

# Klinische Körperpsychotherapie – Systematisierungsansätze und Standortbestimmung

Frank Röhrich

Academic Unit for Social and Community Psychiatry, London

Praxis

182

## Kurzfassung

Ausgehend von einer Analyse des aktuellen Verhältnisses von Gesellschaft und Körper werden Körpertherapie und Körperpsychotherapie (KPT) als erlebnisorientierte Psychotherapieverfahren vor dem Hintergrund eines wiedererwachten Interesses an der Emotionsforschung eingeführt. Der besondere Stellenwert der KPT bezieht sich u.a. auf das Bemühen, in integrativer Weise dem besonderen Stellenwert des Körpers als Schnittstelle und Manifestationsort von Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln gerecht zu werden. Die KPT wird als vierte große Säule des methodischen Spektrums in der Psychotherapie neben den tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und gesprächstherapeutischen Verfahren plazierte. Dargestellt wird eine integrative, von klinischen Charakteristika geleitete, störungsspezifische, phänomenorientierte Vorgehensweise. Die Systematik unterscheidet zwischen 1. körperorientierten Interventionsstrategien im Rahmen integrativ praktizierter Richtlinienverfahren, 2. historischen Wurzeln mit der Psychoanalyse auf der einen Seite und den Reformbewegungen in der Gymnastik, später des Tanzes auf der anderen Seite und 3. einer grob orientierenden Kategorisierung der einzelnen Therapieschulen entlang der Ausrichtung der Hauptwirkkomponenten auf zwei differenten Beschreibungsebenen (funktional-übungszentriert versus aufdeckend-einsichtsorientiert). Schließlich werden Basismodelle für den körperpsychotherapeutischen Prozess in Einzel- und Gruppentherapie vorgestellt. Diese Modelle werden auf der Interventionsebene weiter konkretisiert.

## Schlüsselwörter

Körperpsychotherapie  
klinische Gruppentherapie  
Einzeltherapie  
Integration

## Entwicklungshintergrund zu einer klinischen Körperpsychotherapie

„Die Verhaltenstherapie und der Körper – eine Beziehung mit Zukunft?“ – so lautete das Tagungsthema der Fachtagung des IFKV in Bad Dürkheim im Herbst 2001. Die so gewählte Formulierung erscheint griffig und auf den Diskurs zur Relevanz körperbezogener psychotherapeutischer Interventionen im Rahmen der Verhaltenstherapie bezogen; doch kann hier nur der funktionale Körper und dessen Bedeutung für die therapeutische Technik, weniger

der am Körper orientierte psychotherapeutische Prozess gemeint sein. Im Hinblick auf den erlebten Körper – den Leib – stellt sich die Frage anders, umfassender, und verweist auf eine komplexe Diskussion über Bestrebungen zur Methodenintegration versus puristischer Schulengrenzung. Das Verhältnis von Verhaltenstherapie und Körper lässt sich m.E. nur vor dem Hintergrund des aktuellen Verhältnisses von Gesellschaft und Körper hinreichend beschreiben. Hierbei sind zugleich auch – allerdings ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige theoretisch ableitbare Verbindungslini-

en zwischen Körperpsychotherapie und Verhaltenstherapie aufzuzeigen. Im Sinne einer Förderung integrativer Konzeptbildung und hinsichtlich der praktischen psychotherapeutischen Arbeit können insofern Impulse für einen Schulen übergreifenden Diskurs gesetzt werden.

Eine Antwort auf die im Titel der Fachtagung gestellte Frage vorwegnehmend möchte ich so weit gehen zu sagen, dass eine Verhaltenstherapie ohne Körper weder eine Gegenwart noch eine Zukunft hat. Verhalten wird im Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie (Peters 1990) definiert als „jede Handlung (Agieren, Reagieren), die sich zwischen einem Organismus und seiner dinglichen, biologischen und sozialen Umwelt abspielt“. Hier sind demnach gleich verschiedene Körper-Bezüge hergestellt: der Körper als Organismus und der Körper als die ausführende Instanz einer jeden Handlung; der belebte Körper – Leib – erfüllt kraft seines einzigartigen Subjekt-Objekt-Charakters ein integratives Moment in den Funktionsschleifen des sich verhaltenden Individuums; er ist in sowohl afferent-stimulierender als auch efferent-ausführender Weise unauflösbar mit dem Verhalten verbunden.

Etwa seit Anfang der 60er Jahre stand die Besinnung auf den funktional-belebten Körper im Zentrum einer antithetischen Auseinandersetzung mit der zu überwindenden vermeintlichen Dominanz des Geistes. Kamper und Wulf sprachen Anfang der 80er Jahre von der „Wiederkehr des Körpers“ in Anspielung auf eine verlorene Einheit, resultierend aus einem – wie in der Einleitung des gleichnamigen Buches (1982) beschrieben – „Abstraktionsprozess des Lebens mit einer Distanzierung, Disziplinierung, Instrumentalisierung des Körperlichen als Grundlage des historischen Fortschritts.“ Die Kritik bezog sich also auf die „stillschweigend geduldete Vereinnahmung des Körpers für körperferne Zwecke“.

Die Körpertherapien bzw. Körperpsychotherapien – auf diesen Unterschied werde ich noch eingehen – verstanden sich zu einem erheblichen Teil als Antwort auf diese Herausforderung und mühten sich, häufig unter Bezugnahme auf Theorie und Praxis fernöstlicher Techniken, die Körperlichkeit in den Mittelpunkt therapeutischer Strategien bzw. von Selbsterfahrungsprozessen zu stellen. Rückblickend ist festzustellen, dass sich derart in einigen Schulen paradoxerweise eine neue, wenn auch andere Instrumentalisierung des Körpers entwickelte; diesmal

nicht unter übergeordnet-zivilisatorischer Ägide, sondern unter der Kontrolle egozentrischer Strebungen. D.h. der entmaterialisierten Geistigkeit eines gesellschaftlich determinierten, abstrakten Ich stand nun die materialisierte Leiblichkeit des vom Individuum determinierten Körper-Ich entgegen.

In der bildenden Kunst spiegelten die Darstellungen des Körpers schon immer eindrucksvoll die vielfachen Funktionalisierungen des Körpers im Sinne eines unter sozialem, politischen oder religiösen Druck determinierten Symbolträgers wider. In den Körperbildern wurden viele archetypisch-menschliche Themen, Verhaltensweisen und Eigenschaften repräsentiert: Fruchtbarkeit, Mütterlichkeit, Disziplin und Perfektion, Stärke, Angst und Scham, Mystik und Geheimnis, Schönheit und Mut – um einige wenige zu nennen. Die Moderne hat sich dann interessanterweise gerne des Mittels der Verfremdung bedient und sich im Aufsuchen des Extremen bewegt. Beginnend mit den Surrealisten befreite sich nun das ganze Spektrum körperbezogener Phantasien. Es entstanden Detailbilder, Arrangements aus Körperlandschaften bis hin zu vollends aufgelösten, zerstörten Körperbildern.

Einige Entwicklungen bzw. Zuspitzungen jüngerer Zeit können diese egozentrische Instrumentalisierung bzw. Unterwerfung des Körpers – wie ich finde – sehr eindrucksvoll illustrieren: 1. Beschrieben wird die Knechtung des Körpers als Leistungsträger im Sinne einer Körpermaschine etwa im Hochleistungssport; hier werden die Körperressourcen im Dienste des Konkurrenzverhaltens und der Körper-Idealbilder nicht nur schonungslos ausgeschöpft, sondern auch die natürlichen Grenzen mittels z.B. Einnahme von anabolen u.a. Substanzen überschritten bzw. ignoriert (siehe neu definierte Erkrankung: muscle mania); 2. der Körper wird zum Kunstobjekt bzw. Informationsträger umfunktioniert und dabei statthalter individueller, gesellschaftlicher oder auch religiöser Charakteristika/Überzeugungen/Botschaften wie etwa im Beispiel des Piercing oder beim Tätowieren.

Ein bemerkenswertes Zitat für die mittlerweile entstandene Konfusion der hier realisierten differenten Motivations- und Handlungsstränge ist der Wochenzeitung DIE ZEIT (2/01) zu entnehmen: In der Vorbesprechung zum Film ‚Hannibal‘ mit der Überschrift ‚Lecters Lektionen‘ heißt es: „Das Zweite, was uns Bilder von Gewalt und unwillkürlicher Körperlichkeit vermitteln, ist die eine Art der verlore-

nen Erfahrung. Wir müssen ja auch in der Wirklichkeit, so scheint's, den Körper schon quälen, um ihn noch zu spüren. In den Bildern der Gewalt rekonstruiert sich jener Körper, der durch den Verlust der Arbeit...seine Würde verloren hat...dann sehen wir genauer hin und erkennen in der Gewalt auf der Leinwand, im Bild des Grauens, auch das ästhetische Arrangement, die Passion des geschundenen Körpers. Hannibal macht aus den Körpern Kunstwerke.“

Diese Entwicklung einer zunehmenden Versachlichung des Körpers als Funktionsträger spitzt sich derzeit in der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung um das Für und Wider der biomedizinischen, technischen Revolution zu. Die Stichworte hier lauten: Klonen für medizinische Zwecke, Forschung mit Stammzellen sowie Genchirurgie mit dem Ziel des ‚bioengineering‘ von Körperteilen. Es zeichnet sich angesichts der damit verbundenen Verunsicherung bestehender Wertesysteme eine Grundsatzdiskussion zum modernen Menschenbild ab, in der die alte Frage nach dem Leib-Seele-Verhältnis neu gestellt wird und die Grenzen der bisherigen Argumentationslinien zum Verhältnis von Körper und Geist aufgelöst sind.

Rappe (1995) schrieb: „Die Entfaltung des Menschen in seine Welt geschieht auf der Basis seiner Leiblichkeit“; in ähnlicher Weise hatte Freud bereits 1923 das berühmte Zitat geprägt: „Das Ich ist zunächst und vor allem ein körperliches“; etwas umfassender äußerte sich der phänomenologisch orientierte Leibphilosoph Marcel (1985): „Denn nur unzerspalten, als sich innen wie außen, physisch wie geistig – gleichsam dreidimensional – entfaltende Einheit leiblicher Präsenz ist die Existenz zu erfragen.“

In eindrucksvollem Kontrast zu diesen Definitionen eines sich entwickelnden, individuellen, prozesshaften Körper-Ich stehen die in jüngerer Zeit zu verzeichnenden, in apokalyptischer Weise in Aussicht gestellten Entwicklungen hin zu einer gentechnisch machbaren, modernen, d.h. makellosen und vorhersagbar intakten Körperlichkeit – etwa realisiert in Form einer Vision „geklonter“ Babys. Dementsprechende Medienberichte werden z.B. titulierte mit „Schöne neue Welt“ oder „Unbeschwert leben wie Babys.“

Vor dem Hintergrund der insofern zu verzeichnenden Suche nach Orientierungs- und Entscheidungshilfen bzw. Leitlinien in der Auseinandersetzung mit den brennenden Fragen wissenschaftlich-technischer Maschbarkeit er-

staunt es nicht, dass in den letzten Jahren das Interesse der Forschung an den Gefühlen oder Emotionen wiedererwacht ist. Die Emotionen erweisen sich bei der Analyse neuerer Forschungsergebnisse als Hoffnungsträger, da sie ein Bindeglied zur verloren geglaubten evolutionären Herkunft der Natur menschlichen Verhaltens darstellen. Insbesondere die Fähigkeit, positive Gefühle zu empfinden, aber auch die Signal- und Alarmfunktion der Emotionen stellen in Verbindung mit den kognitiv-reflektiven Kompetenzen des Menschen offenbar das Potential zur Entwicklung positiver Konfliktlösungsmodelle bereit.

Gefühle sind nun zweifelsfrei und unbedingte mit dem Körper verbunden und haben sich – so der portugiesisch-amerikanische Neurologe Damasio – im Laufe der Naturgeschichte aus einfachen Erregungsmustern des Körpers entwickelt: eine Fluchtreaktion geht beispielsweise mit Angst einher, ein Angriff mit Ärger. Hier finden wir also die drei eingeführten Dimensionen mittelbar vereint: Körper, Verhalten und Emotionen. Letztere stellen im engen Zusammenhang mit dem Körper ein wichtiges Bindeglied zwischen Sinneswahrnehmung, Kognition und Verhalten dar. Emotionen manifestieren sich in Bewegungsmuster, Gestik, Stimme, Haltungen, sie induzieren Verhalten und stehen im Mittelpunkt der sogenannten erlebnisorientierten psychotherapeutischen Verfahren, zu denen die körperorientierten Psychotherapien gerechnet werden. Diese Verfahren bemühen sich u.a. darum den Patienten zu helfen, Körper- und Gefühlssignale kennen und wertschätzen zu lernen, mit dem Körper bewusster umgehen zu können und Gefühle auszudrücken.

Auf den Körper im Rahmen einer körperorientierten Psychotherapie zu rekurrieren bedeutet insofern nicht Instrumentalisierung des materiellen Seinsträgers, sondern resultiert bestenfalls aus dem Bemühen, in integrativer Weise dem besonderen Stellenwert des Körpers als Schnittstelle und Manifestationsort von Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln gerecht zu werden.

Im Titel dieses Beitrages wird bewusst von „**einer klinischen** Körperpsychotherapie“ gesprochen, ein Vorgriff auf ein zentrales Anliegen in Richtung auf eine integrative, von klinischen Charakteristika geleiteten, störungsspezifischen Vorgehensweise. Diese Diskussion wird einerseits vor dem Hintergrund versorgungspolitischer Verteilungskämpfe zwischen den verschie-

denen Therapieschulen, aber auch zunehmend angeregt durch die empirischen Studien aus der Psychotherapieforschung intensiv geführt. Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin widmete die Jahrestagung 2001 dem Thema „Störungsspezifische Konzepte und Behandlung“ und Fiedler (2002) beschäftigte sich in seinem Grundsatzreferat intensiv mit den von ihm als Mythen bzw. Polaritäten identifizierten Argumentationslinien, die ernsthaften Bemühungen zur Schulen übergreifenden, störungsdifferenzierenden empirisch-vergleichenden Therapieforschung im Wege stehen. In Zusammenfassung seiner plausibel vorgetragenen Analyse plädiert er nachdrücklich – und wie ich finde wegweisend – für eine störungsspezifische, phänomenorientierte Vorgehensweise, bei der sich die Therapieschulen in wohlwollender Konkurrenz miteinander um die Identifizierung generalisierbarer Strategien im Sinne einer evidence-based medicine bemühen. Die Zugrundelegung eines störungsspezifischen bzw. phänomenorientierten Ansatzes erlaubt dabei die klare Definition von Outcome-Kriterien, die zudem zumindest in theoretisch-hypothetischer Hinsicht im Sinne der gewählten Interventionstrategie plausibel sein sollten. Dabei betont Fiedler (2002), dass sich dieser Ansatz nicht als Antithese zu einer individuellen, personenzentrierten Psychotherapie verstehe, sondern durchaus die Notwendigkeit einer individuellen Therapieplanung anerkenne. Das Vorgehen in der Therapie solle sich infolge einer umfassenden Analyse der partizipierenden Bedingungsfaktoren, Störungen und Phänomene sowie Bezug nehmend auf Grundlagenwissen ableiten lassen: „...zwischen Defizitorientierung und Ressourcenaktivierung...; zwischen biographischer und Gegenwartsbetrachtung, zwischen Personorientierung und Psychoedukation“ (S. 25). Die verschiedenen, derzeit um einen aufgrund der Einführung des Psychotherapeutengesetzes enger werdenden Markt ringenden Körperpsychotherapie-Schulen, sind – zumindest bei Durchsicht der verfügbaren Literatur – in ihrem Schwerpunkt *nicht* klinisch, phänomenorientiert ausgerichtet; die Schulen beziehen sich hauptsächlich auf personenzentrierte und auf Selbsterfahrung und -entwicklung ausgerichtete Prozesse. Einer wissenschaftlichen Evaluation zur Prüfung klinischer Effektivität in Richtung auf eine Etablierung der Körperpsychotherapie als anerkanntem Richtlinienverfahren stehen bislang verschiedene Schwie-

rigkeiten im Wege. Zunächst erscheinen die theoretischen Konzepte vieler Schulen unter Gebrauch von z.T. unscharf definierter Begrifflichkeit häufig wenig ausgereift; die Schulen weisen eine Vielzahl unzureichend operationalisierter und nur unscharf voneinander abgegrenzter Interventionstechniken auf, diese sind insofern kaum zu Forschungszwecken manualisierbar. Anders als in den anderen großen Hauptrichtungen der Psychotherapie ist es bisher nicht gelungen, für den Bereich der Körperpsychotherapie eine konzeptionelle und damit dann auch im Weiteren praxisrelevante Schnittfläche herauszuarbeiten, die einer wissenschaftlichen Evaluation der Therapien direkt zugänglich wäre. Einzelne Schulen wie z.B. die Funktionelle Entspannung oder die Konzentrierte Bewegungstherapie erfreuen sich hier angesichts der besseren akademischen Repräsentanz/Anbindung einer gewissen Bevorzugung. Dabei bleiben klinisch relevante Interventionsstrategien anderer Schulen leider bislang unberücksichtigt. Zudem bleibt bei kritischer Analyse der historisch bedeutsamen Literatur festzustellen, dass eine eindeutige urheberrechtliche Herkunftszuordnung der sich erheblich überschneidenden Methodik nicht möglich ist. Die Körperpsychotherapie ist dennoch – und das ist eine weitere essentielle These dieses Beitrages – neben den tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und gesprächstherapeutischen Verfahren als sozusagen vierte große Säule des methodischen Spektrums anzusehen. Dies lässt sich vor allem bei der Betrachtung der klinisch-praktischen Relevanz bzw. der breit gefächerten Akzeptanz dieser Verfahren sowie der weitflächigen Verfügbarkeit aufzeigen (siehe z.B. Strauss 1992, Dietrich 1995). Hauptanwendungsgebiet ist bisher das Indikationsspektrum psychosomatischer Erkrankungen, und die Körperpsychotherapie – hauptsächlich die Konzentrierte Bewegungstherapie und die Funktionelle Entspannung – hat sich hier flächendeckend als integraler Bestandteil der Behandlungspläne durchsetzen können. Eine Ausweitung des Indikationsspektrums hat allmählich stattgefunden, viele Suchtkliniken bieten mittlerweile körpertherapeutische Verfahren an. Vor dem Hintergrund einer Vielzahl von Kasuistiken lässt sich eine gute Effizienz der Körperpsychotherapie in der Behandlung von Depressionen und Angststörungen annehmen. Die Verbindung von Körperarbeit und tiefenpsychologischen

Ansätzen wird für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen diskutiert. Mit Einschränkung – und unter erheblicher Modifikation der Interventionen – werden auch zunehmend schwere affektive und schizophreiforme Erkrankungen in das erweiterte Indikationsspektrum einbezogen (siehe Röhrich, 2000).

Es stellt sich dennoch die Frage, wie eine Standortbestimmung bzw. Einordnung für die Körperpsychotherapien im Feld einer ohnehin schon schwer überschaubaren methodischen Vielfalt an psychotherapeutischen Verfahren vorzunehmen ist. In medizinischen Fachzeitschriften ist beispielsweise zu lesen, dass zur Behandlung der hypochondrischen Störung eine kognitiv-behaviorale Psychotherapie empfohlen werde. Begründet wird dies damit, dass in dieser Störung die „Befürchtungen stärker im Vordergrund stehen als die Symptome selbst“. Nun scheint zunächst eine derartige phänomenologische Unterscheidung fragwürdig, da doch in dieser Erkrankung häufig das psychophysische Gesamtgeschehen auf kognitiv-mentaler und körperlich-somatischer Ebene gleichzeitig abgebildet wird. Darüber hinaus wäre meine (phänomenorientierte) therapeutische Schlussfolgerung mit Scharfetter & Benedetti (1978), die ich hier zitieren möchte, eine andere: „Die ...leiborientierte Therapie ist aus der verstehenden Psychopathologie abgeleitet, geht vom Erleben des Betroffenen aus und nimmt von seinen ‚Symptomen‘ den Hinweis auf das Vorgehen.“ Die hier implizit angedeutete Notwendigkeit der Einbeziehung des Körpers in den psychotherapeutischen Prozess kann über das bereits eingangs Gesagte hinaus auf unterschiedlichen theoretischen Ebenen hergeleitet werden; im Rahmen dieses Beitrages seien nur cursorisch einige anthropologische und entwicklungspsychologische Aspekte Bezug nehmend auf Blankenburg (1982) genannt (ausführliche Darstellung in Röhrich, 2000). Der Leib erweist sich dabei als multifunktionales Zentrum des Selbsterlebens, d.h. als Orientierungsnullpunkt, als Gegenstand der Wahrnehmung, als Organ der Spontaneität, als Bezugsfeld des Empfindens, als Ausdrucksorgan und als Artikulationsstelle zwischen Selbst und Welt. Darüber hinaus lassen sich weitere theoretische Bezugspunkte identifizieren: Die Unmittelbarkeit der Leiberfahrung schafft einen als ‚Seinsgewissheit‘ beschreibbaren Zustand und ist insofern verlässliche Basis für den Realitätsbezug sowie Basis-/Ausgangspunkt jeder Ich-Erfahrung

und -Entwicklung, der Leib ist Träger individueller und gesellschaftlicher Identität (s.o.) und hat damit diagnostische Wertigkeit, er ist zuweilen Symptomträger psychischer Prozesse und schließlich auch therapeutisch nützlich Instrument.

### Systematik der KPT

Eine erste grundsätzliche Systematisierung der Körperpsychotherapie lässt sich in unterschiedlicher Weise vornehmen.

1. Körperorientierte Interventionstrategien kommen im Rahmen wachsender Bemühungen zur Methoden übergreifenden, integrativen psychotherapeutischen Praxis im Rahmen der Richtlinienverfahren zunehmend zur Anwendung. Für die Verhaltenstherapie wird dies z.B. bei Görlitz (1998) sehr gut beschrieben, Beispiele für eine Integration körperorientierter Maßnahmen im Rahmen einer tiefenpsychologischen Behandlung sind z.B. bei Moser (1989) nachzulesen; darüber hinaus zeichnet sich eine Tendenz ab, neue „Schulen“ sozusagen im sicheren Hafen der Richtlinienverfahren zu etablieren, für die Verhaltenstherapie etwa bezeichnet als Körperverhaltenstherapie (Klinkenberg, 2000) und für die Psychoanalyse als „Analytische Körperpsychotherapie“ (Geißler, 1998).

2. Eine zweite Systematisierungsleitlinie ergibt sich aus der Analyse historischer Entwicklungen; so entstanden aus der Psychoanalyse auf der einen Seite und den Reformbewegungen in der Gymnastik, später des Tanzes drei Hauptlinien in der Körperpsychotherapie (siehe Übersicht Geuter, 2000).

3. In methodisch-inhaltlicher Hinsicht lässt sich dann quasi unterhalb dieser Unterscheidungsebene eine grob orientierende Kategorisierung der einzelnen Therapieschulen entlang der Ausrichtung der Hauptwirkkomponenten auf zwei differentiellen Beschreibungsebenen vornehmen: Abbildung 1 (aus Röhricht, 2000)

Die funktionalen Methoden sind therapeutisch auf physiologische Prozesse bzw. autonome Regelkreise (Atmung, Kreislauf, Anspannung-Entspannung, Bewegung-Ruhe) und auf die Mobilisierung von Affekten bzw. innerem Erleben sowie in Richtung auf Verhaltensänderungen ausgerichtet. Die konfliktorientierten Methoden hingegen werden vor einem zumeist tiefenpsychologisch fundierten Hintergrund konzipiert und sind demnach biographisch aufdeckend, einsichtsorientiert ausgerichtet. Bei den in der Übersicht

	<b>funktionale/übungsorientierte Körpertherapie</b>	<b>konfliktorientierte/ aufdeckende Körperpsychotherapie</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrative Leib- und Bewegungstherapie</li> <li>• Konzentrierte Bewegungstherapie</li> <li>• Funktionale Entspannung</li> <li>• Biodynamik</li> </ul>	
<b>Beziehungsorientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionale Entspannung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analytische Körperpsychotherapie</li> <li>• Thymopraktik</li> <li>• Psychodrama</li> <li>• Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie</li> </ul>
<b>Wahrnehmungsorientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensory Awareness</li> <li>• ergotherapeutische Wahrnehmungsbehandlung</li> <li>• Feldenkrais</li> <li>• Focusing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentrierte Bewegungstherapie</li> <li>• Körperzentrierte Psychotherapie</li> <li>• Hakomi</li> </ul>
<b>Bewegungs-/ Handlungsorientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atemtherapie</li> <li>• Eutonie</li> <li>• Tai-Chi</li> <li>• Yoga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanztherapie</li> <li>• Bewegungstherapie</li> </ul>
<b>Affekt-/ Energieorientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autogenes Training</li> <li>• Progressive Muskelrelaxation</li> <li>• Bio-Feedback</li> <li>• Rolfing</li> <li>• Shiatsu</li> <li>• Organismische Psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bioenergetische Analyse</li> <li>• Core-Energetik</li> <li>• Biosynthese</li> <li>• Biodynamik</li> </ul>

Abb. 1: Systematik körperorientierter Therapie (aus: Röhricht, 2000)

horizontal vorgegebenen Kategorien ist das wesentliche Unterscheidungskriterium die Vermittlungsebene des Selbsterlebens, über die die Interventionen ihre Wirkungen entfalten sollen. Geuter (2000) hat darüber hinaus eine begriffliche Unterscheidung von Körpertherapie und Körperpsychotherapie definiert, die in der Abbildung ebenfalls mitgeführt wird: „... Körpertherapie bedeutet ... Behandlung mit den Mitteln des Körpers ... ohne fremde Manipulation von außen, die sich der eigenen Wahrnehmung oder Veränderung des Körpers bedient ... Körperpsychotherapie (ist) eine Behandlung mit den

Mitteln des Körpers und der Seele ... Körperpsychotherapeutische Methoden beinhalten im Unterschied zu den Körpertherapien immer auch Theorien und Techniken der Arbeit mit dem Psychischen.“ In ähnlicher Weise unterscheiden Tritt et al. (in der Vorbereitung) und definieren die Kriterien für eine Körperpsychotherapie entlang der von Strotzka (1975) eingeführten Unterscheidungsmerkmale (z.B. „bewusst und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen ... mit psychologischen Mitteln ... in Richtung auf ein definiertes Ziel ... mittels lehr-

barer Technik ... auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“).

Anders als bei diesen drei Systematisierungsebenen ist ein weiterer Ansatz zu beschreiben, der seinen Ausgangspunkt nicht von der Analyse der methodischen Unterscheidungen nimmt, sondern seine Bewertungsperspektive auf die störungsspezifische, syndromatische Ebene verlegt, d.h.: 1. auf die in diagnostischen Klassifikationen definierten Leitsymptome der jeweiligen Erkrankungen und 2. auf die in phänomenologischer Forschung identifizierten besonderen Störungsmuster des Körpererlebens der jeweiligen Erkrankung. D.h. hier ist die entscheidende Frage, welchen Beitrag die körperorientierte Psychotherapie in der Behandlung welcher wie charakterisierter Patienten bzw. im Hinblick auf die Therapie erkrankungsspezifischer und/oder körpernah angesiedelter psychopathologischer Symptome leisten kann. Dieser Systemisierungsansatz löst sich notwendigerweise und durchaus auch gewollt von der engeren Abgrenzung eines schulenspezifischen Interventionspektrums und betont stattdessen die Überschneidungsbereiche und Grundgemeinsamkeiten in Theorie und Praxis. Diese lassen sich u.a. wie folgt identifizieren:

1. Der Körper und sein Erleben wird als wichtiges diagnostisches Medium zur Identifikation von z.B. Selbst-Potentialen oder konflikthaftem Material erachtet; die Stadien der Körper-Ich-Entwicklung dienen dabei als Bezugsgröße.
2. Der Körperausdruck, die körperliche Spontaneität und der Bewegungsfluss werden als Kommunikationsmedium herangezogen und therapeutisch ausgenutzt.
3. Die Bedeutung der gesunden Persönlichkeitsanteile/Ressourcen wird betont und im Körpererleben zu identifizieren gesucht.
4. Häufig wird mit Spannungsbögen gearbeitet, bei denen Stimulation, Spannungsaufbau, Abfuhr und Ausgleich aufeinander folgen.

Keiner dieser Wirkfaktoren bezieht sich auf eine spezifische therapeutische Technik/Schule. Stattdessen dominiert die Qualität der therapeutischen Beziehung und die patientenzentrierte, ressourcenorientierte Ausrichtung auf die Problembewältigung.

Die empirische Evaluation einer körperorientierten Psychotherapie setzt einen weiteren, hieraus folgenden Sys-

tematisierungsschritt voraus: Das zur Anwendung kommende Vorgehen wird im Rahmen eines Therapiemanuals standardisiert. So sind die Abbildungen zu Basismodellen für den körperpsychotherapeutischen Prozess konzipiert, die ich nun vorstellen werde. Im Hinblick auf das Therapie-Setting wird wie bei anderen Psychotherapieverfahren üblich grundsätzlich zwischen Einzel- und Gruppentherapie unterschieden. Dabei wird entlang der von Scharfetter & Benedetti (s.o.) vorgezeichneten Leitlinie bzw. im Sinne der Ausführungen bei Fiedler (2002) die Perspektive des an individuell ausgeprägten Symptomen, Defiziten oder Funktionseinbußen leidenden Patienten in den Vordergrund gestellt. Dieser störungsspezifische Ansatz hat vor dem Hintergrund metaanalytischer Übersichten zu Resultaten der Psychotherapieforschung zusätzliche Aktualität erlangt. Strauss (2002) identifizierte diesbezüglich in seinem Übersichtsreferat Bezug nehmend auf u.a. Rosenzweig, Rogers, Meyer und Grawe folgende „allgemeine oder kommunale Wirkfaktoren“: Persönlichkeit von Therapeut und Patient, therapeutische Beziehung, uneigennützig helfende Beziehung, Suche nach neuen und konstruktiveren Problemlösungen, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung sowie aktive Hilfe zur Problembewältigung.“ Insbesondere im Hinblick auf die letzteren Wirkprinzipien scheint die Körperpsychotherapie mit ihrer besonderen, auch auf non-verbale Kommunikationstrategien und körperbezogene Selbstpotentiale ausgerichteten Methodik einige positive Ansätze zu bieten.

Im Vorfeld einer individualisierten Therapieplanung sind auch für die im Weiteren skizzierten manualisierten Interventionstrategien in Einzel- und Gruppentherapie Informationen bzgl. der körperbezogenen Anamnese zu erheben. Eine auf die Besonderheiten der Körperpsychotherapie zugeschnittene Befunderhebung zu Beginn der Behandlung ist unerlässlich und Grundlage der individuellen Therapieplanung im Hinblick auf Indikationsstellung, Festlegen spezifischer Zielsymptomatik und von Therapiezielen sowie zur Identifikation von Kontraindikationen und Einschränkungen für die Teilnahme an körperlichen Aktivitäten. Die Anamnese deckt folgende Bereiche ab: 1. Körpergeschichte, 2. Körperumgang, 3. Körperstruktur und 4. Spezifische Untersuchungen zum Körpererleben (siehe u.a. Röhrich & Pribe, 1997, 1998).

Die nun folgenden Ausführungen und Abbildungen zu Basismodellen der KPT im Rahmen der Einzel- und Gruppenpsychotherapie sind meiner im Jahre 2000 publizierten Monographie „Die körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen“ entnommen:

### **Basis(Prozess)modell KPT in der Einzeltherapie**

(in Anlehnung an Petzold (1977) und Downing (1996))

#### *1. Initial-/Einstimmungsphase*

Der Patient wird dahingehend angeleitet, sich kognitiv und perzeptiv auf die eigenen hauptsächlich körperzentrierten funktionalen Methoden und Techniken (z.B. Warm-up mit Grounding) zu konzentrieren, es entsteht ein als „territoriale Regression“ bezeichneter Zustand sowie im Weiteren eine Körperregression hin zu Körpererinnerungen (therapeutische Regression).

Der Therapeut beobachtet unterdessen das körperbezogene Geschehen im Hinblick auf die Bezugnahme zum Körper, Haltung, Mimik, Gestik, Muskeltonus, Hautfarbe, Beschreibung des Körperausdruckes. Diese Informationen und eine erste Bewegungsanalyse führen zur Entwicklung erster Arbeitshypothesen für den weiteren therapeutischen Prozess.

#### *2. Aktionsphase*

In dieser Phase geht es um die Förderung/Verstärkung der körperlichen Expressivität (Bewegungsmuster, Stimme, u.a., der Körperregression – siehe 1. -entsprechend).

Erlebnisorientierte Interventionen zur Stimulation und in Resonanz auf die beobachteten körperlichen Veränderungen werden gezielt angeboten. Im Rahmen der affektorientierten Verfahren kommt es in dieser Phase häufig zu stark emotionalen, teils kathartischen Entladungen.

#### *3. Integrationsphase:*

Nun geht es darum, den 'Selbst- und Objektpol' des sich herauskristallisierenden Konfliktes zu klären. Eine Analyse weitergehender psychodynamischer Zusammenhänge erfolgt. Assoziative Netzwerke werden betont (primitive Objektbeziehungseinheiten und Übertragungskonstellation, Repräsentanz traumatischer Ereignisse, Be-

wältigungsstrategien wie Widerstand und Abwehr).

Körperliche und affektive Reaktionsweisen, d.h. affektmotorische Schemata können in dieser Phase identifiziert, angesprochen und auch in Bewegungsentwürfe übersetzt werden (motorische Impulse wie z.B. angedeutete oder muskulär abgewehrte Ausdrucksbewegungen, Begleitemotionen). Auch ist es bedeutsam, gesunde Körper-Ressourcen zu identifizieren.

#### 4. Phase der Neuorientierung

Abschließend wird fokussiert auf das Entwickeln und Unterstützen bzw. Verstärken von Alternativverhalten (Coping/Bewältigungsstrategien) unter Bezugnahme auf die identifizierten alternativen motorischen Impulse und die individuellen gesunden Ressourcen.

### Basis(Prozess)modell KPT in der Gruppentherapie

Anders als in der Einzeltherapie wird im gruppentherapeutischen Prozess in deutlich stärkerem Maße das Vorgehen entlang einer prozesshaften Leitlinie systematisiert. Diese orientiert sich an der Beschreibung frühkindlicher Entwicklungsstadien in der Ausreifung eines integrierten, unter der kognitiven Kontrolle strukturierten Körpererlebens. Innerhalb des therapeutischen Prozesses durchläuft der Patient mittels erlebnisorientierter, körperbezogener Techniken verschiedene Phasen der Körper-Ich-Entwicklung. Dieses Vorgehen stellt einerseits sicher, dass konflikthafte, traumatisches Material immer auf den Boden einer zuvor in Grundzügen verankerten, 'geerdeten' Körpererfahrung trifft; gleichzeitig erlaubt es in der Exposition mit Teilaspekten des Körper-Ich eine Konfrontation mit den individuellen Brüchen der Körpergeschichte. Der therapeutische Prozess beinhaltet immer auch eine integrative, kontinuierliche Bezugnahme auf die als gesund zu bezeichnenden, d.h. störungsfrei entwickelten Aspekte des Körper-Ich-Erlebens im Sinne eines ressourcenorientierten Vorgehens.

In Anlehnung an die Beschreibung frühkindlicher Entwicklungsstadien in der Ausreifung eines integrierten, unter der kognitiven Kontrolle strukturierten Körpererlebens kann ein prozesshaftes Grundmodell für den körperorientierten Gruppenprozess beschrieben werden.

#### 1. Einstimmung/Initiation, Ankommen/Grounding (Erdung)

##### - Ich-Vitalität und Konsistenz -

- „Ich bin – hier und jetzt – körperlich“
- „Ich gebe/nehme mir einen Platz in der Welt“

#### 2. Selbst-Erfahrung, Selbst-Bestimmung / Selbst-Erfüllung und Selbst-Wert

##### - Ich-Demarkation und -Identität -

- „Ich habe/bin und schätze diesen/r Körper“
- „Ich gebe/nehme mir, was ich brauche“

#### 3. (Körper-)Selbst-Erfahrung und Motilität

##### - Ich-Aktivität -

- „Ich bewege meinen Körper, mein Körper bewegt mich“
- „Ich gebe/nehme mich selbstbestimmt“

#### 4. Körper – Selbst und/in Kommunikation

##### - Ich-Du - Interaktion -

- „Ich bin, bewege und erfahre mich körperlich teilnehmend und in Resonanz zur Welt“
- „Ich gebe/nehme die Verbindung zu anderen“

Abb. 2: Basismodell Gruppenprozess Körperorientierte Psychotherapie (aus Röhricht 2000)

Ausgangspunkt und Grundbedingung einer gesunden Körper-Ich-Entwicklung ist die sich im Geburtsvorgang ereignende und auch symbolisierte 'Ankunft' eines physisch separaten Individuums. Dieser Prozess des „Ich bin – hier und jetzt“, die Ausformung des damit verbundenen Urvertrauens, steht damit am Anfang sowohl des Gruppenprozesses als auch einer jeden Sitzung. Die Gewissheit der eigenen Lebendigkeit (Ich-Vitalität) sowie die Einstimmung auf ein mittels der physischen Repräsentanz in der Welt verwurzelte, konsistente (Körper-)Selbst schafft eine essentielle Basis für alle weiteren Schritte. In enger Resonanz auf taktile und auch sonstige sensomotorische Stimuli entsteht gerichtete Aufmerksamkeit. Ein Innehalten, Stille und Langsamkeit sind atmosphärische Grundpfeiler. Hier findet ein Ankommen statt, ein erstes Grounding, das zunächst auf den Körperinnenraum und die unmittelbaren Kontaktstellen mit der Welt fokussiert. Die sich daran anschließende Phase vollzieht sich vorwiegend über eine erweiterte (Körper-) Selbstexploration – parallel zum Geschehen in der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung – hin zu einem „Ich habe und schätze meinen Körper“. Der Körper wird als ein dem

Selbst zugehöriges, mit Grenzen und Identität ausgestattetes Wesen erlebt, mit Wertschätzung bezüglich seiner unterschiedlichen Funktionen und Fähigkeiten versehen. Relevante, körpereigene Bezugsgrößen hierfür sind die rhythmischen Prozesse (z.B. Atmung und Herzschlag als unablässig und zuverlässig im Hintergrund die Vitalität sichernde Funktion) oder die den Körper tragenden und Fortbewegung ermöglichenden Eigenschaften der unteren Extremitäten. In der dritten Phase tritt das Bewegungsmoment des Körpers in den Vordergrund; er wird nun als ein dynamisches Vehikel zur Erkundung des Gegenüber und der Umgebung erlebt, nimmt gleichzeitig aus dem eigenen Binnenraum bzw. durch Eigenbewegung stimuliert und durch von außen kommende Sinnesreize/Bewegungsimpulse Anregungen auf.

Es entwickelt sich eine Erfahrung des „Ich bewege meinen Körper, mein Körper bewegt mich“, d.h. eine Gewissheit der Eigenmächtigkeit im Handeln und auch im Denken. Auf dieser Grundlage können nun interaktive psychodynamische Prozesse thematisch bearbeitet werden. Ein in der Welt sicher verankertes, wertgeschätztes und hinreichend in seinen Basis-

funktionen erfahrenes Körper-Selbst kommuniziert umfassend. Daraus resultiert im Selbst-Erleben: „Ich bin, be- wege und erfahre mich Anteil nehmend und in Resonanz zur/mit der Welt.“

Dieses Basismodell kann dann auf der Interventionsebene weiter konkretisiert werden; hierbei wird ein individuelles Koordinatensystem physikalisch-räumlicher Gegebenheiten der Körperlichkeit und verschiedener Bewegungs- modi zugrunde gelegt und es wird erneut leitmotivisch der aufgezeigte Ent- wicklungsfaden aufgegriffen.

#### 1. Einstimmung/Initiation, Ankommen/ Grounding

- Der Kreis als Ein- und Ausgangs- punkt der Gruppe
- Das 'Grounding', die 'Movements' als Ankerpunkt der Gruppe
- Das Spiel mit Bällen und Über- gangobjekten als Vermittlungs- punkt

Halt und Struktur gebende , ritualisier- te' basale Gruppeninterventionen; da- bei soll eine Aufmerksamkeitsverschie- bung von einem primär kognitiven auf einen affektiv-perzeptiven Selbstbezug im Verbund der Gruppe bewirkt wer- den. Hier sind des Weiteren Übun- gen/Aktivitäten zu beschreiben, die der Aufrichtung, Belebung und im Wei- teren auch Aufwärmung des Körpers aus dem Sitzen in den Stand dienen. Das Aktivieren des Körpers mit einer Ausrichtung längs der Schwerkraft, d.h. zum Boden hin, in Verbindung mit fortwährender Arbeit an der Körper- wahrnehmung (=inneres Gewahrsein) wird angestrebt. Der Umgang mit Bäl- len und anderen Objekten schafft star- ke Bewegungsstimulanz bzw. -anreize. Jedes Kind hat mehr oder weniger in- tensiv und sicher auch unterschiedlich affektiv besetzte Erfahrungen mit die- sem Medium gemacht, die häufig mo- torisch erinnert werden (besonders durch Hüpfen, Springen, Fangen, Lau- fen, etc.).

#### 2. Selbst-Erfahrung, Selbst-Bestimmung und Selbst-Wert

- Das Ge-Wicht des Körpers und die Schwerkraft
- Die Grenzen und die Raumgestalt des Körpers
- Die Kraft und die Elastizität des Körpers
- Gesten des Selbstrespekts

Wahrnehmungsübungen, Fokussierun- gen, Körperreisen bzw. -erkundungen stehen in dieser Phase im Vorder- grund; eine sensorische Stimulation mit

anschließender affektiv-assoziativer Be- zugnahme des Selbsterlebens kann un- ter Benutzung visueller (Bilder, Natur- szenen, etc.), olfaktorischer (ätherische Öle, Blumen, Nahrungsmittel, etc.) und akustischer (Naturgeräusche, Töne, Musik) Reize herbeigeführt werden.

#### 3. Körper-(Selbst)Erfahrung und Motili- tät

- Arbeit mit Ton-/Lautgebung, Stim- me
- Körper mit/als Musikinstrument, Körper-Rhythmen
- Den Raum be-greifen, erkunden
- Bewegungsarten

Kreative Bezugnahmen auf das indivi- duelle Körpererleben und -geschehen bestimmen diese Phase.

#### 4. Körper-Selbst und/in Kommunikati- on (themenspezifische Prozesse)

- Übungen zur Kontaktaufnahme
- Themenbezogene Partnerübungen
- Gruppendynamische/psycho- dramatische Übungen
- Übungen mit emotionalem Aus- druckscharakter

Hier werden soziale Kompetenzen ge- übt, psychodynamische Konflikte im Sinne der gruppenbezogenen Übertra- gungsbeziehungen angesprochen, al- ternative Konfliktlösungsstrategien iden- tifiziert und im Gruppenverbund expe- rimentell initiiert.

### Schlussfolgerungen

So komme ich also abschließend zu meinen eingangs gemachten Thesen zurück und fasse die Schlussfolgerun- gen wie folgt zusammen:

1. Angesichts der erheblichen metho- dischen und auch konzeptionellen Überschneidungsbereiche erscheint es gerechtfertigt, möglicherweise sogar klinisch geboten, die zumindest termi- nologisch vorgegebene Methodenviel- falt auf die in der Abbildung 1 einge- führten axialen Hauptwirkrichtungen einzugrenzen, wenn nicht gar von ei- ner Körperpsychotherapie mit differen- tem Interventionsspektrum auszuge- hen; hierfür benötigen wir einen brei- ten Diskurs um ein Theorie- und Erfah- rungsgeleitetes Integral des Interventi- onsspektrums im Schnittfeld verschie- dener Schulen zu erarbeiten.

Vergleichbar mit der Entwicklung im Bereich der anderen psychotherapeuti- schen Hauptrichtungen wird auch in der Körperpsychotherapie das wirk- sam, was unter dem Stichwort „Allge- meine Psychotherapie“ in Richtung auf

eine patientenzentrierte, störungsspezi- fische praktische Ausrichtung zuneh- mend Verbreitung findet. Damit ist nicht eine eklektische „Bauchladen- Psychotherapie“ gemeint, sondern der Versuch symptom- und/oder bedürf- nisorientiert das therapeutische Vorge- hen auf den individuellen Patienten abzustimmen. Das schließt auch ein, in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung unterschiedliche Schwerpunkte der Behandlung zu definieren. So kann ein Patient z.B. eingangs 'lediglich' an einer Symptomlinderung interessiert sein oder einer rekonstruktiv am Ver- halten orientierten Intervention zur Ich- Stabilisierung bedürfen, und dann zu einem späteren Zeitpunkt aktiv die tie- fenpsychologisch orientierte Bearbei- tung eines traumatischen Konfliktes angehen wollen.

2. Körperpsychotherapie ist ein klinisch erprobtes und weit verbreitetes, aus der Sicht der Patienten häufig nachge- fragtes Psychotherapieverfahren. Unter Definition klarer, syndromspezifischer und bevorzugt körpernaher Evaluati- onskriterien ist das systematisch ent- wickelte und einer Standardisierung zugängliche Integral klinischer Kör- perpsychotherapie in kontrollierten Studien zu evaluieren.

### Literatur

- Blankenburg, W. (1982) Körper und Leib in der Psychiatrie. Schweizer Archiv für Neu- rologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 131, 13-39.
- Dietrich, S. (1995) Atemrhythmus und Psycho- therapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien. Unver- öffentlichte Dissertation, Medizinische Fa- kultät, Universität Bonn.
- Downing, G. (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München: Kösel.
- Fiedler, P. (2002) Verhaltenstherapie: stö- rungsspezifisch und allgemein. In: Damkwart Mattke, Guido Hertel, Sabine Büsing & Karin Schreiber-Willnow (Hrsg.) Störungsspezifische Konzepte und Be- handlung in der Psychosomatik. Frank- furt/Main: VAS, S.25-37.
- Freud, S. (1923) Das Ich und das Es. Studien- ausgabe Bd. III (S. 273-330). Frank-furt/M.: Fischer.
- Geißler, P. (Hrsg.) (1998) Analytische Kör- perpsychotherapie in der Praxis. München: Pfeiffer.
- Geuter, U. (2000) Wege zum Körper – Zur Geschichte und Theorie des körperbezogenen Ansatzes in der Psychotherapie. Kran- kengymnastik, 52, 1175-1183.
- Görlitz, G. (1998) Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen (Reihe „Leben Lernen“, Nr. 120) und – Aufbau- übungen (Reihe „Leben Lernen“, Nr. 121). München: Pfeiffer.

- Kamper, D. & Wulf, Ch. (1982) Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Klinkenberg, N. (2000) Feldenkrais-Pädagogik und Verhaltenstherapie. (Reihe „Leben Lernen“, Nr. 133). München: Pfeiffer.
- Marcel, G. (1985) Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang, bearbeitet von Hans A. Fischer-Barnicol. In: H. Petzold (Hrsg.) Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven (S. 15-46). Paderborn: Junfermann.
- Moser, T. (1989) Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Peters, UH. (1990) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Petzold, H. (1977) Die neuen Körpertherapien. Paderborn: Junfermann.
- Rappe, G. (1995) Archaische Leiberfahrung. Berlin: Akademie Verlag.
- Röhrich, F. (2000) Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (1997) Störungen des Körpererlebens bei schizophrenen Patienten. Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 65, 323-336.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (1998) Empirische Untersuchungen zum Körpererleben in der Schizophrenie – eine Literaturübersicht. In: F. Röhrich & S. Priebe (Hrsg.) Körpererleben in der Schizophrenie (S. 43-50). Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe.
- Scharfetter, C. & Benedetti, G. (1978) Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Vorschläge einer zusätzlichen Therapiemöglichkeit und grundsätzliche Überlegungen dazu. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie, 123, 239-255.
- Strauß, B. (2002) Störungsspezifische versus Allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. In: Dankwart Mattke, Guido Hertel, Sabine Büsing & Karin Schreiber-Willnow (Hrsg.) Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt/Main: VAS, S.50-58.
- Strauß, B. (1992) Empirische Untersuchungen zur stationären Gruppenpsychotherapie – eine Übersicht. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 28, 125-149.
- Strotzka, H. (1975) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Tritt, K., Loew, TH., Lahmann, C. V., Arnim, A., Geuter, U. & Joraschky, P. (in Vorbereitung) Körperpsychotherapien – alles nur Humbug? Übersicht zu den empirisch-statistischen geprüften Körperpsychotherapien.

Dr. Frank Röhrich  
Academic Unit for Social &  
Community Psychiatry  
East London & The City Mental  
Health NHS Trust  
Newham Centre for Mental Health  
Glen Road  
London E13  
e-mail: rohrichf@aol.com

Helmut Brenner

## Autogenes Training Der Weg zur inneren Ruhe



Zu viel Stress, Leistungsdruck und Zeitknappheit! Fühlen Sie sich auch manchmal überbelastet? Leiden Sie wie heutzutage viele Menschen unter zunehmenden muskulären und nervlichen Anspannungen mit möglichen Folgen wie Gereiztheit, Schlafstörungen oder Krankheiten? Dann hilft Autogenes Training, dieses wichtige ganzheitlich orientierte Entspannungsverfahren, das auch die seelisch-körperlichen Wechselwirkungen behandelt.

Autogenes Training bedeutet aktive Gesundheitsvorsorge und ermöglicht einen gelasseneren Umgang mit den ausufernden Alltagsbelastungen.

Mit gezielten Entspannungsübungen, die in diesem Handbuch genau erklärt werden, lösen Sie körperliche und geistige Verspannungen und beeinflussen Ihre Gesundheit positiv.

ISBN 3-936142-62-9

Preis: 15,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich, Tel. ++ 49 (0) 5484-308,  
Fax + 49 (0) 5484-550, E-mail: pabst.publishers@t-online.de  
Internet: <http://www.pabst-publishers.de>