

Dr. med. Andrea Riedl

Fachärztin für Innere Medizin

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Integration körperpsychotherapeutischer Methoden in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

1.) Einleitung

Menschen zu verstehen. Zu erfahren, „was es mit Menschen auf sich hat“. Das schon früh entstandene und tiefe Interesse am Inneren des Menschen, seinen Motiven, seinem Antrieb, den Gründen für sein Handeln und natürlich nicht zuletzt das Interesse an mir selbst, haben mich vor nun mehr als 20 Jahren dazu gebracht, Medizin zu studieren. Das Wissen um die Funktionen des Körpers - so dachte ich - würden mir Antworten auf meine Fragen liefern. Doch merkte ich während des Studiums schon bald, dass in vielen Fällen von Patientenschicksalen die somatische Medizin der Frage nach der Komplexität und Ganzheitlichkeit im Verständnis der Ursache einer Erkrankung nicht gerecht wurde. So kam ich zur Psychosomatischen Medizin und in die intensive Auseinandersetzung mit der Tiefenpsychologie. Ich konnte nun meine Neugierde um ein tieferes Verständnis mehr stillen, doch merkte ich hier im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen, dass nun wiederum die Somatik, der Körper kaum eine Rolle spielte. Im weiteren Verlauf meiner Laufbahn lernte ich dann die Körperpsychotherapie kennen und hatte das Glück, auf einen wunderbaren Psychotherapeuten zu treffen, der die tiefenpsychologische Psychotherapie um Bausteine der Körperpsychotherapie im Einzel- und Gruppensetting ergänzte. Ich hatte das erste Mal das Gefühl, mich mit dieser Methodik selbst - und dadurch auch Patienten - bisher am komplexesten verstehen und behandeln zu können.

In meinem aktuellen psychotherapeutischen Alltag als Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erlebe ich es häufig, dass Assistenz- und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein grosses medizinisches, theoretisches, analytisches (oder verhaltenstherapeutisches) Wissen haben. Die praktische Arbeit an Elementen des Körpererlebens, die beispielsweise auch von Gerd Rudolf (Rudolf, 2006) in der OPD als grundlegende Ich-strukturelle Fähigkeit (Kommunikation nach innen, Körperselbst) beschrieben werden, in der Ausbildung aber so gut wie gar nicht vermittelt werden.

Was mir im Laufe meiner Ausbildung und meines psychotherapeutischen Werdeganges klar wurde ist, dass die Wahrnehmung, das Aushalten und die Kommunikation meiner

Gefühle und Körperwahrnehmungen die Voraussetzung für ein lebendiges Fließen und letztlich auch einer Liebesfähigkeit ist. In meiner eigenen Entwicklung war die Erkenntnis zentral: Erst wenn das, was in mir ist, da sein darf, ich es spüren kann, wenn ich Demut für die Lebendigkeit des Lebens und Ehrfurcht entwickeln kann, werde ich im Stande sein, zu lieben, zu fließen und mich dem Leben und dem Lebendigen ein Stück weit zu übergeben. Hierfür hat mir persönlich die Körperpsychotherapie einen enorm wertvollen Beitrag geleistet.

2.) Begründung für die Methodenintegration

2.1.) Historischer Rückblick der Integration von Körperpsychotherapie und Psychoanalyse

Eine Vielzahl der Begründer und Entwickler der Psychoanalyse integrierten schon seit Beginn des letzten Jahrhunderts körperpsychotherapeutische Ansätze in ihre Theorien und praktische Arbeit.

Seit Freuds viel zitiertem Ausspruch „Das Ich ist vor allem ein Körperliches“ (Freud, 1923, S.294) ist in der psychosomatischen Szene die Integration körperlicher Aspekte bisher mehr oder weniger stark gelungen. Freud beschrieb schon 1890, dass sich „seelische Zustände eines Menschen in den „Spannungen und Erschlaffungen seiner Gesichtsmuskulatur, in der Einstellung seiner Augen, der Blutfüllung seiner Haut, der Inanspruchnahme seines Stimmapparates und in den Haltungen seiner Glieder“ anderen Menschen mitteilen (Freud, 1890, S.20). Auch psychoanalytische Vorväter wie Georg Groddeck praktizierten körperpsychotherapeutische Interventionen. So massierte Groddeck seine Patienten täglich und mobilisierte durch Druck gegen das Zwerchfell ihren Atem (Will, 1987, S.22ff).

Er praktizierte, wie später auch Wilhelm Reich, das Modell, verbale psychotherapeutische Arbeit und Körperarbeit in ein und derselben Behandlung durch *einen* Therapeuten zu verbinden. Fenichel, Ferenczi und Reich beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen Muskeltonus und Affektverdrängung - Fenichel theoretisch, Ferenczi und Reich auch in der praktischen Behandlung. Fenichel beschrieb, dass die Verdrängung in einer Abhaltung gewisser Regungen von der Motilität bestehe (Fenichel, 1927, S.118), während sich Reich u.a. auf den Mechanismus der Affektverdrängung durch die „Atembremse“ fokussierte (Reich, 1942, S.233). Zudem konzeptualisierte Reich das Modell einer körperlichen Abwehr und beschrieb die Muskelpanzerung (chronische Muskelanspannung) als wichtigen körperlichen Verdrängungsmechanismus. Daraus folgend entwickelte er als Erster eine Reihe von körperlichen Interventionen, um die Muskelpanzerung abzutragen sowie die Atmung zu vertiefen, um - wie er postulierte - die „eingeschlossene Lebensenergie“ zu befreien und dadurch Neurosen zu heilen. Er sprach von einer funktionalen Einheit zwischen Beziehungsmustern, psychischer Struktur und körperlicher Struktur. Somit war er einer der Ersten, der die dualistische Spaltung des Menschen in Körper und Psyche zugunsten einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Sichtweise überwand.

Reich stellt sich mit der Idee einer einheitlichen Energie des Lebendigen gegen Freud und bestritt Freuds Theorie eines angeborenen Todestriebes, was im Verlauf auch zum Zerwürfnis zwischen den beiden Psychoanalytikern und einem Ausschluss Reichs aus der deutschen Psychoanalytischen Vereinigung führte. Während Freud Widerstand während psychoanalytischer Behandlungen noch durch den Todestrieb (Thanatos) zu erklären versuchte, betrachtete Wilhelm Reich die Widerstände als körperenergetischen

Niederschlag vor allem sozialer Repression. Reich stellte fest, dass die nonverbalen Äußerungen der Klienten, ihre Körperhaltungen und ihre unwillkürlichen Ausdrucksgesten entscheidende Hinweise auf Widerstände und Übertragungsmuster der Patienten zuließen. Die primäre Aufgabe des Psychoanalytikers sah Reich in der Analyse dieser Behandlungswiderstände und bezeichnete die Arbeitsweise als „Charakteranalyse“ (Reich, 1970).

2.2.) Aktuelle Literaturbeispiele zur Integration körperpsychotherapeutischer Ansätze in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Es gibt heute eine Vielzahl an über 100 körpertherapeutischen Ansätzen unterschiedlichster Art, die (nicht nur) den psychotherapeutischen Markt bevölkern, jedoch nicht Bestandteil der von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten psychotherapeutischen Verfahren sind. Dennoch wird in den gängigen Lehrbüchern für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie immer wieder empfohlen, insbesondere im Bereich von Arbeit an strukturellen Defiziten mit körperpsychotherapeutischen Interventionen zu arbeiten. Im klinischen, stationären Alltag gibt es bereits eine zunehmende Integration der Methoden, es stellt sich jedoch die Frage der Integrierbarkeit körperpsychotherapeutischer Methoden in das tiefenpsychologische, ambulante Setting.

Gerd Rudolf, der als der Hauptbegründer der strukturbezogenen Psychotherapie gilt und maßgeblich an der Entwicklung der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) beteiligt war, bezieht sich in seinen Lehrbüchern immer wieder explizit auf körperpsychotherapeutische Interventionen. Er benennt bezogen auf die strukturelle Fähigkeit der Kommunikation nach Innen, das Körper selbst als einen zentralen Bestandteil für die Fähigkeit, Affekte wahrzunehmen. Intrapyschisch kommunizieren zu können, Affekte und Fantasien zum Verständnis über sich Selbst nutzen zu können, brauchen als Voraussetzung ein lebendiges Körper selbst, eine Fähigkeit, die für Patienten, aber natürlich auch ganz wesentlich für Psychotherapeuten essentiell ist, nicht zuletzt, um z.B. Gegenübertragungsgefühle überhaupt wahrnehmen und einordnen zu können. Therapeuten, die sich ihres eigenen Körpers bewusst sind, auch ihre eigenen leiblichen Übertragungs- und Gegenübertragungstendenzen durchgearbeitet haben, können deswegen die Grenzen, die es z.B. bei traumatisierten Patienten zu schützen gilt, gut wahrnehmen (Siegel et al., 1999).

Gerd Rudolf beschreibt das Körpererleben insbesondere bei strukturellen Störungen wie folgt: *„Aus psychologischer und speziell psychoanalytische Sicht spielt der Körper eine merkwürdig unbedeutende Rolle und wird häufig nur als eine von vielen Aspekten der Selbstrepräsentanz berücksichtigt. Wenn jedoch ein Therapeut (...) erst einmal auf die Körperdimension aufmerksam geworden ist, wird er das außerordentliche Gewicht veränderten Körpererlebens bei strukturellen Störungen nicht mehr übersehen können. Kaum etwas anderes ist dem Erleben so unmittelbar präsent und von so herausragender subjektiver Bedeutung wie die Erfahrung des eigenen Körpers.“* (Rudolf 2006, Seite 64)

Gerd Rudolf beschreibt für die Arbeit mit strukturell erkrankten Patienten u.a. folgende Einschränkungen der strukturellen Fähigkeiten, die als Grundlage für Affektwahrnehmung in der Psychotherapie behandelt werden sollten (Rudolf 2006, Seite 66):

- Ein realistisches Bild des Körpers zu erlangen,
- den eigenen Körper emotional lebendig zu erleben und sich darin ausreichend

- sicher und wohl zu fühlen,
- ein Gefühl von körperlicher Identität zu entwickeln,
- die eigenen Körpervorgänge emotional zu ertragen und zu verstehen,
- auf die eigenen Körpersignale angemessen zu reagieren,
- dem eigenen Körper Fürsorglichkeit zukommen zu lassen und körperliche Schäden zu vermeiden,
- die Körperlichkeit anderer empathisch zu verstehen und sich von diesen emotional berühren zu lassen.

Vor allem in der Arbeit mit psychosomatisch Erkrankten kommen Defizite genau in diesem Bereich als pathogene Faktoren häufig vor – man denke beispielsweise an die katastrophisierende und angstmachende Wahrnehmung von physiologischen Darmbewegungen beim Reizdarmsyndrom, die oft auf ein solches strukturelles Defizit, eigene Körpervorgänge und Körpersignale angemessen einzuordnen, zurückzuführen ist.

Aber auch andere Fachbücher zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, wie Wöller und Kruse, empfehlen in ihrem Praxisleitfaden, neben einem eigenen Kapitel über körperpsychotherapeutische Verfahren von S.Trautmann-Voigt und B.Voigt, körperpsychotherapeutische Interventionen beispielsweise zur Verbesserung der Affekttoleranz wie „Verringerung negativer Emotionen durch die Konzentration auf Körperempfindungen“ (Wöller und Kruse, 2007, S.262).

Um die affektive Ausdrucksfähigkeit zu differenzieren wird eine Verdeutlichung der Körperhaltung des Patienten durch Imitation der Haltung durch den Therapeuten empfohlen, auch dies eine körperpsychotherapeutische Intervention (Wöller und Kruse, 2007, Seite 266).

Auch um in der Anfangsphase einer Psychotherapie das Affekterleben zu intensivieren wird eine verstärkte Wahrnehmung des Körpers empfohlen („Wo im Körper spüren Sie das Gefühl? Können Sie da einen Moment bleiben?“) (Wöller und Kruse, 2007, Seite 107).

Auch Michael Balint empfahl die Nutzung von Körperlichkeit und spontanen Körperbewegungen für den therapeutischen Prozess: „Das Unbewusste drückt sich in Bewegungen und im spontanen körperlichen Ausdruck ebenso wie in Träumen und Fantasien aus.“ (Balint, 1987).

Methoden der Körperpsychotherapie geben laut Balint die Möglichkeit, durch Beobachtungen körperbetonter Phänomene wie Körpersprache, Mimik, spontaner Bewegungsimpulsen, Gangbild, Handschlag, etc. Hinweise auf das Unbewusste zu erhalten, was eine grosse Bereicherung im tiefenpsychologischen Therapieprozess sein kann.

In den letzten Jahrzehnten erwiesen sich zudem Modelle aus der Neurobiologie zunehmend als kompatibel mit psychotherapeutischem Denken, nicht nur die Körperpsychotherapie erhofft sich konsekutiv eine neurowissenschaftliche Fundierung der psychotherapeutischen Arbeitsweise. Namhafte Neurobiologen wie Gerald Hüther und Gerhard Roth erwähnen explizit körperpsychotherapeutische Verfahren als sinnvoll im Rahmen einer von ihnen entwickelten „neurobiologisch fundierten Psychotherapie“. So schreibt Hüther 2010, dass körperorientierte Verfahren der neurowissenschaftlichen Erkenntnis einer Einheit von Fühlen, Denken und Handeln gerecht werden. Roth postuliert, dass der Zugang zum Unbewussten niemals ausschließlich sprachlich geschehen können, weil die limbischen Zentren, in denen die entscheidenden Bewertungsprozesse stattfinden, „Sprache als rein kognitives Kommunikationsereignis“

nicht verstanden (Roth 2008, S.88). Körperassoziierte emotionale Zugangsweisen können subkortikale Strukturen besser erreichen und sollten in eine neurobiologisch fundierte Psychotherapie integriert werden.

In der aktuellen tiefenpsychologischen Literatur ist also die Integration des Körpers in der Theorie durchaus schon berücksichtigt, im Rahmen der Facharztweiterbildung im aktuellen Curriculum kommt das Thema jedoch so gut wie nicht vor.

Was meines Erachtens konkret zu kurz kommt, sind praktische methodische Ansätze, wie diese von Rudolf, Kruse, etc. empfohlenen körperpsychotherapeutischen Methoden, die jenseits einer kompletten mehrjährigen Körperpsychotherapieausbildung erlernt werden könnten.

Die hiesige Arbeit dient der Entwicklung eines mehrwöchigen Fortbildungsangebotes für das Kennenlernen von körperpsychotherapeutischen Interventionen und Haltungen mit dem Zweck der Integration in tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Dieses soll sich ganz bewusst von einer Körperpsychotherapieausbildung abheben.

Mein Anliegen besteht darin, den interessierten Kollegen einen Einblick in körperpsychotherapeutisches Arbeiten zu ermöglichen, um den Blick auf diese so wertvollen Interventionsmöglichkeiten zu schärfen. Außerdem anzuregen, selbst als Therapeuten an der Verbesserung ihrer Affektwahrnehmung und des Körpergefühls zu arbeiten und um einzelne Methoden davon gegebenenfalls in die tiefenpsychologische Arbeit zu integrieren.

Mich beschäftigt, wie man auch im Rahmen eines „Standard“-Settings innerhalb ambulanter Richtlinienpsychotherapie (50 Minuten, zwei Stühle, Couch) körperpsychotherapeutisches Wissen und Haltung einfließen lassen kann. Es sind für mich vor allem die auf Wahrnehmung, Affektregulation, Achtsamkeit und Beziehung orientierten Aspekte der Körperpsychotherapie, die sich gut integrieren lassen.

Ich möchte in der Folge auf theoretische Überlegungen zu Vor- und Nachteilen und meines Erachtens nach wesentlichen Aspekten im therapeutischen Beziehungsgeschehen bei der Methodenintegration eingehen und danach ein praktisches Fortbildungsmodul beispielhaft skizzieren.

3.) Theoretische Überlegungen zur Methodenintegration

Man findet in der aktuellen Literatur zur Wirksamkeit von Psychotherapie immer stärker die Propagierung eines „polypragmatischen Ansatzes“. Das bedeutet, dass unterschiedliche Therapieelemente abwechselnd verwendet werden und jeweils einem eigenen Ziel dienen (Herbold et al., 2016), was zu einem *Nebeneinander* einzelner Therapieelemente führt - dies meist auch durch unterschiedliche Therapeuten. Was jedoch zunehmend gefordert wird, und meiner Idee entspricht, ist die Verwendung unterschiedlicher Therapieelemente durch *einen* Therapeuten. Voraussetzung hierfür ist, dass die methodische Befähigung für Beides gegeben sein muss und dass mögliche Wechselwirkungen im Behandlungsprozess gekannt und beachtet werden.

Diese Vorgehensweise entspricht auch der aktuellen Psychotherapieforschung, die wesentliche Wirkfaktoren von Psychotherapie darin sieht, dass Psychotherapeuten einen Pool an Interventionsmöglichkeiten haben, den sie individuell einsetzen können.

Eine häufig geäußerte Kritik an der Integration körperpsychotherapeutischer Arbeit ist

jene, dass dadurch das Übertragungsgeschehen beeinflusst oder manipuliert werden könne.

Deshalb möchte ich mich in dem Zusammenhang mit der Beachtung von Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut (Übertragung/ Gegenübertragung) bei der Integration von körperpsychotherapeutischer Arbeit in den laufenden Therapieprozess beschäftigen.

3.1.) Wie kann ich die – (auch) in körperpsychotherapeutischen Interventionen auftretende – Übertragung und Gegenübertragung in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie integrieren?

Das therapeutische Beziehungsangebot, das im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie häufig eher zurückhaltend-aufmerksam, empathisch und auf eine validierende Art konfrontativ ist, wird durch körperpsychotherapeutische Elemente verändert. Hier ist das Beziehungsangebot oft auch supportiv, begleitend, anleitend, einem „Geburtshelfer“ entsprechend, phasenweise mehr direktiv. Zudem bringt sich der körperpsychotherapeutisch Arbeitende mitunter aktiver ein als dies in einem psychodynamischen Kontext der Fall ist. Phasenweise kann es zu mehr direkten Aufforderungen kommen, wie beispielsweise der Einladung, in eine Bewegung zu kommen oder bestimmte Körperteile intensiver wahrzunehmen. Auch diese Haltung finden wir in der tiefenpsychologischen Psychotherapie in der Regel nicht so häufig.

Die realen Übertragungsauslöser werden sich also deutlich unterscheiden, je nachdem ob der Therapeut eine eher kontemplativ-empathische oder eine konfrontative Haltung einnimmt oder ob er eine körperpsychotherapeutische Intervention anleitet. Im Sinne der Methodenintegration ist es hilfreich, das gesamte Geschehen in der therapeutischen Beziehung mit seinen übertragungsbedingten Reinszenierungen zu betrachten.

Das Wissen aber und die Achtsamkeit für solche Beziehungs – und Übertragungsmuster halte ich in der integrierenden psychotherapeutischen Arbeit für essentiell. Ist doch unser Haupttherapiewerkzeug die Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

Um diese Überlegungen etwas anschaulicher zu machen, möchte ich anhand von einem praktischen Beispiel (Beispiel 1) aus meiner persönlichen psychotherapeutischen Arbeit sowie den in der OPD 2014 beschriebenen und klassifizierten typischen polar formulierten Beziehungserwartungen (Tabelle 1) beispielhaft einige Übertragungsbereitschaften beschreiben, die bei der Integration von körperpsychotherapeutischen Methoden bei bestimmten Beziehungsthemen auftreten können.

Tabelle 1: Beziehungserwartungen (Adaptiert nach Arbeitskreis OPD 2014)

Beziehungsthema	Beziehungserwartung
	Ich erwarte, dass andere (z.B. die Therapeutin)...
1. Autonomie	1.1 mir viel Freiraum geben, mich alleine machen lassen
	1.2 mir keinen Freiraum lassen, sich einmischen
2. Anerkennung	2.1 mich bewundern und anerkennen
	2.2 mich klein machen, entwerten, beschämen
3. Fürsorge	3.1 sich besonders um mich kümmern und sorgen
	3.2 mir ihre Zuneigung entziehen
4. Führung	4.1 mich wenig führen oder beeinflussen
	4.2 mich vernachlässigen, mich im Stich lassen

Beispiel 1: Ich behandelte eine depressive, 26-jährige Patientin mit ausgeprägter Aggressionshemmung aufgrund einer massiven Angst vor Aggression bei alkoholkrankem, in seiner Affektivität unvorhersehbarem Vater. Nach etwa drei Monaten tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im Sitzen, bei der es um Beziehungsaufbau, das Herstellen eines sicheren Raumes und Klarifizierung der psychodynamischen Zusammenhänge ging, begann ich, bei anhaltend schlappen, in sich zusammengesunkenen depressiven Körperhabitus, körperpsychotherapeutische Interventionen zu integrieren: Ich bot in einer Stunde, in der es thematisch gut passte, beispielsweise eine Intervention des Körperganges an: Ich schlug der Patientin vor, sich frei im Raum zu bewegen und in einer Art zu gehen, die ihrem aktuellen Gefühlsstatus entspricht. Nach etwa fünf Minuten des Sich-frei-entwickeln-Lassens, bat ich sie auf Signale und Impulse ihres Körpers zu achten. Ob es etwas gibt, was dieser gerne machen würde. Sie trat etwas fester auf. Ich bot ihr an, die festen Tritte noch etwas zu verstärken, was sie rasch annahm und auch umsetzte. Der Gang änderte sich von schlapp, ohne Ladung in den Beinen, in einen geerdeteren Gang. Ich beobachtete, dass sie immer wieder kurz die Hände zur Faust ballte, nahm diesen Spontanimpuls des Körpers auf und bot ihr wiederum an, dies zu verstärken. Es entstand ein fester wirkender Gang, mit mehr Ladung in den Beinen, begleitet von fest zusammengeballten Fäusten. Nach etwa zehn Minuten konnte sie den Impuls verbalisieren, schlagen zu wollen. Mit dem Aussprechen dieses Wunsches/ Impulses sackte der Körper wieder in sich zusammen und ihr kamen die Tränen.

Im Nachgang konnten wir anhand dieses Beispiels erkunden, wie sehr sie sich vor der Wut, die hochkommt, fürchtet und es sie zutiefst beschämt, sich so zu zeigen, da sie doch auf keinen Fall so sein wolle wie ihr Vater.

1) Beziehungsthema Autonomie:

Ich erwarte, ... 1) dass andere mir viel Freiraum geben
 ... 2) dass andere mir keinen Freiraum geben

1) Bei einem Patienten, der in seinen Beziehungen ein hohes Maß an Eigenständigkeit anstrebt, könnte das Beziehungsangebot einer solchen Intervention als einengend und ihn bevormundend erlebt werden.

2) Bei Patienten, die Eigenständigkeit in der Beziehung vermeiden, könnte dasselbe Beziehungsangebot als Verantwortungsübernahme durch den Therapeuten wahrgenommen werden. Er könnte dadurch in seiner Selbstwahrnehmung bestätigt sein, alleine eigentlich hilflos und auf andere angewiesen zu sein.

2) Beziehungsthema Anerkennung

Ich erwarte,... 1) dass andere mich anerkennen
... 2) dass andere mich beschämen

1) Der Patient könnte eine solche Übung als Zutrauen in das eigene Erleben wahrnehmen.

2) Bei einem Patienten mit ausgeprägtem Minderwertigkeitserleben, könnte der anleitende, aktivere Therapeut so erlebt werden, dass er, dadurch dass er „sein Wissen besonders zur Geltung bringt“ den Patienten klein macht/ ihn beschämt, er den Therapeuten idealisiert, bewundert und sich dadurch noch mehr unvermögend und klein fühlt.

3) Beziehungsthema Fürsorge

Ich erwarte ... 1) dass andere sich besonders um mich kümmern
... 2) dass andere mich vernachlässigen/ im Stich lassen

1) Der Therapeut könnte als aktiver, anleitender Mensch und als sich besonders kümmernd und sorgend wahrgenommen werden.

2) Eine Sorge, zur Last zu fallen kann dazu führen, dass Patienten das Angebot entweder ablehnen, oder aber, mit hoher Bereitschaft fleißig mitmachen, dabei eigene Grenzen übergangen und sich überlasten.

4) Beziehungsthema Führung

Ich erwarte,... 1) dass andere mich wenig beeinflussen/ führen
... 2) dass andere mich bestimmen/ kontrollieren

1) Ein Beziehungsangebot mit mehr Direktivität bietet bei vermeidendem Modus ein vertrautes und damit angstminderndes Muster: Eine überschnelle Zustimmung zum empfohlenen Vorgehen wäre möglich. Patienten können sich vordergründig kooperativ verhalten, ein möglicher Widerstand könnte durch passiv-aggressives Verhalten im Verlauf spürbar werden.

2) Der Therapeut kann als bestimmend und kontrollierend wahrgenommen werden. Im Patienten kann die Vorstellung mobilisiert werden, dass er sich unterwerfen muss.

Im oben dargestellten Fall meiner Patientin hatten wir es vorwiegend mit dem Beziehungsthema *Fürsorge* zu tun. Sie war und ist eine Patientin, die auf therapeutische Angebote - nicht nur körperpsychotherapeutischer Art, sondern ubiquitär im Therapieprozess und auch in ihrem Alltag - gemäß ihrer Übertragungsbereitschaft ängstlich-angepasst und tüchtig-mitmachend reagiert. Dabei fällt es ihr sehr schwer, eigene Grenzen zu akzeptieren und auf authentische eigene Impulse zu achten.

Der biographische Hintergrund liegt in einer vernachlässigenden elterlichen Atmosphäre, als Beziehungserfahrung hat sie in etwa verinnerlicht: „Ich habe erfahren, dass ich mit meinen eigenen emotionalen Bedürfnissen und Impulsen zur Last falle und meine Eltern diese nicht erfüllen können. Ich erwarte, dass andere mich vernachlässigen und meine Grenzen überschreiten.“

Ausgehend von diesem in der körpertherapeutischen Intervention aufkommenden von uns beiden gemeinsam beobachteten Erleben konnten wir im weiteren Verlauf diese Übertragungsthematik verbalisieren, und durcharbeiten. Die therapeutische Arbeit verschob sich auf Themen der Abgrenzung, Selbstgrenze und des langsamen Erwachens der Wahrnehmung eigener Impulse und Bedürfnisse.

Ein weiteres, bei der oben genannten Patientin auch immer wieder deutlich gewordenen, häufiges Phänomen bei angeleiteten Körperinterventionen ist, dass Patienten gemäß ihres Beziehungsmusters „Anerkennung und Wertschätzung durch Leistungserbringung“ Übungen scheinbar gut mitmachen, jedoch ohne wirklich auf eigene - oft erstmal noch gar nicht vorhandene - Impulse zu hören, sondern brilliant sind, das zu „fühlen“ und zu machen, was der Therapeut von ihnen erwartet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt scheint mir zu sein, dass wir, bevor wir ein körperpsychotherapeutisches Interventionsangebot machen, uns unserer Gegenübertragung bewusst sind, um ein Agieren der Gegenübertragung zu vermeiden. Beispielsweise wäre es ein Kunstfehler, ein wie im obigen Beispiel genanntes Angebot zu machen, nur, um sich von der eigenen aggressiven Gegenübertragung zu entlasten.

Was hier deutlich werden soll, ist die fruchtbare Integration von Beziehungsaspekten, die während körperpsychotherapeutischer Interventionen auftauchen können, in den

Therapieprozess. Wenn diese Aspekte wahr- und aufgenommen werden, bieten sie ein wunderbares Werkzeug zur gemeinsam im Hier und Jetzt gemachten Beziehungserfahrung an, mit der im weiteren Therapieprozess gearbeitet werden kann. So können sie sehr wertvolle Bestandteile der Therapie werden, gerade weil wir durch die Veränderung des Beziehungsangebotes neue Übertragungsangebote schaffen.

4.) Vorteile der körperpsychotherapeutischen Arbeit

Die verstärkte Einbeziehung des Körpers in die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kann eine grosse Bereicherung für den therapeutischen Prozess darstellen.

Zum einen ist die eigene Körperwahrnehmungsfähigkeit, die Möglichkeit, seinen Körper als Resonanzkörper einzusetzen, eine wunderbare Möglichkeit der Psychohygiene für **Therapeuten**. Wenn ich meinen Körper während der Therapiestunde nicht nur als „Behälter“ für alle Emotionen des Patienten sehe, sondern mittels Lebendigkeit und Schwingungsfähigkeit meines eigenen Körpers ein „durchlässiger Kanal“ für die Emotionen bin, so kann ich einerseits mehr Emotionalität aushalten. Andererseits werde ich viel eher in der Lage sein, Gegenübertragungsphänomene auch körperlich zu erkennen und wieder loslassen zu können, was meiner Ansicht nach eine Voraussetzung für Burn-Out-Prävention und Erhalt der eigenen psychischen Gesundheit ist.

Diese somatische Gegenübertragungsquelle ist zudem auch Ressource und eigentliche Kernquelle unserer Arbeit, indem wir von dort aus Interventionsangebote anbieten.

Die Möglichkeit, während Psychotherapiestunden als Therapeut auch bei sich selbst Elemente wie Atmungsveränderungen, Veränderungen der Haltung, Erdung oder Zentrierung einzusetzen, dient dem Erhalt des eigenen Wohlbefindens in der Stunde.

Dies ist wohl eher eine körperpsychotherapeutische „therapeutische Haltung“, noch jenseits von konkreten Interventionen. Mir persönlich hat das mittlerweile automatische Einnehmen dieser Haltung enorm geholfen, meine Arbeit meistens nicht mehr als Belastung zu erleben, sondern als Bereicherung. Das therapeutische Arbeiten ist für mich dadurch einfacher, unanstrengender und direkter geworden. Das Bemühen, gesagte Inhalte mit dem Kopf zu verstehen, Lösungsansätze anbieten zu wollen, analytische Deutungen im Vordergrund zu sehen, war für mich deutlich belastender und anstrengender als der Ansatz, mehr „mit dem Herz und dem Bauch“ zuzuhören, mit dem Patienten in körperliche Resonanz zu treten und auf meine körperliche Resonanz zu hören und von da aus verbale Interventionen und Deutungen anzubieten.

Neben den wunderbaren Effekten für den Patienten, der sich durch ein solches Mitschwingen häufig tief verstanden fühlt, ist dies eine Haltung, die den (oft auch intellektuellen) Druck aus Behandlungen nehmen kann, und wie gesagt, der eigenen Psychohygiene dient.

Das körperliche Mitschwingen, die körperliche Resonanz der Therapeuten sind somit ein wichtiger Bestandteil im therapeutischen Prozess. Man könnte sagen, in der Körperpsychotherapie lassen wir uns körperlich projektiv identifizieren und erarbeiten mit den Patienten zusammen auch auf körperlicher Ebene Möglichkeiten, mit den in mir als Therapeuten durch projektive Identifikation entstandenen Körperempfindungen, umzugehen (zum Beispiel durch Atemveränderung, durch eine Bewegung, durch Schütteln, Gehen u.s.w.). Bewegung oder Atmung kann mir als Therapeut die Möglichkeit geben, zum Beispiel nicht in dieselbe Erstarrung oder Depressivität zu fallen wie der Patient.

Für **Patienten** ermöglicht die Körperpsychotherapie, mit Gefühlsprozessen dort zu arbeiten, wo sie stattfinden, nämlich im Körper. Gefühle und Emotionen können durch körperpsychotherapeutische Methoden zugänglich gemacht werden, aktiviert oder auch gedämpft und harmonisiert werden. Körperarbeit kann relativ schnell zum tieferen Erleben und zu psychoenergetischen Veränderungen führen. Ein weiterer großer Vorteil ist, dass die Arbeit mit dem Körper auch die Arbeit mit implizit abgespeicherten (Körper)-Erinnerungen aus der biographisch präverbalen Phase ermöglicht und leib-seelische Ebenen erreicht werden können, die außerhalb einer verbal-kognitiven Ebene liegen. Auch der direkte Zugang zu psychosomatischen Körpersymptomen sowie zu beispielsweise körperlich fixierten Mustern der Traumaverarbeitung ist ein großer Vorteil der Körperpsychotherapie.

Eine emotionale und körperliche Präsenz von Eltern ist die Voraussetzung, dass Kinder psychisch ausreichend gesund aufwachsen können. Dies gilt so auch für Therapeuten. Wenn Eltern nur verbale, pädagogische Haltungen einnehmen, körperlich jedoch distanziert und abgespalten sind, so wird das Kind diese nonverbale Mitteilung aufnehmen und darauf reagieren. Wir wissen jedoch, dass es vor allem die unbewussten und körperlichen Haltungen der Eltern sind, die die emotionale Entwicklung von Kindern beeinflussen, ebenso wie bei Psychotherapeuten (Heinrich, 2001).

5.) Beispiel für eine mögliches Fortbildungsangebot

In der aktuellen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von 2004 wird ein Zweitverfahren im Umfang von mindestens 50h verlangt. Angelehnt an diese zeitliche Vorgabe, findet sich im Anschluss ein beispielhafter Fortbildungsentwurf:

Gerichtet werden soll das Angebot an ÄrztInnen und PsychologInnen mit abgeschlossener Ausbildung oder sich in Ausbildung befindend in einem tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren (TP, Analytische PT, Psychodynamische Verfahren).

„Körperpsychotherapeutische Fähigkeiten als integrativer Bestandteil in der TP“

- Freitags nachmittags, 14-tägig, 17h00-21h15
- in einem Zyklus von 12 unterschiedlichen Modulen
- geschlossene Gruppe

5.1.) Beschreibung der einzelnen Module (à fünf Unterrichtsstunden)

Die Fortbildung soll neben einer jeweils kurz gehaltenen theoretischen Einleitung vor allem das eigene Körpererleben in den Vordergrund rücken. Praktische Elemente, im Sinne einer „Körperselbsterfahrung“ sollen den Hauptteil einnehmen.

Ich werde im Folgenden die einzelnen Module zunächst anhand theoretischer Überlegungen, warum mir diese sinnvoll erscheinen, darstellen. Danach folgt jeweils eine Beschreibung von Beispielen möglicher praktischer Anwendungen, wie diese theoretischen Inhalte praktisch gefüllt werden könnten:

Vor jedem Modul wird das **Setting** besprochen:

- Motto: „Du kannst alles tun, du musst nichts tun.“
- Rücksicht auf eigene Grenzen und die Grenzen anderer
- Zeitlicher Rahmen
- Schweigepflicht

Jedes der Module soll im mit einem „**Warm-Up**“ beginnen, wo (eventuell teilweise mit Musik) die Möglichkeit gegeben wird, sich von der Außenwelt kommend auf den Körper zu besinnen. Mit der Wahrnehmung nach innen zu gehen und erste Erfahrungen zu machen, sich in seinem und mit seinem Körper zu bewegen ohne dass irgendein Ziel verfolgt wird. Was braucht der Körper gerade an Bewegung? Zu welchen Haltungen/ Bewegungen zieht es mich hin? Zudem werden vom Leiter Elemente der Vitalisierung und Aktivierung angeboten (z.B. Schütteln, Stampfen, unorthodoxe Gesichtsgrimassen machen, ungewohnte, alltagsferne Körperhaltungen einnehmen, etc.). Am Ende gibt es Raum, in die Körperwahrnehmung zu gehen (Wie stehe ich jetzt? Wie fließt der Atem? Was kann ich in meinem Körper jetzt wahrnehmen?).

Nach der anschließenden theoretischen Einführung in das jeweilige Thema soll es Raum geben für eine kurze Runde mit persönlichen beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer in Bezug auf das Thema. Die Kommunikation über das eigene Körpererleben könnte durch spezielle Frage wie „Wie geht es mir körperlich mit diesem Thema?“ geübt werden. Am Ende des jeweiligen Moduls sollte eine gemeinsame Schlussrunde mit Feedback stehen.

Modul 1: Körperselbstwahrnehmung

Theoretische Überlegungen: Das Körpererleben bildet die Grundlage für unser Selbsterleben. Arbeit am Körpererleben ist daher immer auch eine Arbeit am Selbsterleben, an Selbstreflexivität, Selbstvertrauen, Selbstkontrolle und Selbstregulation. Zudem ist Körpererleben wesentlich für Intentionalität – Handlungen werden so getroffen, dass wir „Als-ob-Handlungen“ durchspielen und ihre möglichen Folgen anhand somatischer Rückmeldungen bewerten.

Zudem ist ein gesundes Körpererleben die Grundlage für eine differenzierte Affektwahrnehmung, sowohl eigener Emotionen als auch der Emotionen anderer.

Emotionen werden über eine Vielzahl an körperlichen Signalen wahrgenommen, die aus Muskeln, Gefäßen und Organen an das Gehirn weitergeleitet werden: Schmerzen, Körpertemperatur, Hitze, Kitzeln, Schauern, viszerale oder genitale Empfindungen, etc. Inwiefern ein Mensch für diese Innenwahrnehmung bewusst ist hängt die Bewusstheit für die eigenen Bedürfnisse und die Bewusstheit für Emotionen ab.

Ein solides und vitales Körperselbst ist zudem notwendig, um überflutende Affekte einzugrenzen und affektiven Überschwemmungen entgegenzuspielen. Vor allem bei frühen Ich-strukturellen Störungen ist dies ein zentraler Faktor.

Das körperliche Spüren ist also in der Arbeit mit Emotionen nicht hoch genug zu bewerten. Durch vermehrte Achtsamkeit auf den Körper während einer psychotherapeutischen Sitzung kann eine verbesserte Affektdifferenzierung erreicht werden, das Affekterleben intensiviert und eine verbesserte Affekttoleranz erreicht werden (vgl. Kapitel 2, Empfehlungen von Wöller und Kruse).

Praxis 1: Zum Einstieg freie Assoziation im Gehen:

- Wie fühlt es sich an, wenn ich bei mir bin. Wenn ich mich in meinem Körper zu Hause fühle. Wenn ich mich „wohl fühle in meiner Haut“.
- Wie fühlt es sich an, wenn ich nicht in meinem Körper bin. Wenn ich „außer mir bin“?
- Gemeinsames Brainstorming über das Erlebte

Praxis 2: Basis-Anfangs-Übung, um z.B. zu Beginn einer Therapiestunde besser zu sich zu kommen: Patient sitzt im Stuhl, Therapeut gibt z.B. folgende Vorgaben:

- Wie geht es heute? Wie fühlen Sie sich gerade jetzt in Ihrem Körper?
- Ist es ok, wenn ich einen kleinen Vorschlag mache?
- Schließen Sie, wenn es ok ist, für einen Moment die Augen. Atmen Sie ein paar mal.
- Können Sie das Gesäß, die Füße, den Rücken am Sessel spüren?
- Können Sie wahrnehmen, wie die Körpergrenzen sich mit dem Stuhl verbinden?
- Denken Sie einfach den Satz: „Ich bin hier“.
- Nehmen Sie eine Hand zur Brust, eine Hand auf den Bauch.
- Mit dem Einatmen können Sie ein wenig Druck in die Füße geben, mit dem Rücken drücken Sie in den Sessel.
- Wie ist das?
- Schauen Sie, wie es ist, sich nach innen zu wenden. Da muss nichts passieren.
- Das ist Ihr Körper, mit dem Sie durchs Leben gehen.
- Können Sie die Füße spüren?
- u.s.w.

Praxis 3: Rollenspiel: Patient erzählt eine Szene, die ihn in den letzten Tagen beschäftigt hat, Therapeut fokussiert auf das dabei entstehende Körpererleben. Wir üben ein Pendeln zwischen Erzählen und mit der Aufmerksamkeit in den Körper gehen.

Z.B.: „Wo genau können Sie diese Wut im Körper wahrnehmen? Woran merken Sie, dass es Wut ist? Können Sie einmal eine Hand auf die Stelle an Ihrem Bauch legen? Ist es möglich, dort eine Zeit lang zu verweilen?“

Erlernen der Fähigkeit, zu pendeln. Pendeln zwischen verbaler Kommunikation, Erzählen und immer wieder Aufmerksamkeit in die Körperwahrnehmung zu bringen. Durch die bewusste Hinwendung zum Erleben des Körpers holen wir einen Menschen in die Gegenwart, in der das Erleben existiert, was zu einer Verstärkung der affektiven Beteiligung führt.

Arbeit mit Ressourcen: Zu Beginn und am Ende einer Sitzung eignet sich die Arbeit mit Ressourcen: Denken Sie mal an etwas Schönes/ Gutes der letzten Tage. Wie ist das im Körper? Fähigkeit zum Pendeln zwischen Gutem und Schwierigem.

Modul 2: Vitalisierung

Theoretische Überlegungen: Die Lebendigkeit und Vitalität des Körpers ist essentieller Bestandteil der strukturellen Fähigkeit der Kommunikation nach Innen/ Körperselbst. Vor allem die grosse Patientengruppe depressiv Erkrankter leidet körperlich-energetisch gesehen an einer Unterladung des Körpers. Jeder Psychotherapeut kennt und erkennt die typische Physiognomie depressiv Erkrankter: Nach vorne und nach unten gezogene Schultern, Kopf leicht nach vorne geneigt, BWS-Lordose, die Atmung geht flach, blasses Hautkolorit, der Körper wirkt mitunter „wie tot“ und „leer“. Energetisch merkt man häufig eine Unterspannung des gesamten Körpers. Die Arbeit an der Körperhaltung, an der Atmung, den Körper in Bewegung zu bringen, kann ein höchst effizientes Antidepressivum darstellen. Vor allem auch die bei depressiv Erkrankten meist gehemmten aggressiven Impulse können durch Aufrichtung, Arbeit im Gehen und verstärkte Wahrnehmung auf das Becken und die Beine sehr effektiv zum Ausdruck kommen, was für die meisten Patienten eine enorme Erleichterung darstellt, aber auch – wie in meinem oben dargestellten Beispiel - mit Angst vor der eigenen Aggressivität einhergeht, was dann wiederum gut in der tiefenpsychologischen Gesprächssituation bearbeitet werden kann.

Vitalisierung des Körpers trägt dazu bei, das motorische Körper-Ich-Gefühl zu stärken. Vor allem auch bei traumatisierten Patienten ist dies eine sinnvolle, notwendige Vorbereitung vor einer stärker emotionalisierenden, regressiven Arbeit.

Vitalisierung ist jedoch bei nahezu allen Patienten ein hilfreiches Mittel zur Ich-Stärkung, Aktivierung von Energieflüssen und Verbesserung der Präsenz.

Praxis 1: Gehen im Raum: Der Therapeut stellt folgende Fragen zur Verfügung: Was macht es aus, dass ich mich lebendig/ präsent fühle? Wann/ wie fühle ich mich nicht präsent/ unlebendig? Gehen im Raum, sich atmen lassen, für sich selbst damit experimentieren: Wann fühle ich mich präsent?

Dann ins *Gegenteil*: Durch welche Körperhaltung, Mimik, Art der Atmung fühle ich mich unlebendig, nicht präsent.

Praxis 2: Wir beginnen im Stehen mit zehn Minuten Joggeln (Boysen, G.): Der Oberkörper ist ganz locker, bis in den Kopf mitschwingen, wie kleine Gehirnerschütterungen. Jeder in seinem Rhythmus. Energie nach unten bringen. Ausatmen betonen. Kinn locker, Schultern locker, alles locker. Energie in Beine und Becken, beim Ausatmen eventuell Ton geben. Nach zehn Minuten stärker werden, stampfen. Wie etwas plattstampfen. Füße stark in den Boden, Nachdruck geben. Übergang in eine freie Position, wenn Vibrationen kommen, diese zulassen.

Praxis 3: Ich-Übung:

Die Teilnehmer gehen im Raum. Der Anleiter gibt z.B. folgende Vorschläge:

- Gehen Sie ein paar Schritte. Wie ist das?
- Gehen Sie ruhig mal ein bisschen schneller. Wo ist das „Ich“? Wenn Sie denken, „Ich“, wo sitzt das im Körper?
- Gehen Sie mit dem Satz: „Ich gehe“. Sprechen Sie es ruhig aus.
- Stellen Sie sich vor, Sie könnten mit dem Becken sprechen. Wie als rutscht das „Ich“ ins Becken. Sagen Sie es mal mit dem Becken.... Mit dem Gesäß...
- Bringen Sie nun das „Ich“ mal in die Ellenbogen, in die Fäuste, In den Rücken.
- Treten Sie mal auf: „Ich“!

Modul 3: Erdung

Theoretische Überlegungen: Viele Patienten berichten zu Beginn der Therapie über ein Gefühl, „nicht bei sich zu sein“. Die Arbeit an Erdung und Zentrierung ist eine Möglichkeit, mehr „zu sich“, zu kommen, die eigene Mitte zu fühlen und den Bezug zum Boden wiederherzustellen, was häufig damit verbunden ist, sich sicherer, standfester und mehr im Hier und Jetzt zu fühlen (ein häufig vorgetragenes Therapieziel von Patienten). Vor allem bei ängstlichen oder posttraumatischen Symptomen kann Erdung ein anxiolytisches Mittel sein, da Erdung hilft, die mit der Angst verbundene Erregung zu beruhigen und das Gefühl einer Sicherheit in der Realität und in sich selbst zu unterstützen.

Es geht bei Erdungsübungen immer darum, dem Patienten ein Gefühl des Getragenseins durch den Boden, inneren Halt im eigenen Körper und in der Beziehung zu vermitteln. Es ist ein Ich-stärkendes Mittel, wobei vor allem die strukturellen Fähigkeiten der Realitätsprüfung, des Selbstgefühls und die Fähigkeit, Reize von Außen und Anderen von der inneren Wahrnehmung zu unterscheiden (Selbst-/Objekt-Differenzierung).

Erdungsübungen können auch gut als Alltagshilfsmittel mit an die Hand gegeben werden.

Praxis 1: Als Beginn einer Therapiesitzung im Sitzen einfache Form der Erdung mit Aufmerksamkeit auf Füße, Beine und Gesäß:

- Nehmen Sie sich etwas Zeit, mit der Aufmerksamkeit hierher zu kommen und wahrzunehmen, wie Sie hier sitze.
- Spüren Sie den Boden unter den Füßen.
- Spüren Sie die Sitzhocker.

Praxis 2: Vermittlung von alltagstauglichen, einfachen Erdungsübungen, wie das langsame Gewichtsverlagern von einem Fuß auf den Anderen und dabei beobachten, was im Körper geschieht oder das Verwachsen der Füße mit dem Boden ähnlich eines Baumes, der seine Wurzeln tief in den Boden streckt. Dabei langsames Schwingen des Körpers wie die Äste im Wind.

Praxis 3: Vermittlung der Erdungs-Grundübungen von Alexander Lowen, dem Begründer der Bioenergetik, der das Erdungskonzept 1954 wesentlich entwickelte. Neben Erdung wirken diese auch aktivierend und vitalisierend.

Bioenergetischer Bogen: Der Patient steht, Füße hüftbreit, leicht einwärts gerichtete Zehen. Die Fäuste sind auf die Hüftknochen aufgesetzt und schieben dabei das Becken nach vorne, die Ellenbogen spannen aufeinander zu. Die Knie werden maximal gebeugt, das Gewicht ist auf den Fußballen, ohne die Flächen des Fußes vom Boden zu nehmen, der Oberkörper wird über die Fäuste nach hinten gelehnt. Nach einer Weile stellen sich hier Vibrationen des Körpers ein, wodurch das allgemeine Aktivitätsniveau angehoben wird und die Atmung in der Regel vertieft.

Für die Lösung der hier aufgetretenen Spannung, dient die „Elefant“-Übung:

„Elefant“: Nach dem Bogen beugt sich der Patient langsam vornüber, Füße weiterhin fest am Boden, Knie leicht gebeugt. Die Finger berühren sanft den Boden, der Kopf hängt passiv federnd, während das Gesäß und Lendenwirbelsäule nach oben gedrückt wird.

Beim Wiederaufrichten im Zeitlupentempo Wirbel für Wirbel aufrichten, um erneuten Spannungen entgegenzuwirken.

Modul 4: Integration von Atmung in die Arbeit

Theoretische Überlegungen: Eine chronische Atemhemmung kann als eine Form der Körperabwehr verstanden werden. Durch ein Festhalten des Atems wird die Intensität des Erlebens gedämpft. Bereits Wilhelm Reich (1987) wandte eine Verstärkung des Atems zur Förderung von emotionalem Erleben an. Eingebunden in einen umfassenden psychotherapeutischen Prozess, behutsam und mit Rücksicht auf die strukturellen Fähigkeiten des Patienten angewandt, kann eine Technik der Atemverstärkung ein sehr wirksames Instrument des Zuganges zu unbewussten oder vorbewussten Inhalten sein, bzw. zur Intensivierung latenter Emotionen dienen.

Durch verstärkte Aufmerksamkeit auf den Atem des Patienten, erschließt sich eine weitere Wahrnehmungsebene, auf der sich der Patient meist unbewusst mitteilt.

Die Einschränkung des Atems ist durch Festhalten von Muskeln ein entscheidendes Mittel der unbewussten Emotionsregulation und der Körperabwehr. Nach einer Atemarbeit folgt hinterher die Aufarbeitung und Integration im Rahmen des langfristigen psychotherapeutischen Prozesses.

Es geht in der Atemarbeit nicht darum, wie in Entspannungsverfahren zu „lernen, richtig zu atmen“, sondern darum, mehr Spielraum für den Atem zu generieren und damit auch mehr Spielraum für Affekterleben, Affektregulation und ein differenziertes Selbsterleben zu gewinnen.

Neben der Aktivierung der Emotionalität ist vor allem die Spannungsregulation und Selbstberuhigung durch Veränderungen des Atems bedeutsam. Über willkürmotorische Veränderungen durch ruhigere Atmung im Bereich der *Formatio reticularis* kommt es auch zu einer Beruhigung anderer vegetativer Funktionen.

Es soll in dem Modul vermittelt werden, welche Modulationsmöglichkeiten durch unterschiedliche Betonung der Ein- und Ausatmung sowie Aktivierung bzw. Entschleunigung der Atmung möglich sind.

Praxis 1:

- Erlernen, in eine bestimmte Körperpartie, eine Spannung, eine Körperempfindung oder in ein Gefühl, das sich im Körper lokalisieren lässt, „hinein zu atmen“ und dadurch das Körpererleben zu verbessern.
- Darstellung der unterschiedlichen Modulationsmöglichkeiten von Atmung (nach Boadella, 1991):
 - Betonung der Einatmung durch verlängerte Pause nach dem Einatmen (bei Patienten mit Energielosigkeit, Neigung zum Kollabieren): Erleben der dadurch entstehenden Vertiefung des emotionalen Erlebens und Möglichkeit, die Affektkontrolle zu stärken.
 - Betonung der Ausatmung (Bei Burn-Out, starker psychomotorischer Anspannung): Spannung und Kontrolle abgeben, Gefühle strömen lassen, Gefühle verdauen.

Praxis 2: Begonnen wird mit der Achtsamkeit auf den Atem im Stehen. Wie stehen Sie in diesem Moment? Sind die Schultern locker? Ist der Kiefer locker? Ist die Zunge gelöst? Wohin fließt mein Atem?

Dann z.B. Vorschlag, beim Einatmen, die Arme zur Brust zu nehmen, beim Ausatmen die Arme nach vorne. Beim Einatmen Arme wieder zu Brust, danach nach oben, dann jeweils beim Ausatmen zur Seite und unten. Wie ist das? Gibt es Impulse?

Modul 5: Mit dem Herz/ Bauch zuhören

Theoretische Überlegungen: Das Modul dient der Verbesserung der körperlichen Resonanzfähigkeit des Therapeuten. Alan Fogel hat sich in seinem Buch „Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie“ (A. Fogel, 2013) intensiv mit diesem Phänomen auseinandergesetzt. Im Prinzip beschreibt er die eigene verkörperte Selbstwahrnehmung als Voraussetzung, Patienten helfen zu können. Er beschreibt einen psychotherapeutischen Weg weg von Interpretationen und „was wir sagen sollen“ hin zu körperlichen Gefühlen. Ziel einer Sitzung ist für ihn ein Gefühl von Stimmigkeit und Resonanz zwischen Therapeuten und Patienten zu erlangen, das dadurch ermöglicht wird, dass der Therapeut intensiv auf seine verkörperte Selbstwahrnehmung achtet und diese auch sprechen lässt: „Es spricht“. Wenn es zu einer solchen Resonanz kommt, können Liebesgefühle, Wohlwollen und Verständnis ihren Raum innerhalb der Therapiesitzung bekommen. Andere Autoren sprechen in dem Zusammenhang von der Entwicklung eines „Now-Moment“ (Stern, 1998).

Durch eine Konzentration der Wahrnehmung auf den Herz-, bzw. Bauchbereich während des psychotherapeutischen Gespräches ist es möglich, eigene Gegenübertragungsgefühle unmittelbarer, körperlich zu erleben, empathisch und spiegelnd die Körperlichkeit des Patienten besser wahrzunehmen und so auch z.B. seine Grenzen oder auch abgewehrte Affekte in sich körperlich zu verorten. Diese „Technik“ dient auch der Verbesserung von Spannungstoleranz beim Therapeuten. So ist es oft erstaunlich einfacher und besser aushaltbarer, selbst atmend und gelassen „mit dem Bauch“ einer affektiv stark aufgeladenen Szene zuzuhören, als wenn man als Therapeut nur „mit dem Kopf“ zuhört. Ein weiterer Vorteil der verstärkten Wahrnehmung mit der Becken- und Bauchregion ist, eine bessere Distanzierung herstellen zu können.

Üblicherweise sind wir als Therapeuten, wenn wir in „Herz-Resonanz“ sind, stärker in Identifikation mit dem Patienten, in „Bauch/Becken-Resonanz“ mehr in gesunder Distanz (Verbesserung der Selbst/Objekt-Wahrnehmung).

Praxis: Wir üben eine therapeutische Sitzung. Patient und Therapeut sitzen einander gegenüber. Der Patient erzählt und der Therapeut hört abwechselnd mit dem Kopf, dem Herzbereich und dem tiefen Bauch- und Beckenbereich zu:

- 1.) Mit dem Kopf zuhören: Der Therapeut geht mit seiner Aufmerksamkeit in seinen Kopf und versucht, das Erzählte mit dem Kopf aufzunehmen, zu verarbeiten und „von dort aus“ zu antworten.
- 2.) Mit dem Herz zuhören: Der Therapeut geht mit seiner Aufmerksamkeit in die Herzregion, in die Herzregion atmen, dann wie bei 1.).
- 3.) Mit dem Bauch/Becken zuhören: Der Therapeut geht mit seiner Aufmerksamkeit in die Bauchregion und Beckenbereich, tiefe Bauchatmung, Erdung durch Wahrnehmung der Sitzhocker auf dem Stuhl. Dann weiter wie bei 1.).

Unterschiede in der therapeutischen Haltung, in der Wahrnehmung des Therapeuten, aber auch des Patienten sollen erkundet werden. Anschließend Rollenwechsel.

Modul 6: Körperdiagnostik

Theoretische Überlegungen: Merkmale der äußeren Erscheinung des Patienten. Sein Gangbild, sein Sitz können Hinweise auf Körperstruktur, Energiezustand, Beziehungsmuster, frühkindliche Biographie und Abwehrprozessen geben und sind somit enorm wertvolle Hinweise auf unbewusste und verbal nicht mitgeteilte Anteile des Erlebens und Seins. Beispielsweise führt ein dauerhaft hoher Tonus der Nackenmuskulatur, wie wir ihn z.B. bei hoher Ängstlichkeit finden, langfristig zu Myogelosen im Nackenbereich. Ein Mensch, der Schuldgefühle und chronische Depressivität wie eine schwere Last mit sich herumträgt, hält sich oft gebeugt mit gekrümmter oberer Wirbelsäule. Wer, wie Reich es als Muskelpanzer beschrieben hat, seine Muskeln braucht, um verpönte Impulse zurückzuhalten, der entwickelt häufig eine chronisch angespannte Muskulatur, v.a. im Bereich der Rückseite des Körpers, um expressive, nach vorne gerichtete Bewegungen zurückzuhalten. Ein Muster, dass auch Hans Quint in seinem Buch „Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht“ eindrucksvoll beschreibt. Verkörperte Abwehrstrukturen können mit dominierenden Beziehungsmustern korrespondieren, so dass die Abwehrdynamik und die typischen Beziehungsmuster in gewissem Maße, natürlich jenseits von genetisch und konstitutionell festgelegten Körperstrukturen, abgelesen werden kann.

Praxis: Wir arbeiten in Kleingruppen.

- 1.) Ein „Patient“ geht durch den Raum, das Gangbild wird von den Anderen wahrgenommen und ohne Bewertung beschrieben.
- 2.) Danach wird der Patient gebeten, das Gangbild zu *überzeichnen*, zu verstärken, zu karikieren. Wiederum danach Feedbackrunde mit Beschreibung und gegebenenfalls eigenem Körpererleben ohne Bewertung.
- 3.) Als Nächstes gibt es die Möglichkeit, nun in das *Gegenteil* des überzeichneten Gangbildes zu gehen.

Wie fühlt sich das an? Was kann ich wahrnehmen? Welche Gedanken, Erinnerungen, Assoziationen kommen hoch? Was können die Anderen sehen und bei sich körperlich wahrnehmen?

- 4.) Eine mögliche Erweiterung wäre, dass nun ein Gruppenmitglied hinter dem aktiv Gehenden hergeht und versucht, die Körperhaltung, das Gangbild möglichst genau zu imitieren. Wiederum Feedback des Folgenden: Was habe ich wahrgenommen? Wie war die Körperhaltung, der Gang für mich?

Modul 7: Verbesserung der Spannungstoleranz / Fähigkeiten zur Selbstberuhigung

Theoretische Überlegungen: Gerade bei psychosomatischen Patienten mit Erkrankungen wie dem Reizdarmsyndrom oder anderen somatoformen Störungen finden

wir häufig eine traumatisch bedingte oder in der frühen Interaktion erworbene Unfähigkeit, Spannungszustände zu regulieren (Ich-strukturelle Störung der Affekt- und Spannungsregulation nach Gerd Rudolf). Die Überregulation von Emotionen ist dann so stark, dass Belastungen nur noch als „globaler Stress“ erlebt werden. Im Körper entstehen konsekutiv Affektäquivalente, die für die körperlich zurückgehaltenen emotionalen Erregungen stehen. Die emotionale Erregung wird also in Körperprozesse ausgelagert - ein Grundmodell der Somatisierung. Der Körper verharrt in einer Art Handlungsbereitschaft, die nie zur Handlung kommt, der Ausdruck von Emotionen ist gehemmt. Das erzeugt eine grosse innere Spannung, die meist nicht als Spannung, sondern als körperliches Symptom wahrgenommen wird (Geuter, 2018). Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen ist hier nicht die Intensität der Emotionen das Problem, sondern die Intensität des Bemühens, Emotionen zur Ruhe zu bringen. Patienten werden nicht von den Emotionen, sondern von Körperbeschwerden belastet. Ohne Entspannung findet man bei diesen Patienten oft keinen therapeutischen Zugang zu den abgewehrten Emotionen und Konflikten, so dass in der Therapie primär auf der Ebene der Spannungsregulation anzusetzen ist, und nicht primär auf dem symbolischen Ausdruck der Symptome wie bei anderen psychosomatischen Krankheiten.

Praxis 1: Atmung: Die Arbeit mit dem Atem ist ein wesentlicher Bestandteil zur Spannungsregulation. Allgemein gesprochen wirkt Bauchatmung in der Regel beruhigend, ebenso eine Verlangsamung des Atems, sowie eine Betonung des Ausatmens. Zudem kann durch Pausen in der Atemrhythmik ein beruhigender Effekt erreicht werden:

- Der Patient sitzt, der Kopf kann an die Wand angelehnt werden, wir atmen ruhig durch die Nase.
- Eine Hand kann auf der Brust liegen, eine Hand auf dem Bauch (Verstärkung der Selbstberuhigung durch **Selbstberührung**).
- Die Ausatmung länger als Einatmung.
- Langsames Ein- und Ausatmen. Pause nach der Ein- und Ausatmung.
- Eventuell beim Ausatmen Tönen.

Praxis 2: Bewusste Körperwahrnehmung: Im Sitzen: Der Therapeut bietet dem Patienten an, sich erstmal Zeit zu nehmen, um in Ruhe zu registrieren, was in seinem Körper vorgeht. Atmen lassen, Aufmerksamkeit nach innen. Häufig kommt es bei Spannungszuständen durch die Aufmerksamkeitsrichtung nach Innen zur Entspannung und damit in der Folge auch zur Aktivierung der Gefühle. Nachdem der Körper etwas „loslassen“ kann, werden oft die hinter der Spannung stehenden Affekte deutlicher.

Praxis 3: Bewegung / Vibrationen: Wir arbeiten im Gehen, Arme hoch dehnen, abwechselnd, Brust/Herz dehnen, danach fünf bis zehn Minuten Joggen (Boysen, G.) - siehe Praxis 3, Vitalisierung.

Danach auf der Stelle gehen, Knie weit hoch ziehen.

Weiter auf der Stelle gehen, Füße stark in den Boden.

Liegen, Beine in die Luft strecken, wenn möglich, Vibrationen kommen lassen (Lösung von Spannungen über Vibrationen/Zittern).

Praxis 4: Notfallmaßnahme bei drohender Dissoziation: Um den Bezug zur Realität, der bei Dissoziation verloren geht, wiederzuerlangen, können folgende Übungen angeboten werden:

- Der Patient wird eingeladen, sich an eine Wand zu lehnen und zu versuchen, die Wand im Rücken zu spüren.
- Alternativ kann er im Stehen versuchen, stampfend den Boden unter seinen Füßen zu spüren.

Grundlage im Kontakt zwischen Therapeut und Patient kann bei drohender Dissoziation zudem die horizontale Erdung durch Augenkontakt sein:

„Sehen Sie mich an.“

„Verankern Sie sich in meine Augen.“

Modul 8: Wahrnehmung von in der therapeutischen Sitzung spontan auftretenden Bewegungsimpulsen und Weiterentwicklung/ Umgang mit diesen

Theoretische Überlegungen: Im Rahmen einer jeden therapeutischen Sitzung können spontane Bewegungen des Körpers beobachtet werden. Oft sind diese den Patienten nicht bewusst und stellen einen wertvollen Zugang zu unbewussten Anteilen dar. Der Patient kann beispielsweise mit dem Bein wippen, sich an den Hals fassen, die Hand zur Faust ballen. Oft kann man nur den Beginn einer solchen Bewegung beobachten, was zur Folge hat, dass es einer aufmerksamen Beobachtung des Körpers des Patienten bedarf, um auch kleine Bewegungsimpulse wahrzunehmen.

Praxis: Arbeit zu Dritt (Patient, Therapeut, Beobachter): Erkennen und sich leiten lassen von innerhalb der Sitzung spontan entstandenen (Mini)-Impulsen des Körpers. Einführung des wichtigen Prinzipes des *Verweilens*. Der Therapeut unterbricht das Gespräch und benennt das, was er am Körper des Patienten beobachten konnte. Er kann dem Patienten vorschlagen, diesen Impuls zu wiederholen. Er kann ganz genau den Beginn des Impulses erkunden. Von dort aus ganz langsam wiederholen und gegebenenfalls die Bewegung weiterentwickeln lassen.

Mögliche Erweiterung (bspw. bei Patienten, denen das schwerfällt): Einen entstandenen Impuls/ eine Bewegung als Therapeut spiegeln, beispielsweise das Beinwippen mitmachen, selbst verstärken und für sich selbst in einen Prozess gehen: Hiermit stelle ich mich als Therapeut zur Verfügung, in somatische Resonanz zu gehen und am eigenen Leibe stellvertretend eine Transformation anzubieten.

Modul 9: Körperpsychotherapeutische Interventionen bei Essstörungen

Theoretische Überlegungen: Körperbildstörungen und Störungen des Körperselbst sind pathognomonisch bei Essstörungen. Klienten mit Essstörungen sind häufig sehr

selbstreflektiert, intellektuell, wissen viel über Ihre Erkrankung und eventuelle Zusammenhänge. Was meistens stark unterentwickelt ist, ist der Bezug zum eigenen Körper, welcher oft als „Feind“ angesehen wird. Die Arbeit mit dem Körper ist gerade bei dieser Erkrankungsgruppe essentiell.

Praxis 1: Spiegelexposition: Der Patient stellt sich – wenn möglich- vor einen Ganzkörperspiegel.

Interventionen des Therapeuten (Sätze jeweils mit längeren Pausen dazwischen):

- Schauen Sie sich an. Was sehen Sie?
- Wie ist Ihr Körper, wie ist Ihr Gesicht?
- Wie hat sich Ihr Körper im Laufe der Jahre verändert?
- Mit was waren/ sind Sie zufrieden?
- Was finden Sie furchtbar? Zu dick? Zu dünn? Zu groß? Zu klein?
- Schauen Sie sich an. Ihr Gesicht, Ihre Augen.
- Wenn Sie etwas anders „bestellen“ könnten, was würden Sie ändern?
- Könnten Sie sich in sich verlieben?
- Ja, so sieht Ihr Körper jetzt aus.

Danach im Vergleich arbeiten: Therapeut stellt sich neben den Klient: Vergleich der beiden Körper.

Nach der Intervention: Hinlegen oder -setzen, nachspüren: Wie fühlt es sich jetzt im Körper an? Lassen Sie sich atmen. Ihr Körper, der Sie als Begleiter Ihr Leben lang begleitet hat...

Praxis 2: Körperraumzentrierte PMR (Progressive Muskelrelaxation): Diese leichte Adaptation der PMR dient dazu, den Körper wieder etwas mehr zu besiedeln, seine Räume zu spüren und zu beschreiben:

Nacheinander Muskelgruppen anspannen und loslassen (wie bei klassischer PMR).

Nach dem Loslassen: Fokus wird gelegt auf: Reinspüren. Wie fühlt sich der Bereich jetzt an? Welchen Raum kann ich wahrnehmen? Welche Farben sehe ich? Welche Form?

Modul 10: Integration von Gesten in die Sitzung

Theoretische Überlegungen: Die Arbeit an direkten Gesten der entwicklungspsychologischen Grundfunktionen wie Annehmen, zu sich nehmen, geben, sich etwas nehmen sowie abgrenzende Gesten können gut in den laufenden Prozess integriert werden. Wenn sich beispielsweise eine oral gehemmte Problematik darstellt, könnte man mit der Geste, die Hände zu öffnen und nach oben zu schauen beginnen, um dann zu experimentieren, wie es ist, die Hände zu sich zu nehmen. So kann erkundet werden, welche affektmotorischen Schemata bei dem Patienten angelegt sind, welche Gesten leicht fallen, welche schwer oder gar nicht nachvollziehbar sind.

Praxis 1: Wir explorieren die Bewegungsfolgen der entwicklungspsychologischen Grundfunktionen:

1) Nach oben schauen, Hände öffnen (entspricht der frühen oralen Phase: Ich nehme passiv in mich auf)

- 2) Zu sich nehmen: Hände auf Brust / Bauch
- 3) Sich etwas nehmen: mit den Händen etwas nehmen, schaufeln mit der Hand auf Bauch und Brust bringen. (Entspricht der späten oralen Phase: Ich nehme mir aktiv, was ich will)
- 4) Geben: Mit den Händen, Armen etwas geben. (Entspricht der analen Phase: Ich will geben)
- 5) Gehen > Stampfen, Ellenbogen auf die Seite bringen, eventuell Hände zur Faust. (Entspricht der analen Autonomieentwicklung)
- 6) Spaßhaftes Tänzeln und Springen. (Entspricht der ödipalen Phase)
- 7) Mit den Hüften kreisen, Achten mit den Hüften machen. (Entspricht der Entwicklung von Sexualität/ Geschlechtlichkeit)

Die Gesten werden zuerst alleine durchgeführt mit Achtsamkeit darauf, was leichter fällt, was schwerer und was eventuell völlig unbekannt ist.

Praxis 2: Wir stellen uns gegenüber. Einer führt Gesten der Bedürftigkeit aus (Arme öffnen). Wie ist es für jeden der beiden Teilnehmer?

Danach Ausführung einer abgrenzenden Geste: z.B.

- Hände vor sich („Meins!“)
- Hände mit Handfläche zum anderen.
- Hände zur Faust wie vor einem Kampf

Wieder Exploration: Wie ist das?

Modul 11: Körperpsychotherapeutischer Umgang mit Ärger und Wut

Theoretische Überlegungen: Der Umgang mit dem Affekt der Wut ist in der täglichen therapeutischen Arbeit präsent. Sei es in der Unterdrückung der Wut wie bei depressiven Patienten, oder aber in der zunehmenden Anzahl an Patienten, die Angst vor einem Überschießen der Wut haben, wie wir es bei Persönlichkeitsstörungen oder aber auch bei anankastisch strukturierten Patienten finden. Ein reifer, gerichteter Umgang mit Wut ist aus meiner Erfahrung eines der häufigsten Therapieanliegen von Patienten. Auch hier kann die Körperpsychotherapie wunderbare Unterstützung leisten, um den Wutaffekt ins körperliche Spüren und in den Ausdruck zu bringen. Wut neigt dazu, als ungerichtete Energie eine sich immer mehr ausbreitende und nicht wieder unter Kontrolle zu bringende Qualität zu entwickeln. Neben negativen biographischen Erfahrungen mit Aggression und Wut, ist die Angst vor der eigenen innerlichen, nicht zu kontrollierenden Wut häufig der Grund, warum der Ausdruck gehemmt ist und Wut „lieber ganz hinuntergeschluckt“ wird.

Praxis 1: Wahrnehmung von Aggression: Kleingruppenarbeit zu dritt (Therapeut, Patient, Beobachter): Wir arbeiten wieder am Beispiel einer Sitzung, wo etwas erzählt wird, wo wir einen aggressiven Affekt vermuten, bzw. in der Gegenübertragung schon spüren. An der Stelle, wo der aggressive Affekt fehlt, verweilen wir und bitten den Klienten in die Körperwahrnehmung zu gehen. Um das Spüren des oft stark abgewehrten aggressiven Affektes zu fördern, bieten wir an:

1.) Die Hand zur Faust zu ballen. Wie fühlt sich das an? Finger zusammenpressen bis die Hand weiß ist, dann loslassen. Die Hand langsam auf die Knie legen. Wie fühlt sich das

an? Unterschiede?

Beide Hände zur Faust. Ruderbewegungen von der Brust nach vorne. Kraftvoll, etwa zehnmal.

Wie fühlen Sie sich? Fühlen Sie die Kraft darin?

2.) Der Patient wird eingeladen, aufzustehen und sich etwas zu erden (kann auch im Sitzen erfolgen). Leichte Beugung der Knie, Energie in die Beine und das Becken bringen (z.B. auch durch Betonung der Ausatmung, durch Erdungsübungen oder Gehen/Stampfen). Bewegung im Becken entstehen lassen.

Praxis 2: Ausdruck von Aggression: Kleingruppenarbeit zu dritt: Wenn die Aggression wahrgenommen wird, und in der Therapie bereits erarbeitet wurde, gegen wen sie sich richtet, kann dies auch auf körperlicher Ebene geübt werden. Patient sitzt und hat z.B. ein Meditationskissen auf dem Schoß. Zuerst wieder Wahrnehmung des Ärgers, eventuell bei stark intentional gestörten Klienten Bestärkung des „Rechts auf Wut“. Ich habe ein Recht, wütend zu sein. Danach vom Becken ausgehend, den Ärger in den Arm und die Faust bringen und fokussiert auf das Kissen schlagen. Danach Pause, Atmen, Energie wieder in den Körper nach unten bringen und im Körper verteilen. Hiermit wird der gerichtete, kontrollierte Ausdruck von Aggression und Wut geübt, der vor allem auch die notwendige Integration und Beruhigung nach dem Ausdruck mit einschließt.

Praxis 3: Kanalisierung und Transformation von Aggression:

Anschließend an die Arbeit an Wahrnehmung und Ausdruck von Wut erneut Kleingruppenarbeit zu dritt: Im Gespräch wird versucht, die Funktion hinter dem Affekt der Wut/ Aggression zu klarifizieren. Danach kann der Patient explorieren, wie es sich anfühlt, Wut/ Aggression in Ruhe und Würde auszudrücken. Beispielsweise sich im Stehen mit Abgrenzungsgesten selbstbehaupten, gegebenenfalls unterstützt durch passende, gerichtete Sätze.

Modul 12: Arbeit an (Körper)-Grenzen

Theoretische Überlegungen: Die Arbeit an Grenzen stellt für fast alle psychisch Erkrankten eine zentrale Rolle dar, insbesondere jedoch für Menschen mit Traumafolgestörung. Durch das Erleben von Grenzüberschreitungen leiden gerade diese Patienten meist unter Schwierigkeiten der Selbst/Objekt-Differenzierung- die Wahrnehmung und Unterscheidung von sich selbst und dem Gegenüber ist erschwert. Das Wiedererleben und Wiedervertrauen der eigenen (Körper) - Grenzen ist eng damit verbunden, wieder ein Vertrauen im Umgang mit anderen Menschen herzustellen und aus der „Schockstarre“ des Körpers herauszukommen.

Praxis: 1.) Wir beginnen, damit, dass der Patient seine Hände beklopft/ bestreicht. Zart, behutsam, gewahrsam, dann etwas kräftiger. Wahrnehmen, was in der beklopften Körperregion passiert. Dann auf den gesamten Körper ausdehnen. Während des Klopfens Sätze wie „Das ist meine Hand“, „Das ist mein Bauch“ ...
2.) Danach Kneten der Muskulatur, um die tieferen Körpergrenzen wahrnehmen zu lernen.
3.) Auch die Arbeit an der Aura-Grenze (Abtasten eines Raumes um sich herum – etwa ein Kokon oder Ei oder Schutzpanzer) wäre hier sinnvoll.
4.) Erweitert könnte dies dann noch dadurch werden, mit einem Seil seine Grenze auch in

Bezug auf eine andere Person auszulegen und auszuloten, immer in enger Abstimmung mit den körperlichen Empfindungen: Das ist Ihr Raum. Fühlen Sie in Ihren Körper.

5.) Eine weitere Übung wäre, sich als Paar gegenüber stehen und dann langsam aufeinander zuzulaufen und rechtzeitig stehen zu bleiben, wenn ein Unbehagen entsteht.

- Wodurch merke ich, dass die Grenze erreicht ist?
- Wie nehme ich den Abstand wahr?
- Habe ich ein gutes Maß gefunden?
- Möchte ich etwas ändern?

6.) Schlusswort

Ich hoffe, dass durch die Arbeit deutlich geworden ist, wie wertvoll und wichtig mir persönlich die Integration des Körpers in meine tägliche psychosomatisch-psychotherapeutische Arbeit geworden ist.

Es ist mir ein Anliegen, durch ein solches Fortbildungsangebot den Blick und die Neugier für die Integration des Körpers bei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten und Ärzten zu wecken. Wie schon erwähnt, soll dies kein Ersatz, sondern eher eine „Vorspeise“ für eine körperpsychotherapeutische Ausbildung darstellen.

Ich persönlich kann mir nicht mehr vorstellen, ohne die körperpsychotherapeutische Haltung und die Interventionsmöglichkeiten zu arbeiten. Psychotherapeutische Stunden werden für mich dadurch spielerischer, direkter, einfacher und berührender.

Die tägliche Arbeit an tiefen, echten emotionalen Zuständen und die Tatsache, dass Menschen mir das Vertrauen entgegenbringen, sich mit mir an die inneren Orte und Zustände zu wagen, erfüllt mich mit Dankbarkeit und Freude und mit dem Gefühl, etwas zutiefst Sinnvolles und auch Politisches zu tun.

8.) Literatur

Arbeitskreis OPD (2014). Operationalisierte-Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber-Verlag.

Balint, M (1987). Regression. Therapeutische Aspekte und die Theorie der Grundstörung.

Stuttgart:dtv Klett-Cotta

Boadella, D (1991). Stile der Atmung. Energie & Charakter, 22, Nr.3, 2-12.

Boysen, G und Berghol, P. (2003). Dein Bauch ist klüger als du. Hamburg: Miko – Edition

Fenichel, O (1927). Über organlibidinöse Begleiterscheinungen der Triebabwehr. In ds., Aufsätze Bd.1 (S.116-137). Frankfurt: Ullstein.

Freud, S (1890). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). SA Ergänzungsband (S.13-35).

Freud S (1923). Das Ich und das Es. SA Bd.III. (S.273-330). Frankfurt: Fischer

Fogel A (2013). Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Schattauer-Verlag.

Geuter, U (2015). Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Heidelberg: Springer.

Geuter, U (2018). Praxis Körperpsychotherapie. Heidelberg: Springer.

Heinrich, V (2001). Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie. Psychotherapie Forum 9:62-70.

Herbold et al. (2016). Beziehung und Exposition. Psychotherapeut 2016, 61: 399-406

Hüther, G (2010). Neurobiologie: umdenken, umfühlen oder umhandeln? In Künzler et al. (S115-119)

Lowen, A et al. (2006). Bioenergetik für jeden. Kirchheim P.

Marlock, G & Weiss, H (Hg) (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Quint, H (1988). Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht. Springer Verlag

Reich, W (1942). Die Funktion des Orgasmus. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie. Köln: Kiepenheuer & Wirtsch.

Reich, W (1987). Die Funktion des Orgasmus. Die Entdeckung des Orgons. Band 1. Köln: Kiepenheuer & Wirtsch

Reich, W (1970). Charakteranalyse. Köln: Kiepenheuer & Wirtsch

Roth, G (2018). Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart: Klett-Cotta

Rudolf, G (2006). Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer-Verlag

Stern, D et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The „something more“ than interpretation. International Journal of Psychoanalysis 79, 903-921.

Wöller & Kruse (2007). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Basisbuch und Praxisleitfaden. Schattauer-Verlag

Will, H. (1987). Georg Groddeck. Die Geburt der Psychosomatik. München:dtv.