

Dieter S. Schatz

# Körperarbeit in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie

## Body-Work in Client-Centered Body-Psychotherapy

**Abstract** During the last years an increased general interest of body-work in psychotherapy can be stated. Using the classification system for the different aspects and phenomena of the body reported recently, this paper describes the meaning of body-work in client-centered psychotherapy. In the client-centered body-psychotherapy the body is seen mainly from the relational perspective and body work as well as body-self-exploration are basically seen from the viewpoint of the relation between the client and the psychotherapist. Other viewpoints of the body are discussed and lead to a comparison of the major theoretical frameworks of body psychotherapy. The consequences of the basic client-centered attitudes are discussed for body-work.

### Keywords:

Body psychotherapy; Client-centered body psychotherapy; Body dialogue; Relational body-work; Client-centered attitudes.

## 1. Literaturübersicht

Obwohl der Körper bei Rogers im Ausdruck „Organismus“ in seiner Gesamtheit enthalten ist, wurden die Arbeit mit konkreter Körperberührung und der konkrete Umgang mit dem Körper in der klientenzentrierten Psychotherapie bisher kaum explizit in einem praktischen und theoretischen Konzept berücksichtigt. Die Literatur im deutschsprachigen Raum zur „Gesprächspsychotherapie und Körperpsychotherapie“ hat Geuter (1998) zusammengestellt. Der überwiegende Teil bezieht sich auf Arbeiten zum Focusing, das zwar ein ausgearbeitetes klientenzentriertes Körperverfahren darstellt, aber Körperarbeit als Arbeit mit konkreter Berührung konzeptuell nicht erörtert. Damit umfasst dieses bedeutende Verfahren lediglich einen Teilbereich der klientenzentrierten Körperpsychotherapie.

Trotz der fehlenden Integration des Körpers und der Körperarbeit in die klientenzentrierte Therapietheorie mehrten sich in den letzten Jahren zunehmend Stimmen, den Körper in die personenzentrierte Psychotherapie einzu beziehen (vgl. Schmid, 1994a, b, 1998). Allerdings wurde der Körper in der Körperarbeit bisher meist als Adjunkt behandelt, indem die „Gesprächspsychotherapie“ mit verschiedenen Körpertherapien kombiniert (Heinert, 1981) oder reiner Methodenektizismus (vgl. Flamm, 1979) betrieben wurde. Für eine Überwindung der Einschränkung auf die sprachliche Ebene in der klientenzentrierten Psychotherapie ohne Methodenektizismus spricht sich beispielsweise Preuss (1988) aus. Sie fordert eine „vollständige Ausschöpfung des klientenzentrierten Konzepts“, in-

dem sie theoretisch begründet, dass Sprache, Gestaltung und Bewegung als gleichwertige Ausdrucksformen anzusehen sind und die Verwendung nichtsprachlicher Ausdrucksmittel im therapeutischen Prozess erforderlich ist.

Bei „körperlich leidenden Menschen“ spricht sich Pfeiffer (1987) ohne weitere theoretische, methodische oder praktische Integration des Körpers unter Verweis auf verschiedene körperorientierte Methoden für eine „Erweiterung der psychotherapeutischen Haltung auch auf den Umgang mit dem Körper, also der Haltung des Einfühlens, des Akzeptierens und gewiss auch des realen Zugewinnens in einer Beziehung ‚person to person‘“ aus und ermutigt zur Weiterentwicklung des personenzentrierten Ansatzes zu einer „patientenzentrierten Körpertherapie“. Er beschränkt sich in seiner Forderung auf „psychosomatische Störungen und chronische Leiden“, ohne den Körper und den Menschen als Ganzes allgemein in der klientenzentrierten Psychotherapie berücksichtigen zu wollen und bezieht seine Ausführungen auf den grundsätzlichen Umgang mit dem Körper bei Anwendung verschiedener Übungen oder Methoden, ohne den Schritt in Richtung einer Körperpsychotherapie zu gehen. Die von Geuter (1998) zitierte Arbeit von Esser

---

Korrespondenz: MMag. Dr. Dieter Schatz, Gedächtnisambulanz, Universitätsklinik für Psychiatrie, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck, Österreich; Therapie- u. Förderzentrum „Die Eule“, Amraserstraße 1, A-6020 Innsbruck, Österreich, Tel. +43/512/394420, Fax +43/512/39442030, e-mail: Dieter.Schatz@uibk.ac.at

## Zusammenfassung

In den letzten Jahren wird das Interesse zunehmend größer, den Körper auch in jenen Psychotherapieansätzen explizit mit einzubeziehen, welche den konkreten Umgang mit dem Körper bislang nur wenig oder gar nicht integrieren konnten. So wird die Bedeutung der Körperarbeit in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie mit Hilfe der kürzlich beschriebenen Klassifikation des Körpererlebens hervorgehoben. Es wird gezeigt, dass die klientenzentrierte Körperpsychotherapie den Körper primär relational betrachtet, also unter dem Blickwinkel der Beziehung, sodass Körperarbeit und körperliche Selbstexploration immer auf dem aktuellen Beziehungsgeschehen basieren. Die Relevanz anderer Sichtweisen zum Körper werden im Kontext körperpsychotherapeutischer Hauptströmungen diskutiert. Die Bedeutung der klientenzentrierten Grundhaltungen Akzeptanz, Kongruenz und Empathie für die konkrete Körperarbeit wird erläutert.

### Schlüsselwörter:

Körperpsychotherapie; Person-/klientenzentrierte Körperpsychotherapie; Relationale und dialogische Körperarbeit; Person-/klientenzentrierte Grundhaltungen.

(1988) zur „patientenzentrierten Körperarbeit“ lässt keinen Zusammenhang zur klientenzentrierten Psychotherapie erkennen.

Ein Versuch, die Arbeit mit dem Körper praktisch in den Therapieprozess zu integrieren, stammt von Haefeli (1995, 1996). Sie setzt Körpertechniken zur „Unterstützung der Selbstexploration, der Aufhebung der Inkongruenz, zur Erlebensaktivierung, des Wachstums der Persönlichkeit“ (Haefeli, 1995) ein. „Dies alles steht im Dienste der Aufhebung der Inkongruenz.“ Sie liefert zwar wertvolle Beiträge zur Arbeit mit dem Körper, ihre Ausführungen lassen aber in der Tradition von George Downing (1996) eine Akzentsetzung auf den Körper „als Mittel“ erkennen (Müller-Braunschweig, 1997), um bestimmte Therapieziele zu bewerkstelligen. Es scheint, dass der Körper als Mittel zur Selbstexploration und Aufhebung der Inkongruenz dient, und nicht das Körpererleben als solches, die Selbstexploration und Inkongruenz der körperlichen Dimension als körperlicher Ausdruck des aktuellen Beziehungsgeschehens im Vordergrund steht. Diese Haltung lässt sich nur schwer mit dem klientenzentrierten Ansatz vereinbaren, da es sich mehr um Körperarbeit auf dem Hintergrund der klientenzentrierten Theorie (Haefeli, 1995) handelt.

Überlegungen zum Umgang mit dem Körper im personzentrierten Ansatz stammen von Schmid (1994a), der mit seinen Ausführungen theoretische Grundlagen für eine ganzheitliche Betrachtungsweise und den Einbezug des Körpers in den psychotherapeutischen Prozess erarbeitet, aber kaum zu einer praktischen Integration kommt. Er plädiert dafür, den Körper in der personzentrierten Psychotherapie nicht länger zu vernachlässigen und stellt eine erstaunliche „Unbeholfenheit im Umgang mit dem Thema Körper im personzentrierten Kontext“ fest. „Je mehr wir über Psychologie, Medizin, Physiologie und Psychosomatik wissen, umso deutlicher wird, dass die Dichotomie Körper und Seele (oder die Trichotomie Körper-Seele-Geist) überholt ist“ (Schmid, 1994a). Der personzentrierte Ansatz stellt eine geeignete Basis für einen ganzheitlichen Umgang mit dem Menschen dar, ebenso wie die personzentrierte Beziehung eine Begegnung in Leiblichkeit

(Schmid, 1994a, nach Merleau-Ponty, 1942, 1945, 1964). Damit betrachtet er zwar den Menschen und den Körper unter dem Beziehungsaspekt, geht dann aber nicht so weit, diese theoretische Position explizit in konkrete Körperarbeit umzusetzen. Es scheint, dass er in seiner praktischen Auslegung lediglich zusätzlich zum verbalen den körperlichen Ausdruck und die Körpersprache aufgreift und den Körper nur als weiteres Ausdrucksmittel berücksichtigt. Damit objektiviert er den Körper und kommt nicht zu einer dialogischen personzentrierten Körperarbeit, wobei hier ein Stück dieser „Unbeholfenheit“ sichtbar wird, die in unserer körperfeindlichen westlichen Kultur und mangelnder „Körper-Selbst-Erfahrung“ (Schmid, 1994a) begründet liegt.

Die Integration konkreter Körperarbeit in einer klientenzentrierten Körperpsychotherapie geht auf Geiser und Juchli (vgl. Geiser, 1993, 1995, 1997a, b; Geiser et al., 2000; Geiser und Juchli, 1987; Juchli, 1993, 1995, 1997) zurück. Nach Schmid (1994a) stellt ihr Ansatz eine Kombination von „Gesprächspsychotherapie, Focusing und [neoreichianischer] Körperpsychotherapie“ (GFK) dar. Allerdings soll gezeigt werden, dass es nicht um eine Kombination geht, sondern vielmehr um eine ganzheitliche Betrachtung der Person und eine klientenzentrierte Körperpsychotherapie (vgl. Juchli, 1995). Auf ihren Ansatz stützt sich Wethkamp (1997), die in ihren Ausführungen einen Versuch unternimmt, die klientenzentrierte Körperpsychotherapie des GFK-Instituts zu beschreiben. Geiser und Juchli haben ihren Ansatz bisher zum größten Teil lediglich in Seminaren im Rahmen ihres Ausbildungsinstituts in Deutschland und der Schweiz weitergegeben oder ihre Arbeiten im Eigenverlag publiziert. Dadurch fehlt nach wie vor ein schriftlicher Diskurs ihres Ansatzes in der Fachwelt. Darüber hinaus fehlt die Integration ihrer Ausführungen im Kontext anderer theoretischer Konzeptionen. Beides wäre dringend erforderlich, wenn ihre wertvollen Beiträge entsprechende Beachtung in der Fachwelt finden sollen. Basierend auf ihrem Ansatz soll in diesem Aufsatz gezeigt werden, wie die konkrete dialogische Körperarbeit aus den bekannten klientenzentrierten Grundhaltungen hervorgeht.

## 2. Der Körper in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie

Wie an anderer Stelle ausgeführt (Schatz, 2000), sollte die Darstellung eines körperorientierten Ansatzes die in ihr behandelten Körperphänomene bzw. die ihr zugrundeliegenden Vorstellungen vom Körper explizit darlegen. Im folgenden sollen daher die Bedeutung des Körpers und der Körperarbeit in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie anhand der kürzlich beschriebenen sieben Kategorien zum Körpererleben (Schatz, 2000) diskutiert werden. Es wird gezeigt, wie sich die konkrete dialogische Körperarbeit aus den klientenzentrierten Grundannahmen ableitet und in die bestehenden theoretischen Konzeptionen einfügt, wobei die klientenzentrierte Körperpsychotherapie im Kontext der körperpsychotherapeutischen Hauptströmungen betrachtet wird.

Die sieben Kategorien des Körpererlebens, die hier kurz wiederholt werden, sind voneinander nicht scharf abzugrenzen und ergeben sich durch verschiedene Blickwinkel zum Körper. Die Perspektiven definieren Gruppen von Körperphänomenen, sodass mit jedem Perspektivenwechsel neue Körperphänomene zur bisherigen Betrachtung des Körpers hinzukommen bzw. bereits betrachtete Phänomene qualitativ neue Bedeutungen erhalten. Grundsätzlich können alle Phänomene gleichzeitig unter jeder Perspektive betrachtet werden.

- (1) Die medizinisch-biologische Perspektive betrachtet primär den „objektiven“ und den „objektivierbaren“ Körper, biologische und biochemische Elemente des Körpers, beobachtbares Verhalten, funktionelle und vorwiegend kausale Denkmodelle.
- (2) Die individuelle Perspektive betrachtet den „subjektiv“ erlebten und expressiven Körper, welcher subjektives Erleben zum Ausdruck bringen kann. Beide körperlichen Aspekte sind zu unterscheiden, da innerlich, subjektiv Erlebtes nicht notwendigerweise zu körperlichem Ausdruck führt, und nicht jeder körperliche Ausdruck ein subjektiv erlebtes Pendant besitzt.
- (3) Die räumliche Perspektive betrachtet den Körper und seine Bewegung

im Raum, Qualitäten, wie die Fortbewegung, die Raumwahrnehmung, das Erkunden des Raumes, die Bewegungslust u.a.

- (4) Die chronologische Perspektive betrachtet den Körper als Träger von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Damit sind neben dem Körpererleben in der Gegenwart Phänomene wie körperliche Erinnerung, körperliches Gedächtnis, körperliche Erfahrung und körperliche Lerngeschichte angesprochen.
- (5) Die relationale Perspektive betrachtet den Körper in Beziehung. Beziehung konstituiert sich unmittelbar körperlich. Sie drückt sich neben dem sprachlichen Bereich nicht nur in komplexen nonverbalen körper-sprachlichen Signalen aus und wird subjektiv von Körperphänomenen begleitet, sondern sie wird interaktiv und dialogisch körperlich erstellt.
- (6) Die autonome Perspektive betrachtet Prozesse des „Überlassens“. Ein autonomer Prozess entsteht, wenn eine Person körperliche Impulse und Bewegungen „entstehen lässt“ und bewusst auf deren Kontrolle verzichtet bzw. die Kontrolle über sie verliert. Dabei wird den Impulsen nachgegeben, die „von innen“ kommen. Erst die Qualität des Kontrollverzichts oder -verlustes kann zu einem körperlich autonomen Geschehen führen. Hier werden auch jene körperlichen Phänomene subsumiert, die üblicherweise mit Hilfe des Energie-Modells beschrieben werden.
- (7) Die kreative Perspektive betrachtet den Körper unter dem Blickwinkel seiner Kreativität. Das schöpferische, gestalterische und künstlerische Körpererleben wird unter dieser Kategorie subsumiert.

Als zentraler Wirkfaktor für den psychotherapeutischen Prozess wird im klientenzentrierten (personenzentrierten) Ansatz die Beziehung betrachtet (Pfeiffer, 1995; Sauer, 1993), in der das subjektive Erleben des Person radikal wichtig und ernst genommen wird (Keil, 1995). War es ursprünglich das „Beziehungsangebot des Therapeuten“ (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 11), ein „wachstumsförderndes Klima“ zur Entfaltung der Aktualisierungstendenz, das in den drei Grundhaltungen die „not-

wendigen und hinreichenden Bedingungen“ sah (Biermann-Ratjen et al., 1997, nach Rogers, 1951), wird nun zunehmend mehr die Beziehung und die Begegnung von Person zu Person in den Vordergrund gerückt (Pfeiffer, 1995; Rogers, 1961; Schmid, 1989, 1994b, 1998). Das Verständnis von Beziehung geht dabei über das ursprüngliche Verständnis des „Beziehungsangebots“ deutlich hinaus und betont den interaktionellen Aspekt des Geschehens (Pfeiffer, 1995; Schmid, 1998).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass der Körper unter der *relationalen* Perspektive den zentralen Ausgangspunkt für die klientenzentrierte Körperpsychotherapie darstellt, wie dies auch Schmid (1994a) theoretisch ausführt, wenn er die „Begegnung in Leiblichkeit“ aufgreift. Von der relationalen Perspektive ausgehend wird im körperlichen Dialog (vgl. Juchli, 1995) das subjektive Körpererleben ebenso ernst genommen wie das Erleben grundsätzlich. Das aktuelle Beziehungsgeschehen und das relationale körperliche Verständnis ist gegenüber den anderen Perspektiven maßgebend. Mit der körperlichen Berührung wird neben den ohnehin praktizierten Möglichkeiten der verbalen Berührung die körperliche Dimension berücksichtigt, und das sonst in der verbalen Therapie implizit vorhandene Körpergeschehen, die unmittelbare körperliche Beziehung und die körperliche Begegnung werden explizit in den psychotherapeutischen Prozess mit einbezogen (vgl. Juchli, 1995; Wethkamp, 1997). Berührung impliziert „berührt werden“ und „berühren“. Die körperliche Selbstexploration und die Symbolisierung körperlicher Vorgänge basieren auf der aktuellen Beziehung und dem relationalen Körperverständnis. Erleben und Erfahrung werden durch den Körper erst möglich und zeigen sich im Körpererleben und der Körpererfahrung in ihrer Unmittelbarkeit. Körperarbeit wird deshalb nicht nur als Option gesehen, sondern als integrierter Bestandteil der Beziehung im psychotherapeutischen Prozess (vgl. dazu auch Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997; Geiser et al., 2000).

In der klientenzentrierten Körperarbeit geht es nicht um funktionelles Arbeiten am oder mit einem Körper. Von einer Instrumentalisierung des Körpers wird Abstand genommen. Es kann nicht genug betont werden, dass Körperarbeit

## Travail corporel en thérapie centrée sur la personne

**Résumé** Au cours de ces dernières années on a enregistré un plus grand intérêt pour l'inclusion explicite du corps dans des approches thérapeutiques qui, jusque là, ne l'avaient que peu ou pas intégré. La thérapie par entretiens centrée sur la personne n'a jusqu'à maintenant que trop peu tenu compte du corps et de touchers concrets, que ce soit au niveau théorique ou au niveau pratique. Nous présentons un aperçu des ouvrages publiés, puis mettons en évidence l'importance que pourrait avoir le corps dans ce type d'approche en nous appuyant sur une classification du vécu corporel. Cette dernière décrit sept manières de percevoir le corps, auxquelles les différents courants de psychothérapie ont attribué plus ou moins d'importance. Il s'agit des points de vue suivants : somato-biologique, individuel, spatial, relationnel, chronologique, autonome et créatif. Chacun d'eux se centre sur des phénomènes corporels différents ; en procédant ainsi, on peut définir de manière plus différenciée la manière dont ils peuvent être intégrés dans la psychothérapie corporelle centrée sur la personne et démarquer cette dernière par rapport à d'autres types de thérapie corporelle.

Le travail corporel centré sur la personne est un travail fonctionnel incluant le corps soit de manière passive, soit de manière active. Il ne s'agit pas d'instrumentaliser celui-ci. Nous tenons à souligner que le travail avec ou sur le corps ne peut être un simple appendice, une simple technique ajoutée à l'approche centrée sur la personne ; il est part intégrante d'un abord holistique qui offre de nombreuses possibilités. La thérapie centrée sur la personne considère qu'en psychothérapie, le principal facteur efficace est la relation. Il est clair que sur cette base, le corps va être saisi dans une perspective relationnelle dans laquelle s'insérera le travail corporel. Le toucher physique vient s'ajouter au 'toucher verbal' qui fait déjà partie de la thérapie. Les aspects

corporels qui existent mais demeurent non-explicités dans la thérapie verbale, tout comme la relation et la rencontre corporelles directes sont explicitement inclus dans le processus psychothérapeutique. Ce n'est que sous l'angle de l'aspect relationnel que des manières spécifiques de concevoir le corps deviennent pertinentes du point de vue de la thérapie centrée sur la personne.

Les trois attitudes de base connues – congruence, acceptation et empathie – sont également indispensables au processus thérapeutique utilisant le travail corporel concret. L'accent placé sur la relation avec la personne implique inévitablement qu'il faille procéder de manière très prudente et prendre très au sérieux les 'frontières corporelles' de la thérapeute et du client. Priorité est accordée à un rapport spontané au corps (cf. Rogers, 1974). Comme dans la 'thérapie verbale', la thérapeute doit pouvoir fonder son travail sur sa propre résonance au client, afin qu'il lui devienne possible de développer une empathie corporelle avec ce dernier. Le manque d'expérience sur soi peut faire que cette technique soit mal comprise ou mal apprise.

Concernant le processus thérapeutique, il est indispensable que le thérapeute communique au client ce qu'il a perçu à travers sa propre capacité empathique. Il peut le faire soit verbalement, soit par le biais de la langue du corps. La résonance corporelle permet souvent de saisir avec plus de précision des aspects pré-verbaux qui peuvent ensuite être mieux communiqués en retour par le biais de l'expression corporelle. Dans ce sens, une séance purement 'verbale' n'a pas la même valeur par rapport aux phénomènes corporels. Ce qui ne signifie pas que le travail corporel est préférable au travail verbal. Il s'agit plutôt de prendre au sérieux ces deux possibilités et de les utiliser de manière très complète.

nicht einfach als Adjunkt, als (weitere) Technik im klientenzentrierten Ansatz beschrieben, sondern in ihren zahlreichen Möglichkeiten als Konsequenz eines ganzheitlichen „organismischen“ Verständnisses aufgefasst wird (vgl. auch Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997). Der Körper kommt weder zur psychotherapeutischen Arbeit hinzu, noch liegt „das Augenmerk nun auf dem Körper statt auf der Psyche“, noch wird „der Körper benutzt, [...] um mit ihm die Seele zu heilen“ (vgl. Schmid, 1998).

Mit der relationalen Sichtweise steht die klientenzentrierte Körperpsychotherapie in der Tradition der Linie von S. Ferenczi, allerdings ohne ihre psychoanalytische Ausprägung. Anders als in der analytischen Körperpsychotherapie wird Beziehung nicht als Mittel zum Zweck gesehen, sondern als die therapeutische Basis für das „Person-Sein“ und das subjektive Erleben und damit auch für das relationale „Körper-Sein“ und „Körper-Erleben“. Es werden keine Deutungen angeboten (Wethkamp, 1997), sondern es stehen Selbstexplora-

tion und subjektives Erleben im Vordergrund. Im Unterschied zur analytischen Körperpsychotherapie betont die klientenzentrierte Körperpsychotherapie das aktuelle körperliche Beziehungsgeschehen (vgl. Juchli, 1995; Geiser, 1997b).

Das klientenzentrierte erlebensorientierte Focusing-Modell (für eine Literaturübersicht vgl. Geuter, 1998), das Körperphänomene der *individualen* Perspektive zum Gegenstand macht, geht auf Gendlin zurück und stellt eine umfassende „phänomenologisch-prozessorientierte Theorie des Erlebens und Veränderung“ dar (Korbei und Wiltschko, 1994). Der Wert des Focusing in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie ist unbestritten, bedarf aber der Ergänzung durch weitere Modelle, um Körperphänomene in die Körperpsychotherapie zu integrieren, welche im Focusing-Modell nicht behandelt werden können. Es beschäftigt sich mit dem Erleben des Person, bleibt aber auf „einen Bereich des Umgangs mit dem Körper, nämlich als Informationsquelle“ (Juchli und Wiltschko, 1982; Schmid, 1994a)

und auf Fragen der Symbolisierung beschränkt. Damit führt dieses Modell nicht zu konkreter dialogischer Körperarbeit und zur Arbeit mit Berührung im therapeutischen Prozess. Seine Anwendbarkeit ist im Bereich autonomer Körperprozesse über weite Strecken unmöglich, da das „Focussieren“ den autonomen Vorgängen konträr entgegensteht.

Die *chronologische* Perspektive wird berücksichtigt, wenn es um Körpererinnerungen und Körpererfahrung geht. Anders als in der analytischen Psychoanalyse ist die klientenzentrierte Körperpsychotherapie nicht primär retrospektiv. In der organismischen Aktualisierungstendenz werden aktuelle und „zukünftige“ Körperphänomene betrachtet, weshalb eine Differenzierung zwischen nonverbal und zeitlich präverbal notwendig wird. Die *räumliche* Perspektive spielt anders als in der bewegungsorientierten Strömung eine untergeordnete Rolle, die *kreative* Perspektive wird zum Teil berücksichtigt, beispielsweise wenn in Zeichnungen mit Körperbezug gearbeitet wird. Auch

andere kreative Formen sind in diesem Bereich denkbar, aber noch wenig in Theorie und Praxis integriert. Die *medizinisch-biologische* Perspektive des Körpers ist im klinischen Bereich von grundlegender Bedeutung. Ihr Stellenwert in der theoretischen Konzeption der klientenzentrierten Körperpsychotherapie wurde bisher kaum explizit diskutiert. Sie stellt eine besondere Herausforderung für Theorie und Praxis dar, da die Hinzunahme dieser Perspektive letztlich zur Frage nach einem ganzheitlichen Modell des „psychosomatischen“ Erlebens und seiner relationalen Bedeutung führt.

Für Phänomene der *autonomen* Perspektive fehlt, wie in den anderen Verfahren auch, nach wie vor eine allgemein gültige Begrifflichkeit, weshalb sehr schnell der umstrittene Begriff „Energie“ verwendet wird. Autonome Körperprozesse finden, basierend auf einem relationalen Körperverständnis, Eingang in die klientenzentrierte Körperarbeit (vgl. Juchli, 1995; Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997). Betrachtet man den autonomen Prozess des Lachens, z.B. wenn sich Freude spontan in diesem körperlichen Prozess ausdrückt, verfügen wir noch eher über eine anerkannte Begrifflichkeit als bei sich ausbreitenden muskulären Zuckungen. In der klientenzentrierten Körperpsychotherapie spielen, anders als in der energetischen Strömung, nicht Deutungen, Bewertungen oder Übungen zum „Brechen von Blockaden“ eine Rolle (Wethkamp, 1997), sondern das relationale Verständnis, das sich in den Grundhaltungen des Wertschätzens, der Empathie und Kongruenz widerspiegelt. Eine sachliche Auseinandersetzung mit autonomen Phänomenen und deren empirische Untersuchung ist dringend erforderlich, da sie in vielen körperorientierten Verfahren von Bedeutung sind.

Mit diesen Ausführungen soll keinesfalls gesagt werden, dass Körperarbeit mit und ohne Berührung in einer Sitzung erfolgen müsse, überwiegend erfolge oder gegenüber der Sprache der Vorzug zu geben sei. Wird die Arbeit mit dem Körper ausgeklammert, bleibt eine grundlegende, existenzielle Dimension menschlichen Erlebens außer acht. Da in diesem Beitrag besonders die Betonung auf der klientenzentrierten Körperarbeit liegt, kann sehr leicht ein verzerrtes Bild von Körperpsychotherapie entstehen. Die Erörterungen dürfen keinesfalls als

Gewichtung im Sinne einer Bevorzugung von Körperarbeit gegenüber verbaler Sprache missverstanden werden. Sprache und Körperarbeit sind wechselseitig miteinander verknüpft, und die körperliche Dimension ist immer eingebettet in die verbale Sprache. Insofern grenzt sich die klientenzentrierte Körperpsychotherapie von den Körpertherapien ab (vgl. Wethkamp, 1997).

Die organismische Aktualisierungstendenz und die Relationalität beinhalten die körperliche Dimension (vgl. Schmid, 1994a; Wethkamp, 1997). Entwicklung und konstruktive Veränderung in dieser Dimension sind nur dort möglich, wo dem Körper in der Therapie Rechnung getragen wird, und nur so kann es zu einer Neuorganisation von Körperschemata und Körpermustern kommen. Diese Feststellung begründet kein neues Axiom der klientenzentrierten Psychotherapie, sondern berücksichtigt konsequenterweise die körperliche Dimension des Erlebens. „Eine Psychotherapie, die der Körperlichkeit des Menschen nicht umfassend gerecht wird, greift ebenso zu kurz wie eine Körpertherapie, die im Seelischen nur Folgeerscheinungen des Körperlichen sieht“ (Schmid, 1994a). Entwicklungsfortschritt im Sinne der körperlichen Aktualisierung ist nur dort möglich, wo die klientenzentrierten Grundhaltungen körperlich berücksichtigt werden. Wie für die Grundhaltungen ganz allgemein gilt auch hier, dass es nicht um die Anwendung von Methoden gehen darf, sondern Haltungen maßgebend sind, die interaktionell im therapeutischen Prozess erarbeitet werden (vgl. Geiser, 1997b; Geiser et al., 2000). Aus diesem Grund bildet die Selbsterfahrung in der Körperarbeit einen unerlässlichen Bestandteil (Geiser, 1997b; Juchli, 1995), ohne den die Vermittlung der körperlichen Dimension der Grundhaltungen nur theoretisch bleibt und schwer in den therapeutischen Prozess zu integrieren ist. Die fehlende Selbsterfahrung scheint der Grund zu sein, warum die körperliche Dimension in der klientenzentrierten Psychotherapie in weiten Bereichen noch nicht integriert wurde.

### 3. Die Grundhaltungen in der Körperarbeit

In diesem Abschnitt soll die Bedeutung der hinlänglich bekannten Grundhal-

tungen Kongruenz, Akzeptanz, Empathie für die Körperarbeit erörtert werden, die die Bedingungen für einen „Erlebensprozess darstellen, der zu positiver persönlicher Veränderung führt“ (Keil, 1995; vgl. auch Biermann-Ratjen, 1997; Schmid, 1989). Mit der klientenzentrierten Haltung soll besonders zum Ausdruck gebracht werden, wie behutsam in der Therapie mit körperlicher Berührung umgegangen wird und wie ernst Grenzen des Therapeuten und des Klienten zu nehmen sind. Um „spontan im Umgang mit dem Körper“ (Rogers, 1974) sein zu können, ist genügend Körpererfahrung und Zugang zum eigenen Körpererleben erforderlich. Dies gilt allgemein für alle Bereiche des subjektiven Erlebens und insbesondere für die in unserer Kultur wenig berücksichtigte Ebene des Körpererlebens und der Körpererfahrung. Wie in der „verbalen Therapie“ ist der Therapeut auch bei der Körperarbeit auf das Erleben seiner eigenen „Resonanz“ (vgl. Geiser, 1997b) zum Klienten angewiesen, damit auf körperlicher Ebene ein „kongruentes persönliches Sich-Einlassen auf den anderen“ (Keil, 1995) möglich ist. Mangelnde Eigenerfahrung führt rasch zum „Missverständnis“ der „rezeptartigen erlernbaren Technik“ (vgl. dazu Schmid, 1989).

#### Kongruenz

Unter Kongruenz versteht man „Echtheit, Wahrhaftigkeit oder Authentizität“ (vgl. Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 26; Schmid, 1989, S. 122). Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass der Therapeut sich als die Person zeigt, die er „tatsächlich in der Beziehung ist“ (Schmid, 1989). Sie steht einer fassadenhaften Haltung entgegen. Um in der Körperarbeit kongruent sein zu können, muss der Therapeut seinen eigenen Körper wahrnehmen und mit seinem Körpererleben in Kontakt sein (vgl. Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997). Nur so kann er authentisch im Körperdialog und echt in seinen körperlichen Rückmeldungen sein. Bei der Körperarbeit ist der Therapeut wie im Verbalen „persönlich und aufrichtig an der Beziehung beteiligt, in Übereinstimmung mit sich selbst, spontan, offen“ (Schmid, 1989). Er versucht sein Körpererleben und seine Körpergefühle zu „zeigen, statt sie zu verbergen und etwas ‚vorzuspielen‘“ (Schmid, 1989). Berührung wird schnell zur Fas-

sade und erscheint instrumentalisiert, wo sie nicht in die aktuelle Beziehung eingebettet ist (vgl. auch Juchli, 1995; Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997). Kongruenz bedeutet, Empfindungen, Berührungs- und Bewegungsimpulsen Raum zu geben. So können beispielsweise während der Körperarbeit aus erforschenden Berührungen feste Berührungen oder Bewegungen werden, die der Therapeut dem Klienten gegenüber ausdrückt. Der Klient lernt dabei selbst, kongruent zu sein, seine Empfindungen und Impulse unmittelbar auszudrücken und seinem Körpererleben unmittelbar Ausdruck zu verleihen. So kann Trauer und Weinen des Klienten beim Therapeuten die unterschiedlichsten Körperimpulse und -empfindungen auslösen, beispielsweise ein Bewegungsimpuls weg vom Klienten oder ein Impuls „ruhig zu verweilen“. Es kann aber auch ein Bewegungsimpuls zum Klienten hin, ein schwacher Berührungsimpuls oder ein Umarmungsimpuls sein. Es gibt eine Vielzahl von Resonanzen, die aus der aktuellen Beziehung im Therapeuten entstehen und sich in einem körperlichen Dialog zeigen können (vgl. Juchli, 1995; Geiser, 1997b). Der Therapeut ist sich selbst gegenüber offen und dem Klienten gegenüber offen (vgl. auch Wethkamp, 1997). Körperliche Kongruenz entspricht der von Rogers (1961) formulierten „akkuraten Übereinstimmung von Erfahrung und Bewusstheit“ in ständigem inneren körperlichen Dialog (vgl. Schmid, 1989). Die Frage, ob man alles tun soll, was an Berührungsimpulsen und Bewegungsimpulsen im Therapeuten entsteht, entspricht demselben Missverständnis von Authentizität wie auf verbaler Ebene und hat zum Begriff „selektive Echtheit“ geführt. „Was immer ich sage, soll echt sein; aber nicht alles, was echt ist, muss ausgesprochen werden“ (Schmid, 1989, nach Cohn, 1971). In gleicher Weise lässt sich formulieren: Was immer ich auch tue, wie ich berühre oder mich bewege, soll echt sein. Aber nicht alles, was echt ist, muss getan oder in Bewegung und Berührung umgesetzt werden. Kongruenz achtet insbesondere auf das Maß an Berührung und das „Wieviel“ an körperlicher Nähe (vgl. Wethkamp, 1997).

### Akzeptanz

In der Therapie geht es um die Erlebenswelt und den Bezugsrahmen des Klienten

und nicht um die eigenen Sichtweisen und Werthaltungen des Therapeuten. Die wertschätzende Anteilnahme drückt sich in „unbedingter Wertschätzung“ (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 21), „einer bedingungslosen und positiven Zuwendung“ aus (vgl. Schmid, 1989). Diese Haltung der „bedingungslosen“ und „vorurteilsfreien“ Zuwendung nimmt Abschied von körpertherapeutischen Vorstellungen, Psychotherapeuten seien Experten, die im Grunde mehr Ahnung haben als der Betroffene selbst (vgl. Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997; Geiser et al., 2000) und von Vorstellungen der „expertenzentrierten Machbarkeit“ (vgl. auch Keil, 1995).

Die wertschätzende Anteilnahme drückt sich in der konkreten Körperarbeit in vielerlei Hinsicht aus (vgl. auch Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997). Der Klient bestimmt, welche Aspekte seines Körpererlebens für ihn bedeutsam sind, wie er sie erlebt, und welche er einbringen möchte. Er bestimmt vor allem auch, ob, wo und wann er berührt werden oder berühren möchte. Keinesfalls kann der Therapeut für den Klienten „besser wissen“, was für ihn hilfreich, nützlich und bedeutsam ist oder fachmännisch „Blockaden“ oder „tiefere Schichten“ behandeln, deren sich der Klient nur noch nicht bewusst sei. Ein nicht-Akzeptieren von Körpererfahrungen, Körperempfindungen, Körper(„ein“)stellungen bringt die Haltung eines Experten, der „es“ besser weiß, zum Ausdruck und steht konträr zum klientenzentrierten Ansatz (vgl. auch Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997). Vorurteilsfreiheit nimmt auch Abstand von neoreichianischen, vorgefertigten Vorstellungen von „objektiven“ Bedeutungszuschreibungen körperlicher Vorgänge oder Annahmen eines „idealen Körpers“ oder Modellen zur Lokalisation bestimmter Gefühle in bestimmten Körperbereichen, wie zum Beispiel Aggression im Schulterbereich u.a. (vgl. Wethkamp, 1997). Vielmehr bedeutet Akzeptanz, den Klienten mit seinem Körper, in seinem Körpererleben und seinem Körperprozess wertzuschätzen und die Bedeutungsverleihung oder Interpretation beim Klienten zu belassen (vgl. Wethkamp, 1997). Insofern grenzt sich die klientenzentrierte Körperpsychotherapie von der analytischen Körperpsychotherapie mit deren Vorstellung der Körperabwehr ab (vgl. Schatz, 2000).

Der Klient soll sich mit seinem Körper auseinandersetzen können und nicht mit Annahmen vom Therapeuten über den Körper. Wie im verbalen Arbeiten ist eine Haltung von Interesse am anderen im körperlichen Dialog maßgebend, eine unbedingte Wertschätzung seines körperlichen Erlebens und seiner körperlicher Erfahrung. Es geht um die Wahrnehmung des subjektiven Körpererlebens im Bezugsrahmen der KlientInnen, den der Therapeut respektvoll kennenlernen möchte (vgl. auch Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997).

### Empathie

Die dritte Haltung wird als „Empathie“, (vgl. Biermann-Ratjen, 1997, S. 15), „einfühlende, teilnehmende Einstellung“ (Schmid, 1989) bezeichnet. Unter Empathie versteht Rogers (1959, in Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 15): „Der Zustand der Einfühlung oder des sich Einfühlens besteht darin, den inneren Bezugsrahmen eines anderen genau wahrzunehmen unter Einschluss der zugehörigen gefühlsmäßigen Komponenten und Bedeutungen, so als ob man selbst der andere wäre, ohne aber jemals den als-ob-Zustand zu verlassen.“ „Dabei werden sowohl die Gefühle und Empfindungen des Gesprächspartners wie auch die inneren, persönlichen Bedeutungszusammenhänge dessen, was er wahrnimmt, und dessen, was gerade noch knapp unter seiner Bewusstseinschwelle liegt, gespürt und aus seinem inneren Bezugsrahmen heraus zur Sprache gebracht (verbalisiert)“ (Schmid, 1989). Auf die Körperpsychotherapie und die Körperarbeit bezogen drücken wir analog aus, dass Körperempfindungen und Berührungs- und Bewegungsimpulse des Klienten wie auch die inneren, persönlichen Bedeutungszusammenhänge dessen, was er wahrnimmt, und dessen, was gerade noch knapp unter seiner Wahrnehmungsschwelle liegt, gespürt und aus seinem inneren Bezugsrahmen heraus zur „Körpersprache“ und verbalen Sprache gebracht wird. Wie in der verbalen Ebene gibt es analog ein einführendes körperliches Verstehen durch das Körpererleben des Therapeuten (vgl. dazu Juchli, 1995; Geiser, 1997b; Wethkamp, 1997; Geiser et al., 2000). Die körperliche Resonanz (Geiser, 1997b) spielt hier eine große Rolle. Der Therapeut lässt körperliche Reaktionen in sich entstehen und

nimmt diese wahr. Auch hier geht es um ein „Mitschwingen“, ein Berührtwerden und Berührtsein im konkreten Sinn, wobei die Qualität des „als ob“ nicht verloren werden darf (vgl. Geiser, 1997b). Bei der Körperarbeit geht es um eine Arbeit mit Interesse am anderen Körper, um ein interessiertes verstehendes Hinschauen, Hinspüren, Berühren, Bewegen u.v.m. Es geht um den Bezugsrahmen des Klienten, was bedeutet, nicht weiterzugehen, als er im gegebenen Augenblick gehen kann. Der Klient bestimmt das eigene Tempo und die Richtung der Arbeit.

Für den therapeutischen Prozess ist es unerlässlich, dass die TherapeutIn das empathisch Wahrgenommene der KlientIn mitteilt. Diese Mitteilung kann sowohl verbal als auch auf körpersprachlicher Ebene erfolgen. Gerade vorsprachliche Inhalte lassen sich mit körperlicher Resonanz oft viel genauer verstehen und körperlich oft genauer rückmelden als nur auf sprachlicher Ebene. Insofern kann eine rein „verbale“ Sitzung dem körperlichen Verstehen und der adäquaten körperlichen Rückmeldung nur mangelhaft nachkommen. Mit dieser Feststellung soll keinesfalls der Körperarbeit ein Vorzug gegenüber der verbalen Sprache gegeben werden. Es geht vielmehr darum, die verbale Sprache und die körperliche Dimension des Menschen umfassend ernst zu nehmen.

## Resümee

Die klientenzentrierte Körperpsychotherapie stellt eine Erweiterung der bisherigen Verfahren dar, indem die körperliche Dimension des Erlebens explizit berücksichtigt wird. Die Integration des Körpers und der Körperarbeit in die psychotherapeutischen Arbeit ist in das organismische Grundverständnis der klientenzentrierten Psychotherapie eingebettet und lässt sich aus den klientenzentrierten Grundannahmen ableiten. Mit Hilfe der beschreibenden Kategorien des Körpererlebens konnte die klientenzentrierte Körperpsychotherapie im Kontext körperpsychotherapeutischer Hauptströmungen differenziert dargestellt werden. Die Integration des Körpers in eine bio-psycho-soziale Betrachtung und die Grenzen des kausal empirischen Vorgehens stellen eine große Herausforderung für zukünftige Modelle der Körperpsychotherapie und die Körperpsychotherapieforschung dar.

**Danksagungen.** Ich danke Ulf Geuter für seine kritischen Bemerkungen, Ernst Juchli und Christiane Geiser für ihre fachliche Hilfe und ihre wertvollen Beiträge zu dieser Arbeit. Ein weiterer Dank gilt Nicola Janecke für die Durchsicht des Manuskripts und ihre konstruktive Kritik.

## Autor

MMag. Dr. Dieter Schatz, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut; Forschungsassistent auf der Gedächtnisambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck; Therapeutischer Leiter des Therapie- und Förderzentrum „Die Eule“, Innsbruck; Ambulante Hilfe für autistische, entwicklungsverzögerte, teilleistungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen; Klientenzentrierter Körperpsychotherapeut in freier Praxis.

## Literatur

- Biermann-Ratjen E, Eckert J, Schwartz, HJ (1997) Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. 8. überarb. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Esser P (1988) Patientenzentrierte Körperarbeit: Entspannungs- und Wahrnehmungsübungen bei Infarktpatienten-Gruppen. In: GwG (Hrsg) Orientierung an der Person. Bd I: Diesseits von Psychotherapie. GwG, Köln, S 111–117
- Flamm R (1979) Raus aus der Grauzone – rein in die Gegensätze! Einige Bemerkungen zum Arbeiten mit Gesprächs-, Gestalt- und Körpertherapie. GwG Info 37: 9–12
- Geiser C, Juchli E (1987) Das zyklische Energiemodell und Focusing. Focusing Informationen 1/2: 2–16
- Geiser C (1993) Das Selbst. Ein Ausbildungstext. GfK Texte (GfK Ausbildungsinstitut, Wil, Schweiz, Eigendruck) 1: 33–50
- Geiser C (1995) Die Bindungsarten – eine personenzentrierte Übertragungstheorie. GfK Texte (GfK Ausbildungsinstitut, Wil, Schweiz, Eigendruck) 2: 39–49
- Geiser C (1997a) Die Relevanz des Selbstkonzeptes für die Arbeit mit dem Körper. GfK Texte (GfK Ausbildungsinstitut, Wil, Schweiz, Eigendruck) 3: 20–27
- Geiser C (1997b) Taking the risk of being fully alive – personal comments on working and training on the small edge between doing and being. IV. International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, Lissabon
- Geiser C, Juchli E, Schlünder U (2000) Lebendiges Theoretisieren. Ein Dialog zur personenzentrierten Körperpsychotherapie. GfK Selbstverlag, Wil

- Geuter U (1998) Bibliographie – deutschsprachige Literatur zur Körperpsychotherapie. Simon und Leuter, Berlin
- Haefeli R (1995) Erfahrungen mit dem Einbezug des Körpers in der personenzentrierten Psychotherapie. Brennpunkt 63: 4–12
- Haefeli R (1996) Der Körper in der personenzentrierten Psychotherapie – eine Literaturübersicht. Brennpunkt 67: 52–63
- Heinerth K (1981) Die Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie und die Schreithherapie von Daniel Casriel (New Identity Process). Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 26: 121–126
- Juchli E (1993) Zur Theoriebildung und zu den Modellen Im GfK. GfK Texte (GfK Ausbildungsinstitut, Wil, Schweiz, Eigendruck) 1: 9–13
- Juchli E (1995) Gedanken um die Körperpsychotherapie. In: Bürckstümmer E, Burmeister J, Winkler G, Wuerthner K (Hrsg) Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen. Roderer, Regensburg
- Juchli E (1997) Handwerkskiste für die Körpertherapie am GfK. GfK Texte (GfK Ausbildungsinstitut, Wil, Schweiz, Eigendruck) 3: 46–50
- Juchli E, Wiltshko J (1982) Anmerkungen zur Theorie und Praxis von Focusing und Psychotherapie. Materialien zur 2. Int. Focusing Sommerschule, International Focusing Network München
- Keil W (1995) Grundeinstellungen und differentielle Interaktion – Wirkfaktoren der Personenzentrierten Psychotherapie. Personenzentriert 2: 7–27
- Korbei L, Wiltshko J (1994) Focusing. In: Stumm G, Wirth B (Hrsg) Psychotherapie – Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Falter, Wien
- Müller-Braunschweig H (1997) Zur gegenwärtigen Situation der körperbezogenen Psychotherapie. Psychotherapeut 3: 132–144
- Pfeiffer WM (1987) Überlegungen zu einer patientenzentrierten Körperpsychotherapie. GwG Zeitschrift 67: 45–47
- Pfeiffer MW (1995) Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. GwG-Zeitschrift März: 27–31
- Preuss S (1988) Sprache, Gestaltung, Bewegung. Für ein ganzheitliches Handlungsspektrum in der personenzentrierten Psychotherapie. In: GwG (Hrsg), Orientierung an der Person. Bd II: Jenseits von Psychotherapie. 7. Symposium der GwG vom 10.–12. Oktober 1986 in Köln. GwG, Köln, S 284–294
- Rogers CR (1961) On becoming a person. Mifflin, Boston. Dt: Entwicklung der Persönlichkeit (1973). Klett, Stuttgart
- Rogers CR (1974) Interview with Gloria. In: Burton A (ed) Operational theories of personality. Brunner/Mazel, New York, pp 237–354. Dt: Gespräch mit Gloria, in: Rogers 1977, S 142–161

- Sauer J (1993) Zur Wirksamkeit Personenzentrierter Psychotherapie. *Psychother Forum* 1/2: 67–80
- Schatz DS (2002) Klassifikation des Körpererlebens und körperpsychotherapeutische Hauptströmungen. *Psychotherapeut* (in Druck)
- Schmid PF (1989) Personale Begegnung: der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. Echter, Würzburg
- Schmid PF (1994a) Leibhaftige Begegnung: Der Körper im personenzentrierten Ansatz. *APG-Kontakte* 2: 51–82
- Schmid PF (1994b) Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd I: Solidarität und Autonomie. Edition Humanistische Psychologie, Köln, S 190–193
- Schmid PF (1998) State of the art personenzentrierten Handelns als Vermächtnis und Herausforderung. *Person* 1: 15–23
- Spielhofer H (1996) Körpererfahrungen sind Beziehungserfahrungen. Eine Replik auf Johannes Wiltschko „Wandel beginnt im Körper“. *Personzentriert* 2: 46–62
- Wethkamp B (1997) Eine praxisorientierte Einführung in die personenzentrierte Körperpsychotherapie. In: Moshagen DH (Hrsg) *Personzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen*. Asanger, Heidelberg