

# Integrative Leib- und Bewegungstherapie als körperorientierte Psychotherapie

*Werner van Haren, Köln*

Der Körper fristet in der Psychotherapie schon länger nicht mehr das kümmerlicher Dasein früherer Jahrzehnte (Müller-Braunschweig 1997). Er verschaffte sich eine ihm angemessenere Bedeutung zunächst außerhalb der Richtlinienvorfahren, die sicher bis in die 70er Jahre auch Mainstreamverfahren waren:

Diverse Spielarten der humanistischen Psychologie bezogen explizit körperorientierte Methoden oder Übungen mit ein. Die relevanteste, fast schon populäre, war sicher die bioenergetische Methode Lowens. Manche andere erklärten gar einzelne Aspekte körperorientierter Arbeit zum Mittelpunkt und Fundament neuer Verfahren, nahmen sie als Anlaß für Schulbildungen aller Art. Diese Art der Schulbildungen hat zwar nicht mehr die Dynamik der 70er Jahre, hält aber durchaus noch an. (Boyesen 1987, Boadella 1991, Kurtz 1994, Mindell 1987 u.a.). Sie überfrachten zwar häufig die Grundidee ihres Ansatzes, indem sie einen singulären Teilaspekt für das Ganze nehmen; doch immerhin sind sie als Reflex auf die Unterbelichtung des Körpers in der Psychotherapie bzw. positiv formuliert, als Widerspiegelung der Bedeutung leiblicher Prozesse für die seelische Gesundheit von Menschen zu verstehen.

Auch in der Psychoanalyse, die sich im Unterschied zur Verhaltenstherapie explizit und massiv gegen die Einbeziehung des Körpers in die Therapie gewehrt hat, gibt es inzwischen eine ernsthafte Strömung zur Einbeziehung der Leibarbeit. Sie firmiert als psychoanalytische Körperpsychotherapie (Moser), als leibfundierte analytische Psychotherapie

(Heisterkamp) u.dgl.<sup>1</sup> Auch George Downing (1996) mit seiner objektbeziehungstheoretisch beeinflussten Körpertherapie muß hier genannt werden. Gerade die Arbeiten von Tilman Moser dürften inzwischen die Praxis von zahlreichen Analytikern beeinflusst oder zumindest eine Neugier und Offenheit für nichtsprachliche Interventionen geschaffen haben, auch wenn die Lehrbuchautoren psychoanalytischer Theoriebildung sich hier nach wie vor abgrenzen oder zumindest hiervon wenig zur Kenntnis nehmen. Immerhin kommt Müller-Braunschweig in einem Übersichtsartikel zur körperbezogenen Psychotherapie zu der Schlußfolgerung: "Wir können auch in den klassischen psychoanalytischen Behandlungen eine vermehrte Beachtung der Körperempfindungen sowohl des Patienten als auch des Analytikers (Gegenübertragung) beobachten... Allerdings werden Bewegung und Handeln fast durchgehend vermieden." (1997, 141).

Umgekehrt fand angesichts der theoretischen Grenzen des Lowenschen Ansatzes und unter dem Eindruck der theoretisch-klinischen Stärke der Psychoanalyse innerhalb der Bioenergetik in Form einer Abspaltung vom Lowen-Institut eine Hinwendung zur Psychoanalyse statt (Geißler 1994). Deren analytische körperbezogene bzw. körpervermittelte Kör-

---

<sup>1</sup> Die Positionen dieser Strömung unterscheiden sich im Kern m.E. nicht von denen der Integrativen Therapie; das wird zumindest von Moser (1994, 179) so benannt. Auch Downing (1996, 391) verweist auf konzeptionelle Übereinstimmungen.

pertherapie hat großen Einfluß auf Bioenergetiker im deutschsprachigen Raum. Im Zentrum ihrer Kritik an Lowen steht die Vernachlässigung, ja Ignoranz des Beziehungs- und Übertragungsgeschehens zugunsten eines übungsorientierten, ja manchmal fast physiotherapeutisch anmutenden Vorgehens.

Die Integrative Therapie war von ihren theoretischen und praktischen Quellen von Anfang an ein Verfahren, das offen dafür war, den Körper einzubeziehen: einerseits praktisch durch Petzolds Begegnung mit den den Körper einbeziehenden Weiterentwicklungen der ungarischen Analyse Ferenczis (1972, 1988) durch Iljine (1990); andererseits theoretisch durch die Verarbeitung der Leibphilosophie von Marcel (1985) und Merleau-Ponty. (1966) Mit dem Leibkonzept verfügte die Integrative Therapie über einen theoretischen Fundus, in dem der Körper konzeptionell "vorgesehen" war und weder als "agieren" ausgeblendet noch als biomechanisches Objekt verkürzt wurde. Sie war daher offen, Anregungen der humanistischen Psychologie aufzunehmen: Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre die Arbeit von Reichianern (K. Vööbus 1975, O. Raknes 1973) sowie die Atem- und Stimmarbeit.

Der Körper war in der Integrativen Therapie von Anbeginn in einer doppelten Weise präsent:

Einerseits in einer basalen selbstverständlichen Körperlichkeit, die heute vielleicht schon gar nicht mehr als solche wahrgenommen wird, in Abhebung vom klassischen psychoanalytischen Setting jedoch sofort deutlich wird. Ein leibfundiertes Verfahren erschließt von vornherein die Körperlichkeit von Patient und Therapeut, indem es qua Setting eine vollständigere Kommunikation, die die leiblichen Regungen (Blicke, Gesten, Berührungen usw.) mitenthält, ermöglicht (Petzold 1992, 763; Moser 1992b, 8). Eine sprachfixierte, blick- und berührungsverweigernde Abstinenz wirkt dagegen potentiell eher maligne. Damit findet in jeder

Art von Integrativer Therapie die Leiblichkeit in einer elementaren Form Eingang. Für einen klassisch arbeitenden Analytiker ist dies mit Sicherheit bereits Körpertherapie, und damit hat er eigentlich auch recht.

Andererseits adaptierte die Integrative Therapie spezielle körpertherapeutische Interventionsformen aus anderen Verfahren und entwickelte ihre eigenen. Genau diese speziellen leibtherapeutischen Interventionsformen sind Gegenstand meiner Überlegungen. Es geht um einen Diskussionsbeitrag dazu, welche körpertherapeutischen Interventionsstrategien uns zur Verfügung stehen.

## **1. Leibtheoretisch fundierte Körperpsychotherapie**

Zentrale theoretische Grundlage der Integrativen Therapie ist das Leibkonzept; es ist gewissermaßen ihr anthropologisches Axiom (Petzold 1988, 186ff; Schmitz 1975, 1989)<sup>2</sup>. Ich möchte es hier nur in Stichworten skizzieren.

Die Integrative Therapie begreift den Menschen - so eine erste anthropologische Formel - als "Leibsubjekt in der Lebenswelt". Das Ich als Vermögen des Leibes ist transmateriell, jedoch an den lebendigen Körper gebunden. Dieses Leibsubjekt ist gesellschaftlich geformt. Die Integrative Therapie vertritt damit im Unterschied zu dualistischen Positionen die Auffassung eines differentiellen materialistischen Monismus, indem sie das transmaterielle Leibsubjekt als körperlich-materiell verankert sieht. Dieses Leibkonzept enthält die Abgrenzung von organismischen Konzepten (ich berühre nie den Körper, immer den Menschen); den bloßen Körper gibt es nicht. Es begründet die soziale Dimension, die Gewordenheit/Konstitution des Leibes in

---

<sup>2</sup> Auch andere Autoren rekurren inzwischen auf den Leibbegriff (Heisterkamp 1993, Downing 1996)

Beziehungen und schließt so einen ahistorischen Biologismus aus.

Der Leibbegriff hat allerdings den Nachteil, daß er die Komplexität einebnet, die in den getrennten Begriffen Körper-Seele-Geist erfaßt wird. Die erste anthropologische Formel wird daher um eine zweite ergänzt: das Subjekt ist ein "Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum".

Diese beiden sich gegenseitig ergänzenden und korrigierenden Formeln stellen den Hintergrund dar, vor dem von Körpertherapie gesprochen wird, genauer von der Arbeit mit den "Körperdimensionen des Leibes".

Körpertherapie in diesem Sinne schließt drei Modalitäten therapeutischen Wirkens ein: die *funktionale* und die *erlebnisaktivierende* Arbeit am Leib (Awarenessförderung bzw. Förderung des Körperbewußtseins, Veränderung von körperlichen Abläufen wie Atmung, Motorik, ggf. mit dem Ziel, darüber persönliche Veränderungen zu erreichen, vgl. Middendorf, Feldenkreis, Eutonie, KBT, IBT, funktionelle Entspannung u.a.) sowie die *konfliktzentrierte* Modalität. Es kommt sehr auf die Zielsetzung und Patientenpopulation an, welche dieser Behandlungsmodalitäten in den Vordergrund tritt. Ohne übungszentriert-funktionale Arbeit ist z.B. die Behandlung von schweren Traumatisierungen nicht möglich; körperliche Entspannung beispielsweise läßt sich hier nicht ohne übungszentrierte Arbeit herstellen, und konfliktzentriertes Vorgehen steht gar in der Gefahr der Retraumatisierung. In der Arbeit mit chronifizierten psychiatrischen Patienten und schweren Psychosomatosen ist übungs- und erlebniszentrierte Modalität dominant. In den gruppen- und einzeltherapeutischen Settings der ambulanten Psychotherapie mit neurotischen Störungsbildern werden eher erlebnis- und konfliktzentrierte Modalitäten im Vordergrund stehen.

Diese konfliktzentriert-aufdeckende Leibarbeit als Modalität körperorientierter

Psychotherapie umfaßt folgende therapeutischen Zielstellungen:

1) Sie versucht über die Leiblichkeit einen **Zugang** (Bottom up approach) zu Konflikten, Themen des Patienten zu finden, zu dem, was "in den Leib hineinverdrängt" wurde, um so die Aufdeckung, leibhaftige Erfahrung und Versprachlichung des Verdrängten zu fördern (Heinl 1993). Hier unterscheidet sich die Leibarbeit nicht von anderen Zugängen zum Menschen wie z.B. Musik, Tanz, Arbeit mit kreativen Medien usw. Mir scheint dies jedoch der direkteste Zugang zu sein, weil er nicht über Medien vermittelt ist, sondern den unmittelbaren Ausdruck, das spontane Empfinden nutzt.

2) Sie erstrebt **korrigierende emotionale Erfahrungen** in regressiven Settings oder - da wo Regression die Gefahr von Retraumatisierungen birgt, z.B. bei Schwersttraumatisierten - **alternative emotionale Erfahrungen** nicht allein im sprachlich-verbalen Interaktionsraum, sondern immer wieder auch als leiblichen Prozeß. Sie unterscheidet sich damit von anderen Formen der Psychotherapie nicht durch die Ziele, sondern durch die Art und Weise der Realisierung dieser Ziele. D.h. sie beabsichtigt

a) die **körperliche** Auflösung von Konflikten. Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten und Neuorientierung ist immer ein leiblicher Prozeß und findet leiblichen Ausdruck. Neue Bewältigungsformen werden leiblich-expressiv vollzogen; ein solches expressives Verhalten enthält so die Möglichkeit der "Auflösung chronifizierter Muster des Zurücknehmens, des Festhaltens" (Petzold 1993, 1179; Heisterkamp 1993, 180f) usw. und damit letztlich auch des Verschwindens körperlicher Symptome oder Krankheiten.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Petzold verweist in unterschiedlichen Formulierungen auf diese Zielstellung: "Die Befreiung liegt in einer leibhaftigen Interpretation als Umformung" (1991, 372). Der Leib müsse "umgestimmt werden durch ganzheitliche Erfahrungen. Es müssen neue oder andere Gefühlsräume er-

b) die körperliche Stillung von Ich-Bedürfnissen = **Nachnähren**. Es ist anzunehmen, daß bestimmte Störungen nicht allein über eine korrigierende Erfahrung durch die Sprach-Arbeit in der therapeutischen Beziehung geheilt werden können, sondern daß sie als leibliche Begegnung und Berührung vollzogen werden muß, weil eine im sprachlich-symbolischen Raum verbleibende Korrektur einen Reduktionismus darstellt (der bei bestimmten Krankheitsbildern möglicherweise sogar einer Retraumatisierung gleichkommt). Hier schließt sich auch Moser an (1992a, 22). Es geht um "Reparentage" (Petzold 1988, 238), das Zurverfügung-Stellen eines "Eltern-Körpers" (Moser 1992a, 35)<sup>4</sup>.

Sprache/Einsicht ist nicht das einzige Ziel von Therapie und es ist auch nicht das letzte Ziel, wie es etwa im Ansatz von Berliner/Geißler formuliert ist: in der "analytischen körperbezogenen Psychotherapie (AKP)" ist es "letztlich... das Ziel, zum sprachlichen Ausdruck des Erlebten zu gelangen. Berührung ist ein Hilfsmittel, dort wo die Arbeit im symbolischen Raum noch nicht gelingt. Berührung an sich ist kein Therapieziel." (Geißler 1994, 211). Doch wie oft sind grundlegende Bedürfnisse nach Nähe, Kontakt, Schutz, Geborgenheit nicht befriedigt worden, und Therapie kann/muß versuchen, nachholend Alternativerfahren zu vermitteln? Indem in der AKP die Körperarbeit zum Hilfsmittel wird, um zur sprachlichen Arbeit zu gelangen, vollziehen ihre Gründer eine undialektische Gegenbewegung

---

geschlossen werden, und diese sehen wir als konkret leibliche." (1992, 840)

<sup>4</sup> Hilka Otte (1995) macht auf Gefahren eines Nachbeelterungskonzepts aufmerksam. Von einem speziellen Dilemma zu sprechen scheint mir jedoch übertrieben. Es reflektiert vielmehr das Grundproblem therapeutischer Arbeit: über regressive Settings Autonomie, über emotionale Abhängigkeitsbeziehungen Ich-Stärke, über den Machtvorsprung durch Professionalität Freiheit fördern zu wollen.

zur Bioenergetik und verkennen - z. T. gegen ihre eigenen Einsichten<sup>5</sup> -, daß Berührung durchaus auch Therapieziel sein kann. Sie fällt damit auch hinter Ergebnisse der Wirkungsforschung zurück, in der nicht zuletzt das reale Neuerleben - es entspricht dem Begriff der alternativen Erfahrung - als wichtiger Wirkfaktor herausgearbeitet wird (Grawe 1995, 136f). Natürlich wird eine solche Zwischenleiblichkeit über eine sich anschließende Metakommunikation auch einer weiteren Einsichtsbildung, eines "vertieften Verständnisses im Lebensganzen" dienen, aber sie ist dieser nicht grundsätzlich untergeordnet. Und es lassen sich sogar Situationen finden, in denen Versprachlichung einer malignen Progression gleichkommt (Petzold 1991, 110, 115, 192f).

Wenn man nun davon ausgeht, daß nicht nur Zielstellungen wie etwa das Nachnähren, sondern auch und gerade ihre körperbezogene Realisierung für Heilung grundsätzlich unabdinglich sind, dürfen körpertherapeutische Methoden dann das Privileg von Körperpsychotherapeuten bleiben? Läuft nicht vielmehr die Rede von Körpertherapie darauf hinaus, den Körper wieder in ein Reservat zu verbannen? Wenn Körperpsychotherapie so verstanden wird, wenn sie als Zweig und Methode verselbständigt wird, reproduziert sich hier erneut die Trennung von Körper-Seele-Geist, und es geht verloren, daß ein körperorientiertes Herangehen Teil jedes Heilungsprozesses sein sollte. In diesem Sinne kann Körpertherapie nicht bloß eine Variante, eine Methode, ein Zweig der Psychotherapie sein. In der Konsequenz wäre jede/r Therapeut/in herausgefordert, körpertherapeutisch zu arbeiten und sich hierfür zu qualifizieren.

---

<sup>5</sup> Geißler spricht im gleichen Aufsatz von "berechtigten Ich-Bedürfnissen", deren Erfüllung strukturbildend wirke (S. 186).

## 2. Körperorientierte Akzentuierungen zentraler psychotherapeutischer Konzepte

In einer körperorientierten Psychotherapie müssen zentrale Konzepte psychotherapeutischer Arbeit modifiziert und ergänzt werden. Mir geht es darum, den Akzent der Körperorientiertheit in Grundkonzepten zu reflektieren und in diese aufzunehmen. Dazu einige Beispiele:

### Gegenübertragung

Der Begriff der Gegenübertragung erfaßt das Phänomen des emotionalen Einschlingens des/r Therapeuten/in auf die Gefühlslagen des Patienten. Es findet ein emotional empathisches Mitgehen statt, und auf dieser Basis erlebt der/die Therapeut/in eine innere Angefragtheit in einer je spezifischen Rolle oder Funktion. Der Gegenübertragungsbegriff enthält damit eine doppelte Dimension, die in dem Begriffspaar der konkordanten und komplementären Gegenübertragung (Thomä/Kächele 1985, 96) abgebildet ist. Die Konkordanz ist der innere Nachvollzug der Gefühlswelt des Patienten, das Komplementäre die Aufnahme des Übertragungsangebots und der darin enthaltenen Rollenzuschreibungen.

Der Gegenübertragungsbegriff wurde in das Repertoire der Integrativen Therapie übernommen; wir benötigen jedoch darüber hinausgehend einen Begriff, in dem ausgedrückt ist, daß die Gegenübertragung immer leiblich ist, also auch körperlich stattfindet, obwohl in der Integrativen Therapie das emotionale Einschwenken in der Gegenübertragung stets als leibliches Resonanzphänomen verstanden wurde. In Anlehnung an Lévinas (1983) verwandte Petzold die Formulierung von der "Affizierung" des eigenen Leibes durch den Leib des anderen. Körpertherapeuten der verschiedensten Couleur haben versucht, diesen Sachverhalt begrifflich zu fassen: Die Begriffe der vegetativen Identifikation (Reich 1971), der somatischen Reso-

nanz (Keleman 1990), der organismischen Mitbewegung (Heisterkamp 1993), verkörperte Gegenübertragung (Downing 1996) - sie alle verweisen auf den Gedanken, daß die Gegenübertragung leiblich ist. Gegenübertragung muß also immer auch als leibliche Resonanz gefaßt werden.

Leibliche Gegenübertragung ist die Spiegelung, der Mitvollzug der leiblichen Phänomene des Gegenübers im eigenen Leibe.<sup>6</sup> Ihre Wahrnehmung geht über das Erfassen der bekannten Gegenübertragungsphänomene (Einfühlung in Gefühle und Atmosphären, wo bin ich angefragt?) hinaus. Sie kann sogar noch vor der Wahrnehmung von Gefühlen stattfinden, indem sie Regungen (z.B. Herzschlag, Spannung, Zittern) und Empfindungen (Erregungen, die sich noch nicht zu klaren Gefühlen entwickelt haben) erfaßt (Petzold 1993, 821f); und sie erschließt darüber u.U. Gefühle, die dem Patienten noch gar nicht zugänglich sind. Mir wird selbst der Atem eng, ich merke wie ich die Luft anhalte, ich möchte am liebsten zu- und um mich schlagen usw.; ich möchte halten und beschützen, meine Stimme verändert sich, ich möchte mich abwenden, ich schlafe ein usw.. Über die Wahrnehmung dieser leiblichen Resonanzen und Impulse ergeben sich Interventionsmöglichkeiten der Leibtherapie, indem sie dem Therapeuten helfen, die Szene zu erschließen und darauf aufbauend als Ansatzpunkte für den Entwurf von Interventionen, von Handlungsangeboten genutzt werden können.

### Der therapeutische Prozeß - Hermeneutische Spirale

Der Begriff der hermeneutischen Spirale erfaßt idealtypisch die Entwicklung des

---

<sup>6</sup> Der Mitvollzug der leiblichen Phänomene des Gegenübers kann immer nur näherungsweise geschehen. Ich kann affiziert werden, nehme als Therapeut jedoch keineswegs die Probleme des Patienten auf und gebe sie emotional geklärt wieder zurück, wie das Bild von Container nahelegt.

Korrespondenzprozesses zwischen Therapeut/in und Klient, der über die Wahrnehmung von Phänomenen zum Erfassen von Strukturen hin zum Erklären und Verstehen führt (Petzold 1992, 622ff). Eingewoben in diesen dialogischen Prozeß des Verstehens ist die therapeutische Spirale des Erinnerns, Wiederholens, Durcharbeitens, Veränderns. Diese allgemeine Prozeßtheorie gibt natürlich noch keinen Aufschluß über oder gar Handlungsanleitung für die konkrete Praxis (leibtherapeutisch fundierter) Psychotherapie. Ein ausformulierter Ansatz für ein praxisorientiertes Prozeßmodell findet sich bei Heisterkamp (1993, 145-181).

Eine leiborientierte therapeutische Spirale enthält so konkretisiert im wesentlichen folgende Elemente:

- \* Ausgangspunkt sind leibliche Regungen, Empfindungen, Leibatmosphären<sup>7</sup>, z.T. auch rudimentäre Handlungsimpulse des Klienten, die fokussiert werden;
- \* hierüber erschließt sich eine Szene; dies ermöglicht
- \* über die leiblichen Resonanzen des Therapeuten (Gegenübertragung)
- \* einen Vorschlag von Handlungen oder Aktionen (Handlungsproben) als ein In-Szene-Setzen/Modellieren unbewältigter Entwicklungsschritte bzw. als leibliche Konfliktverdichtung;
- \* hierbei entstehen leiblich fundierte Einsichten/neue Erfahrungen,
- \* die in einer reflexiven Nachbearbeitung mit kognitiven Einsichten verknüpft werden und
- \* in eine Phase der Neuorientierung und Neuerprobung münden können.<sup>8</sup>

Eingeschlossen in diese therapeutische Spirale sind folgende Leitgedanken:

---

<sup>7</sup> Leibatmosphären sind im Unterschied zu umgrenzten leiblichen Regungen gefühlsmäßig aufgeladene Propriozepte wie z.B. Enge/Weite, Druck, Brennen.

<sup>8</sup> Über Heisterkamp hinausgehend ist an diesem Modell eine explizite Phase der Neuorientierung.

1. leibtherapeutische Angebote (von Berührungen, Handlungen, Bewegungen, Haltungen) sind in das Beziehungs-geschehen eingebettet. Sie sind - im Unterschied zu vielen körpertherapeutischen Verfahren - nicht übungs-, sondern **prozeßorientiert**. Sie ergeben sich aus der Wahrnehmung der Impulse des Klienten in Verbindung mit der Verarbeitung der leiblichen Gegenübertragung. Sie folgen also organisch aus dem therapeutischen Prozeß und werden diesem nicht in Form von Übungen gegenüber- oder vorangestellt. Die therapeutische Arbeit und Kunst besteht gerade darin, den Prozeß nicht schematisch durch Übungen zu manipulieren und zu lenken, sondern sensibel die Ansatzpunkte aufzunehmen, die im Verlauf des Dialogs zwischen Therapeut und Klient auftauchen. Auch da, wo es nicht um konfliktzentrierte, sondern um funktionale übungszentrierte Arbeit geht - beispielsweise um chronifizierte Verspannungsmuster aufzulösen - ist sie letztlich nur sinnvoll, wenn sie prozeßorientiert ist. Und es geht auch nicht darum, um jeden Preis zu körperorientierten Interventionen zu kommen; vielmehr verbleiben viele Sitzungen und lange Therapiephasen durchaus ohne Leibarbeit. Es hat mehr mit therapeutischem Aktionismus, einer Geringschätzung von kleinen Schritten der Veränderung und möglicherweise dem Nichtaushalten der Mühen der Ebenen jenseits großer Aktionen und Emotionen zu tun, immer wieder neue Übungen anzubieten.<sup>9</sup>

Grundlage eines prozeßorientierten Arbeitens ist u.a. das Vertrauen darauf, daß es beim Klienten einen eigenen Steuerungsprozessor gibt, der der jeweiligen Entwicklung entsprechend Signale setzt. Diese Signale entsprechen gewissermaßen dem Reifezustand der Problemlösung. Man kann sagen: Klienten, deren Selbst

---

<sup>9</sup> Exemplarisch hierzu die Selbstkritik von Peter Geißler: "Wie sehr meine Fähigkeit, beim Klienten starke Gefühle zu wecken, mich selbst befriedigte, erkannte ich erst später." (1994, 163).

nicht gravierend gestört ist, stellen sich nur die Aufgaben, die sie lösen können<sup>10</sup>, und sie geben (un)bewußt Hinweise darauf, welche das sind. Dieses Unbewußte artikuliert sich über Stimmungen, Gesichts- und Körperausdruck, Stimme und Bewegungen. Übereinstimmend kommen viele Körpertherapeuten zu einer Anerkennung dieses inneren Regulationsmechanismus, der mal "Autopilotenfunktion des Ich" (Moser/Pesso 1991), mal "Führung durch verschüttete Selbstanteile" (Heisterkamp) genannt wird. Prozeßorientierte Therapie besteht darin, diesen Signalen zu folgen, Klienten auf ihrer Entwicklungsstufe abzuholen und weiterzuführen. Übungsorientiert arbeitende Therapieformen neigen dagegen eher dazu, die Entwicklungsaufgaben für den Klienten zu definieren.<sup>11</sup>

2. Jegliches leibtherapeutisches Intervenieren ist dem Prinzip einer **Kultur des Angebots** (eine schöne Formulierung von Moser für die Notwendigkeit der Inter-subjektivität in der Therapie, 1992a, 36) unterworfen, d.h. der Therapeut stellt seine Interventionsidee vor und fragt, ob der Patient diesem Vorschlag folgen möchte. Die leibtherapeutische Intervention ist somit Produkt eines Korrespondenzprozesses, der den Konsens zwischen Patient und Therapeut voraussetzt. Damit unterscheidet sich das Vorgehen zutiefst von einer autoritären Vorgabe; es ist autonomiefördernd und den Widerstand ernst

nehmend. Wer in dieser Art arbeitet, wird merken, daß gerade das Aufgreifen des Widerstandes, das Ernstnehmen des Zögerns oder Ablehnens eines Interventionsvorschlages mitten in eine konfliktbehaftete Szene führt. Häufig ist es dann gerade wichtig, das eigene Handlungsangebot fallen zu lassen; Patienten und noch viel mehr AusbildungskandidatInnen sind viel zu oft geneigt, Vorschläge anzunehmen und ihre eigenen Bedenken zu übergehen. Gerade der einer aktiven Technik zugeneigte Therapeut muß daher nach meiner Erfahrung doppelt aufmerksam für die kurzen Momente des Zögerns, für Sätze wie "das gehört ja wohl dazu", für umstandsloses Mitmachen ohne Überprüfung der inneren Resonanz auf einen Vorschlag usw. sein. Diesen Widerstand zu übergehen würde ihn nur auf einer tieferen Ebene reproduzieren. Letztlich ist das die Folge aller "pushenden" Verfahren, die kurzfristig spektakuläre Aktionen in Gang setzen, damit aber einer emotionalen Neuorientierung in der Tiefe den Weg verbauen. Natürlich gibt es immer auch Situationen, wo der Therapeut direkt aus seiner reaktierten Gegenübertragung heraus handelt: dies ist zum einen möglich, wenn Klient und Therapeut bereits auf eine gemeinsam erarbeitete Selbstverständlichkeit leibtherapeutischer Arbeit zurückblicken und zum anderen bei regressiven Verläufen.

3. Prozeßorientierte, auf Korrespondenz und Inter-subjektivität aufbauende (Körper-) Psychotherapie berührt so zwangsläufig Grundfragen der therapeutischen Beziehung, nach dem Willen des Patienten, seiner Abhängigkeit/Autonomie, des Respekts und der Verantwortung und verweist so auf Grundprobleme einer therapeutischen Ethik, die im Rahmen der therapeutischen Beziehung die Verantwortung für die Integrität des anderen reflektieren muß.

Als Teil einer solchen therapeutischen Ethik plädiere ich für eine **Ethik der Berührung**, die den Grundsätzen der Eindeutigkeit und der Klientenorientiertheit

---

<sup>10</sup> Bei PTSD-Patienten und auch bei einem Teil der polytraumatisierten Borderlinepatienten finden wir keinen funktionalen Steuerungsprozessor mehr.

<sup>11</sup> Es ist natürlich eine Frage der Indikation, inwieweit Entwicklungsaufgaben zusammen mit dem Patienten vereinbart werden können bzw. wo sie u.U. für den Patienten definiert werden müssen, wo also wie z.B. bei psychiatrischen Patienten aus "unterstellter Inter-subjektivität" (Petzold 1993, S. 1079) heraus gearbeitet werden muß. Hier geht es mir vor allem um die Abgrenzung von einer (körper-)therapeutischen Haltung, die ohne Blick für den Prozeß des Patienten, diesen mit Übungen und Interventionen "bombardiert".

der Berührung unterliegt. Hier gilt durchaus eine Abstinenzregel, die jedoch nicht abstrakt, prinzipiell gegen Berührungen zielt, ohne Beachtung der konkreten Funktion einer Intervention. Abstinenz sollte vielmehr an der Frage überprüft werden: wem und zu welchem Zweck dient eine Berührung? Kann diese Frage nicht eindeutig zugunsten der Entwicklungsförderung und Heilung des Klienten beantwortet werden, so kann auch die Berührung nicht mehr eindeutig sein. Die Folge ist "Sprachverwirrung" (Ferenczi). Anders gesagt: Maßstab der Abstinenz ist der eindeutige Ausschluß, daß ein Berührungsangebot den Bedürfnissen des Therapeuten dient. Hier beginnt Fehlverhalten, das sich zu Mißbrauch auswachsen kann, also weit vor einem potentiellen sexuellen oder "anaktischen" (die Verwendung des Patienten wie ein Schmusestier, Moser 1992b, 131) Mißbrauch.

Eine Ethik der Berührung ist auch mit dem Problem konfrontiert, die Bemächtigung des Gegenübers oder invasive Intervention zu vermeiden. Die Zeiten der "Brechung des Widerstandes und des Charakterpanzers", des leichtfertigen und bedrängenden Umgangs mit massiven Körperinterventionen, des Experimentierens mit "Körpern" als hätte man es mit chemischen Reagenzen zu tun, sind leider nicht passé. Auch hier soll nicht abstrakt eine bestimmte Technik, Berührung oder Betrachtung abgelehnt werden. Es geht mir um Intentionen und Grundhaltungen, mit denen ich Patienten gegenüber trete; auf dem Boden konträrer Intentionen kann dieselbe Technik oder Intervention invasiv oder stützend, bemächtigend oder respektvoll sein. Petzold versucht unter Rekurs auf Lévinas (1983) mit der Formulierung einer "Absicht zur Nähe" dieses Thema zu fassen: "Blick, Berührung und Ansprache... müssen eine spezifische Qualität haben, die der Nähe..., des Willens, 'nahe zu sein'. Damit wird der Blick nicht Bemächtigung, und es erfolgt ein 'Ausgang von der Berührung, die wir nicht als Betasten, sondern als Liebko-

sung gedeutet haben, sowie... Ausgang von Sprache, die wir nicht als Informationsfluß, sondern als Berührung verstanden haben.'(Levinas)"(Petzold 1996, 341f). Ferenczi hatte hierzu in seiner Arbeit zur „Elastizität der psychoanalytischen Technik“ und an anderen Stellen das Moment des "Taktes" als moralische Forderung herausgestellt (1972, S. 239f). Vielleicht kann die erforderliche **ethische Haltung** körpertherapeutischer Psychotherapie in erster Annäherung als **taktvolle Absicht zur Nähe** gefaßt werden.

Ähnlich wie die hier angedeutete körpertherapeutische Modifizierung der Begriffe Gegenübertragung und therapeutischer Prozeß wäre eine Anreicherung anderer zentraler Konzepte zu reflektieren: Regression - Körperregression, Widerstand/Abwehrmechanismen - Körperabwehr, Diagnostik - Körperdiagnostik, Traumdeutung - Traumaktion usw.

### **3. Interventionsstrategien und Techniken körperorientierter Psychotherapie**

Methoden und Techniken der körperorientierten Psychotherapie werden m.E. zu wenig gelehrt, und ich kenne auch keine halbwegs systematische Darstellung. Ich meine hiermit nicht Techniken im Sinne von Übungen (Höhmman-Kost 1991, Hausmann/Neddermeyer 1996, Lowen 1979). Übungen enthalten das grundsätzliche Dilemma, daß sie aufgrund ihrer Setzung durch den Therapeuten einem prozeßorientierten Verfahren entgegenlaufen. Hausmann/Neddermeyer sind sich dieses Widerspruchs bewußt: "Wie kann es angehen, daß in einem Therapieverfahren, das seine Interventionen dialogisch aus dem Prozeß heraus entwickelt, Übungen und Erlebnisangebote gleichsam vom Kontakt isoliert und als fixierte Angebote

dargestellt werden? Steht die Fixierung nicht im Widerspruch zum Prozeß? Ja, in der Tat."(54). Dennoch gibt es Sinn, solche Angebote als "kulturelle Konserve" zur Verfügung zu haben, sofern sie kreativ in den Therapieprozeß eingepaßt werden. Erlebnisaktivierung darf keineswegs verkürzt werden auf Übungen und Übungsangebote. Diese sind ein freies spielerisches Repertoire, auf das man zurückgreifen kann, wenn man gerade keinen eigenen Einfall hat. Aber die besten Übungen gehen aus der Interaktion mit dem Patienten hervor.

Solche Übungssammlungen müssen daher ergänzt werden um die Reflexion ihrer Eingewobenheit in **methodische Interventionsstrategien**, um im therapeutischen Prozeß voranzukommen. Der Clou besteht darin: gerade in einem prozeßorientierten Vorgehen braucht es einen Fundus von Handlungs- oder Interventionsstrategien, die dann eben nicht als Übungen aufgepfropft werden, sondern "bei passender Gelegenheit" zur Verfügung stehen. Interventionsstrategien unterscheiden sich in einem doppelten Sinne von Übungen bzw. isolierten Techniken: sie sind einerseits nicht losgelöst vom therapeutischen Prozeß, sondern setzen an seinem Verlauf an; und sie sind andererseits keine abgegrenzten Techniken mit von vornherein feststehenden Verlaufsformen. Sie sind statt dessen gewissermaßen ein Leitfaden für eine leibtherapeutische Entfaltung des Prozesses. Interventionsstrategien können unter Umständen auf konkrete Übungen und Techniken zurückgreifen, doch nur sie alleine verdienen den Begriff Methode. Der Begriff der Methode wird m.E. häufig zur Übung verkürzt. Eine Methode enthält jedoch niemals einen konkreten Handlungsverlauf; sie stellt vielmehr ein System zur Entwicklung von Handlungsvorschlägen dar. Ich plädiere also dafür, von den Übungssammlungen vorzudringen zu (möglicherweise dahinterliegenden) heuristischen Strategien, also wirkliche Methoden herauszuarbeiten. Die Interventions-

strategie ist der Übung/Technik übergeordnet, und ihr sollte viel mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Es existieren zweifellos verschiedenste Möglichkeiten, Methoden zu klassifizieren. Recht vordergründig kann man z.B. die Formen der Leibtherapie so sortieren (Peter nach Heisterkamp 1993, 148f):

- a) der Patient tut etwas
- b) wir tun etwas mit dem Patienten
- c) wir lassen etwas mit uns als Therapeuten tun, stellen uns in unserer Körperlichkeit zur Verfügung.

Andere wie Hausmann/Neddermeyer orientieren sich an bestimmten Themen: Übungen zum Selbsterleben in der Leiblichkeit, zur Identität, Beziehungen zu anderen usw.. Diese Art der Gliederung ist sicher für Übungssammlungen sinnvoll, scheint mir jedoch unter dem Gesichtspunkt wenig ergiebig, daraus Handlungsorientierungen für den therapeutischen Prozeß zu gewinnen. Mir erscheint im Moment eher eine Ordnung nach der Zielsetzung (Erfassung, Verdeutlichung, Neuverhalten usw.) fruchtbar. Dementsprechend würde ich vorläufig folgende **Interventionsstrategien** aufführen:<sup>12</sup>

- 1) *Leib-Archive öffnen/Diagnostik* mit dem Ziel, Probleme, Ressourcen und Potentiale zu erschließen
- explorierende rezeptive und interventive Berührungen
  - leibbezogene Diagnostik über Medien: Body chart, Tonarbeit (Petzold/Orth)
  - diagnostische Items/Handlungsproben (Berliner, Schubert)

---

<sup>12</sup> Es sprengt den Rahmen dieser Arbeit, alle diese Interventionsstrategien zur Erläuterung und zu diskutieren. Wo mir konkretisierende Literatur bekannt ist, habe ich Autoren angeführt, die sich ausführlicher damit beschäftigen, was nicht heißt, daß ich deren theoretischen Ansatz teile bzw. für eine umstandslose Übernahme der Herangehensweise bin.

- thematische Übungen (Hausmann/Neddermeyer, Höhmann-Kost, Lowen)

2) *Sensibilisierung (Awareness)*

- Körpersymbole der Sprache aufgreifen ("mir sitzt etwas im Nacken" usw.)
- Fokussierung der Selbstwahrnehmung auf Leiblichkeit: Ansprechen von Haltungen oder Körpersymbolik (z.B. gebückte Haltung, gesenkter Kopf, Hand auf der Brust etc.); Lenken der Aufmerksamkeit auf körperliche Regungen und Empfindungen ("wo und wie spüren Sie das im Körper?")

3) *Verkörperung/Skulpturierung = Verdeutlichung und Entfaltung eines Konflikts*

- rudimentäre Handlungsimpulse, Gesten etc. aufgreifen und zum Ausdruck führen = Aufgreifen von Mikrobewegungen (Kepner) (z.B. unwillkürliches Ballen der Faust, Schieben mit den Beinen usw.)
- ein Gefühl, eine Stimmung in einer Haltung ausdrücken/verkörpern
- Skulpturierungsvorschläge unter Nutzung der Gruppe (Pesso)
- Verdeutlichung am Therapeuten
- Fokalsitzung mit "Leibinseln": Leibinseln, ein Ausdruck von Schmitz, der herausgehobene Sektoren der Wahrnehmung meint, also fokussierte Körperempfindungen. Diese (z.B. einen grummelnden Magen, ein pochender Kopfschmerz) kann man auf den Stuhl "setzen" und mit ihnen in Dialog treten.
- Verstärkung oder "Amplifikation" (Jung, Mindell)

4) *Bereitstellen von idealen/alternativen Bezugspersonen und Beziehungserfahrungen*

- Halte- und Berührungsangebote: wie halten (vom Handhalten bis zum Betten im Schoß) oder stützen (vom Schulterklopfen bis zum Anlehnen an den Rücken) (Moser, Heisterkamp)

- versorgendes Plazieren in einer Gruppe

5) *Förderung des Emotionsflusses - kathartische oder besser affektorientierte Strategien*

Bezugspunkt und Leitlinie ist der individuelle Fortschritt bei der Artikulation von Emotionen, Maßstab ist nicht eine höchstmögliche Intensität des Ausdrucks.

- Atemtechniken: Fördern des Atems durch sprachliche Interventionen oder durch unterstützende Berührungen
- mit großer Vorsicht: provozierende Leibinterventionen
- Technik des Abnehmens (Kurtz)
- Angebote für expressive Leibbewegungen: vom Klopfen auf einen Gegenstand/Matte bis zum Schrei (Lowen)

Das Gemeinsame dieser aufgezählten Interventionsorientierungen ist für mich ihr methodischer oder heuristischer Charakter. Sie sollen das Wesentliche einer Interventionsstrategie untermauern: sie ist keine Übung, sondern **eine Anleitung zur Erfindung von prozeßadäquaten "Übungen"** bzw. zur Bereitstellung von intersubjektiv angepaßten, prozeßadäquat modifizierten Ausdruckshandlungen. Der Begriff der Interventionsstrategie ergänzt nach meinem Verständnis die Begriffe Methode, Technik, Übung (Vgl. Petzold 1992, 637f). Wenn Techniken "Instrumente zur Strukturierung von Situationen im Rahmen einer Methode (z.B. Rollentausch, Identifikations-, Doppeltechnik usw.)" sind, so verstehe ich Übungen als fest vorgegebene Handlungs-/Erlebnisangebote. Eine Interventionsstrategie ist dann eine Handlungsanleitung, eine Heuristik<sup>13</sup> zur Kreation und zum

---

<sup>13</sup> Heuristik heißt eigentlich finden, erfinden bzw. Erfindungskunst. Die Heuristik liefert Regeln der Entdeckung und Erfindung. In Analogie dazu ist eine Heuristik der Interventionslehre eine Regel, ein Regelsystem zur Erfindung von Interventionen.

Einsatz von Techniken, Übungen und freien Handlungsangeboten.

Diese Übersicht hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die einzelnen Strategien und Techniken haben sicher ein unterschiedliches Gewicht. Sie haben vielfach selbstverständlichen Platz in der Praxis von KörpertherapeutInnen. Bedauerlicherweise werden sie jedoch nicht gesammelt und in einer Lehre von Methoden und Techniken unterrichtet und reflektiert.

Eine überarbeitete Handlungsanweisung würde ich folgendermaßen formulieren (sie ist nach meinem Verständnis nützlich, wenn im Verlauf des therapeutischen Prozesses Symptome wie z.B. Schmerzen/Verspannungen oder Körperempfindungen berichtet werden oder plötzlich auftreten). Ich würde sie "Suche nach in den Leib verdrängten Szenen" nennen:

1. Zuerst gilt es, die Wahrnehmung auf diese Empfindung zu **fokussieren** und sie zu erforschen: "Versuchen Sie, die Empfindung so genau wie möglich zu beschreiben, in allen Einzelheiten. Wie fühlt es sich genau an?"

Einen Ansatzpunkt für die Verstärkung der Empfindung, sofern er nicht bereits durch die genaue Beschreibung deutlich wurde, läßt sich durch die Frage finden: "Wie könnte ich diese Empfindung in mir hervorrufen, oder durch welche Handlung könnten Sie diese Empfindung in mir hervorrufen?"

2. Der nächste Schritt ist die **Verstärkung**, die sowohl durch den Patienten als auch durch eine Körperberührung des Therapeuten herbeigeführt werden könnte: "Versuchen Sie diese Empfindung willkürlich herbeizuführen und zu verstärken!" - "Wenn Sie einverstanden sind, kann ich Sie dabei unterstützen (so wie Sie es mir vorher gezeigt haben)."

3. Die nächste Phase würde ich **Ebenenwechsel** nennen (Kanalwechsel erinnert zu sehr an Sinnesmodalitäten, und es kann ebensogut zu einem Übergang in einen

Bewegungsimpuls wie zu einer Visualisierung oder einer Geruchsempfindung kommen): "Was könnten Sie mit ihrem Körper ausdrücken, wenn Sie diese Empfindung verstärken?" "Welches Bild, welche Assoziation taucht auf, mit der diese Empfindung zu beschreiben ist?"

4. **Gefühlsmäßige Verdichtung**: "Welches Gefühl entsteht, wenn Sie/ich die Empfindung verstärken?" bzw. anknüpfend an den Ebenenwechsel: "Welches Gefühl ist damit verbunden, wenn Sie dieser Bewegung nachspüren/dieses Bild assoziieren?"

5. **Szenische Aufhellung**: "Gibt es Erinnerungen, die Sie mit diesem Gefühl verbinden?"

Hieran können sich u.U. weitere therapeutischen Interventionen anschließen, die dem Patienten alternative Handlungen oder Erfahrungen ermöglichen.

### Schlußfolgerungen

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie verfügt über einen Fundus von Grundkategorien und Interventionsstrategien, die sie als körperorientierte Psychotherapie ausweisen. Mit der Leibphilosophie, den ethischen Grundlagen sowie ihren früh entwickelten Methoden und Techniken verfügt sie über ein fundiertes körperpsychotherapeutisches Rüstzeug.

Unterentwickelt in der körperorientierten Psychotherapie - wie eigentlich insgesamt in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie - ist die Reflexion und Ausformulierung von Interventionsstrategien und Techniken. Vermittelt werden demgegenüber häufig entweder standardisierte Übungen, die immer die Gefahr der Manipulation des Klienten in sich bergen; oder es herrscht eine Gurusmentalität vor, in der Ausbildung als Lernen am Modell großer Meister verbleibt, deren Wirkkraft hinter dem Schlagwort ihrer einzigartigen Intuition verborgen bleibt. Es ist meine Absicht, zu einer Ausformulierung von Interventionsstrategien zu kommen, die der (Körper-)Psychotherapie nicht nur den Anschein der Zauberei nimmt, son-

dem sie dadurch auch lehrbar macht. Darüber hinaus soll unterstrichen werden, daß es nicht um eine beziehungsferne Technikentwicklung geht, sondern um die Weiterentwicklung eines prozeß- und beziehungsorientierten Verfahrens, das auf der komplexen Verarbeitung der intersubjektiven Resonanzen, der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse beruht.

#### 4. Anregungen für die Ausbildung am FPI

In der Integrativen Therapie ist Leibpsychotherapie seit Anbeginn enthalten. Im theoretischen Konzept ist sie wesentlich. Sie ist immer weiter ausdifferenziert worden, was schließlich zur Gründung des Ausbildungszweiges "Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)" führte. In der Anlage der Ausbildung ist sie berücksichtigt. In der Ausbildungspraxis, im Alltag des therapeutischen Geschehens ist sie jedoch meinem Eindruck nach nicht ihrer Bedeutung entsprechend entwickelt. Es herrscht eher ein "Zweigbewußtsein" vor, obwohl das Verfahren anders begründet ist.<sup>14</sup> Beispiele dafür:

a) Das Seminar Methoden und Techniken der IBT: Hier dominieren Tanzelemente, Bewegungsspiele und -übungen bei mangelnder Reflexion der Indikation, Diagnostik und des Prozeßbezugs, d.h. die Fragen wann? und warum? sind dem des wie? nachgeordnet. Zudem ist das Seminar eher bewegungs-, nicht jedoch leibtherapeutisch orientiert. Dieser Bewegungsdominanz entspricht eine theoretische Auffassung, die die erlebniszentrierte Arbeit als Herzstück der IBT begreift (Hausmann/Neddermeier 49), und zudem scheinbar noch der Meinung ist, daß Körper- und Psychotherapie in dieser Weise

---

<sup>14</sup> Ich kann hier natürlich nicht beurteilen, ob alle Lehrende(n) diese Seminare in ähnlicher Form durchführen. Die Grundlage meiner Kritik bildet das, was ich als Ausbildungskandidat und Co-Trainer erlebt, und was ich in vielen Gesprächen mit KollegInnen bestätigt gefunden habe.

ineinanderfallen (Buchdeckel). In dieser Logik wären dann erlebnisaktivierende Bewegungs- und Körperübungen per se Psychotherapie, und die Integrative Leib- und Bewegungstherapie wird zur Integrativen Bewegungstherapie verkürzt. Natürlich ergeben Akzentverschieben gemäß dem persönlichen Hintergrund von TherapeutInnen Sinn, so daß mal die Bewegungs-, mal die Leibarbeit dominanter wird - doch das "und" kann und darf nicht wegfallen.<sup>15</sup>

Das Seminar müßte nach meinem Verständnis modifiziert oder erweitert werden um: Fragen der Indikation; Reflexionen der erlebnis-, übungs- oder ggf. konfliktzentrierten Absichten eines Erlebnisangebotes; Theoretisches zur Relevanz erlebniszentrierten Arbeitens; Techniken und Interventionsstrategien leibtherapeutischer Arbeit usw.

b) Das Seminar Thymopraktik, inzwischen Leibtherapie genannt, unterstreicht als Pflichtseminar psychotherapeutischer Ausbildungszweige die grundlegende Bedeutung körpertherapeutischer Arbeit in der Integrativen Therapie. In der realen Ausführung wird diese Relevanz theoretisch kaum vermittelt. Zuwenig vermittelt es ein Begriffssystem und Instrumentari-

---

<sup>15</sup> Hinzuzufügen wäre noch, daß die Seminare Atemtherapie (Middendorf) und Expression Corporelle (Sheleen) als Pflichtseminare ebenso wie die Pflicht zu 50 Std. atemtherapeutischer Einzelarbeit eher als Implantate in die Ausbildung gepflanzt waren und in ihrer ursprünglichen Form nicht mit dem Grundansatz der Integrativen Therapie kompatibel sind. Laura Sheleen lehnt die Arbeit mit Gefühlen, die durch ihre Bewegungsübungen ausgelöst werden, also die Arbeit mit den geöffneten Archiven des Leibes explizit als "motherdominated working" ab. Ilse Middendorf lehrt, daß sich Atemtherapeuten nicht für die auftauchenden Bilder und Gefühle interessieren sollen, sondern daß die persönlichen Veränderungen über die Veränderungen des Atems erfolge.

Die Aufgabe der Integration dieses Wissens wurde, zumindest was die Atemarbeit betrifft, nachholend bewältigt (u.a. durch die Entwicklung eines eigenen Kompaktcurriculums für Atemtherapie). Das Seminar von Sheleen wurde vom Pflicht- zum Wahlpflichtfach.

um für die eigene Arbeit. Der Selbsterfahrungsanteil ist hoch und eher am Modell des Zauberers denn des Nachvollzugs therapeutischer Arbeiten orientiert. Mit der Dominanz der Tonarbeit legt es eine körpertherapeutische Verpflichtung auf ein singuläres Medium nahe, auf das ebenso gut verzichtet und durch andere ersetzt werden könnte.

M.E. müßten neben der Selbsterfahrung in einem Leibseminar mindestens folgende Elemente vermittelt werden: die Bedeutung körpertherapeutischer Interventionen im therapeutischen Prozeß; ein Kennenlernen verschiedener Formen leiblicher Arbeit/Techniken und Interventionsstrategien; Verständnis der Prozesse leiblicher Gegenübertragung; die Inter-subjektivität bzw. die Kultur des Angebots körperbezogener Interventionen; prozeßorientiertes versus übungsorientiertes Herangehen; eine Abgrenzung von anderen körperorientierten Verfahren; ethische Probleme der Körperarbeit usw.

Ich plädiere also insgesamt dafür, die Körperpsychotherapie als Element der Ausbildung stärker zu akzentuieren, also dem **und** in der IBT zu stärkerer Geltung zu verhelfen. Dies wäre auch eine Chance, dem großen und zunehmenden Interesse vieler Psychotherapeuten an der Arbeit mit dem Körper das FPI als gute Adresse zu präsentieren.

#### **Literatur beim Verfasser**

##### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. Werner van Haren  
Fustenbergstraße 8  
50935 Köln