

Ernst Juchli

Gedanken um die Körperpsychotherapie

In: GFK Texte 2, 1995, S. 69-75

Einleitung

Leichtsinnigerweise habe ich mich bereit erklärt, diesen Beitrag zu verfassen, obwohl ich selber gar nie in einer Rehabilitationseinrichtung gearbeitet habe – noch nicht einmal ein Praktikum an einer Psychiatrischen Klinik kann ich vorweisen. Meine Tätigkeit besteht in ambulanter Körperpsychotherapie und Ausbildung, inklusive Supervision, für klientenzentrierte Körperpsychotherapie. Als ich damals zugesagt habe, diesen Text zu verfassen, hat es mich gereizt, einmal meine Ideen zu formulieren. Es kommt mir jetzt, zu spät, auch ein wenig vermessen vor. Was ich in Bezug auf die Arbeit in Kliniken sage, stützt sich also nur auf meine Erfahrung in Supervisionen ab. Die Gedanken allerdings, meine ich, sind frei. Ich versuche also in diesem Beitrag nicht, den Stand der Diskussion oder gar Forschung aufzuzeigen, sondern möchte gerne zum eigenen Denken und Ausprobieren in der Praxis anregen.

Ich werde im ersten Teil auf einem persönlich gefärbten Weg ins Gebiet hineingehen: durch Thesen und Fragen, die ich aufwerfen werde, die ich auch etwas erläutern möchte. Ich habe dabei keinen Anspruch auf eine strenge Herleitung, es sind meine Meinungen. Im zweiten Teil möchte ich einige Konzeptteile meiner eigenen Richtung, der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie, skizzieren. Zum Schluss versuche ich einige pragmatische Vorschläge für die nicht in einer speziellen Körperpsychotherapie-Richtung ausgebildeten Praktikerinnen zu machen. Ich will gleich schon vorausschicken, dass es dabei für «ausschliesslich Körper-Leute» in Richtung Reden und für «ausschliesslich Verbal-Leute» in Richtung Körper gehen wird.

Inzwischen hat mich das schlechte Gewissen meines Erstberufs (Mathematiker) eingeholt: Man muss doch zuerst definieren, wovon man redet: Was ist denn Körperpsychotherapie? Nun, grad definieren möchte ich nicht. Ich muss gestehen, dass ich es auch nicht könnte. Ich möchte aber erläutern, was ich unter «Körper-Psycho-Therapie» verstehe. Die Bindestriche, die ich nur diesmal schreibe, sollen verdeutlichen, dass mit diesem Begriff eine wie auch immer geartete Kombination von Körpertherapie und Psychotherapie gemeint ist. Die Idee der Körperpsychotherapie ist also die, dass in einer körperlichen Arbeit mit einer Klientin oder Patientin auch psychische Bearbeitung oder Aufarbeitung unterstützt wird und umgekehrt in einer verbalen Psychotherapie auch immer zumindest der Körperbezug hergestellt wird. Weiter unten werde ich etwas polemisch behaupten, dass das eigentlich immer passiert – die Frage ist nur wie.

Ich betrachte es als persönliche Übung, diesen Text in der weiblichen Form zu schreiben. Obwohl ich mir das schon zu Beginn vorgenommen habe, musste ich mich bis zu dieser Stelle bereits mehrere Male korrigieren. Ich hoffe, die Leserin verzeiht mir dieses kleine Privatvergnügen beim Abfassen dieses Aufsatzes.

Teil I

1

Alle Psychotherapieformen arbeiten ein Stück weit auch mit dem Körper. Allerdings oft in der Form, wie es in der Schule auch passiert: Die Kinder lernen stillsitzen beim Lernen. Dafür sollen sie dann während dreier ausgewählter Lektionen sich ausschliesslich sportlich betätigen. Es ist schade, wenn die Psychotherapie bei diesem System mitmacht, wenn man also vor allem lernt, stillzusitzen oder stillzuliegen, wenn man sich mit sich selber, seinen Problemen und Entwicklungsmöglichkeiten beschäftigt. Tatsächlich ist es doch so, dass sowohl Klientin wie Therapeutin bei der Therapie ständig atmen, erleichen, erröten, sich entspannen oder verspannen, heiss oder kalt kriegen usw. Es gibt kein Reden oder inneres Erleben ohne den Körper, ohne dieses physiologische Getragensein, ohne Bewegungsimpulse. Das ist immer eins. Es ist also meiner Meinung nach ganz heikel, nur verbale oder psychische Anteile aufzugreifen, zu thematisieren, sich nur dafür zu interessieren. Das ist meiner Meinung nach nur in seltenen Spezialfällen gerechtfertigt,

wenn ich etwa mit meiner Klientin ausgemacht habe, für eine Zeitlang den Körper nicht zu beachten. Ohne diese spezielle Abmachung würde ich, ohne es auszusprechen, eine körperfeindliche oder doch zumindest körperseparierende Haltung unterstützen. Wir alle kennen den Unterschied, ob eine Person mit deutlicher Mimik, mit den Händen redet oder nicht. Wir müssen uns nun noch vergegenwärtigen, dass auch bei einer ausdruckskräftigen Person noch die Frage da ist, ob sie nicht trotzdem sich von den Schultern an abwärts deutlich bedeckt hält oder sogar ihr Herz, ihren Bauch, ihre Beine zu grossen Teilen abgestellt hat. Ist es nicht seltsam, wenn das ausgerechnet in therapeutischen und ärztlichen Gesprächen passiert?

Umgekehrt besteht das Problem natürlich auch: Bei der Massage, der Physiotherapie, im Sport lebt auch die Psyche, das Denken, die Sprache. Viele Physiotherapeutinnen, z.B., haben oft die Erfahrung gemacht, dass durch Massage Emotionen, Erinnerungen usw. kommen. Und beim Sport ist doch für viele Leute die ständige leidige Frage nach ihrer Leistungsfähigkeit da. Oft sind die Fragen wichtiger als die Freude an der Bewegung. Viele vergleichen sich mit anderen, «für mein Alter bin ich doch noch ...», «wie dick, hager, faltig, federnd, ...bin ich denn im Vergleich mit ...». Wenn wir diese Haltungen nicht thematisieren, thematisieren wir eben, dass das so ist, dass wahrscheinlich alle so denken, dass es sich nicht lohnt, hier Fragen zu stellen. Ich erinnere mich an die Supervisionszeit mit einem Arzt, der in einer Herzrehabilitationsklinik gearbeitet hat: Wandergruppen – selbstverständlich in Leistungsklassen aufgeteilt – selbstverständlich nie problematisiert. Ärztinnen, die trotz 70 Stunden Woche federnd die Treppen rauf und runter springen, um gute Stimmung zu verbreiten und um mit dem Beispiel voranzugehen. Kurz und absolut nicht gut – die Patientinnen werden wieder ins selbe System zurückgeschleift, das sie krank gemacht hat.

2

Es lohnt sich, genau nachzufragen, welche Vorstellung vom Körper sich die Patientin macht. Ist der Körper eigentlich eine Maschine, die gefälligst zu funktionieren hat? Wenn sie funktioniert, also keine Schmerzen da sind und die Funktionen genügend gehen, ist alles in Ordnung. Oder der Körper ist etwas Ominöses, Geistiges, je «durchlässiger», um so besser. Oder der Körper ist mein Aushängeschild, zeigt in seiner Perfektheit und Schönheit meinen Wert. Oder alles ist Körper, ist Biologie, auch die Sprache, die Gefühle sind ja nur spezielle Prozesse meines Körpers. Oder... Ich werde mich hüten, eine Meinung zu vertreten, was denn nun die richtige Vorstellung sei. Die relevante Vorstellung ist die, die die Patientin hat. Es ist meiner Meinung nach sehr hinderlich für eine Therapie, sei es auch «nur» Massage oder sei es eine Körperpsychotherapie, wenn die Therapeutin immer in eine andere Richtung arbeitet, als die Klientin eigentlich möchte. Ich vermute, dass hier viel Verletzung und Kränkung, vielleicht auch Befremdung stattfindet.

Was können wir denn aber tun, wenn wir selber eine ganz andere Vorstellung von dem Körper haben, wenn wir gar vermuten, dass die Haltung der Patientin selbstschädigend ist? Die Versuchung zu missionieren wird gross sein. Manchmal hilft's sogar. Im Prinzip ist es aber halt so, dass dies eine psychotherapeutische Fragestellung ist, also auch in der jeweiligen psychotherapeutischen Methode angegangen werden muss. So wird sich etwa ein psychoanalytischer Hintergrund der Therapeutin ganz anders auswirken als ein klientenzentrierter. Hier erweist es sich aber meiner Meinung nach deutlich, dass eine psychotherapeutische Grundfertigkeit, nicht nur ein Grundwissen, sehr hilfreich wäre, auch für Ärztinnen, auch für Ergotherapeutinnen usw. Meine Minimalforderung an die Therapeutin ist: Die eigene Fantasie einsetzen, um eine Haltung dem Körper gegenüber zu finden, die für beide verträglich ist. So kann man etwa eine Maschine durchaus liebevoll oder respektvoll behandeln. (Manche Männer können das ja fast besser als mit Menschen, insbesondere mit sich selber! Also ist mittelfristig wichtiger, an was für eine Maschine sie denken, als von dieser Vorstellung bekehrt zu werden. Ist es ein altes Ausschussding oder ein wertvolles gut bekanntes Stück, durchaus mit Macken, von dem man aber ganz viel kennt, das darum gut einschätzbar ist. Usw.)

3

Es lohnt sich, eine Körpertherapieform zu wählen, die verträglich mit der Institution, mit den Haltungen der Kolleginnen ist.

«Was – Sie berühren Ihre Klienten?» «Hast du auch gehört, dass der Kollege X seine Patientin Y umarmt hat?» «Aber bitte, wir dürfen doch nicht Therapie und Wunscherfüllung verwechseln!» So und ähnlich wird an vielen Kliniken geredet. Viel Arbeitsleistung geht drauf für das Aushalten und immer wieder neu Erklären von solchen Gerüchten und Verdächtigungen. Sie lohnen sich nicht, diese Hintergrundkämpfe. Ich schlage vor, die Institution als Patientin zu behandeln und alles, was wir im Punkt 2 bedenken müssen, mit dieser oft schwierigen Patientin auch zu tun.

4

Wie können wir vor uns selber rechtfertigen, dass wir wirksame Techniken und Verfahren in der Psychotherapie nicht verwenden?

Auf jeden Fall müssen wir das tun. Wir können uns sonst ein Berufsleben lang fertig machen mit der Unterstellung, dass andere wahrscheinlich viel effektiver arbeiten. Ich vermute, dass in jeder von uns Praktikerinnen der Verdacht der eigenen Scharlatanerie lauert. Sich bewusst sein, dass wir auswählen müssen, dass es die effektivste Methode nicht gibt, dass ich eine durchschnittliche Therapeutin bin, die es zwar redlich versucht, aber beschränkt ist – all das sich wirklich zu eigen machen, dass ich es selber weiss und glaube, das lohnt sich vielleicht mehr als noch eine andere Ausbildung.

5

Die leidigen Statusgeschichten, wer kontrolliert wen, wer darf was, wer verdient mehr, wer hat die schönere Arbeit? Die einen berühren, die anderen reden. Die einen behandeln, die anderen diagnostizieren.

Ohne eine berufspolitische Lösung zu wissen – es ist ein Jammer, wie jetzt fast überall die Rollenverteilungen sind. Vom Körpertherapieansatz her gedacht ist diese Separierung in verschiedene Tätigkeiten der Spiegel der Separierung in Subjekt – Objekt, in Körper – Geist, in Befehlen – Gehorchen, in ... Ich behaupte aus meiner Erfahrung, dass sich alle Arbeit, die ein Team aufwendet, um hier kooperativer, klarer zu werden, lohnt. Wenn das Konzept so ist, dass die Körpertherapie und die Psychotherapie und die ärztliche Therapie getrennt sind, muss ein guter Austausch im Team da sein. Es wäre wunderbar, die Arbeit könnte nach Vorlieben und Talenten verteilt werden.

Ich möchte an dieser Stelle auch betonen, dass in der Physiotherapie, in der Massage, selbst im Sport oft sehr wertvolle psychotherapeutische (andere sowieso) Arbeit geleistet wird von Therapeutin und Klientin. Diese Verfahren, auch Atemtherapien, Tanztherapien, usw. sind wirklich wertvoll.

Problematisch dabei sind oft die mangelnde Ausbildung in der verbalen Begleitung der ausgelösten Prozesse oder eben Hierarchie- und Abgrenzungsprobleme im Team.

Umgekehrt kann natürlich auch (z.B.) ausgezeichnete Physiotherapie in einer Körperpsychotherapie stattfinden. Man versuche mal, dies einer Gesundheitspolitikerin oder einer Krankenkassenfunktionärin zu erklären.

6

Wie wichtig ist bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers, des eigenen Symptoms?

Es hilft oft, und manchmal schadet es. Ich verstehe Psychotherapie nicht als Bewusstmachungsprozess. Wichtiger erscheint mir zu lernen, dass ich eine Wahl habe, wie ich wahrnehmen will, wie ich über mich selber und meinen Körper nachdenken will. Auch hinter sogenannten medizinischen Tatsachen steht eine Wahl für eine bestimmte Betrachtungsart.

7

Ist ‹psychische Aufarbeitung› eines Symptoms, einer Krankheit, einer Verletzung unumgänglich, wenn man Psychotherapie macht? Ist es andernfalls gar keine?

Es ist sicher ganz wichtig, genau hinzuhören und hinzuspüren, ob ein Wunsch in der Klientin danach da ist. Genau so wichtig ist es aber, auf die Aufarbeitung zu verzichten, obwohl es vielleicht für uns spannend wäre, wenn die Klientin keine Bereitschaft hat. Nichts Nervigeres als diese vielsagenden Blicke von lieben Kolleginnen, wenn man eine Grippe hat und dabei einfach nicht lernen will, seine Kräfte gut einzuteilen, wenn man Bauchkrämpfe hat und dabei halt einfach die Aggressionen in sich hineinfrisst, und das mit der Migräne und der Sexualität, und und und. Wie erst muss es da unseren Patientinnen gehen, insbesondere den Psychosomatikerinnen bei diesem berüchtigten Anspruch: ‹Und wie fühlen Sie sich dabei!› Ich möchte als zusätzliche Idee zur ‹Aufarbeitung› die Möglichkeit der ‹Aussöhnung› vorschlagen. Ich meine damit nicht Resignation. Womit genau kann ich mich aussöhnen und im gleich wichtigen Gegenzug – wo bin ich wirklich handlungs-, änderungsbereit? Um es noch einmal deutlich zu sagen: Zur Psychotherapie gehört die Bereitschaft der Therapeutin zur psychischen Aufarbeitung, nicht die Bereitschaft der Klientin, und es braucht die Bereitschaft zum Verzicht dieser Art von Bearbeitung eines Symptoms durch die Therapeutin. Als Anregung: Welche anderen Begegnungsarten für eine Psychotherapie gibt es denn noch?

8

Ist Körperpsychotherapie ‹übertragungsmässig› schwieriger als andere Therapieformen?

Nein, deutlich leichter! Wenn jetzt eine Kollegin das Gefühl hat, bei mir oder bei dieser Kollegin stimmt das aber nicht, so möchte ich vorschlagen, einmal in der Supervision zu überprüfen, ob die Haltung der betreffenden konsistent ist. Ich meine damit, dass etwa eine psychoanalytische Grundhaltung (das gilt zum Beispiel für die Bioenergetik) auch für den Teil Körperarbeit gelten muss. Man kann nicht plötzlich als analytische Psychotherapeutin mal ein wenig Massage machen, ‹weil es doch sicher gut tut›. Als klientenzentrierte Körperpsychotherapeutin kann man nicht plötzlich auch ein wenig deuten oder, weil es grad schwierig ist, plötzlich auf Abstinenz umschalten. Als Masseurin kann man nicht plötzlich auch ein wenig Psychologie machen. All das passiert wahrscheinlich relativ häufig, führt aber fast unweigerlich in eine chaotische Therapie. Und mit der umzugehen, ist dann wirklich schwierig. Deutlich einfacher werden die Prozesse, weil die Beziehungsbasis durch den Körperkontakt hier und jetzt und das Körpererleben hier und jetzt deutlich breiter wird.

9

Einzelarbeit oder Gruppenarbeit?

Ums Himmels willen – wenn man schon die Chance einer Klinik hat – unbedingt beides anbieten. Oft ist die eine Variante für die betreffende Klientin leichter, dann können wir später die andere dazu nehmen.

10

Der Streit, ob für eine Körperpsychotherapie eine verhaltenstherapeutische-, psychoanalytische-, klientenzentrierte Hintergrundtheorie optimal (richtig?) ist, lohnt sich nicht.

Die Therapeutinnen und ihre Vorbildungen und Vorurteile sind zu verschieden. Es kann sich aber durchaus lohnen, wegen (3) einige Überlegungen anzustellen. Und existenziell wird es halt für mich selber, dass ich das finde, worin es mir selber wirklich wohl ist. Wie will ich selber behandelt sein, wie wünsche ich, dass auf mich selber eingegangen wird. Das genau herauszufinden, lohnt sich sicher. Manchmal lässt sich trotz schlechter Konjunktur ein Stellenwechsel nicht vermeiden.

11

Psychotherapeutische Beliebigkeit – Orthodoxie?

Ein weites Feld: ich finde, dass sich Auseinandersetzungen in einem Team darüber sehr lohnen: sich gegenseitig unterstützen, sich gegenseitig auf die Finger schauen (genau zuhören) – sehr wichtig. Bin ich bloss zu bequem oder zu ängstlich für etwas Neues und verkaufe das vor mir selber als Methodenexaktheit? Macht es mir Schwierigkeiten, Spannungen, schwierige Situationen, eigenes Unvermögen auszuhalten und habe ich darum eine Tendenz entwickelt, an solchen Stellen schnell etwas ‹Erlebnisaktivierendes› zu tun? Auch an dieser Stelle muss ich betonen, dass es äusserst wichtig ist, diese Diskussion mit Bewusstsein und guten Kenntnissen der Grundhaltung der betreffenden Therapierichtung zu führen. Wir müssen einander beibringen, welches die wichtigen Qualitäts-Kriterien der eigenen Richtung sind. Keinesfalls geht es an, dass sich eine Richtung zur Wächterin der anderen aufschwingt. Ich habe manchmal das Gefühl, dass Psychotherapeutinnen alle Fähigkeit zum Zuhören, zur Akzeptanz einer anderen Person aufgebraucht wird für die Klientinnen. Für Kolleginnen, für eine andere Richtung ist von diesen Gaben nichts mehr da.

Im Rückblick auf das bisher Geschriebene fällt mir auf, dass ich sehr viel von miteinander oder gegeneinander, vom Versuch, sich zu verstehen, Konsensbildung und ähnlichem schreibe. Das mag mit meinen persönlichen Themen zu tun haben. Ich glaube aber, es ist mehr. Der Körperpsychotherapieansatz ist oft an und für sich Provokation. Die meisten Klientinnen (auch die männlichen) schätzen zwar den Körperansatz in der Psychotherapie, die Kolleginnen schätzen es zwar, auch so zu arbeiten, und sie erfahren die Wirksamkeit. Aber sehr häufig gibt es Rechtfertigungsgespräche, Verdächtigungen, Unverständnis von Kolleginnen. Es gibt halt auch meiner Meinung nach (noch?) gar keine Metatheorie, die da hilfreich einspringen könnte. Der Ansatz, dies über eine wie auch immer geführte Wirksamkeitsuntersuchung zu machen, ist nicht nur platt, sondern falsch, weil da prinzipiell die eigene Hintergrundvorstellung von Wirksamkeit ja notwendigerweise federführend mitspielt. Die ‹Wissenschaftskatze› beisst sich in den Schwanz. Ein anderer Punkt, der dazu führt, dass ich immer wieder in Berührung mit diesen Fragen komme, ist folgender: Meine eigene Richtung, die Klientenzentrierte Körperpsychotherapie, ist fast überall Aussenseiterin – bei den Klientenzentrierten, die machen ja Gesprächstherapie – bei der Körperpsychotherapie, die üblicherweise mit analytischem Hintergrund arbeitet – bei all den Körperverfahren (Massage, Entspannungstechniken, Atmung, Tanz, ...), die eher von medizinischem

Denken oder auch von künstlerischen Ansätzen her geprägt sind. Wir hocken also zwischen ziemlich allen Stühlen. Den eigenen Hocker dabei zu haben, ist unabdingbar.

II Teil

In der Konzeptarbeit meiner eigenen Richtung, der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie, versuchen wir aus der Rogerschen Gesprächspsychotherapie, dem Focusing von Gendlin und der Vegetotherapie, später Orgontherapie, wie sie von Wilhelm Reich begründet worden ist, ein in sich stimmiges Ganzes zu machen. Ich versuche hier im Überblicksverfahren einige Konzeptteile vorzustellen, von denen ich denke, dass sie auch für interessierte Kolleginnen anderer Richtung anregend sein könnten.

Das Konzept der Arbeitszustände

Wir unterscheiden für die Art der therapeutischen Begleitung, in welchem Bewusstseins- oder eben Arbeitszustand die Klientin ist oder wohin sie bereit ist zu gehen. Einige für uns wichtige Zustände möchte ich kurz beschreiben. Das Alltagsbewusstsein ist in den meisten Fällen das, was wir zu Beginn einer Sitzung antreffen und mit dem wir auch aufhören. Es meint eben die gewohnte Art zu reden, zu denken, sich mitzuteilen und sich mit sich selber zu beschäftigen. Es verlangt auch eine Alltagssprache zur Begleitung. Viele Klientinnen bleiben auch bei Massage oder irgendwelchen Übungen in diesem Zustand. Die innere Achtsamkeit ist das, was Klientinnen üblicherweise nach und nach in den Psychotherapien lernen: sich langsamer, achtsamer dem inneren Erlebensfluss zuzuwenden, bereit zu sein auch für Ungewohntes und dafür, mit sich selber, den eigenen Impulsen behutsam, begleitend umzugehen. Die Klientin ist eine Art mitfühlende Beobachterin zu sich selber. Die verbale Begleitung der Therapeutin passt sich an, die Berührungen sind eher langsam, deutlich. Symbole sind wichtig, nicht ganze Geschichten, Pendeln zwischen innerem Erleben und Davon-Berichten wird unterstützt. Vor allem das Focusing und die Gesprächstherapie haben hier viel Erfahrung gesammelt für optimales Begleiten. Das sich innerlich Überlassen hat demgegenüber nicht mehr hauptsächlich den Charakter vom Sich-Selber-Betrachten, sondern, wie der Name sagt, sich dem inneren Geschehen zu überlassen, ein Stück weit zu riskieren, sich dem auszuliefern. Das passiert manchmal ganz von selbst, wenn uns etwa ein Gefühl überwältigt oder wenn ein Körperprozess ‹autonom› wird. Beispiele dafür sind etwa spontanes Zittern und Zucken in einem Körperteil, Krämpfe, die auftreten können, Strömungsgefühle, spontane Bewegungsmuster. Diese Prozessart verlangt dringend eine andere Begleitung. Vorsichtiges Nachfragen oder Deutungen, fragende Berührungen usw. sind meist sehr störend.

Die autonomen Körperprozesse

Sie sind nun wirklich ein reicher Schatz der Körperpsychotherapie. Vieles, was sonst unter Symptom, gar Krankheit abgebucht wird, wird hier zur Quelle von Prozessen. Die schon erwähnten Zustände wie Zittern, Zucken, Krämpfe können hier aufgenommen und körperlich begleitet werden mit unterstützenden (nicht wegmachenden oder ‹heilenden›) Bewegungen und Berührungen der Therapeutin. Zittern kann verbunden werden mit der Atmung, kann in Bewegung übergehen, kann, aber muss nicht, autonome Gefühlsprozesse oder Denkprozesse mitziehen, kann in verschiedenen Arten von Wellen durch den Körper hindurchgehen. Überhaupt kann man wohl sagen, dass die autonome Körperwelt eine Welt der Wellen ist. Die meisten Ausbildungsteilnehmerinnen empfinden bald dieses Begleiten als einfach. Es hat viel mit Mut, halt auch mit Selbsterfahrung zu tun, ist aber nicht etwa die ‹Hohe Kunst›, wie Ungewohnte oft meinen. Ein Beispiel dafür, was im Begleiten von autonomen Körperprozessen sehr einfach ist, bilden die sogenannten frühen Prozesse. So kommt es recht häufig vor, dass sich eine Klientin so bewegt, solche Töne macht, wie wenn sie ganz klein wäre, vielleicht wie ein Säugling. Mit einem Säugling reden ist schon schwierig, ihm körperlich zu begegnen ist im Prinzip nicht schwieriger als einem älteren Kind. Manche Erwachsene finden es sogar leichter. In der Therapie ist das auch so. Ich persönlich habe bei dieser Art Arbeit nachher oft ein körperlich

befriedigteres Gefühl als nach rein verbalen Sitzungen – vielleicht so ähnlich wie nach Gartenarbeit oder einer tüchtigen Wanderung.

Das energetische Konzept

Es meint nicht die direkte Verbindung nach Indien. Spirituelle Zusammenhänge können überall gefunden oder weggelassen werden. Wir können jeden Prozess, also auch therapeutische oder Beziehungsprozesse, von ihrem energetischen Geschehen her untersuchen. Das machen oft auch die Naturwissenschaften und die Medizin. Es wäre hier also möglicherweise eine Stelle gegenseitigen Verständnisses. Leider ist grad oft das Gegenteil der Fall. Die Therapeutinnen reden von Lebensenergie, Orgon, Bioenergetik, Meridianen, Energieströmungen, gar von blauer und roter Energie usw.– lauter kaum naturwissenschaftlich überprüfbare Themen – und so ist man halt bald in einem ‹Glaubenskrieg›. Die ganzen Streitereien sind sehr schade, finden oft auf einem peinlichen Niveau statt und nützen kaum jemandem. Ohne weiter in dieses riesige Thema einsteigen zu wollen, möchte ich doch darauf hinweisen, dass der Begriff der Energie eine Abstraktion ist, nicht ein Name für ein konkretes Ding. Niemand, weder im Westen noch im Osten, sieht, spürt, misst Energie direkt. Es wird immer mittels Sonden (Hand, Herz, Messgerät, ...) eine Arbeitsleistung festgestellt und daraus auf die Energie geschlossen, von der man postuliert hat, dass es sie gäbe. Im Westen ist das so – im Osten ist das so. Sonden muss man bedienen lernen, und ihre Messergebnisse muss man innerhalb von einer durch Konsens von Leuten gefundenen Theorie interpretieren lernen. Ist diese Konsensbildung (nicht Gehirnwäsche) geschehen und das Üben im Bedienen von Sonden geleistet worden, so steht ein neuer hilfreicher Rahmen, eine neue hilfreiche Sprache für Therapieprozesse zur Verfügung. Innerhalb dieses Rahmens wird das psychologische Verarbeiten zu einem Spezialfall der Körperpsychotherapie. Gerade im Fall von rein körperlichen Schwierigkeiten im Erleben der Klientin ergibt das neue Möglichkeiten. So können wir etwa bei Bauchschmerzen durchaus von Unter- und Überspannung, von Verkrampfung, von Blockaden, von wohligen oder stechenden Gefühlen usw. reden und den tyrannischen Chef oder die Mutter aus der Kindheit beiseite lassen. Falls die dann doch noch kommen, ist es ja gut. Aber sie werden nicht unbedingt gebraucht für den Therapieprozess. Ich möchte kurz andeuten, wie das Energiekonzept hilfreich gebraucht werden kann: Es tönt vielleicht überraschend, aber wir meinen, dass alle Leute, insbesondere auch eine Person zu verschiedenen Zeiten, ungefähr gleichviel Energie haben. Die Frage ist, wo sie steckt. Wieviel ist zur Verfügung oder gebunden? Wo steckt die gebundene Energie, in welchem psychischen Muster, in welcher Verkrampfung? Eine depressive Klientin hat also nicht weniger Energie als die manische – die Muster sind verschieden. Und das miteinander herauszufinden, ist das spannende. Zugegebenermaßen fühlt man sich mit Grippe schlapp. Aber die inneren Vorgänge bei dieser Krankheit sind natürlich äusserst energiereich. Anhand von solchen Beispielen kann die Klientin nach und nach lernen, sich für das eigene energetische Leben zu interessieren. ‹Wofür wende ich wieviel Kraft auf?›, ‹Welche Bewegungsmuster, Denkformen verwende ich nie?› usw. Sehr lohnend für die Patientinnen wird es dann, wenn sie realisieren, dass über eine andere Art Atmung oder über eine andere Körperhaltung ganz viel, zum Beispiel die Kraft für eine anstehende Handlung, ändert. Und an der Stelle zu merken, wieviel man selber tut für sein Unglück, wie man aus irgendwelchen Gründen, die man selber nicht versteht, diese Atmung nicht machen will, obwohl... Da tun sich grosse therapeutische Felder auf.

Ich möchte noch kurz auf einen weiteren Aspekt des energetischen Konzepts zu sprechen kommen. Manche Verläufe, die nach energetischen Impulsen kommen, können psychisch ganz weit auseinanderliegen, sich sogar widersprechen. So kann sich die eine Klientin bei einer bestimmten Berührung absolut versteifen, während sich die andere ganz wohlig entspannen kann. Energetisch gesehen ist das fast dasselbe, psychisch ganz verschieden. Hundert Klientinnen die Hand auf die Stirne legen – es passiert in ihnen drin ganz Verschiedenes – hundert verschiedene Varianten. Nicht zuletzt deshalb haben wir dazu ein eigenes Charakterstruktur- und Psychopathologiemodell entwickelt. (Auf das ich hier aber nicht eingehen kann.) Trotzdem bleibt hier ein grosses Feld für körperpsychotherapeutische Forschung: Es ist in den meisten Fällen ganz unseriös, wenn z.B. einfach autogenes Training oder wenn einfach Massage verschrieben wird. Die Effekte können so verschieden sein, dass wirklich das ganz Falsche passieren kann. Körperpsychotherapeutische Handlungen dürfen nicht verschrieben werden wie Medikamente. (Es hat sich ja zwar auch bei Psychopharmaka herumgesprochen, dass die ganz verschieden wirken können – also dürfte man auch die nicht verschreiben wie Medikamente – wahrscheinlich darf man auch Medikamente nicht verschreiben wie Medikamente!)

Das Konzept der verschiedenen Bindungsarten

Manche Klientinnen wollen in erster Linie etwas lernen über sich, über Beziehung, über ihre Ängste oder ihren Körper. Andere sind dazu kaum in der Lage, es nimmt sie ständig in irgendwelche «Regressionen» hinein, es kommt bekanntermassen sogar vor, dass jemand die Therapeutin ständig belehren will. Ich will damit ausdrücken, dass die Wünsche nach der Art der Beziehung, die die Klientinnen anstreben, ganz verschieden sind. So kann es z.B. manchmal ganz schwierig werden, wenn die Therapeutin zwar kindliche Gefühle der Klientin in der Therapie sehr schätzt, aber grad gar keine Lust hat zu lehren, vielleicht hat sie ja auch das Konzept in sich, dass das keine Therapie wäre. Ein weiterer schwieriger Punkt, der oft in der Körpertherapie auftritt, ist die Frage der Sexualisierung von Berührungen. Sowohl die Klientin wie die Therapeutin kann dem verfallen (vielleicht wäre hier die männliche Form auch mal wieder angebracht). Eine erste Annäherung an das Konzept der Bindungsarten ist die Frage nach dem «Alter», in dem die Berührung gemeint ist. So ist das Gehaltenwerden am Beckenboden für Säuglinge eine wichtige Grounding (Erdungs-) Art. Unter Erwachsenen ist das sicher nicht die erste Interpretation dieser Berührung. Eine zweite Annäherung ist die Frage nach den Rollen, in denen Berührungen geschehen. Masseurin, Ärztin, Freundin, Psychotherapeutin, Vater, – Kind, Patientin, Klientin, Freundin, zu Bekehrende,... Es ist zu naiv gedacht, zu meinen, diese Fragen liessen sich einfach mit klaren Abmachungen regeln. Manche Therapeuten (männliche Form!) meinen mit dem Statement: «Ich bin glücklich verheiratet!» alle Probleme sauber gelöst zu haben. Das gemeinsame Herausfinden, welche Bindungsart (-arten, leider manchmal gleichzeitig) gesucht wird, ist ein wichtiges Thema der klientenzentrierten Körperpsychotherapie. Wer ist denn wozu bereit? Insbesondere: Ist die Therapeutin auch bereit, eine Zeitlang eine unklare Situation auszuhalten, «Fehler» zu riskieren, nachher darüber zu reden? Eine dritte Annäherung möchte ich nur noch andeuten: Bindungswunsch der Klientin und die Reaktion der Therapeutin darauf – Bindungswunsch der Therapeutin und die Reaktion der Klientin darauf; gesunder, notwendiger Beziehungswunsch – «neurotische» Wünsche; ...

Das Konzept des Körperdialogs

Wir versuchen Elemente des Gesprächs, die für die klientenzentrierte Therapie sehr wichtig sind, für den Körper zu übersetzen. So können wir etwa körperlich «spiegeln», indem wir im gleichen Rhythmus atmen, ähnliche Haltungen einnehmen, mit unseren Händen eine Körperform, eine Bewegung nachformen. Es gibt dabei natürlich dasselbe Problem vom Lächerlich-Machen wie im Verbalen. Schwieriger ist schon das Problem, wie «fragen» mit den Händen gehen kann. Ein paar Hinweise dazu: einen Muskel auf verschiedene Arten antippen – auf gewisse Antipp-Arten kommen dann Reaktionen, auf andere keine; oder, Bewegungen der Arme, Beine, ansatzweise vorschlagen (nicht verbal, sondern machen, also von aussen bewegen) – wobei macht der Körper mit, wobei ist er dagegen? Was heisst «Antworten»? Es heisst vorerst mal, die Qualität einer Berührung aufnehmen. Eine kräftige, vielleicht kämpferische Bewegung verlangt eine ebensolche Gegenbewegung. Eine tastende, sanfte, suchende Bewegung verlangt eine vorsichtige, feine Berührung. Wir reden vom dynamischen Widerstand und meinen damit, dass die Gegenberührungen, -bewegungen ungefähr mit der selben Dynamik kommen sollen wie die von der Klientin. So entsteht ein Hin und Her, beide wissen nicht genau, wo es hingeht, die Reaktion des einen ergibt die Aktion des anderen. Alle spannenden Probleme aus den Therapiegesprächen tauchen wieder auf: Wer führt da, auf welche Weise, was heisst akzeptieren, kongruent sein? ... Ich hoffe, mit diesem zweiten Teil eine Ahnung von unserem eigenen Ansatz vermittelt zu haben. Es gibt viele offene Stellen darin, wo wir noch suchen. Ganz viel Arbeit haben wir bisher auch in didaktische Fragen gesteckt. Allein Vorlesungen und Vor- und Nachmachen sind ja in der Psychotherapieausbildung sicher nicht genügend.

Zum Schluss ein paar Vorschläge

Ich möchte nun, wie versprochen, noch einige pragmatische Vorschläge machen. Ich richte mich dabei nicht an Kolleginnen, die in einer Körperpsychotherapie ausgebildet sind, sondern zuerst an «Verbale», die aber Interesse an einer Ausweitung in Richtung Körper haben. Ich schlage als erstes vor, sich zu fragen, ob man selber Lust oder Notwendigkeit verspürt, in den Sitzungen für sich selber

«körperlicher» sein zu können. Wenn man das nicht verspürt, soll man es lassen, wirklich körperpsychotherapeutisch arbeiten zu wollen. Anders gesagt: Körperpsychotherapie beginnt und fusst auf dem eigenen Körpererleben. Also, wenn man sich nicht gut fühlt mit dem ewigen Sitzen und Reden, dann kommen viele Möglichkeiten. Wie wäre es mit verschiedenen Stühlen – muss man überhaupt immer sitzen? Die eigene Atmung ist immer wichtig genug, dass wir uns für sie viel Zeit nehmen dürfen, und die Klientinnen sollen das auch merken. Getrauen Sie sich, mit Ihrer Kleidung abzuwechseln oder brauchen Sie eine Uniform? Würden Sie in der Stunde den Pullover an- oder ausziehen? Sowas muss man tun! Eine Runde mutiger: Verspüren Sie Impulse, sich und die Klientin zu bewegen, zu berühren, vielleicht Haltungsänderungen vorzuschlagen. Der erste Schritt dabei ist, sich das selber einzugestehen, es nicht wegzumachen, sich das in seiner Vorstellung zuzugestehen, mit Kolleginnen darüber reden. Dann könnte man das eine oder andere der Klientin gegenüber auch aussprechen, abwarten, was dann passiert. Immer dran denken: eine Idee zu haben, heisst noch lange nicht, sie ausführen zu müssen. Es ist aber ein Jammer, wenn wir alle Ideen töten, nur weil wir noch keinen Weg zur Verwirklichung sehen. Darf Ihre Klientin merken, dass Sie Schmerzen haben? Wenn es Darmgeräusche gibt, tun Sie dann so, wie wenn nichts wäre oder kennen Sie gar nur die Entschuldigung? Von der Klientin, Patientin her gedacht meine ich, dass mindestens das Thematisieren, nicht Totschweigen solcher Sachen in Ihrem Repertoire selbstverständlich da sein muss. Sonst müssen Sie etwas unternehmen mit Ihren Hemmungen!

Im Anschluss an das obige können nun Themen auftauchen wie: mehr lernen wollen, «man darf doch nicht einfach drauflosfuschen»,... Dazu schlage ich vor, zuerst etwas zu unternehmen, was unmittelbar mit Ihnen selber zu tun hat, Ihnen direkt etwas bringt: sich massieren lassen, tanzen, sich eine Atemtherapie gönnen,... in die Richtung. Wenn das Interesse daran bleibt und das Bedürfnis stärker wird, auch mit den Klientinnen körperlich zu arbeiten, dann soll man doch eine «grosse», richtige Zusatz-Ausbildung machen. Ich bin nicht in jedem Teilgebiet, aber hier deutlich, gegen das Prinzip von «ein paar Wochenenden machen».

Und wenn man möchte, es sich auch zutraut, es aber wegen der eigenen Rolle in der Institution nicht geht oder die Chefin es einfach nicht will? Nicht aufgeben, reden, von sich erzählen, zu lesen geben, mit offeneren Kolleginnen untereinander ausprobieren respektive «etwas zeigen». Nicht die schwierigsten Klientinnen nehmen, bei denen nichts geht und dann halt auch noch «mit dem Körper probieren». Nein, grad im Gegenteil: Wir sollten mit dem Körper arbeiten, weil es so normal ist, weil es eigentlich merkwürdig ist, wenn man es nicht tut, also möglichst mit vielen und für uns selber.

Den «reinen» Körpertherapeutinnen (Physio-, Ergo-, Atem-,...), die keine Psychotherapie gelernt haben und das Bedürfnis haben (es kann auch von den Klientinnen kommen), mehr über das psychische Geschehen zu reden, das oft in Gang kommt, empfehle ich, Focusing zu lernen oder eine Gesprächsführungsausbildung zu machen. Auf jeden Fall ist es aber wichtig, dass die verschiedenen Beteiligten, z.B. Psychotherapeutin und Körpertherapeutin, miteinander im Gespräch bleiben, dass ein gegenseitiges Wissen und Spüren von Sich-Unterstützen da ist. Ich selber möchte nicht an einer Institution arbeiten, an der das, aus was für Gründen immer, nicht möglich ist.

Erlauben Sie mir abschliessend die Bemerkung, dass ich weniger für die gezielte körpertherapeutische Interventionen plädiere, es geht sicher ohne sie, als für die Aussöhnung zwischen körperlichem und verbalem Erleben und Ausdrücken. Aussöhnung meint mehr als Frieden schliessen, es meint das Erleben, dass das eine ohne das andere nicht geht.