

Beate Wethkamp

Eine praxisorientierte Einführung in die klientenzentrierte Körperpsychotherapie

GFK Texte 3, 1997, S. 3-12

Persönliche Bemerkungen zu Beginn

Vor einigen Jahren, als die Klientenzentrierte Psychotherapie, zu deren Studium und Weiterentwicklung wir uns hier heute versammelt haben, in Deutschland noch allgemein "Gesprächspsychotherapie" genannt wurde, fand man es entlarvend und witzig, als arglose Ratsuchende auf eine fingierte Annonce für einen Workshop in "nonverbaler Gesprächspsychotherapie" hereinfließen. Inzwischen hat die Klientenzentrierte Psychotherapie die sowieso nur im deutschen Sprachraum übliche Verengung in ihrem Namen aufgegeben und damit bekundet, dass es nicht die Methode Gespräch, sondern die Verwirklichung einer klientenzentrierten Haltung ist, die sie als zentral und charakteristisch ansieht. Und ich darf auf einem ernsthaften Kongress vor sicher nicht uninformierten Kolleginnen und Kollegen ein Seminar abhalten über Klientenzentrierte Körperpsychotherapie, die neben dem Gespräch auch mit nonverbalen Methoden arbeitet und die man insofern auch "nonverbale Gesprächstherapie" nennen könnte...

Trotz einiger Ängste habe ich es gerne angenommen, dieses Seminar zu halten, weil ich körperorientiertes Arbeiten als eine wichtige Bereicherung meiner klientenzentrierten therapeutischen Arbeit ansehe und einfach gerne davon erzählen und Sie mit meiner Begeisterung anstecken möchte. Ich empfinde es nach einigen anfänglichen Hemmungen, mich und die KlientInnen in Bewegung zu bringen, als sehr viel angenehmer und belebender, mich mit meinen Klientinnen zusammen in meinem Therapieraum auch mal zu bewegen, als einen ganzen Arbeitstag lang lauschend und redend im Sessel sitzen zu bleiben. Ich finde es aber vor allem für die Arbeit fruchtbarer, nicht nur im Gespräch, sondern auch körperlich mit Klientinnen zu arbeiten. Die Klientinnen erleben die körperliche Bearbeitung eines Themas oft intensiver als die gedankliche: Dinge bleiben länger hängen, es gibt so etwas wie einen körperlichen Anker für neue Haltungen und Erfahrungen. Ich erlebe als Therapeutin einen viel grösseren Handlungsspielraum, ohne dass es dadurch beliebig wird, wie ich interveniere und begleite. Die Arbeit an Erfahrungen aus der Zeit vor dem Spracherwerb scheint mir leichter möglich. Und ich bin froh, diese neuen therapeutischen Impulse innerhalb des vertrauten klientenzentrierten Ansatzes gefunden zu haben, so dass ich mich nicht auf eine neue Begleithaltung oder ein neues Menschenbild umstellen musste.

Ich hoffe, dass ich in diesem Seminar ein bisschen von der Kreativität und der Lebendigkeit, die ich in der Ausbildung im GFK-Institut und jetzt oft auch in der Arbeit empfunden habe, zu Ihnen herüberbringen kann. Ich werde mich heute sehr praxisnah mit diesem Thema beschäftigen und Ihnen viele Beispiele geben, um anschaulich zu machen, wie die praktische Arbeit als Klientenzentrierte Körperpsychotherapeutin aussehen kann. Ich berücksichtige dabei, dass ich hier vor klientenzentriert arbeitenden Kolleginnen und Kollegen spreche und stelle ihnen diese Arbeitsweise vor allem aus klientenzentrierter Perspektive dar, weil ich davon ausgehe, dass Sie mich so am besten verstehen. Auf einige unserer im engeren Sinne körpertherapeutischen Arbeitsweisen wie z.B. die energetische Arbeit mit autonomen körperlichen Prozessen werde ich aus diesem Grunde nicht eingehen. Ich glaube nicht, dass ich sie im Rahmen eines 2-stündigen Seminars wirklich verständlich machen könnte.

1. Warum sich ein körperlicher Blickwinkel auf klientenzentrierte Psychotherapie lohnt: Plädoyer für die explizite Einbeziehung des Körpers in die klientenzentrierte Arbeit

These 1

In Gesprächspsychotherapien wird körperlich gelernt, den Körper nicht zu beachten und ihn schön stillzuhalten

Alle Psychotherapien arbeiten immer ein Stück weit auch mit dem Körper, ob sie es wollen oder nicht. Ganz nach dem bekannten Satz von Watzlawick: "Man kann nicht nicht kommunizieren" bringen wir unseren Klientinnen auch in klientenzentrierten gesprächsorientierten Therapien eine bestimmte Haltung

zu ihrer Körperlichkeit bei: In vielen Therapien, in denen der Körper nicht mit in die Arbeit einbezogen wird, in denen er kein Thema ist, lautet sie: Hauptsache ignorieren!

Körperlich lernt man in diesen Therapien vor allem, 50 Minuten lang stillzusitzen. Eventuell bewegen Therapeutin und Klientin ab und zu ihre Hände und ihre Gesichtsmuskeln, aber darunter ist der Körper meistens relativ abgestellt, oder beide bemühen sich doch darum, ihn weitgehend abzustellen. Körperliche Anspannung, Bewegungsimpulse, das Bedürfnis nach einer anderen Haltung, nach kleinen oder grossen Distanzveränderungen im Laufe des Gespräches werden selten bewusst wahrgenommen und noch seltener willkommengeheissen oder sogar in eine körperliche Aktion umgesetzt: z.B. in aufstehen, sich reckeln, sich abwenden, in eine Berührung. Das kommt uns ganz selbstverständlich vor.

So ähnlich ist es auch in dieser Seminarsituation. Indem sie sich entschieden haben, diesen Seminarvortrag anzuhören, haben sie sich zugleich auch bereit erklärt, einige Zeit lang ihren Körper und seine Bedürfnisse hintanzustellen. Ich möchte Sie zu einer kleinen Wahrnehmungsübung einladen, dazu, zumindest eben wahrzunehmen, welche Bedürfnisse es sind, die Sie da gerade ignorieren.

Wahrnehmungsübung: Vielleicht können sie für 2 Minuten die Augen schliessen und in sich hineinspüren: Wonach ist mir gerade körperlich? Was würden meine Hände im Moment am liebsten tun, was meine Füsse, mein Nacken, mein Mund? Will ich eigentlich sitzen? Oder würde ich, wenn ich die Freiheit hätte, lieber eine andere Haltung einnehmen oder mich bewegen? Würde mir eine Berührung guttun? Was für eine? Wo genau? Stimmt der Abstand zu den anderen um mich herum? Oder würde ich lieber etwas abrücken oder näherrücken? Vielleicht könnten Sie mal kurz einige im Sitzen mögliche Bewegungen andeuten und ausprobieren? Ist ihrem Körper vielleicht nach reckeln? Wie ist es, den Nacken ein bisschen zu drehen? Stimmt das oder stimmt das nicht?

Mit einer solchen Übung könnte z.B. eine Therapiestunde anfangen, in der der Klientin kein klares Thema gedanklich präsent ist und in die sie vielleicht zunächst nur ein diffuses Gefühl mitbringt. Da ist es möglich, dass sich aus dem körperlichen Erleben heraus ein Thema entwickelt, z.B. aus dem Bedürfnis danach, festgehalten zu werden, aus der noch unverständenen Lust der Hände und Füsse auf schlagende und tretende Bewegungen, aus der bewusstwerdenden Differenz zwischen äusserlicher Bewegungslosigkeit und innerer Unruhe, zwischen stark erlebtem inneren Druck und wenig Ausdruck davon, ...

In reinen Gesprächstherapien werden raumgreifende körperliche Reaktionen schon verunmöglicht oder doch sehr schwierig gemacht durch das typische gesprächspsychotherapeutische Setting:

- die Sitzanordnung, konkreter: die Sessellehne oder sogar den Schreibtisch zwischen Klientin und Therapeutin oder die schweren, unverrückbaren Stühle, die keine Distanzveränderungen erlauben,
- die fehlende ausdrückliche Erlaubnis und Ermunterung, den ganzen Therapieraum zum Sitzen, Gehen, Stehen oder Liegen zu benutzen,
- das fehlende Beispiel einer sich im Raum bewegenden Therapeutin, die es sich und damit der Klientin erlaubt, es anders zu machen als bei der Arbeit oder in der Schule, wo wir die Bedürfnisse unseres Körpers weitgehend zu ignorieren gelernt haben.

Paradoxerweise lassen wir auf der verbalen Ebene oft die Botschaft verlauten, dass es gut sei, den Körper und seine Impulse ernst zu nehmen: Da gibt es vielleicht den freundlichen Rat an den depressiven oder angespannten Klienten, sich mehr zu bewegen. Oder wir bemühen uns, der "somatisierenden" Klientin zu vermitteln, dass es Sinn machen könnte, körperliche Symptome ernstzunehmen und sie als Signale des Körpers zu verstehen, mehr auf die eigenen Impulse zu achten und ihnen zu vertrauen. Oder wir ermuntern das zu beratende Paar, sich in der sexuellen Begegnung nicht daran zu orientieren, was vom anderen erwartet werden könnte, sondern sich dem zu überlassen, was guttut und die eigenen körperlichen Impulse dabei ernst zu nehmen.

Das heisst, mit einer Therapie im Sitzen auf Stühlen, in der nur Hände und Gesichtsmuskeln in Bewegung sind, muten wir unseren Klientinnen unter Umständen einiges an Ambiguitätstoleranz zu. Und wir machen es ihnen leicht, an der Ernsthaftigkeit unserer Worte zu zweifeln.

Der körperliche Dialog zwischen Klientin und Therapeutin findet sowieso statt. Die hier liegenden Chancen und möglichen Missverständnisse brauchen unsere Aufmerksamkeit.

Dazu kommt, dass wir in rein gesprächsorientierten Therapien die Klientinnen alleine damit lassen, die ja sowieso und immer stattfindende und nur dezent verdeckte körperliche Interaktion zwischen Therapeutin und Klientin zu verstehen und dass wir die Chance verstreichen lassen, diese Interaktion für die therapeutische Arbeit fruchtbar zu machen.

Ich gehe dabei davon aus, dass unsere Körperreaktionen, unser körperliches Erleben in der therapeutischen Situation ja sowieso vorhanden und nicht wirklich versteckbar sind. Ich behaupte, dass sie mit Sicherheit von unseren Körpern, die sich in einem Raum gegenüber sitzen und sich aus lebenslanger eigener Praxis mit körperlichen Signalen bestens auskennen, auch wahrgenommen und beantwortet werden. Und zugleich wird das Vorhandensein dieser körperlichen Verständigung im Gespräch weitgehend ignoriert. (Wiltshcko, 1995)

Zur Veranschaulichung möchte ich Ihnen einen **Auszug aus einem Erstgespräch** mit einer verbal sehr versierten, zynischen Klientin vorstellen. Sie hat gerade eine analytische Therapie abgebrochen, weil sie sich von der sich unpersönlich gebenden Therapeutin alleingelassen gefühlt hat. Sie berichtet als Problem vor allem von grosser innerer und äusserer Einsamkeit und schweren Arbeits- und Motivationsstörungen in ihrem Studium. Sie äussert explizit den Wunsch, mich als klares und ehrliches Gegenüber erleben zu wollen, das sich nicht hinter seiner Rolle versteckt.

Kurz vor Stundenende stelle ich mich während die Klientin noch redet innerlich auf eine andere innere Haltung ein. Nachdem ich die Klientin bei der Darstellung ihrer Probleme bisher mehr empathisch begleitet habe, muss ich in der verbleibenden Zeit jetzt noch einige wichtige Daten "einsammeln", muss mehr strukturieren, Organisationsfragen stellen. Ich leite dazu über, indem ich auf das Stundenende verweise und erkläre, dass ich noch einige Informationen von ihr brauche. Fast noch vor meinen ersten Worten nehme ich wahr, wie plötzlich für Sekundenbruchteile die linke Augenbraue der Klientin auffällig hochschnellt.

Ich frage nach, was gerade in ihr passiert

- Nichts! Wieso?

Ich teile ihr meine Beobachtung mit, dass ihre Augenbraue hochgeschneilt ist.

- Scheisse, ich sollte mich echt besser unter Kontrolle haben! Blöde Augenbraue! (grinst herausfordernd)

Ich frage erneut, was in dem Moment in ihr vorging.

- Wollten Sie nicht noch Informationen von mir, die Zeit ist gleich um. Das schaffen wir dann nicht mehr, wenn wir jetzt auch noch über meine Augenbrauen reden. (grinst)

Ich möchte lieber wissen, was gerade in Ihnen passiert ist, das könnte wichtig sein.

- Das wär aber eine persönliche Rückmeldung! (sehr ernst)

Ja, und die würde ich gerne hören

- Das ist mir zu persönlich, wir kennen uns noch nicht lange genug, um uns persönliche Rückmeldungen zu geben! Ich finde das unangemessen!

Ich weiss, dass ich Ihnen damit etwas Schwieriges abverlange. Aber Sie haben eben sehr deutlich gemacht, dass es Ihnen darum geht, dass ich Ihnen als ehrliches und persönliches Gegenüber begegne, und das kann nur gehen, wenn wir beide uns darum bemühen. Aber wichtiger ist vielleicht noch, dass ich glaube, dass Sie mir körperlich mit Ihrer Augenbraue diese Rückmeldung schon gegeben haben, und ich möchte gerne verstehen, was Sie da so spontan ausgedrückt haben. Ich hatte den Eindruck, dass es unsere Beziehung zueinander betreffen könnte.

Daraufhin fängt die Klientin dann an, zu erzählen und berichtet, sie habe irgendwie eine Veränderung meiner Aufmerksamkeit bemerkt, habe sich plötzlich unwohl gefühlt und sei in diesem Moment zu der Einschätzung gelangt, ich sei innerlich von ihr weggegangen. Sie habe daraus den Schluss gezogen, meine Aufmerksamkeit für sie vorher sei nur gespielt gewesen und in Wirklichkeit sei sie mir überhaupt nicht wichtig. Sie habe sich plötzlich so verlassen gefühlt. Sie sei schön blöd gewesen, sich vorher einen Moment lang nicht ganz so einsam zu fühlen wie sonst immer.

In einer Therapie, die körperliche Signale weniger ernst nimmt und nicht darauf vertraut, dass es eine Verständigung zwischen meinem und dem Körper der Klientin auch bei nur inneren Bewegungen gibt, wäre diese Situation wahrscheinlich unter den Tisch gefallen. Die Klientin würde genauso spüren, dass sie sich plötzlich einsam und verlassen oder einfach nur unbehaglich fühlt, und stünde dann alleine damit herauszufinden, was da auf einmal die Atmosphäre verändert, was ihr plötzlich das Erzählen verleidet, das ihr einen Augenblick vorher noch gutgetan hat. Und falls ihr bewusst wird,

dass es meine äusserlich kaum sichtbare Reaktion war, die sie als ablehnend erlebt hat, dann weiss sie immer noch nicht, auf was ich mit Distanz reagiert habe: auf einen Themenwechsel, auf ihre Sprechweise, ihre geäusserten Gefühle? Und sie wird, selbst wenn sie ausgesprochen mutig ist, kaum nachfragen können, weil ñ offiziell und auf der Ebene unserer ausgetauschten Worte ñ ist ja gar nichts passiert und selbst die körperliche Reaktion der Therapeutin war ja so dezent, so leise, so versteckt, dass es nichts gibt, auf das die Klientin sich berufen könnte. Und so wird sie diese unterschwellig wahrgenommene Distanzierung so einordnen, wie sie es immer tut: je nach Selbstverengung wird sie meinen, sie habe mal wieder etwas falsch gemacht, sie sei nicht interessant genug oder nicht liebenswert oder sie habe nicht gut genug für mich gesorgt oder ich sei ihr feindlich gesinnt, und damit wiederholen wir eine Erfahrung, die sie schon tausendmal gemacht hat und treten einen ausgetretenen Pfad in ihrer Psyche noch fester. Und das ist traurig und tragisch und falsch und läuft unseren Zielen zuwider.

These 3

Der Körper bietet reichhaltiges "Material" zum Arbeiten

Tatsächlich sind Klientin und Therapeutin eben immer auch zwei Körper im selben Raum. Sie atmen, erleichen, erröten, verspannen und entspannen sich, sie frieren oder schwitzen, verändern ihre Blickrichtung usw. ... Es gibt kein Reden oder inneres Erleben ohne den Körper, ohne (oft kaum wahrnehmbare) Bewegungsimpulse, ohne eine physiologische und organische Basis.

Dadurch ist der Körper immer auch Grundlage jeder Psychotherapie, die sich mit dem Erleben auseinandersetzt. Das heisst als drittes, dass wir mit einer Psychotherapie, die den Körper nicht aktiv in Wahrnehmung und Aktion miteinbezieht, uns einen wichtigen Zugangsweg zu unseren Klientinnen, aber auch zu unserem eigenen Handwerkzeug, der spontanen Reaktion unseres Körpers abschneiden. Ich finde als Therapeutin reichhaltiges "Material" zum Arbeiten in der körperlichen Reaktion der Klientin, während sie sich mit einem Thema auseinandersetzt, ich finde Zugangswege, Kontaktmöglichkeiten und Themen im körperlichen Dasein der Klientin. Und ich finde in meiner eigenen körperlichen Reaktion Informationen über unsere gemeinsame Situation und Hypothesen darüber, was sie bedeuten könnte.

These 4

Die Möglichkeiten unseres Körpers als der Basis unseres Fühlens und Erlebens begrenzen auch die Möglichkeiten von psychischer Entwicklung und Selbstaktualisierung

Unser Körper ist die Basis unseres Lebens und auch unseres geistigen Lebens. Jedes Individuum, jeder Organismus ist auch ein System von ungezählten pulsierenden Zellen, die mit ihren Mustern von Harmonie und Disharmonie von klein auf unser Selbst- und Lebensgefühl konstituieren. Eine natürliche Pulsation zwischen Anspannung und Entspannung, Lust und Unlust, Aktivität und Ruhe bildet die Grundlage unseres Lebens, auch unseres Fühlens und Denkens. Einschränkungen dieser natürlichen Bewegung werden somit auch unser Fühlen und Denken einschränken und psychisches Wachstum schwieriger machen.

Obwohl der Körper auf diese Weise die Basis unserer Existenz, unsere Lebensgrundlage darstellt, pflegen wir unsere Körperlichkeit sehr wenig. In unseren alltäglichen Begegnungen, aber auch in den meisten Therapien gibt es wenig Aufmerksamkeit für körperliche Grundbedürfnisse wie z.B. Bewegung und Entspannung und Körperkontakt. Körperlichkeit wird auf definierte Nischen wie Sport und Fitness begrenzt, wo eher das Erreichen von Leistungs- oder Schönheitsnormen zählt als das Erspüren und Ausleben körperlicher Bedürfnisse. Es gibt wenig Unterstützung und Förderung einer akzeptierenden und aufmerksamen Haltung gegenüber dem Körper und seinen natürlichen Rhythmen. Im Gegenteil dominieren in unserer Lebensumwelt zunehmend vorgegebene Rhythmen, die den natürlichen Pulsationen des Körpers zuwiderlaufen. So finden wir bei der Arbeit durch Maschinen bestimmte Körperhaltungen, durch Produktionsrhythmen vorgegebene Arbeitstempi. Vorgegeben sind auch neue Muster der Informationsverarbeitung, die sich durch die Masse und das Tempo von Informationen, denen wir ausgesetzt sind, ergeben. Bei vielen Menschen hat sich dadurch schon eine Gier nach Kicks, nach dem schnellen Wechsel von Reizzuständen herausgebildet.

Ich rede von gesellschaftlichen Beschädigungen unseres Körpererlebens und Empfindens, die umfassend sind und auch unsere Klientinnen betreffen. Sie kommen nach meiner Einschätzung in den meisten Therapien jedoch kaum oder gar nicht zur Sprache, weil die Klientinnen sie als völlig

selbstverständlich ansehen und sie kaum noch wahrnehmen. Sind Sie zum Beispiel darüber informiert, wieviele ihrer Klientinnen es aushalten, sich ohne eingeschaltetes Radio und Fernsehen in ihrer leeren Wohnung auch nur 5 Minuten lang wohlzufühlen? Wieviele Ihrer jüngeren Klientinnen einem Film oder auch einem Unterricht mit einem langsameren Rhythmus als dem von Computerspielen nicht mehr folgen können, auch wenn sie sich bemühen? Wieviele Klientinnen kein natürliches Gefühl von Hunger oder Sättigung mehr kennen und sich unkontrolliert vollstopfen oder nach der Uhr oder Diätplänen ihre Essensaufnahme regeln?

"So gehört der Körper nicht nur der «Vollständigkeit halber» in die Therapie, schon gar nicht, weil es so aufregend ist, mit ihm zu arbeiten, sondern weil er mit seinem lebendigen Pulsieren die stoffliche Grundlage all dessen ist, was wir denken, fühlen und erleben können, auch für die Selbstaktualisierungstendenz, auch für das Erleben eines felt sense. Und seine Grenzen bestimmen, welche Gefühls- und Gedankengrenzen wir haben, seine Möglichkeiten, welche Wachstumspotentiale es noch zu entfalten gibt." (U. Schlünder, private Mitteilung)

2. Standortbestimmung der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie gegenüber der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und anderen Körper(psycho)therapien

Klientenzentrierte Körperpsychotherapie, wie ich sie heute vorstellen will, geht von der klientenzentrierten Haltung und von klientenzentriertem Handeln aus und bezieht die Körperlichkeit von Klientin und Therapeutin mit in den therapeutischen Dialog, in die therapeutische Arbeit ein. Damit ist sie zwischen rein gesprächsorientierten Psychotherapieformen und reinen Körpertherapien wie zum Beispiel dem Shiatsu anzusiedeln. Körper wird als ein wichtiger Zugang zu noch nicht symbolisierten Erfahrungen verstanden, die körperliche Interaktion zwischen Therapeutin und Klientin steht gleichberechtigt neben dem gemeinsamen Gespräch. Körperliche Erfahrungen der Klientin werden thematisiert und unter Umständen in Übungen vertieft. Schwierige Situationen und Beziehungen werden neben den vorherrschenden Gedanken, Gefühlen und Bewertungen auch daraufhin angeguckt, wie die Klientin sich dabei körperlich organisiert und wie Weiterentwicklung körperlich aussehen könnte. Anders als in reinen Körpertherapien ist eine Symbolisierung der körperlich erlebten Erfahrungen das Ziel, es geht nicht um das reine körperliche Erleben oder Veränderungen allein auf der körperlichen Ebene, ohne dass sie verstanden und integriert werden. Anders als in den analytischen Körpertherapien werden den Klientinnen keine Deutungen angeboten, sondern es geht darum, durch empathisches Verstehen bei der Klientin Selbstverstehen und die Suche nach der subjektiven Bedeutung zu fördern.

Standortbestimmung einer Klientenzentrierten Körperpsychotherapie

Klassische GT:

psychologische Symbolisierungsarbeit
Gefühle, Gedanken, Bedeutungen, Bewertungen stehen im Mittelpunkt der therapeutischen Beziehung
Körper evtl. wahrgenommen, aber nicht thematisiert

Klientenzentrierte Körperpsychotherapie:

körperlich-energetische Arbeit verbunden mit psychologischer Bedeutungsarbeit: der von innen gefühlte Körper als ein möglicher und wichtiger Zugang zu noch nicht symbolisierten Erfahrungen
Therapie als dialogischer, auch körperlicher Prozess
klientenzentriert, nondirigistisch

analytisch orientierte Körpertherapien:

Arbeit am Körper; Körper auch von aussen gesehen
Analyse der Befunde, vorgegebene Übungen
Deutung und Interpretation, um zu Symbolisierungen zu gelangen. Körper als wichtigster Zugang zum Unbewussten

reine Körpertherapien:

reine Körperarbeit, Symbolisierung nicht als Ziel (z.B. Shiatsu, Rolfing)

Auf die Begrenzungen eines rein gesprächsorientierten Ansatzes bin ich bereits eingegangen. Natürlich wird in vielen klientenzentrierten Gesprächspsychotherapien der Körper (zumindest der der Klientin) von erfahrenen Therapeutinnen nicht komplett ignoriert. Abweichend von der "klassischen" Gesprächspsychotherapie, in der die Therapeutin bewusst nur auf die Inhalte der sprachlichen Äusserungen der Klientin reagiert, und zwar nur verbal reagiert, wird in den heutigen Ausbildungsgängen zumeist eine klientenzentrierte Psychotherapie gelehrt, die auch nichtsprachliche Äusserungen wahrnimmt und gegebenenfalls anspricht. Wie die Klientin etwas sagt, wird ebenso wichtig genommen wie die Inhalte der Äusserungen. Auch im Focusing hat der Körper der Klientin seinen Platz ñ als "Sitz" des felt sense und in der Symbolisierungsform der Körperempfindungen. Insofern gibt es fließende Übergänge in Richtung der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie.

Auf der anderen Seite des Spektrums finden wir Therapieformen, die den Körper als einzigen oder doch wichtigsten Zugang zum Unbewussten sehen. Bei reinen Körpertherapien sind die bei der energetischen Arbeit am Körper entstehenden Gefühle, Gedanken und Bewertungen eher unerwünscht, mit ihnen wird nicht gearbeitet, so wie eine rein gesprächsorientiert arbeitende Therapeutin vielleicht nicht den Bauchschmerz in die therapeutische Arbeit miteinbezieht, den eine Klientin während der Sitzung erleidet.

Zwischen der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie und den analytischen Körperpsychotherapien bioenergetischer und biodynamischer Analyse bestehen da schon mehr inhaltliche Übereinstimmungen. Das Wissen stammt zum Teil aus denselben Quellen, es geht unter anderem auf Wilhelm Reich zurück und auf die fernöstliche Medizin und ihre Körper- und Bewegungstherapien. Auch gibt es zum Teil ähnliche Techniken in der energetischen Arbeit und in der Atemarbeit. Erfahrungen mit der psychischen Bedeutung bestimmter körperlichen akuter und chronischer Zustände, wie z.B. Muskelverspannungen oder Atemmuster, und das Wissen darum, wie psychische Erfahrungen sich körperlich manifestieren und ausdrücken können, haben auch in der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie Platz als vorsichtige Hypothesen, die die subjektive Bedeutungskonstruktion der Klientin unterstützen können. Auch die Ziele der Arbeit stimmen insofern überein, als die Symbolisierung noch unintegrierter Erfahrungen angestrebt wird.

Die Klientenzentrierte Körperpsychotherapie grenzt sich von den analytischen Körpertherapien weniger durch andere Inhalte als vielmehr durch ihre klientenzentrierte Haltung und Theorie ab. Nicht nur nach eigenen Erfahrungen als Klientin in einer bioenergetischen Selbsterfahrungsgruppe erscheint mir als grosser Unterschied, dass es dort weniger um einführendes Verstehen der körperlichen Selbstorganisation der Klientinnen (von innen), sondern eher um die Wahrnehmung und Analyse des Körpers von aussen geht. Die bioenergetische Therapeutin leitet an und deutet und steht weniger als kongruentes und persönliches Gegenüber im Kontakt mit der Klientin. Es gibt weniger unbedingte Wertschätzung in dem Sinne, dass das, was ich körperlich vorfinde, schon seinen Sinn haben wird und Respekt verdient, sondern es gibt auch Bewertungen als richtig und falsch, günstig und ungünstig. Z.B. ist fließende Energie besser als blockierte, ein weicher Muskel besser als ein harter, es gibt Dinge, die verändert werden sollten oder überwunden. Dazu dienen z.T. Übungen, die den Klientinnenkörper in extreme Stresspositionen bringen, um ein Brechen von körperlichen Blockaden zu erreichen und die ich als gewaltsam erlebt habe. Der aus solchen "Zumutungen" unter Umständen entstehende Widerstand soll dann in der Fortsetzung dieser verdinglichenden Handlungslogik gewaltsam gebrochen werden. Ich war nach diesen ñ natürlich persönlich gefärbten ñ Erfahrungen mit der bioenergetischen Analyse erstaunt und erleichtert, in der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie zu erleben, dass man auch auf eine sanfte, wertschätzende und verstehende Art und Weise mit dem Körper therapeutisch arbeiten kann.

3. Einige Bestimmungsstücke einer Klientenzentrierten Körperpsychotherapie

Ich möchte im folgenden anhand einiger wichtiger Begriffe zusammenfassen, was ich als das Eigene der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie ansehe. Diese Zusammenschau ist sicher nicht vollständig, mag aber ein erstes Kennenlernen der Ideen und Arbeitsweisen ermöglichen.

1. Die subjektive Bedeutung der körperlichen

Selbstorganisation

In Übereinstimmung mit der Theorie des sozialen Konstruktivismus gehen wir als Klientenzentrierte Therapeutinnen davon aus, dass nur die subjektive Wahrnehmung, die innere Welt der Klientin und die Bedeutung, die sie ihr gibt, für sie handlungsleitend und bedeutsam sein können. Als Therapeutin versuche ich, diese Welt der Klientin, diesen inneren Bezugsrahmen in seinen Möglichkeiten und Begrenzungen empathisch zu verstehen. Als Körperpsychotherapeutin interessiert mich dabei neben der emotionalen und gedanklichen Selbstorganisation der Klientin auch ihre körperliche Selbstorganisation. Als Klientenzentrierte Körpertherapeutin geht es mir dabei weniger um objektive Tatsachen. Mich interessiert weniger, wie der Körper der Klientin von aussen aussieht, wo von aussen wahrnehmbar Blockaden, Verspannungen, Ladungen etc. zu finden sind, wie das Atemmuster aussieht, sondern mich interessiert darüber hinaus und vor allem, wie es sich von innen anfühlt, so zu atmen, sich auf genau diese Weise anzuspannen. Mich interessiert, was für innere Welten dadurch entstehen, wie es ist, mit diesem Körper, mit dieser Haltung in der Welt zu sein. Es gibt keine festen Bedeutungen von bestimmter körperlicher Organisation, ihr Sinn steht nicht von vornherein fest, sondern es geht eben in der Therapie darum, ihr Bedeutung zu verleihen und ihren Sinn für die Klientin zu verstehen.

Wahrnehmungsübung: Was es bedeutet, den Körper von innen oder aussen zu betrachten, erschliesst sich Ihnen vielleicht am leichtesten in einer kurzen Wahrnehmungsübung: Schauen Sie dazu einfach einmal an sich hinunter und beschäftigen sich mit einem leicht sichtbaren Körperteil, der Ihnen gerade ins Auge fällt: Was genau sehen Sie? Wie geht es Ihnen mit diesem Teil von Ihnen, wenn Sie ihn so anschauen? Was taucht beim Betrachten in Ihnen auf?

Wenn Sie sich diesem Körperteil jetzt einmal von innen annähern, sich von innen in ihn hineinfühlen ñ was spüren Sie dann? Was taucht in Ihnen auf, wenn Sie in diesen Teil von sich hineinspüren, wie fühlt sich das an?

Gibt es Unterschiede in den Bildern, Konzepten, Bewertungen in den verschiedenen Betrachtungsweisen?

2. Aktualisierungstendenz und Selbstorganisation des Organismus

Unser Wissen um den erhaltenden und den entfaltenden Aspekt der Aktualisierungstendenz (vgl. Höger 1993, Schlünder 1993) lässt uns Klientenzentrierte Therapeutinnen davon ausgehen, dass der Organismus der Klientin die ihm möglichen Wachstumsschritte kennt. Dahinter steht die Theorie der Selbstorganisation von Organismen, in deren Tradition schon Rogers seine Idee von der Aktualisierungstendenz formulierte und die in den letzten Jahren in den Naturwissenschaften, v.a. in der modernen Biologie, zu neuen Ehren gelangte (vgl. Maturana/ Varela 1992; Eckert 1994; Höger 1993). Wir glauben daran, dass der Organismus der Klientin in seiner Entwicklung und in seinem Wachstum nicht von aussen steuerbar, wohl aber insofern beeinflussbar ist, als man ihm wachstumsfördernde, zuträgliche Bedingungen schaffen kann. Wie wir aus der Säuglingsforschung wissen, sind Menschen nach der Befriedigung materieller Bedürfnisse dazu vor allem auf eine ehrliche, akzeptierende und verständnisvolle Beziehung angewiesen. Als klientenzentrierte Psychotherapeutinnen versuchen wir, in diesem Sinne eine unterstützende therapeutische Beziehung anzubieten. Als Körperpsychotherapeutin versuche ich, auch körperlich gute Bedingungen für eine eigengesteuerte Entwicklung der Klientin herzustellen und auch körperlich Verstehen, Kongruenz und Wertschätzung herzustellen (vgl. dazu die ausführliche Darstellung in Abschnitt 4)

3. Die funktionale Identität von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen

Ausgangspunkt körperpsychotherapeutischen Handelns ist dabei die Annahme der funktionalen Identität von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen: Gedanken und Gefühle drücken sich auch körperlich aus, schlagen sich körperlich nieder und sind über körpertherapeutische Arbeit ebenso erreichbar wie über psychotherapeutische Gedanken- und Gefühlsarbeit. Umgekehrt wird auch die Art und Weise, wie jemand körperlich in der Welt ist, Auswirkungen auf seine Gedanken und Gefühle haben, und eine Veränderung seiner körperlichen Organisation wird sich auch auf seine Gedanken- und Gefühlswelt auswirken. Es handelt sich um unterschiedliche, aber gleichwertige therapeutische Zugänge zu allen wichtigen Themen eines Individuums.

Beispiel: Ein Klient erzählt davon, wie er sich durch die Erwartungen und Ansprüche seiner Freundin und seiner Eltern einengen lässt. Er erzählt von seinem Gefühl der Abhängigkeit von ihrer Zustimmung, erlebt seine Wut auf sie, überlegt, was für Werte er für das Zusammenleben von Menschen eigentlich richtig findet, wie er sich eigentlich einen Kontakt wünscht. Auf meine Anregung hin sucht er auch in seinem Körper danach, wie sich die erlebte Einengung bemerkbar macht. Er findet sie vor allem im Brustraum, bemerkt auch, wie sein Atem flach ist und sein Brustkorb sich kaum bewegt, wenn er sich mit diesem Thema beschäftigt. Wir probieren aus, was sich verändert, wenn er unter meine Hände auf seinem Brustkorb atmet und er unter dieser akzeptierenden Berührung seinen Atem ausgreifender werden lässt.

4. Die angewandten Methoden entstehen aus der Klientenzentrierten Haltung in Interaktion mit der Klientin

Aus diesem Wissen entstehen in der Interaktion mit der Klientin Ideen zu körperlichen Experimenten und Übungen, die helfen sollen, dass sie sich noch besser kennenlernt, versteht und akzeptiert. Konkrete Übungen, Berührungen, Wahrnehmungsexperimente oder Bewegungen werden entweder als Angebot vorgegeben oder gemeinsam mit der Klientin ausgehend von der gerade aktuellen Therapiesituation entwickelt. Sowohl Pacing als auch Leadingschritte können verbal und körperlich ausgeführt werden.

Beispiel: Eine Klientin erzählt zu Beginn der Stunde von einer hektischen Suche nach ihren Schlüsseln. Sie hadert mit sich, weil sie so oft Sachen verlegt, sucht nach Gründen dafür. Ich als Therapeutin merke, dass ich kaum zuhören kann, mit den Gedanken abschweife, im Kopf Druck empfinde. Ich spreche die Klientin darauf an, wie es ihr beim Erzählen geht, sie beschreibt sich als unkonzentriert, zerstreut, hektisch, wenig in ihrer Mitte. Sie erlebt unser Gespräch als unbefriedigend. Wir beschließen gemeinsam, ihrem Gefühl der Zerstreutheit körperlich nachzugehen. Sie legt sich hin und ich bitte sie, in sich hineinzuspüren und wahrzunehmen, was sie dort vorfindet. Sie beschreibt, dass sie sich im Bauchraum unangenehm leer, in der Brust eng fühlt. Ihr Hals sei wie zugesperrt, der Kopf heiss und voller Druck. Sie formuliert den Wunsch, den Druck im Kopf loszuwerden, sich im Bauch und Brustraum voller und weiter zu fühlen. Der zugesperrte Hals wird als Schranke erlebt. Wieder macht sich die Zerfahrenheit der Klientin bemerkbar, es fällt ihr schwer, sich auf diese Körperempfindungen zu konzentrieren. Ich biete ihr an, sie mit meinen Händen zu berühren, weil es ihr durch die Berührung leichter fallen könnte, sich auf bestimmte Körperstellen zu konzentrieren. Sie ist einverstanden. Nach längerem Ausprobieren finden wir heraus, dass es sich für sie am besten anfühlt, wenn ich die eine Hand unter ihren Nacken, die andere auf ihren Bauch lege und im Atemrhythmus mitbewege. Sie ist jetzt sehr aufmerksam und präsent, fühlt, wie die Anspannung aus dem Kopf zunächst schmerzhaft in ihren Rücken herunterwandert, dann folgt von oben eine Welle, die sie als warm und energievoll empfindet. Die Klientin drückt Trauer darüber aus, wie oft sie sich überhaupt nicht fühlt und nicht einmal merkt, wie angespannt sie ist. Als sie geht, fühlt sie sich weniger zerrissen, mehr in ihrer "Mitte" als zu Anfang der Stunde.

5. Klientenzentrierte Aneignung von Methoden und Kategorien anderer Therapierichtungen

Neben der "Übersetzung" klientenzentrierter Herangehensweisen ins Körperliche, wie wir sie gleich auch noch anhand der Grundvariablen vornehmen wollen, haben sich in der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie als Methoden einige Arbeitsweisen, Wahrnehmungs- und Zuordnungshilfen, etabliert, die z.T. innerhalb unseres Instituts selbst entwickelt, z.T. aus anderen Körpertherapierichtungen oder der fernöstlichen Medizin übernommen und klientenzentriert angeeignet wurden. Ich nenne hier beispielhaft:

- die Chakrenlehre und die Reichsche Lehre von der Aufteilung des Körpers in Segmente, die Therapeutin und Klientin unter Umständen erste Anhaltspunkte dafür geben können, welche Themen und Gefühle mit welchen Körperregionen verknüpft sein können. Sie fassen auf einer energetischen Sichtweise körperlichen und psychischen Geschehens, von der aus z.B. Gedanken, Gefühle, und Handlungen aber auch Krankheiten als "energetische Prozesse" betrachtet werden.

- eine Systematik verschiedener Bindungsarten, die sich in menschlichen Beziehungen und damit auch in der therapeutischen Beziehung immer wieder konstellieren. Diese Systematik kann es mir und der Klientin leichter machen, zu verstehen, wie sie sich in einem bestimmten Moment an mich und die Welt bindet und welches Beziehungsangebot sie sich von mir wünscht: ob z.B. eine theoretische Erklärung angesagt oder ist oder eher schützendes Festhalten. (Geiser 1995)

- eine Systematik strukturgebundenen Verhaltens in Form von Charakterstrukturen, die mir als Therapeutin helfen kann, wiederkehrende Verhaltensmuster der Klientin in ihrer Bedeutung als strukturgebundene Notprogramme besser zu verstehen. Wenn wir ernstnehmen, dass die innere Welt eines anderen Menschen wirklich anders ist als meine, kann es Dinge geben, die mir durch einführendes Verstehen nur begrenzt zugänglich sind. Hier können Verstehenshilfen wie das Wissen um unterschiedliche charakterliche Erlebensweisen von Menschen eine bessere Einfühlung ermöglichen, solange sie klientenzentriert als Hypothesen und in der Interaktion mit der Klientin als Angebote eingebracht werden. (Geiser 1992)

- die Annahme eines dritten therapeutischen Arbeitszustandes, den wir "Sich Überlassen" oder "autonomer Prozess" nennen und der zusätzlich zum Alltagsbewusstsein (dem Bewusstseinszustand wacher erwachsener Personen bei alltäglichem bewusstem Handeln, Denken und Interagieren) und der inneren Achtsamkeit (dem Arbeitszustand, den es beim Focusing braucht) besteht. Er beinhaltet, dass die Klientin im geschützten Raum einer vertrauten therapeutischen Arbeitsbeziehung sich körperlichen Impulsen, z.B. dem Impuls nach Strecken und Zusammenziehen des ganzen Körpers oder z.B. einem Zittern in einem Körperteil einfach überlässt, es geschehen und sich entwickeln lässt, ohne es zu kontrollieren und zu reflektieren. Das geschieht im Wissen darum und im Vertrauen darauf, dass der Körper solche energetischen Prozesse selbst sinnvoll steuert und sich damit in Balance bringt, ohne dass uns der Sinn davon sofort klar sein muss. Das klingt zunächst sehr fremd, ist aber in Annäherung damit vergleichbar, wie wir auch uns beim Gähnen, Niesen, Räkeln, Husten oder im Geburtsprozess dem körperlichen Geschehen überlassen müssen und aus Erfahrung wissen, dass der Körper sich so selbst sinnvoll reguliert.

6. Das therapeutische Setting

Für meine konkrete Praxis bedeutet körpertherapeutisches Arbeiten: Ich arbeite in einem sparsam möblierten, behaglich eingerichteten Raum, in dem man auf leicht beweglichen Stühlen, aber auch auf einer riesigen Matratze mit Kissen und Decken sitzen oder liegen kann. Man kann alles leicht beiseite räumen, und dann ist Platz für etwas ausgreifendere Bewegungen im Raum.

Eine Therapiestunde enthält, je nach den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Klientinnen, abhängig vom Stand unserer Beziehung, Gesprächssequenzen (GT), Focusing, und Körperarbeit. Körperarbeit und psychologische Symbolisierungsarbeit stehen nebeneinander. Wenn wir miteinander sprechen, reden wir nicht nur über Gedanken und Gefühle, sondern auch über die Art und Weise, wie die Klientin mit ihrem Körper in der Welt ist und wie sie sich und die Welt aus diesem Körper heraus erlebt. Wir reden über die körperlichen Reaktionen, die wir im gemeinsamen Gespräch erleben. Ich fordere die Klientin immer wieder auf, nicht nur aus dem Alltagsbewusstsein, sondern auch aus einem Zustand innerer Achtsamkeit heraus sich zu explorieren. Und es gibt therapeutische Prozesse, in denen es darum geht, sich ganz dem körperlichen Geschehen zu überlassen.

Wenn wir uns im Raum bewegen, kann es darum gehen, die Haltung der Klientin einem Problem, einem Menschen gegenüber oder auch ihre Haltung zum Leben und zur Welt auch körperlich zu erfahren. Oft werden Haltungen und Einstellungen sehr sinnfällig deutlich, wenn man nach ihrem körperlichen Ausdruck schaut.

Manche noch unverstandenen körperlichen Impulse der Klientin brauchen dabei ein körperlich antwortendes Gegenüber, um deutlicher und verstehbarer zu werden. Vielleicht kann die Klientin in der körperlichen Interaktion mit der Therapeutin herausfinden, ob es bei ihrem Bedürfnis danach, um sich zu schlagen, eher darum geht, sich abzugrenzen oder Kontakt herzustellen, ob es bei ihrem Bedürfnis, sich zu verkriechen, darum geht, in Ruhe gelassen oder gefunden zu werden. Das heisst, dass ich mit der Klientin auch mal zusammen kämpfe, sie festhalte, verschiedene räumliche Distanzen mit ihr ausprobiere.

4. Unsere klientenzentrierten "Grundvariablen" körpertherapeutisch verstanden

Die Klientenzentrierte Körperpsychotherapie enthält auch originär körpertherapeutische Konstrukte und Arbeitsweisen, auf die ich in diesem Rahmen nicht näher eingehen möchte. Aber es ist auch möglich, ausgehend von klientenzentriertem Konzept als etwas, das allen hier bekannt sein dürfte, einige körpertherapeutische Konzepte und Arbeitsweisen zu erklären und auch selbständig zu entwickeln. Das wichtigste Handwerkzeug dazu ist eben kein Kanon von Übungen oder bestimmten Handgriffen, die bei bestimmten Problemen anzuwenden sind. Deshalb möchte ich im folgenden mit Ihnen gemeinsam überlegen, was es heissen könnte, die allen bekannten Grundvariablen körpertherapeutisch zu verstehen.

4.1. Was kann es bedeuten, Empathie körperlich zu verwirklichen?

4.1.1. Einführendes Verstehen kann sich nicht nur auf die Gedanken und Gefühle, sondern auch auf die körperliche Selbstorganisation der Klientinnen beziehen.

Körperlich verwirklichte Empathie kann in diesem Sinne heissen, sich auch in die körperlichen Haltungen, Muster und Erlebensweisen der Klientin einzufühlen, um besser zu verstehen, wie sich diese Person selbst körperlich organisiert und wie sie in dieser Haltung die Welt zu erleben in der Lage ist.

Ich schaue diese Körperhaltung, diesen Schmerz, diesen Bewegungsimpuls, diesen Kloss im Hals mit der Klientin gemeinsam freundlich interessiert und neugierig an. Mich interessiert, wie genau er sich für die Klientin anfühlt, wie und wann er sich verändert, was er ihr bedeutet, wie es sich damit in der Welt lebt. Z.B. fühlt sich die Klientin wertlos, ohne Stolz: Wie fühlt sich dieses Gefühl der Wertlosigkeit körperlich an? Welches Atemmuster gehört dazu, welche Haltung der Arme, des Kopfes, welche Blickrichtung, welche stimmliche Qualität? Welche Bewegungsimpulse sind in dieser Haltung da, welche körperlichen Bedürfnisse? Wo ist Anspannung, wo Entspannung in dieser Haltung? Wie würde sich das Gegenteil (Stolz) körperlich anfühlen? Welche Gedanken, Gefühle, Impulse bringt diese Haltung mit sich? Was bräuchte es körperlich dazu, diese Haltung aufzubauen, welches Atemmuster, usw? Was passiert beim Übergang von der einen Haltung in die andere? Woher kennt die Klientin diese stolze Haltung?

4.1.2 Ich kann mich auf körperliche Art und Weise in die Klientin einfühlen

Als Therapeutin kann ich die Bedeutung der körperlichen Ausdrucksformen der Klientinnen oft besser verstehen und erfühlen, wenn ich sie unmittelbar, d.h. ohne digitale Übersetzung in Worten, analog, in mir entstehen lasse. Ich gehe davon aus, dass die körperlichen Reaktionen, die in mir entstehen, wenn ich mit der Klientin in intensiver Interaktion stehe, mir mitteilen können, wie sich die Klientin gerade körperlich fühlt, manchmal ohne dass ich diese innere Wahrnehmung an konkreten Tatsachen in ihrem Verhalten festmachen könnte. Dazu braucht es keine besondere Technik, auch wenn es zusätzlich hilfreich sein kann, die fünf Sinne zur äusseren Wahrnehmung der Klientin einzusetzen, die andere gut anzuschauen, auf ihren Atem zu hören, ihre Körperhaltung einzunehmen. Oft reicht es aber, mich einfach nur von der Klientin anmuten zu lassen und dabei meinen eigenen Körper wahrzunehmen. Wenn ich in mich hineinspüre, kann ich schon mal eine erste Ahnung davon bekommen, was sich zwischen uns konstellierte hat oder wie es der Klientin gerade geht. Wenn ich plötzlich in der Therapiestunde Kopfschmerzen bekomme, ohne dass es dafür naheliegende private Gründe gibt, könnte das zum Beispiel heissen, dass es der Klientin auch so geht, dass sie z.B. gerade alle ihre Energie aufs Denken und Grübeln verlegt und sich dabei nicht gut fühlt.

Als Klientenzentrierte Psychotherapeutin biete ich diese Wahrnehmungen natürlich nur vorsichtig und achtungsvoll an (wie auch bei den nichtkörperlichen Empathieformen), frage an, wie es ihr geht, erzähle vielleicht von dem Druck in meinem Kopf und frage, ob das was mit ihr zu tun haben könnte. Sie muss das jederzeit beiseite legen und sich davon abgrenzen können, wie sie ja auch andere Verstehensversuche von mir korrigieren darf.

Empathie heisst dann vor allem, in mir selbst das aufzusuchen, was bei der Klientin los sein könnte. Das heisst, dass ich mit etwa der Hälfte meiner Aufmerksamkeit bei mir bin. Ich fühle mich nicht in den Klientinnenkörper dort drüben hinein, sondern ich beobachte mich in der Interaktion mit meiner Klientin, und das lässt mich nachempfinden, was in ihr entsteht.

4.1.3. Die Empathie kann von der Therapeutin körperlich ausgedrückt und von der Klientin körperlich in Empfang genommen werden.

Ich kann nicht nur mit der Klientin darüber reden, was ich wahrnehme, wenn ich mich körperlich in sie einfühle, ich kann meine Verstehensversuche auch körperlich ausdrücken. Ich kann ñ wenn sie es gestattet ñ meine Hand auf ihren Bauch legen, um besser zu spüren, wie sie gerade atmet. Ich kann mich genauso zusammenkauern wie sie und damit zeigen, dass mich ihre Haltung beschäftigt. Auch die Ergebnisse meines Verstehens können körperlich ausgedrückt werden: Ich ahme die kauernde Haltung der Klientin nach, spüre in dieser Haltung, dass sich eigentlich der Kopf auch noch gerne auf den Knien ausruhen würde und lasse meine Kopf sinken und warte, wie die Klientin reagiert: Ob auch sie den Kopf sinken lässt und vielleicht sagt: "Ja genau, so stimmt es wirklich". Oder ob sie mich korrigiert und etwa sagt: "Nein, der Kopf, der muss oben bleiben, ich muss noch alles sehen können!"

Beispiel: Ich frage mich, was mit der Klientin los ist, die immer weniger intensiv bei ihren Worten zu sein scheint. Ich werde unruhig beim Zuhören, merke meinen Impuls, aufzustehen und im Zimmer herumzugehen. Ich versuche, diese innere Wahrnehmung äusserlich zu verifizieren, nehme noch einmal bewusst in mich auf, wie die Klientin da vor mir sitzt. Sie scheint auf den ersten Blick ganz ruhig zu sein, aber dann sehe ich, dass ihre Füße ab und zu unruhig scharren und dass ihr Blick immer wieder in den Teil des Raumes wandert, wo wir hingehen, wenn wir uns bewegen wollen.

Möglichkeiten:

- Ich frage die Klientin, wie es ihr beim Erzählen gefühlsmässig, wie es ihr körperlich geht.
- Ich teile meine Beobachtung ihrer Füße und ihrer Augen mit, sage zum Beispiel: "Sie schauen immer wieder da rüber...?" oder "In Ihren Füßen scheint etwas Unruhiges zu sein...?" oder "Ihre Füße sehen so aus, als wollten Sie am liebsten losgehen...?"
- Ich sage: "Sie erzählen einerseits ganz ruhig, aber Sie sind auch ein bisschen unruhig und würden sich gerne bewegen?"
- Ich stehe auf und sage z. B.: "Ich muss gerade mal etwas herumgehen, ich werde immer unruhiger, während ich Ihnen so zuhøre ñ geht es Ihnen auch so oder ist das nur meine ganz eigene Empfindung, mein eigenes Bedürfnis...?"
- Ich weise einladend und fragend ohne Worte in unsere "Bewegungsecke".

4.2 Kongruenz körperlich verstanden:

Ich stehe für die Klientinnen weniger mit meinem Wissen, meinen Deutungen interpretierend und anleitend zur Verfügung, sondern ich bin als ehrliches Gegenüber in einer persönlichen Beziehung für sie da. Körperlich verstanden heisst das, dass ich mich der Klientin in unserer therapeutischen Beziehung als klares und ehrliches Gegenüber auch mit meinem Körper zur Verfügung stelle: Ich nehme auch meine körperlichen Reaktionen auf die Klientin wahr, nehme sie ernst, schätze sie wert. Unter Umständen kann ich sie veröffentlichen, indem ich darüber rede, wie es mir körperlich im Kontakt mit ihr geht, oder diese Rückmeldung auch körperlich zum Ausdruck bringen: Angezielt ist dabei nicht eine Selbstentlastung der Therapeutin, sondern dass die Klientin sich weiterhin empathisch mit sich selbst beschäftigen darf und nicht rätseln muss, wie sie gerade auf die Therapeutin wirkt.

In einer Therapieform, die auch körperliche Berührung erlaubt, ist es wichtig, als Therapeutin genau zu merken, wieviel körperliche Nähe mit dieser Klientin sich im Moment richtig anfühlt und dabei nicht über die eigenen Grenzen zu gehen, auch wenn das nicht mit den Wünschen der Klientin zusammenpasst. Eine "unechte", als unpassend erlebte Berührung richtet nach meinem Verständnis mehr Schaden an, als dass sie guttut.

4.3 Unbedingte Wertschätzung/Akzeptanz körperlich verstanden:

Ich gehe als Klientenzentrierte Körperpsychotherapeutin davon aus, dass auch die körperliche Selbstorganisation der Klientin sinnvoll und wertvoll ist. Es gibt nicht die Idee, dass die Klientin sich körperlich oder psychisch verändern sollte. Ich setze voraus, dass es schon seinen Grund haben wird, warum der Atemfluss auf diese oder jene Weise von einem gleichmässigen Rhythmus abweicht, warum die Klientin einen aufgeblähten Brustkorb oder einen unsicheren Stand hat. Vielleicht sind

bestimmte Verspannungen oder Atemmuster ein Notprogramm, das mehr dem Erhalt als der Entfaltung des Organismus dient, aber auch und gerade als Notprogramm haben sie ihren Sinn und ihre Funktion. Es gibt bei mir keine Vorstellung davon, dass dieser Körper ohne diese Energieblockade, ohne diese Muskelverspannung besser dran wäre. Es gibt kein Bild vom idealen Körper.

Ich behandle die Klientin auch körperlich mit Respekt, d.h. ich respektiere ihre körperlichen Bedürfnisse, ihre Impulse, ihre Wünsche nach Distanz oder auch nach Nähe ñ was natürlich noch nicht heisst, dass ich ihnen auch nachkommen muss. (Kongruenz)

Ich kann Akzeptanz für den Körper der Klientin und das innere Erleben ihres Körpers verbal ausdrücken, ich kann meine Wertschätzung aber auch körperlich kundtun, z.B. mit einer Berührung. Eine Hand auf einer als kritisch erlebten Stelle, z.B. bei einem als leblos empfundenen Nacken, einem als aufgepumpt erlebten Bauch, kann von der Klientin als wertschätzend erlebt werden.

Schlussbemerkung:

Ich bin jetzt am Ende meiner Ausführungen angelangt. Ich hoffe, ich konnte Ihr Interesse für die körperliche Seite unserer therapeutischen Arbeit ein wenig anregen. Vielleicht konnten Sie ja feststellen, wieviel von Ihrer Arbeitsweise sowieso schon immer körperorientiert ist. Und vielleicht finden Sie es interessant und lohnend, in Ihren nächsten Therapiestunden etwas Augenmerk darauf zu verwenden, dass da im Raum eben auch einfach zwei Körper sitzen, die gemeinsam atmen, sich anspannen und entspannen, Bewegungsimpulse haben...

Verwendete Literatur:

- Eckert, Jochen, (1994). Über die hilfreiche Unterscheidung zwischen einer therapeutischen und einer helfenden Beziehung für das klientenzentrierte Konzept. in: Keil, Hick, Korbei, Pork (Hrsg.), Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie. Markinger Verlag, S. 119 ff.
- Geiser, Christiane, (1992). Hilfreiches Handwerkszeug, kein Fluch. Plädoyer für die Charakterstrukturen. Ströme-Rundbrief Nr. 5, Seite 20ñ30.
- Geiser, Christiane, (1995). Die Bindungsarten: eine klientenzentrierte Übertragungstheorie, GFK-Texte 2, S. 39ñ49.
- Höger, Diether, (1993). Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung ñ die basalen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. in: J. Eckert, D. Höger, H. Linster (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1, Köln :GWG-Verlag, S. 17ñ41.
- Juchli, Ernst, (1995), Gedanken um Körperpsychotherapie, GFK-Texte 2, S. 69ñ75.
- Keleman, Stanley (1994), Forme Dein Selbst. Wie wir Erfahrungen verkörpern und umgestalten. Ein Übungsbuch. München: Kösel
- Maturana, Humberto R. und Varela, Fransisco J. (1992). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. München: Goldmann.
- Schlünder, Uli (1993): Wissenschaftlichkeit. Vorüberlegungen zu einem schwierigen Begriff, GFK-Texte 1.
- Wiltshko, Johannes (1981), Personzentrierte Körpertherapie. Zwölf Thesen und ein Protokoll mit Kommentar. Psychotherapie und Beratung, Linz.
- ders., (1995), Körper und Beziehung. in: ders., Focusing Therapie. Studienhefte Heft 4, Würzburg: DAF Focusing Bibliothek.