

Tilman Moser

Für eine Ethik der Berührung

In Favour of Ethics of Physical Touch

Abstract The research paper explores, if and how far it might be necessary for analytical body-psychotherapy to have its own therapeutic ethics. The term "abstinence" is also valid in this case; however, it does not conform to the strict no-touch rule as used in classical psychoanalysis. The realm of options and of what is permitted or even required, can be expanded through physical touch, offered with discipline, guided by training, intuition, and personal experience on the part of the analyst, including examples of interaction between mother or father and child, as found in infant-research.

So-called minor ethical problems of the therapy which lie beneath the level of sexual, aggressive or narcissistic abuse are discussed in detail.

Keywords:

Ethics; Abstinence; Physical touch; Body-psychotherapy.

Es ist angesichts meiner Herkunft von der klassischen Analyse einleuchtend, dass sich meine Vorschläge zu einer Ethik der Berührung in der Körperpsychotherapie in der Auseinandersetzung mit der psychoanalytischen Position herausbilden. Vieles gilt aber sicher auch für andere im weitesten Sinne tiefenpsychologisch orientierte Körpertherapien. Allerdings ist klar, dass in der analytischen Körperpsychotherapie die Beziehung einschließlich ihrer unbewussten Anteile eine zentrale Rolle spielt, und folglich müssen auch alle Formen der Berührung, ja bereits ihr Vorschlag, in enger Anlehnung an Übertragung und Gegenübertragung erfolgen. Das unterscheidet die analytische Körperpsychotherapie von anderen Formen der Arbeit mit dem Körper, wo Handlung und Berührung von vornherein Teil des therapeutischen Settings sind und ohne spezifische Beachtung des Standes der Beziehung angeboten oder verlangt werden. Deshalb glaube ich, dass es einige wesentliche Unterschiede in der Handhabung der Berührung gibt, ohne dass die ethischen Grundpositionen divergieren müssten.

Ich zitiere einen Satz des jungianischen Körpertherapeuten Bob Ware (2000, S. 4), dem ich nur zustimmen kann: „Die erste Pflicht des Therapeuten ist stets, die persönliche Integrität seines Patienten wie auch seiner selbst zu achten, zu schützen und zu fördern.“

Der Hauptverdacht der Psychoanalyse gegen die Körpertherapie ist die angebliche Erotisierung oder Sexualisierung der Beziehung, eingebettet in das Misstrauen, dass hauptsächlich „manipuliert“ werde. Nun ist aber gerade auf diesem Gebiet der „Erotisierung“ durch die Arbeiten einiger Kollegen mancher Stein ist Rollen gekommen. So spricht der Psychoanalytiker Hansjörg Pfann-

schmidt (2001) von einem „spielerischen Erleben von Erotik und Sexualgefühlen im therapeutischen Raum“, auch von einem „Spielraum“, in dem erotische Phantasien in den therapeutischen Beziehungen ihren Platz haben dürfen, und in dem sich beide Partner berührt und ergriffen zeigen können. Aber, ergänzt Bob Ware (2000, S. 3): „Abstinenz ist gewahrt, solange der Therapeut nicht eigene Triebbedürfnisse, sondern die Analyse der Beziehungsinteraktion in Übertragung und Gegenübertragung verfolgt.“ Allerdings spricht sich Pfannschmidt, der selbst eine bioenergetische Ausbildung absolviert hat, heute strikt gegen jede Berührung in der Analyse aus (aufgrund zurückliegender und von ihm nicht mehr handhabbarer Situationen), und weil sie angeblich nur der Abwehr dient und die Arbeit an der Aggression erschwert. Dennoch öffnet seine Argumentation eine Tür zur Berührung, weil sein „erotischer Spielraum“ sich durchaus auch diszipliniert interaktiv (etwa als Bewegung im Raum) und nicht nur als atmosphärischer Phantasieraum vorstellen lässt. Als Argumentationshilfe verweist er auf die Eltern-Kind-Beziehung: „Die erotisch-sexuelle Beziehung ..., die Eltern und Kinder miteinander verbindet, ist ein ähnlicher initiatorischer Erlebnisraum, der über sich hinausweist, denn er stellt die Basis für die Entfaltung erwachsener Sexualität dar“ (1997, S. 208). Eltern und Kinder lassen sich aber in eine Fülle konkreter und zugleich hochsymbolischer Berührungen ein, und es ist nicht einzusehen, dass eine ängstliche Abstinenz sich nur auf das innere Erleben dieses Spielraums beschränken soll.

Korrespondenz: Tilmann Moser, Aumattenweg 3, 79117 Freiburg, Deutschland.

Zusammenfassung

Der Aufsatz untersucht, ob und inwieweit es für die analytische Körperpsychotherapie eine eigene therapeutische Ethik braucht.

Der Begriff der Abstinenz ist auch hier gültig, folgt aber nicht dem strikten Berührungsverbot der klassischen Psychoanalyse. Der Raum des Möglichen, Erlaubten und sogar Gebotenen wird erweitert durch diszipliniert angebotene Berührung, die sich an der Schulung, der Intuition, der Selbsterfahrung des Therapeuten orientiert sowie an den von der Säuglingsforschung herausgestellten Modellszenen der Interaktion zwischen Mutter oder Vater und Kind. Ausführlich werden sogenannte „kleine“ ethische Probleme in der Therapie diskutiert, die unterhalb der Schwelle von sexuellem, aggressivem oder narzisstischem Missbrauch liegen.

Schlüsselwörter:

Ethik; Abstinenz; Berührung; Körperpsychotherapie.

Die Sexualisierung der Beziehung durch den Therapeuten bleibt also einer der Hauptprüfsteine aller therapeutischen Beziehungen, erst recht aber einer, die Berührung mit einschließt. Aber man würde bei einer stark erotisierten Stimmung nur vorsichtig mit Berührung umgehen, um jede Form eines Missverständnisses zu vermeiden. Es ist dann besonders wichtig, dass die Berührung eine symbolische, keine realerotische Bedeutung hat. Dennoch kann es sein, dass gerade eine die Regression begünstigende Berührung zu einer Entzerrung von primären oder frühen und erotischen Bedürfnissen führen würde. Darüber habe ich ausführlicher berichtet in meinem Buch „Berührung auf der Couch“ (2001).

Da ein Vorwurf gegenüber dem Berühren und Handeln in der Therapie der einer Manipulation ist, möchte ich mit diesem Punkt beginnen. Die Autonomie eines Patienten kann aufgrund seiner seelischen Erkrankung tief beschädigt sein, deshalb kommt ihrer Wahrung und Entfaltung eine besondere Bedeutung zu. Allerdings kann zu ihrer späteren Stärkung gerade ein Stück tiefer Abhängigkeit und Regression notwendig sein. Deshalb spreche ich von einer notwendigen Kultur des Fragens, schon bei dem Vorschlag einer Berührung. Ich gebe einige mögliche Beispiele des Fragens: Könnten Sie sich vorstellen, dass ich Sie so oder so berühre? Und während der Berührung: Ist die Berührung noch stimmig? Würden Sie sich trauen, sie zu verändern oder zu beenden? Wie fühlen Sie sich bei der Berührung? Was löst Sie bei Ihnen aus? Welche Ängste oder Konflikte sind angesprochen?

Dazu gehört, dass der Therapeut den Sinn der Berührung erklärt oder sie, während sie stattfindet oder danach, kommentiert und ihre Bedeutung und Intention klarstellt. Selbstverständlich stelle ich hier idealtypische Regeln auf, die nicht in jedem Fall zutreffen.

Zur Kultur des Fragens gehört in einem erweiterten Sinn die Mitbeteiligung des Patienten an der Berührung, ihrer Form und ihrer Dauer. Und gegen Ende der Stunde, besonders wenn ein Patient stark regrediert ist, empfiehlt sich die aktive Gestaltung des Wiederauftauchens auf die Erwachsenenenebene, etwa in Form einer Mitteilung: Wir haben jetzt noch fünf Minuten, wie wollen wir die gestalten? Hilfreich sind auch Bewegungen, die die willkürlichen, die

Bewegungsmuskeln wieder in Betrieb nehmen.

Formen der Selbstbefragung des Therapeuten

Glauben wir, dass in der Berührung schon Heilung liegt, auch ohne dass wir die tieferliegenden Konflikte durchgearbeitet haben? Genießen wir die Abhängigkeit des Patienten und ein Zauberergelübde über das, was wir durch geeignete Berührungen auslösen können? Widerstehen wir vor allem der Versuchung, im Haltgeben auch Ersatzbefriedigungen zu verabreichen, die vom Patienten gelegentlich auch dringlich eingefordert werden?

Haben wir genug Introspektion und wirkliche Abstinenz, um den Patienten mit den starken Affekten, die wir auslösen können, nicht als positiven Stellvertreter zu benutzen? Gisela Worm schreibt in einem Vortrag: „Eigene Kontaktbedürfnisse auf allen Ebenen können in den Grenzen der Behandlungsstunde oft besser gelebt werden als auf freier ‚Wildbahn‘. Oder das Miterleben intensiver Affektvorgänge kann auch zu einem eigenen Lebendigkeitsgefühl verhelfen. Oder die naheliegende Sexualisierung im körperlichen Umgang kann zu den verschiedensten Bestätigungserlebnissen auf dieser Ebene führen“ (unveröffentlicht).

Zur Ethik der Berührung gehört, dass wir ihre Auswirkungen vorher abzuschätzen versuchen; dass wir den Stand der Beziehung prüfen, auch dass wir die Berührung diagnostisch uns selbst plausibel machen können. Es ist zu prüfen, ob der Patient frei ist, auf die Berührung einzugehen oder sie auszuschlagen; ob er aus kollusiver Bereitschaft mitmacht, weil er in symbiotischer Beziehung verharren will oder weil er nicht nein zu sagen wagt; oder weil er keine vorgängigen und eigentlich notwendigen Bedenken und Ängste vorzubringen sich traut. Und schließlich noch einmal das große Thema der Ersatzbefriedigungen durch Berührung. Viele Patienten haben gravierende Berührungsmängel in ihrer frühen Geschichte erlitten. Sie leben oft in der utopischen Hoffnung, geheilt zu werden, wenn nur genügend Nachnahrung stattfindet. Heilung bleibt aus, wenn sich nicht in der Struktur etwas ändert und wenn nicht Bedingungen

geschaffen werden, damit die haltende Hand verinnerlicht werden kann, statt dass sie suchartig gebraucht wird. Ich selbst habe mich vor vielen Jahren in einer Therapie zu einem fast vierjährigen Halten verführen lassen, fast erpresst durch das leidende Klagen der Patientin, ohne zu merken, dass es uns nicht gelang, von der „Mutterzärtlichkeit“ (ich verwende einen von Freud gegen Ferenczi gewendeten Ausdruck) zu einer gefürchteten Vaterübertragung zu kommen. Und es war mir durchaus angenehm, die hübsche Patientin, die mir sympathisch war, in ihrer regelmäßigen Panik, in der sie sich anklammerte, beruhigen zu können. Ich werfe mir sogar vor, nicht rechtzeitig Supervision gesucht zu haben, denn ich war ja lange Zeit stolz auf meinen körperanalytischen Mut. Auch das Aufsuchen von Supervision kann ein ethisches Problem sein, dessen Lösung eine gewisse Überwindung kostet und das Eingeständnis, dass wir in eine unklare und vielleicht ungute Situation geraten sind. Wenn wir aber annehmen, dass die affektiven Verstrickungen, die uns in der Körperpsychotherapie wie in jeder Therapie immer wieder einmal einholen können, nicht nur Ausdruck unserer Inkompetenz sind, sondern auch vom Patienten induzierte Unsicherheiten oder ein erzwungenes Mitagieren auf Grund von Turbulenzen im so genannten „gemeinsamen Unbewussten“, dann ist auch das ethische Problem der Schwelle zur Supervision oder noch besser Intervention leichter zu lösen. Hilfe zu suchen ist keine Schande, zur Ethik der Berührung gehört auch der konstruktive Umgang mit dem eigenen Berührtsein, das manchmal die Form von Verstrickung annehmen kann.

Die ethischen Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie (DGPT)

Zur Sicherheit habe ich noch einmal die Regeln nachgelesen, denen ich mich durch die Mitgliedschaft in der DGPT untergeordnet habe; zumal gerade (Herbst, 2002) ein Mitglied wegen Nicht-Einhaltung der (sexuellen) Abstinenz ausgeschlossen wurde. Zur Ethik der Analyse gehört „ein definierter äußerer Rahmen“; der „Schutz der Würde und Integrität“ des Patienten; die

Erhaltung des professionellen „hohen Niveaus“; die Herstellung und Bewahrung des analytischen Raumes. Dazu kommt das Gebot, dass man „niemals seine Autorität und professionelle Kompetenz missbräuchlich dafür einsetzt, ... Vorteile zu erzielen.“ Und nun kommt ein Punkt, durch den ich mich besonders angesprochen fühle: „Die Diskretions- und Schweigepflicht gilt auch für ... wissenschaftliche Veröffentlichungen ...“ Dies wird nicht näher spezifiziert. Würde man es streng auslegen, dann käme die Forschung zum Erliegen. Ich nehme an, dass hier die Pflicht zur weitestgehenden Anonymisierung gilt und vor allem für das Einholen, auch das wiederholte Einholen der Zustimmung des Patienten. Ich habe mehrere große Fallberichte veröffentlicht und bis vor kurzem keinerlei Probleme damit bekommen. Die Zustimmung zur Publikation habe ich allerdings nie schriftlich verlangt, das hätte ein Klima des Misstrauens geschaffen. Das Durcharbeiten der Manuskripte war ein wertvoller Teil der Therapie, und die Freude und der Stolz, mit der eigenen Therapiebiographie ein Buch zu füllen, hat meistens noch Jahre nach der Beendigung angehalten. Doch in diesem Jahr (2002) verlangte eine Patientin, nachdem sie sich jahrelang an dem Buch und an der vertieften Sicht ihrer Probleme erfreut und mehr als ich die Anonymität verletzt hatte, unter Androhung eines Prozesses sämtliche Analysekosten zurück und wandte sich („narzisstischer Missbrauch“) an die Ethikkommission der DGPT mit der Forderung meines Ausschlusses. Das Verfahren ist derzeit noch nicht abgeschlossen.

Die ethischen Probleme können also an ganz unerwarteten Punkten entstehen, auch wenn man glaubt, sich in einer komplizierten therapeutischen oder wissenschaftlichen Situation korrekt verhalten zu haben.

Die alltäglichen ethischen Probleme

Bin ich arrogant, wenn ich betone, dass die „großen“ ethischen Fragen der Psychotherapie wie narzisstischer oder sexueller Missbrauch (von dieser punktuellen Bedrängnis abgesehen) mich im Ganzen weniger beschäftigt haben als die kleinen? Einmal bin ich für einige Tage in erhebliche Versuchung gekom-

men, als eine charmante ältere Patientin mir anbot, mir ihre große Terrassenwohnung mit wunderschöner Aussicht zu vererben, als Zeichen ihrer Zuneigung und Dankbarkeit. Ich war in ihrem schicksalsschweren Herzen so etwas wie der ideale Sohn geworden, während der reale nichts mehr von ihr wissen wollte. Eine freundschaftliche Intervention brachte mich zurück auf den Boden der standesrechtlichen Gepflogenheiten. Das ihr selbst unbewusste Ziel war, mich sozusagen für immer an sie zu binden.

Und was verstehe ich unter den „kleinen“ ethischen Problemen? Ich wähle Beispiele aus meiner Praxis, die mir aber gar nicht nur individuell zu sein scheinen. Da ich inzwischen von altersentsprechender Gelassenheit mit reizbaren Einschüben bin, kommt es immer wieder mal vor, dass Unmut meine Deutungskunst überfluten will. Unethisch wäre, ihn nur wenig gemildert auf die Patienten loszulassen oder ihn schön verkleidet in die Deutung einfließen zu lassen. Ethisch schon richtiger, aber wenig psychohygienisch wäre, ihn einfach hinunterzuschlucken, mit dem Risiko, dass er im Gemüt oder im Bauch sein Unwesen treibt. Besser, aber eben auch anstrengender wäre, ihn so lange aufzubewahren, bis er einen angemessenen Ausdruck fände; geradezu ideal dürfte es sein, ihm in der Gegenübertragungs-Analyse einen höheren Erkenntnis-Sinn abzugewinnen und diesen in den Prozess einzubringen. Diese therapeutische Anstrengung ist nicht immer ganz leicht, und sie bedarf im ethischen Sinne einer deutlichen Ermutigung durch das Ichideal, das ethisch unterfüttert ist.

Dem analytischen Körpertherapeuten stellen sich noch einmal ganz andere Fragen. Die Berührung, als neue Kunst der Intervention mühsam gelernt, kann manchmal der bequemere Weg sein, um an Trauer und Wut heranzukommen. Das Abwarten hinter der Couch, bis sich die Übertragung klärt, mag anstrengender sein als der haltende Umgang mit der geballten Faust des Patienten. Umgekehrt ist an manchen Tagen das bequeme Verbleiben hinter der Couch schlicht ein Zeichen der Faulheit, obwohl der oder die Patientin in ihrem Elend einen körperlichen Halt bräuchte, um aus einem aktuellen und übertragungsverstärkten Jammermal herauszufinden. Es ist wie beim Um-

Pour une éthique des contacts corporels

Résumé Sachant que j'ai d'abord été formé à l'analyse classique, il est logique que je parte d'une réflexion sur la position psychanalytique pour élaborer des propositions concernant une éthique des contacts physiques en psychothérapie corporelle. Mais nombre d'entre elles sont valides à un niveau plus global pour toutes les thérapies corporelles incluant la notion d'inconscient. Il reste clair qu'en psychothérapie corporelle de type analytique la relation, y compris ses aspects inconscients, joue toujours un rôle central ; toutes les formes de contact physique et même la simple suggestion que ce contact serait possible doivent toujours se dérouler en prenant en compte les rapports de transfert et de contre-transfert. C'est ce qui distingue la psychothérapie corporelle analytique des autres formes de travail sur le corps, dans lesquelles l'acte concret et le toucher sont inclus dès le début dans le setting thérapeutique et sont offerts sans que l'on tienne compte de l'état de la relation. C'est pourquoi je crois que cet aspect n'est pas géré de la même manière selon le courant même si, à la base, les praticiens sont d'accord pour suivre les mêmes principes éthiques. L'inclusion de contacts corporels exige une certaine discipline et de l'expérience ; elle requiert surtout que le thérapeute soit ancré de manière stable dans ce que j'appelle le « corps parental » : il doit être confiant dans ses propres réactions ; il ne doit pas agir par besoin personnel ; il doit respecter la dignité du patient et ne doit jamais le prendre au dépourvu. Il faut en outre qu'il sache quelles réactions sont prévisibles de la part du patient et qu'il prenne soin de s'assurer que ses propres touchers comme les réactions du patient soient verbalisés et discutés.

De nombreux ouvrages ont déjà été publiés sur les formes les plus basiques des abus sexuels, agressifs ou narcissiques, ainsi que sur les problèmes d'ordre éthique et juridique qui y sont associés. C'est pourquoi, dans la seconde partie de l'article, je me centre sur des formes moins claires, plus quotidiennes, de rapports à gérer en tenant compte d'une éthique de la psychothérapie ou de la psychanalyse. Par exemple, la question de savoir que faire lorsqu'une cliente tombe amoureuse de son thérapeute ; au début, elle le fait « dehors », de sorte qu'il puisse ensuite s'agir soit d'une mise en scène, soit de l'expression de nouveaux potentiels existentiels – et souvent d'un mélange complexe de ces deux aspects.

Des questions similaires se posent sur le plan éthique lorsque « dehors », un patient a des comportements nuisibles envers d'autres personnes ou des institutions, ou qu'il se comporte de manière autodestructrice. Notre neutralité bien intentionnée peut alors être mise à dure épreuve et il peut arriver qu'au lieu de dispenser des interprétations, nous nous retrouvions dans l'obligation de lui adresser des avertissements ou même des interdictions, ou encore de le faire hospitaliser en psychiatrie.

L'analyste qui n'a aucune expérience de l'utilisation des contacts corporels tend à considérer ces derniers comme des « attouchements » (y compris les implications sexuelles de ce mot) et à y voir une érotisation ou une sexualisation de la relation thérapeutique. De nombreux patients, et surtout ceux qui ont été élevés dans une atmosphère où le corps n'avait pas sa place, ont également peur des contacts physiques qu'ils imaginent obligatoirement sexuels ; ils sont très surpris lorsqu'ils constatent qu'en fait, ces contacts les ramènent à des phases non résolues de leur enfance.

gang mit Kindern: Man kann ihnen mehr oder weniger Entbehrung zumuten, je nach Laune und Tagesform, oder aber sich aufraffen oder es natürlich finden, ihnen Zuwendung ohne Missbrauch, mit Lust und Freude, aber ohne sexuelle Erregung zukommen zu lassen.

Eine ethische Frage kann sich auch in der Wahl der Strategie verbergen. Folgt man dem anstrengenderen Pfad der Konfrontation und insistiert auf einem schwierigen Thema, oder sagt man sich geruhsam: Das Unbewusste wird's schon an den Tag bringen, wenn es Zeit ist; die Ambivalenz der Geduld ist deutlich zu erkennen.

Wie geht man mit dem Problem um, wenn von Anfang an Störungen in der Sympathie vorhanden sind, oder wenn in manchen Phasen unsere Zuneigung gegen null tendiert und wir die Ebene der Übertragung nicht mehr erkennen? Wie gehen wir mit latentem Streit, diffusum Trotz, abwehrendem, kränken dem Rückzug in die Isolierung um? Wie mit zäher Verachtung, Hohn oder scheinbar aggressionsfreien Symbiosewünschen, hinter denen das destruktive

Verderben zu lauern scheint? Denn: „Aggressives Verhalten (des Therapeuten, T. M.) zerstört den analytischen Prozess“ (DGPT-Richtlinien).

Wann nehme ich Supervision und offenbare eine Verstrickung, obwohl ich selbst als kompetenter Therapeut gelte?

Zwischen ethischer Reaktion und radikaler Gegenübertragungsanalyse

Bei der Diskussion dieses Textes mit der erfahrenen Analytikerin und Körperpsychotherapeutin Gisela Worm stießen wir auf ein interessantes Problem. Während ich schon geneigt war, bei den folgenden Beispielen von einem ethischen Problem zu sprechen, neigte sie dazu, die Ethik zugunsten einer viel weitergehenden Analyse der Gegenübertragung quasi hinauszuschieben und den Begriff der unbewussten Inszenierung zum Gegenstand der Überlegungen zu machen. Vereinfacht gesagt stünden sich Überlegungen zu einem aktiven Eingreifen oder zumindest einer warnenden oder mahnenden Deutung

auf der einen Seite und zur konsequent eingehaltenen Interpretation von Abwehr und Widerstand gegenüber. Die ethische Grundentscheidung wäre hier die einer eindeutigeren wohlwollenden Neutralität, die die Lösung eines Konflikts ganz oder weitgehend in die Verantwortung des Patienten verweist. Mir fiel während der Diskussion die Formulierung ein: Die konsequente Gegenübertragungsanalyse könnte die ethische Deutung von Konflikten aufsaugen. Bei den folgenden Beispielen werde ich so verfahren, dass ich in kursiver Schrift die alternative Verstehensweise wiedergebe. Es ist aber klar, dass es manchmal breite Überlappungen gibt.

Ein Patient, den ich schätze und der wegen seiner Unsicherheit wie seiner Arroganz den Untergebenen gegenüber zu mir kommt, fängt, als der Hochmut und die Panik vor eigenen Schwächen sich zu mildern beginnen, an, seine Freundin zu quälen und zu demütigen. Er wird mir dadurch unsympathisch, ja fast widerwärtig. Ich könnte deutlich abwarten, habe aber den Eindruck, er brauche einen pädagogischen Nasenstüber. Trete ich aus dem analytischen

Gleichmut heraus? Ich habe es getan, weil es Zeichen gab, dass sie an Trennung dachte, was er aber in seinem Hochmut nicht zu bemerken schien. Ich sagte: „Wenn Sie so weitermachen, ist sie bald weg!“ Einem kurzen, hasserfüllten Blick folgten Tränen und die Bitte: „Helfen Sie mir!“ Aber ich hatte vorher die Unentschiedenheit einige Wochen zu tragen.

Meinen Zorn wie meine Befürchtung, was er anrichtet, hätte ich, anstatt ihn zu warnen, verwenden können für eine mögliche Deutung: „Es könnte sein, dass Sie mich die Wut Ihrer Partnerin über die Demütigung spüren lassen, die sie nicht angemessen ausdrücken kann. Sie scheint mir beträchtlich. Ich habe den Eindruck, dass Sie manchmal nicht spüren können, was Sie anrichten.“ Er ist auf diese Weise auf seine inneren Konflikte verwiesen, erschrickt vielleicht, dass ich die Wut spüre; und ich greife aktiv ein mit einer Mahnung. Vielleicht hat er es auch so arrangiert, dass er die Grenzen, die er nicht spürt im Umgang mit der Freundin, von außen gesetzt bekommt.

Eine andere Frage, vor der ich stehe: Ein über siebzigjähriger Patient, der gemächliche Fortschritte mit seiner depressiven Störung macht und das Leben wieder genießt, nimmt für mein Empfinden rücksichtslos und häufig teure medizinische Leistungen in Anspruch, teils aus leicht hypochondrischer Neigung, teils, weil er in seinem Witwerleben die berührende ärztliche Zuwendung genießt. Hier scheint mir die Ethik zu gebieten, sich auf die Seite der Kasse oder der Versicherungsgemeinschaft zu schlagen, ohne ihn doch deutlich zu kritisieren. Ich schätze ihn und bin dennoch wie in Wellen wütend und staune, wie ungehemmt er sich verwöhnen lässt. Nun warte ich, bis sich meine Wut, in die sich ja vielleicht auch Eigenes mischt, schonend verwerten lässt, und bis ich das hinkriege, verbrauche ich beträchtliche ethische Energie.

Ich scheue mich aber, ihn zu berühren, weil ich viel älteren Menschen gegenüber ohnehin körperlich scheu bin und weil ich einen nicht auslotbaren Abgrund von Bedürftigkeit fürchte. Seine Frau lässt kaum noch Berührungen durch ihn zu.

Die Analyse der Gegenübertragung könnte ergeben, dass er zur Manipulation neigt und deshalb bei seiner Frau und mir eine spontane Zurückhaltung

auslöst. Bei den Ärzten kann er Berührung verlangen und in einem klinischen Setting auch bekommen. Die Tendenz zur Manipulation der Nähe käme zustande durch seine Angst, ohne diesen Zwang sich unsympathisch oder gar abstoßend zu fühlen. Dies müsste analysiert werden, ohne sich ethische Probleme zu schaffen: Soll ich oder soll ich nicht berühren und die Befangenheit überwinden.

Ein anderer Fall: Wie viele Telefonate erlaube ich in einer Krisenphase eines Patienten, der schwankt zwischen echter Not und irritierender Anklammerung? Wie verhalte ich mich, wenn ich eine Stunde vergessen oder aus Versehen eine Doppelbelegung vorgenommen habe? Natürlich geht es darum, Wut, Enttäuschung und Trauer auszuhalten und sich entsprechend zu entschuldigen. Aber wenn man eine rasche, angenehme Versöhnungsbereitschaft spürt („ja das kommt vor, das kann ich verstehen“) und ahnt doch, da könnte mehr an abgründigem Erleben im Hintergrund sein? Ich habe gelegentlich dankbar das pflegeleichte Entgegenkommen hingenommen, anstatt tiefer zu bohren und tiefere Traumen zu finden, die durch das verzeihende Lächeln überdeckt waren. Und verzichtet man auf das Honorar für die kommende Stunde, weil man dem Patienten weite Wege und eigene Terminprobleme verursacht hat? Achtet man seine Würde oder kassiert, weil man ja schon an seinen eigenen Schuldgefühlen und der unangenehmen Be tretenheit gelitten hat?

Ein weiteres Problem, vor dem ich stehe: Ein Patient leidet sehr unter einigen offensichtlich realen Charakterzügen seiner Frau. Sie korrespondieren, wen wundert es, mit Zügen seiner Mutter. Es ist ganz leicht, sich mit ihm zu verbünden oder ihn in seinem Leiden zu stützen, das durch sein gesittetes Dulden den Charakter von resigniertem Edelmut bekommt. Wann halte ich es für nötig, dass er die Gattin einmal mitbringt, obwohl er sagt: „Das sollten Sie sich nicht zumuten! Wollen Sie das wirklich?“ Ja, ich will es wirklich, nachdem ich mich überwunden habe, die traute Zweisamkeit mit ihm in ihrer latenten männerbündlerischen Ruhe für ein nicht ausreichendes Setting zu halten und der angeleglichen Furie direkt zu begegnen. Und wie gehe ich mit der Kollegin um, bei der die Gattin gegen ihn seit Jahren Hilfe sucht? Das ethische Problem liegt im

überlegten Überschreiten von Settingsgrenzen auch gegenüber kassenrechtlichen Gegebenheiten und Vorschriften.

Er scheint mich fürsorglich vor ihr zu warnen, befürchtet aber vielleicht auch, dass er mich als eindeutigen Bundesgenossen verlieren könnte. In der niederfrequenten Paartherapie glaubt er massive Parteinahmen gegen sich erlebt zu haben, sodass er gelegentlich innerlich ausstieg und eine Beendigung erwog. Ich möchte mir nun einen Eindruck verschaffen, weil mir sein Leiden manchmal als zu dramatisch erscheinen will. Es hat allerdings durch Deutungen seines Verhaltens schon beträchtliche Fortschritte gegeben. Gisela Worm:

In der Gegenübertragung könnte ich beides spüren: Mitleid mit ihm und Wut auf die Frau, auf der vordersten Ebene. Dann aber die seltsame Mischung aus beiden: Er kann mit seiner Wut nichts Konstruktives anfangen, außer gelegentlichen Durchbrüchen und entwertender Ironie, während sie ganz ungegeniert toben kann. Es wären also genetische Deutungen seiner Konflikte mit Wut und ihrer Verwandlung in Edelmut denkbar. Die ethischen Fragen entstehen aber oft dort, wo mir der Wert der Deutungen als zu unsicher und zu lang erscheint, wo also längst Lebenskatastrophen drohen oder im Gange sind und der langsame Rhythmus der Analyse mir nicht mehr zum Tempo destruktiven Agierens zu passen scheint.

Ein anderes ethisches Problem ist der Umgang mit meiner Neigung zur Ironie, die ich selbst für freundlich und aufbauend zu halten geneigt bin und die doch manchmal unsichtbare Wunden schlug und die ich mit Anstrengung zu bändigen versuche.

Übertragungen und Körperübertragungen des Therapeuten

Noch zwei Patienten, die mich mit „kleinen“ ethischen Problemen beschäftigen: ein ungemein beliebter Patient, den ich schätze, unter anderem weil er sich mit fast wütender Energie in die Aufarbeitung seiner traumatischen Kindheit stürzt (frühe Verlassenheit, Schläge, beißende Ironie von Seiten des Vaters, zwischen Kälte und Verwöhnung wechselnde Beziehung zur Mutter). Ich weiß, dass er nach meiner Diagnostik wie nach meiner Gegen-

übertragung körperlichen Halt bräuchte, und dass er die Beziehung zu mir hinter der Couch erlebt wie eine fast unüberbrückbare Entfernung. Ich habe ihm, neben dem Sitzen, die Hand angeboten, die ihm aber auf der Couch vorkommt wie aus einem unbekanntem Off erscheinend. Seine Leibesfülle, vor der mir ein wenig graust und die er selbst erlebt als eine ihm hassenswert dünkende Monstrosität, erfüllt mich mit einer Mischung aus Mitleid, Schauer und Widerwillen. Ich weiß nicht, wo, außer in seinen Augen, seine Seele sitzt. Das Unförmige macht mich befangen, und mir ist noch bang vor der weitergehenden Berührung. Aber ich weiß als Körperpsychotherapeut, dass er die Berührung braucht, und ich fühle mich verpflichtet, sie ihm zu geben. Ich prüfe meine inneren Bilder, stelle ihn mir vor als Kind oder Jugendlichen, eine Zeit, in der er ein stattlicher Sportler und begehrter Tänzer war und damit tiefe Löcher im Selbst überdecken konnte. Ich weiß, dass er meine „Berührung auf der Couch“ gelesen hat und sich, wenn auch voller Angst, danach sehnt berührt zu werden. Es ist mir ein ethisches Problem, mit meiner Befangenheit umgehen zu lernen und meine gelegentlichen stillen Sarkasmen zu filtern, ohne mich zwingen zu müssen, und sie als Zeichen auch seiner inneren Vorgänge zu nutzen. Mit fallen die Kinderstreiche ein, bei denen wir im Dorf einige bedenkenlos so genannte Fässer erbarmungslos verspottet haben, und ich schäme mich noch jetzt darüber.

Hier war das Votum von Gisela Worm am eindeutigsten: Statt dass ich mir den Kopfzerbrüche über meine Probleme mit der mir notwendig erscheinenden Berührung, möge ich doch Folgendes bedenken und analysieren: Er brauche vielleicht seine Unförmigkeit aus Angst vor Nähe, halte mir die Abwehr geradezu unter die Nase, betone vielleicht sogar selbstbewusst seinen körperlich aktiven Umgang mit dem Problem, und seine Form verlange, vor aller Aufforderung nach Halt, die geduldige Frage nach dem Warum. Zentral sei vielleicht die Angst vor Ablehnung, die er bei mir deponiere und der er aktiv entgegenarbeite, statt sie passiv zu erleiden.

Hier scheint mir die Körperform lediglich als konflikthaft zu deutendes Symptom gesehen, das sich einer Serie von Interpretationen vielleicht „fügen“ würde. Natürlich wäre sein Nähepro-

blem in Zusammenhang mit seiner Beziehung zu mir und mit seiner Lebensgeschichte vielleicht zu verstehen. Aber das Leben als Belebter scheint mir doch auch tief eingegraben, und es ist wohl unsicher, ob das Zauberwort der Beziehungs- und Gegenübertragungsanalyse das von mir angedeutete ethische Problem auflösen würde.

Das andere ethische Problem ist fast gegenläufig: Eine zierliche, charmante Siebzigjährige gibt, aus ihrer Vaterlosigkeit, den Familienwirren, den traumatischen Kriegsjahren und der langen Flucht aus dem Osten heraus, ausreichend Zeichen, dass sie stützende Berührung bräuchte, um sich mit dem erweiterten Container dieses Halts den traumatischen Szenen stellen zu können. Die Berührung wäre mir auch angenehm und sicher vitalisierend für sie und böte einen Raum für vieles verbal noch Unsägliche. Sie wirkt in ihren Weinkrämpfen verloren wie ein Kind, das den Schmerz nicht fassen kann. Aber ich fürchte zu sehr, dass ich sie binden würde mit den Berührungen. Ich wäre vielleicht der Einzige, der sie in ihrem Leben, von den Ärzten abgesehen, noch berührt. Die Sehnsucht quillt aus allen Poren, aber ich nehme mich zusammen, obwohl ich leide unter dieser selbstaufgelegten Form von Abstinenz.

Das alles hat nur wenig zu tun mit der Angst vor Erotisierung, aber sehr wohl mit der Gefahr des Lebensersatzes, den immer wieder ältere Patienten versucht sind zu nehmen, ohne es vielleicht immer zu bemerken. Für das moralische Dilemma gibt es keine eindeutige Lösung, schon gar nicht in den Lehrbüchern. Eine gewisse Schuld scheint nicht zu umgehen zu sein. Worm:

Es wäre zu analysieren, warum die Frau so isoliert lebt, und warum sich Menschen immer wieder von ihr zurückziehen, obwohl sie glaubt, menschenfreundlich und eine ideale Zuhörerin zu sein. Vermutlich würde ich wie die Mitmenschen das darunterliegende Bedürfnis nach Anklammern spüren, und meine Bedenken hätten vermutlich mit der Angst zu tun, sie nicht mehr los zu werden. Dies hat sich allerdings auch ohne Berührung als richtig erwiesen.

Als letztes Fallbeispiel berichte ich von mehreren jungen Frauen, die sich innerhalb des ersten Jahres einer Therapie oder Analyse heftig in einen Mann verliebten, der in Alter und Gestalt mir nicht ganz unähnlich war. Dies ist wohl

den meisten Analytikern vertraut. Aber wie geht man mit dem Phänomen um, das sich zunächst auf vielfältige Weise äußern kann: Entweder man wird mit triumphierender oder auch scheuer Stimme plötzlich damit konfrontiert, oder man erlebt zunächst einige Wochen eine seltsame Ausdünnung der Therapie, bis das Geständnis erfolgt. Je nach Bewusstseinsnähe des Problems ist der Stimmklang schüchtern, herausfordernd, betont beiläufig oder latent schuldbewusst. Zu rasche Deutungen können zu einem trotzigen Aufbäumen führen, zu einem Bild der Missgunst oder der Liebesfeindlichkeit beim Analytiker; ein zu zögerliches Fragen oder Deuten mag zu Verwirrung und Leiden führen, zu einem Stagnieren der Therapie, aber auch zur Bedrohung einer noch bestehenden Partnerschaft oder Ehe, deren Möglichkeiten vielleicht noch gar nicht ausgelotet sind. Natürlich ist abwartende Neutralität unser bekanntes Ideal, aber sie kann schuldhaft werden, wenn wir nicht angemessen deuten, mahnen, ja sogar warnen. Unsere Probe-Identifikationen geraten ins Schwanken: Sie können der Patientin gelten, dem früheren Partner, dem neuen Adonis, dem neuen Leben, der therapeutischen Arbeit. Manchmal spüren wir deutlich die Aussichtslosigkeit, ja das mit Händen zu greifende Agieren; manchmal will es aber auch scheinen, als greife neues Leben nach der Patientin nach längerem Stagnieren ihrer alten Beziehung. Bin ich also deutender Spielverderber oder Begleiter zu neuem Glück, griesgrämiger Pedant oder jemand, für dessen vorsichtige Grenzziehung sie später einmal dankbar sein wird? Die frühen Analytiker waren rasch mit Verboten zur Hand, sei es von Trennung, sei es das Eingehen neuer Beziehungen betreffend, solange die (oft nur wenige Monate währende) Analyse dauerte.

Nach meinem Eindruck führt folgende Konstellation am raschesten zum Agieren: Kindsein war demütigend; also wird auch die sich wieder einstellende regressive Abhängigkeit vom Therapeuten als demütigend oder ängstigend erlebt. Gelegentlich ist die Vermeidung von Abhängigkeit und Regression sogar bewusstes Programm. Und trotzdem wächst, neben dem Misstrauen, die Zuneigung, die sogar im Unbewussten eine große Intensität annehmen kann, weil der Therapeut eine bisher unbekannte

Zuwendung anbietet. Dann drängt diese Liebe zur Realisierung, fordert aber im Gegensatz zur Asymmetrie der Therapie eine gleichrangige Realisierung, wie sie der Patientin nur als sexuelle Beziehung möglich scheint. In einem akuten Fall genoss die Patientin es gerade, dass sie ihrem neuen Geliebten, einem leicht angegrauten Universitätspsychologen, sogar in der Rolle der Anleiterin zur Liebe begegnen konnte, während sie bei mir doch eher verwirrtes und hilfloses Kind gewesen wäre, mit der Unsicherheit, ob sie mein Herz überhaupt erreichen könnte.

Wann und wie greift man ein? Lässt man die Dinge laufen? Arbeitet man eher mit der Gegenübertragung? Etwa mit dem Tenor: „Unsere Beziehung hat sich irgendwie verdünnt“, um vielleicht ein schnippisches „Na klar, ich bin verliebt!“ zu hören. Die Mitglieder meiner kleinen Interventionsgruppe kamen zu völlig verschiedenen spontanen Probeidentifikationen. Oberster ethischer Wert: die fünfzehnjährige Ehe; das konsequente Analysieren als ethische Dimension, auch wenn es vorübergehend als feindselig oder eifersüchtig von der Patientin erlebt wird; die Förderung des Aufbruchs in ein neues Leben als Ethik der Emanzipation oder der Erprobung neuer Lebensmöglichkeiten.

Die vorgeschlagenen Deutungen aus der Gegenübertragung würden ungefähr so lauten: Die Abwehr gegen die wachsende Nähe und Zuneigung führt in eine Stausituation, in der ein anderes Objekt geradezu gesucht wird. Vermutlich wird Dominanz gebraucht, weil Abhängigkeit zu demütigend ist und ich als reale Person, mit der man auf gleicher Ebene umgeht, nicht zur Verfügung stehe. Es würde dann verständlich, warum die neue Liebschaft zugleich als Triumph und mit Schuldgefühlen erlebt wird.

Ich bin mit den Deutungen ganz einverstanden, aber der Strom des neuen Lebens fließt schnell und droht sowohl in der alten Ehe wie in der neuen Bindung Fakten zu schaffen, die gravierend sein können und unübersichtlich in ihren Folgen. Die Patientinnen können vorübergehend nicht mit einem bewusstseinsklaren Selbst reagieren. Deshalb stellt sich mir manchmal bei allem Respekt vor dem allmählichen Verstehen das ethische Problem des Eingreifens, oder, um es analytisch zu sagen, eines Handelns aufgrund meiner Gegenübertragung.

Die Aufzählung der „kleinen“ ethischen Probleme ließe sich fortsetzen. Was ich ausdrücken wollte, war dies: Die meisten „anständigen“ Psychotherapeuten haben es selten mit den „großen“ und viel diskutierten moralischen Fragen, etwa des manifesten Missbrauchs, in der Behandlung zu tun. Mir scheint, die alltäglichen beschäftigen uns viel mehr, und sie fordern uns dauernd kleine ethische Entscheidungen ab, die in der Summierung unseren moralischen Durchschnittscharakter als Therapeuten bilden. Der kann aber nie stabil sein, sondern gleicht, mit festem Grund, dennoch einem Mobile, das in dauernder, wenn auch geringer Bewegung bleibt, es sei denn, Wind oder Sturm fielen hinein und stellten uns plötzlich vor die „großen“ ethischen Fragen unserer Profession.

Mit großer Deutlichkeit verweist Johannes Cremerius (1984/1998) auf die Gefahren, die durch unerledigte „Trieb“-Impulse des Analytikers entstehen, wobei er besonderes Gewicht gerade auf die nicht direkt sexuellen Konflikte legt: „So können Analytiker, die mit der Bescheidenheit ihres Berufes nicht zufrieden sind, dort Macht, Glanz und geistige Überlegenheit suchen; einsame Analytiker ohne Liebespartner dort Kontakt und Partnerschaft erwarten, Sehnsucht nach fehlenden Kindern befriedigen, indem sie aus ihren Patienten Söhne und Töchter machen. Hierher gehören auch präödpale Triebimpulse wie anale Genauigkeit, phallische Selbstdarstellung, sadistische Regeltrennung, narzisstische Bedürfnisse nach Geliebt- und Bewundertwerden etc. ...“ Und dann folgt ein bilanzierender Satz, der zum Bereich der angeblich „kleinen“ ethischen Probleme führt, die aber eben doch gar nicht so klein sind: „Diese Bedürfnisse sind deshalb bedrohlicher und bedürfen einer wachen Abstinenzhaltung, weil sie das Gewissen des Analytikers leichter unterlaufen können als die spektakulären sexuellen Begierden“ (1998, S. 74).

Mein Abstinenzbegriff als analytischer Körperpsychotherapeut

Obwohl es Johannes Cremerius nie an freundlichem Spott über mein körpertherapeutisches Tun sowohl indirekt in einigen Aufsätzen wie im privaten Ge-

spräch hat fehlen lassen, eignet sich seine grundlegende Arbeit von 1984 (zitiert nach 1998) doch als Ausgangsbasis für meine Überlegungen. Sein Text heißt *Die psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operationalen Gebrauch*.

Unter operationalem Gebrauch versteht er die Abkehr von einer starren Regel hin zu einer differenziert gehandhabten Funktion, die im Dienst des Patienten steht und nicht in dem einer seit Freud nur mühsam modifizierten, zunächst einmal kodierten Behandlungslehre der so genannten Einpersonen-Psychologie, nach dem dogmatisierten Muster der Therapie einer immer als weiblich verstandenen Hysterie. Diese manchmal inhuman wirkende Haltung, die dem Analytiker eine strikte Neutralität, Unerkennbarkeit und Affektunterdrückung aufnötigte, war bis in die fünfziger Jahre und später so verbreitet, dass Carl Rogers mit seiner „klientenzentrierten Therapie“ eine große Gegenschule initiieren konnte. Zu dieser Abstinenz gehört die Begrenzung auf das Verbale, das weitgehende Verbot jeglicher Art von Befriedigung während der Stunde, sogar das von Körperbewegungen, weil sie Ersatzbefriedigungen beinhalten könnten. Es überwog das Prinzip der Kontrolle und das Monopol der Deutung.

Dies alles beginnt zu verblassen, das analytische Instrumentarium sich zu erweitern. Die Psychoanalyse studiert seit einigen Jahren die averbalen Anteile der Kommunikation. Zentraler Begriff ist das enactment als unbewusste Inszenierung, mit der der Analytiker zuerst einmal innerlich oder sogar handelnd mitgehen muss, um sie überhaupt zu entziffern. Obwohl Balint, Winnicott, Khan und andere längst kleinere Handlungseinheiten und Berührungen in die klassische Psychoanalyse eingeführt und sie theoretisch begründet haben, sind Berührung und Interaktion bei den analytischen Verbänden nach wie vor tabuisiert, ja sogar nach den ethischen Regeln untersagt, und als Antragsteller für eine Finanzierung von Therapien und Analysen durch die Krankenkassen ist man angesichts der streng analytischen Gutachter gut beraten, diese Aktivitäten nicht in den Behandlungsplan zu schreiben. Nun zu meinem Begriff der Abstinenz, die als solche selbstverständlich ist, als sie dem Begriff des nil

nocere, keinen Schaden stiften, folgt. Zentral ist auch hier der Begriff der Gegenübertragung, die als ein wesentliches Erkenntnisinstrument gesehen wird dafür, auf welcher Regressionsstufe sich der Patient befindet, in welche Szene er entweder intrapsychisch oder mit dem Analytiker als Übertragungsobjekt verstrickt ist; welche Lösungen er anstrebt und welche Abwehrmechanismen er verwendet. Die Voraussetzung ist natürlich, wie vor allem Heisterkamp (1993) hervorhebt, dass der Therapeut, zusätzlich zu seiner analytischen Schulung, eine von Selbsterfahrung geleitete Körpersensibilität entwickelt hat, die ihm erlaubt, die verschiedenen nonverbalen Zeichensprachen zu verstehen.

Die Gewichtung im Benutzen der Gegenübertragung verschiebt sich von der Gefährdung der Arbeitsfähigkeit hin zu einem positiven Mittel der Orientierung wie zu einem Kompass für eine berührende Intervention. Zur Bedrohung durch Gegenübertragung, die Freud sogar noch unterdrückt wissen wollte, noch einmal Cremerius: „Summieren wir die Schwierigkeiten, die der Analytiker im Umgang mit seinem Patienten haben kann, unter dem Begriff der Gegenübertragung, so ist Abstinenz das beste Mittel, sie so zu handhaben, dass er seine Arbeit erfolgreich durchführen kann“ (S. 73). Sie hilft ihm, „seine Gegenübertragung unter Kontrolle zu halten.“ Der ursprüngliche analytische Verdacht (oft genug ausgesprochen) ist der: in der Bedrohung zu „agieren“, das heißt die Arbeit am Konflikt zu verlassen und blind oder unkontrolliert oder verwöhnend zu handeln.

Es gibt aber ein Handeln, das der Förderung der Ich-Funktionen wie der Strukturbildung dient. Ebenso ein Berühren, das sich an Gefühle von Verlorenheit, extreme Mangelzustände, Angst, Panik und Erschöpfung richtet, die alle eine Schwächung des Ichs und eine mangelnde Affekttoleranz implizieren. Es sind Zustände, in denen das Ich körperliche Unterstützung erhält, um überhaupt wieder am therapeutischen Prozess teilzunehmen und eine Empathie zu spüren, wie sie Worte allein nicht mehr vermitteln können.

Die Unterscheidung von Marguerite Sècheyahay zwischen primären und kompensatorischen Bedürfnissen scheint mir noch immer gültig: Die primären

Bedürfnisse, soweit sie auf gefährliche, bedrohliche oder einengende Weise nicht erfüllt wurden, dürfen befriedigt werden; nicht aber die kompensatorischen, die auf verschobene, maskierte und mit Abwehr durchdrängte Ziele gerichtet sind. Hierdurch wird der Begriff der Befriedigung, der für die orthodoxe Analyse nur pejorativ, weil triebgebunden gebraucht wurde, neu definiert und seiner angeblichen Gefährlichkeit beraubt. Abstinenz besteht dann hauptsächlich in der genauen Prüfung, ob Berührung und Interaktion auf Ich-Stärkung und Strukturbildung gerichtet oder sie zu ermöglichen in der Lage sind. Die Prüfung umfasst weiter die Aufgabe zu erkennen, ob eine Fixierung droht, ob die Regression, die oft über längere Zeit nötig ist, eine Wendung zur Progression zulässt; ob Patienten bei bestimmten Formen des Haltens bei längerer Anwendung Suchtcharakter entwickeln könnten; ob der Patient in der Lage ist, Berührung und Interaktion frei und autonom erleben und gestalten zu lernen.

Viele analytische Körperpsychotherapeuten, so auch ich, arbeiten mit einem sich ständig ausweiternden Fundus von interaktiven Bildern, der umso reichhaltiger ist, wenn er sich von frühen Modellszenen erstreckt bis in wichtige Szenen des frühen Erwachsenseins. So wie der Analytiker aus der Fülle denkbarer Deutungen intuitiv oder durchdacht Interpretationen auswählt, so sucht der Körperpsychotherapeut mit seinen Körperbildern und seinen gleich Suchwerkzeugen lebendigen Emotionen nach einer möglichen Form der Berührung oder Interaktion, wobei es wichtig ist, dass auch hier nach dem Prinzip der angemessenen Sparsamkeit zu verfahren ist. Selbstverständlich gehört die auch von Cremerius angemeldete Notwendigkeit dazu, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und unter Kontrolle zu halten, oder aber sie als induziert durch die Gegenübertragung zu deuten und auf ihre Anwendbarkeit zu untersuchen.

Aber die eigene Befriedigung wird nicht mit der gleichen Strenge geahndet wie in der orthodoxen Analyse. Natürlich sollen eigene Bedürfnisse nicht zum Motiv von Berührung werden. Aber dass Berührung und Interaktion auch gelegentlich Befriedigung bringen, wird jeder analytische Körperpsychothera-

peut ohne weiteres zugeben. Mit einigen Abstrichen würde ich sogar sagen, dass der Körperpsychotherapeut, wohl朵isiert im Interesse des Patienten, Befriedigungen ähnlicher Art erleben kann wie körperlich vorsichtige Eltern, wobei selbstverständlich zu berücksichtigen ist, dass auch der tief regrediierte Patient einen ausgewachsenen Körper besitzt. Insofern ist immer klar, dass die Berührungen sowohl einen realen wie einen symbolischen Charakter besitzen. Eine Hand auf der Brust des liegenden Patienten kann symbolisch die gleiche Bedeutung haben wie für das Kleinkind die beruhigende Brust des Erwachsenen, an die er sich schmiegt, um Kummer loszuwerden oder zu verarbeiten, der ihn ohne diesen erweiterten Container psychisch zu zerreißen, erstarren zu lassen droht oder ihn zu anderen massiven Abwehrbewegungen zwingen würde.

Zur Abstinenz des analytischen Körperpsychotherapeuten gehört es ebenfalls abzuschätzen, wieviel Mobilisierung von Affekten eine Berührung oder eine Interaktion mit sich bringen kann. So wie der Analytiker Zeitpunkt, Intensität und Wirkung einer Deutung abzuschätzen versucht, so gehört es zu den nicht immer leichten Aufgaben des Körpertherapeuten, einen neuen Schritt mit dem Zustand der Affekte wie des Ichs in Einklang zu bringen. Der jeweilige Stand der Verträglichkeit ist wichtig. Abstinenz bedeutet damit, jenen Zwischenraum zum Bedenken der Spannung zu gewährleisten zwischen neuer Initiative und neuen Anreizen und der Angst vor Neuem, dem Stand der Übertragung, der Neugier auf den nächsten Schritt und der Verarbeitungskapazität des Ichs. Selbsterfahrung ist, wie schon angedeutet, der Schlüssel zur wachsenden Sicherheit im Umgang mit dem Einsatz des Körpers in der analytischen Körperpsychotherapie.

Autor

Tilmann Moser, Jahrgang 1938, studierte zunächst Literaturwissenschaft, danach Soziologie und Politologie. Neun Jahre Assistenz und Dozent im Fachbereich Jura in Frankfurt. Psa. Ausbildung in Frankfurt. Seit 1978 private Praxis in Freiburg. Arbeitsschwerpunkte: Psychoanalyse und Körperpsychotherapie; Psychoanalyse und soziale Prozesse.

Literatur

- Cremerius J (1998) Die psychoanalytische Abstinenzregel: vom regelhaften zum operationalen Gebrauch. In: Cremerius J (Hrsg) Arbeitsberichte aus der psychoanalytischen Praxis. edition discord, Tübingen, S 50–80
- Geißler P (Hrsg) (2001) Über den Körper zur Sexualität finden. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. Pfeiffer, München
- Pfannschmidt H (2001) Die Auswirkungen der Leib-Seele-Phantasie auf Erotik und Sexualität. In: Geißler P (Hrsg) Über den Körper zur Sexualität finden. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 131–152
- Moser T (1987) Der Analytiker als sprechende Attrappe. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Moser T (1988) Das erste Jahr: eine psychoanalytische Behandlung. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Moser T (1991) Körpertherapeutische Phantasien: psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Moser T (1992) Stundenbuch: Protokolle aus der Körperpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Moser T (1993) Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst: eine körperpsychotherapeutische Studie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Moser T (1997) Ödipus in Panik und Triumph: eine Körperpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Moser T (2001) Berührung auf der Couch. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Sècheyne M (1986) Eine Psychotherapie der Schizophrenen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Ware B (2000) Interaktive körpertherapeutische Gruppentherapie und Gegenübertragung. Analytische Psychologie 31: 1–25