

Dirk Revenstorf

## Körperpsychotherapie und die Integration in der Psychotherapie<sup>1</sup>.

### Einleitung

Wie ist das Verhältnis von Körperpsychotherapie zu einer Integrativen Psychotherapie? Wie kommt es zur Stagnation der sozialrechtlichen Anerkennung der Körperpsychotherapie und der Humanistischen Psychotherapie? Wo doch heute auch in der Richtlinienpsychotherapie (VT, PA, TP) der Körper und Körperbezug zunehmend mehr Beachtung finden und Elemente der Körperpsychotherapie in die Verhaltenstherapie "integriert" werden. Die Körperpsychotherapien haben zwar eine relativ große Verbreitung im stationären Bereich, sind aber vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht anerkannt. Dieses Schicksal teilt sie mit anderen humanistischen Verfahren wie Gestalttherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse u.a. Warum haben es die Körperpsychotherapien trotz einer profunden Theorie und differenzierten Behandlungspraxis schwer, in der offiziellen Psychotherapielandschaft Fuß zu fassen? Wird die Körperpsychotherapie nicht als Einzeltherapie gesehen; wird sie als Gruppentherapie verkannt, weil sie im stationären Bereich und der Ausbildung vor allem als Gruppentherapie stattfinden?

### Tiefe und Breite der Körperpsychotherapie

Wer sich mit Körpertherapie beschäftigt, ist von der Tiefe und der Breite dieses Zugangs zur Person und zur Psychotherapie überzeugt. Es gibt derart viele Gründe für die Einbeziehung des Körpers in Diagnostik und Therapie, d.h. in den Veränderungsprozess eines gestörten oder blockierten Erlebens und Verhaltens, von philosophischen (Petzold, 2006) bis zu neurobiologischen Argumenten (Damasio, 1997), dass der Verzicht auf dieses Medium blind, ja unsinnig, geradezu unverantwortlich gegenüber dem Wohlergehen des Patienten und im Sinne einer kompetenten Berufsausübung ist. Sei es in der Behandlung des Individuums, der Paarbeziehung oder in der Gruppentherapie. Hier einige der Gründe für Einbeziehung des Körpers:

---

<sup>1</sup> Meinem Mitarbeiter Dipl. Psych Heinrich Merkt möchte ich ganz herzlich für die sorgfältige Lektüre und die zahlreichen Anregungen danken.

- (1) So banal es klingen mag, muss immer wieder ins Bewusstsein gerufen werden: alle *Erfahrung* und alles *Verhalten* ebenso wie die zum großen Teil unbewusste Regulation der somatischen, psychosomatischen und psychischen Prozesse des Erlebens werden durch den Körper vermittelt. D.h. ich bin im Körper und ohne ihn zunächst kaum vorstellbar.
- (2) Auch das *Gedächtnis* ist, abgesehen vom rein semantischen Wissensspeicher, zu großen Teilen, d.h. in seinen episodischen, prozeduralen und autobiografischen Komponenten, durch somatische Erfahrungen geprägt.
- (3) Sämtliche *Emotionen* manifestieren sich im Körper: seien es Tränen der Trauer, die Anspannung der Erregung in der Wut oder die Blockade der Ohnmacht, seien es Herzrasen und Atembeklemmung in der Angst, die Aufrichtung im Stolz, seien es die muskulären wie vegetativen Veränderungen bei der Aggression, Freude oder anderen Gefühlen.
- (4) Wahrnehmung und Befindlichkeit beruhen auf dem körperlichen Prozess der *Sinnesreizung*: externer wie interozeptiver, d.h. muskulärer und viszeraler Stimulation.
- (5) Das Konzept des *Ich* oder Selbst entsteht durch körperliche Repräsentation (Körperselbst).

Allerdings gibt es womöglich einen größeren Raum in dem Ich/Selbst und Körper getrennt sein können, insofern das Gefühl der Ichhaftigkeit (oder Meinigkeit, Urheberschaft, Jetzigkeit) auch außerhalb des Körpers erlebt werden kann – etwa bei den out-of-body-experiences oder im Traum (Metzinger 2009). Aber für die allermeiste Zeit des Alltagsbewusstseins erleben wir uns im Körper.

- (6) Im Körper spüren wir die *Energie* oder deren *Blockade*, die jede Art von Erfahrung und Handlungsvollzug bestimmen.
- (7) In der achtsamen Betrachtung der körperlichen Empfindungen wie im Hakomi und im Fokussing kommen wir Bedürfnissen auf die Spur, die sich der diskursiven Erforschung entziehen, da sie *präverbal* sind oder im *status nascendi* gleich wieder untergehen.
- (8) In Haltung und Bewegung des Körpers spüren wir Impulse und deren *Abwehr* durch den Muskelapparat wie den Impuls zum Wegrennen oder das Ballen der Faust oder das Zusammenbeißen der Zähne.
- (9) Zur Gewohnheit gewordene Haltungen sind erkennbar in der Körperstruktur verfestigt und ermöglichen die Diagnostik von Abwehr und *Entwicklungsdefizit*. Ja im gewissen Sinn ist der Körper in seiner Haltung und Bewegung die Kristallisation der Biografie.
- (10) Im körperlichen Ausdruck lassen sich zwischen Menschen Dinge vermitteln, die „ungelogen“ bleiben und bei den betroffenen Partnern Momente der *Wahrhaftigkeit* ermöglichen.

- (11) Der Übergang von psychischen Problemen in *somatoforme* und *psychosomatische* Symptome macht deutlich, dass der Ausdruck des Leidens in manchen Fällen am Ende wieder an den Körper zurückgegeben wird.

Soweit einige Aspekte der Tiefe, die mit der Betrachtung des Körpers gewonnen werden kann. Was die Breite anbelangt kommt das gesamte Repertoire der körper-orientierten Therapieformen zur Geltung: Berührung, Massage, Feldenkrais, funktionelle Entspannung, Atemtherapien, Tanztherapie, Bewegungstherapie, Bioenergetik, Biosynthese, Hakomi, Focusing, Gestalttherapie, Psychodrama, Aufstellungen - um nur einige Methoden zu nennen, die am Körper ansetzen.

Bei dieser Fülle und Komplexität stellt sich die Frage, ob Körperpsychotherapie einer Integration mit anderen Ansätzen bedarf oder sie nicht selbst schon eine integrierte Therapieform darstellt.

Marlock und Weiss (2006) ordnen die verschiedenen Körperpsychotherapien als Lernen durch emotionale Erfahrung in vier Polaritäten:

Körper-Energie mobilisieren	Körper-Wissen mobilisieren
Körper funktionell entfalten	Psychodynamik verstehen
Nonverbales beobachten	Körperausdruck dialogisch explizieren
Hier & Jetzt körperlich erleben	regressiv körperlich formative Erfahrung in erleben

So gesehen scheint in den Körpertherapien fast alles enthalten zu sein, was zur der Behandlung psychischer und psychosomatischer Probleme und der Entwicklung des Individuums und seiner Beziehungen relevant ist: Energie, Erinnerung, Konflikt, Entfaltung, Biografie, momentanes Erleben; und dies alles wird auf verbaler, expliziter Ebene wie auf nonverbaler und eben auch präverbaler Ebene zugänglich. Was eher fehlt, ist eine Integration der einzelnen körperpsychotherapeutischen und auch der körper-therapeutischen Ansätze selbst, wofür vielleicht Petzolds Ausdruck der Leibtherapie ein geeignetes begriffliches Dach bietet.

Es nimmt bei diesem vielfältigen Angebot gar nicht Wunder, dass vornehmlich verbal orientierte Therapieformen wie Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapien und kognitive Verhaltenstherapie - wenn die Grenzen der diskursiven Bearbeitung von Störungen deutliche geworden sind - zunehmendes Interesse zeigen, körperliche Zugänge zu Übertragung, Emotionalität, Abwehrmustern und unbewussten Inhalten suchen. Die Integrationsfrage stellt sich also doppelt: sollten körperpsychotherapeutische Methoden adjuvant in andere Therapieformen integriert werden – so wie sich die Hypnose als Beschleuniger anderer Therapieformen, etwa der

Verhaltenstherapie in manchen Fällen als effektiv erwiesen hat (s. Kirsch et al. 1995, 1996, Schoenberger 2000, s. Revenstorf 2003)? Oder sollte eine „Allgemeine Körperpsychotherapie“ – sofern sie zustande käme – Elemente anderer Therapieformen integrieren?

Eine Schwierigkeit der einen oder anderen Form von Integration ist das Dilemma von zu geringer und zu großer Offenheit, von dogmatischer Enge und wahlloser Weite. Die Probleme zu großer Offenheit zeigen sich an der Art wie Verhaltenstherapie körpertherapeutische und andere Techniken in eher anhäufender Form ohne theoretische Einbettung benutzt, d.h. ohne psychodynamisches Verständnis des Veränderungsprozesses und ohne humanistische Grundhaltung. Körperpsychotherapie sozusagen als Maßnahme zur Belebung der Therapiestunde und nicht zum Verständnis des inneren Prozesses. Das soll im Folgenden verdeutlicht werden.

### Der Irrtum der Anhäufung: der verhaltenstherapeutische Integrationsversuch

Keine Psychotherapieform hat es geschafft, sich so gut im Versorgungssystem zu etablieren, wie die Verhaltenstherapie. Und das vermutlich, weil sie sich seinerzeit in einer weitgehend spekulativ orientierten Therapielandschaft als wissenschaftlicher Kontrapunkt positionieren konnte. Dabei hat sie mehr und mehr Elemente aus anderen Therapieformen usurpiert. Aber ist das eine gelungene Integration? Für einige Autoren wie Peter Fiedler hat sie trotz allem oder gerade deshalb eine geradezu erotische Ausstrahlung, die zu ergebener Treue verführt (siehe sein Buch: *Verhaltenstherapie - mon amour*, Fiedler 2009). Die meisten Praktiker dagegen gehen notorisch fremd. Für sie hat die Verhaltenstherapie in Reinform viel von ihrer Anziehungskraft verloren – so hat sie mancher Therapeut ein wenig aufgepeppt mit Anleihen aus Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Hypnose, Psychodrama oder anderem.

Die Verhaltenstherapie hatte sich aufgrund ihrer intensiven Forschungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der allgemeinspsychologischen Grundlagen wie auf dem der Wirksamkeit bereits in ihrer Anfangszeit ein nicht unbeträchtliches Ansehen verschafft. Besonders in akademischen Kreisen war sie wegen ihrer Transparenz und Zuverlässigkeit beliebt, was zu einer Flut von Abhandlungen über ihre Verlässlichkeit (Wirksamkeit) und ihre unkomplizierte Handhabung (Manualisierbarkeit) führte. Es lagen bald unzählige Handbücher über ihre Einsatzmöglichkeiten vor, die den Eindruck erweckten, mit diesem Verfahren könne jeder umgehen. Das alles kann man von den körperpsychotherapeutischen Verfahren nicht sagen. Die Theorie ist komplex und

zum Teil durch uneinheitliche Sprachregelungen schwer verständlich, die manchmal an Obskurantismus grenzen. Das therapeutische Vorgehen ist prozessorientiert und schwierig zu handhaben, kaum manualisierbar weil bottom-up und nicht top-down organisiert und die Methoden sind weitgehend bar jeder Wirksamkeitsforschung (Arbeiten wie die von Kaschke (2010), Komeda et al. (2006) und Spitale (2008) et al. sind selten).

In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde eine gewisse Begrenztheit der Verhaltenstherapie mit ihrem traditionellen Repertoire von operanter und klassischer Konditionierung zunehmend deutlicher. Da entdeckte sie rechtzeitig vor der Entlarvung ihres schlichten Gemüts im Schwung der kognitiven Wende ihre geistigen Qualitäten, denn es ist nicht zu leugnen: der Mensch denkt (Miller, Galanter & Pribram 1973). Aber auch die kognitiven Methoden blieben überschaubar und konnten gut systematisiert werden: Beck's Überprüfung von neurotischen Annahmen im Alltag, Ellis' sophistische Dekonstruktion irrationaler Glaubenssätze, Meichenbaum's Technik der Selbstinstruktion. Man hätte von da an eigentlich auch von kognitiver Therapie sprechen können; aber man entschied sich für *kognitive Verhaltenstherapie* – das Gütesiegel des vollständig operationalisierbaren Verhaltens schien unentbehrlich. Kurze Zeit darauf besann sich die Verhaltenstherapie auf die Bedeutung der Gefühle. Denn wenn man den Menschen berühren will, dann muss man Gefühle in ihm wecken. Wie wichtig dieser Aspekt ist, bestätigen die Neurobiologen wie Antonio Damasio (2000) in Ergänzung zu Descartes („Ich fühle also bin ich“) und sprechen von embodiment und somatischen Markern (Storch et.al 2006); es zeigt sich an der Sprossung von Synapsen, dass nur Spuren hinterlässt, was einen emotional erregt (Spitzer, 2002).

Nicht dass Verhaltenstherapeuten nicht seit jeher die Gefühle der Patienten beachtet hätten. Etwa die Angstbehandlung befasst sich ja explizit mit einem Gefühl und Serge Sulz (2006) beschreibt den verhaltenstherapeutischen Umgang mit der Gefühl wie folgt: Der Patient, der z.B. Angst davor hat, seiner Frau energisch entgegen zutreten, wird davon überzeugt, dass es sich bei seiner Schüchternheit um ein aus der Kindheit stammendes affektmotorisches Schema handelt, das veraltet ist. Daher wird ein neues eher konfrontatives Verhalten im Rollenspiel eingeübt, mit dem der Patient anschließend seine Frau überrascht – um festzustellen, dass sie wider Erwarten positiv reagiert. Diese Erfahrung kann der Patient nicht mehr in das veraltete Schema assimilieren; so muss er zwangsläufig akkommodieren und ist kuriert. Dabei wird etwas körperlich erfahrbar gemacht. Stimmt. Aber kann man in diesem Fall schon von Körperpsychotherapie sprechen?

Nein, kann man nicht. Denn das Verfahren bleibt im wesentlichen top-down. Die meisten Körpertherapeuten dagegen würden den Veränderungsprozess bottom-up einleiten: den Körper z.B. als Wissensspeicher nutzen und das phobische Erleben fokussieren, um das episodische Gedächtnis zu aktivieren und formative Situationen erneut erfahren zu lassen. Oder sie würden vielleicht die Abwehr des Durchsetzungsimpulses als muskuläre Blockade (unter anderem in der Atmung) spürbar machen und den Patienten dabei unterstützen, die Blockade vorübergehend aufzuheben, sodass er den Durchsetzungsimpuls deutlicher empfinden kann. Der Veränderungsprozess beginnt bei den unterschiedlichsten Arten der Körperpsychotherapie mit der körperlichen Erfahrung des Symptoms. Es werden die körperlichen Spuren der Selbstbegrenzung verdeutlicht, die damit verbundenen psychodynamischen Hintergründe erforscht und es wird die Entfaltung des Erlebens durch die emotionalen Ressourcen gefördert.

Seit der emotionalen Wende sind also auch Verhaltenstherapeuten bemüht, Therapie emotional beteiligt erfahren zu lassen, indem sie auf die somatischen Marker achten, die präverbal die Verfassung des Patienten signalisieren – allerdings ohne eine tiefenpsychologische Theorie der Abwehr und ohne unbewusste Anteile zu berücksichtigen. Man hätte sie von da an auch *kognitiv-emotionale Verhaltenstherapie* nennen können; doch das hätte einen krückerhaften Eindruck erweckt. Gewissermaßen im hohen Alter, wo vielleicht ihre baldiges Ableben zu befürchten gewesen wäre, entdeckte die Verhaltenstherapie mit der Achtsamkeit die Spiritualität. Man hätte sie jetzt *kognitiv-emotional-spirituelle Verhaltenstherapie* nennen können, genau genommen *kognitiv-emotional-spirituell-systemische Verhaltenstherapie*, denn in ihrem langen Reifungsprozess ist ihr auch die Bedeutung des familiären Kontextes nicht entgangen (Hand, 2008).

Es übersahen manche Schulvertreter die Begrenztheit genuin verhaltenstherapeutischer Konzepte nicht und so sieht sich Peter Fiedler (2009, S. 97) bemüßigt, „inneres Verhalten“ zu konstatieren womit ein bisschen Seele eingefangen werden soll. Nun klingt das ja flexibel: Fehler erkannt, Gefahr gebannt! Durch welche Denkfigur könnte es denn vielleicht sogar gelingen, etwa die Sinnfrage, die Identität, das Ich oder Bewusstsein und Schicksal mit ins Menu zu nehmen? Vielleicht wird auch das Sterben noch in den Katalog dysfunktionaler Verhaltensmuster aufgenommen und es kommt zu einer Manualisierung des tibetischen Totenbuchs.

Nüchtern betrachtet kann diese Gargantua-Strategie von Integration nicht überzeugen. So tritt die Verhaltenstherapie, bereits aus allen Nähten geplatzt, seit längerem ohne passendes theoretisches

Gewand ans Rednerpult, mit glanzlosen Dubletten geschmückt<sup>2</sup>; und der Zeitgenosse fragt sich, was ein derart aufgeblähtes Verfahren konzeptuell noch hergibt – so ganz im Widerspruch zu Ockam's Rasiermesser: das Denken von den Sophisten geborgt, die biografische Analyse von den Tiefenpsychologen und die Beziehungsgestaltung von den Gesprächtherapeuten; für ein bisschen Hermeneutik den Phänomenologen in die Tasche gegriffen und für die systemischen Aspekte den Familientherapeuten; die Schematherapie aus der Transaktionsanalyse entliehen, die Emotionalität von der Gestalttherapie und der Körperpsychotherapie, die Entspannung von der Hypnose, die Achtsamkeit vom Buddhismus entlehnt. Reduziert Psychotherapie ihre Legitimation auf die Formel: was nützt, nützt?

### Die offene Gesellschaft und ihre Feinde.

Erfreulich ist ja die Aufgeschlossenheit Neuem gegenüber, die Bereitschaft sich mit Andersartigem auseinanderzusetzen, wie sie manche Verhaltenstherapeuten und manche Psychoanalytiker demonstrieren. Keine Berührungsängste. Poppers (1945) offene Gesellschaft. In dieser Hinsicht ist Iver Hand's mutiges Buch (2008) bemerkenswert: das Werk eines Autors, der nicht aus der mageren Konkursmasse einer veralteten Verhaltenstheorie durch Anhäufung ein neues therapeutisches Repertoire zu zaubern versucht, sondern induktiv anhand missglückter und erfolgreicher Behandlungen vorführt, welcher therapeutischen Geschicklichkeit es bedarf, den verschlungenen Pfaden der Psyche gerecht zu werden. Psychodynamik wird dabei zur entscheidenden Ebene der therapeutischen Auseinandersetzung. Es dürfen unbewusste (vom Patienten ungewusste) Intentionen und Zusammenhänge angenommen werden. Intrapsychische Funktion (S. 70) und appellative Deutung (S. 249) der Symptome werden heuristisch verwendet (S. 84, 161). Etwa: „Wollen die versagenden Beine auf etwas hinweisen, was das Herz noch nicht wahrnehmen will?“ (S. 147). Ebenso wird die Funktionalität (S. 70) des Symptoms erkannt - dass etwa das Symptom die Beziehung zusammenhält (S. 199). Oder der Patient kommuniziert durch seine Arbeitsverweigerung der Mutter verschlüsselt, dass sie zu viel arbeitet (S. 202). Die Bedeutung der frühen sozialen Erfahrungen (S. 101) wird betont. Auch kommt es darauf an, dass die Beziehung zum Patienten emotionalisiert wird.

Der Autor räumt ein, dass das Gesagte nicht das Gemeinte sei und das Gemeinte nicht unbedingt

---

<sup>2</sup> Man lese Steffen Fliegels Schmuckkästchen *Therapeutische Schätze I und II*.

gesagt werden muss (S. 265). Der Therapeut wird angehalten, sich zu verstellen, um dem Patienten in seinem Wertesystem entgegenzukommen (Chamäleonprinzip, S. 60). Er ist autorisiert, die Transparenz zum Wohle des Patienten aufzugeben (S. 79), denn es kann auch sehr erfolgreich mit verheimlichter Zielsetzung gearbeitet werden (S. 91). Das Judo-Prinzip wird eingesetzt (S. 109, 188), also etwa mit einer trichotillomanen Patientin die Haare zu sammeln, um den Hautarzt zu überzeugen (S.246). Der paradoxen Kommunikation des Therapeuten wird ein Ehrenplatz eingeräumt, wenn es darum geht, einem Rückfall durch Pessimismus vorzubeugen (S. 205, 247). Auch wird in Rechnung gestellt, dass ein Symptom nur die Eintrittskarte sein kann, um ein anderes Problem zu thematisieren (S. 248).

Der Therapeut muss auf Beziehungsfallen achten (S. 62). Es sollte reflektorische Opposition sensu Haley und Selvini Palazzoli (S. 67) und das Prinzip der illusorischen Alternativen von Erickson (S. 67, 110) berücksichtigt werden. Die systemische Diagnostik wird als nützlich erachtet: verstrickte und entkoppelte Familien, Triangulierung, Koalitionen ebenso wie die Berücksichtigung der Kollusion mit dem Partner auf der Symptomebene nach Willi (S. 76, 152). Es wird differenziert darauf hingewiesen, wann trojanische Pferde mit Kommunikationssprengstoff in die Familie eingebracht werden dürfen und wann sie destruktiv wirken (S. 107). Viele der Fallbeschreibungen muten an wie eine psychodynamische Kurzzeittherapie. Man hat das Gefühl, dass hier eine offene Therapie-Gesellschaft stattfindet und dadurch der Komplexität des Menschlichen Gerechtigkeit geschieht.

Der Autor kommt zu dem Schluss: Die Psychotherapie kommt nicht ohne Berücksichtigung der vielfältigen intrapsychischen und interaktionellen Funktionen des Symptoms aus<sup>3</sup>. Es müssen Entscheidungen auf der Metaebene getroffen werden: ob bei einem Patienten die Symptomebenen von Depression und Zwang und der unbewusste Konflikt aus der Vergangenheit, die familiäre Kollusion der Gegenwart und strukturelle Komponenten der Persönlichkeit parallel oder hierarchisiert zu bearbeiten sind. Es mutet an wie eine Evolution; mit Ken Wilber (1996) gesprochen: Nach einem langen Weg von der Magie hypnotischer Suggestion über den Mythos des Ödipus und die Rationalität der kognitiven Therapie ist die Verhaltenstherapie bei einem intuitiv geleiteten Pluralismus angelangt. Nur erscheint dann Verhaltenstherapie als Mantelbegriff überstrapaziert. Denn was ist daran noch das spezifisch

---

<sup>3</sup> Es wird sogar die klassische Verhaltenstherapie auf der Symptomebene einer Butterphobie für kontraindiziert gehalten, da sich dahinter ein Familienkonflikt verbirgt (Hand, S. 253). Denn das vorgetragene Symptom ist oft sekundär zum dahinter liegenden Konflikt, ja selbst der Symptomträger hat nicht notwendigerweise die Hauptstörung in der Familie.



### Verhaltenstherapeutische?

Wenn eine Therapieform Offenheit anstrebt, steigert das ihre Überlebenschance. Aus Hands Darstellung eines kompetenten therapeutischen Vorgehens wird einerseits deutlich: Manche dieser Vorgehensweisen werden, obwohl dringend indiziert, innerhalb eines bestehenden Richtlinienverfahrens nicht mehr abzurechnen sein. Das spricht dafür, die Richtlinien zu revidieren<sup>4</sup>. Andererseits wird ein einheitlicher theoretischer Rahmen (z.B. „Lerntheorie“) aufgegeben. Dafür wurde eine Herleitung aus den Grundlagenwissenschaften der allgemeinen Psychologie und der Neurobiologie, wie es Grawe (2004) schon vorschwebte, oder eine empirische Abstützung durch Wirksamkeitsforschung („evidenced based medicine“) als neue Legitimation inthronisiert. Reicht das aus? Wenn es um eine Neuvermessung *der Psychotherapie* ginge, dann ist das eine tatsächlich längst überfällige Reformation, nur wäre ein solches Anliegen kein verhaltenstherapeutisches oder körperpsychotherapeutisches sondern eines der gesamten Zunft und traditionelle Namen wie Verhaltenstherapie, Körperpsychotherapie oder Gestalttherapie, Familientherapie, Tiefenpsychologische Therapie oder Psychoanalyse hätten ausgedient.

Es wäre so etwas wie die offene Therapie-Gesellschaft in Sicht. Die Feinde der offenen Gesellschaft sind die Dogmen, mit der Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Humanistische Psychologie, Systemische Ansätze vorgetragen werden. Interessant sind hier die drei Hauptkritikpunkte, die an der Popper'schen offenen Gesellschaft geübt wurden:

#### *a) Die Schwierigkeit einen Minimalkonsens zu finden.*

Wenn also die Körperpsychotherapien untereinander eine offene Gesellschaft bilden würden, ist dies das erste Problem, mit dem sie zu kämpfen hätten. Ob und in welcher Form sollen sich die körperorientierten Therapieformen z.B. einer Evidenz-basierten Therapie nähern ohne das prozess-orientierte Vorgehen zu verlieren? Welche theoretischen Annahmen aus den zahlreichen Denkgebäuden der Körperpsychotherapien sind unabdingbar?

#### *b) Die Immunschwäche des Liberalismus gegen eindringende Parasiten*

Ein anderes Problem besteht darin, welche Methoden als fundiert einbezogen werden sollen und wie die Abgrenzung gegen esoterische Strömungen bewerkstelligt wird, die ohne ausreichende theoretische Absicherung oder sonstige Belege der Glaubwürdigkeit dastehen. Ohne eine solche Abgrenzung würde eine Therapie zum Tummelplatz selbsternannter Gurus und zum Sammelsurium von unüberprüften Methoden mit wohlklingenden Namen.

#### *c) Mangel einer ideologischne Heimat*

---

<sup>4</sup> um Paar- und Familientherapie ebenso wie Präventivmaßnahmen abrechenbar zu machen.

Am schwersten wiegt vielleicht, dass die Feinde der offenen Gesellschaft, die geschlossenen Ideologien, ihr meist eine Utopie voraus haben<sup>5</sup>, eine tragende Idee, die der Menschheit gut täte und in der man sich emotional geborgen fühlen kann.

Als tragende Idee einer umfassenden Psychotherapie sind die Kategoriensysteme der eklektischen Psychotherapie nicht interessant. Auch allgemeine Prinzipien wie von Grawe (1998) vorgeschlagen, sind nicht wirklich aufregend: Beziehungsgestaltung, Motivationsförderung, aktive Unterstützung, Ressourcenaktivierung, Problembewusstsein u.a. sind ohne Frage relevante Aspekte im Therapieprozess. Sie sind zugleich Etiketten, die auf entsprechende Interventionen zutreffen, die sich in fast jeder Psychotherapieform vorfinden. Man könnte diese Aspekte als kleinsten gemeinsamen Nenner definieren, den ein Therapeut realisieren können sollte. Aber abgesehen von der Allgemeingültigkeit und einer relativen Trivialität bieten solche Konzepte keine Identität stiftende Heimat für Therapeuten, in der man sich geborgen fühlen könnte.

Dafür kommen eher Kandidaten wie *Lebendigkeit*, *Sinnerfüllung*, *Ganzheit*, *Transzendenz*, *Wachstum* infrage, mit denen der Therapeut eine Mission verbinden kann und nicht nur eine Technologie. Therapeutische Manuale, Handlungsanleitungen und Leitlinien mögen korrekt sein und ihre Anwendung verantwortungsbewusst. Aber ihre routinemäßige Durchführung macht den Therapeuten zum Technokraten. Damit würde etwas Wesentliches verloren gehen. Weil sie nicht lebendig anmuten und deshalb den Therapeuten nicht nähren und begeistern, sondern ihn erschöpfen, lassen sie langfristig die Befürchtung des Therapeuten-burnouts aufkommen.

Wie Wampold (2001) in den wohl umfangreichsten Metaanalysen psychotherapeutischer Wirksamkeitsforschung gezeigt hat, ist neben der therapeutischen Beziehung die *Authentizität* des Therapeuten die wichtigste Komponente der Wirksamkeit. Das heißt, nur wenn der Therapeut überzeugt von seinem Tun ist, ist er überzeugend; und wenn er überzeugend ist, löst er beim Patienten die nötigen Selbstheilungsmechanismen aus, die dem Therapieprozess die nötige interne Unterstützung geben. Für *Wachstum* oder *Lebendigkeit* kann er sich vermutlich eher begeistern und überzeugender auftreten als für ein Manual – außer er ist fasziniert von seinem Manual – was ja für Anfänger zutrifft und ihnen zu bemerkenswerter Wirksamkeit verhilft (Schulte XX). Außerdem geht es dem Therapeuten selbst dabei gut, wenn er das Gefühl hat, Sinnerfüllung oder ganzheitliches Erleben zu vermitteln.

---

<sup>5</sup> Die Verhaltenstherapie scheint ohne eine solche auszukommen, wenn man mal von Skinners Walden II absieht.

## Diskussion

Theorielose Kombination von Therapietechniken hat es immer schon gegeben und auch Versuche, ein solches Vorgehen zu systematisieren. Es gab in der Psychotherapie immer Vertreter einer eklektischen Haltung. Sei es pragmatisch am Nutzen orientiert wie Lazarus (1976) multimodaler Ansatz oder theoretisch unter Einbeziehung relevanter Erkenntnisse aus der Allgemeinen und der Sozialpsychologie (etwa Beutler: *repressor-sensitizer*, oder *compliant-defiant* u.a). Daraus resultiert nur schwer eine authentische Haltung des Therapeuten. Dem tut nämlich eine theoretische, praxeologische und ideelle Heimat gut und sie darf einen Namen haben, mit der er sich identifizieren kann. Andernfalls fehlte ihm die Kohärenz. Und diese ist sowohl salutogen für das Wohl des Therapeuten wie auch für seine Glaubwürdigkeit gegenüber dem Patienten förderlich. Doch aus Gründen der Entwicklungsfähigkeit darf an den Methoden und Theorien nicht dogmatisch festgehalten werden, sondern im Prinzip muss Offenheit gegenüber einer Revision der Vorgehensweisen und Hypothesen bestehen. Als Basis für die Revision bietet sich das auf Popper (1938) zurück gehende Falsifikationsprinzip an. Die Nullhypothese der Wirkungslosigkeit kann verworfen werden, wenn die empirischen Daten dagegen sprechen und die Methode kann vorläufig beibehalten werden, bis eine Revision bessere Wirksamkeit zeitigt. Die Frage ist allerdings ob in Zukunft am RCT-Paradigma<sup>6</sup> unter den künstlichen Bedingungen der monosymptomatischen Stichproben, des manualisierten Vorgehens und der Randomisierung festgehalten werden muss. Oder ob nicht klinische Studien im naturalistischen Kontext mehr Gewicht erhalten, die in „natürlicher“ Praxis- oder Klinik-Umgebung, mit komorbiden Patienten und unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz durchgeführt werden (siehe Tschuschke 2008, Revenstorf 2005). Denn Verblindung der Patienten und Therapeuten ist in der Psychotherapie nicht möglich und randomisierte Zuweisung der Patienten zu einer nicht präferierten Behandlung häufig ethisch nicht vertretbar. So erwarten die Körperpsychotherapien mehrfache Herausforderungen: einerseits ihre theoretische und praxeologische Koordination und andererseits die Aufgabe den Anschluss an eine evidenzbasierte Psychotherapie ohne inhaltliche Komplexität und wissenschaftstheoretische Position der Prozessorientierung aufzugeben.

---

<sup>6</sup> Randomized Control Trial

## Literatur

- Damasio, A. (1997) *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*, München: dtv.
- Fiedler, P. (2010). *Verhaltenstherapie – mon amour. Mythos, Fiktion, Wirklichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Fliegel, S. *Psychotherapeutische Schätze I und II*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Grawe, K. (1998) *Psychologische Therapie*: Hogrefe-Verlag.
- Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie*. Hogrefe-Verlag.
- Hand, I. (2008). *Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie. Eine praxisbezogene Systematik in ihren historisch-autobiografischen Bezügen*. Wien: Springer.
- Hartmann-Kottek, L. (2011). *Gestalttherapie-heute*. *Psychotherapeutenjournal* 2/2011, 157-165.
- Kaschke, M. (2010) *Untersuchung der Störungsspezifität ambulanter Körperpsychotherapien*. Dissertation Universität Heidelberg.
- Koemeda-Lutz M., Kaschke M., Revenstorf D., Scherrmann T., Weiss H. und Soeder U. (2006). *Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz*. *Psychother Psych Med* 56, 480-487.
- Kirsch I (1996) *Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-reanalysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (3), 517-519.
- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G (1995) *Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 214-220.
- Lazarus, A. (1976) *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Metzinger, Thomas (2009) *Der Ego-Tunnel*. München: Verlag.
- Miller, H., Galanter, G. & Pribram, K. (1973). *Strategien des Handelns*, Stuttgart: Ernst Klett.
- Petzold, H. (2006). *Der informierte Leib*. In Marlock und Weiss (Hrg): *Handbuch der Körpertherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Popper, K. (1934). *Die Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Popper, K. (1945). *Die offene Gesellschaft und ihre Feinde*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Revenstorf, D., (1993). *Psychotherapeutische Verfahren – Band I- IV*; Stuttgart: Kohlhammer.
- Revenstorf D. (2003) *Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie*. Eingereicht beim Beirat Psychotherapie d. Bundesregierung. Universität Tübingen.
- Revenstorf, D (2005) *Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung*. Psychotherapie, München: CIP-Medien.
- Revenstorf, D. (2008) *Buchrezension: Iver Hand: Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie*. Psychotherapie. In Psychotherapie, Bd. 13, Heft 2 © CIP-Medien, München.
- Schoenberger, N. (2000) *Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy*. 154-169.
- Schulte XX
- Spitale, I., Ammann, C, Pundrich, Chr. Lang, D., Komeda, M-, Kaschke, M., Scherrmann Th., Weiss H. und Soeder U. (2008). *Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körpertherapie. Eine Studie zur Praxisevaluation*. *Hypnose: Zeitschr. für Hypnose und Hypnotherapie* 3, 85-98.
- Spitzer, M (2002) *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*.
- Storch M, Cantieni B, Hüther G & Tschacher W (2006). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Huber.
- Sulz S. (2006). *Verhaltenstherapeuten entdecken den Körper*. In Marlock und Weiss (Hrg): *Handbuch der Körpertherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Tschuschke, V. (2002). Mythos, Traum, Wirklichkeit. Hundert Jahre empirische Psychotherapieforschung.

Wampold, BE. (2001) The great Pschotherapy debate. London, Erlbaum.

Wilber, K. (1996). Integrale Psychologie. München: Goldmann.