selbstexploration und gestalten

diesen Prozess auf eine Weise, dass sie sich ihr eigenes Selbst wieder aneignen und es wiederbeleben können (vgl. Greenberg, 2011, S. 60; Perls et al., 2007). Diesen Prozess verstehen wir auch als eine »Neuverkörperung der Person« (Varela et al., 1992, S. 247). Marlock bezeichnet die körperpsychotherapeutische Praxis als »Wiederbelebung des Selbst« in einem Prozess, der »emotionale Unbeweglichkeit, Taubheit und Dysregulation« aufzuheben hilft (2006a, S. 149). In der Therapie ist es unser Ziel, dass Patienten wieder in Verbindung mit sich selbst kommen und ihr Leben und ihre Beziehungen zu anderen besser meistern und gestalten können. Damit ihnen das besser gelingt, benötigen sie ein differenzierteres Bewusstsein dessen, wie sie sich selbst und die soziale sowie die dingliche Welt erleben. Die Grundlage dafür ist die Verbindung zu den körperlich spürbaren Erfahrungen.

In der Psychotherapie verändern wir Dispositionen für psychische Störungen, nicht allein Symptome. Denn die Probleme von Patienten liegen meist in denjenigen Dispositionen, die Symptome erzeugen. Eine Disposition ist die Eigenschaft eines Systems, die in Erscheinung tritt, wenn sich etwas ereignet. Z. B. ist eine manifeste Eigenschaft einer Glasscheibe, durchsichtig zu sein, eine dispositionelle Eigenschaft, dass sie zerspringen kann, wenn ein Stein gegen sie fliegt. Zu dem »Symptom« des Zerspringens bedarf es daher der Disposition und eines Ereignisses. In der Psychotherapie wäre eine Disposition eine Verlustangst, die so lange nicht in Erscheinung tritt, wie jemand einen sichernden anderen bei sich hat, aber eine Depression erzeugen kann, wenn er einen bedeutenden Menschen verliert. Dispositionen treten also als Ursachen in einer Interaktion mit einem Ereignis oder einer Situation in Erscheinung (Geuter, 2015, S. 89).

In der Körperpsychotherapie versuchen wir, Dispositionen ganzheitlich auf den verschiedenen Ebenen des körperlich-psychischen Erlebens zu explorieren und zu transformieren. Pragmatisch können wir jeweils über einen Kanal das Erleben erschließen. Ich unterscheide dabei fünf Kanäle, auf denen wir den Zugang zum Erleben finden (s. Abb. 2): Gedanken, Gefühle, innere Bilder/Fantasien, körperliche Empfindungen und motorische Impulse/Handlungsbewegungen. Die wechselseitige Exploration auf diesen verschiedenen Kanälen nenne ich den Kreis der Exploration (Geuter, i. Vorb.). Wenn wir ein Geschehen explorieren möchten, können wir sondieren, welche Empfindung ein Gedanke im Körper auslöst oder von welchem Bild oder welchem Gedanken eine Empfindung begleitet wird, welches Gefühl auftritt, wenn ich mich bewege oder symbolisch im Therapiezimmer handle oder wie sich ein Bild in einer körperlichen Empfindung spiegelt und in einen Handlungsdialog mit dem Therapeuten umsetzen lässt. Wir stiften also Querverbindungen zwischen den verschiedenen Kanälen des Erlebens, um den Prozess der Selbstexploration zu vertiefen. Als Körperpsychotherapeuten nehmen wir in diese Exploration grundsätzlich die körperlichen Empfindungen, Wahrnehmungen und Impulse sowie den Gefühls- und Handlungsdruck hinzu.

Auch in anderen psychotherapeutischen Richtungen wird der Vorteil einer solchen Verbindung gesehen. In

der systemischen Therapie spricht Patalozzi-Bridel davon, dass »die Nutzung der Wechselwirkungen von Körper-, Bild- und Sprachraum« das »Gold« der Therapie sei (2011, S. 17). In der Kognitiven Therapie gehen Michalak et al. (2014) von einem Zusammenhang zwischen Affekten, Gedanken, Körperempfindungen und Körperbewegungen aus.

Erfahrung erhält eine vitale Evidenz, wenn ein Patient sagen kann: »Ja, so ist es.« Das tritt in der Regel dann ein, wenn die im Körper gegründete Wahrnehmung und der Sinn, den wir einem Geschehen mit Worten verleihen, kongruent und für das Subjekt bedeutsam sind (Geuter, 2015, S. 317 ff.). Dann sagt jemand vielleicht: »Ja, ich habe wirklich die Hoffnung verloren, meine Beine sind ganz schwer, es ist, als käme ich nicht mehr vom Fleck.« Oder: »Ich kann meinen verstorbenen Liebhaber einfach nicht gehen lassen, es ist, als stünde ich mit ihm an der Grenze zum Jenseits, und ich bin ganz unbeweglich, weil ich nicht weiß, ob ich hier auf der Welt bleiben oder nach drüben will.« Heisterkamp (2002) spricht von einem »präsentischen Verstehen«, wenn etwas unmittelbar in der Gegenwart so verstanden wird. Als Therapeuten nehmen wir in einem »participatory sense making« (De Jaeger & Di Paolo, 2007) daran teil, wenn wir in uns selbst spüren, ob und wie etwas für den Patienten bedeutsam ist.

Wenn Menschen wieder denken, fühlen, spüren können, was sie zu denken, zu fühlen und zu spüren nicht

wagten, wenn sie wieder tun können, was sie zu tun nicht wagten, und wenn sie wieder fähig dazu sind, da sie es vorher nicht waren, und wenn sie die dabei auftauchenden Emotionen eigenständig ausgleichen können, dann hat ihre Fähigkeit der Selbstregulation zugenommen (vgl. Eberwein, 2009, S. 184; Geuter, 2015, S. 340). Daher fördert das Selbsterleben die Selbstregulation.

Ich möchte dies abschließend am Beispiel einer Therapiestunde erläutern:

»Eine Patientin ist wegen Depressionen mit Suizidalität, sie immer wieder überwältigender Angst vor Verlust, Konzentrationsproblemen und Minderwertigkeitsgefühlen in Behandlung. In der Stunde erzählt sie über einen Konflikt mit ihrem Chef. Er schreie sie an und sie schaffe es nicht, ihn um einen anderen Ton zu bitten. Manchmal komme sie von der Arbeit und weine, einmal tat sie es vor seinen Augen. Sie fühle sich ihm gegenüber ganz klein und verstehe nicht, warum dieses Gefühl so heftig ist.

Bei einem Selbstsicherheitstraining würde man daran arbeiten, wie sie ihm mit mehr Selbstbewusstsein gegenüber treten kann. In der erlebniszentrierten Vorgehensweise erkunde ich mit ihr das Gefühl, klein zu sein. Ich bitte sie, in einer fantasierten Interaktion dem Chef gegenüberzutreten. Sie wählt sich als Symbol für ihn eine größere Teufelsfigur, die sie auf etwa 1,6 m Höhe auf ein Regal setzt. Gefragt nach ihrer Position zu ihm, setzt sie sich auf einen niedrigen Hocker vor ihn. Aus einer für eine Sekunde eingesackten Position richtet sie sich sofort auf und wird starr. Ich mache sie auf diese kleine Veränderung aufmerksam. Sie sagt, sie habe das bemerkt. Ich bitte sie zu erkunden, was in diesem Wechsel der Körperhaltung enthalten ist und dazu noch einmal kurz zwischen beiden Haltungen zu wechseln. Kaum probiert sie es aus, beginnt sie heftig zu weinen. Sie schütze sich mit der starren Haltung vor den Tränen. Am liebsten

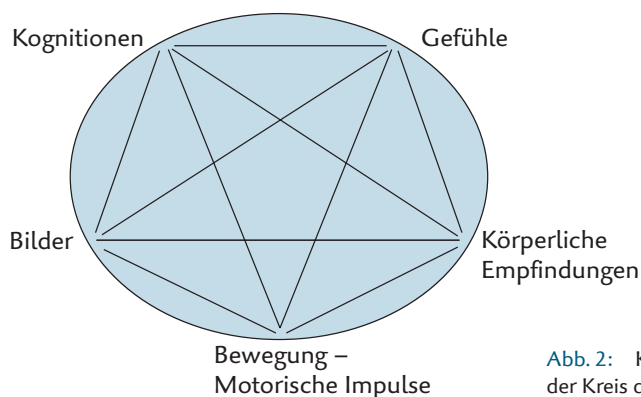


Abb. 2: Kanäle des Erlebens und der Kreis der Exploration

wolle sie sich wegdrehen. Ich lade sie ein, diesem Impuls nachzugehen. Erst dreht sie sich zur Seite, dann gleitet sie vom Hocker herunter. Sie möchte in die Ecke kriechen. Ich lade sie auch dazu ein. Sie kriecht durch den Raum in eine Ecke, hockt sich auf die Knie mit dem Gesicht zum Boden und weint bitterlich. Keiner solle sie sehen, sie wäre gerne verdeckt. Ich lege eine Decke über sie. Das sei gut so. Plötzlich wird sie ruhiger. Jetzt könne sie wieder heraus aus der Ecke. Sie rutscht zurück zum Hocker. Ich bitte sie zu schauen, wie sie sich jetzt dem Chef gegenüber positionieren möchte. Erst setzt sie sich, dann will sie stehen. Zu ihrem Erstaunen stellt sich heraus, dass der Teufel im Regal nun genau auf Augenhöhe mit ihr ist. Das sei gut so. Jetzt könne sie den Chef mit einer lediglich leichten Beklemmung in der Brust anschauen.

Wir besprechen diese Erfahrungssequenz. Bislang hat sie ihre Kraft nicht nur für den Konflikt benötigt, sondern auch dafür, die Seite des Kindes, das sich klein fühlt, in sich niederzukämpfen. In dem Moment, in dem sie dieser Seite hier zu leben erlaubt, muss sie das nicht mehr tun. Ohne dass in der Stunde biografisches Material zu ihrem Kind-Gefühl auftaucht, wirkt allein dessen Erleben transformativ. Da sie die schwache Seite anerkennt, kann sie nun ihre ganze Kraft nutzen, um dem Chef gegenüberzutreten. Aus dieser Erkenntnis heraus formuliert sie den Wunsch an ihn, einen angemessenen Abstand zu ihr zu wahren. Als sie nämlich das letzte Mal versucht habe, mit ihm zu sprechen, sei er auf für sie unangenehme Art dicht vor sie getreten.

In der nächsten Stunde berichtet sie, sie sei zu ihrem Chef gegangen, habe die Tür geschlossen und ihm in ruhigem Ton gesagt, sie wünsche sich, dass er freundlicher mit ihr rede. Der Chef sei innerlich aufgebracht und sie die Starke gewesen. Sie konnte das tun, ohne es eingeübt zu haben. Das veränderte Erleben in der erlebnisbezogenen Konfrontation hatte ihr innere Sicherheit gege-

ben. Noch Stunden später kommt sie darauf zurück, dass sich seit dieser einschneidenden Erfahrung die Situation gebessert habe.« (Geuter, 2015, S. 92)

In der Konfrontation mit ihrem Chef aktualisiert sich bei der Patientin ein kindliches Selbsterleben. Sie verfügt aber auch über ein erwachsenes Selbsterleben, das ihr jedoch aufgrund vieler kindlicher Erfahrungen von Verlassen sein nicht zugänglich ist. Als Kind wurden oft alle Zimmer der Wohnung außer dem Kinderzimmer zugesperrt, selbst die Küche, sodass sie nicht einmal etwas zu essen holen konnte. In ihrer Ehe schlug ihr Mann sie und würgte sie einmal fast zu Tode. Sie hatte eine

panische Angst, alleine nicht überleben zu können. Indem sie in der Stunde ihr kindliches Selbst akzeptierte, erwachte in einem selbstregulativen Prozess aus ihrem Körpererleben heraus die Stärke der erwachsenen Frau. Damit wuchs ihre Fähigkeit, einen Konflikt auszuhalten, ihn durchzustehen, sich darin zu behaupten und sich dadurch lebendiger zu fühlen.

Revenstorf (2013) sieht den Begriff der Lebendigkeit neben dem des Wachstums als einen Kandidaten für körperpsychotherapeutische Identität an. Dieser Begriff verweist darauf, dass ein Mensch nur als lebendiges Subjekt in einem erlebten Körper in Einklang mit sich selbst kommen kann. Ver-

WERKZEUGKASTEN

Schritte, um Körperpsychotherapie in der Praxis anzuwenden:

- Fragen Sie Ihre Patienten, was sie erleben und im Körper empfinden, während sie über etwas sprechen oder während sie schweigen.
- Körperbezogene Fragen sind Fragen nach der Gegenwart des Erlebens: »Wie ist es, was geht in Ihnen vor, was spüren Sie dabei, wie fühlt es sich an, wie und wo teilt sich dies mit, wonach ist Ihnen jetzt?«
- Fragen Sie, was Empfindungen bedeuten könnten. Auf diese Weise kann sich aus den Empfindungen des Körpers subjektives Wissen erschließen.
- Erkunden Sie Empfindungen und Bewegungsimpulse. Sagt ein Patient z. B., etwas mache ihn unruhig, können Sie auf der körperlichen Ebene sondieren: Wie teilt sich diese Unruhe mit? Wo zeigt sie sich wie im Körper? Hat die Unruhe einen Ausdruck? Möchte sie von etwas weg oder zu etwas hin?
- Manche Impulse lassen sich in körperlichem Handeln erkunden. Ein Patient sagt, er könnte mich rütteln, weil ich wegen der Ferien nicht für ihn da gewesen sei. Wir erkunden diese Aussage in einem Handlungsdialog, indem er mich wirklich packt und rüttelt und dabei beobachtet, was mit dem Rütteln verbunden ist oder aus ihm entsteht: vielleicht ein alter Ärger, vielleicht ein Wunsch nach Verbundensein.
- Erlauben Sie dem Patienten, Gefühle körperlich auszudrücken, sei es für sich allein oder in der Interaktion.
- Der Körper ist ein zentrales Mittel, um die Erregungsspannung von Emotionen zu regulieren: durch Aktivierung bei überregulierten Emotionen oder durch Beruhigung bei unterregulierten Emotionen. Verstärktes Atmen oder Bewegung fördert die Aktivierung, langsames Atmen, Bewegen oder körperlicher Halt die Beruhigung.
- Achten Sie auf die körperliche Kommunikation: Welche spontanen Bewegungen zeigt ein Patient, wie ist seine Atmung, seine Mimik, sein Blick, der Klang seiner Stimme? Und was empfinden Sie in Ihrer körperlichen Resonanz? Wir etablieren eine Position des inneren Beobachters, wenn wir einem Patienten z. B. sagen: »Beobachten Sie einmal, was Ihre Hand gerade tut oder gerne tun möchte?«

knüpfen wir Selbstregulation mit Lebendigkeit, dann ist das Ziel der Therapie auch, dass sich die Amplitude der Lebensbewegungen eines Menschen erweitert (Geuter, 2015, S. 326). Das tun auch Eltern, wenn sie Kinder bei der Regulation emotionaler Erregungsspannungen darin unterstützen, ein Mehr an Angst auszuhalten oder ein Mehr an Freude zu empfinden. Wenn wir das Selbsterleben vom Körpererleben her fördern, tragen wir auch in der Therapie dazu bei.

→ Summary

Body Experience and Self-Experience – Essentials of Body Psychotherapy
Proceeding from the history of body-psychotherapeutic schools of thought, the article proposes four theses encompassing the essentials of body psychotherapy. Body psychotherapy is described as an experiential therapeutic approach focusing on the subject in its life processes. Body experience is regarded as a central access to self-experience.

Keywords: body psychotherapy, body experience, self, self-experience, embodied mind, experience-centred psychotherapy

→ Bibliografie

- Aposhyan, S. (2004). *Body-Mind Psychotherapy. Principles, Techniques, and Practical Application*. New York: Norton.
- Boadella, D. (1991). *Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese*. München: Kösel.
- Botvinick, M., & Cohen, J. D. (1998). Rubber hand ›feels‹ what eyes see. *Nature*, 391, 756.
- Boyesen, G. (1987). *Über den Körper die Seele heilen. Biodynamische Psychologie und Psychotherapie. Eine Einführung*. München: Kösel.
- Craig, A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, 13, 500–505.
- Damasio, A. R. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- De Jaeger, H., & Di Paolo, E. (2007). Participatory Sense Making: An Enactive Approach to Social Cognition. *Phenomenology and Cognitive Sciences*, 6, 485–507.
- Depraz, N. (2008). The rainbow of emotions: at the crossroads of neurobiology and phenomenology. *Continental Philosophy Review*, 41, 237–259.
- De Preester, H. (2007). The deep bodily origins of the subjective perspective: Models and their problems. *Consciousness and Cognition*, 16, 604–618.
- Diamond, J. (1983). *Der Körper lügt nicht*. Freiburg: VAK.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Eberwein, W. (2009). *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Therapien und Techniken*. Stuttgart: Thieme.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 495–538). Hoboken, N. J.: Wiley (6th ed.).
- Fogel, A. (2009). *The Psychophysiology of Self-Awareness. Rediscovering the Lost Art of Body Sense*. New York: Norton (dt. Übersetzung: *Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer, 2013).
- Fuchs, T. (2014). Verkörperte Emotionen – Wie Gefühl und Leib zusammenhängen. *Psychologische Medizin*, 25, 13–20.
- Geißler, P., & Heisterkamp, G. (Hrsg.) (2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch*. Wien: Springer.
- Gendlin, E. (1993). Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 4, 693–706.
- Gendlin, E. (1997). *Experiencing and the Creation of Meaning*. Evanston: Northwestern University Press (2nd ed.).
- Geuter, U. (1996). Körperbilder und Körper-techniken in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 99–106.
- Geuter, U. (2000). Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie. In F. Röhrich, *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen* (S. 53–74). Göttingen: Hogrefe.
- Geuter, U. (2006a). Körperpsychotherapie. Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 5, 116–122, 258–264.
- Geuter, U. (2006b). Geschichte der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 17–32). Stuttgart: Schattauer.
- Geuter, U. (2014). Stichwort: Embodiment. *körper – tanz – bewegung*, 2, 125–127.
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Geuter, U. (i. Vorb.). *Körperpsychotherapie: Praxis. Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess* (Arbeitstitel). Heidelberg: Springer.
- Geuter, U., Heller, M. C., & Weaver, J. O. (2010). Elsa Gindler and her influence on Wilhelm Reich and body psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5, 59–73.
- Geuter, U., & Schrauth, N. (1997). Wilhelm Reich, der Körper und die Psychotherapie. In K. Fallend & B. Nitzschke (Hrsg.), *Der ›Fall‹ Wilhelm Reich. Beiträge zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik* (S. 190–222). Frankfurt a. M.: Suhrkamp (Neuaufgabe Gießen: Psychosozial-Verlag, 2002).
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Reinhardt.
- Hartley, L. (2012). *Einführung in Body-Mind Centering. Die Weisheit des Körpers in Bewegung*. Bern: Huber.
- Heisterkamp, G. (2002). *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Heisterkamp, G. (2007). Praxis der Analyse seelischer Lebensbewegungen. In P. Geißler & G. Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch* (S. 299–340). Wien: Springer.
- Heller, M. (2012). *Body Psychotherapy: History, Concepts, Methods*. New York: Norton (übers. aus d. Franz.: *Psychothérapies corporelles. Fondements et méthodes*. Brüssel: De Boeck, 2008).
- Hutto, D. D., & Myin, E. (2013). *Radicalizing Enactivism. Basic Minds without Content*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Johnson, M. (2007). *The Meaning of the Body. Aesthetics of Human Understanding*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Köth, A. (2013). Der Körper als Speicher und als Kompass. *körper – tanz – bewegung*, 1, 59–65, 120–126.
- Kurtz, R. (1985). *Körperzentrierte Psychotherapie. Die Hakomi Methode*. Essen: Synthesis.
- Kurtz, R., & Prestera, H. (1984). *Botschaften des Körpers. Bodyreading: ein illustrierter Leitfaden*. München: Kösel (3. Aufl.).
- Leuzinger-Bohleber, M., Emde, R. N., & Pfeiffer, R. (Hrsg.) (2013). *Embodiment. Ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lowen, A. (1981). *Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik*. München: Kösel.
- Marlock, G. (2006a). Körperpsychotherapie als Wiederbelebung des Selbst – eine tiefenpsychologische und phänomenologisch-existenzielle Perspektive. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 138–151) Stuttgart: Schattauer.
- Marlock, G. (2006b). Sinnliche Selbstreflexivität. Zum Arbeitsmodus der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 396–405) Stuttgart: Schattauer.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (2012). *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. Frankfurt a. M.: Fischer (5. Aufl.).
- Michalak, J., Burg, J. M., & Heidenreich, T. (2012). Don't forget your body: Mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. *Mindfulness*, 3, 190–199.
- Michalak, J., Remmers, C., & Heidenreich, T. (2014). Entdeckung des Hier und Jetzt: Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie. In O. Kunz & T. Teismann (Hrsg.), *Moderne Ansätze in der Depressionsbehandlung* (S. 233–254) Tübingen: DGVT.
- Noë, A. (2010). *Du bist nicht dein Gehirn. Eine radikale Philosophie des Bewusstseins*. München: Piper.
- Perls, F. S., Hefferline, R. E., & Goodman, P. (2007). *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta (9., überarb. Aufl.).
- Pestalozzi-Bridel, A. (2011). *Worte sind Silber – was ist Gold? Heilsame Geschichten entwickeln in Körper, Bild und Sprache. Ein integratives psychotherapeutisches Konzept*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pokorny, V., Hochgerner, M., & Cserny, S. (1996). *Konzentrierte Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren*. Wien: Facultas.
- Reich, W. (1933/1989). *Charakteranalyse*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Revenstorf, D. (2013). Körperpsychotherapie und die Integration in die Psychotherapie. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gruppe – Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie* (S. 177–189) Gießen: Psychosozial.
- Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F., Gallagher, S., Geuter, U., & Hutto, D. (2014). Embodied cognition and body psychotherapy: The construction of new therapeutic environments. *Sensoria – A Journal of Mind, Brain, and Culture*, 10, 11–20.
- Sacks, O. (1997). *Eine Anthropologin auf dem Mars: Sieben paradoxe Geschichten*. Reinbek: Rowohlt.
- Sheets-Johnstone, M. (2011). Embodied minds or mindful bodies? A question of fundamental, inherently inter-related aspects of animation. *Subjectivity*, 4, 451–466.
- Soth, M. (2009). From humanistic holism via the »integrative project« towards integral-relational body psychotherapy. In L. Hartley (ed.), *Contemporary Body Psychotherapy. The Chiron Approach* (pp. 64–88) London: Routledge.
- Southwell, C. (1990). Biodynamische Psychologie. In J. Rowan & W. Dryden (Hrsg.), *Neue Entwicklungen der Psychotherapie* (S. 198–221) Oldenburg: Transform.
- Sugamura, G., Haruki, Y., & Koshikawa, F. (2006). *Mindfulness and Bodyfulness in the Practices of Meditation: A Comparison of Western and Eastern Theories of Mind-Body*. Poster presented at the 1st Convention of the Asian Psychological Association, Bali, Indonesia.
- Thompson, E. (2007). *Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Thompson, E., & Varela, F. J. (2001). Radical embodiment: neural dynamics and consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 418–425.
- Totton, N. (2002). The future for body psychotherapy. In T. Staunton (ed.), *Body Psychotherapy* (pp. 202–224) London: Routledge.
- Totton, N. (2003). *Body Psychotherapy. An Introduction*. Maidenhead: Open University Press.
- Uexküll, J. von (1956). *Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen. Bedeutungslehre*. Reinbek: Rowohlt.
- Uexküll, T. von, Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H., & Johnen, R. (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1992). *Der Mittlere Weg der Erkenntnis*. Bern: Scherz.



Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Ulfried Geuter

Otto-von-Wollank-Str. 57
14089 Berlin

Prof. Dr. Ulfried Geuter, Psychologischer Psychotherapeut; Körperpsychotherapeut und Psychoanalytiker in eigener Praxis in Berlin; lehrt Körperpsychotherapie als a. pl. Professor an der Universität Marburg, Masterstudiengang Motologie, Schwerpunkt Körperpsychotherapie. Dozent, Lehranalytiker und Lehrtherapeut am Potsdamer Institut für Psychotherapie im Schwerpunkt Körperpsychotherapie sowie am Institut für Psychologische Psychotherapie (ppt) und am Institut für Körperpsychotherapie in Berlin; Mitherausgeber der Zeitschrift *körper – tanz – bewegung*; zahlreiche Veröffentlichungen über die Geschichte der Psychologie und über Körperpsychotherapie, u. a. *Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis* (2015) und *Körperpsychotherapie: Praxis. Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess* (i. Vorb.).