



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Beratung, M. A.

Wintersemester 2019/20

Masterarbeit

Potenziale und Grenzen des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung anhand eines Reviews

vorgelegt von: Katharina Huber

Erstprüferin: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam
(Hochschule Neubrandenburg)

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt
(Hochschule Neubrandenburg)

Datum: 24.02.2020

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0421-2

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Theoretischer Hintergrund.....	8
2.1	Hintergründe des Einbezugs körperlicher Aspekte in psychotherapeutische Behandlungen.....	8
2.1.1	Theoriebasierte Grundlagen des Einbezugs körperlicher Aspekte	8
2.1.2	Relevante neurowissenschaftliche Hintergründe	12
2.1.3	Zusammenfassung der Entstehungshintergründe	18
2.2	Entwicklungslinien und definitorische Eingrenzung körperorientierter Psychotherapiemethoden	19
3	Methodik	24
3.1	Grundlagenrecherche und Strukturierung der Arbeit	24
3.2	Methode Review	25
3.3	Beschreibung der systematischen Literaturrecherche	26
4	Ergebnis.....	29
4.1	Methodenunspezifische Aspekte zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie... 29	
4.1.1	Wirkfaktoren und allgemeine Wirksamkeitsnachweise	29
4.1.2	Wirksamkeit nach Erkrankungsbild und Symptomatik	31
4.2	Körperpsychotherapiemethoden – methodenspezifische Beschreibung, Wirksamkeit und Indikation	35
4.2.1	Fokus Körperenergie und Affekte.....	35
4.2.2	Fokus Körperbewegung	38
4.2.3	Fokus Wahrnehmung.....	42
4.2.4	Fokus Beziehungserfahrung	47
4.3	Schlussfolgerungen für die psychosoziale Beratung.....	49
4.3.1	Potenziale des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung	49
4.3.2	Grenzen des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung	57
5	Diskussion.....	62
6	Literaturverzeichnis	69
	Anhang A: Dokumentation der systematischen Literaturrecherche.....	78
	Anhang B: Zusammenfassung der eingeschlossenen Literatur	81
	Anhang C: körperorientierte Interventionen nach Erkrankungsbild	87

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1: körperorientierte Therapiemethoden.....	S. 22
Tab. 2: Suchbegriffe der systematischen Literaturrecherche.....	S. 26
Tab. 3: Wirkung und Indikation von körperpsychotherapeutischen Methoden.....	S. 53
Abb. 1: Flussdiagramm zur Beschreibung der systematischen Literaturrecherche.....	S. 28

Abstract

Einleitung

In westlich geprägten Gesellschaften ist eine getrennte Betrachtung von Psyche und Soma, welche mit einer Vernachlässigung und Instrumentalisierung des Körperlichen einhergeht, zu beobachten. Die nachrangige Stellung der Körperebene spiegelt sich auch in psychotherapeutischen und beraterischen Kontexten wider. Körperpsychotherapieverfahren versuchen dem entgegenzuwirken und streben eine ganzheitliche Behandlung an. Im Rahmen des vorliegenden Reviews werden ausgehend von der Wirksamkeit körperorientierter Psychotherapieverfahren Potenziale und Grenzen des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung aufgezeigt.

Theoretischer Hintergrund

Die körperpsychotherapeutischen Ansätze und Methoden unterscheiden sich hinsichtlich ihrer theoretischen Grundkonzepte und ihrer praktischen Umsetzung. Es wird von Wechselwirkungen zwischen Psyche und Soma ausgegangen, welche auch mit neurowissenschaftlichen Erkenntnissen begründet werden. Körperpsychotherapiemethoden zielen häufig auf eine ganzheitliche Selbstwahrnehmung (*embodied self-awareness*) ab und beziehen den Körper als Kommunikationsmedium in therapeutische Kontexte mit ein.

Methode

Für das Review wurde eine Eingrenzung der Körperpsychotherapiemethoden vorgenommen. Die systematische Literaturrecherche im Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg, in diversen Datenbanken und auch Zeitschriften ergab 21 Studien und Übersichtsarbeiten, welche in Form eines narrativen Reviews zusammenfassend dargestellt werden.

Ergebnisse

Neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Wirksamkeitsnachweise für einzelne Körperpsychotherapiemethoden und für ein körperorientiertes Vorgehen bei bestimmten psychischen Erkrankungen lassen Rückschlüsse auf die Potenziale eines Einbezugs der Körperebene in die psychosoziale Beratung zu. Grenzen einer ganzheitlichen Beratung können sowohl die Klient*innen und Berater*innen als auch das Setting betreffen.

Diskussion

Der Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung kann als Erweiterung des Methodenrepertoires von Berater*innen betrachtet werden. Eine Integration in die Berater*innenausbildung sollte diskutiert und eine zunehmende wissenschaftliche Fundierung angestrebt werden.

Stichwörter: Beratung, Körper, ganzheitlich, Wirksamkeit, Embodiment

1 Einleitung

In der westlichen Welt hat sich insbesondere aufgrund kultureller Traditionen eine getrennte Betrachtung von Körper und Geist, bzw. Psyche, etabliert. Nach Wilke (2007) bringt diese Trennung eine nachrangige Beachtung körperlicher Aspekte mit sich, welche zur Entwertung des Körperlichen führt. Gleichzeitig sei in der heutigen Gesellschaft eine narzisstische Besetzung des Körpers zu beobachten, die wiederum eine Instrumentalisierung des Körpers nach sich zieht und beispielsweise zur Entwicklung von Körperbildstörungen beitragen kann. Pullen (2016) sieht eine Reduktion des Körpers auf seine Funktionalität und Statureffekte als Folge des Primats des Rationalen in der aktuellen westlichen Gesellschaft. Durch diese Polarisierung von Psyche und Soma finden seiner Meinung nach körperliche Aspekte für die Entwicklung und Problembewältigung häufig zu wenig Berücksichtigung (Pullen, 2016).

Das Phänomen der Entfremdung vom Körper zeichnet sich auch in traditionellen psychotherapeutischen und Beratungs-Settings ab. Denn durch die vordergründig sitzende (oder liegende) Position bleibt für körperlichen Ausdruck meist wenig Spielraum. Zudem liegt der Fokus auf verbal geäußerten Inhalten. (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001)

Viele Therapeut*innen und Pädagog*innen bemängelten eine unzureichende Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche in der Psychotherapie. Mittlerweise wurden in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Ansätze zur Inkludierung der Körpererleben in (psycho-)therapeutische Arbeit entwickelt (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001; Wilke, 2007). Viele dieser Verfahren fußen in der Humanistischen Psychologie und verfolgen dementsprechend eine ganzheitliche, ressourcenorientierte Betrachtung des Menschen mit dem Ziel der Selbstverwirklichung. Beispiele für derartige Therapieverfahren sind die Gestalttherapie, das Psychodrama oder auch die Konzentrierte Bewegungstherapie. (Butollo, Koll-Krüsmann & Hagl, 2017)

Mit der Zeit hat sich ein weites Spektrum an körperorientierten Psychotherapieverfahren entwickelt und seinen Eingang in die deutsche Therapiepraxis gefunden, insbesondere als Teil multimodaler psychotherapeutischer Behandlungen im stationären Bereich (Fuhljahn, 2017; Müller-Braunschweig, 2010, S. 6). Bereits 1995 zeigte eine explorative Befragung von 163 ärztlichen Leiter*innen deutscher Kliniken für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, dass den körperorientierten Behandlungsansätzen Relevanz für eine stationäre Behandlung zugeschrieben wird. In 83% der Kliniken wurde Gymnastik angeboten, 56% baten bereits die Konzentrierte Bewegungstherapie an und in 25% der Kliniken fanden Tanztherapie und Funktionellen Entspannung statt. 19% der Kliniken arbeiteten mit bioenergetischen Verfahren. (Dietrich, 1995)

Heute wird der körperorientierte Therapieansatz in psychodynamisch orientierten Kliniken am häufigsten als Zweittherapie (nach verbaler Psychotherapie) eingesetzt. Behandlungsschwerpunkte sind dabei Traumata, Störungen im Körpererleben, funktionelle Störungen und Psychosen (Geuter, 2015, S. 7). Darüber hinaus sind körperorientierte Verfahren u.a. für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen, bei stark rationalisierender Abwehr, wie auch bei eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten von Bedeutung (Wilke, 2007).

Allerdings ist für viele körperpsychotherapeutische Methoden die wissenschaftliche Fundierung noch bescheiden, weshalb es explizite methodenspezifische Wirksamkeitsnachweise anzustreben gilt (Geuter, 2015, S. 3–5; Röhrich, 2000, S. 22). Für den Einsatz körperorientierter Psychotherapieverfahren spricht jedoch aus wissenschaftlicher Sicht, dass die neurowissenschaftliche Forschung zunehmend Erkenntnisse bietet, welche auf die Zusammenhänge und den Nutzen des Einbezugs verschiedener Wahrnehmungsebenen in der Psychotherapie hinweisen (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001). So gibt es beispielsweise Untersuchungen, die auf eine körperlich-emotionale Beeinflussung von kognitiven Prozessen hindeuten oder Zusammenhänge zwischen Emotionen und körperlichen Äußerungen aufzeigen (Wittfoth, 2016). Weiterhin weisen Ergebnisse moderner Säuglingsforschung darauf hin, dass zum Teil schon früh erworbene affektmotorische Schemata das gegenwärtige Erleben und Handeln beeinflussen (Geuter, 2015, S. 89). Da beispielsweise affektive Reaktionsmuster, Körperhaltung oder auch die emotionale Grundstimmung nicht rein kognitiv zugänglich sind, gilt es diese (Reaktions-)Muster und Automatismen in der Körperpsychotherapie auch auf körperlicher Ebene zu erkunden und zu erkennen (Geuter, 2015, S. 89; Koemeda-Lutz & Steinmann, 2004).

Letztlich zielen Körperpsychotherapieansätze darauf ab, durch eine ganzheitliche Ausrichtung eine möglichst bewusste Selbstwahrnehmung und -reflexion bei den Klient*innen anzuregen. Durch den Einbezug körperlicher Aspekte soll das Erleben und die bewusste Wahrnehmung des Selbst intensiviert und eine Integration oder Transformation von störungsrelevanten Erfahrungen bzw. Verhaltensweisen im Therapieprozess unterstützt werden (Eberwein, 2009, S. 106; Geuter, 2015, S. 91; Koemeda-Lutz & Steinmann, 2004; Marlock, 2010, S. 50).

Elemente der Körperpsychotherapie können der Erweiterung und Ergänzung des Methodenrepertoires von Psychotherapeut*innen dienen (Geißler, 2007; Geuter, 2015, S. 79; Wilke, 2007). Nach Gassmann (2010) sollte das „hohe integrative Potenzial“ körperpsychotherapeutischer Methoden genutzt werden und in der allgemeinen Psychotherapie zunehmende Verbreitung finden. Geuter (2015, S. 4) spricht sich dafür aus, dass der Körper als

Medium und Erfahrungsraum auch Berücksichtigung in an die Psychotherapie anknüpfenden Handlungsfeldern finden sollte. Ein derartiges Handlungsfeld stellt die psychosoziale Beratung dar, welche sich, ähnlich wie die Psychotherapie, den psychosozialen Anliegen von Klient*innen widmet. Die Betitelung „psychosoziale“ Beratung lässt eine Beschränkung auf die psychische und soziale Dimension vermuten und körperliche Aspekte erscheinen erst mal als nachrangig. Zudem wurde die Relevanz körperlicher Aspekte für die Beratungspraxis bisher nur wenig thematisiert. Da sich die Anwendung körperorientierter Methoden in psychotherapeutischen Kontexten als wirksam erwiesen hat, soll in der vorliegenden Arbeit herausgestellt werden, inwieweit dies auch für die psychosoziale Beratung zutreffen kann. Es wird darauf eingegangen, welche Potenziale der Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung birgt und wo die Grenzen für ein derart ganzheitliches Vorgehen in der Beratung liegen. Dazu soll im Rahmen eines Reviews die Wirksamkeit von Körperpsychotherapieansätzen untersucht werden, um im Ergebnis Rückschlüsse auf eine ganzheitlich orientierte psychosoziale Beratung zu ziehen. Es werden geeignete Methoden und Techniken, erste Handlungsanregungen, wie auch Grenzen für den Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung herausgestellt.

Da sich die unterschiedlichen körperpsychotherapeutischen Methoden und Ansätze auf theoretischer und praktischer Ebene teilweise stark voneinander unterscheiden, werden im nachfolgenden Kapitel zunächst die theoriebasierten Grundlagen und neurowissenschaftlichen Hintergründe dargestellt, auf die sich Körperpsychotherapiemethoden stützen. Zudem wird eine definitorische Eingrenzung von Körperpsychotherapiemethoden vorgenommen. Danach wird das methodische Vorgehen, die Strukturierung der Arbeit und die systematische Literaturrecherche, beschrieben und begründet.

Anschließend folgt ein ausführlicher Ergebnisteil, in welchem zunächst Wirksamkeitsnachweise für Körperpsychotherapie im Allgemeinen und in Bezug auf bestimmte Erkrankungsbilder und Anliegen dargestellt werden. Dann werden einzelne körperpsychotherapeutische Methoden kurz vorgestellt und ausgehend von den ermittelten wissenschaftlichen Belegen, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Indikation bzw. Kontraindikation beleuchtet. Anschließend werden daraus abgeleitet Potenziale und Grenzen für den Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung aufgezeigt.

Im abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse im Kontext des theoretischen Hintergrunds und des aktuellen Forschungsstandes diskutiert und schließlich mit Blick auf künftige Forschungsfragen und Entwicklungsmöglichkeiten für die Etablierung einer ganzheitlichen Beratungspraxis betrachtet.

begriffliche Klärung

Im Rahmen der Arbeit werden die Begrifflichkeiten „körperorientierte Psychotherapie“, „körperbasierte Psychotherapie“ und „Körperpsychotherapie“ als Synonyme verwendet. Im Folgenden wird vordergründig der Körper-Begriff verwendet, womit zumeist der beseelte Körper (auch „Leib“ genannt) gemeint ist.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel erfolgt eine theoriebasierte und wissenschaftliche Annäherung und Begründung körperorientierter (Psycho-)therapieansätze wie auch eine definitorische Eingrenzung.

2.1 Hintergründe des Einbezugs körperlicher Aspekte in psychotherapeutische Behandlungen

Körperpsychotherapeutische Ansätze und Methoden basieren auf teilweise sehr unterschiedlichen theoretischen Grundkonzepten. Im Folgenden sollen einige zentrale Theorien und Konzepte erläutert werden, auf welche sich körperorientierte Psychotherapieansätze u.a. stützen. In einem weiteren Unterkapitel folgt eine Darstellung relevanter neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, welche ebenso zur Entwicklung und Verbreitung von Körperpsychotherapie beigetragen haben.

2.1.1 Theoriebasierte Grundlagen des Einbezugs körperlicher Aspekte

In der Theorie der Körperpsychotherapie gilt es den Körper und die Seele bzw. den Geist als Einheit zu verstehen und zu behandeln (Grubenmann, 2010; Koemeda-Lutz & Steinmann, 2004). Das meint im engeren Sinne, dass von einem beidseitigen Zusammenspiel körperlichen Ausdrucks und psychischer Abläufe und Reaktionen ausgegangen wird (Müller-Braunschweig, 2010, S. 9). So wird beispielsweise angenommen, dass zum Teil in der frühen Kindheit (durch die Eltern-Kind-Interaktion) erworbene Bewegungsmuster im impliziten Gedächtnis gespeichert werden und im weiteren Lebensverlauf als unbewusste Reaktionsmuster zum Vorschein kommen. Diese Muster können in Verbindung mit bestimmten Emotionen auftreten, welche bei körperlichen oder psychischen Funktionsstörungen insbesondere über die körperliche Ebene erfahrbar und veränderbar sind. (Müller-Braunschweig, 2010, S. 12–15)

Winnicott (1998, S. 41, 59) beschreibt ein Zusammenspiel von Körper und Psyche und definiert dabei den Geist als Instanz, welche die Verknüpfungen zwischen Körper und Psyche steuert. Er weist darauf hin, dass die Verbindung zwischen Körper und Psyche nicht von Geburt an gegeben ist, sondern im Laufe des Lebens entwickelt werden muss. Dabei kann sie ihre Qualität auch verlieren. Dementsprechend hängt die Wechselwirkung zwischen Psyche und Soma auch von Lebenserfahrungen und -bedingungen (z.B. gezielte

Förderung durch die Eltern, Grundversorgung im Säuglingsalter) ab. (Winnicott, 1998, S. 59f., 178)

Der ganzheitliche Grundgedanke der Körperpsychotherapie impliziert bezüglich des subjektiven Erlebens und der Genesung, dass dies immer auf vegetativer, motorischer und kognitiver Ebene stattfinden und von Emotionen beeinflusst werden kann. Eine einheitliche Vorstellung von Körper, Seele und Geist entspricht dem zugrundeliegenden holistischen Menschenbild der Körperpsychotherapie (Geuter, 2015, S. 3). Der Mensch soll demnach als erlebendes Subjekt betrachtet werden, das in Relation zu seiner Umwelt agiert und sein Selbst grundlegend im Körpererleben wahrnehmen kann (Geuter, 2015, S. 5, 74f.; Grubemann, 2010). Viele Körperpsychotherapieansätze fokussieren folglich ein ganzheitliches (Körper-)Erleben, welches die verschiedenen Wahrnehmungsebenen mit einschließt und eine Differenzierung zwischen dem inneren Erleben und dem Erleben der Umwelt ermöglicht (Geuter, 2015, S. 5f.).

Mit Blick auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ordnet Grossmann (2009) die Körperpsychotherapie den ressourcenorientierten und salutogenetischen Ansätzen zu. Gegenüber dem dichotomen Krankheitsmodell, welches aufgrund der Einteilung in gesund und krank für den Hang zur übermäßigen Pathologisierung kritisiert wird, steht beim salutogenetischen Modell der gesunde Mensch mit seinen Ressourcen im Vordergrund, der sich auf einem Kontinuum zwischen „gesund“ und „krank“ bewegt (Schatz, 2002). Nach Geuters (2015, S. 106) Auffassung liegt den körperpsychotherapeutischen Ansätzen das biopsychosoziale Krankheitsmodell zugrunde. Ausgehend von diesem Modell können biologische, psychische, soziale und ökologische Faktoren die Entstehung von Krankheiten wie auch die Genesung beeinflussen (Uexküll & Wesiack, 1991, S. 184). Petzold (2006) versteht die am biopsychosozialen Modell ausgerichteten Körperpsychotherapieverfahren als integrative Therapieansätze, da sie sowohl das aktuelle Erleben auf den verschiedenen Ebenen wie auch das auf individuellen Erfahrungen und Lernprozessen basierende Körpergedächtnis berücksichtigen. In diesem Zusammenhang weist er auch auf die Bedeutung kultureller Prägung auf die Beeinflussung von Verhalten, Kommunikation und Erleben hin.

Die seit den 1990ern entwickelte *Embodiment-Theory* wendet sich ebenfalls von der dualistischen Sichtweise auf Körper und Geist ab. In der Theorie wird davon ausgegangen, dass ein bewusstes oder unbewusstes psychisches Erleben und geistige Prozesse erst im Kontext körperlicher Erfahrungen, welche im Körperinneren oder in Zusammenhang mit der Umwelt entstehen, möglich werden. Zugleich wird das Gehirn als Voraussetzung für das körperliche Erleben gesehen, da im Gehirn verarbeitete Informationen das körperliche Verhalten steuern. Körper und Psyche bedingen sich also wechselseitig. (Geuter, 2015, S. 74, 81f.; Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 2013; Tschacher, 2017)

Diese sog. affektmotorischen Schemata, welche insbesondere in der Kindheit und Jugend ausgebildet werden, beeinflussen das gegenwärtige subjektive Erleben. Deshalb wird die Psyche auch als *embodied mind* bezeichnet (Geuter, 2015, S. 89; Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 2013). Zudem ist die Rede von *embodied memories*. Darunter versteht man vorwiegend unbewusste Erinnerungen an Körperempfindungen aus vergangenen Erlebnissen. Es wird angenommen, dass diese das spätere Erleben stark prägen und Empfindungen in aktuellen Situationen diesen ähneln (können). Dadurch können *embodied memories* als somatische Marker (siehe Kapitel 2.1.2) beispielsweise Handlungsentscheidungen beeinflussen. (Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 2013)

Aus der *Embodiment-Theory* leitet sich folgende Indikation für die psychotherapeutische Praxis ab: durch eine bewusste Selbstwahrnehmung (z.B. das Bewusstwerden affektmotorischer Schemata) kann die Umwelt und das Selbst auf eine andere Art und Weise erfahren werden. In diesem Prozess kann die Interaktion mit der Umwelt, so auch die Interaktion mit dem/der Therapeut*in, zur psychischen Selbstregulation (Autopoiese) beitragen. (Geuter, 2015, S. 85f.)

Die *Embodiment*-Forschung liefert Erkenntnisse zur wechselseitigen Beeinflussung der körperlichen, kognitiven und emotionalen Ebene, welche im nachfolgenden Kapitel in Ausschnitten dargestellt werden.

Körperpsychotherapieansätze verstehen den Körper, bzw. den körperlichen Ausdruck neben verbalen Äußerungen als weiteren Kommunikations- und Handlungsmodus (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001). Der körperliche Ausdruck kann in Zusammenhang mit dem subjektiven inneren Erleben stehen, was heißt, dass sich die innere Gefühlslage bewussten und unbewussten Ursprungs in Form von Körperreaktionen äußern kann. Durch eine bewusste Wahrnehmung einzelner Körperreaktionen auf verschiedenen Sinnesebenen kann der Zugang zu Emotionen, die oftmals die Grundlage für psychische Erkrankungen bilden, erleichtert werden (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001). Voraussetzung für in diesem Sinne bewusstes Erleben ist die Konzentration der Aufmerksamkeit auf die Körperwahrnehmung (Gottwald, 2006). Das Erleben des eigenen lebendigen Körpers wird als Grundlage für eine sog. Seinsgewissheit erachtet, was bedeutet, dass man sich der eigenen Existenz gewiss ist. Die Seinsgewissheit kann z.B. bei schweren psychotischen Erkrankungen stark eingeschränkt sein und über Körpererfahrungen wiederaufgebaut werden. (Röhrich, 2000, S. 25f.).

Die Körperwahrnehmung bzw. das Körpererleben lässt sich nach Schatz (2002) wie folgt differenzieren: das Erleben des sich bewegenden Körpers im Raum, die Wahrnehmung von Körperempfindungen in Verbindung mit unterschiedlichen Zeitabschnitten (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft), das Erleben und Erfahren von Beziehungen auf körperlicher Ebene,

die bewusste Wahrnehmung autonomer Prozesse - wie beispielsweise der Atmung – ohne diese zu kontrollieren und die Wahrnehmung der kreativen schöpferischen Ausdrucksmöglichkeiten des Körpers (akustisch, visuell, kinästhetisch). Voigt und Trautmann-Voigt (2001) beschreiben die verschiedenen Wahrnehmungsebenen auch als Bewusstseinsformen (z.B. Körperbewusstsein, Identitätsbewusstsein oder Raumbewusstsein), welche in unterschiedlicher Intensität auftreten und sich im Inhalt voneinander unterscheiden können.

Um sich den eigenen körperlichen Erfahrungen und psychischen Konzepten bewusster zu werden, ist die Wahrnehmung dieser Prozesse, bzw. ein bewusstes Erleben zentral (Fogel, 2009, S. 47). Fogel (2009, S. 10f.) unterscheidet zwei Formen der Selbstwahrnehmung: *conceptual self-awareness* (konzeptuelle Selbstwahrnehmung) und *embodied self-awareness* (verkörperte Selbstwahrnehmung). *Conceptual self-awareness* beruht auf einer begrifflichen, logischen und erklärbaren Konzeption des Selbst. Diese wird im Laufe des Lebens in Form von Wörtern und Symbolen auf kognitiver Ebene konstruiert. Im Gegensatz zu dieser eher abstrakten Konzeption basiert *embodied self-awareness* auf der Wahrnehmung innerer Empfindungen. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit zur Interozeption. Interozeption meint das Fühlen von Vorgängen im Körperinneren, wie beispielsweise Emotionen, Schmerzen, Atmung oder Hungergefühl. Grundlegend dafür ist die Wahrnehmung des subjektiven Erlebens auf unterschiedlichen Ebenen. Interozeption ist eine Fähigkeit, die bereits pränatal entwickelt wird und in den ersten Lebensmonaten sogar überlebensnotwendig ist (um beispielsweise Hunger wahrzunehmen oder zu äußern). Mittels Interozeption können nur gegenwärtige Prozesse und keine vergangenen oder zukünftigen Empfindungen wahrgenommen werden. (Fogel, 2009, S. 30f.)

Ähnlich wie Fogel geht Gendlin (1998, S. 33, 357) davon aus, dass die Selbstwahrnehmung in Zusammenhang mit dem aktuell gefühlten Körpererleben steht und für Verhaltensänderungen von Bedeutung ist, da eine Veränderung des Verhaltens immer auch eine Veränderung im Körpererleben mit sich bringt.

Säuglinge sind zunächst noch nicht in der Lage, sich als eigenständiges Selbst wahrzunehmen, sondern erleben sich in Symbiose mit der Mutter. Erst mit der Zeit und unter „entwicklungsförderlichen Bedingungen“ (z.B. Fürsorge durch die Mutter) können Säuglinge lernen, ihr eigenes Selbst wahrzunehmen und sich über ihre Körpergrenzen gegenüber der Außenwelt zu definieren. (Mahler, Pine & Bergman, 1999, S. 63–66; Winnicott, 1998, S. 112ff.) Im Säuglingsalter wird ausgehend von der anfänglich vorhandenen Wahrnehmung körperlicher Signale eine Maximierung des Wohlbefindens und eine Minimierung negativer Gefühlslagen angestrebt (Fogel, 2009, S. 12, 15; Hüther, 2017). Winnicott (1998, S. 180) schreibt der (intuitiven) Körperaktivität eine besondere Bedeutung in der Entwicklung eines ganzheitlichen Selbsterlebens als psycho-somatische Einheit zu. Durch die Interaktion mit

der Umwelt bildet sich dann das Körperselbst als Grundlage für ein Körperbewusstsein heraus. Dies geht damit einher, dass ein Körperschema, bzw. die Kartierung des Körpers (genauere Erläuterung im nachfolgenden Kapitel) in der Gehirnrinde entsteht. Das Erleben des eigenen Körpers wird für Säuglinge zunehmend möglich, indem sie ihr Selbst und ihren Körper als separiert von anderen Menschen und der Umwelt erkennen können. (Uexküll & Wesiack, 1991, S. 319, 358)

Schließlich hängt die Entwicklung der Fähigkeit eines ganzheitlichen Körpererlebens bereits im Säuglingsalter maßgeblich von den individuellen Entwicklungsbedingungen und der Interaktion mit der Umwelt ab (Winnicott, 1998). Diese Entwicklung der *embodied self-awareness* wird z.B. durch das Aufwachsen in einer modernen, technologisierten Welt geprägt und kann durch individuelle Erfahrungen wie Verlust oder Traumata eingeschränkt werden. Solche Erfahrungen können den Menschen in seiner Selbstwahrnehmung langfristig schwächen. Hüther (2017) begründet die wachsende Entfernung von der ursprünglichen Körper- und Selbstwahrnehmung mit der meist unbewussten Anpassung an die Norm- und Wertvorstellungen sowie die Verhaltensweisen der Umwelt. In den ersten Lebensjahren sind v.a. die erwachsenen Bezugspersonen prägend und im Kindes- und Jugendalter kommt den Peergroups ein großer Stellenwert zu. Dies bedeutet, dass je nach Kultur und individuellem Umfeld Anteile des Selbst unterdrückt werden, was wiederum zur Selbstentfremdung führen kann. Einige Körperpsychotherapieansätze zielen darauf ab, dem durch eine aktive Kultivierung und Erweiterung der *embodied self-awareness* entgegenzuwirken und damit das individuelle Wohlbefinden zu stärken. (Fogel, 2009, S. 12, 15, 22; Hüther, 2017)

Neben den aufgeführten theoriebasierten Fundamenten begründen Erkenntnisse der Neurowissenschaften die Entwicklung körperorientierter, ganzheitlicher Psychotherapieansätze. Diese werden im nächsten Kapitel behandelt.

2.1.2 Relevante neurowissenschaftliche Hintergründe

Unser Erleben und Verhalten sind von einem ständigen Zusammenspiel kognitiver, körperlicher und emotionaler Prozesse geprägt. Mithilfe neurowissenschaftlicher Methoden kann ein tieferer Einblick gewonnen werden, wie genau diese Ebenen miteinander interagieren und wie dieses Zusammenspiel neuronal repräsentiert ist. Grundsätzlich versucht das Gehirn über die Steuerung des Körpers und seine Funktionen einen homöostatischen Zustand im Körper zu erzeugen und aufrechtzuerhalten. Dafür werden beispielsweise Gedanken in körperliche Reaktionen umgesetzt und wahrgenommene körperliche Signale wiederum in Gedanken transformiert. (Damasio, 2010, S. 101-107).

Der Körper und das Gehirn stehen über Neuronen und Neurotransmitter (chemische Botenstoffe) in ständiger Interaktion und beeinflussen sich gegenseitig. Der bisherige Forschungsstand impliziert, dass einzelne Körperteile mit ihren Funktionen in der Hirnrinde des menschlichen Gehirns kartiert sind. Die Kartierung umfasst auch bestimmte sensorische Wahrnehmungen von Geruchs- und Geschmackssensoren, Sensoren auf der Haut, an den Ohren und Augen. Diese neuronale Kartierung des Körpers ist maßgeblich dafür, wie die vom Gehirn an den Körper gesendeten Signale und deren körperliche Wahrnehmung in Interaktion mit der Umwelt ausgeprägt sind. (Damasio, 2010, S. 101–105)

Welche (Körper-)Reaktionen ein Signal im Gehirn hervorrufen, hängt davon ab, wie groß das davon ausgelöste Aktionspotenzial in seinem Signalursprung und in der Nervenzellmembran in der Körperperipherie ist. Nur bei einer ausreichend starken Erregung der Nervenzellen kommt es im Gehirn zur Ausbildung sensorischer Erregungsmuster, welche wiederum eine Reaktion oder Handlung auslösen können. Durch besonders starke Erregung werden unmittelbar Notfall- und Stressreaktionen ausgelöst. Darüber hinaus gibt es mittlerweile neurowissenschaftliche Befunde, welche zeigen, dass die Hormone bzw. Botenstoffe, welche zu Gehirnreaktionen führen, nicht nur im Gehirn, sondern auch von inneren Organen, wie beispielsweise dem Darm, freigesetzt werden können. (Hüther, 2017)

Die Außenwelt kann nur über den Körper bzw. über die Rezeptoren der Körperoberfläche erfahren und an das Gehirn weitergeleitet werden. Körperliche Erfahrungen sind basal für die Entwicklung und Veränderung ihrer Repräsentation im Gehirn. Das bedeutet, körperliche Wahrnehmung hat einen Einfluss auf kognitive Prozesse und Strukturen. (Damasio, 2010, S. 105–107)

Wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben wurde, ist die Fähigkeit zur *embodied self-awareness* bei Erwachsenen oft ungenügend. Diese Fähigkeit zu stärken funktioniert nur langsam, da sich neue neuronale Verknüpfungen erst durch bewusstes Lernen mit vielen Wiederholungen bilden und festigen (Fogel, 2009, S. 47, 61). Die Ausbildung neuer Nervenbahnen lässt sich durch Sinneswahrnehmungen fördern (Gottwald, 2006). Neurowissenschaftler*innen stellen fest, dass die Entwicklung neuer neuronaler Muster auf einer Ebene - motorisch, sensorisch, kognitiv oder affektiv - immer auch Auswirkungen auf die jeweils anderen Ebenen haben kann. Das bedeutet, dass beispielsweise eine veränderte Körperhaltung nach ausreichender Wiederholung neben der Ausbildung neuer motorischer Muster auch die affektiven neuronalen Verschaltungen beeinflussen kann. (Hüther, 2017)

Auf der einen Seite konnte mittels neurowissenschaftlicher Untersuchungen der Einfluss psychologischer Zustände auf den Tonus von skelettaler wie auch glatter Muskulatur beobachtet werden. Über muskuläre Anspannungen können Schmerzen, funktionellen Einschränkungen oder körperlicher Instabilität entstehen (Fogel, 2009, S. 195). So können

beispielsweise eine länger andauernde Aktivierung der Notfall- und Stressreaktionen und die dadurch verursachten Muskelanspannungen und Hormonausschüttungen zu einer langfristigen Veränderung von Organstrukturen und -funktionen führen (Hüther, 2017). Wahlström et al. (2003) haben den Einfluss des psychisch-emotionalen Befindens auf muskuläre Anspannungen während der Ausführung von Bildschirmtätigkeiten untersucht. Sie konnten feststellen, dass das aktuelle emotionale Stresslevel einen Einfluss auf die Arbeitstechnik (Körperhaltung und muskuläre Anspannung) hat. Zudem wurde ein Zusammenhang beobachtet zwischen einem hohen subjektiven Stresslevel und dem Anwenden „schlechter“ Arbeitstechniken, wie beispielsweise dem Hochziehen der Schultern während der Arbeit am PC. Die dadurch entstehende körperliche Belastung kann wiederum das Risiko für muskuloskelettale Erkrankungen oder Symptome im Schulter- und Nackenbereich steigern. Folglich gibt die Untersuchung Hinweise darauf, dass der Muskeltonus durch den aktuellen psychischen Zustand beeinflusst wird. (Wahlström et al., 2003)

Auf der anderen Seite kann wiederum der Körper, bzw. das Body-Feedback, welches durch die An- und Entspannung der Muskulatur entsteht, psychische und emotionale Vorgänge und Zustände beeinflussen (Storch, 2017).

Fogel (2009, S. 45f.) unterteilt die afferenten Informationen (vom Körper zum Gehirn) in Interozeption und Exterozeption. Interozeption meint wie oben beschrieben den gefühlten inneren Zustand. Exterozeption vermittelt ebenfalls ein Gefühl, das im Körper eine Wirkung erzeugt, jedoch liegt die Quelle der Information außerhalb des Körpers und wird beispielsweise über die Rezeptoren für akustische Signale an das Gehirn geleitet (Fogel, 2009, S. 46). Sinnesdaten werden mit im Gehirn gespeicherten Daten abgeglichen und lösen je nach vorhandenen, der aktuellen Situation ähnlichen Erlebnissen, Verhaltensimpulse aus. Dies geschieht meist unbewusst. (Koemeda-Lutz & Steinmann, 2004)

Da es sich im Laufe der Evolution bewährt hat, auf Signale von außen schnell zu reagieren, sind die Nervenfasern für exterozeptive Reize größer und schneller als für interozeptive Reize. Deshalb werden exterozeptive Informationen auf einem anderen Weg als interozeptive Informationen über den Spinalkanal und die Gehirnbahnen geleitet. Folglich kann mittels der Fähigkeit einer bewussten Selbstwahrnehmung eine Differenzierung zwischen Interozeption und Exterozeption gelingen. (Fogel, 2009, S. 46–49)

Fogel (2009, S. 191) berichtet von Studien, die die positiven Auswirkungen einer verbesserten *embodied self-awareness* von Muskelanspannungen - neben einer bewussten Wahrnehmung der Emotionen und Gedanken – insbesondere für die Behandlung von Stress und Posttraumatischen Belastungsstörungen nachweisen (Fogel, 2009, S. 191).

Eine Sonderform des Body-Feedback ist das Facial Feedback. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Aktivität der Gesichtsmuskeln die subjektiv wahrgenommenen Emotionen

beeinflussen und auch erzeugen kann. Söderkvist et al. (2018) haben diesen Mechanismus untersucht, indem sie Versuchsteilnehmenden Bilder zeigten, welche positive und negative Emotionen auslösen. Währenddessen wurden die Teilnehmenden angehalten, einen lachenden oder finsternen Gesichtsausdruck einzunehmen und im Anschluss ihr allgemeines Wohlbefinden einzustufen. Feedbackeffekte wurden gemessen, wenn der Gesichtsausdruck und die aktuelle Emotion des Bildes sich widersprachen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Emotion durch die Diskrepanz abschwächt. Zudem zeigten die Ergebnisse, dass Facial Feedback insbesondere während des gezielten Einnehmens eines Gesichtsausdrucks wirkt und die Effekte spätestens einen Tag nach dem Versuch endeten. (Söderkvist et al., 2018)

In einem Versuch von Wiswede et al. (2009) wurde ebenfalls der Effekt des Facial Feedback beobachtet. Die Versuchsteilnehmenden wurden aufgefordert, einen Stift vertikal mit der Oberlippe (ernster Gesichtsausdruck) oder horizontal zwischen den Zähnen (lachender Gesichtsausdruck) zu halten. Sie wussten dabei nichts vom zugrundeliegenden Forschungsinteresse. Es konnte ein Anstieg der Aktivität im dopaminergen System bei der Gruppe mit dem lachenden Gesichtsausdruck gemessen werden, was letztlich mit einer kleinen Änderung positiver Affekte einherging. Die Forschungsgruppe schloss aus ihren Ergebnissen, dass Emotionen, welche durch gezielte Gesichtsausdrücke erzeugt werden, zu einer Veränderung neuronaler Korrelate führen. (Wiswede et al., 2009)

In Untersuchungen konnte weiterhin festgestellt werden, dass das wiederholte Einnehmen gewisser Körperhaltungen und des damit einhergehenden Muskeltonus zu Änderungen der psychologischen Verfassung führen kann. So fühlten sich die Versuchsteilnehmenden beispielsweise depressiver, wenn sie eine zusammengesackte Haltung einnahmen. (Ginsburg, 1999; Riskind & Gotay, 1982)

Auf Basis neurowissenschaftlicher Erkenntnisse wird davon ausgegangen, dass sich das Langzeitgedächtnis in deklarative und prozedurale Anteile unterteilen lässt. Dabei entsprechen dem deklarativen Gedächtnis jene Erinnerungen an Fakten, Wissen und Ereignisse, welche bewusst wahrgenommen und erinnert werden können oder im therapeutischen Setting bewusst werden können. Über diese Anteile kann im therapeutischen Setting bewusst kommuniziert werden. Das prozedurale oder implizite Gedächtnis umfasst hingegen nicht direkt zugängliche oder unbewusste Teile des Langzeitgedächtnisses und basiert auf affektiven, sensorischen und motorischen Erlebnissen und Interaktionen. Dazu gehören insbesondere Erlebnisse aus dem Säuglingsalter und der vorsprachlichen Zeit, welche sich im gegenwärtigen Verhalten beispielsweise durch automatisch ablaufende Handlungen äußern können. Im prozeduralen Gedächtnis abgespeicherte Ereignisse beinhalten sowohl Bilder wie auch Gefühle, welche während einer vergangenen Interaktion oder Situation

empfunden wurden. (Hüther, 2017; Maurer-Groeli, 2004; Müller-Braunschweig, 2010, S. 15)

Erlebnisse, welche im prozeduralen Gedächtnis gespeichert sind, sind dem Bewusstsein über den verbal-kognitiven Weg kaum zugänglich und können eher durch präverbale Kommunikationsformen, die die Körperebene ansprechen, erfahrbar werden (Müller-Braunschweig, 2010, S. 15). Untersuchungen zeigten, dass emotionale Erinnerungen eher im prozeduralen Gedächtnis gespeichert werden als autobiografische Erinnerungen. Dementsprechend sind sie eher *embodied memories* im prozeduralen Gedächtnis, während Erinnerungen an einzelne Lebensereignisse vordergründig im deklarativen Gedächtnis gespeichert werden. Diese *embodied memories* können insbesondere über das leibliche Erleben mit Hilfe von körperbezogenen Therapieformen in den therapeutischen Prozess integriert werden. (Müller-Braunschweig, 2010, S. 22)

Die Erinnerung an zunächst unbewusste Gedächtnisinhalte kann grundsätzlich unterstützt werden, indem möglichst viele der am abgespeicherten Erlebnis beteiligten Sinneskanäle angesprochen werden. Ebenso hängt die Speicherung neuer Informationen im Gedächtnis davon ab, wie viele Sinneskanäle gleichzeitig angesprochen werden, um das Neue wahrzunehmen. Für die Speichergüte gilt: je mehr, desto besser. Im Körpergedächtnis werden über taktile Sinnesempfindungen und Tiefensensibilität Erinnerungen gespeichert, welche insbesondere über taktile Reize von außen (Berührung) oder innen (sich spüren, Erleben) ins Bewusstsein geholt und modifiziert werden können. (Maurer-Groeli, 2004)

Um einerseits die Entwicklung und Gedächtnisverankerung neuer Verhaltensweisen im Sinne gesundheitsförderlicher Ressourcen zu unterstützen und andererseits einen Zugang zu prozeduralen Gedächtnisinhalten zu erreichen, empfiehlt sich eine multisensorielle Herangehensweise für psychotherapeutische Kontexte (Maurer-Groeli, 2004). Auch kann eine achtsame, möglichst bewusste, und aufmerksame Selbstwahrnehmung den Zugang zum impliziten Gedächtnis erleichtern (Gottwald, 2006).

Emotionen können einen großen Einfluss auf das Verhalten, Denken und die Entscheidungsfindung haben (Koemeda-Lutz, 2007). An bestimmte Ereignisse gebundenes emotionales Erleben kann an somatische Marker (Körperreaktionen) gekoppelt sein, welche wiederum von außen beobachtbar sind (Hüther, 2010). Somatische Marker sind nach Damasio (1994, S. 237ff.) Theorie meist nur kurz andauernde „somatische Zustände“, in welchen sich situationsbedingte Empfindungen äußern, die wiederum an Vorstellungen gekoppelt sind, welche sie „markieren“. Bevor rationale Überlegungen stattfinden, treten somatische Marker automatisch auf und wirken auf der Basis von Vorerfahrungen wie Warn- oder Startsignale. Diese Signale können Entscheidungsfindung oder Denkprozesse erleichtern.

Jedoch werden somatische Marker nicht immer bewusst wahrgenommen. Im Zuge der Sozialisation entstehen im Gehirn Verknüpfungen zwischen bestimmten Reizen und Empfindungen. Das heißt, die Umwelt (z.B. gesellschaftliche Normen) wie auch individuelle Lebensereignisse prägen die Entwicklung somatischer Marker. Vor allem im Kindes- und Jugendalter werden somatische Marker (Koppelung von prägenden Reizen an somatische Reaktionen und Empfindungen) ausgebildet und in den präfrontalen Rindenfeldern abgespeichert. (Damasio, 1994, S. 238–247)

Der Neurowissenschaftler Antonio Damasio (1994, S. 269f.) geht zudem aufgrund seiner Forschungsergebnisse davon aus, dass somatische Reaktionen nicht nur gewisse Empfindungen und Bilder repräsentieren, sondern auch die Aktivität des Gedächtnisses und die Aufmerksamkeit steigern können. Seiner Meinung nach findet die Wahrnehmung der Umgebung sowohl kognitiv wie auch körperlich statt und löst Reaktionen auf beiden Ebenen aus.

Thielen (2009c) empfiehlt u.a. auf Basis der Erkenntnisse von Damasio (somatische Marker), nonverbale körperliche Interventionen anzuwenden, um in der rechten Gehirnhälfte Veränderungen anzuregen. Dazu eignen sich sowohl energiemobilisierende und aktivierende wie auch haltgebende und beruhigende Interventionen, die zu einer Änderung des Körperzustandes führen und über die Äußerung in somatischen Markern die rechte Gehirnhälfte aktivieren. Das hat zur Folge, dass Patient*innen das Erleben körperlich und emotional zum Ausdruck bringen können.

Untersuchungen zeigen, dass Facial Feedback einen Einfluss auf die emotionale Beurteilung von Situationen haben kann (s.o.). Deshalb testeten Arminjon et al. (2015), ob die mit negativen Erinnerungen in Verbindung stehenden Emotionen durch Manipulation somatischer Marker verändert werden können. Dazu haben sie Versuchsteilnehmenden eine traurige Geschichte zu lesen gegeben, um eine Erinnerung mit negativen Emotionen zu erzeugen und ließen die Teilnehmenden dann ihre emotionale Verfassung anhand eines Fragebogens einschätzen. 24 Stunden später wurden die Teilnehmenden aufgefordert, sich an den Text zu erinnern. Die Experimentalgruppe sollte dabei bewusst einen lächelnden Gesichtsausdruck einnehmen, die Kontrollgruppe einen ernsten, natürlichen Gesichtsausdruck. Im Anschluss daran erfolgte wieder eine Beurteilung der emotionalen Verfassung und der Geschichte via Fragebogen. Es zeigte sich, dass diejenigen Teilnehmenden, welche während der Erinnerung an die traurige Geschichte gelächelt hatten, den Text im Nachhinein weniger negativ bewertet haben als Teilnehmende mit ernstem Gesichtsausdruck. Allerdings hatte die Manipulation der somatischen Marker keine Auswirkung auf die episodische Erinnerung. Arminjon et al. (2015) schlussfolgern daraus, dass das gezielte und

bewusste Einnehmen bestimmter Körperhaltungen eine Modifikation emotionaler Erinnerungen ermöglichen kann. (Arminjon et al., 2015)

In den somatosensorischen Gehirnregionen können körperliche Zustände simuliert werden, welche zwar gefühlt, in Realität allerdings nicht erlebt werden. Antonio Damasio (2010) nannte diese Reaktionen „Als-ob-Körperschleifen“ und sieht deren höchste Form in den Spiegelneuronen. Über den Effekt von Spiegelneuronen läuft beispielsweise die Adaption von Verhaltensweisen während des Aufwachsens aus dem individuellen Umfeld ab (Hüther, 2017). Giacomo Rizzolatti stellte bei Versuchen mit Affen, welche mit Elektroden im Gehirn versehen waren, fest, dass durch das reine Beobachten des Verhaltens des Gegenübers mit Hilfe von Spiegelneuronen Gehirnregionen aktiviert werden, welche in Zusammenhang mit dem entsprechenden Verhalten der oder des anderen stehen, ohne selbst tätig zu werden. Folglich kann das Körpererleben anderer in den somatosensorischen Gehirnregionen simuliert werden, was Damasio zu dem Schluss bringt, dass auch eigene Körperzustände in Form von Als-ob-Körperschleifen simuliert werden können. (Damasio, 2010, S. 113ff.)

Die Wirksamkeit einer Psychotherapie ist nach Manfred Thielen (2009b) gegeben, wenn neue Verhaltensweisen auf interaktionaler und/oder körperlicher Ebene erreicht wurden. Erkenntnisse neurowissenschaftlicher Forschung weisen darauf hin, dass sich insbesondere aktivierende und zur Improvisation anregende Interventionen wie beispielsweise in der Körper- und Tanztherapie durch die gleichzeitige Aktivierung mehrerer Hirnareale bzw. Wahrnehmungsebenen für die Umstrukturierung neuronaler Netze und automatisch ablaufender Reaktionen im Gehirn eignen (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001).

2.1.3 Zusammenfassung der Entstehungshintergründe

Zusammenfassend gilt es festzuhalten, dass einerseits das theoretische Grundverständnis einer ganzheitlichen, die Psyche, Seele und den Körper integrierenden, Betrachtung des Menschen und andererseits neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Entwicklung körperorientierter Psychotherapieverfahren beigetragen haben. Die in der (*Embodiment*-)Theorie angenommene wechselseitige Beeinflussung von Körper und Psyche bzw. der körperlichen und kognitiven wie auch emotionalen Ebene kann mittlerweile durch neurowissenschaftliche Befunde untermauert werden. Dazu zählen beispielsweise die Untersuchungen zur Auswirkung des emotionalen Stresslevels auf muskuläre Anspannungen, zum Facial Feedback, zur Kartierung des Körpers und seinen Funktionen im Gehirn, oder zur Auswirkung von Körperhaltungen auf das psycho-emotionale Befinden.

Prägenden Erlebnissen - insbesondere im Säuglings-, Kindheits- und Jugendalter - wie auch Umweltbedingungen werden in Bezug auf die Entwicklung einer differenzierten

Selbstwahrnehmung (Körpererleben) und die Ausbildung affektmotorischer Schemata, sowie somatischer Marker, eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Diese wie auch andere meist autonome und unbewusste Vorgänge und Konflikte sollen wiederum über ganzheitliche, multisensorielle und zur Improvisation anregende Behandlungsansätze besser zugänglich werden. Schließlich wird im Einbezug der körperlichen Ebene eine Erweiterung der Wahrnehmungs- und auch Ausdrucksmöglichkeiten für psychotherapeutische Kontexte gesehen.

Eine kurze Darstellung des Ursprungs körperpsychotherapeutischer Methoden sowie eine Definition folgen im nächsten Unterkapitel.

2.2 Entwicklungslinien und definitorische Eingrenzung körperorientierter Psychotherapiemethoden

Nachdem körpertherapeutische Ansätze in Deutschland zu Zeiten des Zweiten Weltkrieges unterbunden wurden, entstand insbesondere in den 1970er Jahren wieder großes Interesse an ganzheitlichen Therapieansätzen. Daraus erwuchs ein weites Spektrum an körperpsychotherapeutischen Schulen und Methoden, welche sich jedoch keiner einheitlichen theoretischen Basis oder Terminologie bedienen. (Eberwein, 2009, S. 91; Geuter, 2015, S. 16ff.; Marlock & Weiss, 2006; Schmidt-Zimmermann, 2006)

Die Ansätze unterscheiden sich nicht nur in ihrer praktischen Umsetzung, sondern auch in ihren theoretischen Konzepten zum Teil maßgeblich voneinander. So stehen beispielsweise analysierende Verfahren, die den Fokus auf das Bewusstwerden von unbewussten Konflikten über die Körperwahrnehmung legen, Vorgehensweisen gegenüber, welche durch gezielte Körperübungen die körperliche und psychische Funktionsfähigkeit im Sinne eines ressourcenorientierten, explorativen Vorgehens zu fördern versuchen. Auch kann sich die Rolle des Körpers in den Methoden unterscheiden. Es wird einerseits von einem Körper mit Energiefluss ausgegangen, welchen es in der Behandlung wieder vollständig herzustellen gilt, und andererseits von einem Körpergedächtnis, welches auf individuellen Erfahrungen beruht und im Behandlungskontext über vegetative Prozesse erreicht werden soll. (Marlock & Weiss, 2006)

Die Wurzeln der einzelnen Körperpsychotherapiemethoden gehen unter anderem auf die Psychoanalyse, auf Ausdruckstanz bzw. Tanztherapie und Gymnastik zurück (Eberwein, 2009, S. 90; Geuter, 2015, S. 2–3; Voigt & Trautmann-Voigt, 2001).

Bereits Sigmund Freud (1994, S. 41ff.) sah neben dem Bewusstsein im körperlichen Erleben eine bedeutsame Wahrnehmungsebene, in welcher das innere Erleben (Seelenleben)

zum Ausdruck kommen kann und sprach sich daher für die Berücksichtigung somatischer Abläufe in psychotherapeutischen Kontexten aus. Eine Grundidee der Psychoanalyse ist, dass die Internalisierung und Verdrängung problematischer Erfahrungen und Erlebnisse psychische Probleme auslösen kann. Diese manifestieren sich in Form von Abwehrmechanismen, die auf psychischer wie körperlicher Ebene wirken und entsprechend auch auf beiden Ebenen erfahrbar und behandelbar sind (Marlock, 2010, S. 53). Zudem wird aus psychoanalytischer Sicht angenommen, dass sich im Körperausdruck und in der Bewegung das Unbewusste äußern kann (Wilke, 2007).

Weitere Impulse zum Einbezug des Körpers als „Arbeitsmedium“ in die Psychotherapie gehen auf die Gymnastik (bzw. Leibpädagogik) zurück (Geuter, 2015, S. 2–3). Therapieansätze, die daraus entstanden sind, zielen vordergründig darauf ab, durch einen achtsamen Umgang mit dem Körper und dem bewussten und wiederholten Üben von Bewegungsabläufen Veränderungsprozesse in Gang zu setzen (Marlock, 2010, S. 54).

Die aus dem Ausdruckstanz entsprungene Ansätze gehen davon aus, dass einerseits intuitiver Bewegungsausdruck einen Zugang zu unbewussten Konflikten ermöglicht und andererseits eine bewusste rhythmische Bewegung zu mehr körperlicher Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeit führt (Trautmann-Voigt, 2003).

Körperpsychotherapieansätze lassen sich heute der Humanistischen wie auch tiefenpsychologischen Psychologie unterordnen. Mit der Humanistischen Psychologie wurde das psychotherapeutische Spektrum (ehemals bestehend aus Psychoanalyse und Behaviorismus) um eine neue Perspektive erweitert, welche von einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen mit dem Ziel der Selbstverwirklichung ausgeht. Darin wurde entgegen der vorherrschenden Defizitorientierung der bisherigen Schulen ein ressourcenorientiertes Vorgehen angestrebt, welches auch körperliche Aspekte umfasst. (Butollo et al., 2017; Eberwein, 2009)

Ausgehend vom Humanistischen Ansatz liegt beim Einbezug des Körpererlebens der Fokus auf dem aktuellen Empfinden in Bezug zur Umwelt (Geuter, 2015, S. 2–3). Letztlich soll in der Humanistischen Psychotherapie u.a. durch den Einbezug erlebnis- und ressourcenorientierter Ansätze eine Transformation von störungsrelevantem Verhalten und eine verbesserte Selbstwahrnehmung (körperliches und emotionales Erleben) stattfinden, was die individuelle Entfaltung und eine vitale Lebensgestaltung unterstützen kann. Dabei verstehen sich Therapeut*innen als Begleiter*innen, welche in einem Beziehungsgefüge mit ihren Klient*innen stehen und arbeiten. (Eberwein, 2009, S. IX)

Die moderne Tiefenpsychologie geht davon aus, dass sich Erlebtes auf die Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten auswirken kann und über Körperarbeit wieder zugänglich oder erlebbar gemacht werden kann (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001). Zudem wird aus einer

tiefenpsychologischen Perspektive mit dem Einbezug des Körpers angestrebt, abgewehrte (frühe) Affekte und Widerstände über den Körper bewusst spüren zu können und neben den verbalen auch körperliche Äußerungen in den Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen zu berücksichtigen (Wilke, 2007). Aus der tiefenpsychologischen Perspektive wird eher eine Charakterisierung der körperlichen Wahrnehmungen und Beobachtungen anhand von Konzepten vorgenommen, während andere Methoden durch wiederholte und gezielt eingesetzte Körperbewegungen und -haltungen das Erlangen neuer Erkenntnisse fokussieren (Johnson, 2006).

Eine vereinende Basis der Körperpsychotherapiemethoden stellt die ganzheitliche Betrachtung und Behandlung, welche die Körperebene miteinbezieht, dar. Es wird von einer Wechselwirkung zwischen Psyche und Soma ausgegangen und vor dem Hintergrund eines positiven Menschenbildes mit Selbstregulationspotenzialen und Entfaltungsmöglichkeiten gearbeitet. (Marlock & Weiss, 2006)

Folgende Kernmerkmale lassen sich für die meisten körperpsychotherapeutischen Methoden zusammenfassen: Der Körper, bzw. das Körpererleben werden in Diagnostik und Behandlung miteinbezogen, um beispielsweise Ressourcen oder verdrängte Problemursachen (leichter) zu erkennen. Zudem dient der Körper mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten als Medium für die Kommunikation innerer Prozesse. Weiterhin liegt der Fokus körperpsychotherapeutischer Arbeit häufig auf dem Erleben von individuellen Ressourcen und gesunden Anteilen. (Röhrich, 2000, S. 23)

Körperpsychotherapeutische Ansätze sind von Körpertherapieansätzen insofern abzugrenzen, als dass letztere eine Behandlung auf rein körperlicher Ebene fokussieren und körperpsychotherapeutische Konzepte in die Behandlung körperliche wie auch psychologische Aspekte miteinbeziehen. Jedoch bedient sich die Körperpsychotherapie zum Teil an den Techniken der Körpertherapie, wie beispielsweise der Feldenkrais-Methode, strukturellen Integration (Rolfing), Yoga, Alexandertechnik oder Shiatsu. (Eberwein, 2009, S. 91; Geuter, 2015, S. 16ff.)

Grundlegendes Ziel der Körperpsychotherapie ist, die Sensibilität für den Körper, seine (verdrängten) Emotionen und Funktionen zu erhöhen und Fehlhaltungen oder dissoziierte Gefühle bewusst werden zu lassen. Insbesondere *embodied memories* können durch körperbezogene Therapieformen angesprochen werden. Im Allgemeinen versucht die Körperpsychotherapie die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche zu nutzen, indem neben verbalem Austausch verschiedene Techniken der Körperarbeit zur Unterstützung von Verhaltensänderungs- bzw. Therapieprozessen genutzt werden. (Eberwein, 2009, S. 90; Maurer, 2010b; Müller-Braunschweig, 2010, S. 6–13)

Röhricht (2000, S. 15ff.) nahm zur Orientierung im Feld der vielseitigen Körperpsychotherapiemethoden eine Unterteilung in funktionale und konfliktorientierte Methoden vor. Diese Kategorisierung wird in der vorliegenden Arbeit für die Eingrenzung der Körperpsychotherapiemethoden herangezogen. In Tabelle 1 wird ein Überblick über seine Einteilung gegeben. Röhricht (2000, S. 15ff.) ordnete der Kategorie „funktional“ Methoden zu, welche mit physiologischen Abläufen und auch autonomen Körperprozessen (z.B. Atmung) arbeiten und zumeist das innere, emotionale Erleben in den Fokus stellen. Unter den „konfliktorientierten“ Methoden fasst Röhricht die größtenteils tiefenpsychologisch fundierten Methoden, welche häufig auf eine biografische Auseinandersetzung mit Konflikten und Problemlagen und einen daraus resultierenden Erkenntnisgewinn abzielen. Zudem unterscheidet Röhricht die körperorientierten Psychotherapiemethoden nach der Vermittlungsebene über welche vordergründig eine Wirkung erzielt werden soll (Beziehung, Wahrnehmung, Bewegung, Affekte/Energie). Die in Tabelle 1 mit einem Sternchen (*) versehenen Methoden sind nach Abgleich mit anderen Quellen (z.B. Geuter 2015) der Körpertherapie zuzuordnen.

	Funktional / übungszentriert	Konfliktorientiert / aufdeckend
beziehungsorientiert		<ul style="list-style-type: none"> Analytische Körperpsychotherapie Psychodrama
Wahrnehmungsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> Funktionelle Entspannung Focusing <i>Sensory Awareness</i> * <i>Feldenkrais</i> * 	<ul style="list-style-type: none"> Konzentrierte Bewegungstherapie Integrative Leib- und Bewegungstherapie Hakomi
bewegungs-/ handlungsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> Atemtherapie <i>Tai-Chi</i> * <i>Yoga</i> * 	<ul style="list-style-type: none"> Tanztherapie <i>Bewegungstherapie</i> *
affekt-/energieorientiert	<ul style="list-style-type: none"> <i>Autogenes Training</i> * <i>Progressive Muskelrelaxation</i> * <i>Bio-Feedback</i> * <i>Rolfing</i> * <i>Shiatsu</i> * <i>Organismische Psychotherapie</i> * 	<ul style="list-style-type: none"> Bioenergetische Analyse Biosynthese Biodynamik <i>Core-Energetik</i> *

Tab. 1: körperorientierte Therapiemethoden (nach Röhricht, 2000, S. 16)

Bisher finden Körperpsychotherapiemethoden insbesondere in den multimodalen Therapiekonzepten bei der stationären Behandlung von psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen ihre Anwendung. Häufig werden dann die Konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie oder die tiefenpsychologisch orientierte Körpertherapie angeboten (Fuhjahn, 2017). Dies zeigte sich auch in Brauns (2014) Untersuchung zum Stellenwert von

Körperpsychotherapiemethoden und Körpertherapie in deutschen psychosomatischen Kliniken. Unter den an der Befragung teilnehmenden Kliniken bieten 92% mehr als eine körperorientierte Therapiemethode an. Dabei steht an erster Stelle Autogenes Training (62%), gefolgt von 50% Funktionelle Entspannung, 48% Konzentrierte Bewegungstherapie und jeweils 42% der Kliniken bieten Tanztherapie und Atemtherapie an. Die Methoden werden in 46% der Fälle als psychotherapeutische, in 41% als teilweise psychotherapeutische Verfahren angewandt. (Braun, 2014)

Fuhljahn (2017) führt die verhältnismäßig geringe Verbreitung körperorientierter Psychotherapiemethoden als ambulantes Therapieangebot (im Einzelsetting und im Vergleich gegenüber anderen Psychotherapiemethoden) auf die fehlende Kostenübernahme von Seiten der Krankenkassen zurück. Fuhljahn erachtet eine Behandlung mit Körper(psycho)therapiemethoden prinzipiell als geeignet bei Essstörungen und eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten. Wilke (2007) verweist zudem auf eine Indikation bei intellektualisierender Abwehr, Traumata, eingeschränkter Emotionswahrnehmung oder Alexithymie (eingeschränkte sprachliche Symbolisierungsfähigkeit), wie auch bei psychosomatischen Beschwerden und schweren Körperbildstörungen. Nach Müller-Braunschweig (2010, S. 7) bietet sich die Anwendung von körperorientierten Methoden und Techniken darüber hinaus an, wenn Klient*innen u.a. an somatischen Beschwerden leiden, Schwierigkeiten im Zugang zu ihren Emotionen haben oder um Personen mit einer instabilen Persönlichkeit (z.B. Borderline) bei der Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile und beim Erlangen von Stabilität zu unterstützen. Janus (2006) sieht in der Anwendung körperpsychotherapeutischer Methoden eine besondere Möglichkeit, einen Zugang zu Erfahrungen aus der frühen Kindheit wie auch aus der pränatalen Zeit zu finden.

Von Körperpsychotherapiemethoden abzuraten ist bei Gewalterfahrungen, Psychosen, unsicheren Ich-Grenzen und ungenügender Affektsteuerung (Wilke, 2007).

Eine wissenschaftlich begründete Indikation körperpsychotherapeutischer Methoden folgt im Ergebnisteil.

3 Methodik

Ziel der Arbeit ist es, einen Bezug zwischen Wirksamkeitsnachweisen und der Implementierung körperlicher Aspekte in psychosozialer Beratung und Therapie herzustellen. Dafür wurde ein Review angelegt. Das Vorgehen und die Berichterstattung wurden an die Kriterien des PRISMA-Statements nach Moher et al. (2011) angelehnt, um die Qualitätsanforderungen an systematische Übersichtsarbeiten, soweit möglich, einzuhalten.

Im Folgenden soll das methodische Vorgehen der Arbeit beschrieben und begründet werden.

3.1 Grundlagenrecherche und Strukturierung der Arbeit

In einer anfänglichen Literaturrecherche zum Thema Körperpsychotherapie wurden insbesondere der Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg wie auch einzelne Fachzeitschriften durchsucht und erste Suchvorgänge in den Datenbanken betätigt. Dabei stand im Vordergrund, einen Überblick über die in der Literatur erwähnten körperorientierten Psychotherapiemethoden zu erhalten. In der anfänglichen Recherche wurden Suchbegriffe wie beispielsweise „Körperpsychotherapie“, „Humanistische Psychologie“, oder „Ganzheitliche Therapie“ verwendet.

Parallel dazu wurden theoretische Hintergründe, welche der Entwicklung ganzheitlicher Psychotherapieansätze zugrunde liegen, recherchiert und erörtert. Dabei wurde neben einer Recherche im Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg auch in den Datenbanken SpringerLink, PubMed und PsycINFO mit Suchbegriffen wie „Embodiment“, „Körperpsychotherapie“ bzw. „body psychotherapy“ oder „Neurowissenschaft“ recherchiert. Zudem wurde nach dem Schneeballprinzip eine Recherche einzelner Literaturverweise und Autor*innen aus ausgewählten Quellen durchgeführt. Außerdem wurden Literaturverweise des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) und der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie herangezogen. Dabei konnten bereits erste Wirksamkeitsstudien identifiziert werden.

Aufgrund des breiten körperpsychotherapeutischen Methodenspektrums und des begrenzten Rahmens der Arbeit wurde ausgehend von der Grundlagenrecherche eine Eingrenzung der Körperpsychotherapiemethoden vorgenommen, welche sich vordergründig an den Übersichtswerken zur Körperpsychotherapie von Röhrich (2000) und Geuter (2015) orientierte. Die verschiedenen Methoden werden aufgrund starker Varietät hinsichtlich theoretischem Grundgerüst und praktischer Anwendung im Ergebnisteil im Einzelnen genauer dargestellt und auf der Basis von wissenschaftlicher Evidenz auf ihre Eignung für die

psychotherapeutische und schließlich auch beraterische Praxis überprüft. Für manche Methoden konnten aufgrund des begrenzten Rahmens der Arbeit und wegen unzureichender Rechercheergebnisse keine oder kaum methodenspezifische Wirksamkeitsnachweise aufgeführt werden.

3.2 Methode Review

Da die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit - inwiefern der Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung Potenziale und Grenzen birgt - ausgehend von der Wirksamkeit körperpsychotherapeutischer Behandlungsansätze beantwortet werden soll, wurde die Methode Review ausgewählt. Ein Review eignet sich, um den Forschungsstand eines Themas darzustellen, zu analysieren und zu bewerten (Döring & Bortz, 2016). Im Rahmen einer Sekundäranalyse kann dabei auf quantitative wie auch qualitative Forschung zurückgegriffen werden (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016). Aufgrund einer breiten Datengrundlage, beruhend auf den verschiedenen in das Review einbezogenen Studien, ermöglichen Reviews eine Herausstellung besonders deutlicher bzw. mehrfach belegter Effekte oder auch Widersprüche und eignen sich daher insbesondere für innovative Entwicklungen (Sturma, Ritschl, Dennhardt & Stamm, 2016).

Nach der Definition von Döring und Bortz (2016, 898ff.) handelt es sich bei reinen Literaturzusammenfassungen um narrative Reviews, welche von Metaanalysen insofern abzugrenzen sind, als dass letztere auf der Basis statistischer Ergebnisse der herangezogenen Studien neue Berechnungen anstellen und eine Festigung von Erkenntnissen für ein Themengebiet anstreben. Narrative Reviews können hingegen neben empirischen Erkenntnissen auch theoretische und methodische Kernaspekte eines Forschungsfeldes behandeln und fassen die Ergebnisse verschiedener Studien ohne weitere mathematische Analyse zusammen.

In der vorliegenden Arbeit wurde sowohl ein Überblick über das methodische Spektrum der Körperpsychotherapiemethoden erstellt, wie auch eine systematische Recherche und Zusammenfassung von Wirksamkeitsstudien der körperpsychotherapeutischen Ansätze mit vorwiegend quantitativen, in einem Fall auch qualitativen, Forschungsdesigns und bereits bestehenden Übersichtsarbeiten im Rahmen eines narrativen Reviews durchgeführt. Ziel der Arbeit ist es, ausgehend von einem Forschungsüberblick Bezüge zur Beratungspraxis und dem Einbezug körperlicher Aspekte in diese Tätigkeit herzustellen und Anregungen für (neue) Handlungsmöglichkeiten in der psychosozialen Beratung zu entwickeln. Schließlich eignet sich dieses integrative Vorgehen eines narrativen Reviews neben dem Erstellen

eines Abbilds des aktuellen Forschungsstands auch für das Ableiten von Handlungsempfehlungen für die Praxis (Sturma et al., 2016).

3.3 Beschreibung der systematischen Literaturrecherche

Für die systematische Literaturrecherche zu Wirksamkeitsnachweisen von Körperpsychotherapie(methoden) wurden zunächst relevante Suchbegriffe, wie in Tab. 2 abgebildet, festgelegt und sortiert. Zudem diente folgende PICO-Fragestellung als Recherchegrundlage: Führt der Einbezug körperlicher Aspekte (OR Körperpsychotherapie) bei Klient*innen der psychosozialen Beratung (OR in psychotherapeutischer Behandlung) zu verbesserten Outcomes im Vergleich zur herkömmlichen (rein verbalen) Beratung (OR Therapie)?.

Oberbegriffe:	Beratungs- und Psychotherapiemethoden/-ansätze			Wirkung	
	Beratung	Körper	Psychotherapie	Empirie	Outcome
Aspekte:	Psychosoziale Beratung	Berücksichtigung körperlicher Aspekte	KPT – Körperpsychotherapie	Wirksamkeit	Gesundheit
Synonyme:	(Psychotherapie)	Körperarbeit körperbasiert ganzheitlich Einbezug des Körpers	Integrative (Psycho-) therapie Körperpsychotherapie-methoden ganzheitliche Therapie	Evidenz Nutzen Effektivität Therapieeffekt Embodiment-Forschung	Wohlbefinden Lebensqualität Symptom-minderung
Englische Begriffe:	psychosocial counselling psychosocial care counselling	bodywork holistic health whole-body embodiment	body psychotherapy body-oriented therapy integral medicine integrative psychotherapy mind-body-therapy	evidence efficacy efficiency effectiveness therapeutic effect	well-being quality of life health

Tab. 2: Suchbegriffe der systematischen Literaturrecherche

Die systematische Recherche wurde im Frühjahr und Herbst 2019 durchgeführt. Dazu wurden in erster Linie die Datenbanken PubMed, PSYINDEX, PsycINFO, SpringerLink, Cochrane Library, MEDLINE und die Fachbibliothek LIVIVO herangezogen. Für die Recherche wurden die in Tab. 2 abgebildeten Suchbegriffe mit Booleschen Operatoren (AND,

OR) verknüpft und Trunkierungen (*) wie auch MeSH-terms verwendet, um die Suchergebnisse einzugrenzen. Eine detaillierte Dokumentation der Recherche findet sich in der Übersicht im Anhang A. Zudem wurden Fachzeitschriften wie *BioPsychoSocial Medicine*, *Journal of Bodywork & Movement Therapies* und *frontiers in Psychology* durchsucht.

In die Literaturzusammenfassung im Ergebnisteil eingeschlossen wurden sowohl Übersichtsarbeiten wie auch einzelne Studien zur Körperpsychotherapie im Allgemeinen und auch zu einzelnen körperpsychotherapeutischen Methoden. Infolge der systematischen Literaturrecherche konnten nach Entfernen von Duplikaten 122 empirische Arbeiten und Artikel zum Themenfeld Körperpsychotherapie identifiziert werden (siehe Abb. 1). Diese wurden teilweise aufgrund unzureichender Zugriffsmöglichkeiten (auf Volltexte) oder auch zwecks fehlender Relevanz aussortiert (n=42). Von den in der Vorauswahl verbliebenen Quellen (n=80) wurden die Abstracts gesichtet und ihre Eignung wurde auf der Basis folgender Kriterien überprüft: um möglichst hohe Evidenzgrade in der für das Review herangezogenen Literatur zu sichern, wurden Metaanalysen, systematische Reviews und andere Übersichtsarbeiten, sowie randomisierte kontrollierte Studien mit follow-up-Erhebungen bevorzugt. Diese Kriterien empfehlen sich auch nach Döring und Bortz (2016, S. 899), um ein möglichst aussagekräftiges und evidenzbasiertes Review zu erstellen. Aufgrund der geringen Datenlage zu differenzierten Wirksamkeitsstudien der einzelnen Körperpsychotherapiemethoden (welche sich in ihren Grundfesten zum Teil äußerst stark unterscheiden) wurden zusätzlich allerdings auch Studien mit nicht-probabilistischen Stichproben und ohne Kontrollgruppendesign, wie auch eine qualitative Arbeit herangezogen. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass es sich in den Stichproben der einzelnen Studien um Erwachsene handelt, die vordergründig aufgrund von psychischen und/oder psychosomatischen Leiden eine (körper-)psychotherapeutische Behandlung erhielten. Weiterhin wurden lediglich Studien einbezogen, in welchen die zuvor definierten und im Rahmen der Arbeit eingegrenzten Körperpsychotherapiemethoden (siehe Kapitel 4.2) angewandt wurden. Wissenschaftliche Untersuchungen, in welchen körpertherapeutische Interventionen, wie beispielsweise Yoga, im Vordergrund standen, wurden hingegen ausgeschlossen. Somit verblieben nach der Vorauswahl 33 Studien und Reviews, deren Volltexte gesichtet und auf Eignung beurteilt wurden (siehe Abb. 1). Dabei wurden Studienberichte ausgeschlossen, deren Berichterstattung mangelhaft bzw. nicht nachvollziehbar war, oder deren Stichprobe zu klein war, um Rückschlüsse bzw. allgemeine Schlussfolgerungen zu erlauben. Weiterhin wurde bei den in die Zusammenfassung eingeschlossenen Studien darauf geachtet, dass sich der zentrale Untersuchungsgegenstand auf die Wirksamkeit körperorientierter Psychotherapiemethoden bezieht.

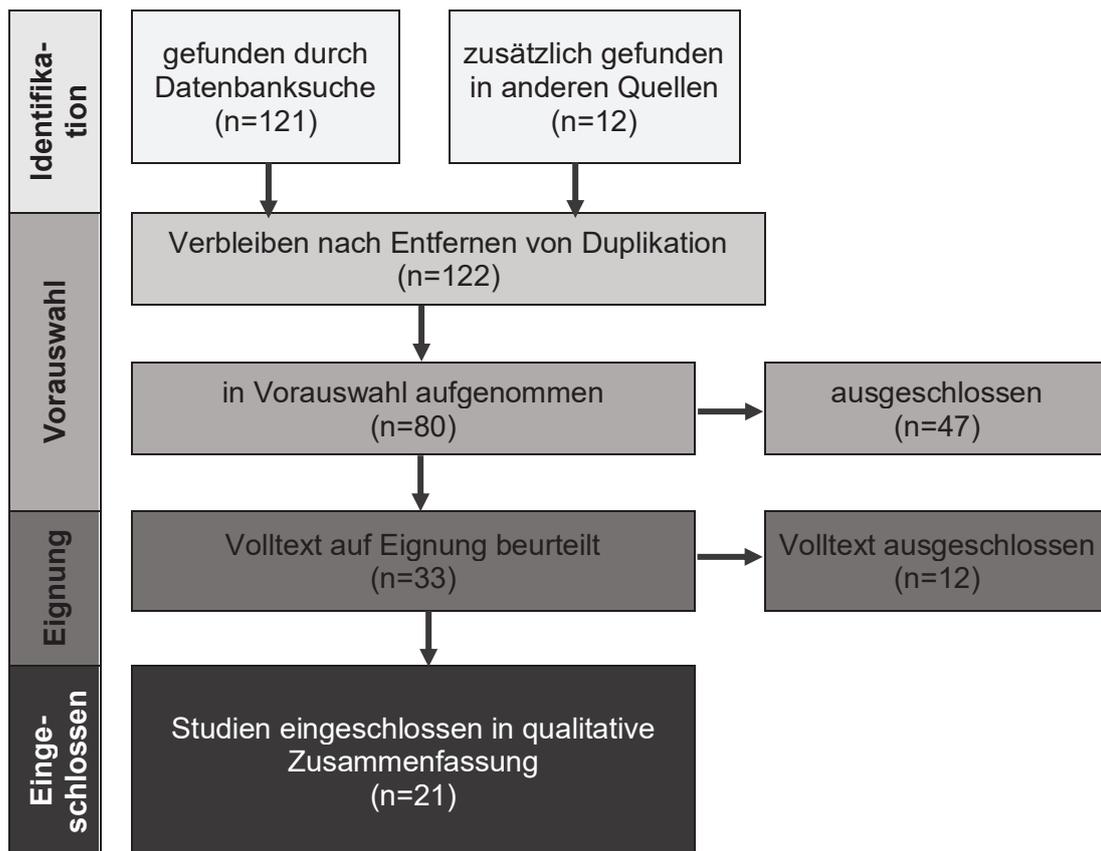


Abb. 1: Flussdiagramm zur Beschreibung der systematischen Literaturrecherche

Schließlich verblieben 21 Studien und Übersichtsarbeiten, welche in das Review eingeschlossen wurden. Darunter befinden sich jeweils vier Reviews wie auch vier systematische Reviews. Abgesehen von einer qualitativen Studie wurden lediglich Studien mit quantitativen Untersuchungsdesigns (n=12) einbezogen, von welchen wiederum acht Studien als randomisierte bzw. teil-randomisierte und kontrollierte Studien und zwei als retrospektive Studien angelegt waren. Zwei Studien waren als Pilotstudien konzipiert und in der Hälfte der quantitativen Studien wurden follow-up-Erhebungen durchgeführt.

Die in das Review eingeschlossenen Wirksamkeitsnachweise zu Körperpsychotherapiemethoden werden in einer Übersicht (siehe Anhang B) zusammenfassend dargestellt, zentrale Ergebnisse werden im nachfolgenden Ergebnisteil unter den entsprechenden Körperpsychotherapiemethoden (Unterkapitel) genauer erläutert.

4 Ergebnis

Als Ergebnis der vorliegenden Arbeit werden zunächst die in der Recherche ermittelten methodenunspezifischen Aspekte und Belege zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie wie auch zu einzelnen Diagnosegruppen dargestellt. Dann folgen unter 4.2 eine kurze Beschreibung ausgewählter Therapiemethoden, wie auch methodenspezifische Wirksamkeitsnachweise und Indikationen. Im abschließenden Unterkapitel 4.3 wird schließlich der Transfer zur psychosozialen Beratung hergestellt und erörtert, inwiefern der Einbezug körperlicher Aspekte in die Beratung Potenziale birgt und welche Grenzen er hat.

4.1 Methodenunspezifische Aspekte zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie

In diesem Kapitel werden Wirkfaktoren und allgemeine Erkenntnisse zur Wirkung von Körperpsychotherapie, wie auch Wirksamkeitsnachweise in Bezug zu gewissen Diagnosegruppen thematisiert. Die Wirksamkeit und Indikation ausgewählter Körperpsychotherapiemethoden folgt unter 4.2.

4.1.1 Wirkfaktoren und allgemeine Wirksamkeitsnachweise

Mit Blick auf die Wirksamkeit von Körperpsychotherapie soll zunächst festgehalten werden, dass diese einerseits durch allgemeine Wirkfaktoren, wie die Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in, und andererseits durch störungs- und methodenspezifische Wirkfaktoren beeinflusst werden kann (Petzold, 2006). Für die Wirksamkeitsforschung der Körperpsychotherapie beschreibt Petzold (2006) folgende Wirkfaktoren, welche es durch künftige Forschungstätigkeiten zunehmend zu belegen oder widerlegen gilt: Auf interpersonaler Ebene spielt die therapeutische Beziehung eine zentrale Rolle, wovon wiederum die Auswahl einzelner Interventionstechniken abhängt. Daher ist die Beziehung nach Petzold (2006) als übergeordnetes Wirkprinzip der Körperpsychotherapie anzusehen. Im Sinne intrapersonaler Wirkfaktoren können körperpsychotherapeutische Methoden einerseits durch ein bewusstes Entdecken und Spüren von Körperfunktionen, Ressourcen oder Problem Punkten (Verkörperung), andererseits auch durch das bewusste Wahrnehmen von inneren Vorgängen und daraus entstehenden Erkenntnissen (Emergenz) eine Wirkung erzielen. Weiterhin gibt es Wirkfaktoren „zwischen Körper und Geist“ (Petzold, 2006), womit einerseits ein zunehmendes Expertenwissen über Körperinterventionen und deren Wirkung auf der Basis von Wissen und Erfahrungen von Seiten der Therapeut*innen gemeint ist, und

andererseits auf geistiger Ebene eine reflektierende und akzeptierende Haltung in Bezug auf die therapeutische Beziehung (während Interventionen) meint. Zudem ist ein Wirkfaktor der Körperpsychotherapie, dass mit den Vorgehensweisen sowohl die Klärung und Einsicht (in unbewusste Anteile) unterstützt und Bewältigungsprozesse (Handeln) begleitet werden. Weitere Wirkfaktoren sind nach Petzold (2006) eine (Neu-)Organisation und Integration von Verhaltens- und Denkmustern aufgrund der neuen optionalen Verhaltensweisen, welche in der Therapie spielerisch ausprobiert werden können, was letztlich die persönliche Entwicklung fördert.

Für einige dieser Wirkfaktoren liegen bereits wissenschaftliche Erkenntnisse vor, welche in den nachfolgenden Kapiteln zitiert werden.

Wie eingangs dargestellt wurde, finden körperpsychotherapeutische Ansätze insbesondere in stationären, multimodalen Behandlungskonzepten ihre Anwendung (Fuhljahn, 2017). Um die Wirksamkeit von Körperpsychotherapien in ambulanten Settings zu evaluieren, wurde die EWAK-Studie durchgeführt. An den Erhebungen nahmen drei deutsche und fünf Schweizer Institutionen teil. Dabei wurden mittels Symptomchecklisten und Befindlichkeitsfragebögen Daten von 342 Patient*innen erhoben, welche eine ambulante körperpsychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen und aufgrund ihres soziodemografischen Hintergrunds wie auch pathologisch nicht von Patient*innen anderer ambulanter Psychotherapieverfahren abwichen. Eine Datenerhebung fand zu Beginn, ein halbes Jahr später, wie auch zu Therapieende und ein Jahr nach Therapieende statt. In der Auswertung wurden zum zweiten Messzeitpunkt (nach 6 Monaten) signifikante Besserungen verzeichnet und es konnten große Effekte zu Therapieende bzw. zwei Jahre danach gemessen werden. Die katamnestischen Daten weisen auf eine hohe Stabilität körperpsychotherapeutischer Behandlungen hin (Effektstärken $\geq 0,80$). Das Forschungsteam wertet die Ergebnisse als Wirksamkeitsnachweis für die Anwendung von Körperpsychotherapie in ambulanten Settings. (Koemeda-Lutz et al., 2006)

Maurer-Groeli, Hausmann und Massenbach (2005) führten ausgehend vom Institut für Körperzentrierte Psychotherapie (IKP) eine Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit des körperzentrierten Psychotherapieansatzes (nach Maurer) durch und stellten dabei ebenfalls mittlere bis hohe Effektstärken und eine nachhaltige Wirkung für die Anwendung des ganzheitlichen körperorientierten Psychotherapieansatzes fest. Die Studienergebnisse basieren auf Dokumentationen von 33 Therapieverläufen, welche von sieben ausgebildeten Therapeut*innen durchgeführt wurden. In den meisten Fällen wurden die Diagnosen Depression (46%) und Angsterkrankung (30%) behandelt, 18% der Patient*innen hatten psychosomatische und 6% Suchterkrankungen. Für die Datengewinnung wurden die Symptome mittels SCL-90-R zu drei Messzeitpunkten (zu Beginn, nach 10 und nach 20 Therapiestunden)

erhoben. In der katamnestischen Befragung (halbes bis zwei Jahre nach Therapieende) stuften 62% die körperzentrierte Psychotherapie als wirksam ein. Im Vergleich zu einer ähnlich angelegten Studie aus dem Jahre 2002 zum Wirksamkeitsnachweis von Behavioraler und Psychoanalytischer Psychotherapie zeigten sich für alle drei Behandlungsansätze ähnlich signifikante Symptomreduktionen zu Therapieende, jedoch weist das körperorientierte Vorgehen im Durchschnitt kürzere Behandlungszeiten (41,8h) auf als die behaviorale (63h) und psychoanalytische Psychotherapie (185h). (Maurer-Groeli et al., 2005)

4.1.2 Wirksamkeit nach Erkrankungsbild und Symptomatik

In einigen Studien, welche in das vorliegende Review einbezogen wurden, steht nicht die jeweils angewandte Körperpsychotherapiemethode, sondern die Wirksamkeit körperorientierter Psychotherapie in Verbindung mit bestimmten Erkrankungsbildern oder Symptomatiken im Vordergrund. Die Erkenntnisse sollen in diesem Kapitel beschrieben werden.

Somatoforme Erkrankungen

In einer teils kontrollierten Pilotstudie wurde die Eignung einer körperpsychotherapeutischen Gruppentherapie für die ambulante Behandlung von 24 Patient*innen mit somatoformen Erkrankungen untersucht. Dabei erhielt die Treatmentgruppe eine körperpsychotherapeutische Intervention, während die Kontrollgruppe mit der herkömmlichen Vorgehensweise behandelt wurde. Die follow-up-Erhebung nach sechs Monaten ergab im Vergleich zum Therapiebeginn eine signifikante Reduktion der somatischen Symptome und zudem einen signifikanten Effekt bzgl. Selbstakzeptanz und Lebensqualität in der Treatmentgruppe während in der Wartekontrollgruppe teils negative Effekte zu beobachten waren. Schließlich hat sich die Anwendung körperpsychotherapeutischer Vorgehensweisen in der Stichprobe für psychosomatisch Erkrankte als wirksam und geeignet erwiesen. (Röhrich, Sattel, Kuhn & Lahmann, 2019)

Stressinduzierte Erkrankungen

Kreuzer et al. (2012) untersuchten in einer RCT-Pilotstudie die Wirksamkeit eines manualisierten Stressinterventionsprogramms anhand eines Wartekontrollgruppendesigns mit 36 Patient*innen, die an chronischem Tinnitus leiden. Das Interventionsprogramm bestand aus einem Mix aus Körperpsychotherapie und Achtsamkeitsübungen (Meditation, Imagination, Selbstmassage, Bewegungsübungen, Körperwahrnehmungsübungen, Atemübungen) und bewährte sich in der Stichprobe aufgrund signifikanter Symptomverbesserung für die Behandlung von stressinduzierten Erkrankungen. (Kreuzer et al., 2012)

Für die Arbeit mit Burnout-Klient*innen empfiehlt Hauswirth (2010) ausgehend von Fallstudien eine individuell abgestimmte Anwendung von körperpsychotherapeutischen Ansätzen.

Dabei können das Lösen von inneren Anspannungen und zugleich das Schaffen eines Sicherheits- und Selbstwertgefühls von hoher Relevanz sein.

Depressive Symptomatik

Im Rahmen eines systematischen Reviews wurden die Wirkprozesse körperpsychotherapeutischer Interventionen in der Behandlung von Patient*innen mit Depressionen anhand einer Analyse von RCTs eruiert. Als Ergebnis des Reviews wird festgehalten, dass körperpsychotherapeutische Verfahren bei depressiven Klient*innen klinisch relevante Veränderungen hinsichtlich Körperhaltung und Gestik, sowie eine Verbesserung des Selbstbewusstseins, des Gemütszustandes und der Körperzufriedenheit bewirken können. (Papadopoulos & Röhrich, 2014)

Winter et al. (2018) untersuchten die Auswirkung einer körperpsychotherapeutischen Intervention bei Patient*innen mit chronischen Depressionen auf ihre Konstruktionen, welche in Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen und einer Körperunzufriedenheit stehen können. Dabei stellten sie fest, dass eine körperpsychotherapeutische Intervention neben einer Reduktion der depressiven Symptome auch zu mehr Zufriedenheit mit dem Körper, verbessertem Selbstbewusstsein und einer erhöhten Lebensqualität beitragen kann. Zudem schlossen sie aus den Untersuchungen, dass Körperkonstruktionen für Behandlungseffekte bei depressiven Symptomatikern von Bedeutung sein können. (Winter et al., 2018)

Körperbildstörungen

Auch für die Behandlung von Körperbildstörungen eignet sich ein multimodaler Ansatz, welcher auch körperorientierte Psychotherapie miteinschließt. Körperbildstörungen können sich in einer verzerrten oder eingeschränkten Körperwahrnehmung (Körpergrenzen und -maße), wie auch in einer übermäßig negativen Bewertung und auch Fixierung auf den Körper äußern und mit Essstörungen einhergehen. Konzag et al. (2006) stellten eine Untersuchung an, um die Relevanz körperorientierter Therapie für die Behandlung von Patient*innen mit Essstörungen zu ermitteln. In die Auswertung konnten Daten von 43 Patient*innen, welche mit der Diagnose Anorexia oder Bulimia nervosa über einen Zeitraum von zwölf Wochen stationär behandelt wurden, miteinbezogen werden. Die Datenerhebung erfolgte an vier Zeitpunkten mit Hilfe einer Symptomcheckliste, dem Beeinträchtigungsschwerescore BBS und einem Evaluierungsbogen der Klinik. Die Therapie bestand aus zwölf verschiedenen Therapieformen, welche im Gruppen- wie auch Einzelsetting stattfanden, und bewirkte bei 80% der Klient*innen aus deren subjektiver Sicht wie auch aus Therapeut*innensicht eine deutliche Besserung oder Symptombefreiheit. Aus Sicht der behandelnden Therapeut*innen haben sich die körperbezogenen Therapieformen im Behandlungsprozess für 40% der Anorexie-Patient*innen und für 62,8% der Bulimie-Patient*innen als hoch wirksam erwiesen. Aus der Patient*innenperspektive wurde für 33,3% der Anorexie-

Patient*innen und für 21% der Bulimie-Patient*innen eine deutliche Wirksamkeit erzielt. Ausgehend von den Ergebnissen empfehlen Konzag et al. (2006) für eine stationäre Behandlung bei der Diagnose Anorexia nervosa eine Kombination aus kognitiv-behavioraler und tiefenpsychologischer Therapie mit körperorientierten Einzel- und Gruppentherapien. Für die Behandlung von Bulimie-Erkrankten empfehlen sie ausdrücklich eine körperorientierte Gruppentherapie für stationäre Settings. Inwiefern körperorientierte Einzeltherapie für die Behandlung von Essstörungen von Relevanz ist, gilt es individuell einzuschätzen. (Konzag et al., 2006)

Angsterkrankung

Um die Langzeiteffekte einer affektfokussierenden Körperpsychotherapie bei Klient*innen mit einer generalisierten Angsterkrankung zu untersuchen, führten Berg et al. (2009) eine randomisierte kontrollierte Studie mit 61 teilnehmenden Patient*innen durch. Nach Therapiebeendigung wiesen beide Gruppen, die herkömmlich behandelte und die mit Körperpsychotherapie behandelte Gruppe, eine signifikante Verbesserung auf. Jedoch war die Symptomverbesserung bei der körperpsychotherapeutischen Interventionsgruppe signifikant höher im Vergleich zur Kontrollgruppe. Schließlich empfiehlt das Forschungsteam eine Integration körperpsychotherapeutischer Techniken mit Affektfokussierung in die Behandlung von Patient*innen mit generalisierten Angsterkrankungen. (Berg et al., 2009)

Sexuelle Kindesmisshandlung

Im Rahmen einer randomisierten Studie wurden 24 Frauen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung aufgrund von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit befanden, per Zufall in zwei Kohorten für die Wirksamkeitsüberprüfung von körperorientierten Methoden eingeteilt. Dabei wurde mit einer Gruppe eine körperorientierte Psychotherapie durchgeführt, welche u.a. Körperwahrnehmungsübungen und Übungen zum Fokussieren auf körperliche Signale von innen vorsah. Die andere Gruppe erhielt in dieser Zeit eine Massagetherapie (bekleidet). Die Teilnehmenden wurden u.a. zur Symptomatik und posttraumatischen Belastung befragt. Daten wurden an sechs Messzeitpunkten erhoben (Beginn, zwei Mal während Interventionsphase, Therapieende, ein und drei Monate nach Therapieende). Nachdem die beiden Gruppen acht einstündige Therapieeinheiten erhalten hatten, konnte für beide Gruppen eine signifikante Verbesserung aller gemessenen Outcomes verzeichnet werden, während die qualitative Auswertung der offenen Fragen leichte Unterschiede zwischen den Gruppen im Erleben der Interventionen ergab. Die Studienergebnisse werden folglich als Hinweis auf die Wirksamkeit des Einbezugs körperorientierter Elemente in die Arbeit mit Klient*innen mit sexuellen Kindesmisshandlungen gedeutet. (Price, 2005)

Psychische Erkrankung während Schwangerschaft

Van Ravesteyn et al. (2017) haben in einem systematischen Review und einer multimodalen Treatment-Meta-Analyse geeignete Behandlungsansätze bei psychischen Erkrankungen während der Schwangerschaft untersucht. In die Analyse der nicht-pharmazeutischen Behandlungsmethoden wurden 29 Studien mit 2779 Patient*innen einbezogen. Die Symptomatiken der Patient*innen waren überwiegend depressive Verstimmungen. Auch Angst, somatoforme oder Persönlichkeits- wie auch Essstörungen und psychotische Symptome kamen vor. Neben einer Kognitiven Verhaltenstherapie oder einer interpersonalen Psychotherapie stellten sich in dem Review körperorientierte Interventionen mit mittleren Effektstärken bei der Reduktion der Symptomatiken als ebenfalls geeignete Methoden heraus. Allerdings sind für konkretere Empfehlungen weitere Untersuchungen notwendig. (van Ravesteyn et al., 2017)

Schizophrenie

Das Forschungsteam Tschacher et al. (2017) hat in einem Review die Anwendung und Indikation von *Embodiment*-Ansätzen in der psychotherapeutischen Behandlung von Schizophrenie-Patient*innen behandelt. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der einbezogenen Literatur zeigen, dass der Erfolg einer Psychotherapie - entgegen bisheriger Annahmen - mehr von einer körperlichen Synchronisation (mit einem „sprechenden Kern“) ausgeht, als vom verbalen Austausch. Zudem tragen koordinierte körperliche Bewegungen signifikant zur Therapieeffektivität bei. Die explizite Wirksamkeit körperorientierter psychologischer Therapien konnte für die Behandlung von Schizophrenie-Patient*innen in randomisierten kontrollierten Studien ermittelt werden. Dabei trug ein Einbezug des Körpers insbesondere zur Linderung der Negativsymptomatik bei. (Tschacher et al., 2017)

In einer RCT mit 68 Teilnehmenden, die sich mit der Diagnose des schizophrenen Formenkreises in ambulanter Behandlung befanden, wurde die Wirksamkeit einer körperpsychotherapeutischen Behandlung mit einer üblichen Behandlung in Bezug auf die Entwicklung der Negativsymptomatik verglichen. Nach zwanzig Therapieeinheiten wies die Treatmentgruppe (körperpsychotherapeutische Behandlung) signifikant niedrigere Scores bei der Einschätzung der Negativsymptomatik, mittlere Effektstärken und eine Symptomreduktion von 20,65% auf. Ausgehend von diesen Ergebnissen, welche durch die Ergebnisse anderer Studien unterstützt werden können, wird zu einer Integration körperpsychotherapeutischer Elemente in die ambulante Behandlung von Schizophrenie-Erkrankten geraten. (Martin, Koch, Hirjak & Fuchs, 2016)

Neben den angeführten wissenschaftlich begründeten Empfehlungen des Einbezugs körperlicher Aspekte in die Behandlung bestimmter Störungsbilder und Symptomatiken wurden im Rahmen der Literaturrecherche auch empirische Belege für die Wirksamkeit

spezifischer Körperpsychotherapiemethoden ermittelt, welche im nachfolgenden Kapitel jeweils nach einer kurzen Beschreibung der einzelnen Methoden dargelegt werden.

4.2 Körperpsychotherapiemethoden – methodenspezifische Beschreibung, Wirksamkeit und Indikation

In diesem Kapitel werden zentrale Körperpsychotherapiemethoden bezüglich des jeweils dahinterstehenden theoretischen Konstrukts, der Wirkungsabsicht, Indikation und Wirksamkeit dargestellt. Die vorgenommene Methodenauswahl und -gliederung orientiert sich grundlegend an den bei Geuter (2019) und Röhrich (2000) aufgeführten und in Tab. 1 (siehe 2.2) dargestellten zentralen Körperpsychotherapiemethoden und ist aufgrund des beschränkten Rahmens der Arbeit nicht allumfassend. Auch die Untergliederung in die Vermittlungsebenen (Gliederungspunkte), über welche die einzelnen Methoden jeweils vordergründig eine Wirkung erzielen sollen, wurde an die Übersichtsarbeiten zur Körperpsychotherapie angelehnt.

4.2.1 Fokus Körperenergie und Affekte

Vegetotherapie

Der Psychiater und Psychoanalytiker Wilhelm Reich gilt als ein bedeutsamer Begründer der Körperpsychotherapie und trug maßgeblich zur Entwicklung bioenergetischer Therapien bei (Boadella, 1977; Eberwein, 2009). Ausgehend von Reichs Vegetotherapie entwickelten sich Körperpsychotherapieansätze, die darauf abzielen, mittels Körperinterventionen im Körper angestaute oder festgehaltene Energie freizusetzen (Eberwein, 2009, S. 89). In den reichianischen und neoreichianischen Methoden wird davon ausgegangen, dass eine Energie den Körper durchströmt, welche sich muskulär äußert und bei einem gestörten Energiefluss zu Muskelverspannungen und Erkrankungen führt (Schatz, 2002). Wilhelm Reich lehnte die von Freud aufgestellte Theorie des Todestriebes ab und erklärte Widerstände im psychotherapeutischen Behandlungsprozess dementsprechend nicht mit einem Trieb, der eine Rückentwicklung zum vorgeburtlichen Zustand anstrebt (Freud, 1994, S. 45), sondern sah darin u.a. den körperenergetischen Ausdruck von unterdrückten oder verdrängten, störungsrelevanten Erfahrungen. (Eberwein, 2009, S. 89ff.)

Reich nahm an, dass Menschen im Laufe ihres Lebens aufgrund von Anpassungsprozessen im Zuge der Sozialisation eine Charakterstruktur und einen „Panzer“ entwickeln, um sich in ihrer Umwelt einzufinden und mit einzelnen Erfahrungen besser umgehen zu können, bzw. unangenehme Affekte abzuwehren. Diese Panzerung äußert sich wiederum auf

körperlicher Ebene in Form von dauerhaften Muskelanspannungen und soll mittels der von Reich entwickelten Vegetotherapie (Charakteranalyse) erkannt werden und über Körperinterventionen behandelt werden, um Klient*innen zum Wiedererlangen der ursprünglichen Fähigkeit eines ganzheitlichen Selbsterlebens zu verhelfen. Dabei lag ein Schwerpunkt für Reich auf der Befreiung unterdrückter Sexualität, da nach seiner Auffassung die Fähigkeit eines intensiven Erlebens von Orgasmen einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit hat, indem überschüssige Energie in Orgasmen abgebaut werden kann, anstatt in neurotisches Verhalten zu münden. In der praktischen Anwendung der Vegetotherapie arbeitete Reich vordergründig mit dem Atem und an dessen freiem Fluss, um auf diesem Weg einen Zugang zu unbewussten oder verdrängten Erlebnissen und Emotionsausdruck zu ermöglichen und die „orgasmische Potenz“ (wieder-)herzustellen. (Ehrensperger, 2010; Lowen, 1977, 1993; Ventling, Bertschi & Gerhard, 2006; Wilke, 2007)

Bioenergetische Analyse

Die von Lowen und Pierrakos entwickelte Bioenergetische Analyse ist aus Reichs Theorie des Charakterpanzers entstanden und tiefenpsychologisch fundiert (Röhrich, 2000, S. 18). Diese Methode arbeitet ebenfalls mit Energien im Körper (z.B. Atmung, Durchblutung), der Fokus liegt jedoch nicht mehr auf der Befreiung sexueller Energien, sondern auf der Freisetzung einer weiter gefassten Lebensenergie, welche beispielsweise Freude, Kreativität, Genuss und Spiritualität hervorbringen kann und mit einem gesunden Wohlbefinden in Verbindung steht. Es wird angenommen, dass ein gesundes Wohlbefinden erst eintreten kann, wenn ein natürlicher Wechsel von An- und Entspannung im gesamten Körper (inkl. Organe) möglich ist. Bei der Durchführung der Bioenergetischen Analyse werden zunächst energetische Vorgänge, Spannungszustände bzw. Widerstände, im Körper erfasst, um diese im weiteren Therapieverlauf durch gezielte Techniken zu entspannen bzw. zu lösen. Dabei werden in die Diagnose u.a. die Körperhaltung, der Ausdruck, die Beweglichkeit und Atmung miteinbezogen. In der Behandlung wird zunächst ein Bewusstwerden über körperliche Anspannungen (Panzerung) angestrebt, welche es dann durch Massage und zielgerichtete Übungen, wie beispielsweise Lockerungs- oder Atemübungen, zu lösen gilt, um verdrängte Gefühle freizusetzen und die ursprüngliche Lebensfreude zu befreien. Zudem spielt in der Bioenergetischen Analyse das *Grounding* (Erdung) eine zentrale Rolle, da Stabilität und Standfestigkeit als Voraussetzung für ein intensiveres Gefühlserleben und eine zunehmende Sensibilität erachtet werden. (Ehrensperger, 2010; Lowen, 1977)

Die Erfahrungen während des Übens werden in Zusammenhang mit tiefenpsychologischen Annahmen betrachtet und sollen Klient*innen helfen, mehr Stabilität und Gleichgewicht wahrzunehmen (Fuhljahn, 2017).

Biodynamik & Biosynthese

Zu den biodynamischen Therapiemethoden zählen neben Vegetotherapie und Bioenergetischer Analyse auch die Methoden Biodynamik und Biosynthese. Die von Boyesen entwickelte Methode Biodynamik basiert auf Reichs Theorie und arbeitet insbesondere mit Techniken der Berührung und Massage (Röhricht, 2000). Insgesamt steht bei biodynamischen Behandlungen die Förderung des Wohlbefindens und der Selbstregulation von Klient*innen im Vordergrund. Es werden Massagetechniken angewandt, welche Neuroverdauungsprozesse aktivieren, was beispielsweise an der Darmaktivität über ein Stethoskop verfolgt werden kann, um angestaute (verdrängte) Gefühle loszulösen und Erfahrungen zu „verdauen“. (Boyesen, 2009)

Die Techniken der Biosynthese orientieren sich an der menschlichen organischen Entwicklung und versuchen die individuelle „Entfaltung“ zu fördern. Dabei wird pränatalen Erfahrungen ein besonderer Stellenwert zugeordnet. (Röhricht, 2000)

Ventling und Gerhard (2000) erhoben in Zusammenarbeit mit der Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT) in einer retrospektiven Patient*innenbefragung mittels Fragebogen die nachhaltige Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapie. In die Ergebnisauswertung konnten Daten von 142 Patient*innen mit Diagnosen der Kategorien F4 (neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen), F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und F3 (affektive Störungen) eingeschlossen werden, deren Behandlung zum Befragungszeitpunkt bis zu sechs Jahre zurücklag. 75% der Befragten gaben an, mit der Behandlung insgesamt zufrieden zu sein, was auf eine sehr hohe Stabilität nach Therapieende hinweist. Eine signifikante Verbesserung ($p < 0,001$) zwischen Therapieende und der Befragung konnten in den Bereichen Beziehungsprobleme, somatische Beschwerden und für 2/3 der Befragten auch hinsichtlich der Kategorien Selbstwertgefühl, allgemeiner psychischer Zustand, Selbstakzeptanz, Durchsetzungsvermögen und Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Für 56% der Befragten waren die Körperinterventionen bei der Entwicklung neuer Einsichten entscheidend. Wenn auch gewisse Verzerrungen aufgrund der Selbsteinschätzung in der Stichprobe berücksichtigt werden müssen, erachtet das Forschungsteam die erhobenen Daten als Beleg für die Wirksamkeit der bioenergetischen Psychotherapie hinsichtlich Symptomreduktion und Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens. (Ventling & Gerhard, 2000)

In einer weiteren retrospektiven Befragung von 106 Personen, der Diagnosegruppen F3, F4 und F6, welche eine bioenergetische Psychotherapie erhalten hatten, stellten Ventling, Bertschi und Gerhard (2006) ähnliche Ergebnisse fest. Dabei erhielten die Befragten je nach Diagnosekategorie unterschiedliche Fragebögen, jedoch zeigte sich kein

entscheidender Unterschied in der nachhaltigen Wirksamkeit zwischen den einzelnen Gruppen. Die Auswertung ergab eine hohe bis höchst signifikante Wirkung und Symptomreduktion infolge der bioenergetischen psychotherapeutischen Behandlung für die drei Diagnosegruppen. Lediglich für die Somatisierung konnte kein hoch signifikantes Ergebnis ($p < 0,003$) festgestellt werden. Die Körperarbeit wurde insbesondere für das Gewinnen neuer Einsichten positiv bewertet, was in dem Sample wiederum mit einer höheren Symptomreduktion (doppelt so hoch) in Zusammenhang stand ($p < 0,018$). Daraus schlussfolgern Ventling et al. (2006), dass die Wirksamkeit von Bioenergetischer Psychotherapie von einer angemessenen Einbindung der bioenergetischen Körperarbeit in den Therapieprozess und dementsprechend der erforderlichen Empathie auf Seiten der Therapeut*innen abhängt und Bioenergetische Arbeit insbesondere beim Erlangen neuer Erkenntnisse unterstützen kann. (Ventling et al., 2006)

Darüber hinaus empfiehlt sich nach Ehrensperger (2010) eine Anwendung der Bioenergetischen Analyse für die Arbeit mit Klient*innen, die zu einer stark ausgeprägten rationalisierten oder phantasievollen Abwehr neigen (Narzissmus, Borderline), sowie für die Behandlung von Angststörungen und Depressionen. Die Methode lässt sich generell für alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen anwenden, jedoch sollte bedacht werden, dass psychotische Schübe ausgelöst werden könnten.

4.2.2 Fokus Körperbewegung

Tanztherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte und seit den 1960er Jahren praktizierte Tanztherapie hat ihre Wurzeln in erlebnisorientierten und humanistischen Therapieansätzen und findet in Deutschland ihre Anwendung in der stationären Rehabilitation, wie auch in ambulanten Behandlungen und beraterischen Kontexten. In der Tanztherapie haben der Körper und seine Ausdrucksmöglichkeiten einen zentralen Stellenwert als Kommunikationsmedium. Dabei stehen Improvisation und kreative Bewegungsgestaltung im Vordergrund und nicht die Reproduktion von Tanzstilen. Um ein ganzheitliches, gegenwärtiges Erleben im Sinne einer „authentischen Selbstwahrnehmung“ zu fördern, wird in der Tanztherapie nach Ausdrucksmöglichkeiten mit dem ganzen Körper, wie auch über Gestik und Mimik, gesucht. (Trautmann-Voigt, 2003; Voigt & Trautmann-Voigt, 2001)

Rudolf von Laban, ein Begründer der Tanztherapie, sah im freien und intuitiven Tanzen oder Bewegen die Möglichkeit, das seelische Erleben zum Ausdruck zu bringen (Müller-Braunschweig, 2010, S. 4–6). Grundannahme ist, dass ein freier und intuitiver Ausdruck eine heilsame Wirkung hat, indem auf diesem Weg Unbewusstes an die Oberfläche

gelangen kann und zu Selbsterkenntnis und der Freisetzung von Lebensenergie verhelfen kann (*authentic movement*). Daneben gibt es tanztherapeutische Ansätze, welche mit bewusster und rhythmischer Bewegungskoordination eine Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten und damit auch der Bewegungsfreiheit und körperlichen Kommunikationsfähigkeit anstreben.

Rudolf von Laban hat außerdem die Bewegungsanalyse entwickelt, ein System zur Beobachtung und Analyse der Bewegungsmöglichkeiten. Er nahm an, dass mit der Zunahme an Bewegungsmöglichkeiten auch die Lebensbewältigungskompetenzen steigen. (Trautmann-Voigt, 2003)

Elaine Siegel hebt darüber hinaus die Übertragungsprozesse und Widerstände in der Therapeut*in-Klient*in-Beziehung während einer Tanztherapie hervor und sieht in deren Bearbeitung eine zentrale Aufgabe der Tanztherapie. Sie leistet damit einen entscheidenden Beitrag zur Verknüpfung der tiefenpsychologischen Psychotherapie mit der Tanztherapie. Siegel arbeitet mit Klient*innen sowohl im Liegen oder Sitzen auf der Couch und zugleich besteht immer die Möglichkeit in einen bewegten, körperlichen Dialog zu gehen. (Trautmann-Voigt, 2003)

Die rhythmisch-dynamischen Bewegungen und Interaktionen der Tanztherapie sollen den Zugang zum prozeduralen Gedächtnis und eine bewusste Auseinandersetzung mit ursprünglichen, prägenden Erfahrungen und in einem weiteren Schritt bei der Verhaltensmodifikation unterstützen. Auch kann das Wiedererleben von positiven Affekten im Vordergrund einer Tanztherapie stehen. In der Praxis versuchen Therapeut*innen das emotionale Empfinden der Klient*innen während der Bewegung nachzuempfinden, wobei es Übertragungs- und Gegenübertragungseffekte zu bedenken gilt. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Körpersprache zu entschlüsseln und beispielsweise über den Körperausdruck kommunizierte Wünsche im Kontext der individuellen Lebensbiografie zu verstehen und ggf. gezielte Änderungen einzuleiten. Die Tanzbewegung kann unter den Aspekten Raum (enge/weite Bewegung, Höhe/Tiefe), Kraft und Zeit (Rhythmus) beobachtet und erlebt werden. (Trautmann-Voigt, 2003; Voigt & Trautmann-Voigt, 2001)

Inwiefern das Tanzen im Vergleich zu anderen herkömmlichen Bewegungstherapien die Neuroplastizität fördert wurde anhand von acht randomisierten klinischen Studien in einem systematischen Review hinsichtlich der Modifikation von Gehirnvolumen und -struktur, Gehirnfunktionen und psychomotorischer Anpassung untersucht. Im Ergebnis zeigen Tanzinterventionen eine Verbesserung der Verbindung zwischen den Gehirnhemisphären und bessere Outcomes hinsichtlich psychosozialer Parameter, der Körperhaltung und dem Körpergleichgewicht. In dem systematischen Review wird schließlich darauf hingewiesen, dass

Tanzinterventionen die Gehirnplastizität sowohl auf struktureller wie auch funktioneller Ebene positiv beeinflussen können. In weiteren Studien sollte untersucht werden, ob die Behandlung auch für vordergründig neurologische Erkrankungen strukturelle Veränderungen bewirken kann. (Teixeira-Machado, Arida & Mari, 2019)

An einer qualitativen Studie zur Ermittlung des Erlebens während einer Tanztherapie aus Therapeut*innensicht nahmen fünf Tanz- und Bewegungstherapeut*innen teil, welche in der therapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit Essstörungen Erfahrungen haben. Die Auswertung der semi-strukturierten Interviews ergab, dass die teilnehmenden Therapeut*innen von der Wahrnehmung somatischer Gegenübertragungsprozesse in der Körperanspannung berichten und die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Selbstfürsorge bei den Klient*innen mit Essstörungen beobachten. Die Befragten schreiben dem Einbezug des Körpers bei der Behandlung von Essstörungen eine zentrale Rolle zu, um eine gesunde Selbstfürsorge (wieder-)zuerlangen. (Palmer, 2015)

Im Rahmen eines Reviews konnten die Ergebnisse dreier RCTs zur Wirksamkeit von Tanztherapie bei depressiven Erkrankungen einbezogen werden und mit herkömmlichen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren (Gesprächspsychotherapie, pharmakologische Therapie, physische Interventionen) verglichen werden. Diese drei Studien umfassen insgesamt 147 Teilnehmer*innen und beruhen jeweils auf Messungen der Depressivität zu mehreren Zeitpunkten. Aufgrund der geringen Datenmenge erlauben die positiven Effekte, welche in den einzelnen Studien gemessen wurden, noch keine Verallgemeinerung. (Mee-kums, Karkou & Nelson, 2016)

Karkou et al. (2019) sprechen sich hingegen auf Basis eines aktuelleren systematischen Reviews für eine Anwendung der Tanztherapie bei depressiven Erkrankungen aus. In diesen Review konnten acht kontrollierte Studien mit insgesamt 351 Teilnehmenden einbezogen werden, in welchen eine Linderung der depressiven Symptomatik in Zusammenhang mit der Tanztherapie gemessen wurde. (Karkou et al., 2019)

Tanztherapie eignet sich weiterhin für Klient*innen, welche sich in ihrer aktuellen Lebenslage neu orientieren wollen. Die Methode kann in Krisensituationen stabilisierend wirken, bei der Konfliktbewältigung helfen und insgesamt als Ergänzung für tiefenpsychologische Psychotherapie erachtet werden. Themen wie Körperbewusstsein und Selbstwahrnehmung, Körpergrenzen und Bewertung des eigenen Körpers wie auch die Wahrnehmung von Emotionen können in der Tanztherapie behandelt werden. (Trautmann-Voigt, 2003)

Authentic Movement

Tantia (2012) hat in einem Review anhand von experimentellen Fallstudien die physiologischen Veränderungen während der Anwendung des *Authentic Movement* untersucht. Dabei handelt es sich um eine Methode, welche ausgehend von der Tanztherapie entwickelt wurde und häufig in diesem Kontext ihre Anwendung findet. In der Praxis folgt i.d.R. eine Person mit geschlossenen Augen ihren von innen kommenden Bewegungsimpulsen während eine weitere Person als „Zeuge“ am Rande sitzt und mit einer akzeptierenden, wertfreien Haltung am Geschehen als Beobachter*in teilnimmt, um sich im Anschluss gemeinsam über Erlebtes und Beobachtetes auszutauschen. In den einbezogenen Fallstudien wurde *Authentic Movement* für die Behandlung bei Suchterkrankungen, in der stationären Psychiatrie und bei den Symptomen Dissoziation, sexuelle Traumata und Vernachlässigung in der Kindheit mit positiver Wirkung eingesetzt. Tantia beschreibt als Ergebnis des Reviews einen Anstieg der parasympathischen Aktivität und einen ungewöhnlichen Anstieg der Herzfrequenzvariabilität während der Bewegung und dem anschließenden verbalen Austausch. Nach ihrer Einschätzung deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Methode *Authentic Movement* selbstregulierende Prozesse des autonomen Nervensystems anregt. (Tantia, 2012)

Atemtherapie

Verschiedene körperorientierte Psychotherapiemethoden bedienen sich an Techniken der Atemtherapie. Da diese auch im Beratungskontext angewandt werden könnten, folgt nun ein kurzer Abriss über die Atemtherapie.

Häufig wird in der Atemtherapie mit einer bewussten Beobachtung und auch Steuerung des Atems (z.B. Intensivierung von Ein- und Ausatmung) gearbeitet, was die Selbstwahrnehmung und auch eine Mobilisation und Bewusstwerdung von Emotionen unterstützen soll (Geuter, 2015, S. 69, 110f.; Mehling, 2010, S. 158ff.). Auch kann das vordergründige Ziel eine zunehmende Wahrnehmung von Zusammenhängen zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen sein (Mehling, 2010, S. 173). In der Praxis können sowohl gezielt Atemtechniken eingesetzt werden, als auch die bewusste Wahrnehmung des Atems ohne dessen Beeinflussung im Fokus stehen. Mehling (2010, 183f.) empfiehlt die Anwendung von Atemtherapie für Klient*innen mit psychosomatischen Beschwerden, bei Erschöpfungszuständen, Schlafstörungen, Zwangsstörungen, Ängsten und depressiven Verstimmungen.

4.2.3 Fokus Wahrnehmung

Konzentrierte Bewegungstherapie

Die Konzentrierte Bewegungstherapie entstand aus der Gymnastikbewegung der 20er Jahre und beruht ebenso wie Reichs Theorie auf der Annahme eines Zusammenspiels von körperlichen und seelischen Vorgängen, welche sich in der körperlichen Verfassung manifestieren können (Becker, 2010; Wilke, 2007). Die Begründerin Elsa Gindler zielte mit der Konzentrierten Bewegungstherapie (ausgehend von Gymnastik) auf eine Verhaltensänderung durch ein bewusstes, körperliches Üben von Bewegungsabläufen ab. Gindler ging davon aus, dass durch das bewusste Erleben von wiederholten, langsam ausgeführten Bewegungen ein Lerneffekt eintritt, welcher letztlich die in der Therapie erwünschte Verhaltensänderung unterstützt. (Marlock, 2010, S. 54; Müller-Braunschweig, 2010, S. 4–6)

Helmuth Stolze (2006) entwickelte die Konzentrierte Bewegungstherapie ausgehend von Gindler weiter und betrachtete die Bewegung und das Erleben von Patient*innen aus einer tiefenpsychologischen Perspektive. Dementsprechend spielte für ihn die therapeutische Beziehung eine zentrale Rolle, wobei der/die Therapierende den Raum hält, damit sich der/die Patient*in frei ausprobieren und den eigenen Weg finden kann. Zudem war es für Stolze zentral, dass Klient*innen angeleitet werden, Bewegungsimpulse von innen zu „erspüren“ und diese dann mit voller Aufmerksamkeit und Konzentration für die Bewegung auszuführen. Die Bewegung kann beispielsweise ausgehend vom „Ersperen“ eines Körperteils (z.B. Bein) mit geschlossenen Augen entstehen. Schließlich soll die Konzentrierte Bewegungstherapie als nichtanalysierendes Verfahren durch das innere „Ersperen“ und Erleben von Bewegung (nicht ein rein körperliches Üben) regenerative Prozesse in Gang setzen. (Stolze, 1989a)

Die Konzentrierte Bewegungstherapie findet häufig als Gruppentherapie statt und trägt als ergänzende Methode im Kontext von Psychotherapie zu verbesserten und schnelleren Behandlungsergebnissen bei (Stolze, 1989b). In einem Wechselspiel aus Bewegen/Wahrnehmen und Verbalisieren werden in der Praxis sprachliche Bilder und Gefühlslagen körperlich ausgedrückt, erlebbar gemacht und das Erlebte reflektiert (Stolze, 2006). Therapeut*innen nehmen am Geschehen teil und können dabei eine vordergründig beobachtende Rolle einnehmen und durch Interventionen die Führung in unterschiedlichem Ausmaß übernehmen (Kirchmann, 1989). Eine zunächst strukturierte Anleitung durch den/die Therapeut*in soll bei den Klient*innen präverbale und nonverbale Kommunikationsformen (wieder-)beleben, welche in Zusammenhang mit frühen Erlebnissen stehen können. Mit zunehmender Zeit können Klient*innen dann freier und intuitiv Körperausdrucksmöglichkeiten wählen und sich dabei immer mehr auf ihren Körper und seine Grenzen konzentrieren. Im Anschluss an die Körperübungen wird das subjektive Erleben während der Bewegungsausführungen

besprochen und in den individuellen Erfahrungskontext eingeordnet und interpretiert. Zu Beginn werden Klient*innen meist angeleitet, in der Rückenlage mit geschlossenen Augen ihren Körper und die Kontaktflächen zum Boden wahrzunehmen. Am Ende werden Klient*innen wieder in diese Ausgangs- oder Ruhelage zurückgeführt, bevor dann das Erlebte besprochen wird. (Becker, 2010; Wilke, 2007)

Schließlich soll die Methode einer Körperentfremdung entgegenwirken und beim Wiedererlangen eines stärkeren Bezugs zu sich selbst und der Umwelt unterstützen, um eine individuelle und selbstbestimmte Entwicklung zu fördern (Becker, 2010; Wilke, 2007). Dies beruht auf der Annahme, dass ein differenziertes Körpererleben einen positiven Einfluss auf das Selbsterleben hat (Seidler, 2001). Es können insbesondere das Selbstbewusstsein und die Selbstakzeptanz gestärkt werden und eine differenziertere Selbst- und Fremdwahrnehmung unterstützt werden (Becker, 2010; Wilke, 2007).

Seidler (2001) hat in einem Review die Forschungsergebnisse von Studien zur Wirksamkeit körperorientierter Psychotherapiemethoden untersucht und in seine Analyse 23 Studien zur (Konzentrativen) Bewegungstherapie eingeschlossen. In den meisten Studien wurden Daten mittels Fragebögen erhoben, lediglich drei Studien waren im quasi-experimentellen Kontrollgruppendesign angelegt. Als Ergebnis stellte Seidler im Jahre 2001 heraus, dass die Konzentrative Bewegungstherapie die am häufigsten in der stationären psychotherapeutischen Behandlung eingesetzte körperorientierte Psychotherapiemethode ist und dass auch die meisten leitenden Ärzt*innen (66%) dieser Methode die höchste Relevanz unter den körperorientierten Psychotherapiemethoden zuschreiben. Aus der Perspektive von Patient*innen hat die Konzentrative Bewegungstherapie neben Gesprächspsychotherapie im Einzel- und Gruppensetting einen hohen Stellenwert in der Behandlung und wird auch drei bis sieben Jahre nach Therapiebeendigung noch von 53-70% der Patient*innen als hilfreichste Therapieform eingestuft. Insgesamt ist laut Seidler (2001) aus den bis 2001 vorliegenden empirischen Untersuchungen eine hohe Wertschätzung der Konzentrativen Bewegungstherapie in stationären psychotherapeutischen Settings zu entnehmen. In einer Befragung aller 309 Mitglieder des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie stellte sich im Jahre 2002 jedoch heraus, dass die Methode nicht nur auf eine Anwendung in stationären Gruppensettings beschränkt ist, sondern auch in der psychotherapeutischen Einzelbehandlung verschiedenster Diagnosen (meist in freien Praxen) ihre Anwendung findet. (Seidler, Schreiber-Willnow, Hamacher-Erbguth & Pfäfflin, 2002)

Becker (2010) und Wilke (2007) empfehlen die Anwendung der Konzentrativen Bewegungstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen und eingeschränkten Körperfunktionen, bei Phobien, Körperschemastörungen, sowie bei starker Abwehr, Rationalisierung oder

Symptomfixierung. Ebenso eignet sich die Methode für die Behandlung von Klient*innen mit psychotischen Symptomen und Traumata. Darüber hinaus benennt Stolze (1989a) eine Indikation für stark intellektualisierende und auch kontaktgestörte Klient*innen wie auch für Menschen mit einer eingeschränkten Sinneswahrnehmung oder dysrhythmischem Verhalten (z.B. hypermotorisch, hetzwütig). Wilke (2007) und Stolze (1989b) raten von einer Anwendung bei Klient*innen mit unsicheren Ich-Grenzen und bei bestehender Gefahr von Entfremdungserlebnissen ab.

Integrative Leib- und Bewegungstherapie

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie geht davon aus, dass über das Einnehmen von Körperhaltungen, über Gestik und Mimik wie auch Bewegung Informationen an das Gehirn gesendet werden und somit das Geschehen auf Körperebene Auswirkungen auf die psychische Ebene hat und eine gezielte Anwendung von Körperhaltungen, etc. den psychotherapeutischen Prozess voranbringen kann. Ebenso wird ein entgegengesetzter Informationsfluss vom Gehirn zu den Muskeln angenommen. In der Praxis geben Therapeut*innen Anregungen für Bewegungen und Körperhaltungen. Im Zentrum der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie steht ein intensives und bewusstes Erleben und Wahrnehmen der Informationen, welche mit den Bewegungen und Körperhaltungen einhergehen. Dies wird von Therapeut*innen mithilfe von Techniken wie Synchronisation oder Spiegelungen unterstützt. (Petzold, 2006)

Funktionelle Entspannung

Die Methode Funktionelle Entspannung entstand in Heidelberg aus der anthropologisch ausgerichteten Medizin, welche sich weg vom dichotomen Krankheitsmodell hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen entwickelte (Johnen, 2010). Aufgrund der tiefenpsychologischen Basis wird versucht, unbewusste Prozesse miteinzubeziehen (Arnim, 2009). Die dahinterstehende Theorie beruht auf der Annahme eines komplexen Zusammenhangs zwischen Körper und Psyche und geht davon aus, dass erst durch die Wahrnehmung von Körperreaktionen „reife“ Affekte ausgebildet werden können und dass die körperliche Wahrnehmung auch das Selbstbild beeinflusst und eine Intensivierung der *embodied self-awareness* immer Auswirkungen auf die Psyche hat (Johnen, 2010). Daher wird in der Anwendung der Methode versucht, ein intensiveres und achtsameres Wahrnehmen und Erleben von Spannungs- und Dehnungszuständen im Körper (Propriozeption) zu erzeugen und durch eine rhythmische Ausführung von Körperübungen in Verbindung mit dem Atemrhythmus auch die Wahrnehmung von autonom ablaufenden Prozessen zu verstärken. Denn es wird angenommen, dass das Bewusstwerden von Propriozeption durch das

Loslassen einer Haltung oder Bewegung und das damit einhergehende Loslassen des Atems leichter möglich ist. Weiterhin kann das aktuelle Erleben bei der Durchführung der Funktionellen Entspannung in Verbindung mit prägenden Ereignissen aus der frühen Kindheit bzw. der Vergangenheit betrachtet werden, welche u.U. zunächst nicht bewusst erinnert werden können. (Johnen, 2010)

Mit dem Ziel einer gesteigerten, ganzheitlichen Körperwahrnehmung soll die Funktionelle Entspannung die Entwicklung eines Gefühls von mehr Lebendigkeit und Neugier ermöglichen und kann bei der Unterscheidung zwischen Selbst und Außen helfen (Johnen, 2010; Uexküll, Fuchs, Müller-Braunschweig & Johnen, 1994). Die Methode kann auch zu einer verbesserten Affektregulation verhelfen und für die Auseinandersetzung mit der Bewertung von prägenden Ereignissen aus der Vergangenheit nützlich sein (Arnim, 2009). Wilke (2007) beschreibt die Funktionelle Entspannung als Methode, mit welcher Blockaden seelischen wie auch körperlichen Ursprungs erspürt und gelöst werden können. In der Praxis werden Klient*innen in aller Regel angeleitet, kleine Veränderungen auf körperlicher Ebene vorzunehmen und davon wieder loszulassen. Der Wechsel von der aktiven Bewegungsausführung und dem Spüren nach dem Beenden der Bewegung oder dem Loslassen einer Haltung soll wiederum in Verbindung mit dem Atemrhythmus (Ausatmen beim Loslassen) ein intensiveres Erleben ermöglichen und zur Verknüpfung der Selbstwahrnehmung mit dem autonomen Nervensystem beitragen. Es werden insbesondere zu Beginn Körperwahrnehmungsangebote durch Therapeut*innen gemacht, was zunehmend die Entwicklung eines Eigenrhythmus bei Klient*innen hervorrufen und begleiten soll. Dabei führen Therapeut*innen die Übungen ebenfalls aus und versuchen sich durch ein Spiegeln der Körpersignale des Gegenübers möglichst gut in die Klient*innen einzufühlen. Eine zentrale Rolle spielt im Anschluss an das Bewegen und (Nach-)Spüren die verbale Beschreibung des Erlebten, um so erlebte unbewusste Anteile ins Bewusstsein zu holen. (Arnim, 2009; Geuter, 2015, S. 70; Johnen, 2010; Uexküll et al., 1994, S. 145f.)

Zur Reduzierung von Stress und dessen Folgebeschwerden verglichen Lahmann et al. (2017) im Rahmen einer RCT zwei Interventionsverfahren. Dabei erhielt eine Kohorte (n = 42) in zehn Sitzungen eine Kombination aus Funktioneller Entspannung und Psychoedukation, während in der zweiten Kohorte (n = 39) in zwei Sitzungen lediglich mit Psychoedukation interveniert wurde. Eine Erhebung des Stresslevels, der Somatisierung wie auch depressiver Symptomaten wurde zu Therapiebeginn und -ende, wie auch in einer follow-up-Messung sechs Monate nach Behandlungsende durchgeführt. Als Ergebnis zeigte sich, dass die Kombination aus Funktioneller Entspannung und Psychoedukation insgesamt zu bessern Outcomes führte. Für die kombinierte Intervention konnten eine signifikante Reduzierung ($p < 0.05$) und große Effektstärken zwischen Therapiebeginn und -ende wie auch

der follow-up-Messung ($d(t_0 \rightarrow t_1) = 1.57$; $d(t_0 \rightarrow t_2) = 1.39$) gemessen werden. Ebenso konnten für dieses Verfahren große Effektstärken für die Verringerung depressiver Symptome ($d(t_0 \rightarrow t_1) = 1.04$; $d(t_0 \rightarrow t_2) = 0.95$) und mittlere bis große Effekte bzgl. der Somatisierung ($d(t_0 \rightarrow t_1) = 0.73$; $d(t_0 \rightarrow t_2) = 0.93$) beobachtet werden. Ausgehend von diesen Ergebnissen wird eine Anwendung der Funktionellen Entspannung als Interventionsbestandteil bei Stresssymptomen empfohlen und eine Eignung der Methode für eine multimodale Behandlung von Depressionen und Somatisierungsstörungen abgeleitet. (Lahmann et al., 2017)

Nach Johnen (2010) eignet sich die Funktionelle Entspannung für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, wie auch für Klient*innen mit gestörtem Selbstgefühl (narzisstischer Störung oder Borderline-Erkrankung) oder auch bei neurotischen Störungen (Phobie, Hysterie, Zwang). Arnim (2009) und Geuter (2015, S. 70) empfehlen eine Anwendung für alle Klient*innen, die unter körperlichen Symptomen bzw. einer körperlichen Komorbidität leiden (von Organschädigung bis Depression). Arnim (2009) sieht auch im Arbeitsfeld der Beratung eine Anwendungsmöglichkeit für die Methode Funktionelle Entspannung. Bei psychotischen Klient*innen sollte die Methode nur mit Vorsicht angewandt werden (Johnen, 2010).

Hakomi

Kurtz et al. (1985) haben die Hakomi-Therapie entwickelt, welche sich an unterschiedlichen körperzentrierten Psychotherapieverfahren (u.a. Bioenergetik, Feldenkrais) orientiert und deren Techniken miteinbezieht. So spielt beispielsweise auch die von Reich und Lowen entwickelte Charaktertheorie eine maßgebende Rolle, da davon ausgegangen wird, dass die Körperstruktur von frühen Kernerlebnissen geprägt wird und dadurch Schlüsselerfahrungen auch auf körperlicher Ebene (Muskelanspannung) den Charakter prägen. Mittels Beobachtung der Körperstruktur und -haltung sollen Rückschlüsse auf innere, emotionale Vorgänge möglich sein. Zudem sind innere Achtsamkeit und Gewaltlosigkeit zentrale Prinzipien der Hakomi-Therapie, welche der östlichen Philosophie (Buddhismus, Taoismus, chinesische Medizin) entstammen. Weiterhin hatte auch die allgemeine Systemtheorie einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Therapie. In der Praxis soll die genaue Beobachtung körperlichen Ausdrucks als Hilfsmittel dienen, um geistige und emotionale Vorgänge zu ergründen und sich prägenden Erlebnissen anzunähern. In der Therapie wird nach dem Herstellen eines tragfähigen Kontakts, in welchem sich Therapeut*innen als Begleiter*innen verstehen, ein Wahrnehmungszustand innerer Achtsamkeit ersucht, in welchem dann ein intensiveres Erleben und anschließendes Durcharbeiten (z.B. mithilfe von Körperkontakt) von Schlüsselereignissen ermöglicht werden soll. Dabei spielt auch das Arbeiten mit Berührung eine Rolle und es wird entgegen einer mentalisierenden Haltung auf

eine verknüpfte Wahrnehmung von körperlichen und mentalen wie auch emotionalen Vorgängen und ein intuitives Handeln hingearbeitet. (Kurtz, 1985, S. 9–38)

Damit das Erleben der Klient*innen möglichst miterlebt werden kann, spielt der verbale Austausch über das innere Erleben auch in der Hakomi-Methode eine zentrale Rolle (Gottwald, 2006).

Focusing

Die Methode *Focusing* wurde von Eugene Gendlin entwickelt. Er richtete dabei eine besondere Aufmerksamkeit auf den sog. *felt sense*. Damit ist das im Moment entstehende Gefühl im Körper gemeint, auf welches in Stille gewartet wird bevor es benannt wird. (Johnson, 2006)

Focusing meint das Wahrnehmen des Körpergefühls, welches in jeglichen Situationen und in Bezug auf verschiedenste Themen, Lebensereignisse oder andere Dinge im Körper wahrgenommen werden kann noch bevor die Sache oder der Ursprung des Gefühls konkret erkannt wird. Doch dieses körperliche Gefühl deutet bereits auf einen Zusammenhang mit einer bestimmten „Sache“ hin. Das Verweilen in diesem Gefühlsmoment benannte Gendlin als *Focusing* und das körperliche Gefühl als *felt sense*, welcher als guter Wegbereiter dienen kann. Gendlin geht davon aus, dass der Körper über innere Vorgänge immer mehr wisse im Vergleich zum Geist. (Gendlin & Wiltschko, 1999, S. 13–17)

Das Focusing zielt insbesondere auf die gegenwärtige Wahrnehmung der Gefühle in der eigenen Körpermitte ab. Dieses Befinden kann wiederum auch während bzw. nach Gesprächen abgefragt und durch Therapeut*innen begleitet werden und so den psychotherapeutischen Prozess unterstützen (welches Gefühl löst das Gespräch aus?). Um das Gefühlserleben in der Körpermitte wahrnehmen zu können, bedarf es u.U. ein paar Tagen Übung. *Focusing* ist abzugrenzen von der Focusing-Therapie (auch *experiential therapy* oder *focusing-orientierte Psychotherapie*). Dabei handelt es sich um ein Metamodell, welches als Ausrichtung für das Vorgehen in einer Psychotherapie entlang der Überlegungen Gendlins dienen kann. Letztlich bietet sich *Focusing* als ergänzende Methode für unterschiedlichste Psychotherapieverfahren an. (Gendlin, 1998; Gendlin & Wiltschko, 1999, S. 230–235)

4.2.4 Fokus Beziehungserfahrung

Analytische Körperpsychotherapie

Die Analytische Körperpsychotherapie beruht auf den theoretischen Annahmen der Analytischen Psychotherapie und ist als eine Erweiterung des Handlungsspektrums für psychoanalytische Therapie anzusehen. Folglich spielen Beziehungsarbeit, sowie damit

einhergehend Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse eine zentrale Rolle in der Behandlung. (Heisterkamp, 2010)

Durch den Einbezug leiblicher Aspekte soll das Erleben und Bearbeiten von Beziehungs- und Interaktionsmustern und das Erreichen von frühen (präverbalen) oder unbewussten Erfahrungen in der analytischen Psychotherapie unterstützt werden (Geißler, 2009; Heisterkamp, 1993, S. 123–125). Dabei werden „Handlungsproben“, Vorschläge für eine körperliche Handlung, zunächst besprochen und in Abhängigkeit vom Patient*innenwillen umgesetzt. Bei der Inszenierung bewegt sich die oder der Therapeut*in mit den Patient*innen mit und achtet auf deren individuelle Bewegungsmuster, welche die Handlung automatisch (unbewusst) beeinflussen. Durch eine an die Handlungsproben anschließende Reflexion des Erlebens und Empfindens können leibliche Erfahrungen zu neuen Erkenntnissen beitragen. Sie können auf frühe, unbewusste und für die aktuell wahrgenommene Problemlage ursächliche Lebensereignisse hinweisen und letztlich den therapeutischen Prozess voranbringen. Der Einbezug des Körpers in die psychoanalytische Arbeit ist nach Heisterkamp (1993) insbesondere für den Zugang zu prägenden frühkindlichen, präverbalen Erlebnissen von Bedeutung. (Heisterkamp, 1993, S. 123-125, 180–181)

Psychodrama

Das Psychodrama ist eine mittlerweile weit verbreitete Methode, welche auf Jakob Levi Moreno zurückgeht. Die für ihn grundlegenden Prinzipien des Psychodramas waren, dass ein gemeinschaftliches Erleben in der Gruppe stattfinden kann, wobei das Anliegen von Klient*innen in der Gegenwart ausagiert (*acting out*) wird. Durch das Handeln soll eine tiefere Wirkung und ein Zugang zum Unbewussten möglich werden. Zudem soll durch ein erneutes Durchleben von Ereignissen aus der Vergangenheit eine Befreiung von alten Lasten ermöglicht werden. Der Kreativität in der Ausgestaltung von übernommenen Rollen wird im Psychodrama eine besonders heilsame Wirkung zugeschrieben. (Bender & Stadler, 2012, S. 10ff.; Engelke, 1981, S. 9–14)

Aus dem Psychodrama entstammen viele Techniken, an welchen sich heute unterschiedliche therapeutische Verfahren bedienen. Moreno grenzte das Psychodrama vom psychoanalytischen Vorgehen ab, Sandro Ferenczi stellte dann den Bezug her, indem er das Rollenspiel nutzte, um zentrale Punkte in der Analyse aufzudecken. (Engelke, 1981, S. 21f.)

Insgesamt weisen die im Rahmen der Arbeit zusammengefassten Wirksamkeitsnachweise auf eine positive Wirkung eines körperorientierten Vorgehens bei diversen psychosozialen Problemlagen hin. Insbesondere für die Behandlung von Depressionen, Stresssymptomen, Angsterkrankungen, Körperbildstörungen, psychosomatischen Symptomen und

Schizophrenie konnten mittels Literaturrecherche wissenschaftliche Belege identifiziert werden, welche für die Anwendung körperorientierter Techniken sprechen. Unter den Körperpsychotherapiemethoden ergab die Recherche vordergründig für die bioenergetischen Verfahren, die Tanztherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie und Funktionelle Entspannung Wirksamkeitsnachweise. Für weitere Erkrankungsbilder und Körperpsychotherapieansätze konnten hingegen nur wenig bzw. kaum wissenschaftliche Arbeiten, die den Einschlusskriterien des Reviews entsprechen, ermittelt werden.

4.3 Schlussfolgerungen für die psychosoziale Beratung

Schließlich bleibt festzuhalten, dass das Spektrum an körperorientierten Psychotherapiemethoden als Ergänzung zur verbalen Psychotherapie einen bedeutsamen Beitrag für Diagnose und Behandlung von psychosozialen und (psycho-)somatischen Problemen leisten kann (Müller-Braunschweig, 2010, S. 7). Wo die Potentiale und Grenzen des Einbezugs körperorientierter Therapiemethoden und Techniken für die psychosoziale Beratung liegen, soll in diesem Kapitel herausgestellt werden.

4.3.1 Potenziale des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung

Die Klient*innen der psychosozialen Beratung, wie auch deren Anliegen und Problemlagen können sehr vielseitig sein und sich mit jenen in der Psychotherapie überschneiden. Auch wenn die beiden Professionen und deren Zuständigkeitsbereiche sich voneinander unterscheiden, kann die Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bzw. des Körpereinbezugs in Psychotherapie auch für die Beratung von Nutzen sein. Daher sollen in diesem Kapitel für die Beratung relevante Themen und Anliegen, wie auch Methoden, Techniken und Handlungsanregungen, welche aus Autorinnen-sicht auch für das Arbeitsfeld der psychosozialen Beratung von Relevanz sein können, zusammenfassend dargestellt werden.

Relevanz aufgrund von Themen und Anliegen der Beratung

Grundlegend sollte im Kontext einer körperpsychotherapeutischen, ganzheitlichen Behandlung die Vielseitigkeit der Wahrnehmungsebenen (affektiv, vegetativ, kognitiv und emotional) ihre Berücksichtigung finden (Geuter, 2015, S. 5). Wie unter 2.1.2 aufgezeigt wurde, erfolgt die Wahrnehmung der Außenwelt wie auch des Befindens im Körperinneren zunächst auf der körperlichen Ebene über Sensoren und Rezeptoren, bevor die Informationen

dann das Gehirn erreichen. Die Fähigkeit zur *embodied self-awareness* ist zwar von Geburt an vorhanden, wird jedoch im Zuge der Sozialisation häufig eingeschränkt. (Fogel, 2009, S. 61)

Daraus lässt sich eine grundlegende Relevanz des Körpers für den Beratungsprozess ableiten, da auch in diesem Kontext eine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Erleben von Bedeutung sein kann. Zudem kann es von Nutzen sein, die Fähigkeit zur *embodied self-awareness* zu erweitern, um zum Wohlergehen (insbesondere bei Stress und PTBS) beizutragen (Fogel, 2009, S. 61). Um dabei nachhaltige Lerneffekte zu erzielen, braucht es jedoch Zeit und ein regelmäßiges Üben von beispielsweise Atemtechniken oder Techniken der Funktionellen Entspannung (Fogel, 2009, S. 61).

Die Methode Funktionelle Entspannung kann zudem hilfreich sein, um das aktuelle körperliche Befinden in den Bewusstseinsfokus zu rücken, wenn Klient*innen zu Beginn oder während einer Sitzung nicht bei sich zu sein scheinen. So kann beispielsweise über den Einsatz der eigenen Muskelkraft (An- und Entspannung von Muskelgruppen), über Gewichtsverlagerung oder Selbstberührung eine Wahrnehmung des Körpers unterstützt werden. (Johnen, 2010)

Das (Wieder-)Erlernen eines bewussteren Körpererlebens kann wiederum dazu beitragen, die Lebendigkeit des eigenen Körpers (wieder) als Teil des Selbst wahrzunehmen, was insbesondere bei Klient*innen eine Rolle spielt, welche ihren Körper vernachlässigen (mangelhafte Hygiene, Selbstverletzung) (Müller-Braunschweig, 2010, S. 7).

Die Anwendung von Elementen körperorientierter Therapietechniken bietet sich für die Beratungspraxis neben dem Arbeiten an der *embodied self-awareness* ebenso an, um den Zugang zum emotionalen Empfinden zu erleichtern (Müller-Braunschweig, 2010, S. 7). Um nach Wilhelm Reichs Theorie aufgestaute Körperenergie freizusetzen und beispielsweise den Ausdruck von Aggressionen zu unterstützen, kann sich ein Kissen zum Draufschlagen eignen (Eberwein, 2009, S. 105). Auch können Emotionen durch Körperübungen induziert werden, bzw. kann es für Klient*innen hilfreich sein, auf körperlicher Ebene eine individuelle Ausdrucksmöglichkeit für unterschiedliche Emotionen zu finden. So kann zum Beispiel durch Hüpfen mit geöffneten Armen das Gefühl von Freude oder durch das Schlagen auf ein Kissen Wut entstehen und zum Ausdruck kommen. (Geuter, 2009)

Weiterhin kann ein ganzheitlicher Beratungsansatz, inklusive Körperebene, bei der Beabsichtigung einer Verhaltensänderung hilfreich sein. Denn um Verhaltensänderungen auf interaktionaler und/oder körperlicher Ebene anzuregen, empfiehlt Manfred Thielen (2009a) ausgehend von neurowissenschaftlichen Erkenntnissen nonverbale körperliche Interventionen wie auch Improvisation. In Kaczors (2016) explorativer Studie zur Frage, inwiefern eine Beratung im Gehen (in der Natur) von Nutzen sein kann, zeigte sich, dass das

Bewegen wie auch das Naturerleben während einer Beratung im Gehen Veränderungsprozesse unterstützt, indem diese schneller stattfinden, und sich das Gehen insbesondere für das Erhalten neuer Impulse eignet. Folglich können das Gehen oder das Angebot freier Bewegung im Beratungszimmer (sofern möglich) wie auch ein Spaziergang den Beratungsprozess unterstützen, wenn die Absicht einer Verhaltensänderung im Vordergrund steht.

Wie anhand von neurowissenschaftlichen Erkenntnissen und Theorien aufgezeigt wurde, kann der Körper als Medium für die Erinnerung an Ereignisse und Gefühlszustände aus der Vergangenheit für psychotherapeutische Prozesse von Bedeutung sein (Maurer, 2010b). Frühe, prägende Erfahrungen können ebenso für die psychosoziale Beratung von Relevanz sein. Um im prozeduralen Gedächtnis gespeicherte, prägende unbewusste Interaktionserfahrungen (aus dem Säuglingsalter) zu erreichen, kann ein klassisches Setting (sitzende Körperhaltung, verbal-kognitive Auseinandersetzung mit Thematik) an seine Grenzen stoßen. Beim Wahrnehmen oder (Wieder-)Erleben von derartigen Erfahrungen hat es sich als hilfreich erwiesen, einen Wechsel aus gewährenden und aktivierenden Methoden unter Einbezug der Körperebene anzustreben. (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 15; Voigt & Trautmann-Voigt, 2001)

Außerdem kann zur Unterstützung beim Zugang zu frühen Erfahrungen und Emotionen mit der Körperhaltung gearbeitet werden, indem Klient*innen ihre übliche oder eine vorgegebene Körperhaltung einnehmen, interpretieren und das jeweilige emotionale Befinden reflektieren (Eberwein, 2009, S. 113). Zudem kann es hilfreich sein, wenn in den Räumlichkeiten unterschiedliche Sitzmöglichkeiten angeboten werden, welche zu jeder Zeit einen Haltungs- und Positionswechsel zulassen (Eberwein, 2009, S. 99).

Um prozedural gespeicherte Erfahrungen anzusprechen und zum Ausdruck zu bringen, schlagen Voigt und Trautmann-Voigt (2001) aus einer tanztherapeutischen Perspektive vor, über explorierende Fragen (z.B. Welche Bewegungen und welchen Rhythmus würden Sie auswählen, um die Stimmung zu vergegenwärtigen?) Klient*innen zur Bewegungsimprovisation anzuregen und in den Dialog auch auf körperlicher Ebene stattfinden zu lassen. Dadurch sollen prägende (unbewusste) Ereignisse erneut und bewusst erlebt werden und beispielsweise durch eine Umbewertung in die Persönlichkeit integriert werden können. (Trautmann-Voigt, 2003)

Daraus abgeleitet könnte man in Beratungssettings ein Angebot unterschiedlicher Sitzgelegenheiten (Stuhl, Couch, Sitzsack, Matte) schaffen und die Option anbieten, sich zwischenzeitlich im Raum zu bewegen, wie auch zu einem Wechsel der Körperhaltung und zur Bewegungsimprovisation anregen, um den Zugang zu frühen, unbewussten Erfahrungen und Emotionen zu erleichtern.

Da es in Beratungskontexten auch vorkommt, dass Beratende mit Menschen arbeiten, welche unter psychischen Erkrankungen leiden, können die Wirksamkeitsnachweise für einen körperorientierten Behandlungsansatz bei bestimmten Erkrankungsbildern auch für die Beratung von Relevanz sein. Daher folgt nun eine Zusammenfassung der im Rahmen der systematischen Literaturrecherche ermittelten Wirksamkeitsnachweise und ganzheitlichen Behandlungsempfehlungen, welche in Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungsbildern stehen.

Ausgehend von den Studienergebnissen von Röhrich et al. (2019) eignet sich eine ambulante Körperpsychotherapie für die Reduktion von somatischen Symptomen wie auch zur Steigerung der Selbstakzeptanz und Lebensqualität bei Klient*innen mit somatoformen Erkrankungen. Für die Behandlung von stressinduzierten Symptomatiken hat sich in einer Pilotstudie (Kreuzer et al., 2012) ein Methodenmix aus Körperpsychotherapie und Achtsamkeitsübungen als wirksam erwiesen. Bei depressiven Symptomatiken zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass körperpsychotherapeutische Interventionen zu einer Symptomminderung, Verbesserung des Selbstbewusstseins, des Gemütszustandes, der Körperzufriedenheit und einer erhöhten Lebensqualität beitragen (Papadopoulos & Röhrich, 2014; Winter et al., 2018). Hartmann und Böttcher (2010) empfehlen für die Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen und Dissoziationen den Einbezug des Körpers mit dem Ziel einer körperlichen Stabilisierung. Dabei können beispielsweise *Grounding*-Übungen und Atemübungen hilfreich sein. Die Ergebnisse einer Studie über Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit deuten darauf hin, dass Körperwahrnehmungsübungen eine hilfreiche und wirksame Ergänzung zur Gesprächspsychotherapie darstellen (Price, 2005). Auch für die Behandlung psychischer Erkrankungen während der Schwangerschaft konnten erste positive Effekte bei der Anwendung körperorientierte Interventionen beobachtet werden (van Ravesteyn et al., 2017). Für die Behandlung generalisierter Angsterkrankungen ist ausgehend von den Forschungsergebnissen von Berg et al. (2009) eine Integration körperpsychotherapeutischer Techniken mit Affekt-fokussierung förderlich. Konzag et al. (2006) empfehlen aufgrund ihrer Forschungsergebnisse insbesondere für die stationäre Behandlung von Klient*innen mit Körperbildstörungen einen multimodalen Therapieansatz, welcher auch körperorientierte Psychotherapie miteinschließt. Außerdem erwies sich in diversen Studien die Integration körperorientierter Psychotherapiemethoden in die stationäre wie auch ambulante Behandlung von Schizophrenie-Patient*innen als wirksam und trägt insbesondere zur Linderung der Negativsymptomatik bei (Martin et al., 2016; Tschacher et al., 2017).

Weitere Empfehlungen für die Anwendung körperzentrierter Therapieverfahren in Abhängigkeit von Störungsbildern und Symptomatik, wie auch Verweise auf einzelne Techniken sind u.a. bei Röhrich (2000) und Künzler et al. (2010) zu finden.

Körperorientierte Methoden, Techniken und Handlungsanregungen

In einer tabellarischen Übersicht in Anhang C werden an Röhrich (2000) und Künzler et al. (2010) angelehnte Empfehlungen für körperorientierte Techniken bei depressiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen und schizophrenen Erkrankungen dargestellt. Diese können als erste Bezugspunkte bzw. als Anregung für den Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung bei bekannter Diagnose dienen.

Darüber hinaus können aus Autorinnensicht die verschiedenen körperpsychotherapeutischen Ansätze und deren Techniken (in Ausschnitten) für den Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung herangezogen werden und erste, teils wissenschaftlich fundierte Handlungsanregungen bieten. Jedoch sollte dabei das nötige fachliche Hintergrundwissen sowie eine angemessene Qualifizierung für die Anwendung von Körperpsychotherapiemethoden nicht vernachlässigt werden und ggf. über eine Integration körperorientierter Techniken in die Berater*innenausbildung oder eine ergänzende Weiterbildung nachgedacht werden.

In der nachfolgenden Darstellung (siehe Tab. 3) werden die im Rahmen der vorliegenden Arbeit behandelten Körperpsychotherapiemethoden, die jeweils ermittelten wissenschaftlichen Untersuchungen zu deren Wirkung und Indikation, wie auch weitere Anwendungsempfehlungen (ohne wissenschaftliche Belege) zusammengefasst. Ausgehend davon können Anregungen für die Anwendung der körperorientierten Methoden in der Beratungspraxis abgeleitet werden.

Methode/Ansatz	Indikation aufgrund von Wirksamkeitsnachweisen	weitere Anwendungsempfehlungen
Bioenergetische Verfahren	Symptomreduktion, Verbesserung allgemeines Wohlbefinden, Erkenntnisgewinn (Ventling & Gerhard, 2000; Ventling et al., 2006)	stark rationalisierende/ phantasievolle Abwehr (Narzissmus, Borderline), Angststörung, Depression (Ehrensperger, 2010)
Tanztherapie	Positive Beeinflussung der Gehirnplastizität (Teixeira-Machado et al., 2019), Essstörungen – Selbstfürsorge (Palmer, 2015), Depression (Meekums et al., 2016; Karkou et al., 2019)	Neuorientierung, Krisenbewältigung, Konfliktbewältigung, Steigerung des Körperbewusstseins, Selbstwahrnehmung (Körpergrenzen), Emotionswahrnehmung (Trautmann-Voigt, 2003)

Authentic Movement	Suchterkrankungen, Dissoziation, sexuelle Traumata, Vernachlässigung in Kindheit (Tantja, 2012)	
Atemtherapie		Selbstwahrnehmung, Emotionswahrnehmung (Geuter, 2015)
Konzentrativen Bewegungen-therapie	<i>Weite Verbreitung und Anerkennung in stationären Therapiesettings, mittlerweile auch in ambulanter Einzeltherapie</i> (Seidler, 2001; Seidler et al., 2002)	Psychosomatische Erkrankungen, Körperfunktions-einschränkungen, Phobien, Körperschemastörungen, starke Abwehr/ Rationalisierung/ Symptomfixierung, psychotische Symptome, Traumata, eingeschränkte Sinneswahrnehmung, kontaktgestörte Klient*innen (Becker, 2010; Stolze, 1989b; Wilke, 2007)
Integrative Leib- und Bewegungen-therapie		Förderung bewusster Körperwahrnehmung (Petzold, 2006)
Funktionelle Entspannung	Stress und Folgebeschwerden (depressive Symptome, Somatisierung) (Lahmann et al., 2017)	Körperwahrnehmung, Körpergrenzen, Affektregulation, psychosomatische Erkrankungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, gestörtes Selbstgefühl (Narzissmus, Borderline) (Arnim, 2009; Johnen, 2010 Wilke, 2007) körperliche Komorbidität (Geuter, 2015; Arnim, 2009)
Hakomi		Körperwahrnehmung, Zugang zu frühen, prägenden Erlebnissen (Kurtz, 1985)
Focusing	<i>kann als ergänzende Methode für unterschiedliche Psychotherapieverfahren angewandt werden</i> (Gendlin, 1998; GEndlin & Wiltschko, 1999)	Körperwahrnehmung, Wahrnehmung des aktuellen Gefühlserlebens (Gendlin, 1998; Gendlin & Wiltschko, 1999)
Analytische Körperpsychotherapie	<i>ist als Erweiterung des Handlungsspektrums der psychoanalytischen Therapie anzusehen</i> (Heisterkamp, 2010)	Zugang zu prägenden (präverbalen) Erlebnissen (Heisterkamp, 1993)
Psychodrama	<i>einzelne Techniken werden in verschiedenen Therapieverfahren als Ergänzung eingesetzt</i> (Engelke, 1981)	Zugang zum Unbewussten, belastende Ereignisse aus Vergangenheit verarbeiten, Rollenübernahme und -erprobung (Bender & Stadler, 2012; Engelke, 1981)

Tab. 3: Wirkung und Indikation von körperpsychotherapeutischen Methoden

Neben den Körperpsychotherapiemethoden können auch Körpertherapieansätze, wie beispielsweise Entspannungsmethoden, Feldenkrais oder TaiChi, für den Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung herangezogen werden. Denn Körpertherapieansätze können ebenso zu einer besseren und nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung verhelfen. (Mehling, 2010, S. 161)

Für weitere Impulse, eine ganzheitlich ausgerichtete psychosoziale Beratung zu gestalten, können folgende Literaturquellen hilfreich sein: Eine Einführung in die Praxis der Bioenergetik mit Übungen und veranschaulichenden Abbildungen bietet das Buch „Bioenergetik für jeden: das vollständige Übungshandbuch“ (Lowen, 1991). Anregungen für einzelne Achtsamkeitsübungen, sortiert nach Zielkriterien, lassen sich beispielsweise bei Falck (2010, S. 72ff.) finden. Fogel (2009, S. 23f.) gibt in seinem Buch Anregungen für das Arbeiten an einer eingeschränkten *embodied self-awareness*. Zimmerli (2010, S. 78–88) führt 15 Gruppen an körperzentrierten Therapietechniken auf, welche aus den Methoden *Sensory Awareness*, Bioenergetik und Atemtherapie abgeleitet wurden und im speziellen auch für die psychosoziale Beratung angedacht sind. In den Büchern von Görlitz (2014, 2019) lassen sich erlebnis- und körperorientierte Übungen und Therapiematerialien finden, welche die Bereiche Entspannung, Wahrnehmung und Gefühlsausdruck fokussieren. Theßen (2017) gibt Anregungen zur Arbeit mit Emotionen mittels Atemübungen.

Für die praktische Umsetzung des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung können aus Sicht der Autorin nachfolgende Aspekte als erste Handlungsanregungen dienen:

Prinzipiell sollte mit der Anwendung körperorientierter Techniken im Beratungssetting transparent umgegangen werden. So sollten Klient*innen in jedem Fall vor der Anwendung von körperorientierten Techniken darüber informiert werden. Zudem ist es ratsam, als Berater*in den Hintergrund für den Einsatz von körperorientierten Methoden zu reflektieren, da auch Gegenübertragungsprobleme oder Widerstände der Auslöser für die Anwendung körperorientierter Techniken im Therapie- oder Beratungsprozess sein können. (Wilke, 2007)

Für den Übergang von verbalen zu körperorientierten Techniken im Beratungsprozess schlägt Kern (2018) folgende Varianten vor: Um die Körperwahrnehmung zu steigern kann mit der Wahrnehmung des Raumes begonnen werden und unter Anleitung die Aufmerksamkeit zunehmend nach innen, auf den eigenen Körper, gerichtet werden. Auch kann zunächst die Veränderung des Atemrhythmus während eines Gesprächs beobachtet werden, um in einem weiteren Schritt Atemübungen anzuwenden. Eine andere Möglichkeit ist, die Aufmerksamkeit auf die aktuelle Körperhaltung zu richten, Anspannungen zu

lokalisieren und über eine Veränderung der Körperhaltung Gefühlszustände zum Ausdruck zu bringen. Zudem können Klient*innen nach aktuellen Bewegungsimpulsen oder nach körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten ihres aktuellen Befindens befragt werden, welche dann (soweit möglich) umgesetzt werden können (z.B. sich wiegen). (Kern, 2018)

Eine differenzierte Wahrnehmung des Körpers spielt in vielen körperpsychotherapeutischen Ansätzen eine zentrale Rolle. Um die Körperwahrnehmung zu fördern, sollte zunächst der Wahrnehmungsfokus nach innen gerichtet werden, dann kann beispielsweise angeleitet werden, den Atemfluss und -rhythmus zu beobachten, um Veränderungen oder das Stocken des Atems in Verbindung mit dem emotionalen Befinden zu bringen und letztlich zur Selbstreflexion anzuregen (Eberwein, 2009, S. 101). Weitere Optionen sind, Emotionen im Körper zu verorten und dann in der Vorstellung den Atem an die jeweilige Körperstelle zu leiten oder im Falle eines stockenden Atems durch das Praktizieren einer vollen und gleichmäßigen Atmung oder eine Intensivierung des Atems Veränderungen hervorzurufen, welche wiederum besprochen werden sollten (Eberwein, 2009, S. 103).

Weiterhin können in eine ganzheitliche Beratungspraxis Körperbewegungen integriert werden. Neben dem intuitiven körperlichen Ausdruck können in der Bewegung auch Themen wie „sich Raum nehmen“, „geschlossen & offen“, oder „festhalten & loslassen“ als Anregung dienen und ausgedrückt werden. Zudem ist es möglich, die bewusste Wahrnehmung und Bewegung auf einzelne Körperteile und -bereiche wie beispielsweise den Oberkörper zu lenken. Während der Ausführung von Bewegungen können Klient*innen nach dem aktuellen Befinden gefragt werden und auf mögliche Veränderungen durch Bewegungsänderungen (z.B. Intensivierung) aufmerksam gemacht werden. Insgesamt kann Klient*innen immer die Option offengehalten werden, aufzustehen und sich im Raum zu bewegen (soweit es das Setting zulässt). (Trautmann-Voigt, 2003)

Interventionen mit Körperkontakt stellen aus Sicht von Manfred Thielen (2009b) eine Möglichkeit dar, Empathie zu zeigen, Vertrauen und das Gefühl von elterlicher Fürsorge zu schaffen. Darüber hinaus haben neurowissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass über Berührung neuronale Vernetzungen ausgebildet werden können und dadurch das Körperselbstbewusstsein verbessert werden kann (Fogel, 2009, S. 216f.). Andere Untersuchungen zeigen, dass sich Berührungstechniken eignen können, um das Körperbewusstsein zu erreichen und sich dies im Speziellen für die Arbeit mit Klient*innen eignet, die medizinisch unerklärte Symptome aufzeigen. Durch die Berührung können sie dabei unterstützt werden, körperliche Erfahrungen kognitiv wahrzunehmen und verbal auszudrücken. (Calsius, Bie, Hertogen & Meesen, 2016)

Schließlich kann auch in Beratungskontexten der Einbezug von Berührungsinterventionen unterstützend wirken. Dennoch sind Berührungen nur mit Bedacht und äußerster Vorsicht anzuwenden, um keine missbräuchlichen Anwendungen zuzulassen. Daher kann es u.U. auch hilfreich sein, wenn Klient*innen ihren Körper mit ihren eigenen Händen berühren, Gegenstände wie z.B. Tücher zur Hilfe genommen werden, oder der Fokus auf die Berührung der Unterlage gerichtet wird.

Außerdem können Berater*innen grundsätzlich darauf achten, inwiefern die verbalen Äußerungen und Inhalte mit dem Körperausdruck übereinstimmen und ggf. Diskrepanzen spiegeln (Fuhljahn, 2017). Um den auf körperlicher Ebene stattfindenden Interaktionen zwischen Therapeut*innen oder Berater*innen und Klient*innen eine angemessene Beachtung zu geben, sollten Berater*innen auch auf ihre eigenen Körpersignale und -reaktionen achten (Geißler, 2007; Thielen, 2009c). Folglich sollte im Sinne einer ganzheitlichen Beratung die Selbstreflexion der Berater*innen ebenso um die körperliche Komponente erweitert werden. Zudem kann das Mitbewegen und Spiegeln durch den/die Therapeut*in oder Berater*in bei der Anwendung körperorientierter Interventionen helfen, dem Gegenüber auch auf körperlicher Ebene mit empathischem Verständnis zu begegnen (Trautmann-Voigt, 2003).

Letztlich sollte im Fokus der Beratung stehen, für Klient*innen individuell passende Angebote zu schaffen und sie mit einzelnen Interventionstechniken nicht zu überfordern (Trautmann-Voigt, 2003). Dabei sollte das Anliegen der Klient*innen nicht außer Acht geraten und auf eine ganzheitliche Diagnose abgezielt werden (Zimmerli, 2010).

4.3.2 Grenzen des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung

Neben Potenzialen des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung gibt es auch Situationen und Umstände, unter welchen ein körperorientiertes Vorgehen nur in begrenztem Rahmen stattfinden sollte. Dabei kann es sich um Grenzen aufgrund erforderlicher Voraussetzungen aufseiten der Beratenden, der Klient*innen oder des Settings handeln.

Risiken aufgrund von Thematik oder Methode

Da körperpsychotherapeutische Methoden den Zugang zu unbewussten (verdrängten) Ereignissen erleichtern können, gilt es bei der Arbeit mit Traumata die Behandlung mit besonderer Vorsicht durchzuführen, um Retraumatisierungen zu vermeiden. Bei traumatisierten

Klient*innen besteht die Gefahr einer Retraumatisierung, wenn sie bei der Auseinandersetzung mit den traumatisierenden Erfahrungen und den aufkommenden Gefühlen und Erinnerungen überfordert sind und diese (noch) nicht integrieren können. (Young, 2006)

Auch Regressionen, ein (vorübergehendes) Verfallen in frühere Verhaltensweisen, können durch den häufig erleichterten Zugang zum Unbewussten durch körperpsychotherapeutische Techniken ausgelöst und in den therapeutischen Prozess integriert werden. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass Klient*innen über einen unerwünscht langen Zeitraum in der Regression verweilen. (Young, 2006)

Durch das Hinarbeiten auf die Auflösung und Veränderung von Verhaltensmustern, wie insbesondere in den bioenergetischen Verfahren, können u.U. auch für Individuen (überlebens-)wichtige Verhaltensmuster abgeändert werden, was wiederum ein gewisses Gefahrenpotenzial birgt. Daher sollte mit viel Empathie auf die Reaktionen von Klient*innen geachtet und genügend Raum und Zeit für die Anwendung körperorientierter Therapietechniken eingeräumt werden. (Young, 2006)

Die Arbeit mit Körperkontakt bedarf einer besonderen Vorbereitung und Vorsicht und kann immer auch missbräuchlich angewandt werden, z.B. indem Macht demonstriert wird (Young, 2006). Therapeut*innen und Beratende sollten daher Berührungsinterventionen eher selten anwenden und im Vorhinein immer nach der Erlaubnis fragen. Kern (2018) rät bei Traumafolgestörungen und Psychosen tendenziell von Berührung im therapeutischen Setting ab.

Caldwell (2006) weist im Kontext der Bewegungsanalyse darauf hin, dass die Zusammenhänge zwischen psychischen und körperlichen Vorgängen äußerst komplex sind und daher Rückschlüsse aus den von außen beobachtbaren körperlichen Verhaltensweisen auf die Charakterstruktur nur sehr bedacht eingesetzt und kritisch hinterfragt werden sollten. Zudem gilt es zu bedenken, dass Körperbewegungen und Haltungen auch kulturell geprägt werden und eine Fokussierung auf muskulär bedingte Beweglichkeit beispielsweise Bewegungen auf zellulärer Ebene vernachlässigt (Caldwell, 2006). Geuter (2015, S. 139) macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass eine reine Fokussierung auf das Körpererleben und körperliche Signale zu Fehlinterpretationen führen kann. Ebenso warnt Künzler (2010) vor einer Überinterpretation körperlicher Äußerungen und gibt zu bedenken, dass der Körper nur eine Dimension bzw. eines der verschiedenen Kommunikationsmedien darstellt.

Voraussetzungen aufseiten der Berater*innen

Da durch die Anwendung körperorientierter Methoden und Techniken das Gefühlserleben intensiviert werden kann, sind Empathie und der Aufbau einer guten, haltgebenden Beziehung zu Klient*innen für Therapierende oder Beratende grundlegend (Fuhljahn, 2017; Marlock, 2010, S. 56; Müller-Braunschweig, 2010, S. 6-13, 17; Wilke, 2007). Zudem sollten sich Beratende vor der Anwendung körperorientierter Techniken den möglichen Konsequenzen, beispielsweise beim (Wieder-)Erleben von frühen, unbewussten Erfahrungen, bewusst sein. Sie sollten hinterfragen, ob diese im Beratungssetting auch adäquat abgefangen oder begleitet werden können und wann ein intensives Gefühlserleben in erster Linie zum Schutz der Klient*innen eher vermieden werden sollte.

Das subjektive Erleben während der Anwendung von körperorientierten Psychotherapiemethoden kann verbal und nonverbal geäußert werden. Folglich braucht es zum Einen eine gewisse sprachliche Kompetenz auf Seiten der Klient*innen, und zum Anderen sollten Therapeut*innen oder Berater*innen in der Lage sein, die verbalen und nonverbalen Äußerungen möglichst gut zu verstehen, was ein gewisses Maß an Empathie auf körperlicher Ebene voraussetzt. Johnen (2010) beschreibt diese Fähigkeit auch als „Mitspüren“ der Therapeut*innen oder Berater*innen bei der Anwendung körperorientierter Methoden. (Johnen, 2010, S. 62f.)

Neben dem Einfühlungsvermögen ist ein gutes Sprachgefühl entscheidend, um passende Impulse setzen zu können und Klient*innen beim Verbalisieren des Erlebten unterstützen zu können (Uexküll et al., 1994, S. 145). Dabei sind die unterschiedlichen kulturellen Prägungen in der Bedeutung von Sprache wie auch Körpersprache nicht zu vernachlässigen (Koemeda-Lutz & Steinmann, 2004; Sauter, Eisner, Ekman & Scott, 2010). Sauter et al. (2010) haben den körperlichen Ausdruck von Emotionen bei Menschen, welche in einer westlich geprägten Kultur aufgewachsen sind, dem Emotionsausdruck von Dorfbewohner*innen in Namibia gegenübergestellt. Sie konnten feststellen, dass die Basisemotionen Angst, Ekel, Wut, Freude, Traurigkeit und Überraschung bidirektional verstanden werden. Alle weiteren Emotionen wurden in dem Sample nur innerhalb der Kulturkreise, nicht aber über die kulturellen Grenzen hinaus, verstanden. Das Forschungsteam schlussfolgert daraus, dass primär negative Emotionen mit einem kulturübergreifenden körperlichen Ausdruck einhergehen, während die meisten positiven Emotionen mit kulturspezifischen Signalen kommuniziert werden. (Sauter et al., 2010)

Dementsprechend sollten in Beratungssettings nicht nur verbal, sondern auch nonverbal kommunizierte Signale reflektiert und hinterfragt werden, um Missverständnisse vorzubeugen.

Auch der Ausbildungshintergrund ist aus der Sicht verschiedener Autor*innen der Fachliteratur entscheidend für die Anwendung von körperorientierten Therapiemethoden. Müller-Braunschweig (2010, S. 17) empfiehlt die Anwendung von körperorientierten Psychotherapiemethoden nur für Personen, die über ein Grundwissen im Bereich der Psychotherapie verfügen. Young (2006) sieht insofern ein Risiko in der Anwendung körperpsychotherapeutischer Methoden, als dass dadurch Therapierende oder Beratende ihre Macht missbrauchen können und betont daher die Bedeutung einer guten Ausbildung und Supervision (auch nach der Ausbildung).

Um Klient*innen im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung begegnen zu können, ist nach Geuter (2015, S. 6) ein ganzheitliches Selbsterleben auf Seiten der Behandelnden grundlegend. Zudem sei auch Selbsterfahrung mit der jeweiligen Methode vorauszusetzen (Uexküll et al., 1994, S. 145).

Voraussetzungen aufseiten der Klient*innen

Viele Körperpsychotherapiemethoden zielen darauf ab, den Klient*innen zu mehr Selbstwahrnehmung und -reflexion zu verhelfen. Einige körperorientierte Methoden und Techniken setzen auf den spontanen körperlichen Ausdruck von innerem Befinden. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Klient*innen in derartige Anwendungen auch einwilligen und beispielsweise für einen intuitiven Ausdruck Bereitschaft zeigen sollten. (Marlock, 2010, S. 50, 56)

Auch die Motivation der Klient*innen für körperliche Interventionen als auch die Beziehung zur/zum Berater*in kann den Effekt maßgeblich beeinflussen. Im Rahmen einer Studie, welche die Wirkzusammenhänge einer sechs- bis zwölfwöchigen stationären psychosomatischen Therapie zu ermitteln versuchte, wurden 600 Patient*innen einer Klinik befragt, welche neben anderen Therapieverfahren an einer körperbezogenen Gruppentherapie (orientiert an der Konzentrativen Bewegungstherapie) teilgenommen hatten. Dabei stellte sich heraus, dass Patient*innen die Wirkung eines körperorientierten Therapieansatzes in Zusammenhang mit ihrer Motivation und ihrer Beziehung zum/r Therapeut*in einschätzen. (Baumann, 1994)

Daraus lässt sich für den Einbezug körperorientierter Methoden und Techniken in die beratende Praxis ableiten, dass zunächst der Wille und die Motivation der Klient*innen für das Vorgehen ergründet werden sollten. Außerdem sollte eine angemessene Beziehungsbasis bestehen.

Die Erkenntnisse der Säuglingsforschung bzgl. der Prägung des Verhaltens und der Wahrnehmung durch frühe Interaktionserfahrungen (z.B. in Form von somatischen Markern oder

affektmotorischen Schemata) bestätigen sich in der klinischen körperpsychotherapeutischen Praxis. Thielen (2009b) weist in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass sich das reife Gehirn von Erwachsenen deutlich von jenem eines Säuglings unterscheidet. Daraus kann gefolgert werden, dass es nicht zwingend einen (rein) körperlichen Zugang zum Wiedererleben und Erkennen früher Erfahrungen und Konflikte braucht.

Auch die emotionale und körperliche Konstitution sind bei Einbezug der körperlichen Komponente in die Beratung zu bedenken. Neigen Klient*innen zu intensiven emotionalen Reaktionen, sollten Techniken, welche das Gefühlserleben verstärken und u.U. archaische Affekte wiederbeleben, eher vermieden werden. Stattdessen sollten Techniken gewählt werden, welche bei der Emotionsregulation und -dämpfung helfen können (Koemeda-Lutz, 2007). Für die Durchführung von einigen körperorientierten Techniken ist es wichtig, auf die körperliche Konstitution der Klient*innen zu achten, um Verletzungen oder Überbelastungen vorzubeugen, welche beispielsweise bei der Ausführung von Sprungübungen entstehen können (Maurer, 2010a).

Grenzen aufgrund des Settings

Um körperorientierte Methoden und Techniken in Beratungssettings anzuwenden, sollte im Vorhinein die Eignung des Settings überprüft werden. Eberwein (2009, S. 99f.) rät zu einer Raumgröße von mindestens 20m², um mit Klient*innen in die Bewegung zu gehen (z.B. hüpfen, trampeln, schütteln). Zudem sind zum Teil Utensilien wie Seile, Hocker, Kissen, Matten oder Reifen und auch verschiedene Sitzgelegenheiten erforderlich. Inwiefern ein Beratungssetting die Voraussetzungen für die ein oder andere körperorientierte Methode erfüllt, gilt es im Vorhinein zu klären.

5 Diskussion

Im Ergebnis des Reviews wurde ausgehend von theoretischen Hintergründen und wissenschaftlichen Erkenntnissen über körperorientierte Psychotherapie eine Beantwortung der Forschungsfrage angestrebt, indem Potenziale und Grenzen des Einbezugs körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung aus den Rechercheergebnissen zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie abgeleitet wurden. Dabei haben sich folgende zentrale Ergebnisse für die Beratung herausgestellt:

Durch die Anwendung körperorientierter Techniken kann die Fähigkeit zur (körperlichen) Selbstwahrnehmung bei Klient*innen gestärkt werden, was ihnen in der Auseinandersetzung mit ihren Anliegen und der Bewältigung von psychosozialen Problemlagen helfen kann (Fogel, 2009; Johnen, 2010; Müller-Braunschweig, 2010). Ebenso kann der Zugang wie auch die Wahrnehmung und der Ausdruck von Emotionen durch ein ganzheitliches, körperintegratives Vorgehen erleichtert werden (Eberwein, 2009; Geuter, 2009; Müller-Braunschweig, 2010). Weiterhin kann der Einbezug der Körperebene (nonverbale Intervention) Verhaltensänderungen und die Gewinnung neuer Impulse anregen (Kaczors, 2016; Thielen, 2009a) und das Erreichen präverbaler bzw. prägender unbewusster Erfahrungen erleichtern (Maurer, 2010; Müller-Braunschweig & Stiller, 2010; Voigt & Trautmann-Voigt, 2001). Diverse wissenschaftliche Belege sprechen dafür, dass ein Einbezug körperlicher Aspekte in die Psychotherapie oder auch Beratung u.a. bei folgenden psychischen und psychosomatischen Erkrankungen oder Symptomatiken wirksam sein kann: Depressionen (Papadopoulos & Röhrich, 2014; Winter et al., 2018), somatoforme Erkrankungen (Röhrich et al., 2019), Stress und stressinduzierte Symptomatiken (Kreuzer et al., 2012), (generalisierte) Angsterkrankungen (Berg et al., 2009), Körperbildstörungen (Konzag et al., 2006), Traumata – auch aufgrund sexueller Missbrauchserfahrungen in der Kindheit (Hartmann & Böttcher, 2010; Price, 2005), psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft (Ravesteyn et al., 2017) und Schizophrenie (Martin et al., 2016; Tschacher et al., 2017). Darüber hinaus sprechen sich die Autor*innen von Übersichtsarbeiten und Fachliteratur zur Körperpsychotherapie für eine Anwendung ganzheitlicher Therapiemethoden bei eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten, stark intellektualisierender Abwehr, eingeschränkter Emotionswahrnehmung und (psycho-)somatischen Beschwerden aus (Fuhljahn, 2017; Müller-Braunschweig, 2010).

Ein Risiko in der Anwendung körperorientierter Techniken besteht u.a. in der Möglichkeit einer Retraumatisierung, wie auch das längerfristige Verfallen in einen regressiven Zustand oder das Eingreifen in für das Individuum (überlebens-)wichtige Verhaltensmuster (Young, 2006). Grundlegende Voraussetzung für den Einbezug körperorientierter Techniken in die psychosoziale Beratung ist der Aufbau einer tragfähigen, haltgebenden Beziehung

(Fuhljahn, 2017; Marlock, 2010), wie auch der Wille, die Motivation und die körperliche Konstitution der Klient*innen (Baumann, 1994; Maurer, 2010a; Marlock, 2010). Es ist von der Anwendung körperorientierter Verfahren abzuraten, wenn Klient*innen akut psychotisch sind, unsichere Ich-Grenzen oder ungenügend Affektsteuerung haben (Janus, 2006). Auch die räumlichen Rahmenbedingungen des Beratungssettings sind nicht zu vernachlässigen (Eberwein, 2009). Für eine ganzheitliche Beratung ist es außerdem von Bedeutung, dass die Beratenden auch auf körperlicher Ebene Empathie erleben und äußern können (Johnen, 2010), sich selbst ganzheitlich erleben und ihr Handeln wie auch ihre eigenen, wahrgenommenen Reaktionen auf den verschiedenen Ebenen reflektieren (Geuter, 2015, S. 6). Weiterhin sollten sich Beratende der unterschiedlichen (kulturellen) Prägung des Kommunikationsverhaltens – verbal wie auch nonverbal – bewusst sein und über adäquates Hintergrundwissen zur jeweiligen körperorientierten Methode oder Technik verfügen (Koemeda-Lutz & Steinmann, 2004; Sauter et al., 2010).

Als Ergebnis des vorliegenden Reviews ist festzuhalten, dass der Einbezug körperlicher Aspekte in die psychosoziale Beratung vielseitige Potenziale mit sich bringen kann, es jedoch auch Grenzen zu bedenken gibt.

Neurowissenschaftliche Erkenntnisse und Wirksamkeitsforschungen tragen zu einer wissenschaftlich fundierten Entwicklung und Anwendung der körperorientierter Verfahren bei. So konnten beispielsweise die in der *Embodiment-Theory* angenommenen wechselseitigen Wirkzusammenhänge zwischen Körper und Psyche in diversen neurowissenschaftlichen Untersuchungen belegt werden (siehe 2.1.2). Studien, wie u.a. die Untersuchung von Maurer-Groeli et al. (2005) liefern Erkenntnisse über langanhaltende Therapieeffekte und verkürzte Behandlungszeiten ganzheitlicher, körperorientierter Therapieansätze (im Vergleich zu verbalen Therapieansätzen). Zwar sollte die Behandlungsdauer aus Sicht der Autorin bei der Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemlagen nicht im Vordergrund stehen, da jedoch die Kontakte in Beratungs-Kontexten häufig begrenzt sind, kann es von Relevanz sein, über eine ganzheitliche Herangehensweise einen schnelleren Zugang zu zentralen Konflikten oder Emotionen zu erhalten.

Aufgrund der Erkenntnisse der EWAK-Studie (siehe 4.1.1) zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien lässt sich schlussfolgern, dass körperpsychotherapeutische Methoden nicht nur, wie eingangs dargestellt, in multimodalen stationären Psychotherapien ihre Anwendung finden sollten, sondern auch in der ambulanten Psychotherapie und im weiteren Sinne auch in der Beratung (Koemeda-Lutz et al., 2006). Denn die Aneignung körperorientierter Techniken stellt für Therapeut*innen wie auch Berater*innen eine Möglichkeit dar, ihr Methodenrepertoire zu erweitern. Körperpsychotherapiemethoden wie auch deren Wirksamkeitsnachweise können demnach für die Entwicklung einer ganzheitlichen

Beratungspraxis herangezogen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, insbesondere die in Anhang C dargestellten körperorientierten Interventionstechniken für bestimmte Erkrankungsbilder, sowie die in Tab. 3 (siehe 4.3.1) zusammengefassten Erkenntnisse zu Wirkung und Indikation verschiedener Körperpsychotherapiemethoden, können als Anregung für die Entwicklung einer ganzheitlich ausgerichteten Beratungspraxis dienen.

In der praktischen Umsetzung kann der Einbezug körperlicher Aspekte in die Beratung u.a. heißen, Techniken einzelner körper(psycho)therapeutischer Methoden in Beratungskontexten anzuwenden. Dazu können sich beispielsweise Techniken der Funktionellen Entspannung oder der Atemtherapie eignen. Ferner ist es denkbar, Bewegungsangebote (frei & intuitiv vs. strukturiert & angeleitet) im Beratungszimmer oder auch darüber hinaus (Spaziergang) zu integrieren. Zudem können verschiedene Sitzgelegenheiten eingerichtet und ein Wechsel der Körperhaltung angeregt werden. Mit Bedacht kann in der Beratung auch mit Berührungstechniken gearbeitet werden, wobei es auch eine Option darstellt, dass Klient*innen sich selbst berühren oder Gegenstände wie z.B. Tücher zur Hilfe genommen werden. Außerdem kann die Körperebene mehr Beachtung finden, indem neben verbalen auch nonverbale Äußerungen bewusst beobachtet werden. Dies kann beispielsweise durch Spiegeln in den Beratungsprozess integriert werden. Allerdings sollten Beraterinnen und Berater, die die Körperebene miteinbeziehen, ihr Vorgehen in der Beratung wie auch ihre eigenen körperlichen Wahrnehmungen reflektieren.

Ausgehend von den vorliegenden Ergebnissen sollte aus Sicht der Autorin über die Thematisierung körperorientierter Techniken in der Ausbildung von Berater*innen nachgedacht werden. Es ist anzunehmen, dass einige Berater*innen bereits intuitiv körperliche Aspekte im Arbeitsalltag berücksichtigen. Jedoch ist eine zunehmend wissenschaftlich begründete Vermittlung und Anwendung körperorientierter Interventionstechniken unter den Berater*innen anzustreben. Die Ausgestaltung eines entsprechenden Moduls im Rahmen einer Berater*innenausbildung könnte sich beispielsweise an der Ausbildung zur/zum „Körperzentrierten Psychologischen Berater*in IKP“, welche am Schweizer Institut für Körperzentrierte Psychotherapie (IKP) angeboten wird, orientieren. Diese Ausbildung schließt neben Techniken der Gesprächsführung emotionszentrierte Techniken, wie Rollendialoge, Körperarbeit und Entspannungsmethoden mit ein.

Auch für die Entwicklung von Schlüsselkompetenzen und zur Selbsterfahrung während der Ausbildung können sich körperorientierte Ansätze eignen. Untersuchungen weisen darauf hin, dass die regelmäßige Anwendung von Achtsamkeitsübungen bei Psychotherapeut*innen positive Auswirkungen auf die Ausbildung von Kompetenzen, wie Empathie und Aufmerksamkeit haben und dadurch auch therapeutische Prozesse begünstigt werden können (Keane, 2014).

Um körperorientierte Interventionstechniken im Rahmen der Ausbildung praktisch ausprobieren zu können, wäre ein Beratungszimmer mit unterschiedlichen Sitzgelegenheiten und ausreichend Platz für Bewegungsinterventionen hilfreich. Darüber hinaus wäre aus Autorinnensicht ein Austausch und Wissenstransfer zwischen Körperpsychotherapeut*innen und Berater*innen für die Etablierung körperorientierter Techniken in der Beratungspraxis wünschenswert, was im Rahmen künftiger Forschungsprojekte oder eines Mentoring-Projekts o.ä. stattfinden könnte.

Einen zentralen Anhaltspunkt für die Entwicklung einer ganzheitlichen Beratungspraxis stellen aufgrund der fachlichen Nähe und Überschneidungen die Körperpsychotherapiemethoden und ihre Wirksamkeitsnachweise dar. Verschiedene Autor*innen von Übersichtsarbeiten und Studien beschreiben die Wirksamkeitsnachweise für körperpsychotherapeutische Methoden nach wie vor als lücken- und mangelhaft (Gassmann, 2010; Geuter, 2015; Gottwald, 2006; Seidler, 2001; Tschacher et al., 2017). Nach Tschacher et al. (2017) ist die Anwendung von körperorientierten Psychotherapiemethoden für die Diagnoseerstellung noch weniger erforscht als für die Anwendung in der Behandlung. Es gilt zu bedenken, dass die verschiedenen körperpsychotherapeutischen Ansätze und Methoden auf unterschiedlichen Entwicklungslinien (Psychoanalyse, Ausdruckstanz, Gymnastik) entstanden sind. Dadurch gibt es keine einheitliche theoretische Basis und die einzelnen Methoden implizieren einen Einbezug des Körpers auf unterschiedliche Art und Weise. So gibt es beispielsweise Methoden, welche den Fokus auf das Bewusstwerden unbewusster Konflikte und eine verbesserte Körperwahrnehmung legen. Andere wiederum zielen durch Körperübungen auf eine Steigerung der körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeit und einen damit einhergehenden Erkenntnisgewinn ab oder nehmen eine Charakterisierung der wahrnehmbaren körperlichen Äußerungen vor. Folglich sind aus Sicht der Autorin Aussagen zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie im Allgemeinen nur schwer möglich, hingegen sollte eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Wirkzusammenhängen und der Wirksamkeit der einzelnen körperorientierten (Therapie-)Methoden verfolgt werden. Denn ausgehend von den Rechercheergebnissen des vorliegenden Reviews ist die wissenschaftliche Fundierung für die Wirksamkeit der einzelnen Körperpsychotherapiemethoden zum Teil noch sehr gering. Darüber hinaus sollte auch die Anwendung körperorientierter Methoden und Techniken in der Beratungspraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht werden.

Für künftige Forschungsvorhaben können die von Petzold (2006) beschriebenen Wirkfaktoren körperpsychotherapeutischer Ansätze (siehe 4.1.1) herangezogen und überprüft werden. Petzolds (2006) Ansicht nach ist die Beziehung als übergeordnetes Wirkprinzip der Körperpsychotherapie anzusehen, wovon wiederum die Auswahl einzelner

Interventionstechniken abhängt. Dies wirft allerdings auch die Frage auf, inwiefern ein Methodenrepertoire für einen erfolgreichen Beratungs- und Therapieprozess entscheidend ist, wenn allgemeine Wirkfaktoren vordergründig sind und der Beratungsprozess in erster Linie von der Beziehungsbasis abhängt. Tschuschke et al. (2016) stellten anhand der Auswertung der praktischen Tätigkeit von 50 Therapeut*innen aus zehn verschiedenen Behandlungsansätzen fest, dass ihr Interventionsverhalten trotz unterschiedlicher Therapieansätze sehr ähnlich ist. Dies weist auf schulenübergreifende, allgemeine Wirkfaktoren hin. Das Forschungsteam fordert aufgrund der Ergebnisse empirische Untersuchungen, welche die Interventionstechniken im Einzelnen genauer auf ihre Wirksamkeit hin untersuchen. Auch Hausmann (2010) geht davon aus, dass in den körperorientierten Psychotherapiemethoden vordergründig allgemeine Wirkfaktoren wirken, da in die EWAK-Studie acht verschiedene Körperpsychotherapieansätze miteinbezogen wurden, welche sich in den Studienergebnissen in ihrer Wirkung nicht maßgeblich voneinander unterscheiden.

Verschiedene Autor*innen der Fachliteratur geben zu bedenken, dass eine übermäßige Fokussierung auf körperliche Signale und Wahrnehmungen auch zu Fehlinterpretationen oder einseitigen Behandlungen führen kann (Künzler et al., 2010). Wilke (2007) warnt in diesem Zusammenhang vor einer potentiellen Überbewertung körperorientierter Behandlungsansätze als Behandlungsalternative gegenüber verbalen Therapieansätzen. Er sieht darin vielmehr das Potenzial einer Integration in die verbalen Verfahren und eine Erweiterung des Methodenrepertoires.

Schließlich sollte kein Psychotherapie- oder Beratungsansatz für sich das Alleinstellungsmerkmal eines wirksamen Vorgehens für jegliche Anliegen und Erkrankungen beanspruchen. Allgemeine Wirkfaktoren, wie zum Beispiel die (therapeutische) Beziehung oder die Persönlichkeit und Erfahrung des/der Berater*in oder Therapeut*in, sollten neben den spezifischen Wirkfaktoren im Blick gehalten werden, da es sich immer um ein Zusammenspiel aus allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren handelt. (Hausmann, 2010; Petzold, 2006)

Mit Blick auf die anfangs dargestellten eingeschränkten Fähigkeiten zur *embodied self-awareness* in modernen, westlich geprägten Gesellschaftsstrukturen kann in den körperorientierten Therapieansätzen eine Chance zum Wiedererlangen und Stärken dieser ursprünglichen Fähigkeit gesehen werden (Fogel, 2009, S. 22, 41). Ein Einbezug der Körperebene kann neben dem Bedürfnis einer ganzheitlichen Herangehensweise in Therapie und Beratung allerdings auch zum gesellschaftlichen Trend der Selbst- und Leistungsoptimierung beitragen, indem körperorientierte Methoden zur Selbstwahrnehmung, wie beispielsweise Meditation oder Autosuggestion, vermittelt werden (Geuter, 2015, S. 11). Dabei ist aus Sicht der Autorin kritisch zu hinterfragen, inwiefern körperorientierte Techniken nicht mehr vordergründig zur Behandlung von psychosozialen Problemlagen angewandt werden,

sondern aufgrund eines Leistungsbestrebens die Entstehung von psychosozialen und -somatischen Problemen begünstigen können und zu einer Aufrechterhaltung der gesellschaftlich geprägten Entfremdung und Instrumentalisierung des Körpers beitragen können.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse des vorliegenden Reviews gilt es auch die Grenzen aufgrund des methodischen Vorgehens zu berücksichtigen. Denn die Aussagekraft eines Reviews hängt von der Datenbasis und der Qualität der einbezogenen Studien ab. Da die Auswahl der in dieses Review einbezogenen Literatur – begründet mit Ein- und Ausschlusskriterien (siehe 3.3) – durch die Verfasserin subjektiv geleitet wurde, ist die Aussagekraft des Reviews begrenzt. (Döring & Bortz, 2016, S. 898f.). Zudem besteht das Risiko eines verzerrten Ergebnisses aufgrund des *publication bias* (vordergründige Veröffentlichung von Studien mit positiven, erwarteten Ergebnissen) (Sturma et al., 2016). Auch ist die Qualität der einbezogenen 21 Studien und Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie im Hinblick auf Berichterstattung und Evidenzgrad unterschiedlich, was wiederum die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit begrenzt.

Folglich sollte in künftigen Forschungsarbeiten die Wirksamkeit von Körperpsychotherapie und den einzelnen Ansätzen und Methoden auch mittels Sekundäranalyse, beispielsweise im Rahmen einer Metaanalyse, untersucht werden. Zudem sollte in der Berichterstattung von Studien auf genaue Angaben zu angewandten Behandlungsmethoden geachtet werden. Um Empfehlungen für die Anwendung körperorientierter Techniken in der psychosozialen Beratung zu entwickeln, sollte zudem die Implementierung eines ganzheitlich ausgerichteten Vorgehens in der Beratung wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Orientiert an der Integrativen Psychotherapie könnte in der psychosozialen Beratung ebenfalls auf ein integratives Vorgehen hingearbeitet werden, indem auf eine fundierte psychologische und -pathologische Wissensaneignung mit einem durch körperorientierte Techniken erweiterten Methodenspektrum aufgebaut wird, worauf je nach Klient*in und Anliegen zurückgegriffen werden kann.

Schließlich konnte in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden, dass der Einbezug körperlicher Aspekte eine Bereicherung für die psychosoziale Beratung darstellen kann und zur Erweiterung des Methodenrepertoires und der Handlungsmöglichkeiten von Berater*innen beitragen kann. Die Ergebnisse in Kapitel 4.3 wie auch in Anhang C können als erste Anregung für die Entwicklung einer ganzheitlichen, körperintegrativen Beratungspraxis dienen. Jedoch gilt es dabei die erläuterten Grenzen eines ganzheitlichen Vorgehens in der Beratung nicht zu vernachlässigen und eine Anwendung körperorientierter Techniken je nach Klient*in bzw. Anliegen oder Erkrankungsbild, Berater*in und Setting individuell

abzustimmen. Außerdem ist insbesondere für den ambulanten Therapiebereich, sowie für Beratungssettings eine zunehmend wissenschaftlich fundierte Implementierung körperorientierter Methoden und Techniken anzustreben.

6 Literaturverzeichnis

- Arminjon, M., Preissmann, D., Chmetz, F., Duraku, A., Ansermet, F. & Magistretti, P. J. (2015). Embodied memory: unconscious smiling modulates emotional evaluation of episodic memories. *frontiers in Psychology*, (6).
- Arnim, A. (2009). Funktionelle Entspannung. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 123–134). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Baumann, J. (1994). Körperbezogene Gruppenpsychotherapie in der 2. Lebenshälfte. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)*, 44, 337–345.
- Becker, H. (2010). Konzentrierte Bewegungstherapie. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 127–136). Heidelberg: Springer Verlag.
- Bender, W. & Stadler, C. (2012). *Psychodrama-Therapie. Grundlagen, Methodik und Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Berg, L., Sandell, A. & Sandahl, R. C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: Evaluation of an integrative method. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(1), 67–85.
- Boadella, D. (1977). Bio-Energie und Körpersprache. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien* (S. 14–50). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Boyesen, M. L. (2009). Organische Selbstregulation aus der Sicht der Biodynamischen Psychologie. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 95–104). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Braun, M. G. (2014). *Der Einsatz von Körperpsychotherapie an Deutschen Kliniken für Psychosomatik eine repräsentative Querschnitterhebung. Dissertation*. Zugriff am 20.02.2020. Verfügbar unter <https://epub.uni-regensburg.de/31980/1/K%C3%B6rperpsychotherapieverfahren%20in%20Deutschland150520-Ver%C3%B6ffentlichung.pdf>
- Butollo, W., Koll-Krüsmann, M. & Hagl, M. (2017). Humanistische Psychotherapieverfahren. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1149–1176). Heidelberg: Springer Verlag.
- Caldwell, D. (2006). Bewegung als Psychotherapie und in der Psychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 430–441). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Calsius, J., Bie, J. de, Hertogen, R. & Meesen, R. (2016). Touching the Lived Body in Patients with Medically Unexplained Symptoms. How an Integration of Hands-on Bodywork and Body Awareness in Psychotherapy may Help People with Alexithymia. *frontiers in Psychology*, (7).
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Irrtum*. München: Paul List Verlag.
- Damasio, A. R. (2010). *Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Siedler Verlag.

- Dietrich, S. (1995). *Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien*. Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn: unveröffentlichte Dissertation.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: Springer Verlag.
- Eberwein, W. (2009). *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ehrensperger, T. (2010). Bioenergetische Analyse. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 107–125). Heidelberg: Springer Verlag.
- Engelke, E. (1981). *Psychodrama in der Praxis. Anwendung in Therapie, Beratung und Sozialarbeit*. München: Pfeiffer Verlag.
- Falck, S. (2010). Achtsamkeit als Basis der Körperzentrierten Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 68–76). Berlin: Springer Verlag.
- Fogel, A. (2009). *The Psychophysiology of Self-Awareness. Rediscovering the Lost Art of Body Sense*. New York: W. W. Norton & Company.
- Freud, S. (1994). *Abriss der Psychoanalyse. Einführende Darstellungen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Fuhljahn, H. (2017). Die Fremde in mir. In H. Fuhljahn (Hrsg.), *Von Wahn und Sinn - Behandler, Patienten und die Psychotherapie ihres Lebens* (S. 97–117). Heidelberg: Springer Verlag.
- Gassmann, D. (2010). Allgemeine Wirkfaktoren und körperorientiertes Vorgehen. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 335–345). Berlin: Springer Verlag.
- Geißler, P. (2007). „Der „interaktionelle Körper“ in der analytischen Körperpsychotherapie. *Psychotherapie Forum*, (15), 78–84.
- Geißler, P. (2009). Selbstregulation – (Körper)Psychotherapie – Entwicklungspsychologie (Säuglingsforschung) aus der Sicht der analytischen Körperpsychotherapie. In M. Thielien (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 175–185). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. München: Pfeiffer Verlag.
- Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag.

- Geuter, U. (2009). Emotionsregulation und Emotionserkundung in der Körperpsychotherapie. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 69–94). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin: Springer Verlag.
- Ginsburg, C. (1999). Body-image, movement and consciousness: Examples from a somatic practice in the Feldenkrais method. *Journal of Consciousness Studies*, 6, 79–91.
- Görlitz, G. (2014). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie - Basisübungen* (4. aktualisierte Auflage). München: Klett-Cotta Verlag.
- Görlitz, G. (2019). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie - Aufbauübungen* (3. Auflage). München: Klett-Cotta Verlag.
- Gottwald, C. (2006). Neurobiologische Perspektiven zur Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 119–137). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Grossmann, M. (2009). Körperpsychotherapie und Salutogenese. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 331–342). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Grubenmann, E. (2010). Vom Gestaltansatz zu Körperzentrierter Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 18–28). Berlin: Springer Verlag.
- Hartmann, R. & Böttcher, C. (2010). Traumatische Dissoziation - Diagnostik und Therapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 205–220). Berlin: Springer Verlag.
- Hausmann, D. (2010). Zum Wirksamkeitsnachweis Körperzentrierter Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 89–100). Berlin: Springer Verlag.
- Hauswirth, M. (2010). Burnout: Körperpsychotherapeutische Ansätze an Hand eines klinischen Beispiels. *Psychotherapie Forum*, 18, 162–166.
- Heisterkamp, G. (1993). *Heisame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie*. München: Pfeiffer Verlag.
- Heisterkamp, G. (2010). Analytische Körperpsychotherapie. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 87–106). Heidelberg: Springer Verlag.
- Hüther, G. (2010). Neurobiologie: umdenken, umfühlen oder umhandeln? In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 115–119). Berlin: Springer Verlag.

- Hüther, G. (2017). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In M. Storch, B. Cantieni, G. Hüther & W. Tschacher (Hrsg.), *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (3., unveränderte Auflage, S. 73–98). Bern: Hogrefe Verlag.
- Janus, L. (2006). Körper und Pränatale Psychologie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 362–368). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Johnen, R. (2010). Funktionelle Entspannung. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 61–86). Heidelberg: Springer Verlag.
- Johnson, D. H. (2006). Der Vorrang des erfahrungsorientierten Vorgehens in der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 91–99). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Kaczor, M. (2016). Beratung im Gehen - Ausgewählte Ergebnisse aus einer Untersuchung zu einer Form psychosozialer Beratung. In H. Hollstein-Brinkmann & M. Knab (Hrsg.), *Beratung zwischen Tür und Angel. Professionalisierung von Beratung in offenen Settings* (S. 207–232). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A. & Meekums, B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the treatment of adults with depression: A Systematic Review with Meta-Analyses. *frontiers in Psychology*, 10.
- Keane, A. (2014). The Influence of Therapist Mindfulness Practice on Psychotherapeutic Work: A Mixed-Methods Study. *Mindfulness*, 5, 689–703.
- Kern, E. (2018). Körpereinbezug. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 148–156). Berlin: Springer Verlag.
- Kirchmann, E. (1989). Versuch einer Beschreibung der KBT-Arbeit im Sinne eines 5-gliedrigen Aufbaus. In H. Stolze (Hrsg.), *Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen* (S. 452–459). Berlin: Springer Verlag.
- Koemeda-Lutz, M. (2007). Was tragen Gefühle zu einer lebendigen Seele und einem vitalen Körper bei? *Psychotherapie Forum*, (15), 85–95.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. & Soeder, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien - EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)*, (56), 1–8.
- Koemeda-Lutz, M. & Steinmann, H. (2004). Implikationen neurobiologischer Forschungsergebnisse für die Körperpsychotherapie unter spezieller Berücksichtigung der Affekte. *Psychotherapie Forum*, (12), 88–97.
- Konzag, T. A., Klose, S., BAndemer-Greulich, U., Fikentscher, E. & Bahrke, U. (2006). Stationäre körperbezogene Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychotherapeut*, (51), 35–42.

- Kreuzer, P. M., Goetz, M., Holl, M., Schecklmann, M., Landgrebe, M., Staudinger, S. et al. (2012). Mindfulness-and body-psychotherapy-based group treatment of chronic tinnitus: a randomized controlled pilot study. *BMC Psychiatry*, 12.
- Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R. & Nussbaum, M.-H. (Hrsg.). (2010). *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer*. Berlin: Springer Verlag.
- Kurtz, R. (1985). *Körperzentrierte Psychotherapie - Die Hakomi Methode* -. Essen: Synthesis Verlag.
- Lahmann, C., Gebhardt, M., Sattel, H., Dinkel, A., Pieh, C. & Probst, T. (2017). A Randomized Controlled Trial on Funktioncal Relaxation as an Adjunct to Psychoeducation for Stress. *frontiers in Psychology*, 8.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Pfeifer, R. (2013). Embodiment: Den Körper in der Seele entdecken - Ein altes Problem und ein revolutionäres Konzept. In M. Leuzinger-Bohleber & R. Haubl (Hrsg.), *Embodiment - ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse* (S. 14–38). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht Verlag.
- Lowen, A. (1977). Bioenergetische Analyse: Eine Weiterentwicklung der Reich'schen Therapie. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien* (S. 51–61). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Lowen, A. (1993). *Freude. Die Hingabe an den Körper und das Leben*. München: Kösel-Verlag.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1999). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation* (16. Auflage). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Marlock, G. (2010). Sinnliche Selbstreflexivität: Zum Arbeitsmodus der Körperpsychotherapie. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 47–60). Heidelberg: Springer Verlag.
- Marlock, G. & Weiss, H. (2006). Einführung: Das Spektrum der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 1–12). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Martin, L. A. L., Koch, S. C., Hirjak, D. & Fuchs, T. (2016). Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia - A Multicenter Randomized Controlled Trial. *frontiers in Psychology*, 7.
- Maurer, Y. (2010a). Überwiegen Risiken oder Vorteile bei Körperzentrierter Psychotherapie? In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 103–111). Berlin: Springer Verlag.
- Maurer, Y. (2010b). Von der Psychotherapie zur Körperzentrierten Psychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 3–14). Berlin: Springer Verlag.

- Maurer-Groeli, Y. (2004). Neurophysiologische Hintergründe für ganzheitliches psychotherapeutisches Arbeiten mit spezieller Berücksichtigung von Gedächtnis, Körpergedächtnis und Ressourcen. *Psychotherapie Forum*, 12, 98–103.
- Maurer-Groeli, Y., Hausmann, D. & Massenbach, K. von. (2005). Maßnahmen zur Überprüfung der Wirksamkeit der Körperzentrierten Psychotherapie IKP (ganzheitlich-integrativ erweiterten Gestalttherapie). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156(5), 257–265.
- Meekums, B., Karkou, V. & Nelson, E. A. (2016). *Dance movement therapy for depression*. Zugriff am 27.12.2019. Verfügbar unter <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009895.pub2/information>
- Mehling, W.-E. (2010). Atemtherapie. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 157–195). Heidelberg: Springer Verlag.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 136(8), e9-e15.
- Müller-Braunschweig, H. (2010). Körper, Kopf und Kommunikation: körperorientierte und allgemeine Psychotherapie. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen* (S. 3–46). Heidelberg: Springer Verlag.
- Müller-Braunschweig, H. & Stiller, N. (Hrsg.). (2010). *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden – Anwendungen – Grundlagen*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Palmer, A. E. (2015). The Lived Experience of Dance/Movement Therapists Working with Patients with Eating Disorders. *American Dance Therapy Association*, 37, 113–134.
- Papadopoulos, N. L. R. & Röhrich, F. (2014). An investigation into the application and processes of manualised group body psychotherapy for depressive disorder in a clinical trial. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(3), 167–180.
- Petzold, H. G. (2006). Der "informierte Leib": "embodied and embedded" - ein Metakzept für die Leibtherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 100–118). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative therapies in Health and Medicine*, 11(5), 46–57.
- Pullen, J. C. (2016). Der Körper als Ressource in individuellen Veränderungsprozessen. *Organisationsberatung Supervision Coaching*, (23), 285–296.
- Riskind, J. H. & Gotay, C. C. (1982). Physical posture: Could it have regulatory or feedback effects on motivation and emotion? *Motivation and Emotion*, 6, 273–298.
- Ritschl, V., Prinz-Buchberger, B. & Stamm, T. (2016). Die richtige Methode wählen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (51-60). Berlin: Springer Verlag.

- Röhricht, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Röhricht, F., Sattel, H., Kuhn, C. & Lahmann, C. (2019). Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder - a partly randomised-controlled feasibility pilot study. *BMC Psychiatry*, 19.
- Sauter, D. A., Eisner, F., Ekman, P. & Scott, S. K. (2010). Cross-cultural recognition of basic emotions through nonverbal emotional vocalizations. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(6), 2408–2412.
- Schatz, D. S. (2002). Klassifikation des Körpererlebens und körperpsychotherapeutische Hauptströmungen. *Psychotherapeut*, (47), 77–82.
- Schmidt-Zimmermann, I. (2006). Das Spektrum körperpsychotherapeutischer Übungen und Interventionen. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 564–584). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Seidler, K.-P. (2001). Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Ergebnisse der empirischen Forschung. *Psychotherapeut*, (46), 223–231.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2002). Die Praxis der Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT). Frequenz - Dauer - Setting - Behandelte Störungsbilder. *Psychotherapeut*, 47, 223–228.
- Söderkvist, S., Ohlén, K. & Dimberg, U. (2018). How the Experience of Emotion is Modulated by Facial Feedback. *Journal of Nonverbal Behavior*, 42(1), 129–151.
- Stolze, H. (1989a). Psychotherapeutische Aspekte einer Konzentrierten Bewegungstherapie. In H. Stolze (Hrsg.), *Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen* (S. 15–27). Berlin: Springer Verlag.
- Stolze, H. (1989b). Über die Erweiterung des therapeutischen Raums durch Konzentrierte Bewegungstherapie. In H. Stolze (Hrsg.), *Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen* (S. 466–472). Berlin: Springer Verlag.
- Stolze, H. (2006). Bewegen - Besinnen - Begreifen - Bedeuten: Symbolisieren in der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 442–449). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Storch, M. (2017). Wie Embodiment in der Psychologie erforscht wurde. In M. Storch, B. Cantieni, G. Hüther & W. Tschacher (Hrsg.), *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (3., unveränderte Auflage, S. 35–72). Bern: Hogrefe Verlag.
- Sturma, A., Ritschl, V., Dennhardt, S. & Stamm, T. (2016). Reviews. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 207–222). Berlin: Springer Verlag.
- Tantia, J. F. (2012). Authentic Movement and the Autonomic Nervous System: A Preliminary Investigation. *American Dance Therapy Association*, 34, 53–73.
- Teixeira-Machado, L., Arida, R. M. & Mari, J. d. J. (2019). Dance for neuroplasticity: A descriptive systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (96), 232–240.

- Theßen, L. (2017). *Mit Atemübungen zum Gefühlsausdruck. Wahrnehmung und Regulation der Emotionen in der Psychotherapie*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Thielen, M. (Hrsg.). (2009a). *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Thielen, M. (2009b). Säuglingsforschung – Selbstregulation – Körperpsychotherapie. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 187–208). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Thielen, M. (2009c). Selbstregulationskonzepte in der Körperpsychotherapie. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation* (S. 35–52). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Trautmann-Voigt, S. (2003). Tanztherapie. Zum aktuellen Diskussionsstand in Deutschland. *Psychotherapeut*, (48), 215–229.
- Tschacher, W. (2017). Wie Embodiment zum Thema wurde. In M. Storch, B. Cantieni, G. Hüther & W. Tschacher (Hrsg.), *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (3., unveränderte Auflage, S. 11–34). Bern: Hogrefe Verlag.
- Tschacher, W., Giersch, A. & Friston, K. (2017). Embodiment and Schizophrenia: A Review of Implications and Applications. *Schizophrenia Bulletin*, 43(4), 745–753.
- Tschuschke, V., Wyl, A. v., Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Schlegel, M. & Schulthess, P. (2016). Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. *Psychotherapeut*, 61, 54–64.
- Uexküll, T., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H. & Johnen, R. (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Uexküll, T. & Wesiack, W. (1991). *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns* (2. Auflage). München: Urban & Schwarzenberg Verlag.
- Van Ravesteyn, L. M., Lambregtse-van den Berg, M. P., Hoogendijk, W. J. G. & Kamperman, A. M. (2017). Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLoS One*, 12(3).
- Ventling, C., Bertschi, H. & Gerhard, U. (2006). Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien bei Patienten mit bekannter ICD-10-Diagnose. *Psychotherapeut*, (51), 346–353.
- Ventling, C. D. & Gerhard, U. (2000). Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung. *Psychotherapeut*, (45), 230–236.
- Voigt, B. & Trautmann-Voigt, S. (2001). Tiefenpsychologische Aspekte der Körpertherapie und der Tanztherapie. *Psychotherapeut*, (46), 60–74.
- Wahlström, J., Lindegard, A., Ahlborg, G. & Ekman, A., Hagberg, M. (2003). Perceived muscular tension, emotional stress, psychological demands and physical load during VDU work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76(8), 584–590.

- Wilke, E. (2007). Körperorientierte Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 376–386). Heidelberg: Springer Verlag.
- Winnicott, D. W. (1998). *Die menschliche Natur* (2., geänderte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Winter, D., Malighetti, C., Cipolletta, S., Ahmed, S., Benson, B. & Röhrich, F. (2018). Construing and body dissatisfaction in chronic depression: A study of body psychotherapy. *Psychiatry Research*, 270, 845–851.
- Wiswede, D., Münte, T. F., Krämer, U. M. & Rüsseler, J. (2009). Embodied Emotion Modulates Neural Signature of Performance Monitoring. *PLoS One*, 4(6).
- Wittfoth, M. (2016). Über die Wiederentdeckung des Körpers. In M. Bohne, M. Ohler, G. Schmidt & B. Trenkle (Hrsg.), *Reden reicht nicht!? Bifokal-multisensorische Interventionsstrategien für Therapie und Beratung* (S. 61–72). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Young, C. (2006). Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 617–624). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Zimmerli, R. (2010). Körperzentrierte Erfahrungsübungen im Überblick. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 78–88). Berlin: Springer Verlag.

Anhang A: Dokumentation der systematischen Literaturrecherche



Datum	Datenbank	Suchbegriff	Verknüpfung mit	Suchort	Einschränkungen / Limits	Treffer	Importierte Treffer
25.03.2019	SpringerLink	Körperpsychotherapie Körperarbeit Psychotherapie Körperpsychotherapie	AND Tanztherapie AND Emotion AND Körperarbeit AND Körpererleben AND Wirksamkeit			71 117	15 7
		Indikation	AND Körperpsychotherapie OR Tanztherapie		exclude preview-only results exclude preview-only results	45 93	4 6
26.04.2019	SpringerLink	psychosozial*	AND Beratung AND Körper* AND Körpererleben AND Wirksamkeit AND Studie			100	1
02.06.2019	SpringerLink	Körperpsychotherapie	AND embodi* AND research AND evidence	title/abstract	exclude preview-only results	59	8
02.06.2019	PubMed	psychotherap*				41	4
02.06.2019	PSYNDX Cochrane Library	body psychotherapy body psychotherapy				11	3
13.10.2019	PubMed	facial feedback psychotherapy embodiment	AND body	title/abstract MeSH	free full text free access	26 152	5 /
21.11.2019	LIVIVO		AND psychotherapy title	open search title	free access	7	1
21.11.2019	Cochrane Library	psychotherapy	AND body AND evidence AND body AND effect*	title abstract keyword Title abstract keyword		24 24	2 /
26.11.2019	Cochrane Library	effect*	AND embodiment AND intervention	title abstract keyword		66 trials	2



Datum	Datenbank	Suchbegriff	Verknüpfung mit	Suchort	Einschränkungen / Limits	Treffer	Importierte Treffer
27.11.2019	Cochrane Library	effect*	AND body AND psychotherapy	title abstract keyword		549 trials	/
		effect*	AND body- psychotherapy OR Humanistic Psychotherapy	title abstract keyword Intervention		21 trials	6
		integrative Psychotherapy counseling	AND embodiment		PICO search	4 reviews	0
27.11.2019	SpringerLink	body-oriented therapy		title abstract keyword		7 trials	1
		body-psychotherapy	AND effect*	title abstract keyword		44	2
		counseling	AND body-oriented AND effect*		nur vollständig verfügbare Artikel Publikationszeitraum: 2000-2019	51	12
28.11.2019	SpringerLink	body psychotherapy	AND quality of life			67	8
		body-psychotherapy	AND quality of life		nur vollständig verfügbare Artikel	12.480	/
		Körperpsychotherapie	AND Lebensqualität		nur vollständig verfügbare Artikel	30	1
		Körperpsychotherapie	AND Wohlbefinden		nur vollständig verfügbare Artikel	15	2
		Körperpsychotherapie	AND Evidenz		nur vollständig verfügbare Artikel	6	1
		Körperpsychotherapie	AND Studie		nur vollständig verfügbare Artikel	13	1
					nur vollständig verfügbare Artikel	37	1



Datum	Datenbank	Suchbegriff	Verknüpfung mit	Suchort	Einschränkungen / Limits	Treffer	Importierte Treffer
		Integrative Psychotherapie	AND Evidenz		nur vollständig verfügbare Artikel; Artikel	198	/
		Integrative Psychotherapie		title	nur vollständig verfügbare Artikel	6	1
		Body-oriented therapy	AND effect*		Nur vollständig verfügbare Artikel	156	/
		Body-oriented psychotherapy	AND effect*		Nur vollständig verfügbare Artikel	109	/
		Body-oriented psychotherapy	AND effect* AND well-being		Nur vollständig verfügbare Artikel	42	1
		Psychosoziale Beratung	AND Körper*		Nur vollständig verfügbare Artikel	4.912	/
		Psychosoziale Beratung	AND Körperarbeit		Nur vollständig verfügbare Artikel	46	0
		Psychosoziale Beratung	AND körperbasiert			1	0
	PsycINFO & PSYINDEX	body-psychotherapy		abstract		274	/
		body-psychotherapy	AND effect*	Abstract		46	4
		body-psychotherapy	AND well-being	Abstract		8	0
		body-psychotherapy	AND quality of life	Abstract		9	0
	PubMed	body-psychotherapy		Title/abstract	free full text	10	3
		integrative psychotherapy		title/abstract	free full text	12	1
		Body-oriented psychotherapy	(AND psychotherapy OR counseling)	title/abstract	free full text	14	4
29.11.2019	MEDLINE (über Web of Science)	psycho-therapy			free full text	19	1

Anhang B: Zusammenfassung der eingeschlossenen Literatur



Therapiemethode (& Erkrankung)	Evidenz-grad	Autor*innen Jahr	Untersuchungsgegenstand	Stichprobe	Datenerhebung	Ergebnisse/Outcomes
Ambulante Körperpsychotherapie (KPT)	RCT mit follow-up-Erhebung	Koemeda-Lutz et al., 2006 EWAK-Studie	Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapiemethoden	342 Patient*innen, die ambulante Körperpsychotherapeutische Behandlungen in Anspruch nahmen an 3 deutschen und 5 schweizer Institutionen	Symptomchecklisten, Befindlichkeitsfragebogen Erhebungen: Therapiebeginn, nach ½ Jahr, Therapieende, 1 Jahr nach Therapieende	2. Messzeitpunkt: signifikante Symptomverbesserung Kataamnese: hohe Stabilität körperpsychotherapeutischer Behandlungen → Wirksamkeitsnachweis für ambulante KPT
Körperzentrierte Psychotherapie IKP (nach Maurer)	Studie mit follow-up-Erhebung	Maurer-Groeli, Hausmann & Massenbach, 2005	Wirksamkeit der körperzentrierten Psychotherapie	Dokumentation von 33 Therapieverläufe von 7 Therapeut*innen	Symptomcheckliste (SCL-90-R) Erhebungen: Beginn, nach 10/20 Therapiestunden, katamnestische Befragung: ½-2 Jahre nach Therapieende	Kataamnese: 62% stufen körperzentrierte Psychotherapie als wirksam ein → Im Vergleich zu Behavioraler und Psychoanalytischer Psychotherapie: ähnlich signifikante Symptomreduktion, durchschnittlich kürzere Behandlungszeiten
KPT & somatoforme Erkrankungen	teils randomisierte Pilotstudie mit follow-up-Erhebung	Röhricht et al., 2019	Eignung körperpsychotherapeutischer Gruppentherapie für Patient*innen mit somatoformen Erkrankungen	24 Patient*innen mit somatoformen Erkrankungen Treatment: KPT Kontrollgruppe: herkömmliche Behandlung	Fragebögen (Symptomatik, Lebensqualität, Körperbild) Erhebungen: Therapiebeginn, nach 6 Monaten follow-up	Treatmentgruppe: signifikante Symptomreduktion, signifikante Effekte auf Selbstakzeptanz und Lebensqualität



Therapiemethode (& Erkrankung)	Evidenz-grad	Autor*innen Jahr	Untersuchungs-gegenstand	Stichprobe	Datenerhebung	Ergebnisse/Outcomes
KPT & generalisierte Angsterkrankung	RCT mit follow-up-Erhebung	Berg, Sandell & Sandahl, 2009	Langzeiteffekte affektfokussierter Körperpsychotherapie bei generalisierter Angsterkrankung	61 Patient*innen mit generalisierter Angsterkrankung Treatment: KPT, Kontrollgruppe: herkömmliche Behandlung	Symptomchecklisten SCL-90, WHO Well-Being Index, Beck Anxiety Inventory Erhebungen: Behandlungsbeginn, 1 und 2 Jahre später follow-up-Erhebungen	signifikante Verbesserung in beiden Gruppen Treatmentgruppe: signifikant höhere Verbesserung hinsichtlich Symptomcheckliste
KPT & Stressfolgeerkrankungen	RCT-Pilotstudie	Kreuzer et al., 2012	Wirksamkeit einer manualisierten Stressintervention bestehend aus Körperpsychotherapie und Achtsamkeitsübungen	36 Patient*innen mit chronischem Tinnitus	Symptomcheckliste zu mehreren Messzeitpunkten	signifikante Symptomreduktion
Embodiment-Ansätze in Psychotherapie & Schizophrenie	Review	Tschacher, Giersch & Fris-ton, 2017	Implikation von Embodiment-Ansätzen in psychotherapeutischer Behandlung von Schizophrenie-Patient*innen	RCTs	systematische Literaturrecherche	Körperbewegungen tragen signifikant zu Therapieeffekten bei → Wirksamkeit körperorientierter Psychotherapie bei Behandlung von Schizophrenie – insbesondere zur Linderung der Negativsymptomatik



Therapiemethode (& Erkrankung)	Evidenz-grad	Autor*innen Jahr	Untersuchungs-gegenstand	Stichprobe	Datenerhebung	Ergebnisse/Outcomes
KPT & Schizophrenie	RCT	Martin et al., 2016	Wirksamkeit KPT im Vergleich zu herkömmlicher Behandlung zur Reduktion der Negativsymptomatik	68 Teilnehmende mit Erkrankungen des schizophrener Formenkreises Treatment: KPT Kontrollgruppe: herkömmliche PT	Einschätzung der Negativsymptomatik anhand eines Scores	signifikante geringere Scores nach 20 Therapieeinheiten in Treatmentgruppe (Symptomreduktion 20,65%)
körperorientierte Psychotherapie (PT) & sexuelle Miss-handlung im Kindesalter	randomisierte Studie mit follow-up- Erhebung	Price, 2005	Wirksamkeitsüberprüfung von körperorientierten Methoden für Behandlung von Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit	24 Frauen, die aufgrund sexueller Missbrauchserfahrungen im Kindesalter in Behandlung sind Körperorientierte PT vs. Massage	Fragebogen Erhebungen: Therapiebeginn/-ende, 2 Mal während Therapie, 2 follow-up-Messungen	signifikante Symptomreduktion bei körperorientierter Psychotherapie
multimodaler Psychotherapieansatz & Körperbildstörungen	Studie	Konzag et al., 2006	Relevanz körperorientierter Therapie für Behandlung von Essstörungen	43 Patient*innen mit Diagnose Anorexia oder Bulimia nervosa (Uniklinik Halle) 12-wöchige stationäre Therapie mit 12 Therapieformen	Symptomcheckliste (SCL-90-R), Beeinträchtigungsschwerescore (BBS), Evaluierungsbogen der Klinik	Kommunikative Bewegungstherapie wird von Patient*innen als sehr wirksam bewertet → Anorexia nervosa: Empfehlung einer Kombination aus kognitiv-behavioraler und tiefenpsychologischer Therapie mit körperorientierter Einzel- und Gruppentherapie → Bulimia: körperorientierte Gruppentherapie



Therapiemethode (& Erkrankung)	Evidenz-grad	Autor*innen Jahr	Untersuchungs-gegenstand	Stichprobe	Datenerhebung	Ergebnisse/Outcomes
KPT & chronische Depression	RCT	Winter et al., 2018	Beeinflussung von Konstruktiven bei chronisch depressiven Patient*innen durch KPT	23 Patient*innen mit chronischen Depressionen	Fragebögen, Symptomchecklisten	Symptomverminderung, mehr Zufriedenheit mit Körper, verbessertes Selbstbewusstsein, erhöhte Lebensqualität
KPT & Depressionen	Systematischer Review	Papadopoulos & Röhrich, 2013	Wirkprozesse körperpsychologischer Gruppentherapie bei Depressionen	RCT-Studien	systematische Literaturrecherche qualitative Analyse	<p>→ Wirkprozesse KPT bei Depressionen: Änderungen in Körperhaltung und Gestik gehen mit Empowerment einher</p> <p>→ verbessertes Selbstbewusstsein und verbesserter Gemütszustand</p> <p>→ verbesserte Körperzufriedenheit</p>
körperorientierte Interventionen & psychische Erkrankungen während Schwangerschaft	Systematischer Review	van Ravesteyn et al., 2017	Behandlungssätze bei psychischen Erkrankungen während Schwangerschaft	29 Studien mit 2779 Patient*innen mit psychischen Erkrankungen während Schwangerschaft	systematische Literaturrecherche	<p>→ neben Kognitiver Verhaltenstherapie und interpersonaler Psychotherapie erweist sich ebenso KPT als wirksamer Ansatz in Behandlung (weitere Forschung notwendig)</p>
Bioenergetische PT	retrospektive Studie	Ventling & Gerhard, 2000	Nachhaltige Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapie	Daten von 142 Patient*innen mit F3-, F4-, F6-Diagnosen, die bioenergetische PT erhalten haben	Erhebung mittels Fragebogen bis zu 6 Jahre nach Therapieende	sehr hohe Stabilität nach Therapieende, Wirksamkeit hinsichtlich Symptomreduktion & Verbesserung des allg. Wohlbefindens



Therapiemethode (& Erkrankung)	Evidenz-grad	Autor*innen Jahr	Untersuchungs-gegenstand	Stichprobe	Datenerhebung	Ergebnisse/Outcomes
Bioenergetische PT	retrospektive Studie	Ventling et al., 2006	Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapie in Abhängigkeit von Diagnosekategorie	106 Personen mit F3-, F4-, F6-Diagnosen, die bioenergetische PT erhalten haben	Erhebung mittels Fragebögen in Abhängigkeit von Diagnosekategorie nach Therapieende	ähnlich hohe bis höchst signifikante Wirkung und Symptomreduktion infolge bioenergetischer PT für alle 3 Diagnosegruppen → besondere Eignung der Methode für Erkenntnisgewinn Verbesserung der Verbindung zwischen Gehirnhemisphären; bessere Outcomes bei psychosozialen Parametern, Körperhaltung, Körpergewicht → positive Beeinflussung der Gehirnplastizität auf struktureller & funktioneller Ebene
Tanztherapie	Systematischer Review	Teixeira-Machado, Arida & Mari, 2019	Förderung der Neuroplastizität durch Tanzinterventionen im Vergleich zu herkömmlichen Bewegungstherapien	8 RCTs	systematische Literaturrecherche	positive Effekte; zu geringe Datenmenge/unzureichende Evidenz
Tanztherapie & Depressionen	Review	Meekums, Karrou & Nelson, 2015	Wirksamkeit Tanztherapie bei depressiven Erkrankungen	3 RCTs	systematische Literaturrecherche	somatische Gegenübertragungsprozesse (Körperanspannung) → Einbezug des Körpers für Ausbildung einer gesunden Selbstfürsorge von Relevanz



Therapiemethode (& Erkrankung)	Evidenz-grad	Autor*innen Jahr	Untersuchungsgegenstand	Stichprobe	Datenerhebung	Ergebnisse/Outcomes
Tanztherapie & Depression	Systematischer Review	Karkou et al., 2019	Wirksamkeit Tanztherapie bei depressiven Erkrankungen	8 RCTs	systematische Literaturrecherche	Rückgang depressiver Symptome bei Tanztherapie (im Vergleich zu herkömmlicher psychotherapeutischer Behandlung)
Authentic Movement	Review	Tantia, 2012	physiologische Veränderungen während <i>Authentic Movement</i>	Fallstudien	systematische Literaturrecherche	Anstieg parasymphatischer Aktivität und der Herzfrequenzvariabilität (Aktivierung selbstregulierender Prozesse)
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	Review	Seidler, 2001	Wirksamkeit körperorientierter Psychotherapiemethoden	23 Studien zur Wirksamkeit der (Konzentrierten) Bewegungstherapie	systematische Literaturrecherche	KBT wird am häufigsten in stationärer Behandlung als körperorientierte PT eingesetzt → hohe Relevanz der KBT aus Sicht der leitenden Ärzt*innen und der Patient*innen für stationäre PT (neben Gesprächspsychotherapie)
Funktionelle Entspannung (FE)	RCT mit follow-up-Erhebung	Lahmann et al., 2017	Reduktion von Stress und stressinduzierten Beschwerden durch Kombination von FE mit Psychoedukation im Vergleich zu reiner Psychoedukation	Kohorte 1 (n=42): FE und Psychoedukation Kohorte 2 (n=39): nur Psychoedukation	gemessene Outcomes: Stresslevel, Depression, Somatisierung Erhebungen: Interventionsbeginn, -ende, 6 Monate nach Ende	bessere Outcomes bei kombinierter Intervention (Kohorte 1): signifikante Reduzierung der Stresssymptome, große Effektstärken bzgl. Stresslevel, Depression, mittle bis große Effekte bzgl. Somatisierung

Anhang C: körperorientierte Interventionen nach Erkrankungsbild



Depressive Erkrankungen		
beispielhafte Interventionen		
(Be-)Handlungsfokus/-ziel	(Be-)Handlungsfokus/-ziel	(Be-)Handlungsfokus/-ziel
Eingrenzung, Stimmung traurige Verstimmtheit, Leeregefühl, Gefühllosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - wertschätzende Zuwendung - negative Verstärkermechanismen unterbrechen - Übungen mit emotionalem Ausdruckscharakter 	<ul style="list-style-type: none"> - Anleitung, Gesichtsausdruck zu verändern - Psychodrama (Inszenierung von Gefühlen) - „Embryo“: Einnehmen einer Körperhaltung wie Embryo - Aggression durch Umherstoßen eines Medizinballs und Ausrufe wie „weg damit“ ausagieren - Stütze erfahren („Anlehnen“: Körpergewicht an stützende Wand/an Untergrund abgeben) - taktile Stimulation (Massage, Berührung)
Antriebslosigkeit, psychische Erschöpfungszustände, Anergie	<ul style="list-style-type: none"> - Körperwahrnehmung (Körperrhythmen spüren) - Körperliche Aktivität - Momente der Leichtigkeit und Hoffnung schaffen - Bewusstwerdung der eigenen Körperlichkeit und Selbstbestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufforderung, langsam auf der Stelle zu treten - Sport/Gymnastik (Hüpfen auf Pezzibällen) - Spiel (mit Bällen) - taktile Stimulation der Körperoberfläche (mit Tüchern eigenen Körper abreiben) - Grounding (Ausrichten der Aufmerksamkeit auf Füße) - Atemtechniken (Atemrhythmus in Verbindung mit selbst gewählter Musik spüren) - Bodyscan
Forderung nach Zuwendung, Symbioseneigungen, dependente Lebensstruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Muskelkräftigung - Selbstfürsorge - Förderung des Selbstausdrucks - Aktivierung eigener körperlicher Ressourcen - Selbstexploration 	<ul style="list-style-type: none"> - Kraftübungen - Körperfürsorge (Ernährung, Hygiene) - Raumerkundung, Raum ergreifen - Körper abklopfen - Gesichtsmaske abstreifen



Depressive Erkrankungen		
Eingrenzung, Stimmung	(Be-)Handlungsfokus/-ziel	beispielhafte Interventionen
Selbstwertkrisen/Selbstabwertung	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstwert/-achtung - Sicherstellen, dass sich negative Affekte nicht gegen Selbst richten - Selbstbehauptung/-bestärkung 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesten des (Selbst-)Respekts (Verbeugung vor sich selbst) - Selbst-Berührung (sich umarmen) - Entspannungsübungen - Arbeit an Wut - Übung „Führen und Geführt-werden“, „Stützen und Gestützt-werden“ - Tanz
Negatives Körperbild, Körperbeschwerden	<ul style="list-style-type: none"> - Betonung der gesunden, ausdrucksfähigen Körperteile - Körper als Ressource von Kraft, Energie und Lust 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewusstes Erfahren von Körperfunktionen (Atemfunktion) - Grounding - spielerische Elemente - externe Stimulation - Bodyscan

Angsterkrankungen		
(Be-)Handlungsfokus/-ziel		beispielhafte Interventionen
<u>Stärkung des Körper-Selbst</u>		
<ul style="list-style-type: none"> - Ich-Funktionen stärken - Selbstexploration, Verlässlichkeit des eigenen Stützapparates erfahren - Stärkung des psychophysischen Selbstbewusstseins - Vertrauen in sozialen Verbund stärken 		<ul style="list-style-type: none"> - Grounding-Übungen - Körperliches Ausdauertraining - taktile und visuelle Selbstwahrnehmung vor Spiegel - auf eigenständige Bewältigung der Bedrohung von außen vorbereiten (Selbstverteidigungs- und Schutzgesten einüben) - Fallübungen („Vertrauensfall“)
<u>Konfrontation mit angstauslösenden Situationen</u>		<ul style="list-style-type: none"> - Psychodramatische Re-Inszenierung der Situationen



Persönlichkeitsstörungen		
	(Be-)Handlungsfokus/-ziel	beispielhafte Interventionen
Eingrenzung, Stimmung paranoid, schizoid, schizo-typisch (*siehe auch Schizophrenie)	<ul style="list-style-type: none"> - Regulierung des Nähe-Distanz-verhaltens - Bearbeitung des grundsätzlichen Misstrauens - Körpergrenzbildung fördern - Erleben der eigenen Lebendigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Grounding-Übungen - Erspürende Erfahrungen mit Tüchern (+ Tanz) - Wahrnehmung autonomer Körperrhythmen (Atem) haltgebender, näherer Kontakt - Verballisierung des Erlebten
Borderline (emotional instabile)	<ul style="list-style-type: none"> - Differenzierung der Wahrnehmung steigern - mehr Sicherheit im Umgang mit der Realität - Wiederbeleben verlorener eigener Erlebens - Einüben neuer Körperempfindungen, Körpergrenzen stabilisieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorsichtiger Einsatz von Techniken der Körperarbeit + ständige verbale Rückkopplung bei Körperarbeit! - Klare Handlungsanweisungen - Wahrnehmungsübungen → Augen wandern lassen, fixieren, sich satt setzen - Körper im Raum erfahren - Eigenberührungen der Körperoberfläche
Narzisstisch	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Anerkennung der eigenen Begrenztheit - Überbetonung der oberen Körperhälfte abbauen/ausgleichen - Mobilisierung weicher, bedürftiger Gefühle 	<ul style="list-style-type: none"> - Nonverbales, körperliches Spiegeln - Grounding, Entspannungsübungen - Atemübungen - Biodynamische Massagetechniken - „Fall-Übungen“ - Spielerisch-dramatische Inszenierung des Größenselbst (Siegerrolle spielen), Gesten des Selbstrespekts
vermeidend, abhängig, zwanghaft	(siehe depressive Erkrankungen und Angsterkrankungen)	



Schizophrene Erkrankungen	
(Be-)Handlungsfokus/-ziel	beispielhafte Interventionen
<ul style="list-style-type: none">- Ich-rekonstruktive Maßnahmen → Beziehungsaufnahme zum eigenen Körper → Körper zur Realitätsprüfung und zur Verbindung zur Welt einsetzen- zunächst Stabilität/Standfestigkeit verbessern, dann Vitalität stärken- Körperwahrnehmung fördern (+ Körpergrenzen)- Erfahrungen innerer Kohärenz fördern- ggf. halluzinatorisches Erleben zum Ausdruck bringen	<ul style="list-style-type: none">- Übungen zur Körperwahrnehmung (Körper berühren, abklopfen, im Spiegel betrachten, Puls spüren, Körper mit Decke abdecken)- Erfahren des in der Welt Verankert-Seins (z.B. Grounding)- Atemtechniken- Tänzerische/kreative Darstellung halluzinatorischen Erlebens (+ Betrachtung im Spiegel)- Körperaktivität (Schüttelübungen, Bewegungen nachahmen und verbalisieren)

(angelehnt an Röhricht, 2000, S. 128-132; Künzler, Böttcher & Hartmann, 2010, S. 178-249)

Eidesstaatliche Erklärung zur Masterarbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen. Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen. Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Neubrandenburg, 21.02.2020

Unterschrift