



Körperpsychotherapie und Erfahrung —

Zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode¹

Ulfried Geuter

¹Erweiterte und überarbeitete Fassung eines Vortrags auf der Internationalen Arbeitstagung des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) am 14.11.2002 in Berlin; das Manuskript des Vortrags erschien in der Zeitschrift Konzentrierte Bewegungstherapie, Heft 33, 2002.

Ende der siebziger Jahre machte ich zusammen mit einem Kollegen aus der Klinischen Psychologie der Freien Universität Berlin die erste Erfahrung mit Körperarbeit. Meine wichtigste Erinnerung an die erste Begegnung mit einer Körperlehrerin ist, dass ich auf dem Boden lag und mich zu entspannen versuchte, während sie irgendetwas Minimales an meinem Schulterblatt tat. Daraufhin entkrampften sich meine Füße. Die Körperlehrerin schlug mir vor, meine Metallinlagen wegzuwerfen, die ich damals noch trug. Wenige Tage später war ich wegen meiner Einlagen bei einem Orthopädieprofessor und berichtete ihm. Er sagte sinngemäß: »Das kann nicht sein. Etwas, das oben im Rücken ist, kann keine Wirkung auf die Füße haben, allenfalls umgekehrt«. Später saßen wir oft im Arbeitsraum dieser Frau auf Holzhockern, entdeckten unsere Sitzhocker, lagen auf Besenstielen und ließen uns auf die Wirbelsäule sinken, gingen umher und spürten in die Fußsohlen. Erst später wurde mir bewusst, dass ich die Arbeit nach Elsa Gindler kennen gelernt hatte.

Damals war eine Zeit der Offenheit für alles Neue. In der Psychotherapie nahmen viele das wissenschaftstheoretische Motto von Paul Feyerabend »Anything goes« so wörtlich wie Bill Gates in seinem Feld die Lösung der Studentenbewegung »Kreativität an die Macht«. Zunächst sah es auch hier so aus, als wäre Kreativität gefragt: Das »Handbuch der Psychotherapie« von Corsini verzeichnete 1981 70 Therapieansätze. Ein Buch, das Klaus Grawe und andere Professoren der Klinischen Psychologie 1982 herausgaben, nannte 28 Therapieverfahren – das war als Begrenzung gedacht, weil das Buch dem Wildwuchs entgegentreten wollte (Kriz, 2000, S. 44).

Wir durften unsere Erfahrungen machen. Ich machte in der kleinen Szene eine Erfahrung mit dem Sich-Erfahren selbst und mit dem Denken über Erfahrungen. Der Orthopäde nämlich hatte mir einen bestimmten Begriff von Wissenschaft demonstriert. Diese Wissenschaft versucht nicht zu erklären, was erfahren wird, sondern mit Hilfe ihrer Erkenntnisse vorzuschreiben, was als Wirklichkeit angesehen werden darf. Um ihr zu glauben, hätte ich denken müssen, ich hätte mir etwas eingebildet. Nur so hätte ich der medizinischen »Erkenntnis« folgen können, es sei richtig, Einlagen zu tragen. Meine Füße danken es mir bis heute, dass ich dieser Auffassung von Wissenschaft nicht gefolgt bin, sondern meiner Körpererfahrung.

Ich gehe davon aus, dass die Grundüberzeugungen aller Psychotherapeuten von erfahrener Wirklichkeit geprägt sind und dass vorwissenschaftliche Erfahrungen ausschlaggebend sind für das, was Praktiker und auch Wissenschaftler für eine wirksame, hilfreiche Psychotherapie halten und was sie grundsätzlich als Wissenschaft ansehen, auch wenn ihre jeweiligen Überzeugungen mit rationalen Argumenten vorgetragen werden.² Wie diese Erfahrungen zu Entscheidungen darüber führen, womit sich jemand zum Beispiel in der Forschung befasst und womit nicht, wird aus dem wissenschaftlichen Diskurs ausgeblendet und bleibt daher unhinterfragt.

In der Entwicklung der Körperpsychotherapie spielt der Begriff der Erfahrung eine zentrale Rolle. Hingegen verbreitet sich in einer Zeit von Evaluation und Effizienz, in der die Mc-Kinseyisierung der Gesellschaft auch die Psychotherapie erreicht hat, hier ein Begriff von Wissenschaft, der den Begriff der Erfahrung selbst angreift. Ich möchte in diesem Beitrag dafür plädieren, die Tradition des Erfahrungswissens gegen diesen Begriff von Wissenschaft zu verteidigen. Dazu werde ich zunächst einen Blick in die Geschichte der Körperpsychotherapie werfen, um dann die Frage zu diskutieren, ob die Körperpsychotherapie als »wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren« gelten kann. Dabei werde ich mich kritisch mit den entsprechenden Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats auseinandersetzen.

Hungern nach Erfahrung

Zur Körperpsychotherapie gehören im Wesentlichen drei große Strömungen: die konfliktorientierten, aufdeckend arbeitenden neoreichianischen Therapieansätze, die bewegungs- und erfahrungsorientierten Ansätze wie die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) und die Tanztherapie, und schließlich die analytische Körperpsychotherapie (Geuter, 1996, 2000, 2000a). Diese drei Strömungen haben ihre Quellen in der Psychoanalyse und in den leibpreformerischen Ansätzen innerhalb der Gymnastik und des Tanzes (Abbildung 1). Letztere begründeten seit Ende des 19. Jahrhunderts eine Tradition, in der die individuelle Erfahrung betont und dazu ermuntert wurde, dem zu trauen, was wir mit unserem Körper spüren, bemerken, ertasten und erkunden. Diese Tradition entstammt einer Zeit, die ähnlich bewegt war wie die Zeit, aus der mein Eingangsbeispiel stammt. Es ist die Zeit zahlreicher Reformbewegungen in Landwirtschaft, Ernährung, Lebenskultur und Kunst, die vor allem in Berlin am Anfang des 20. Jahrhunderts zusammenkamen. 1901 wurde in Steglitz, damals ein Vorort, heute ein Stadtteil von Berlin, die Urzelle der Wandervogelbewegung, der deutschen Jugendbewe-

² Aus der Sicht meiner persönlichen Erfahrungen habe ich diese Ansicht an anderer Stelle dargestellt (Geuter, 2002).

Psychoanalyse

Grodeck
Ferenczi
Reich

In der Folge:
Eher konfliktaufdeckende, affektorientierte körperpsychotherapeutische Methoden

Reformgymnastik, Atem- und Leibpädagogik, Ausdruckstanz

Impulse gingen aus von Bewegungslehrerinnen wie:
Elsa Gindler
Dorothee Günther
und Ausdruckstänzern wie:
Mary Wigman
Rudolf von Laban

In der Folge:
eher funktionale oder atem- und bewegungsorientierte körperpsychotherapeutische Methoden

Abbildung 1:
Zwei Quellen der Körperpsychotherapie

gung, gegründet: hinaus in die Wälder, mit kurzen Hosen, die Hemden mit offenen Schillerkragen statt Stehkragen, die Klampfe auf den Schultern – das war auch ein neues Körpererleben und Selbsterleben. Ebenfalls 1901 öffnete am Halensee das erste deutsche Nacktbad, ein paar Jahre später am Wannsee ein großes Strandbad – öffentlich zu baden war damals ein Akt der Freiheit. 1904 eröffnete die Tänzerin Isadora Duncan im Stadtteil Grunewald eine Rhythmus-Schule. 1905 kamen die Reformkleider der Frauen auf, die leichte luftige vom Schnürkorsett befreite Kleidung. 1906 brachte Max Reinhardt das 15 Jahre nicht aufgeführte Skandalstück »Frühlings-Erwachen« von Frank Wedekind, das von den Nöten jugendlicher Sexualität handelt, erstmals in Berlin auf die Bühne. 1914 führte Mary Wigman hier den ersten Ausdruckstanz in der Öffentlichkeit auf. Ab 1916 trat die Tänzerin Valeska Gert in Berlin auf, von der der wunderbare Satz überliefert ist »Der Körper ist nicht dazu da, dass man mit ihm quasselt. Wer nichts Wesentliches zu sagen hat, soll lieber den Körper halten«.

1910 begann die Gymnastiklehrerin Elsa Gindler im »Seminar für Harmonische Gymnastik« von Hedwig Kallmeyer zu arbeiten, einer Atem- und Gymnastiklehrerin in Berlin-Steglitz (v. Steinaecker, 1998, 2000). 1917 gründete sie ihr eigenes »Seminar für Harmonische Körperausbildung«. Bei Gindler lernten viele, die später für die Körperpsychotherapie Bedeutung bekommen sollten – ich werde darauf zurückkommen. In ihrer Arbeit ging es darum, dass Menschen sich individuell in Haltung und Bewegung von innen her ihres Körpers gewahr werden mit dem Ziel, dass der Körper seine natürlichen Funktionen erfüllen kann. In den 20er Jahren wirkte auch Mary Wigman, unter deren Schülerinnen diejenigen waren, die maßgeblich die Tanztherapie begründeten. 1930 kam auch Reich nach Berlin. Die Atmosphäre dieser Zeit, in der die Anfänge der Körperpsychotherapie entstanden, lässt uns ihre besondere Tradition besser verstehen. Die 20er Jahre waren eine Zeit des Hungerns nach Erfahrung. Dies wird deutlich an den Werken der Literatur. In der Literatur des Naturalismus und Impressionismus um die Jahrhundertwende war das Scheitern ein großes Thema geworden (Geuter, 1986): Scheitern an der Entwicklung, an der Reifung, an sich selbst – anders als noch beim Werther, der an Ständesschranken scheiterte, die der Liebe gesetzt wurden. Während im Bildungsroman der Goethezeit der Mensch an seinen Erfahrungen reifen konnte, verzweifelte er nun am Leben. Die Menschen kreisten um ihr junges Ich auf der Suche nach Orientierung. Reifes Alter war kein Lebensziel mehr. Wir finden das bei Hauptmann, Wedekind, Halbe, Zweig, Musil oder Hesse. 1922 aber schrieb Hesse Siddharta: Sinneslust führte hier zur Verwandlung, und die Kurtisane lehrte zu leben. Die expressionistische Literatur von Benn, Döblin oder Kaiser, die in oder bei Berlin lebten, zeigte seit dem Ersten Weltkrieg ein Individuum, das zwar leidet, aber seine Fesseln abstreift. Dieser Mensch rebellierte, forderte Wahrhaftigkeit, fand Wahrheit in seinem inneren Erleben, in seinen Trieben. »Gib mich dem Leben« rief in ei-

nem damaligen Kultstück der Jugendlichen, »Der Sohn« von Walter Hasenclever von 1914, ein Sohn auf der Bühne seinem Vater zu. In den Protagonisten glühte und brodelte es.

Psychotherapie ist zwar eine wissenschaftlich begründete, aber dennoch kulturelle Praktik (Jaeggi, 1995). Daher spiegelt sie die Kultur wider, in der sie geschaffen wird. Als Stefan Zweig, Frank Wedekind und andere die Bigotterie der bürgerlichen Gesellschaft schilderten, die seelische Not, die eine unterdrückte Sexualität in einer sich befreienden Jugend erzeugt, erledigte Sigmund Freud mit wissenschaftlicher Erkenntnis den Puritanismus. Auf der Couch von Wilhelm Reich, der die Arbeit mit dem Körper in die Psychoanalyse einführte, fand später der Schrei des Expressionismus seinen Ausdruck, der auf den Theaterbühnen zu hören war. Als würde hier wie dort geglaubt, dass sprachlose Kommunikation mehr zu sagen hat als Sprache. Wie in der Kunst des Expressionismus Ausdrucksstärke in formaler Hinsicht den Wert eines Kunstwerkes ausmachte, so sah man im Ausdruck nun einen Weg der Heilung. Ausdruckstanz galt als Selbstreinigung der Seele. Rudolf von Laban, der Theoretiker des Ausdruckstanzes, wollte mit Hilfe des Tanzes »die Schleusen innerer Bewegtheit öffnen« (1926, S. 132). Reformgymnasten ließen in Bewegungschören Gefühle in Szene setzen. Wilhelm Reich forderte seine Patienten auf, ihre Gefühle körperlich auszudrücken.

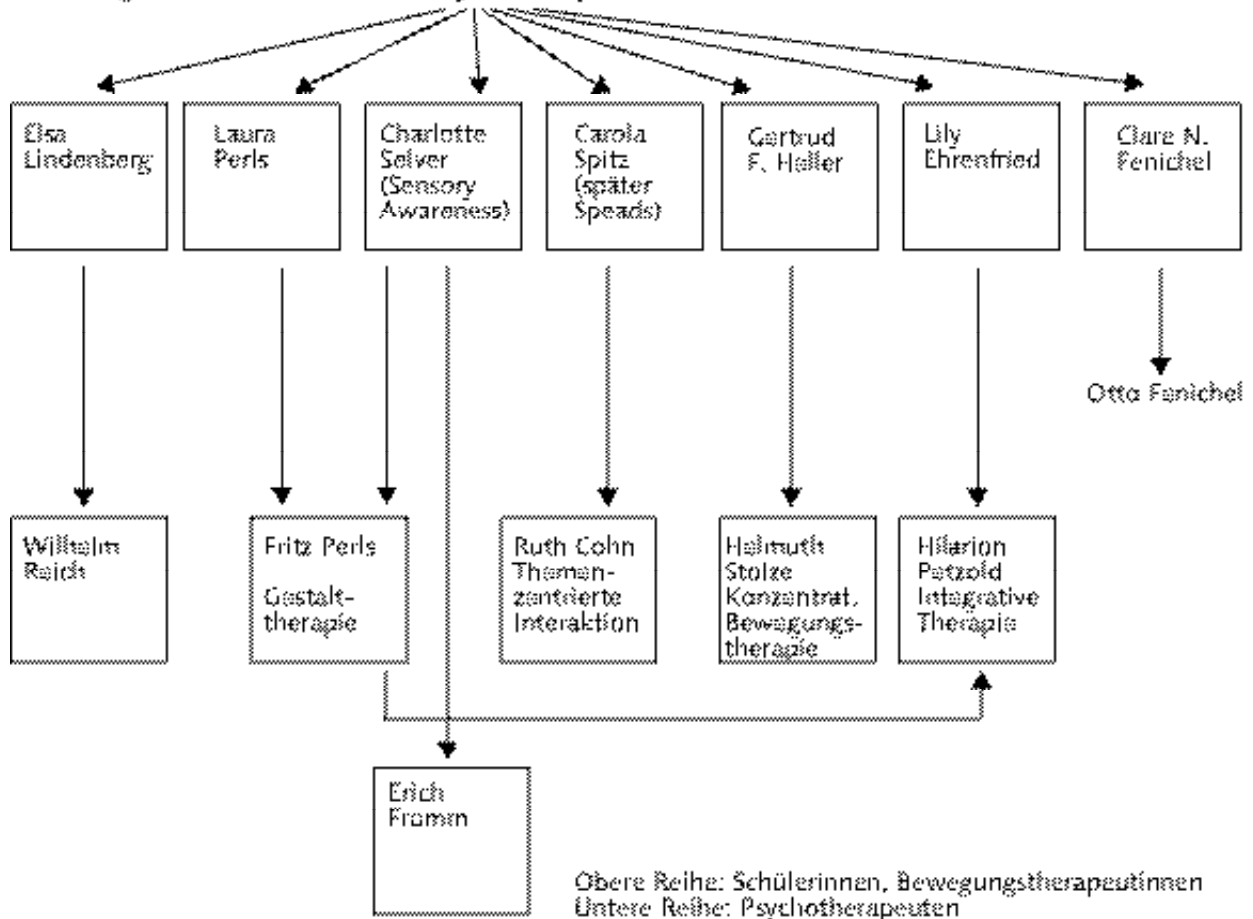
Der Expressionismus vertrat auch die Ansicht, dass Kunstwerke Rhythmus haben sollten. Die Bühnensprache war damals von rhythmischer Kraft. Johannes Itten, der im Bauhaus die Malklasse leitete, ließ zu Beginn seiner Klasse die Schüler Atemübungen machen, damit sie ihren inneren Rhythmus fanden (v. Steinaecker, 2000, S. 98f). Rhythmus lehrte neben den damaligen Atemschulen auch die rhythmische Gymnastik, eine dem traditionellen Turnen sich entgegenstellende Bewegung, die die individuelle »Eigenrhythmik« des Körpers einem von außen vorgegebenen »Takt« entgegensetzte. Johannes Heinrich Schultz, der Begründer des »Autogenen Trainings«, prägte damals den Satz »Es atmet mich«. Den Atem im eigenen Rhythmus geschehen zu lassen, war in vielen Körperschulen eine Leitvorstellung und ist es bis heute. Schultz hatte 1924 in Berlin eine Praxis eröffnet; als er 1932 seine Methode erstmals in einem Buch vorstellte, hieß dessen Untertitel »Konzentrierte Selbstentspannung«.

Erfahren, Üben, Erleben

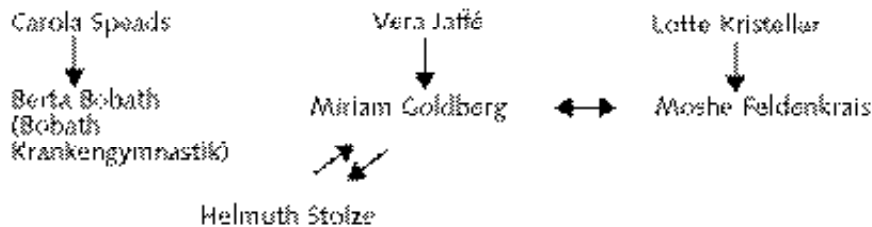
Dennoch lässt sich gerade am Unterschied zum Autogenen Training veranschaulichen, was in den reformgymnastischen Ansätzen unter einer erfahrungsorientierten Körper- und Bewegungsarbeit verstanden wurde. Das Autogene Training versucht, mit Hilfe von Autosuggestionen, Wahrnehmungen von Schwere und Wärme herbeizuführen. Mit anderen Entspannungsverfahren gemeinsam hat es das Ziel, Spannungen zu mildern, das allgemeine Erregungsniveau zu senken und eine psychophysiologische Entspannungsreaktion herbeizuführen (Stetter, 1998). Wie auch die Progressive Muskelrelaxation wirkt das Autogene Training dazu di-

Anzeige Hogrefe

Abbildung 2: Elsa Gindlers und die Psychotherapie



Weitere Einflüsse von Gindlers Schülerinnen:



rektiv auf den Körper ein, um die gewünschten Empfindungen zu erzeugen. Treten nun nicht erwünschte Wirkungen auf, zum Beispiel dass es jemandem kalt wird statt warm, dann wird in der Regel dazu geraten, mit dem Autogenen Training aufzuhören (Merle, 1998). Denn im klassischen Autogenen Training geht es um ein Üben hin auf das vorgegebene Ziel, nicht um Erfahrung. In der Gindler-Arbeit aber gibt es keine vorgegebenen Ziele, sondern nur Angebote von Erfahrung. In der Körperpsychotherapie wiederum wird jede individuelle Reaktion auf ein Angebot, das auch – wie beim Autogenen Training – eine Suggestion sein kann, als Erfahrung angenommen, deren seelische Bedeutung reflektiert wird oder auch sich aus sich selbst heraus versteht. Merle berichtet das Beispiel einer Patientin, die beim Autogenen Training Schmerzen in den Beinen bekam und mit dem Kurs aufhören wollte. Eine aufmerksame Beachtung der Schmerzen führte dazu, diese als Zeichen einer unterdrückten Wut auf ihren neuen Chef zu verstehen.

An diesem Beispiel zeigt sich zugleich die Trennungslinie zwischen der Körperpsychotherapie und der Gindler-Arbeit. Bei der Patientin ging die Entspannung seelisch tiefer als eine rekreative Entspannung, die der psychovegetativen Selbstregulation dient. Die Körperpsychotherapeutin Gerda Boyesen spricht in solchen Fällen von einer zweiten Schicht »dynamischer Entspannung«. Damit ist gemeint, dass Entspannung eine Tiefe erreichen kann, aus der heraus sich unbewusstes dynamisches Material an die Oberfläche bewegt (Geuter & Schrauth, 2001, S. 17). In der Körperpsychotherapie sind wir an diesem Material interessiert. In den reinen Entspannungsverfahren sind solche dynamischen Prozesse eine Störung, in der Gindler-Arbeit werden sie auf der Ebene der Körpererfahrung belassen. Die Körperpsychotherapie ist aber weder ein übendes Verfahren noch reine Körperarbeit. Sie arbeitet immer auch mit psychologischen Mitteln an seelischen Prozessen (Geuter, 2000a). Der Begriff der Erfahrung beinhaltet hier immer auch seelische Bedeutung. Beides

³Vgl. ausführlicher Geuter, 2000.

zusammen wird in der deutschen Sprache mit dem Begriff des Erlebens erfasst.

In den 20er Jahren bildeten sich bestimmte Leitvorstellungen der Körperpsychotherapie heraus, die mit der Zeit zu tun haben, in der sie entstand. Die Ausdruckstänzer zum Beispiel wollten formalisierte Tanzschritte durch expressive Bewegungen ersetzen, die im jeweiligen Moment des Auftritts auf der Bühne neu geschaffen werden konnten, modern gesagt aus dem inneren Erleben im Hier und Jetzt. Der Gedanke, über den Körper Unterdrücktes auszudrücken, über die körperlich gehaltene Verspannung seelisch Verdrängtes zugänglich zu machen und gestaute libidinöse Energie wieder in Fluss zu bringen, steht am Anfang von Wilhelm Reichs Versuchen, die Psychoanalyse zu einer körperbezogenen »Vegetherapie« weiterzuentwickeln. Diese Orientierung auf die Expression, auf die Bewegung des Inneren ins Außen, kennzeichnet weitgehend die auf Reich zurückgehenden Ansätze der Körperpsychotherapie. Die auf die Gymnastikbewegung, die Atemlehren und auf Elsa Gindler zurückgehenden erfahrungsorientierten Ansätze sind dagegen gekennzeichnet durch die Wendung der Aufmerksamkeit von außen auf das Körperinnere, durch Innenwahrnehmung, durch ein Denken, das sich auf eine Wiedergewinnung des eigenen Leibes richtet, den man glaubt verloren zu haben. Gindler kannte keine Befreiung der Triebe. Sie wollte natürliche Bewegungen ermöglichen. Beide Richtungen aber zielten auf Freiheit: Freiheit der Sexualität, der Lebensenergie und auch der politischen Verhältnisse, wie Reich es wollte, oder innere Freiheit durch Freiheit der Atmung, der Bewegung und dadurch auch des Geistes. Freiheit des Orgasmus und Freiheit des Organismus waren, pointiert gesagt, die Wünsche.³ Dies sollte man erinnern, da heute kaum noch darüber gesprochen wird, ob Psychotherapie zur Freiheit oder zur Humanität beitragen soll (Petzold, 2002).

Gindler und die Folgen

Die Bewegungsarbeit von Gindler gab bekannten Psychotherapeuten wenig bekannte Impulse (Abbildung 2). Mehrere Psychotherapeuten und vor allem deren Frauen lernten bei ihr und ihren Schülerinnen. Laura Perls, die Frau von Fritz Perls, und Elsa Lindenberg, die zweite Lebensgefährtin von Wilhelm Reich, gingen zu Gindler in Berlin. Ruth Cohn, die Begründerin der Themenzentrierten Interaktion, lernte bei Gindlers Schülerin Carola Spitz. Charlotte Selver vermittelte die Arbeit an Erich Fromm und dessen Frau und an Fritz Perls, der von dort das Konzept der »awareness« übernahm. Bei Lily Ehrenfried lernte Hilarion Petzold, der Begründer der »Integrativen Therapie«. Gertrud Falke Heller war Tanzschülerin bei Mary Wigman und nahm seit den 30er Jahren zunächst an Kursen von Gindlers Schülerin Elfriede Hengstenberg, später bei Gindler selbst teil (Heller, 1991; Wintel, 1998). Von ihr führte später der Weg zu Helmuth Stolze, der die Konzentrierte Bewegungstherapie begründete. Clare Fenichel, die Frau des berühmten Psychoanalytikers Otto Fenichel, lehrte bis ins hohe Alter die Gindler-Arbeit. In all diesen Rich-

tungen spielte und spielt der Begriff der Erfahrung und die Arbeit mit Angeboten der Erfahrung eine große Rolle. Darüber hinaus ging Gindlers Arbeit in die Bobath-Krankengymnastik und in die Lehre von Moshe Feldenkrais ein.

Andere Ansätze der Körperpsychotherapie entwickelten sich parallel. Die »Funktionelle Entspannung« von Marianne Fuchs (1989) hat ihre Quellen ebenfalls in den Reformbewegungen und darüber hinaus in der psychosomatischen Medizin und der Gestaltkreislehre von Viktor von Weizsäcker. Sándor Ferenczi experimentierte seit den zwanziger Jahren in der Psychoanalyse damit, in körperlichen Dialogen szenische Erinnerungen an frühe Beziehungserfahrungen wachzurufen. Dies ist heute der Kern des Ansatzes der Analytischen Körperpsychotherapie. Wie weit die Frage nach dem Körper in der Psychotherapie bereits vor 70 Jahren in die offizielle Psychotherapie vorgedrungen war, zeigt sich daran, dass sich der VI. Kongress der »Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie« in Dresden 1931 dem Thema »Die Behandlung des Seelischen vom Körper aus« widmete. In der NS-Zeit waren am »Reichsinstitut für psychologische Forschung und Psychotherapie«, der zentralen psychotherapeutischen Ausbildungsstätte in Berlin, in der die analytischen Richtungen zwangsvereinigt waren, Atemübungen, Bewegung und Musik fester Bestandteil der Psychotherapeuten-Ausbildung (Geuter, 2000).

Kommunikative Bewegungstherapie

Ein weiterer Strang der Entwicklung der Körperpsychotherapie ist westlich der alten Mauerlinie kaum bekannt. 1960 begann die Krankengymnastin Anita Wilda-Kiesel an der Abteilung für Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik an der Karl-Marx-Universität in Leipzig zu arbeiten. Zunächst sollte sie Patienten aktivieren, die nach der Pavlowschen Schlaftherapie behandelt wurden. Bald aber wurde sie Teil eines jungen therapeutischen Teams, das ihr die Aufgabe zuwies, Übungen für Patienten zu finden, die Gleichgewicht, Körperwahrnehmung oder Raumgefühl förderten. Daraus entwickelte sich mehr: Übungen in der Gruppe, die die Fähigkeiten, sich auseinander zu setzen, zu vertrauen, Mut zu haben oder sich in die Gruppe zu integrieren zum Thema machten oder dem Beobachten und Kennen-Lernen des Körpers dienten. Wilda-Kiesel, die vor dem Mauerbau die Atemlehrerin Alice Schaar-schuch kennen gelernt und Artikel zur Gindler-Arbeit gelesen hatte, bezeichnete den Ansatz als »Kommunikative Bewegungstherapie«. Später wurde die Methode von der dynamischen Gruppenpsychotherapie der DDR geprägt, von der sie das Modell eines Gruppenprozesses übernahm, an dem sich die Übungen ausrichten. Die Kommunikative Bewegungstherapie sollte über nonverbale Arbeit von außen psychodynamische Prozesse der Patienten in den therapeutischen Gruppen anstoßen (Krüger, 2002). Sie war also keine übende Bewegungstherapie im traditionellen Sinne, sondern eine Methode mit psychotherapeutischer Zielsetzung. In der Psychotherapie der DDR war die Methode anerkannt und wurde 1967 Gegenstand eines wissenschaft-

⁴ Führend war hier Volker Knapp-Diederichs aus Berlin; als Ausbilder kamen auch David Bodel-la und Wolf Büntig.

lichen Symposiums, an dem aus dem Westen Helmuth Stolze und Marianne Fuchs teilnahmen. Weiterbildungen und Fachveröffentlichungen führten in den 70er Jahren zur staatlichen Einrichtung eines Fachphysiotherapeuten für funktionelle Störungen und Neurosen (später: und psychische Erkrankungen) (Wilda-Kiesel, 1998, 2002, 2002a). 1977 entstand eine Arbeitsgruppe »Kommunikative Bewegungstherapie« in der »Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR«. Heute gibt es in den Neuen Bundesländern etwa 500 kommunikative Bewegungstherapeuten. Hier wird die Methode in nahezu allen psychosomatisch-psychotherapeutischen und in vielen psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern angewandt. Sie macht dennoch wenig von sich reden. Vielleicht wirken dabei Systemunterschiede nach. Die Kommunikative Bewegungstherapie, die nahezu ausschließlich stationär angewandt wird, scheint noch immer von dem Gedanken eines Kollektivs geprägt zu sein, in dem der spezialisierte Physiotherapeut die Bewegungserfahrungen ermöglicht und der Psychologe oder Arzt sie im Gespräch aufarbeitet. Im Unterschied dazu wird in der Körperpsychotherapie die Integration in einem Prozess gesucht.

Bewegungstherapie war auch ein Thema der »Erfurter Gruppe« von Psychotherapeuten in der DDR, der neben anderen Hans-Joachim Maaz angehörte. Maaz nahm später an einer von mehreren Gruppen in der DDR teil, die von reichianischen Therapeuten aus dem Westen betreut wurden.⁴ Eva Reich, die Tochter von Wilhelm Reich, reiste damals nach Dresden und Leipzig, wo sie in einer Runde von Psychotherapeuten über Körperpsychotherapie und Psychoanalyse referierte. In Workshops unterwies sie an einem Leipziger Krankenhaus Kinder- und Jugendpsychiater in Methoden der Babymassage (Israel, 1997; Koraus, 1999; Wilda-Kiesel, 2002a). Maaz führte Mitte der 80er Jahre in einem Krankenhaus der Evangelischen Kirche in Halle eine körperpsychotherapeutische Gruppe als dritte Stufe der Gruppentherapie ein, deren zweite Stufe die intendiert-dynamische Gruppentherapie nach Höck war. Deswegen drohte damals das Krankenhaus geschlossen zu werden (Krüger, 2002). Heute ist Maaz der führende Repräsentant der Sektion »Analytische Körperpsychotherapie« in der »Deutschen Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie«.

Von der Selbsterfahrung zur Professionalisierung – Historische und juristische Bedingungen der Konflikte der Humanistischen Psychotherapie mit dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

Im Westen arbeiteten Körperpsychotherapeuten in dieser Zeit am experimentellen Rand einer in Bewegung geratenen Gesellschaft. In den von der Studentenbewegung geprägten Kreisen griff man zurück auf Reich, weil man in seinen Schriften die erhoffte Verbindung von individueller und gesellschaftlicher Befreiung zu finden schien. Als sich in den späten 70er und frühen 80er Jahren die politische Bewegung zu individualisieren begann, hatten Selbsterfahrungsgruppen Konjunktur. Das Projekt der Selbstbefreiung, 1968

noch genital gedacht, griff nun über auf den ganzen Leib. So wie die Gesellschaft extrovertierter und expressiver wurde, wurde es auch die Psychotherapie. Und so wie Kreativität gegen Verkrustung gefragt war, blühten zahlreiche Therapierichtungen auf neben einer in Deutschland monolithischen Psychoanalyse, die vielen zu konservativ war, um sich ihr anschließen zu können. Die Generation der heutigen Psychotherapeuten lernte für damalige Zeiten Unkonventionelles wie Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie. Sie hing dem Leitsatz von Frederick Perls an, den Gefühlen und nicht dem Verstand zu folgen, ging in Selbsterfahrungsgruppen oder probte das Encounter; manche fuhren zu Bhagwan nach Indien, zu Basaglia nach Triest oder zu Grof nach Kalifornien.

Doch wenn man älter wird und mit dem, was man gelernt hat, offiziell sein Geld verdienen will, muss man nachweisen, dass das, was man tut, professionell ist. Mit dem Eindringen der alternativen Psychotherapeutenkultur in die krankenkassenfinanzierte Psychotherapie begann folgerichtig ein Prozess, in dem sich einstmals Alternatives etablieren musste. Die Auseinandersetzungen, die es heute zwischen den einstmals alternativen Psychotherapiemethoden und dem wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bei der Bundesärztekammer gibt, sind auch auf dem Hintergrund dieser historischen Entwicklung zu verstehen.

Für das Verständnis dieses Konfliktes, dem sich die Gesprächspsychotherapie längere Zeit gegenüber sah und andere humanistische Therapiemethoden noch gegenübersehen, ist es hilfreich, historisch die Struktur der Professionalisierung in Deutschland zu verstehen. Seit dem Preußischen Landrecht von 1794 gibt es akademische Prüfungen zur Berufszulassung, zunächst bei Theologen und Juristen, später bei Medizinern, Technikern und Gymnasiallehrern. Die Psychologen folgten erst in der NS-Zeit, als 1941 erstmals eine Diplom-Prüfungsordnung erlassen wurde (Geuter, 1984). Wollte sich die Psychotherapie in Deutschland professionalisieren, musste sie sich in die Struktur eines staatlich geregelten Ausbildungs- und Lizenzierungswesens einpassen. Sie hatte aber eine Besonderheit: Im Unterschied zu Jurisprudenz, Theologie oder Psychologie gibt es Psychotherapie nicht als akademisches Fach, sondern nur als angewandte Spezialisierung im Rahmen der Medizin und Psychologie. Während sonst für akademische Professionen fachbezogene Examina in Hochschulstudiengängen vorgesehen sind, war dies in der Psychotherapie aufgrund ihrer gewachsenen Ausbildungsstruktur nicht möglich. Diese Struktur tastete der Gesetzgeber nicht an. So entstand das Problem zu garantieren, dass die Professionellen ohne eine Hochschulausbildung in Psychotherapie eine wissenschaftliche Qualifikation für ihre Tätigkeit besitzen. Der Gesetzgeber löste es so, dass er Psychotherapieverfahren – und damit die in diesen Verfahren auszubildenden Stätten – der Prüfung ihrer wissenschaftlichen Anerkennung unterwarf. Das ist eine einmalige Sonderkonstruktion. Denn normalerweise wird die Qualität professioneller Tätigkeit darüber garantiert, dass über Studien- und Prüfungsordnungen die wissenschaftliche

⁵ Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie: »Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie« vom 8.6.2000.

www.wbpsychotherapie.de/Homepage/Wir/Mindestanforderungen.html

⁶ Was Wissenschaftler in einer jeweiligen Zeit als Beweis für Wirkungen ansehen, wird generell willkürlich vorwissenschaftlich festgelegt. Heute glauben wir zum Beispiel, dass epidemiologische Daten ausreichen, um die Gefahren des Rauchens zu beweisen. In den 40er und 50er Jahren wurden diese als Beweis abgelehnt (Nathanielsz, 1999, S. 22). Epidemiologen wiederum kritisierten in den 50er Jahren in den USA Pathologen, dass der Nachweis von Asbest in den Lungen von an Lungenkrebs verstorbenen Asbestarbeitern nicht zum Nachweis der Schädlichkeit von Asbest ausreichte (Proctor, 2002, S. 134).

Qualifikation der Angehörigen eines Berufes gewährleistet wird.

Eine zweite juristische Konstruktion hat die Probleme mit der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren erzeugt: die verfehlte Definition des Psychotherapeutengesetzes, dass Psychotherapie eine »mittels wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren vorgenommene Tätigkeit« sei. Über diese Definition nämlich knüpft das Gesetz Professionalität an die Anerkennung von »Therapieverfahren«. Dadurch kommen Verbandsinteressen in die Definition der Psychotherapie selbst hinein. Aus diesem Grund können wir eine Entwicklung beobachten, die den Trend zur Integration in der wissenschaftlichen Forschung konterkariert: Psychotherapeutische Schulen versuchen, die Eigenständigkeit und den wissenschaftlichen Wert des eigenen Verfahrens zu betonen, obwohl es für die praktische Arbeit unbedeutend ist, ob zum Beispiel Körperpsychotherapie oder Psychoanalyse eigenständige Verfahren sind oder nicht. Doch will das nun jeder zeigen, um am Prozess der Professionalisierung teilhaben zu können.

»Wissenschaftliche Anerkennung«

Die politische Frage »Wer darf was?« soll der Wissenschaftliche Beirat mit Mitteln der Wissenschaft entscheiden. Einmalig in der Geschichte des demokratischen Deutschland ist dabei, dass dieses Gremium sich anmaßt, wie ein Zentralkomitee festzulegen, welches Wissen in einem wissenschaftlichen Bereich gelehrt und angewendet werden soll. Der Beirat legt selbst die Kriterien fest, was Wissenschaft ist und was nicht. Bekanntermaßen hat er zum zentralen Kriterium dasjenige erhoben, dass Psychotherapieverfahren ihre störungsspezifische Wirksamkeit in Studien nachzuweisen hätten, die unter anderem die therapeutische Intervention eindeutig benennen und eine Kontrollbedingung beinhalten.⁵ Nach dieser Vorstellung wird Psychotherapie wissenschaftlich so zugelassen wie Medikamente zur Behandlung (Eckert, 2002). Denn es geht bei den Entscheidungen des Beirats nicht darum, dass die Krankenkassen nur Behandlungsmethoden finanzieren, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Es geht vielmehr um die Etablierung eines Maßstabs für die Psychotherapie als wissenschaftlich begründeter Tätigkeit, analog zu dem zum Beispiel die Homöopathie in der ärztlichen Fortbildung und Praxis oder die Beforschung aller neuen, noch nicht durch Studien belegten Heilmethoden verboten werden müssten.⁶ Der Begriff von Wissenschaft des Beirats macht sich fest an der Einhaltung der Prozeduren der Laborforschung zur Generierung von Wissen. Das Modell, dass ein Trial im Verhältnis zu einer kontrollierten Nicht-Experimental-Bedingung zu einer signifikanten Wirkung führen muss, soll die Bewertung psychotherapeutischer Erkenntnis beherrschen. Weitere Erkenntnisquellen wie die klinische Erfahrung und Fallanalysen werden damit ausgeschlossen.⁷

Es gibt andere Wege, wissenschaftliche Erkenntnisse oder die klinische Bedeutung von Behandlungsverfahren zu evaluieren. Die Bewertung einer Theorie in der

Wissenschaft erfolgt zum Beispiel daran, ob sie die Tatsachen erklärt, die sie zu erklären beansprucht, ob sie in sich kohärent, nachvollziehbar und nachprüfbar ist. Das entscheidet sich in einer Demokratie im diskursiven wissenschaftlichen Streit, nicht durch die Festlegung von Institutionen. Eine klinische Evaluation könnte andere Kriterien heranziehen wie jahrelange Erfahrungen damit, welche Wirkungen einer bestimmten Behandlungsmethode klinisch beobachtet werden. Auf diesem Weg hat die Psychotherapie und auch die Körperpsychotherapie jahrzehntelang ihre Erkenntnisse erzeugt und sich weiterentwickelt. Dies kann nicht einfach vernachlässigt werden.

Zur Evaluation der Körperpsychotherapie

Wie steht die Körperpsychotherapie da, wenn man sie in dieser Weise evaluieren würde? Körperpsychotherapeutische Konzepte haben in vielfacher Weise das Gebiet der Psychotherapie befruchtet. Ich kann hier nur cursorisch einiges benennen. Der Psychosomatiker Georg Groddeck, von dem Freud den Begriff des »Es« übernahm, entwickelte das Konzept der »Körperabwehr«, demzufolge Gefühle und Handlungsimpulse durch Anspannung, Festhalten und Atemreduktion unterbunden werden. Der Psychoanalytiker Sándor Ferenczi schloss vom körperlichen Agieren in der analytischen Situation auf präverbale und präöipale Ursachen von seelischen Störungen, die in der Psychoanalyse bis dahin kein Thema gewesen waren. Er förderte die Regression im körperlichen Dialog, um zu vorsprachlichen Seeleninhalten zurückzufinden. Spuren dieses Ansatzes finden wir bei Balint und Winnicott. Wilhelm Reich erarbeitete die Theorie vom Charakter als Abwehrformation, die in der Psychoanalyse breit rezipiert wurde, oft allerdings ohne Nennung der Quelle. Er entwickelte die Vorstellung, dass dem Charakterpanzer ein Körperpanzer entspricht, die Alexander Lowen in seiner Theorie der Charakterstrukturen weiter ausgearbeitet hat (Geuter & Schrauth, 1997). Auf Arthur Janov (1976) geht das Konzept der Schlüssel- oder »Primärszene« zurück. Nach diesem Konzept verdichtet sich eine Ansammlung von Verletzungen in einer Szene, in der ein Kind an einen Punkt kommt, an dem es Erfahrungen verleugnet und das Denken vom Fühlen und vom Körper abspaltet. Körperliche Mobilisierungen sollen Janov zufolge helfen, dieses Erleben wieder zugänglich zu machen.

Reich und Janov betteten ihre therapeutischen Konzepte in Konzepte revolutionärer Veränderungen ein und gingen später sektiererische Wege. Dies war dem Zeitgeist der späten 20er und der frühen 70er Jahre geschuldet und hat sie für den mainstream der Psychotherapie obsolet gemacht, schmälert aber nicht die Bedeutung ihrer Erkenntnisse. Wenig beachtet wird auch, dass das Konzept der Selbstregulation erstmals von Wilhelm Reich in die Psychotherapie eingeführt wurde. Heute spielt es eine große Rolle im Brückenschlag zwischen der Körperpsychotherapie und einer systemischen Theorie der Medizin, wie ihn Thure von Uexküll und andere (1994) bei der Funktionellen Entspannung suchen.

⁷ Am Rande sei erwähnt, dass der Beirat aus berufspolitischen Gründen bereits beschlossene Kriterien nach Vorliegen des Antrags der Gesprächspsychotherapie noch einmal änderte, so dass das Verfahren abgelehnt werden konnte (vgl. Kriz, 2000, S. 45ff). Wissenschaft wird hier in bemerkenswerter Weise zu berufspolitischen Zwecken benutzt. Es ist gerade nicht so, wie Sven Olaf Hoffmann, einer der Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats, in einem Interview sagte, dass der Beirat »in seinen bisherigen Entscheidungen in bemerkenswerter Weise wissenschaftliche und nicht berufspolitische Interessen durchsetzte«. Er hat vielmehr mittels Wissenschaft Berufspolitik gemacht (»angefragt«. Deutsches Ärzteblatt, PP, H. 11, 2002, S. 491).

Von George Downing (1996) stammt die Theorie der »affektmotorischen Schemata«, in der eine Verbindung zwischen der Entwicklungstheorie von Piaget, der Säuglingsforschung und den Erkenntnissen der Körperpsychotherapie gesucht wird. Diese Theorie beinhaltet, dass in körperlichen Handlungen »motorische Überzeugungen« sichtbar werden, die ein Kind in Verbindung mit affektiven Tönungen und kognitiven Einschätzungen zu einem Schema verbindet, das in Körperstrategien Erwachsener im zwischenmenschlichen Umgang erkennbar wird. Die Körperpsychotherapie ist die einzige Richtung in der Psychotherapie, bei der sich aus einem solchen theoretischen Ansatz heraus therapeutische Strategien ableiten.

Aus der Säuglingsforschung kommt heute eine Unterstützung körperpsychotherapeutischer Ansätze. Durch ihre verfeinerten Untersuchungsmethoden können Säuglingsforscher zeigen, wie sich präverbal affektmotorische Kommunikationsmuster entwickeln, die das weitere Leben eines Menschen prägen. Analytische Säuglingsforscher wie Daniel Stern (1999) und Martin Dornes (1997, S. 17) sprechen sich vor diesem Hintergrund dafür aus, den Körper in die analytische Behandlung einzubeziehen.

Der wohl wichtigste Beitrag der Körperpsychotherapie zur gesamten Psychotherapie ist die Entwicklung einer Vielfalt von Behandlungsansätzen. Vor allem dieser Beitrag wird klinisch geschätzt. Auch hier kann ich nur cursorisch auflisten, was auf einer Evaluationsliste stehen müsste: Methoden zur Förderung und Vertiefung der Körperwahrnehmung und des Körpererlebens oder zur Erkundung von Körperschema und Körperbild; die Sondierung körperlicher Empfindungen zur Vertiefung und Aufschließung des Erlebens; das Aktivieren von Bildern über propriozeptive Wahrnehmungen; die Förderung der emotionalen Selbstregulation durch körperliches Identifizieren von Affekten; die szenische Arbeit mit Körperdialogen und vieles andere mehr. Auch gibt es in der Körperpsychotherapie eine andere Art des therapeutischen Sprechens, das in der Biodynamik »rooted talking« genannt wird, verwurzeltes Sprechen. Sprachliche Äußerungen werden rückbezogen auf ein im Körper gegründetes Erleben. Auch diese Rückkopplung zwischen Erleben, Körpererleben und Sprache zeichnet die Körperpsychotherapie aus.

In der Körperpsychotherapie gibt es differenzierte Vorstellungen zu störungsspezifischen und prozessbezogenen Interventionen (Geuter & Schrauth, 2001, S. 16; Röhrich, 2000, S. 123-147). Die verschiedenen Schulen und Methoden haben dabei unterschiedliche Schwerpunkte. Zu den Stärken der Methoden der Konzentrativen Bewegungstherapie gehört es, an der gestörten oder der nicht vorhandenen Wahrnehmung von Affekten zu arbeiten, was insbesondere bei Menschen mit Störungen frühkindlicher Genese hilfreich und klinisch bei psychosomatischen Patienten von Bedeutung ist. Ein Schwerpunkt bioenergetischer Techniken liegt im Aufbau affektiver Spannungen, was hilfreich ist, wenn man zum Beispiel latente verdrängte Aggressivität oder andere verdrängte Gefühle aktivieren möchte. Halt und Begrenzung durch körperliche Berührung

kann dabei helfen, Affektstürme auszuhalten und Gefühle auszudrücken, vor deren Folgen sich ein Patient ängstigt. Dies betont Tilmann Moser in seiner Verbindung von Körperpsychotherapie und Psychoanalyse. Ein chronischer pseudokathartischer Ausdruck dagegen bedarf der Entdramatisierung, der Arbeit am Realitätsbezug und des Klärens. Methoden wie die Funktionelle Entspannung wiederum unterstützen die psychovegetative Selbstregulation und fördern die Umstimmung bei psychophysiologischen Spannungen. Übungen zur Körperwahrnehmung helfen dem psychotischen Menschen bei Coenästhesien, Körpergrenzen zurückzugewinnen.

Gehen wir weiter in unserer Evaluation, so ist als nächstes die klinische Relevanz der Körperpsychotherapie in der Versorgung zu nennen. Die Konzentrativen Bewegungstherapie konnte schon 1995 66 Krankenhäuser und Kliniken in Deutschland benennen, in denen die Methode angewandt wird (Budjuhn et al., 1995). Zu diesem Zeitpunkt forderten zahlreiche Klinikchefs ihre Anerkennung durch den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, während Grawe, Donati und Bernauer (1994) die Methode in ihrer Studie nicht einmal erwähnten – im Unterschied zur »Naikan-Therapie« oder »Aqua-Energetik«, die diesen Autoren eher aufgefallen waren. In Kliniken mit psychodynamischer Grundorientierung scheint die Körperpsychotherapie das am häufigsten angewandte Zweitverfahren zu sein (Geuter, 2002a). Im Kostenerstattungsverfahren war es möglich, begutachtete körperpsychotherapeutische Behandlungen mit Krankenkassen abzurechnen. Andritzky (1999) fand bei einer Erhebung unter ambulant psychotherapeutisch tätigen Psychologen und Ärzten in Düsseldorf, Wuppertal und Remscheid vor dem Psychotherapeutengesetz heraus, dass 14,4% der Psychologen und 11,5% der Ärzte körperpsychotherapeutische Methoden anwenden.

Psychotherapeuten fragen nach Weiterbildung in Körperpsychotherapie. Bei den Lindauer Psychotherapie-wochen war die Körperpsychotherapie schon vor Jahren ein begehrtes Fortbildungsthema (Cierpka et al., 1993, S. 216). Manche Landesärztekammern erkennen sie als Zweitverfahren an. In allen anderen psychotherapeutischen Schulen, ohne Ausnahme, gibt es Diskussionen darüber, wie und ob der Körper in die Behandlung einbezogen werden sollte (vgl. Geuter, 2002b, S. 35ff & 98ff). Eine der umfassendsten Zusammenstellungen körperpsychotherapeutischer Übungen stammt von einer Verhaltenstherapeutin (Görlitz, 1998). Die Körperpsychotherapie ist auf wissenschaftlichen Kongressen präsent, sie wird in den meisten Standardlehrbüchern der Psychotherapie aufgeführt und an manchen Universitäten gelehrt. Ich selbst konnte mit einem Vortrag über Körperpsychotherapie vor der Fakultät habilitieren. In den USA gibt es universitäre Studiengänge in Tanztherapie und man kann darin promovieren. In der Schweiz sind verschiedene körperpsychotherapeutische Ausbildungsgänge anerkannt, in Österreich die KBT. In Italien kann man mit einer entsprechenden Ausbildung die Berufszulassung erreichen. All das ist Ausdruck einer Anerkennung inner-

halb der Wissenschaft und innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung. Nur der wissenschaftliche Beirat will davon nichts wissen. Er macht Deutschland aus berufspolitischen Gründen zu einer psychotherapeutischen Provinz, an deren Grenzen, wie Jürgen Kriz (1999, S. 22) treffend bemerkt hat, jetzt der Bildungsgrenzschutz steht.

Wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie gibt es bislang nur wenige (Röhricht, 2000, 149-151; Schrauth, 2001, 135-155; Tritt et al., i. Vorb.). Loew und andere haben nachgewiesen, wie Funktionelle Entspannung den Atemwegwiderstand ähnlich beeinflussen kann wie Medikamente (Loew, 1996; Loew et al., 1996); die Wirkung der Methode in der Behandlung von Asthma scheint gesichert (Deter & Allert, 1983; Loew et al., 2001), bei Patienten mit Colon irritabile ist sie wahrscheinlich (Loew et al., 1994). In Russland gibt es Forschungen dazu, wie sich bei einer Atembehandlung in Abhängigkeit von der Intensität emotionaler Prozesse Parameter der Herzrhythmus verändern (Sandomirskii & Tuchwatullin, 1992). Verschiedene Studien zeigen die Wirkungen bioenergetischer Analyse (Gudat, 1997; Ventling & Gerhard, 2000), mehrere die der KBT (Überblick bei Seidler, 2001). Erste Forschungen liegen auch zur Wirksamkeit der Tanztherapie vor (Larisch, 1993; Lausberg et al., 1988, 1994). In zwei Studien (Andres et al., 1995; Weber et al., 1994) wurde die Wirksamkeit körperbezogener Interventionen bei psychiatrischen Patienten nachgewiesen. Monsen und Monsen (2000) zeigten in einer randomisierten, kontrollierten Studie die Effekte psychodynamischer Körperpsychotherapie bei Schmerzpatienten. Müller-Hofer (2002) untersuchte die Wirksamkeit der »Klientenzentrierten Körperpsychotherapie«. Diese Methode, die Körperpsychotherapie nach Downing und vor allem neoreichianische Therapieformen (Biodynamik, Bioenergetik, Biosynthese, Hakomi, Unitive Psychologie, Integrative Körperpsychotherapie nach Rosenberg) sind Gegenstand einer noch laufenden Multicenter-Studie unter naturalistischen Bedingungen, über die Koemeda-Lutz u.a. (2003) erste Zwischenergebnisse berichtet haben. In dieser Studie wird bei 157 Patienten in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis prospektiv der Therapieerfolg untersucht. Bislang liegen für eine größere Gruppe Messergebnisse für den Zeitpunkt sechs Monate nach Therapiebeginn, für eine kleinere auch vom Therapieende vor. Die Ergebnisse zeigen, dass die durch Körperpsychotherapie bewirkten Veränderungen denen anderer Therapieverfahren gleichkommen. Die Autoren heben besonders hervor, dass im Zuge der Therapie die gemessene »Selbstwirksamkeitserwartung« steigt, ein Beleg, dass durch die Behandlung »auch Impulse für eine positive Persönlichkeitsentwicklung gegeben werden« (ibid., S. 77). Weitere Wirksamkeitsstudien sind auf dem Weg. Frank Röhricht untersucht in London in einer randomisierten, kontrollierten Studie die Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bei chronisch Schizophrenen. An der Psychiatrischen Universitätsklinik Stralsund forscht Felicitas Michel über die Wirksamkeit von Tanztherapie.

Der trotz dieser Bemühungen zu konstatierende Mangel an Effizienzforschung liegt vor allem daran, dass sich die Körperpsychotherapie außerhalb der Universitäten entwickelt hat. Die akademische Forschung ist hier in der Bringschuld, weil sie sich aus wissenschafts- und berufspolitischen und aus Karriere-Interessen einzelner Wissenschaftler heraus einseitig nur mit bestimmten psychotherapeutischen Methoden befasst hat, statt die wirklich betriebene Psychotherapie zu beforschen. Auch der Wissenschaftliche Beirat müsste deren Evaluation durch Forschung anstoßen, wenn er ernsthaft anhand der eigenen Maßstäbe evaluieren wollte.

Die Frage danach, wie Therapie wirksamer gemacht werden kann, hat jedoch die Geschichte der Körperpsychotherapie immer begleitet (Geißler, 2000, S. 383). Bei Fuchs stand am Anfang die Frage, wie man mit nicht-medizinischen Mitteln eine spastische Bronchitis behandeln kann. Reich ging es darum, schwere Charakterneurosen behandeln zu können – heute würden wir sie Persönlichkeitsstörungen nennen –, für deren Behandlung die Psychoanalyse damals noch keine Mittel hatte. Die KBT verdankt ihre Verbreitung der Suche nach Wegen, psychosomatisch Kranke zu erreichen, deren seelische Erlebniswelt in ihren Körpersymptomen eingeschlossen ist. Die Tanztherapie hatte ihren Ausgangspunkt in der Frage, wie man psychotische Menschen – zu einer Zeit, in der es noch keine Medikamente für sie gab – erreichen und in Bewegung bringen kann. Die moderne analytische Körperpsychotherapie von Heisterkamp (2002), Moser und anderen nahm ihren Ausgang von der Erfahrung, dass manchen Patienten auch mit langanhaltenden Analysen nicht zu helfen war, wenn diese Menschen unter sehr frühen Entbehrungen gelitten hatten. Seit ihren Anfängen sind die Methoden immer wieder erweitert und verändert worden, um bessere therapeutische Erfolge zu erzielen.

Vertiefung des Erlebens als allgemeiner Wirkfaktor der Psychotherapie

Schreiber-Willnow (2000) hat die Frage gestellt, ob sich für die KBT ein methodenspezifischer Wirkfaktor ausmachen lässt. Die Ergebnisse ihrer empirischen Forschungen zeigten, dass sich der Zustand von Patienten dann besserte, wenn sich deren Körpererleben besserte. Sie zog daraus den Schluss, das Körpererleben als methodenspezifischen Wirkfaktor der KBT zu bezeichnen. Schreiber-Willnow meint aber auch, dass sich die Psychotherapieforschung schwer tue, spezifische Wirkfaktoren für einzelne psychotherapeutische Methoden zu finden. Ich möchte daher den Vorschlag unterbreiten, *die Vertiefung des Erlebens* als einen *grundlegenden Wirkfaktor von Psychotherapie* in ein allgemeines Modell der Wirkfaktoren einzuführen und das Körpererleben als einen Aspekt davon zu betrachten. Grawe hat in unterschiedlichen Nuancierungen die Aktualisierung von Problemen, ihre Klärung, ihre handelnde Bewältigung und das Mobilisieren von Ressourcen als die vier grundlegenden Wirkfaktoren von Psychotherapie beschrieben. Ich glaube, dass die Vertiefung des Erlebens ein fünfter gleichrangiger Faktor ist, der insbe-

ULFRIED GEUTER,
Dipl.-Psych.,
Dr. phil.,
Psychotherapeut
in eigener Praxis
in Berlin,
Psychoanalytiker
und Körperpsycho-
therapeut,
Wissenschafts-
journalist,
Privatdozent für
Psychologie an der
Freien Universität
Berlin; zahlreiche
wissenschaftliche
Veröffentlichungen
zur Geschichte der
Psychologie und
zur Körper-
psychotherapie.

Anschrift
Dr. Ulfried Geuter,
Birlinger Weg 2,
14089 Berlin

sondere in den humanistischen und körperpsychotherapeutischen Methoden akzentuiert wird. Hierzu gehört, dass körperpsychotherapeutische Methoden über körperliche Wahrnehmung, körperlichen Ausdruck und Bewegungen, nonverbales Symbolisieren, körperliche Berührung und körperlichen Dialog dieses Erleben fördern. Wie und auf welcher Grundlage dies geschehen kann, dazu gäbe es weiteren Forschungsbedarf. Förderlich könnte es dabei sein, die empirische Forschung zu Körperbewegungen, Körperhaltungen und Emotionen für die Körperpsychotherapie fruchtbar zu machen.

Erfahrung, Forschung und das Bemühen um Anerkennung

Leider gibt es in manchen Teilen der Körperpsychotherapie immer noch eine Distanz gegenüber der wissenschaftlichen Forschung oder auch eine Selbstüberschätzung, aus der heraus man sich von der Forschung fernhält (vgl. Sztenc, 1999, S. 198). Vielfach wird mit dem Hinweis auf die Erfahrung wissenschaftliche Forschung übergangen. Dies beinhaltet eine Gefahr: Erfahrung muss sich nicht legitimieren. Mit dem Hinweis auf »meine Erfahrung« kann ich mich der Aufgabe entziehen, etwas nachzuweisen, das ich für richtig halte. »Die Arbeit« nennen zum Beispiel Eingeweihte die Gindler-Arbeit. Dieser Arbeit selbst den Begriff zu entziehen, umgibt sie mit einer Aura von Mysterium und Magie. Die Körperpsychotherapie muss die Verbindung zur Forschung suchen. Wilhelm Reich hat dies getan, da er seine Gedanken aufgrund von experimentellen und klinischen Forschungen als bessere Theorie in der Psychoanalyse verankern wollte. Es ist sicher kein Zufall, dass ausgerechnet zur Wirkung des Orgonakkumulators eine Doppelblindstudie vorliegt, die wahrscheinlich den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats genügen würde; ihr zufolge erhöht sich im Akkumulator die Körperkerntemperatur (Müschenich & Gebauer, 1996).

Ich möchte es anderen überlassen, darüber zu sprechen, welchen Weg die Körperpsychotherapie berufspolitisch gehen soll. Aber ich möchte aus meiner Sicht als Psychotherapeut und Wissenschaftler einige Anmerkungen dazu machen. Im Antrag der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie an den Wissenschaftlichen Beirat findet sich als eine Referenz eine kontrollierte Outcome-Studie über chronische Schmerzen und psychodynamische Körperpsychotherapie (Richter et al., 2002, S. 35). Sie wird hier genauso selbstverständlich zum psychodynamischen Ansatz hinzugerechnet wie das Katathyme Bilderleben, das darüber hinaus auch in den Psychotherapierichtlinien zur Tiefenpsychologie gehört. In dem Antrag steht ferner unter den »spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen und Konzepten«: »multimodaler Zugang zu unbewussten Prozessen, auch über andere als verbale Kommunikationsformen; Nutzung von Inszenierungen« (ebd., S. 23). Im Grunde ist hier die Körperpsychotherapie bereits aufgenommen. Es ist eine Besonderheit der Körperpsychotherapie, dass sie als Behandlungsansatz quer zur paradigmatischen Auffächerung der Psychotherapie in ein psychodynamisches, ein humanisti-

sches, ein kognitiv-behaviorales und ein systemisches Paradigma steht. Aber da sie von allen psychotherapeutischen Grundorientierungen mit der psychodynamischen am meisten verbunden ist, ist es eine berechtigte Frage, ob sie sich in Deutschland als ein Ast am Baum der Tiefenpsychologie positionieren sollte.

Der Nachteil wäre allerdings eine Beschränkung. Denn die Körperpsychotherapie hat als Behandlungsmethode vieles beizutragen, das es sonst in keinem anderen psychotherapeutischen Ansatz gibt. Die aktive Arbeit mit der Körpererfahrung, die Arbeit mit der »heilsamen Berührung« (Heisterkamp, 1993), die Vertiefung des Körpererlebens oder die szenische Arbeit mit der körperlichen Resonanz gibt es in keinem anderen Ansatz. Auch können körperpsychotherapeutische Methoden in einen Bereich vordringen, in dem prozedural gespeicherte Bindungsmuster über körperliche Erfahrungen und körperliches Handeln abgerufen werden können, wenn sie dem Bewusstsein nicht zur Verfügung stehen. Das erweitert den Raum des bewussten Erlebens. Es lohnt sich daher, die Entwicklung einer eigenen Theorie und Praxeologie zu fördern, damit sich die Besonderheiten des Ansatzes entfalten können, auch wenn man das Projekt einer integrativen oder allgemeinen Psychotherapie als Ziel vor Augen hat. Die körperpsychotherapeutischen Schulen wie KBT, Funktionelle Entspannung, Tanztherapie oder manche neoreichianische Ansätze verbindet dabei inhaltlich heute mehr als berufspolitisch erkennbar ist. Wer Praxisberichte liest (zur Funktionellen Entspannung z.B. von Arnim, 1998), kann oft keine Methodenspezifität erkennen, am ehesten noch bei der Tanztherapie, da hier mit strukturierter Bewegung zu Musik gearbeitet wird. In einem Fallbeispiel von Schreiber-Willnow (2001, S. 88) findet sich eine Arbeit mit der Handlung, der szenischen Interaktion, der Deutung mit Hilfe der Gegenübertragung und dem analytischen Verständnis einer Inszenierung – die KBT-Spezifität ist nur noch an den Gegenständen in der Praxis wie dem dort obligatorischen Seil erkennbar.

Verfahren – ein verfahrener Begriff

Ich habe in meinen Ausführungen über die Anerkennung der Körperpsychotherapie den Begriff des »Verfahrens« versucht zu vermeiden. Denn ich halte ihn für einen Begriff, der in manche Verirrung führt, obwohl ständig mit ihm operiert wird, und möchte daher etwas zu ihm selbst anmerken. In den Psychotherapierichtlinien sind Hypnose, Progressive Muskelrelaxation und Autogenes Training als Behandlungsmethoden anerkannt, aber sie sind keine vom Wissenschaftlichen Beirat anerkannten Verfahren – obwohl die Hypnose zu einigen Behandlungsbereichen sehr gute Outcome-Studien vorlegen kann (Bongartz, Flammer & Schwonke, 2002). Die Psychoanalyse ist eine Theorie und eine Behandlungstechnik, die »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« eine besondere deutsche kassentechnische Bezeichnung für eine kürzere Form psychodynamischer Behandlung, aber qua Gesetz zu einem Verfahren geworden, das aus berufspolitischen Gründen jetzt seine Eigenständigkeit behauptet.

In der Wissenschaft bezeichnet man mit »Verfahren« technische oder prozedurale Abfolgen, z.B. Herstellungsverfahren oder statistische Verfahren. Verfahren in diesem Sinne sind in der Psychotherapie Behandlungsmethoden oder -techniken. Der Begriff Psychotherapieverfahren, so wie er gemeinhin verwendet wird, beinhaltet dagegen die Vorstellung, es gäbe nebeneinander mehrere Psychotherapien, die jede eine eigene Krankheitslehre und sich daraus ableitende konsistente Behandlungskonzepte besitzen. Das ist nicht einmal bei den klassischen »Verfahren« der Fall. So wurde zum Beispiel die Verhaltenstherapie vor dem Psychotherapeutengesetz von Fliegel in Anlehnung an ihre Pioniere Eysenck, Rachman, Wolpe und Lazarus definiert »als *Sammelbezeichnung für eine Reihe von Verfahren*, deren Gemeinsamkeit in ihrer lerntheoretischen Fundierung« liegt (Fliegel, 1981/1994, S. 9; Hervorhebungen U. G.). Damit sind Methoden gemeint, und der Titel des Buches lautet auch im Plural »Verhaltenstherapeutische Standardmethoden«. Im Englischen spricht man von »psychotherapeutic approaches« oder »methods«. Ansätze kann man vertreten, Methoden kann man anwenden. Aber man kann in der deutschen Sprache keine »Verfahren ausüben«, sondern sie nur anwenden oder durchführen. Dennoch wird oft mit dieser Formulierung die Sprache verballhornt, weil es berufspolitisch passt, auch ohne wissenschaftlich klaren Sinn zu haben. Die Begriffe Theorie und Technik oder Methode oder den Begriff des Ansatzes zu verwenden, würde mehr Klarheit bringen. Das Wort »Verfahren« stammt übrigens vom mittelhochdeutschen »vervarn«. Das bedeutet vorüberziehen, weggehen, sterben, verderben, irrefahren. Das beste wäre, der verfahrenere Begriff des Verfahrens würde an uns vorüberziehen und sterben.

Vorwissenschaftliche Entscheidungen und Menschenbild

Debatten über grundlegende Fragen wie zum Beispiel über den Begriff des Verfahrens oder darüber, ob die Psychotherapie in das Paradigma einer über Forschungsmethoden definierten Wissenschaft gezwängt werden soll, kommen in der Psychotherapie zu kurz. Wie eingangs gesagt, täte es auch Not, die vorwissenschaftlichen Entscheidungen zu bedenken, denen Wissenschaftler in ihrem Denken und Forschen folgen. Ich möchte dazu noch ein Beispiel geben. In einem Aufsatz über Entspannungsverfahren lässt Stetter (1998) nur solche Verfahren als wissenschaftlich fundiert zu, die einem Modell folgen, in dem Veränderungen als Wirkungen äußerer Ursachen angesehen werden, zum Beispiel dass eine Entspannungsinduktion zu einer bestimmten Entspannung führt. Dies ist eine nicht explizierte vorwissenschaftliche Entscheidung, die das Modell der Veränderung durch Selbstorganisation von innen her ausschließt. Meditationstechniken, die nach der Studie von Grawe et al. (1994) nachweislich therapeutische Effekte haben, schlägt Stetter kurzerhand fernöstlichen »Denk- und Glaubensmodellen« zu. Das eigene nicht explizierte Modell gilt so als Wissenschaft, das andere als Glaube, nur weil die westliche

Wissenschaft für die nachweisliche Wirkung von Meditation – wie bei der Akupunktur – keine ursächlichen Erklärungen hat. Statt die Aufgabe der Wissenschaft darin zu sehen, das noch nicht Erklärliche zu erklären und dafür vielleicht die eigenen Modelle zu verabschieden, wird das noch nicht Erklärliche aus dem Bereich des Wissenschaftlichen herausdefiniert.

Weite Teile der Psychotherapieforschung und mancher psychotherapeutischer Methoden betrachten den Menschen mit einem inadäquaten Menschenbild: als ein offenes System, auf das man einwirkt und dadurch eine vorhersagbare Wirkung erzeugt, während man andere Parameter der Effekte als »Störvariablen« kontrolliert. Dieses Modell trifft bei Lebewesen aber nur für grobe Tatsachen zu. Wenn ich eine Mücke erschlage, kann ich die Wirkung auf sie vorhersagen. Wenn ich sie aber leicht anpuste, kann ich kaum vorhersagen, wohin sie fliegt. Wenn ich jemanden im Konfrontationstraining der Steigerung seiner Angst aussetze, kann ich relativ gut vorhersagen, was passiert. Was aber ist mit feinen Dingen wie der Berührung eines Menschen durch ein Wort oder eine Hand? Dann reagiert das gesamte hyperkomplexe System. In der Psychotherapie ist es fast immer so: Wenn ich A tue, kann B geschehen oder C oder D oder alles davon oder gar nichts oder etwas, das ich niemals erwartet hätte, und das ist dann oft etwas Bedeutsames (vgl. Kriz, 1999). Geschlossene Systeme wie Lebewesen haben die Eigenschaft, unwägbar zu reagieren (auch wenn die Reaktionen determiniert sind), weil es zu viele unvorhersagbare Faktoren gibt. Die menschliche Seele ist sicher nicht weniger kompliziert als das Wetter und daher dürfte es hier keine genaueren Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen geben als dort. Ein Modell, das Ursachen, aus ihnen resultierende Störungen und Verfahren zu deren Beseitigung mit vorher-sagbaren Wirkungen verlangt, passt auch nicht zum weitgehend salutogenetischen Denken in der Psychotherapie, von den gesunden Anteilen ausgehend eine seelische Störung zu überwinden, indem sich der Mensch verändert. Es passt auch nicht zu der Erkenntnis, dass lebende Systeme durch Chaos und Struktur gekennzeichnet sind. Psychotherapie braucht Struktur, Richtlinien, wie man bei welcher Störung vorgehen sollte, aber auch das Chaos, die Offenheit für das Unvorhergesehene und die Überraschung.

Einer der Pioniere empirischer Psychotherapieforschung, Irvin Yalom, schrieb: »Sofern Therapie eine tief persönliche Erfahrung ist, wird eine empirische Studie der Psychotherapie jedweder ideologischen Ausrichtung Irrtümer enthalten und von begrenztem Wert sein«. Und: »Wehe dem Forscher, der versucht, die bedeutenden Faktoren zu messen wie die Fähigkeit zu lieben oder die Sorge für jemand anderen, die Lust am Leben, Zweckhaftigkeit, Großzügigkeit, Überschwang, Autonomie, Spontaneität, Humor, Mut oder Engagement im Leben« (2000, S. 36 & 38). Auch andere Pioniere der empirischen Psychotherapieforschung wie Carl Rogers und Eugene Gendlin sind von ihrer Art der Forschung abgerückt. Sie werden ähnliche Gründe gehabt haben.

In den ersten Jahren meiner psychotherapeutischen Tätigkeit, als ich noch nicht an das Prokrustesbett der Richtlinienpsychotherapie gefesselt war, saß ich einmal einem Patienten gegenüber, der über seine Befindlichkeit sprach. Ich hatte nicht das Gefühl, dass er mir irgendetwas verschwieg. Aber je mehr ich ihn auf mich einwirken ließ, desto mehr erfasste mich eine Körperempfindung, als würde mein Hals von einer Schnur stranguliert. Schließlich fragte ich ihn unmittelbar: Hast du dich – es war noch die Zeit des »du« in der Psychotherapie – einmal versucht aufzuhängen? Er schaute mich an und sagte: Das hat mich noch nie jemand gefragt. Er hatte einige Monate Gespräche in einer Krisenberatungsstelle geführt und mit anderen Therapeuten gesprochen. Und er hatte vorher mehrere Male mit einer Schlinge um den Hals auf einem Stuhl gestanden und sich überlegt, ob er ihn wegstößt. Von diesem Moment an hatten wir eine Beziehung, die von Vertrauen getragen war.

Das war der Mut meiner frühen Jahre. Heute erinnere ich mich manchmal an diese Szene, wenn ich im Sessel sitze und überlege, ob ich es mit einer anaklitischen Depression, einem Grundkonflikt zwischen Nah-Sein-Wollen und Zerstören oder einem Selbstwertkonflikt zwischen Ich-Ideal und entwertetem Selbstbild zu tun habe. Es ist gut so etwas zu wissen, aber es tut auch gut, mich an jenes Wissen zu erinnern, das ich schon hatte, bevor ich ein richtiger Professioneller wurde. Und an den Mut, dem zu trauen, was ich gerade erfahre. Es spricht vieles dafür, den Begriff der Erfahrung in der wissenschaftlichen Psychotherapie zu verteidigen. Erfahrungsbereitschaft des Therapeuten, die Bereitschaft, den Patienten und sich selbst in der Beziehung zum Patienten zu erfahren, sollte als ein Qualitätskriterium psychotherapeutischer Arbeit gelten. In dieser Hinsicht haben die erfahrungs- und erlebnisbezogenen Methoden der Psychotherapie wie die Körperpsychotherapie der gesamten Psychotherapie etwas zu geben.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor zeichnet im ersten Teil einige historische Entwicklungslinien nach, die im Kontext paralleler Entwicklungen in der Kunst zur Entstehung einer erfahrungsbezogenen Körperpsychotherapie führten. Von dort spannt er den Bogen zur heutigen Professionalisierung und erörtert die Frage, unter welchen Gesichtspunkten die Körperpsychotherapie wissenschaftlich evaluiert werden kann und was sie als Theorie und Behandlungsmethode anzubieten hat. Er kritisiert dabei die Dominanz des Wirksamkeitskriteriums zur wissenschaftlichen Anerkennung und den Begriff »psychotherapeutische Verfahren« und schlägt vor, die »Vertiefung des Erlebens« als allgemeinen Wirkfaktor von Psychotherapie anzusehen.

LITERATUR

- ANDRES, K., BELLWALD, L. & BRENNER, H. D. (1995). Empirische Untersuchungen einer leiborientierten Psychotherapie mit schizophrenen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 1, 159-169.
- ANDRITZKY, W. (1999). Zur Psychotherapiepraxis von Klinischen Diplom-Psychologen und ärztlichen Psychotherapeuten. *Integrative Therapie*, 25, 418-433.
- ARNIM, A. v. (1998). Funktionelle Entspannung als Therapie bei Auto-destruktion. In J. Wiese, P. Joraschky (Hrsg.), *Psychoanalyse und Körper* (=Psychoanalytische Blätter, Bd. 7) (S. 27-51). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- BONGARTZ, W., FLAMMER, E. & SCHWONKE, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 2, 67-76.
- BUDJUH, A., CARL, A. & LECHLER, H. (Hrsg.). (1995). *Konzentrierte Bewegungstherapie. Fallbeispiele aus klinischer und ambulanter Praxis*. Reutlingen: DAKBT, Eigendruck.
- CIERPKA, M., BUCHHEIM, P., GITZINGER, I., SEIFERT, TH. & ORLINSKY, D. (1993). Persönliche und berufliche Entwicklungen von Psychotherapeuten. In P. Buchheim, M. Cierpka, Th. Seifert (Hrsg.), *Beziehung im Fokus – Weiterbildungsforschung* (S. 202-222). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- DETER, H. C. & ALLERT, G. (1983). Group Therapy for Asthma Patients: A Concept for the Psychosomatic Treatment for Patients in a Medical Clinic – A Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40, 95-105.
- DORNES, M. (1997). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt: Fischer.
- DOWNING, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- ECKERT, J. (2002). Gesprächspsychotherapie – Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 331-332.
- FLIEGEL, S. (1994; 1981/1). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. Weinheim: Beltz – Psychologie-Verlags-Union.
- FUCHS, M. (1974/1989). *Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem*. Stuttgart: Hippokrates.
- GEIBLER, P. (2000). Therapeutische Wirkfaktoren aus der Sicht Analytischer Körperpsychotherapie. In M. Hochgerner, E. Wildberger (Hrsg.), *Was heilt in der Psychotherapie?* (S. 382-423). Wien: Facultas.
- GEUTER, U. (1984) *Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Geuter, U. (1986). Zeit der Krisen. Die Jugend in der deutschen Literatur um 1900. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Die Geschichtlichkeit des Seelischen* (S. 209-236). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union – Beltz.
- GEUTER, U. (1996). Körperbilder und Körpertechniken 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. (2000a). Wege zum Körper. Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie. *Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 52, 1175-1183 & 1346-1351.
- GEUTER, U. (2002). Wie man sich verändern kann. Erfahrungen eines Psychotherapeuten. *Psychologie heute*, 29, H. 11, 42-47.
- GEUTER, U. (2002a). Körperpsychotherapie als Behandlungsmethode in der stationären psychodynamischen Psychotherapie psychosomatischer Patienten. *Psychotherapeuten Forum*, 9, H. 3, 5-8.
- GEUTER, U. (2002b). *Deutschsprachige Literatur zur Körperpsychotherapie. Eine Bibliografie*. Berlin: Ulrich Leutner (zweite verb. erw. Aufl).
- 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: Suhrkamp.
- GEUTER, U. & SCHRAUTH, N. (2001). Emotionen und Emotionsabwehr als Körperprozess. *Psychotherapie Forum*, 9, 4-19.
- GÖRLITZ, G. (1998). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie (Bd. 1: Basisübungen, Bd. 2: Aufbauübungen)*. Stuttgart: Pfeiffer.
- GRAWE, K., DONATI, R. & BERNAUER, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- GUDAT, U. (1997). Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. *Psychotherapie Forum*, 5, 28-37.
- HEISTERKAMP, G. (1993). *Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- HEISTERKAMP, G. (2002). *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
- HELLER, G. F. (1991). Vom Tanz zur Psychotherapie. In P. Zeitler (Hrsg.), *Erinnerungen an Elsa Gindler* (S. 80-86). München: Uni-Druck.
- ISRAEL, A. (1997). Die Sanfte Bioenergetik in der klinischen Arbeit & Eva Reichs Besuche im Osten. In E. Reich, E. Zornánsky, *Lebensenergie durch Sanfte Bioenergetik* (S. 191-196). München: Kösel.
- JAEGGI, E. (1995). *Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Reinbek: Rowohlt.
- JANOV, A. (1976). *Anatomie der Neurose. Die wissenschaftliche Grundlegung der Urschrei-Therapie*. Frankfurt: Fischer-Taschenbuch.
- KORAUS, J. (1999). *Von der heimlichen Infiltration zur öffentlichen Integration: Der Weg Freuds vor und nach der Wende nach Osten*. Vortrag auf dem Kongress »Eigenes und Fremdes – Psychotherapie in Zeiten der Veränderung«, Weimar.
- KRIZ, J. (1999). Von der ‚science-fiction‘ zur ‚science‘. Methodologische und methodische Bemerkungen zur Frage der ‚Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren‘. *Report Psychologie*, 24, H. 1, 21-30.
- KRIZ, J. (2000). Perspektiven zur ‚Wissenschaftlichkeit‘ von Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 20. Jahrhunderts* (S. 43-66). Tübingen: dgvt-Verlag.
- KRÜGER, A. (2002). Mündliche Mitteilung an den Autor.
- LABAN, R. v. (1926). *Gymnastik und Tanz*. Oldenburg: Stalling.
- LARISCH, A. (1993) Tanztherapie aus der Sicht von Patienten. In K. Hörmann (Hrsg.), *Tanztherapie. Beiträge zur angewandten Tanzpsychologie* (S. 77-84). Göttingen: Hogrefe.

- LAUSBERG, H., WIETERSHEIM, J. v., WILLKE, E. & FEIEREIS, H. (1988). Bewegungsbeschreibung psychosomatischer Patienten in der Tanztherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 38, 259-264.
- LAUSBERG, H., WIETERSHEIM, J. v. & FEIEREIS, H. (1994). Bewegungsanalyse bei psychosomatischen Patienten. In F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept für die Psychosomatik?* (S. 550-560). Frankfurt/M.: Verlag für akademische Schriften.
- LOEW, T. H. (1996). Wirkung von Funktioneller Entspannung im Vergleich mit Salbutamol und einem Placeboentspannungsverfahren bei akutem Asthma bronchiale. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 144, 1357-1363.
- LOEW, T. H., HEINRICH, D. & ARNIM, A. v. (1994). Effekte einer 10stündigen Kurztherapie bei Colon-irritable-Patienten in Kleinstgruppen mit Funktioneller Entspannung im Vergleich zum Placebo. In F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept für die Psychosomatik?* (S. 621-628). Frankfurt/M.: Verlag für akademische Schriften.
- LOEW, T. H., SIEGFRIED, W., MARTUS, P., TRITT, K. & HAHN, E. (1996). 'Functional Relaxation' Reduces Acute Airway Obstruction in Asthmatics as Effectively as Inhaled Terbutaline. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 124-128.
- LOEW, T. H., TRITT, K., SIEGFRIED, W., BOHMANN, H., MARTUS, P. & HAHN, E. (2001). Efficacy of 'functional relaxation' in comparison to terbutaline and a 'placebo relaxation' method in patients with acute asthma. A randomised, prospective, controlled, crossover experimental investigation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 151-157.
- MERLE, D. (1998). *Autogenes Training auf der Grundlage körperorientierter Psychotherapie*. Vortrag auf dem Ersten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie, Berlin.
- MONSEN, K. & MONSEN, J. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study. *Psychotherapie*, 37, 257-269.
- MÜSCHENICH, S. & GEBAUER, R. (1996). Die (psycho-)physiologischen Wirkungen des Reichschen Organakkumulators. Eine Zusammenfassung. In J. DeMeo, *Der Organakkumulator* (S. 171-182). Frankfurt: Zweitausendeins.
- NATHANIELS, P. (1999). *Life in the Womb. The Origin of Health and Disease*. Ithaca: Promethean Press.
- PETZOLD, H. (2002). Plädoyer für eine andere Psychoanalyse. *Psychologie heute*, 29, H. 6, 80-81.
- PROCTOR, R. (2002). *Blitzkrieg gegen den Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- RICHTER, R., LOEW, T. H., CALATZIS, A. & KRAUSE, S. (2002). Kontrollierte Wirksamkeitsstudien zur Psychodynamischen Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 1, 19-36.
- RÖHRICHT, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- SANDOMIRSKII, M. E. & TUCHWATULLIN, R. F. (1992). Heart Rate Variability Analysis as Indicator of Physiological Changes During Controlled Breathing. *Breathcollection*, 116, 27-32 (www.marks.on.ufanet.ru/PSY/HRVA1.HTM)
- SCHRAUTH, N. (2001). *Körperpsychotherapie und Psychoanalyse*. Berlin: Leutner.
- SCHREIBER-WILLNOW, K. (2000). Das Körpererleben als methodenspezifischer Wirkfaktor in der Konzentrativen Bewegungstherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 36, 133-155.
- SCHREIBER-WILLNOW, K. (2001). Leibhaftiges Erleben. Konzentrierte Bewegungstherapie in der psychotherapeutischen Klinik. *Psychotherapie Forum*, 9, 86-96.
- SEIDLER, K.-P. (2001). Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut*, 46, 223-231.
- STEINAECCKER, K. v. (1998). *Wegbereiterinnen der Atem- und Körpertherapie in Deutschland*. Vortrag auf dem Ersten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie, Berlin.
- STEINAECCKER, K. v. (2000). *Luftsprünge. Anfänge moderner Körpertherapien*. München, Jena: Urban & Fischer.
- STERN, D. (1999). Wie das Gewebe der Seele geknüpft wird. Ein Gespräch mit dem Säuglingsforscher Daniel Stern (von Ulfried Geuter). *Psychologie heute*, 26, H. 12, 38-44.
- STETTER, F. (1998). Was geschieht, ist gut. Entspannungsverfahren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 209-220.
- SZTENC, M. (1999). Evaluation in der körperorientierten Psychotherapie. *Energie und Charakter*, 19, 180-199.
- TRITT, K., LAHMANN, C., LOEW, T. H., GEUTER, U. & JORASCHKY, P. (i. Vorb.) *Körperpsychotherapie – alles nur Humbug? Eine Übersicht über empirisch-statistisch geprüfte Körperpsychotherapieverfahren*.
- UEXKÜLL, T. v., FUCHS, M., MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, H. & JOHNEN, R. (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- VENTLING, C. D. & GERHARD, U. (2000). Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. *Psychotherapeut*, 45, 230-236.
- WEBER, C., HALTENHOF, H., COMBECHER, J. & BLANKENBURG, W. (1994). Bewegungstherapie bei Patienten mit psychischen Störungen. Eine Verlaufsstudie. In F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept für die Psychosomatik?* (S. 536-543). Frankfurt/M.: Verlag für akademische Schriften.
- WILDA-KIESEL, A. (1998). Die Kommunikative Bewegungstherapie – eine bewegungstherapeutische Methode bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 50, 34-40.
- WILDA-KIESEL, A. (2002). *Unter welchen Bedingungen entstand die Kommunikative Bewegungstherapie, welche Entwicklungen nahm sie?* Vortrag zum fünfundzwanzigjährigen Jubiläum der Arbeitsgruppe Kommunikative Bewegungstherapie in der Gesellschaft für Psychotherapie der DDR, seit 1990 in der Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, Leipzig, 1. November.
- WILDA-KIESEL, A. (2002a). Persönliche Mitteilung.
- WINTEL, I. (1998) Ein lebendiger Impuls. Eine Skizze zur Geschichte der Arbeit. In J. Ehrhardt (Hrsg.), *Spüren – Experimentieren – Gestalten* (S. 9-10). Hannover: CCR – Cale-Papers Nr. 9.
- YALOM, I. (2000). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

ANZEIGE HUBER