

Körper-Psycho-Therapie 1920 bis 2002 - Von der individuellen Bewegungsarbeit zur wissenschaftlich evaluierten Dienstleistung*

Ulfried Geuter

Zusammenfassung

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

Summary

In the first part of his paper, the author delineates aspects of the historical development which, within the context of parallel events in the arts, led to the creation of a body-oriented psychotherapy utilizing the clients personal experiences. The author then turns to the professionalization required today, examines the criteria proposed for a scientific evaluation of body-oriented psychotherapy, and shows what this type of therapy has to offer as theory and as a therapeutic approach. He criticizes the preponderance of efforts to measure effectiveness as required for scientific evaluation, as well as the use of the term "psychotherapeutic methods". The „enhancement of experiential depth“, he argues, should be recognized as a salient factor in assessing the effectiveness of psychotherapy.

Ein Kollege und ich, beide wissenschaftliche Assistenten an der Universität, und seine Frau saßen erwartungsvoll im Wohnzimmer. Es war Ende der 70er-Jahre, wir waren offen für alles Neue. Wir erwarteten eine Frau, die irgendetwas mit Körperarbeit machen sollte, das wir nicht kannten. Sie kam, wir lagen auf dem Boden, sie legte hier die Hand auf, schob dort ein bisschen etwas und sagte mir, ich sollte meine Einlagen wegwerfen, die ich damals noch trug. Ich spürte, wie sich mein Fuß entkrampfte, als sie irgendetwas Minimales an meinem Schulterblatt machte. Der Orthopädieprofessor, bei dem ich wenige Tage später wegen meiner Einlagen einen Termin hatte, meinte zu dieser Erfahrung: „Das kann nicht sein. Etwas, das oben im Rücken ist, kann keine Wirkung auf die Füße haben, allenfalls umgekehrt.“

Später saßen wir oft im Arbeitsraum dieser Frau auf Holzhockern, entdeckten unsere Sitzhocker, lagen auf Besenstielen und ließen uns auf die Wirbelsäule sinken, gingen umher und spürten in die Fußsohlen. Das war meine erste Erfahrung in Körperarbeit vor etwa 25 Jahren. Meine erste Körperlehrerin habe ich seitdem nicht mehr gesehen und es war mir eine besondere Freude, als ich das Programm zu dieser Tagung hier bekam, sie als Referentin wiederzufinden: Marianne Haag, die mittlerweile in der Schweiz lebt. Mein Kollege beherbergte damals einen Schizophrenen in dem Glauben, dass gemeinsames Wohnen und Zuwendung ihn heilen. Alles Mögliche wurde seinerzeit ausprobiert, um Alternativen zur herrschenden Psychiatrie und Psychotherapie zu finden.

* Vortrag auf der Internationalen Fachtagung des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT e.V.) am 14.11.2002 in Berlin; leicht überarbeitete Fassung des Manuskriptes. Für die Drucklegung wurden Zwischenüberschriften ergänzt.

Wunderbarerweise wussten wir damals immer, was wir von allem zu halten hatten, auch wenn wir kaum etwas wussten. „Anything goes“ von Paul Feyerabend, dieses neue Motto aus der Wissenschaftstheorie, nahmen wir in unserem Feld in und nach der Studentenbewegung so wörtlich wie Bill Gates in seinem Feld deren Losung „Kreativität an die Macht“. Wir konnten uns zunächst bestätigt fühlen, dass Kreativität gefragt war: Das „Handbuch der Psychotherapie“ des amerikanischen Psychologieprofessors Raymond Corsini verzeichnete 1981 70 Therapieansätze. Ein Buch, das Klaus Grawe und andere Professoren der Klinischen Psychologie in Deutschland 1982 herausgaben, nannte 28 Therapieverfahren - das war als Begrenzung gedacht, weil das Buch dem Wildwuchs entgegentreten wollte (Kriz, 2000, S. 44).

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

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Grundüberzeugungen aller Psychotherapeuten von erfahrener Wirklichkeit geprägt sind und dass vorwissenschaftliche Erfahrungen ausschlaggebend sind für das, was Praktiker und Wissenschaftler für eine wirksame, hilfreiche Psychotherapie halten und was sie als Wissenschaft ansehen, auch wenn ihre jeweiligen Überzeugungen mit rationalen Argumenten vorgetragen

werden.¹ Wie diese Erfahrungen zu Entscheidungen darüber führen, womit sich jemand zum Beispiel in der Forschung befasst und womit nicht, wird aus dem wissenschaftlichen Diskurs ausgeblendet.

Ich habe mit meiner eigenen Erfahrung aus der Gindler-Arbeit aus einem weiteren Grund begonnen. Die Entwicklung „von der individuellen Bewegungsarbeit zur wissenschaftlich evaluierten Dienstleistung,“ über die ich heute spreche, möchte ich um den Begriff der Erfahrung zentrieren. Ich werde Ihnen dazu einiges zur Geschichte unseres Feldes erzählen und dann darauf eingehen, wie heute in Zeiten der so genannten Evaluation ein Begriff von Wissenschaft sich zu behaupten versucht, der den Begriff der Erfahrung selbst angreift. Und ich werde dafür plädieren, die Tradition des Erfahrungswissens gegen diesen Begriff von Wissenschaft zu verteidigen. Die Veranstalter hatten mich gebeten, den Bogen von 1920 bis 2002 zu spannen - gewiss keine leichte Aufgabe, in einer Stunde 80 Jahre Geschichte zu durchschreiten. Da einige von Ihnen meinen Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie gehört haben, möchte ich das damals zur Geschichte Gesagte nicht einfach wiederholen (Geuter 2000a). Aber ich werde in die Geschichte noch einmal hineingehen und sie etwas anders beleuchten. Die Wissenschaftler unter Ihnen mögen mir verzeihen, wenn ich dies im Stil des Feuilletonisten tue. Aber manchmal öffnet einem ja das Feuilleton mehr den Blick für die Wirklichkeit als der Wissenschaftsteil.

Hungern nach Erfahrung

Sie alle kommen als Konzentrierte Bewegungstherapeuten aus einer Tradition, die die individuelle Erfahrung betont. In dieser Tradition wird dazu ermuntert, dem zu trauen, was wir mit unserem Körper spüren, bemerken, ertasten, erkunden. Diese Tradition entstammt einer Zeit, die ähnlich bewegt war wie die Zeit, aus der mein Eingangsbeispiel stammt. Es ist die Zeit zahlreicher Reformbewegungen in

¹ Aus der Sicht meiner persönlichen Erfahrungen habe ich diese Ansicht an anderer Stelle dargestellt (Geuter 2002).

Landwirtschaft, Ernährung, Lebenskultur und Kunst. Schauen wir zurück. Berlin, Anfang des Jahrhunderts. 1901 wird in Steglitz, damals ein Vorort, heute ein Stadtteil von Berlin, die Urzelle der Wandervogelbewegung, der deutschen Jugendbewegung, gegründet: hinaus in die Wälder, mit kurzen Hosen, die Hemden mit offenen Schillerkragen statt Stehkragen, die Klampfe auf den Schultern - das war auch ein neues Körpererleben und Selbsterleben. Ebenfalls 1901 öffnet am Halensee das erste deutsche Nacktbad, ein paar Jahre später hier am Wannensee das große Strandbad - öffentlich zu baden war damals ein Akt der Freiheit. 1904 eröffnet die Tänzerin Isadora Duncan im Grunewald eine Rhythmus-Schule. 1905 kommen die Reformkleider der Frauen auf, die leichte luftige vom Schnürkorsett befreite Kleidung. 1906 bringt Max Reinhardt das 15 Jahre nicht aufgeführte Skandalstück „Frühlings-Erwachen“ von Frank Wedekind, das von den Nöten jugendlicher Sexualität handelt, in Berlin erstmals auf die Bühne. 1914 führt Mary Wigman hier den ersten Ausdruckstanz in der Öffentlichkeit auf. Ab 1916 tritt die Tänzerin Valeska Gert in Berlin auf, von der der wunderbare Satz überliefert ist: „Der Körper ist nicht dazu da, dass man mit ihm quasselt. Wer nichts Wesentliches zu sagen hat, soll lieber den Körper halten.“

1910 begann Elsa Gindler im „Seminar für Harmonische Gymnastik“ von Hedwig Kallmeyer zu arbeiten, einer Atem- und Gymnastiklehrerin in Berlin-Steglitz (v. Steinaecker 1998, 2000). 1917 gründete Gindler ein eigenes „Seminar für Harmonische Körperausbildung.“ In Berlin lebte später auch Gertrud Falke Heller. Sie war Tanzschülerin bei Mary Wigman und nahm seit den 30er-Jahren zunächst an Kursen von Gindlers Schülerin Elfriede Hengstenberg, später bei Gindler selbst teil (Heller 1995; Wintel 1998). Sie alle wissen, dass von hier über Helmuth Stolze die Geschichte zur KBT führt.

Ich möchte Sie nun nicht mit etwas langweilen, das Sie ohnehin kennen. Aber ich möchte etwas von der Atmosphäre dieser Zeit vermitteln, das uns die besondere Tradition der Körperpsychotherapie und ihre Schwierigkeiten heute vielleicht besser

verstehen lässt. Die Zeit der „individuellen Bewegungsarbeit“, die 20er-Jahre, in denen Gindler wirkte und auch Wigman, deren Schülerinnen die Tanztherapie begründeten, war eine Zeit des Hungerns nach Erfahrung. Lassen Sie mich dies an den Werken der Literatur verdeutlichen. Um die Jahrhundertwende, in der Literatur des Naturalismus und Impressionismus, war das Scheitern ein großes Thema geworden (Geuter 1986): Scheitern an der Entwicklung, an der Reifung, an sich selbst - anders als noch beim Werther, der an Standesschranken scheiterte, die der Liebe gesetzt wurden. Während im Bildungsroman der Goethe-Zeit der Mensch an seinen Erfahrungen reifen konnte, verzweifelte er nun am Leben. Die Menschen kreisten um ihr jugendliches Ich auf der Suche nach Orientierung. Reifes Alter war kein Lebensziel mehr. Wir finden das bei Hauptmann, Wedekind, Halbe, Zweig, Musil oder Hesse. 1922 aber schrieb Hesse Siddharta: Sinneslust führt hier zur Verwandlung und die Kurtisane lehrt zu leben. Die expressionistische Literatur, wie bei Benn, Döblin und Kaiser, die in oder bei Berlin lebten, zeigte seit dem Ersten Weltkrieg ein Individuum, das zwar leidet, aber seine Fesseln abstreift. Dieser Mensch rebelliert, fordert Wahrhaftigkeit, findet Wahrheit in seinem inneren Erleben, in seinen Trieben. „Gib mich dem Leben“, ruft in einem damaligen Kultstück der Jugendlichen, „Der Sohn“ von Walter Hasenclever von 1914, ein Sohn seinem Vater zu. In den Protagonisten auf der Bühne glühte und brodelte es.

Psychotherapie ist zwar eine wissenschaftlich begründete, aber dennoch kulturelle Praktik. Daher spiegelt sie die Kultur wider, in der sie geschaffen wird. Als Stefan Zweig, Frank Wedekind und andere die Bigotterie der bürgerlichen Gesellschaft schilderten, die seelische Not, die eine unterdrückte Sexualität in einer sich befreienden Jugend erzeugt, da erledigte Sigmund Freud mit wissenschaftlicher Erkenntnis den Puritanismus. Auf der Couch von Wilhelm Reich fand später der Schrei des Expressionismus seinen Ausdruck, der gleichzeitig auf den Theaterbühnen zu hören war. Als würde hier wie dort geglaubt, dass sprachlose Kommunikation mehr zu sagen hat als

Sprache. Und wie in der Kunst des Expressionismus Ausdrucksstärke in formaler Hinsicht den Wert eines Kunstwerkes ausmachte, so sah man im Ausdruck nun einen Weg der Heilung. Ausdruckstanz galt als Selbstreinigung der Seele. Rudolf von Laban, der Theoretiker des Ausdruckstanzes, wollte mithilfe des Tanzes „die Schleusen innerer Bewegtheit öffnen“ (1926, S. 132). Reformgymnasten ließen in Bewegungschören Gefühle in Szene setzen.

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

Erfahren, Üben, Erleben

Und dennoch lässt sich gerade am Unterschied zum Autogenen Training veranschaulichen, was „individuelle Bewegungsarbeit“ meint. Das Autogene Training versucht mithilfe von Autosuggestionen Wahrnehmungen von Schwere und Wärme herbeizuführen. Mit anderen so genannten „Entspannungsverfahren“ gemeinsam hat es das Ziel, Spannungen zu mildern, das allgemeine Erregungsniveau zu senken und eine psychophysiologische Entspannungsreaktion herbeizuführen (Stetter 1998). Wie auch die Progressive Muskelrelaxation wirkt das Autogene Training dazu direktiv auf den Körper ein,

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

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

Schon in den 20er-Jahren bildeten sich bestimmte Leitvorstellungen der Körperpsychotherapie heraus. Sie haben zu tun

mit ihren Ursprüngen in den Reformbewegungen in Gymnastik und Tanz auf der einen Seite, der Psychoanalyse auf der anderen Seite (Abbildung 1). Und mit der Zeit. Die Ausdruckstänzer zum Beispiel wollten formalisierte Tanzschritte durch expressive Bewegungen ersetzen, die im jeweiligen Moment des Auftritts auf der Bühne neu geschaffen werden konnten, modern gesagt aus dem inneren Erleben im Hier und Jetzt. Der Gedanke, über den Körper Unterdrücktes auszudrücken, über die körperlich gehaltene Verspannung das seelisch Verdrängte zugänglich zu machen und gestaute libidinöse Energie wieder in Fluss zu bringen, steht am Anfang von Wilhelm Reichs Versuchen, die Psychoanalyse zu einer körperbezogenen „Vegetotherapie“ weiterzuentwickeln. Diese Orientierung auf die Expression, auf die Bewegung des Inneren ins Außen, kennzeichnet den einen bedeutenden Strang in der Entwicklung unseres Gebietes, die auf Reich zurückgehenden Ansätze. Der andere, auf die Gymnastikbewegung, die Atemlehren und auf Elsa Gindler zurückgehende Strang ist dagegen gekennzeichnet durch die Wendung der Aufmerksamkeit von außen auf das Körperinnere, durch Innenwahrnehmung, durch ein Denken, das sich auf eine Wiedergewinnung des eigenen Leibes richtet, den man glaubt verloren zu haben. Gindler kannte keine Befreiung der Triebe. Sie wollte natürliche Bewegungen ermöglichen. Beide Richtungen aber zielten auf Freiheit: Freiheit der Sexualität, der Lebensenergie und auch der politischen Verhältnisse, wie Reich es wollte, oder innere Freiheit durch Freiheit der Atmung, der Bewegung und dadurch auch des Geistes. Freiheit des Orgasmus und Freiheit des Organismus waren die Wünsche.² Dies sollte man erinnern, da heute kaum noch darüber gesprochen wird, ob Psychotherapie zur Freiheit oder zur Humanität beitragen soll.

Gindler und die Folgen

Die Individuelle Bewegungsarbeit von Gindler hatte einen großen Einfluss auf die Psychotherapie (Abbildung 2). Bekannte Psychotherapeuten und vor allem deren Frauen lernten bei ihr und ihren

Schülerinnen. Die Linie von Gertrud Heller zu Helmuth Stolze und der Konzentrativen Bewegungstherapie ist nur eine. Laura Perls, die Frau von Fritz Perls, und Elsa Lindenberg, die zweite Lebensgefährtin von Wilhelm Reich, gingen zu Gindler in Berlin. Ruth Cohn, die Begründerin der Themenzentrierten Interaktion, lernte bei Gindlers Schülerin Carola Spitz, Charlotte Selver gab ihre Arbeit weiter an Erich Fromm und dessen Frau und an Fritz Perls, der von dort das Konzept der „awareness“ übernahm, bei Lilly Ehrenfried lernte Hilarion Petzold, der Begründer der „Integrativen Therapie“, und Clare Fenichel, die Frau des berühmten Psychoanalytikers Otto Fenichel, lehrte bis ins hohe Alter die Gindler-Arbeit. In all diesen Richtungen spielte und spielt der Begriff der Erfahrung und die Arbeit mit Angeboten der Erfahrung eine große Rolle. Darüber hinaus ging Gindlers Arbeit ein in die Bobath-Krankengymnastik und in die Lehre von Moshe Feldenkrais.

Wollte ich den Bogen weiter spannen, müsste ich auch über die „Funktionelle Entspannung“ von Marianne Fuchs sprechen, die ihre Quellen ebenfalls in den Reformbewegungen hat und darüber hinaus in der psychosomatischen Medizin und der Gestaltkreislehre von Viktor von Weizsäcker. Ich müsste auch sprechen über den VI. Ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Dresden 1931, der dem Thema „Die Behandlung des Seelischen vom Körper aus“ gewidmet war. Oder darüber, dass in der NS-Zeit am „Reichsinstitut für psychologische Forschung und Psychotherapie“, der zentralen psychotherapeutischen Ausbildungsstätte in Berlin, in der die analytischen Richtungen zwangsvereinigt waren, Atemübungen, Bewegung und Musik fester Bestandteil der Psychotherapeuten-Ausbildung war (Geuter 2000). Und ich müsste über Freuds Vertrauten Sandor Ferenczi sprechen, der schon in den 20er-Jahren damit begann, in körperlichen Dialogen szenische Erinnerungen an frühe Beziehungserfahrungen wachzurufen. Dies ist heute der Kern des Ansatzes der Analytischen Körperpsychotherapie. Aber diese Entwicklungen kennen wahrscheinlich viele von Ihnen schon.

² Vgl. ausführlich Geuter (2000)

Kommunikative Bewegungstherapie

Stattdessen möchte ich auf einen weiteren Strang der historischen Entwicklung eingehen, der in der westlichen Tradition der Körperpsychotherapie kaum bekannt ist. Mit westlich meine ich in diesem Fall nicht den Okzident im Verhältnis zum Orient, sondern das Diesseits zum Jenseits der Mauer. 1960 begann die Krankengymnastin Anita Wilda-Kiesel an der Abteilung für Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik an der Karl-Marx-Universität in Leipzig zu arbeiten. Zunächst sollte sie Patienten aktivieren, die nach der Pavlow'schen Schlaftherapie behandelt wurden. Bald aber wurde sie Teil eines jungen therapeutischen Teams, das ihr die Aufgabe zuwies, Übungen für Patienten zu finden, die Gleichgewicht, Körperwahrnehmung oder Raumgefühl förderten. Daraus entwickelte sich mehr: Übungen in der Gruppe, die die Fähigkeiten, sich auseinander zu setzen, zu vertrauen, Mut zu haben oder sich in die Gruppe zu integrieren zum Thema machten oder dem Beobachten und Kennen-Lernen des Körpers dienten. Wilda-Kiesel, die vor dem Mauerbau die Atemlehrerin Alice Schaarschuch kennen gelernt und Artikel zur Gindler-Arbeit und von Lucy Heyer-Grothe gelesen hatte, bezeichnete den Ansatz als „Kommunikative Bewegungstherapie“. Später wurde die Methode sehr von der dynamischen Gruppenpsychotherapie der DDR geprägt, von der sie das Modell eines Gruppenprozesses übernahm, an dem sich die Übungen ausrichten. Die Kommunikative Bewegungstherapie sollte über nonverbale Arbeit von außen psychodynamische Prozesse der Patienten in den therapeutischen Gruppen anstoßen (Krüger 2002). Sie war also keine übende Bewegungstherapie im traditionellen Sinne, sondern eine Methode mit psychotherapeutischer Zielsetzung. In der Psychotherapie der DDR war sie anerkannt und wurde 1967 Gegenstand eines wissenschaftlichen Symposiums, an dem auch Helmuth Stolze und Marianne Fuchs teilnahmen. Weiterbildungen und Fachveröffentlichungen führten in den 70er-Jahren zur staatlichen Einrichtung eines Fachphysiotherapeuten für funktionelle Störungen und Neurosen (später: und psychische Erkrankungen) (Wilda-Kiesel 1998, 2002, 2000a). 1977 entstand eine eigene Arbeitsgruppe „Kommunikative Bewegungs-

therapie“ in der „Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR.“ Heute gibt es in den Neuen Bundesländern etwa 500 Kommunikative Bewegungstherapeuten. Hier wird die Methode in nahezu allen psychosomatisch-psychotherapeutischen und in vielen psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern angewandt. Das ist in den teilweise sehr auf sich selbst bezogenen Bereichen westlicher Körperpsychotherapie noch wenig angekommen. Die Methode macht aber auch nicht viel von sich reden. Vielleicht wirken dabei Systemunterschiede nach. Die Kommunikative Bewegungstherapie, die nahezu ausschließlich stationär angewandt wird, scheint noch immer von dem Gedanken eines Kollektivs geprägt zu sein, in dem der spezialisierte Physiotherapeut die Bewegungserfahrungen ermöglicht und der Psychologe oder Arzt sie im Gespräch aufarbeitet. Während in der Körperpsychotherapie die Integration in einem Prozess gesucht wird.

Bewegungstherapie war auch ein Thema in einer Gruppe von Psychotherapeuten in der DDR, der Erfurter Gruppe, der neben anderen Hans-Joachim Maaz angehörte. Maaz nahm später an einer von mehreren Gruppen in der DDR teil, die von reichianischen Therapeuten aus dem Westen betreut wurden.³ Neben anderen kam Eva Reich, die Tochter von Wilhelm Reich, nach Dresden und Leipzig, wo sie in einer Runde von Psychotherapeuten über Psychoanalyse und Körperpsychotherapie referierte. In Workshops unterwies sie in einem Leipziger Krankenhaus Kinder- und Jugendpsychiater in Methoden der Babymassage (Israel 1997; Koraus 1999; Wilda-Kiesel 2002a). Maaz führte Mitte der 80er-Jahre in einem Krankenhaus der Evangelischen Kirche in Halle eine körperpsychotherapeutische Gruppe als dritte Stufe der Gruppentherapie ein, deren zweite Stufe die intendiert-dynamische Gruppentherapie nach Höck war. Deswegen drohte damals das Krankenhaus geschlossen zu werden (Krüger 2002). Heute ist Maaz der führende Repräsentant der Sektion „Analytische Körper-

³ Führend war hier Volker Knapp-Diederichs aus Berlin; als Ausbilder kamen auch David Boadella und Wolf Büntig.

psychotherapie“ in der „Deutschen Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie“.

Von der Selbsterfahrung zur Professionalisierung

Im Westen war die Körperpsychotherapie in dieser Zeit am experimentellen Rand einer in Bewegung geratenen Gesellschaft. In den von der Studentenbewegung geprägten Kreisen suchte man auch in der Psychotherapie nach Alternativen. Man griff zurück auf Reich, weil man in seinen Schriften die erhoffte Verbindung von individueller und gesellschaftlicher Befreiung zu finden schien. Als sich in den späten 70er- und frühen 80er-Jahren die politische Bewegung zu individualisieren begann, hatten Selbsterfahrungsgruppen Konjunktur. Das Projekt der Selbstbefreiung, 1968 noch genital gedacht, griff nun über auf den ganzen Leib. So wie die Gesellschaft extrovertierter und expressiver wurde, wurde es auch die Psychotherapie. Und so wie Kreativität gegen Verkrustung gefragt war, blühten zahlreiche Therapierichtungen auf neben einer in Deutschland monolithischen Psychoanalyse, die vielen zu konservativ war, um sich ihr anschließen zu können.

Die Generation der heutigen Psychotherapeuten lernte damals so Unkonventionelles wie Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie. Sie hing dem Leitsatz von Frederick Perls an, den Gefühlen und nicht dem Verstand zu folgen. Sie ging in Selbsterfahrungsgruppen, probte das Encounter und fuhr zu Bhagwan nach Indien, zu Basaglia nach Triest oder zu Grof nach Kalifornien.

Aber wenn man älter wird und mit dem, was man gelernt hat, in der Gesellschaft offiziell sein Geld verdienen will, muss man sich officialisieren. Man muss nachweisen, dass das, was man tut, professionell ist. Mit dem Eindringen der alternativen Psychotherapiekultur in die kassenfinanzierte Psychotherapie begann folgerichtig ein Prozess, in dem sich das, was einmal alternativ war, etablieren musste. Den Atem- und Körperarbeitern würde es ähnlich gehen wie den Körperpsychotherapeuten, und es geht ihnen nur deswegen nicht so, weil sie immer noch ein weitgehend freies

Unternehmen auf einem unregulierten Markt sind.

An diesem Punkt möchte ich das Kapitel „Gegenwart“ meines Vortrags aufschlagen und hier vor allem auf die Probleme mit dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bei der Bundesärztekammer eingehen, den uns das Psychotherapeutengesetz beschert hat.

Ich möchte das Thema zunächst historisch vom Gesichtspunkt der Professionalisierung her aufrollen. Seit dem Preußischen Landrecht von 1794 gibt es hierzulande akademische Prüfungen zur Berufszulassung, zunächst bei Theologen und Juristen, später bei Medizinern, Technikern und Gymnasiallehrern. Die Psychologen folgten erst in der NS-Zeit, als 1941 erstmals eine Diplom-Prüfungsordnung erlassen wurde (Geuter 1984). Wollte sich die Psychotherapie in Deutschland professionalisieren, musste sie sich in die Struktur eines staatseinheitlich geregelten Ausbildungs- und Lizenzierungswesens einpassen. Sie hatte aber eine Besonderheit: Im Unterschied zur Jurisprudenz, Theologie oder Psychologie gibt es Psychotherapie nicht als eigenes akademisches Fach, sondern nur als angewandte Spezialisierung im Rahmen der Medizin und Psychologie. Während sonst für akademische Professionen fächerbezogene Qualifikationen in eigenen Hochschulstudiengängen vorgesehen sind, war dies in der Psychotherapie aufgrund ihrer gewachsenen Ausbildungsstruktur nicht möglich. Diese Struktur tastete der Gesetzgeber nicht an. So entstand das Problem zu garantieren, dass die Professionellen ohne eine Hochschulausbildung in Psychotherapie eine wissenschaftliche Qualifikation für ihre Tätigkeit besitzen. Bekanntermaßen löste das der Gesetzgeber so, dass er Psychotherapieverfahren - und damit die in diesen Verfahren auszubildenden Stätten - der Frage nach ihrer wissenschaftlichen Anerkennung unterwarf. Das ist eine einmalige Sonderkonstruktion. Denn normalerweise wird die Qualität professioneller Tätigkeit darüber garantiert, dass über Studien- und Prüfungsordnungen die wissenschaftliche Qualifikation der Angehörigen eines Berufes gewährleistet wird.

Eine zweite juristische Konstruktion ist dafür verantwortlich, dass wir die Probleme mit der so genannten wissenschaftlichen Anerkennung der Psychotherapieverfahren haben: die verfehlte Definition des Psychotherapeutengesetzes, dass Psychotherapie eine „mittels wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren vorgenommene Tätigkeit“ sei. Über diese Definition nämlich knüpft das Gesetz Professionalität an die Bewertung von Therapieverfahren. Und dadurch kommen Verbandsinteressen in die Definition der Psychotherapie selbst hinein. Aus diesem Grund ist die KBT auf dieser Tagung so wie bis zu ihrer mühsamen Anerkennung die Gesprächspsychotherapie oder heute die systemische Therapie damit zugange, die Eigenständigkeit und den wissenschaftlichen Wert des eigenen Verfahrens zu überdenken. Eigenständigkeit wird dabei leicht zu einem Wert in sich erhoben. Für die praktische Arbeit als Psychotherapeut ist es aber ziemlich gleichgültig, ob Körperpsychotherapie oder Psychoanalyse eigenständige Verfahren sind. Doch will das nun jeder zeigen, um am Prozess der Professionalisierung teilhaben zu können. Und so geht die Auseinandersetzung nicht darum, was Psychotherapeuten lernen und können sollten, was eine sinnvolle Frage wäre, sondern darum, Verbands- und Schulinteressen zu behaupten.

„Wissenschaftliche Anerkennung“

Nun wird „wissenschaftliche Anerkennung“ für jedes Verfahren geprüft. Als Prüfinstanz für diese Frage, die eigentlich in die Wissenschaft gehört, haben wir den Wissenschaftlichen Beirat, der die politische Frage „Wer darf was?“ mit Mitteln der Wissenschaft entscheiden soll. Es ist einmalig in der Geschichte des demokratischen Deutschland, dass ein Gremium sich anmaßt, wie ein Zentralkomitee festzulegen, welches Wissen in einem wissenschaftlichen Bereich gelehrt und angewendet werden soll. Das aber tut der Beirat, indem er selbst die Kriterien festlegt, was Wissenschaft ist und was nicht. Der Beirat hat sich darauf festgelegt, als Kriterium zu wählen, dass Verfahren ihre störungsspezifische Wirksamkeit in Studien nachzuweisen hätten, die unter anderem die therapeutische Intervention eindeutig benennen und eine Kontrollbedingung

beinhalten.⁴ Nach dieser Vorstellung wird Psychotherapie wissenschaftlich so zugelassen, wie Medikamente zur Behandlung zugelassen werden (Eckert 2000). Denn es geht bei den Entscheidungen des Beirats nicht darum, dass die Krankenkassen nur Behandlungsmethoden finanzieren wollen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Es geht vielmehr um die Etablierung eines Maßstabs für die Psychotherapie als Wissenschaft, analog zu dem zum Beispiel die Homöopathie in der ärztlichen Fortbildung verboten werden müsste. Oder die Beforschung aller neuen, noch nicht durch Studien belegten Heilmethoden.⁵ Der Begriff von Wissenschaft des Beirats macht sich fest an der Einhaltung bestimmter Forschungsprozeduren zur Generierung von Wissen, und zwar der Prozeduren der Laborforschung. Diese Forschung folgt dem Paradigma, dass ein Trial, eine Versuchsbedingung oder „unabhängige Variable“, im Verhältnis zu einer kontrollierten Bedingung, der Nicht-Experimental-Bedingung, zu einer signifikanten Wirkung, der abhängigen Variable, führen muss. Dieses Paradigma soll die ganze Bewertung psychotherapeutischer Erkenntnis beherrschen. Weitere Erkenntnisquellen wie die klinische Erfahrung und Fallanalysen werden damit ausgeschlossen.⁶

⁴ Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie: „Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie“ vom 8.6.2000. www.wbpsychotherapie.de/Homepage/Wir/Mindestanforderungen.html.

⁵ Was Wissenschaftler als Beleg für Wirkungen ansehen, wird willkürlich vorwissenschaftlich festgelegt. Heute glauben wir zum Beispiel, dass epidemiologische Daten ausreichen, um die Gefahren des Rauchens zu beweisen. In den 40er- und 50er-Jahren wurden diese als Beweis abgelehnt (Nathanielsz 1999, S. 22). Epidemiologen wiederum kritisierten in den 50er-Jahren in den USA Pathologen, dass der Nachweis von Asbest in den Lungen von an Lungenkrebs verstorbenen Asbestarbeitern nicht zum Nachweis der Schädlichkeit von Asbest ausreichte (Proctor 2002, S. 134). So gibt es historisch jeweils willkürliche Hierarchien dafür, was wissenschaftlich als Beweis angesehen wird.

⁶ Am Rande sei erwähnt, dass der Beirat aus berufspolitischen Gründen bereits beschlossene Kriterien nach Vorliegen des Antrags der

Nun gibt es andere Wege, wissenschaftliche Erkenntnisse oder die klinische Bedeutung von Behandlungsverfahren zu evaluieren. Die Bewertung einer Theorie in der Wissenschaft erfolgt zum Beispiel daran, ob sie die Tatsachen erklärt, die sie zu erklären beansprucht, ob sie in sich kohärent, nachvollziehbar und nachprüfbar ist. Das entscheidet sich im diskursiven wissenschaftlich Streit. Eine klinische Evaluation könnte andere Kriterien heranziehen: zum Beispiel jahrelange Erfahrungen damit, welche Wirkungen einer bestimmten Behandlungsmethode sich klinisch beobachten lassen. Auf diesem Weg hat die Psychotherapie und auch die Körperpsychotherapie jahrzehntelang ihre Erkenntnisse erzeugt und sich weiterentwickelt. Dies kann nicht einfach vernachlässigt werden.

Gedanken zur Evaluation der Körperpsychotherapie

Wie steht die Körperpsychotherapie da, wenn man sie in dieser Weise evaluieren würde? Körperpsychotherapeutische Konzepte haben in vielfacher Weise das Gebiet der Psychotherapie befruchtet. Ich kann hier nur cursorisch einiges benennen. Der Psychosomatiker Georg Groddeck, von dem Freud den Begriff des „Es“ übernahm, entwickelte das Konzept der „Körperabwehr“, demzufolge Gefühle und Handlungsimpulse durch Anspannung, Festhalten und Atemreduktion unterbunden werden. Der Psychoanalytiker Sandor Ferenczi schloss vom körperlichen Agieren in der analytischen Situation auf präverbale und präöidipale Ursachen von seelischen Störungen, die in der Psychoanalyse bis dahin kein Thema gewesen waren. Er förderte die Regression im körperlichen

Gesprächspsychotherapie noch einmal änderte, sodass das Verfahren abgelehnt werden konnte (vgl. Kriz 2000, S. 45 ff.). Wissenschaft wird hier in bemerkenswerter Weise zu berufspolitischen Zwecken benutzt. Es ist gerade nicht so, wie Sven Olaf Hoffmann, einer der beiden Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats, kürzlich in einem Interview sagte, dass der Beirat „in seinen bisherigen Entscheidungen in bemerkenswerter Weise wissenschaftliche und nicht berufspolitische Interessen durchsetzte“. Er hat vielmehr mittels Wissenschaft Berufspolitik gemacht („angefragt“). Deutsches Ärzteblatt, PP, H. 11, 2002, S. 491).

Dialog, um zu vorsprachlichen Seeleninhalten zurückzufinden. Spuren dieses Ansatzes finden wir bei Balint und Winnicott. Wilhelm Reich erarbeitete die Theorie vom Charakter als Abwehrformation, die in der Psychoanalyse breit rezipiert wurde, oft allerdings ohne Nennung der Quelle. Er entwickelte die Vorstellung, dass dem Charakterpanzer ein Körperpanzer entspricht, die Lowen in seiner Theorie der Charakterstrukturen weiter ausgearbeitet hat. Auf Arthur Janov (1976) geht ein Konzept zurück, das heute in der Psychoanalyse Allgemeingut ist: das Konzept der Schlüssel- oder „Primärszene“, in der sich eine Ansammlung von Verletzungen verdichtet und das Kind an einen Punkt kommt, an dem es Erfahrungen verleugnet und das Denken vom Fühlen und vom Körper spaltet. Körperliche Mobilisierungen sollten helfen, dieses Erleben wieder zugänglich zu machen. Dass Reich und Janov ihre therapeutischen Konzepte in Konzepte zu revolutionärer Veränderungen einbetteten und später sektiererische Wege gingen, war dem Zeitgeist der späten 20er- und der frühen 70er- Jahre geschuldet und hat sie für den mainstream der Psychotherapie obsolet gemacht. Das schmälert aber nicht die Bedeutung ihrer Erkenntnisse. Wenig beachtet wird auch, dass das Konzept der Selbstregulation erstmals von der Körperpsychotherapie in die Psychotherapie eingeführt wurde, und zwar von Reich. Heute spielt es eine große Rolle im Brückenschlag zwischen der Körperpsychotherapie und einer systemischen Theorie der Medizin, wie ihn Thure von Uexküll und andere (1994) bei der Funktionellen Entspannung suchen. Von George Downing (1996) stammt die Theorie der „affektmotorischen Schemata“, in der eine Verbindung zwischen der Entwicklungstheorie von Piaget, der Säuglingsforschung und den Erkenntnissen der Körperpsychotherapie gesucht wird. Diese Theorie beinhaltet, dass in körperlichen Handlungen „motorische Überzeugungen“ sichtbar werden, die ein Kind in Verbindung mit affektiven Tönungen und kognitiven Einschätzungen zu einem Schema verbindet, das in Körperstrategien Erwachsener im zwischenmenschlichen Umgang erkennbar wird. Die Körperpsychotherapie ist die einzige Richtung in der Psychotherapie, bei der sich aus einem solchen theoretischen

Ansatz heraus therapeutische Strategien ableiten.

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

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

Dabei gibt es in der Körperpsychotherapie differenzierte Vorstellungen zu störungsspezifischen und prozessbezogenen Interventionen (Geuter & Schrauth 2001, S. 16). Die verschiedenen Methoden der Körperpsychotherapie haben dabei unterschiedliche Schwerpunkte. So ist es eine Stärke der Methoden der Konzentrativen Bewegungstherapie, an der gestörten oder der nicht vorhandenen

Wahrnehmung von Affekten zu arbeiten, was insbesondere bei Menschen mit Frühstörungen hilfreich und klinisch bei psychosomatischen Patienten von Bedeutung ist. Ein Schwerpunkt bioenergetischer Techniken liegt im Aufbau affektiver Spannungen, was zum Beispiel hilfreich ist, wenn man latente verdrängte Aggressivität oder andere verdrängte Gefühle aktivieren möchte. Halt und Begrenzung durch körperliche Berührung kann dabei helfen, Affektstürme auszuhalten und Gefühle auszudrücken, vor deren Folgen sich ein Patient ängstigt. Ein chronischer pseudo-kathartischer Ausdruck dagegen bedarf der Entdramatisierung, der Arbeit am Realitätsbezug und des Klärens. Methoden wie die Funktionelle Entspannung wiederum unterstützen die psychovegetative Selbstregulation und fördern die Umstimmung bei psychophysiologischen Spannungen. Übungen zur Körperwahrnehmung helfen dem psychotischen Menschen bei Coenästhesien, Körpergrenzen zurückzugewinnen.

Gehen wir weiter in unserer Evaluation, so ist als Nächstes die klinische Relevanz der Körperpsychotherapie in der Versorgung zu nennen. Die KBT konnte schon 1995 66 Krankenhäuser und Kliniken in Deutschland benennen, in denen die Methode angewandt wird (Budjuhn et al. 1995). Zu diesem Zeitpunkt forderten zahlreiche Klinikchefs die Anerkennung der KBT durch den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, während Grawe, Donati und Bernauer (1994) die Methode in ihrer Studie nicht einmal erwähnten - im Unterschied zur „Naikan-Therapie“ oder „Aqua-Energetik“, die diesen Autoren eher aufgefallen waren. In Kliniken mit psychodynamischer Grundorientierung scheint die Körperpsychotherapie das am häufigsten angewandte Zweitverfahren zu sein (Geuter 2002a). Im Kostenerstattungsverfahren war es möglich, begutachtete körperpsychotherapeutische Behandlungen mit Krankenkassen abzurechnen.

Psychotherapeuten fragen nach Weiterbildung in Körperpsychotherapie. Bei den Lindauer Psychotherapiewochen war die Körperpsychotherapie schon vor Jahren ein begehrtes Fortbildungsthema (Cierpka et al. 1993, S. 216). Manche Landes-

ärztekammern erkennen sie als Zweitverfahren an. In allen anderen psychotherapeutischen Schulen, ohne Ausnahme, gibt es Diskussionen darüber, wie und ob der Körper in die Behandlung einbezogen werden sollte (vgl. Geuter 2002b, S. 35 f. & 98 f.). Die Körperpsychotherapie ist auf wissenschaftlichen Kongressen präsent, sie wird in den meisten Standardlehrbüchern der Psychotherapie aufgeführt und an manchen Universitäten gelehrt. Ich selbst konnte mit einem Vortrag über Körperpsychotherapie vor der Fakultät habilitieren. In den USA gibt es universitäre Studiengänge in Tanztherapie und man kann darin promovieren. In der Schweiz sind verschiedene körperpsychotherapeutische Ausbildungsgänge anerkannt, in Österreich die KBT. In Italien kann man mit einer entsprechenden Ausbildung die Berufszulassung erreichen. All das ist Ausdruck einer Anerkennung innerhalb der Wissenschaft und innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung. Nur der wissenschaftliche Beirat will davon nichts wissen. Er macht Deutschland aus berufspolitischen Gründen zu einer psychotherapeutischen Provinz, an deren Grenzen, wie Jürgen Kriz (1999, S. 22) treffend bemerkt hat, jetzt der Bildungsgrenzschutz steht.

Auf dem Gebiet, auf dem der Wissenschaftliche Beirat Anerkennung ausschließlich prüft, hat die Körperpsychotherapie leider wenig vorzuweisen. Das liegt aber nicht nur an uns. Wenn der Beirat es ernst meinen würde mit einer Evaluation anhand seiner Maßstäbe, dann müsste er die Evaluation dessen, was psychotherapeutisch wirklich getan wird, durch Forschung anstoßen. Hier ist auch die akademische Forschung in der Bringeschuld, die sich aus berufspolitischen und Karriere-Interessen einzelner Wissenschaftler vollkommen einseitig nur mit bestimmten psychotherapeutischen Methoden befasst hat. In der Psychologie konnte man jahrelang nur Professor für Klinische Psychologie werden, wenn man Verhaltenstherapeut war und im Sinne der Laborforschung geforscht hatte. So wie man in der gleichen Zeit nur Professor für Allgemeine Psychologie werden konnte, wenn man Emotionen nur als Epiphänomene von Kognitionen betrachtete, was die Neurowissenschaft mittlerweile

widerlegt hat. Aber empirische Forscher leugnen gerne die Perspektivität und Konstruktivität ihrer Erkenntnisse und ihrer Forschungen.

Einiges allerdings hat sich auch auf diesem Gebiet getan. Thomas Loew und andere haben nachgewiesen, wie Funktionelle Entspannung den Atemwegswiderstand ähnlich beeinflussen kann wie Medikamente (Loew 1996; Loew et al. 1996). In Russland gibt es Forschungen dazu, wie sich bei einer Atembehandlung in Abhängigkeit von der Intensität emotionaler Prozesse Parameter der Herztätigkeit verändern (Sandomirskii & Tuchwatullin 1992). Verschiedene Studien zeigen die Wirkungen bioenergetischer Analyse und vor allem die KBT hat beachtliche Forschungen vorgelegt (Seidler 2001). Weitere Wirksamkeitsstudien sind auf dem Weg, wie eine unter Betreuung von Dirk Revenstorf in Tübingen oder eine randomisierte kontrollierte Studie zur Körperpsychotherapie bei chronisch Schizophrenen unter Leitung von Frank Röhrich in London.

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

erweitert und verändert worden, um bessere therapeutische Erfolge zu erzielen.

Vertiefung des Erlebens als allgemeiner Wirkfaktor

Karin Schreiber-Willnow (2000) hat vor zwei Jahren in einem Aufsatz die Frage gestellt, ob sich für die KBT ein methodenspezifischer Wirkfaktor ausmachen lässt. Die Ergebnisse ihrer empirischen Forschungen zeigten, dass sich der Zustand von Patienten dann besserte, wenn sich ihr Körpererleben besserte. Sie zog daraus den Schluss, das Körpererleben als methodenspezifischen Wirkfaktor der KBT zu bezeichnen. Schreiber-Willnow schrieb aber auch, dass sich die Psychotherapieforschung schwer tue, spezifische Wirkfaktoren für einzelne psychotherapeutische Methoden zu finden. Ich möchte den Vorschlag machen, die *Vertiefung des Erlebens* als einen grundlegenden Wirkfaktor von Psychotherapie in ein allgemeines Modell der Wirkfaktoren einzuführen und das Körpererleben als einen Aspekt davon zu betrachten. Grawe hat in unterschiedlichen Nuancierungen die Aktualisierung von Problemen, ihre Klärung, ihre handelnde Bewältigung und das Mobilisieren von Ressourcen als die vier grundlegenden Wirkfaktoren von Psychotherapie beschrieben. Ich glaube, dass die Vertiefung des Erlebens ein fünfter gleichrangiger Faktor ist, der insbesondere in den humanistischen und körperpsychotherapeutischen Methoden akzentuiert wird. Hierzu gehört, dass körperpsychotherapeutische Methoden über körperliche Wahrnehmung, körperlichen Ausdruck und Bewegungen, nonverbales Symbolisieren, körperliche Berührung und körperlichen Dialog dieses Erleben fördern.

Wie und auf welcher Grundlage dies geschehen kann, dazu gäbe es weiteren Forschungsbedarf. Leider wurde zum Beispiel in der Körperpsychotherapie bislang kaum die empirische Forschung zu Körperbewegungen, -haltungen und Emotionen rezipiert oder die Forschungen zum „embodied knowledge“ oder über das Verhältnis von Körper und Gedächtnis aus den Neurowissenschaften. Hier gäbe es viel zu tun.

Erfahrung, Forschung und das Bemühen um Anerkennung

Leider gibt es aber in manchen Teilen der Körperpsychotherapie immer noch eine Distanz gegenüber der wissenschaftlichen Forschung oder auch eine Selbstüberschätzung, aus der heraus man sich von der Forschung fernhält. Ich möchte ein Beispiel geben, das mich beschämt, da es aus meinem eigenen Nest stammt. In einem vor zwei Jahren erschienenen Aufsatz bezieht sich Gerda Boyesen, die Begründerin der Biodynamik, auf einen Artikel im „Spiegel“ als Beleg für ihre Ansichten zur psychovegetativen Funktion des Darms, für die sie bekannt wurde. Die Angabe, dass es im Darm 100 Millionen teilweise autonom arbeitender Nervenzellen gibt, reicht ihr aus als „scientific support of my work“ (2000, S. 22).⁷ Ich bin mir sicher, dass Sie ähnliche Beispiele aus Ihrem Bereich kennen. Gerda Boyesen ist sicher eine begnadete Therapeutin. Ich habe selbst bei ihr eine Tiefe der Arbeit erlebt, die ich sonst nirgendwo erfuhr. Aber so können und dürfen wir in der Körperpsychotherapie nicht mit Wissenschaft umgehen. Wir müssen präzise unsere Begriffe klären (Mahr 2001, S. 83) und unsere Theorien im wissenschaftlichen Kontext verorten.⁸

Bei vielen Fragen reicht der Hinweis auf die Erfahrung nicht aus. Er beinhaltet nämlich auch eine Gefahr: Erfahrung muss sich nicht legitimieren. Mit dem Hinweis auf „meine Erfahrung“ kann ich mich der Aufgabe entziehen, etwas nachzuweisen, das ich für richtig halte. „Die Arbeit“ nennen zum Beispiel Eingeweihte die Gindler-Arbeit.

⁷ Das Buch von Michael Gershon (2001) über das Darmhirn wird von Boyesen nicht zitiert, geschweige dessen kritische Aufnahme in den Neurowissenschaften. Auch wird nicht reflektiert, dass sich die Autonomie dieser Nervenzellen nur auf den Darm selbst richtet, während die Zellen des Gehirns den ganzen Körper regulieren, oder dass die Zahl der Nervenzellen im Darm von denen im Gehirn um den Multiplikationsfaktor Tausend übertroffen wird. Als hätten die Nervenzellen im Darm das Problem der Verbindung von Körper und Geist gelöst.

⁸ Der Saarbrückener Psychologe Michael Sztenc schreibt zu Recht: „Dass Forschung auch zur Qualitätssteigerung der eigenen therapeutischen Arbeit, zur Absicherung des eigenen Vorgehens dienen kann und bei der gegenwärtigen zunehmenden Professionalisierung notwendig wird, ist bei vielen noch nicht angekommen.“ (1999, S. 198)

Dieser Arbeit selbst den Begriff zu entziehen, umgibt sie mit einer Aura von Mysterium und Magie, was typisch für Heiler ist, die eine Autorität verkörpern wollen, über die sie nicht sprechen (Yalom 2002). Aber wir müssen uns in die Karten schauen lassen. Wilhelm Reich hat dies immer versucht, da er seine Gedanken aufgrund von experimentellen und klinischen Forschungen als bessere Theorie in der Psychoanalyse verankern wollte. Es ist sicher kein Zufall, dass ausgerechnet zur Wirkung des Orgonakkumulators eine Doppelblindstudie vorliegt, die den Maßstäben des wissenschaftlichen Beirates gerecht würde, übrigens mit erstaunlichen Effekten wie dem, dass sich hierin die Körperkerntemperatur erhöht (Müschenich & Gebauer 1996)

Ich möchte es anderen überlassen, darüber zu sprechen, welchen Weg die Körperpsychotherapie berufspolitisch gehen soll. Aber ich möchte aus meiner Sicht als Psychotherapeut und Wissenschaftler einige Anmerkungen dazu machen. Im Antrag der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie an den Wissenschaftlichen Beirat findet sich eine interessante Referenz: eine kontrollierte Outcome-Studie über chronische Schmerzen und psychodynamische Körperpsychotherapie (Richter et al. 2002, S. 35). Sie wird hier genauso selbstverständlich zum psychodynamischen Ansatz dazu gerechnet wie das Kathymie Bilderleben, das darüber hinaus auch in den Psychotherapierichtlinien zur Tiefenpsychologie gehört. In dem Antrag steht ferner unter den „spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen und Konzepten“: „multimodaler Zugang zu unbewussten Prozessen, auch über andere als verbale Kommunikationsformen; Nutzung von Inszenierungen“ (ebd., S. 23). Im Grunde ist hier die Körperpsychotherapie bereits aufgenommen. Es ist eine Besonderheit der Körperpsychotherapie, dass sie als Behandlungsansatz quer zur paradigmatischen Auffächerung der Psychotherapie in ein psychodynamisches, ein humanistisches, ein kognitiv-behaviorales und ein systemisches Paradigma steht. Aber da sie von allen psychotherapeutischen Grundorientierungen mit der psychodynamischen am meisten verbunden ist, ist es eine berechtigte Frage, ob sie sich in Deutschland als ein Ast am Baum der Tiefenpsychologie positionieren sollte.

Der Nachteil wäre allerdings eine Beschränkung. Denn die Körperpsychotherapie hat als Behandlungsmethode vieles beizutragen, das es sonst in keinem anderen psychotherapeutischen Ansatz gibt. Die aktive Arbeit mit der Körpererfahrung, die Arbeit mit der „heilsamen Berührung“, wie Heisterkamp (1993) sagt, die Vertiefung des Körpererlebens, die Arbeit mit der körperlichen Resonanz - all das gibt es in keinem anderen Ansatz. Auch können wir mit unseren Methoden in einen Bereich vordringen, in dem prozedural gespeicherte Bindungsmuster über körperliche Erfahrungen und körperliches Handeln abgerufen werden können, wenn sie dem Bewusstsein nicht zur Verfügung stehen. Das erweitert den Raum des bewussten Erlebens. Es lohnt sich also, die Entwicklung einer eigenen Theorie und Praxeologie zu fördern, damit sich die Besonderheiten des Ansatzes entfalten können, auch wenn man das Projekt einer integrativen oder allgemeinen Psychotherapie als Ziel vor Augen hat. Nur ist es leider in Deutschland mit den hehren Zielsetzungen nicht weit, wenn man durch die restriktive Rechtslage und die Politik des Wissenschaftlichen Beirates in eine Situation gedrängt wird, in der man sich nicht im Interesse der Entwicklung des Faches entscheiden kann, sondern im Kampf ums eigene Überleben steht.

Die körperpsychotherapeutischen Schulen müssen dabei auch entscheiden, ob sie zusammen oder getrennt gehen wollen. Ich sehe nicht, dass irgendeine körperpsychotherapeutische Schule beanspruchen könnte, einen eigenen psychotherapeutischen Theorieansatz zu vertreten. Außerdem sind KBT, Funktionelle Entspannung oder manche neoreichianische Ansätze heute als voneinander abgrenzbare Behandlungsmethoden kaum mehr zu identifizieren. Wer Praxisberichte aus der KBT, der Funktionellen Entspannung (z. B. von Arnim 1998) oder von Neoreichianern liest, kann oft die Methodenspezifität nicht erkennen. Am ehesten ist dies noch bei der Tanztherapie der Fall, da hier mit strukturierter Bewegung zu Musik gearbeitet wird. In einem Fallbeispiel von Schreiber-Willnow (2001, S. 88) findet sich eine Arbeit mit der Handlung, der szenischen Interaktion, der Deutung mithilfe der Gegenübertragung und dem analytischen Verständnis einer Ins-

zenierung - die KBT-Spezifität ist für mich nur noch an den Gegenständen in der Praxis wie dem obligatorischen Seil erkennbar.

Verfahren – ein verfahrener Begriff

Ich kann es mir nicht verkneifen, hier noch etwas Grundsätzliches zu der Frage zu sagen, dass Psychotherapie die Anwendung wissenschaftlich anerkannter Verfahren sei. Was ist überhaupt ein Verfahren? Hypnose, Progressive Muskelrelaxation und Autogenes Training sind in den Psychotherapierichtlinien anerkannt und damit kassenfinanzierte Behandlungsmethoden, aber sie sind keine vom Wissenschaftlichen Beirat anerkannten Verfahren - obwohl die Hypnose zu einigen Behandlungsbereichen sehr gute outcome-Studien vorlegen kann (Bongartz, Flammer & Schwonke 2002). Die Psychoanalyse ist eine Theorie und eine Behandlungstechnik, die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ eine besondere deutsche kassentechnische Bezeichnung für eine kürzere Form psychodynamischer Behandlung, aber qua Gesetz auf einmal ein Verfahren, das aus berufspolitischen Opportunitätsgründen jetzt seine Eigenständigkeit behauptet und seine Anerkennung erreichen will.

In der Psychotherapie wird viel zu wenig darüber nachgedacht, was der Begriff „Verfahren“ eigentlich bedeutet, obwohl ständig mit ihm operiert wird. Ich glaube nämlich, dass er in manche Verirrung führt. In der Wissenschaft bezeichnet man mit „Verfahren“ technische oder prozedurale Abfolgen, z. B. Herstellungsverfahren oder statistische Verfahren. Verfahren in diesem Sinne sind in der Psychotherapie Behandlungsmethoden oder -techniken. Der Begriff Psychotherapieverfahren, so wie er gemeinhin verwendet wird, beinhaltet dagegen die Vorstellung, es gäbe nebeneinander mehrere Psychotherapien, die jede eine eigene Krankheitslehre und sich daraus ableitende konsistente Behandlungskonzepte besitzen. Das ist nicht einmal bei den klassischen „Verfahren“ der Fall. So wurde zum Beispiel die Verhaltenstherapie von einem ihrer führenden Vertreter in Deutschland, Steffen Fliegel, vor dem Psychotherapeutengesetz in Anlehnung an ihre Pioniere Eysenck, Rachman, Wolpe und Lazarus definiert „als *Sammelbezeichnung für eine Reihe von Verfahren*, deren

Gemeinsamkeit in ihrer lerntheoretischen Fundierung“ liegt (Fliegel 1981/1994, S. 9; Hvhbg. U. G.). Damit sind Methoden gemeint und der Titel des Buches lautet auch im Plural „Verhaltenstherapeutische Standardmethoden“. Im Englischen spricht man von „psychotherapeutic approaches“ oder „methods“. Ansätze kann man vertreten, Methoden kann man anwenden. Aber man kann in der deutschen Sprache keine „Verfahren ausüben“, sondern sie nur anwenden oder durchführen. Dennoch wird oft mit dieser Formulierung die Sprache verballhornt, weil es berufspolitisch passt, auch ohne wissenschaftlich klaren Sinn zu haben. Die Begriffe Theorie und Technik oder Methode oder den Begriff des Ansatzes zu verwenden, würde mehr Klarheit bringen. Das Wort „Verfahren“ stammt übrigens vom Mittelhochdeutschen „vervarn“. Das bedeutet vorüberziehen, weggehen, sterben, verderben, irrefahren. Das Beste wäre, der verfahrenere Begriff des Verfahrens würde an uns vorüberziehen und sterben.

Vorwissenschaftliche Entscheidungen und Menschenbild

Wir brauchen in der Psychotherapie viel mehr Debatte über grundlegende Fragen, zum Beispiel über den Begriff des Verfahrens selbst. Wir brauchen eine Debatte darüber, ob die Psychotherapie in das Paradigma einer über Forschungsmethoden definierten Wissenschaft gezwängt werden soll. Ob sie nach den Maßgaben einer instrumentellen Vernunft gleichgeschaltet werden soll oder ob wir eine Psychotherapie wollen, die sich - wie Hilarion Petzold (2002) kürzlich schrieb - für eine Humanität der Lebensverhältnisse und für Freiheitsdiskurse einsetzt. Die emanzipatorisch auf die Entwicklung des Menschen setzt und nicht eliminatorisch auf das Verschwinden der Symptome. Und wir brauchen eine Debatte über die vorwissenschaftlichen Entscheidungen, denen Wissenschaftler in ihrem Denken und Forschen folgen. Ich möchte dazu noch ein Beispiel geben. In einem Aufsatz über Entspannungsverfahren lässt Friedhelm Stetter (1998) nur solche Verfahren als wissenschaftlich fundiert zu, die einem Modell folgen, in dem Veränderungen als Wirkungen äußerer Ursachen angesehen werden. Zum Beispiel dass eine Entspannungsinduktion zu einer bestimmten

Entspannung führt. So etwas ist eine nicht explizierte vorwissenschaftliche Entscheidung, die den Ansatz der Selbstorganisation von innen her ausschließt. Meditations-techniken, die nach der Studie von Grawe und anderen (1994) nachweislich therapeutische Effekte haben, schlägt Stetter kurzerhand fernöstlichen „Denk- und Glaubensmodellen“ zu. Das eigene nicht explizierte Modell gilt als Wissenschaft, das andere als Glaube. So einfach ist das. Nur weil die westliche Wissenschaft für die nachweisliche Wirkung von Meditation oder Akupunktur keine Erklärungen hat. Aber statt die Aufgabe der Wissenschaft darin zu sehen, das noch nicht Erklärliche zu erklären und dafür vielleicht die eigenen Modelle zu verabschieden, wird das noch nicht Erklärliche aus dem Bereich des Wissenschaftlichen herausdefiniert.

Weite Teile der Psychotherapieforschung und mancher psychotherapeutischer Methoden betrachten den Menschen mit einem inadäquaten Menschenbild: als ein offenes System, auf das man einwirkt und dadurch eine vorhersagbare Wirkung erzeugt, während man andere Parameter der Effekte als „Störvariablen“ kontrolliert. Dieses Modell trifft bei Lebewesen aber nur für grobe Tatsachen zu. Wenn ich eine Mücke erschlage, kann ich die Wirkung auf sie vorhersagen. Wenn ich sie aber anpuste, kann ich kaum vorhersagen, wohin sie fliegt. Wenn ich jemanden im Konfrontationstraining der Steigerung seiner Angst aussetze, kann ich relativ gut vorhersagen, was passiert. Was aber ist mit solch feinen Dingen wie der Berührung eines Menschen durch ein Wort oder eine Hand? Dann reagiert das gesamte hyperkomplexe System. In der Psychotherapie ist es fast immer so: Wenn ich A tue, kann B geschehen oder C oder D oder alles davon oder gar nichts oder etwas, das ich niemals erwartet hätte, und das ist dann oft etwas Bedeutsames. Geschlossene Systeme wie Lebewesen haben die Eigenschaft, unwägbar zu reagieren (auch wenn die Reaktionen determiniert sind), weil es zu viele unvorhersagbare Faktoren gibt. Obwohl die menschliche Seele sicher nicht weniger kompliziert ist als das Wetter, sollen wir doch genauere Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen abgeben. Von uns wird verlangt, in einem Modell zu denken, das Ursachen, aus ihnen resultierende

Störungen und Verfahren zu deren Beseitigung mit vorhersagbaren Wirkungen kennt. Das passt auch nicht zum weitgehend salutogenetischen Ansatz der Körperpsychotherapie, von den gesunden Anteilen ausgehend eine seelische Störung zu überwinden, indem sich der Mensch verändert. Es passt auch nicht zu der Erkenntnis, dass lebende Systeme durch Chaos und Struktur gekennzeichnet sind. Wir brauchen in der Psychotherapie Struktur, Richtlinien, wie man bei welcher Störung vorgehen sollte. Aber wir brauchen auch das Chaos, die Offenheit für das Unvorhergesehene und die Überraschung.

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

Es war in den ersten Jahren meiner psychotherapeutischen Tätigkeit, als ich noch nicht an das Prokrustesbett der Richtlinienpsychotherapie gefesselt war. Ich saß einem Patienten gegenüber, der über seine Befindlichkeit sprach. Ich hatte nicht das Gefühl, dass er mir irgendetwas verschwiegen. Aber je mehr ich ihn auf mich einwirken ließ, desto mehr erfasste mich eine Körperempfindung, als würde mein Hals von einer Schnur stranguliert. Schließlich fragte ich ihn unmittelbar: Hast du dich - es war noch die Zeit des „du“ in der Psychotherapie - einmal versucht aufzuhängen? Er schaute mich an und sagte: Das hat mich noch nie jemand gefragt. Er hatte einige Monate Gespräche in einer Krisenberatungsstelle geführt und mit anderen Therapeuten gesprochen. Und vorher mehrere Male mit einer Schlinge um den

Hals auf einem Stuhl gestanden und sich überlegt, ob er ihn wegstößt. Von diesem Moment an hatten wir eine Beziehung, die von Vertrauen getragen war.

Das war der Mut meiner frühen Jahre. Heute erinnere ich mich manchmal an diese Szene, wenn ich im Sessel sitze und überlege, ob ich es mit einer ananklitischen Depression, einem Grundkonflikt zwischen Nah-Sein-Wollen und Zerstören oder einem Selbstwertkonflikt zwischen Ich-Ideal und entwertetem Selbstbild zu tun habe. Es ist gut so etwas zu wissen, aber es tut auch gut, mich an jenes Wissen zu erinnern, das ich schon hatte, bevor ich ein richtiger Professioneller wurde. Und an den Mut, dem zu trauen, was ich gerade erfahre. Das versuche ich mir in meiner Arbeit immer wieder zu sagen. Verteidigen wir den Begriff der Erfahrung in der wissenschaftlichen Psychotherapie. Erfahrungsbereitschaft des Therapeuten, die Bereitschaft, den Patienten und sich selbst in der Beziehung zum Patienten zu erfahren, sollte als Qualitätskriterium psychotherapeutischer Arbeit gelten. Verteidigen wir die individuelle und die kommunikative Erfahrung gegen die Knebelung durch die pragmatische Evidenz. Damit verteidigen wir auch das positive Erbe unserer körperpsychotherapeutischen Verfahren. Ich möchte es in eine Formel gießen: WENIGER VERFAHREN, MEHR ERFAHREN.

Literatur

- Arnim, A.v. (1998): „Funktionelle Entspannung als Therapie bei Auto-destruktion.“ In: J. Wiese, P. Joraschky (Hrsg.): Psychoanalyse und Körper (Psychoanalytische Blätter, Bd. 7) (S. 27-51). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bongartz, W.; Flammer, E.; Schwonke, R. (2002): „Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie.“ Psychotherapeut, 2, 67-76.
- Boyesen, G. (2000): „Biodynamic Psychotherapy and the Intestinal Brain.“ Energy and Character, 30, 2, 22-28.
- Budjuhn, A.; Carl, A.; Lechler, H. (Hrsg.): Konzentrierte Bewegungstherapie. Fallbeispiele aus klinischer und ambulanter Praxis. Reutlingen: DAKBT, Eigendruck.
- Cierpka, M.; Buchheim, P.; Gitzinger, I.; Seifert, Th.; Orlinsky, D. (1993): „Persönliche und berufliche Entwicklungen von Psychotherapeuten.“ In: Buchheim, M. Cierpka, Th. Seifert (Hrsg.) Beziehung im Fokus – Weiterbildungsforschung (S. 202-222). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt: Fischer.
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel.
- Eckert, J. (2002) „Gesprächspsychotherapie - Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten.“ Psychotherapeut, 47, 331-332.
- Fliegel, S. (1994; 1981/1): Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch. Weinheim: Beltz - PsychologieVerlagsUnion.
- Geißler, P. (2000): „Therapeutische Wirkfaktoren aus der Sicht Analytischer Körperpsychotherapie.“ In: M. Hochgerner, E. Wildberger (Hrsg.): Was heilt in der Psychotherapie? (S. 382-423). Wien: Facultas.
- Gershon, M. (2001): Der kluge Bauch. Die Entdeckung des zweiten Gehirns. München: Goldmann.
- Geuter, U. (1984): Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt: Suhrkamp.
- Geuter, U. (1986): „Zeit der Krisen. Die Jugend in der deutschen Literatur um 1900.“ In G. Jüttemann (Hrsg.): Die Geschichtlichkeit des Seelischen (S. 209-236). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union - Beltz.
- Geuter, U. (2000): „Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie.“ In: F. Röhrich: Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen (S. 53-74). Göttingen: Hogrefe.
- Geuter, U. (2000a): „Wege zum Körper. Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie.“ Krankengymnastik. Zeitschrift für Physiotherapeuten, 52, 1175-1183 & 1346-1351.
- Geuter, U. (2002): „Wie man sich verändern kann. Erfahrungen eines Psychotherapeuten.“ Psychologie heute, 29, H. 11, 42-47.
- Geuter, U. (2002a): „Körperpsychotherapie als Behandlungsmethode in der stationären psychodynamischen Psychotherapie psychosomatischer Patienten.“ Psychotherapeuten Forum, 9, H. 3, 5-8.
- Geuter, U. (2002b): Deutschsprachige Literatur zur Körperpsychotherapie. Eine Bibliografie. Berlin: Ulrich Leutner (zweite verb. erw. Aufl).
- Geuter, U.; Schrauth, N. (2001): „Emotionen und Emotionsabwehr als Körperprozess.“ Psychotherapie Forum, 9, 4-19.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Heisterkamp, G. (1993): Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.

Heller, G.F. (1991): „Vom Tanz zur Psychotherapie.“ In: P. Zeitler (Hrsg.): Erinnerungen an Elsa Gindler (S. 80-86). München: Uni-Druck.

Israel, A. (1997): „Die Sanfte Bioenergetik in der klinischen Arbeit & Eva Reichs Besuche im Osten.“ In: E. Reich, E. Zornitsky: Lebensenergie durch Sanfte Bioenergetik (S. 191-196). München: Kösel.

Janov, A. (1976): Anatomie der Neurose. Die wissenschaftliche Grundlegung der Urschrei-Therapie. Frankfurt: Fischer-Taschenbuch.

Koraus, J. (1999): „Von der heimlichen Infiltration zur öffentlichen Integration: Der Weg Freuds vor und nach der Wende nach Osten.“ Vortrag auf dem Kongress „Eigenes und Fremdes - Psychotherapie in Zeiten der Veränderung“, Weimar.

Kriz, J. (1999): „Von der ‚science-fiction‘ zur ‚science‘. Methodologische und methodische Bemerkungen zur Frage der ‚Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren.‘“ Report Psychologie, 24, H. 1, 21-30.

Kriz, J. (2000): „Perspektiven zur ‚Wissenschaftlichkeit‘ von Psychotherapie.“ In: M. Hermer (Hrsg.): Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 20. Jahrhunderts (S. 43-66). Tübingen: dgvt-Verlag.

Krüger, A. (2002): Mündliche Mitteilung an den Autor.

Laban, R.v. (1926): Gymnastik und Tanz. Oldenburg: Stalling.

Loew, T. (1996): „Wirkung von Funktioneller Entspannung im Vergleich mit Salbutamol und einem Placeboentspannungsverfahren bei akutem Asthma bronchiale.“ Monatsschrift für Kinderheilkunde, 144, 1357-1363.

Loew, T.; Siegfried, W.; Martus, P.; Tritt, K.; Hahn, E.H. (1996): „'Functional Relaxation' Reduces Acute Airway Obstruction in Asthmatics as Effectively as Inhaled Terbutaline.“ Psychother. Psychosom., 65, 124-128.

Mahr, R. (2001): „Zur Wissenschaftstheorie in der Körperpsychotherapie.“ Energie und Charakter, 23, 103-112 & 24, 80-91.

Merle, D. (1998): „Autogenes Training auf der Grundlage körperorientierter Psychotherapie.“ Vortrag auf dem Ersten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie, Berlin.

Müschelich, S.; Gebauer, R. (1996): „Die (psycho-)physiologischen Wirkungen des Reichschen Organakkumulators. Eine Zusammenfassung.“ In J. DeMeo Der Organakkumulator (S. 171-182). Frankfurt: Zweitausendeins.

Nathanielsz, P. (1999): Life in the Womb. The Origin of Health and Disease. Ithaca: Promethean Press.

Petzold, H. (2002): „Plädoyer für eine andere Psychoanalyse.“ Psychologie heute, 29, H. 6, 80-81.

Proctor, R. (2002): Blitzkrieg gegen den Krebs. Stuttgart: Klett-Cotta.

Richter, R.; Loew, T.H.; Calatzis, A.; Krause, S. (2002): „Kontrollierte Wirksamkeitsstudien zur Psychodynamischen Psychotherapie - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.“ Psychodynamische Psychotherapie, 1, 19-36.

Sandomirskii, M.E.; Tuchwatullin, R.F. (1992): „Heart Rate Variability Analysis as Indicator of Physiological Changes During Controlled Breathing.“ Breathcollection, 116, 27-32 (www: marks.on.ufanet.ru/PSY/HRVA1.HTM)

Schreiber-Willnow, K. (2000): „Das Körpererleben als methodenspezifischer Wirkfaktor in der Konzentrativen Bewegungstherapie.“ Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 36, 133-155.

Schreiber-Willnow, K. (2001): „Leibhaftiges Erleben. Konzentrative Bewegungstherapie in der psychotherapeutischen Klinik.“ Psychotherapie Forum, 9, 86-96.

Seidler, K.-P. (2001): „Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung.“ Psychotherapeut, 46, 223-231.

Steinaecker, K.v. (1998): „Wegbereiterinnen der Atem- und Körpertherapie in Deutschland.“ Vortrag auf dem Ersten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie in Berlin.

Steinaecker, K.v. (2000): Luftsprünge. Anfänge moderner Körpertherapien. München/Jena: Urban & Fischer.

Stern, D. (1999): „Wie das Gewebe der Seele geknüpft wird. Ein Gespräch mit dem Säuglingsforscher Daniel Stern“ (von Ulfried Geuter). Psychologie heute, 26, H. 12, 38-44.

Stetter, F. (1998): „Was geschieht, ist gut. Entspannungsverfahren in der Psychotherapie.“ Psychotherapeut, 43, 209-220.

Sztenc, M. (1999): „Evaluation in der körperorientierten Psychotherapie.“ Energie und Charakter, 19, 180-199.

Uexküll, T.v.; Fuchs, M.; Müller-Braunschweig, H.; Johnen, R. (1994): Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Wilda-Kiesel, A. (1998): „Die Kommunikative Bewegungstherapie - eine bewegungstherapeutische Methode bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.“ Krankengymnastik - Zeitschrift für Physiotherapeuten, 50, 34-40.

Wilda-Kiesel, A. (2002): „Unter welchen Bedingungen entstand die Kommunikative Bewegungstherapie, welche Entwicklungen nahm sie?“ Vortrag zum fünfzigjährigen Jubiläum der Arbeitsgruppe Kommunikative Bewegungstherapie in der Gesellschaft für Psychotherapie der DDR, seit 1990 in der Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, Leipzig, 1. November.

Wilda-Kiesel, A. (2002a): Persönliche Mitteilung.

Wintel, I. (2000): „Ein lebendiger Impuls. Eine Skizze zur Geschichte der Arbeit.“ In: J. Ehrhardt (Hrsg.): Spüren - Experimentieren - Gestalten (S. 9-10). Hannover: CCR - Cale-Papers Nr. 9.

Yalom, I. (2000): Existenzielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Yalom, I. (2002): Gespräch mit dem Autor am 14. Oktober in Berlin.

Verfasser:
Ulfried Geuter
Birlingerweg 2
14089 Berlin