

Jörg Clauer

Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung*

Eine Psychotherapie mit Leib und Seele

From Projective Identification to Embodied Counter Transference

Abstract. In 1890 wrote Freud that bodily changes are reliable signs to others (that means for the therapists, c.a.) for the psychic process. One would trust these signs more than the words, which are intentionally said at the same time. Unintelligible he and the psychoanalytic movement did not pick up these signs for the psychotherapeutic work. The same happened later on in the development of the concept "projective identification". Empathy is the basis for the process of projective identification or inductive countertransference. The origin of the term empathy as well as research in the fields of psychotherapy, emotions, neurobiology and bioenergetic analysis lead to an understanding, that sees empathy as a bodily resonance-phenomena. From this point of view the author takes a step to see projective identification as embodied countertransference. Two case stories underline the advantage of the therapeutic use of this term, compared to that of projective identification. Consequently this means that a body-oriented psychotherapy enlarges our possibilities or gives us new instruments in the treatment of "early" or severe pathologies, that we would not like to miss any longer. Nevertheless many psychoanalysts still reject the usefulness of body-psychotherapy. This is seen as consequence of the body-hostility in our "distance-culture". A psychotherapy with body and soul is a special challenge for the therapists, but it gives us a lot of resources and space for development.

Vorbemerkung

Auf Kongressen hat es mich immer geschüttelt, wenn die Redner regelmäßig ihren Vortrag mit einem Freud-Zitat begannen. Nun möchte ich diese Arbeit aber mit einem Zitat von Sigmund Freud beginnen.

In *Psychische Behandlung* von 1890 schreibt er (Freud, 1975, S. 20):

Das alltägliche, regelmäßig und bei jedermann zu beobachtende Beispiel von seelischer Einwirkung auf den Körper bietet der sogenannte „Ausdruck der Gemütsbewegungen“. Fast alle seelischen Zustände eines Menschen äußern sich in den Spannungen und Erschlaffungen seiner Gesichtsmuskeln, in der Einstellung seiner Augen, der Blutfüllung seiner Haut, der Inanspruchnahme seines Stimmapparates und in den Haltungen seiner Glieder, vor allem der Hände. Diese begleitenden körperlichen Veränderungen bringen dem Betreffenden meist keinen Nutzen, sie sind im Gegenteil meist seinen Absichten im Wege, wenn er seine Seelenvorgänge vor anderen verheimlichen will, aber sie dienen den anderen als verlässliche Zeichen, aus denen man auf die seelischen Vorgänge schließen kann und denen man mehr vertraut als den etwa gleichzeitig absichtlichen Äußerungen in Worten. Kann man einen Menschen während gewisser seelischer Tätigkeiten einer genaueren Untersuchung unterziehen, so findet man weitere

* Leicht veränderte Fassung eines Vortrags zum ersten Symposium „Psychotherapie mit Leib und Seele“ der psychosomatischen Abteilung der Park-Klinik Bad Rothenfelde vom November 2001.

Ich habe hier der Einfachheit halber die männliche Ausdrucksform gewählt, die aber ebenso für die weibliche Ausdrucksform steht und keine Bewertung oder Bevorzugung beinhalten soll.

körperliche Folgen derselben in den Veränderungen seiner Herztätigkeit, in dem Wechsel der Blutverteilung in seinem Körper u. dgl.

Als Körperpsychotherapeut vermisst man hier unter „dergleichen“ vor allem die Aufzählung der Atmung. Freud, der die Psychoanalyse als eine verbale Therapie entwickelte, hat hier klar die Schätze der körperlichen Erlebenseite unserer Existenz auch für das therapeutische Arbeiten aufgezeigt. Erstaunlicherweise vertraute er diesen „verlässlichen Zeichen“ aber nicht und griff seine Wahrnehmung nicht als weiteren möglichen Königsweg zum Unbewussten auf, obwohl er genau dies nahelegt. Und er wies bereits darauf hin, dass Worte irreführen können; aber wie es Alexander Lowen (1979) ausspricht: „Der Körper lügt nicht.“

Das Konzept der „projektiven Identifikation“ im Spiegel einer Fallgeschichte

Als ich anfang, mir über das Symposiumsthema *Psychotherapie mit Leib und Seele* Gedanken zu machen, fiel mir meine Zeit als Psychotherapeut und Arzt in einer psychosomatischen Klinik vor 13 Jahren ein. Damals waren die Veröffentlichungen von Ogden (1988) über die projektive Identifikation ein wichtiges Thema unserer Arbeit und Diskussionen. Die Behandlung einer Klientin, die mich besonders herausge-

Korrespondenz: Dr. Jörg Clauer, Kranhstraße 17, D-49074 Osnabrück, Deutschland, Tel. ++49 / 05 41 / 20 23 100

Keywords:

Projective identification; Embodied countertransference; Empathy; Therapists as resonance-body; Distance-culture; Self-effectiveness; Trauma; Integration of body and word.

Zusammenfassung

1890 schrieb Freud, dass die körperlichen Veränderungen anderen (also den Therapeuten, Anm. d. A.) als verlässliche Zeichen auf die seelischen Vorgänge dienen, denen man mehr traut, als den etwa gleichzeitig absichtlichen Äußerungen in Worten. Dennoch verzichtete er und die Psychoanalyse unverständlicherweise darauf, diese verlässlichen Zeichen für die psychotherapeutische Arbeit zu nutzen. Dies wiederholte sich später bei der Entwicklung des Konzeptes der projektiven Identifikation. Die Grundlage für den Prozess der projektiven Identifikation oder induzierten Gegenübertragung ist die Empathie. Anhand der Begriffsentstehung sowie der Psychotherapie- und Affektforschung, der Bioenergetischen Analyse und Neurobiologie wird Empathie als körperliches Resonanzphänomen verstanden. Daraus lässt sich die Entwicklung der projektiven Identifikation hin zur verkörperten Gegenübertragung ableiten. Zwei Fallgeschichten sollen den Nutzen einer Arbeit mit der verkörperten Gegenübertragung verglichen mit der Anwendung des Konzeptes projektive Identifikation unterstreichen. Dies führt in letzter Konsequenz dazu, dass für viele „frühe“ und schwere Störungsbilder die körperpsychotherapeutischen Möglichkeiten eine wesentliche Erweiterung oder auch unverzichtbare Instrumente für den psychotherapeutischen Prozess darstellen. Die weiter bestehende Ablehnung von körperpsychotherapeutischen Ansätzen durch viele Psychoanalytiker wird als eine Folge unserer körperfernen Distanzkultur beschrieben. Eine Psychotherapie mit Leib und Seele ist in dem dargestellten Sinne eine besondere Herausforderung für die Therapeuten. Sie stellt zugleich viele Entwicklungsräume und Ressourcen zur Verfügung.

Schlüsselwörter:

Projektive Identifikation; verkörperte Gegenübertragung; Empathie; Therapeuten als Resonanzkörper; Distanzkultur; Selbstwirksamkeit; Integration von Körper und Sprache; Trauma.

fordert hat, möchte ich hier voranstellen. Ich nenne sie Beate. Sie war knapp 40 Jahre alt und kam wegen Übergewicht und einem schwer oder gar nicht einstellbaren Bluthochdruck in die Klinik. Sie lebte alleine, in Armut und sozial isoliert, ohne Hoffnung auf eine Veränderung.

Sowohl die Blutdruckeinstellung wie die psychotherapeutische Behandlung lag bei mir als Arzt. Bald war klar, dass die Blutdruckeinstellung vor allem eine Frage der Mitarbeit der Patientin war. Die Blutdruckkrisen waren absolut lebensbedrohlich (nicht selten in der Spitze im systolischen Wert bis 260 oder 280 mm/Hg) und machten mir natürlich entsprechende Angst. Dies stand im krassen Gegensatz zur Patientin, die wenig Angst und kaum Interesse am Weiterleben zeigte. Die Krisen standen meist im Zusammenhang mit der Abwesenheit von oder auch dem Sich-nicht-verstanden-Fühlen durch mich oder andere Behandler. Das immer wiederkehrende Thema der Therapie kreiste um Ohnmacht und Hilflosigkeit (auf seiten des oder der Therapeuten). Dies war vergleichbar damit, wie die Patientin sich in der Beziehung zu ihrer Mutter erlebt hatte. Sie kam als Folge einer Vergewaltigung durch einen russischen Soldaten zur Welt und wurde von ihrer Mutter zutiefst abgelehnt. Neben meinem Mitgefühl hat die Patientin mit ihrer verschlossenen, aber burschikosen, verschmitzten Art eine Form kameradschaftlichen Wohlwollens in mir geweckt (wohl auch den Wunsch, eine bessere Mutter für sie zu sein).

Ich war schließlich intensiv mit den Gefühlen der Patientin identifiziert, erlebte Gefühle von Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit, von Isolation und Ablehnung sowie trotzigem Aufbegehren ohne Rücksicht auf Verluste. Ich geriet in heftigste Konflikte mit dem ganzen Stationsteam, von dem ich mich völlig unverstanden fühlte. Es brauchte einige Teamsitzungen und Supervisionen, um aus beiderseitigen Anklagehaltungen herauszukommen und bei dem Mitgefühl mit der Patientin meine eigene Ohnmacht ertragen und aushalten zu können. Je mehr ich mich im Team mitteilte und meine eigene Begrenztheit mühsam akzeptierte, desto mehr war ich in der Lage, auch der Patientin Grenzen zu setzen (zum Beispiel ihr meine Angst um sie mitzuteilen und meinem Ärger über die Nichteinnahme von Tabletten

Ausdruck zu geben). Dies war ein Wendepunkt in der Therapie. Die Hypertonie besserte sich, und die Patientin begann ihre desolante Lebenssituation zu verändern. Insbesondere begann sie, ihrem sie ausbeutenden erwachsenen Sohn Grenzen zu setzen. Auch nach meinem Weggang aus der Klinik war die Patientin noch mehrfach dort und ist heute weiterhin bei einer damaligen Kollegin in ambulanter psychoanalytischer Behandlung – das heißt auch, dass sie weiterhin am Leben ist.

In seinem Artikel „Die projektive Identifikation“ beschrieb Ogden (1988) solche therapeutischen Situationen:

... das heißt, der Klient entledigt sich unerträglicher Gefühle und innerer unbewusster Bilder, indem er sie auf den Therapeuten überträgt und dort unterbringt. Diese Lösung wäre lediglich eine Phantasie, wäre sie nicht von einer Beziehung begleitet, in der der Patient ungeheuren Druck auf den Therapeuten ausübt, der projektiven Phantasie zu entsprechen.

Er beschreibt, dass dieser ursprüngliche Gefühlsanteil des Klienten nach der Verlagerung in den Therapeuten für den Klienten kontrollierbar werde. Der Therapeut müsse diesen Gefühlsanteil nun mit seinen vom Klienten abweichenden Möglichkeiten aushalten und verarbeiten. Dies ermögliche dem Klienten dann, neue Lösungsmöglichkeiten im Umgang mit solchen Gefühlen oder Beziehungsaspekten in sein eigenes Leben zu übernehmen und zu integrieren.

In der Praxis ist dies, wie ich damals erlebte, ein schwieriges Unterfangen. Zum Zeitpunkt der ersten Fallvignette war ich am Anfang meiner beruflichen Laufbahn und fürchtete, Fehler zu machen. Vor allem war ich in meiner körperpsychotherapeutischen Identität noch unsicher und wenig verwurzelt. Die Not auch vieler erfahrener Therapeuten mit solchen oben beschriebenen intensiven Gefühlsprozessen, wie sie in der projektiven Identifikation konzeptualisiert sind, hat auch mit der – eigentlich unverständlichen – fehlenden Würdigung und Beachtung der körperlichen Prozesse (der verkörperten Gegenübertragung) im Therapiegeschehen zu tun. Die Psychotherapieforschung von z.B. Grawe (1994) führt die Wirksamkeit von Psychotherapie auf Empathie zurück. Dies gilt auch oder gerade für die projektive Identifikation. Empathie ist aber im wesentlichen ein körperlicher Prozess. Aus dieser Sicht heraus

hat Downing (1996) die projektive Identifikation als induzierte oder verkörperte Gegenübertragung bezeichnet.

Die verkörperte Gegenübertragung anhand einer Fallgeschichte

Als Körperpsychotherapeut finde ich es heute viel leichter, einen Weg mit dem Patienten zu finden, indem ich die vielfältigen und direkten Möglichkeiten von körperlicher Wahrnehmung, Ausdruck und Atmung nutze. Sprachlich frage ich nicht nach Erklärungen, sondern *wie* der Klient etwas und vor allem unsere Beziehung erlebt. Anders als in der klassischen Psychoanalyse bitte ich den Patienten, mir neben seinen Gedanken, Bildern und Gefühlen auch seine körperlichen Empfindungen und Wahrnehmungen mitzuteilen. Die Einbeziehung des Körpers in die Psychotherapie erleichtert aber nicht nur die Wahrnehmung vieler Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse. Sie schafft für eine Reihe von Problemfeldern erst die Voraussetzungen für eine „Heilung“ oder erleichtert diese wesentlich. Dies gilt sowohl für Traumatisierungen während „späterer“ verbaler Lebensabschnitte und genauso für sogenannte Frühstörungen, also Traumata und Entwicklungsdefizite aus der präverbalen Zeit. Diese sind zu einem wesentlichen Anteil als verkörperte Erfahrungen niedergelegt und in der Regel viel leichter oder nur über körperliche Prozesse wiederzubeleben. Bei Traumatisierungen kann die körperliche, zentralnervöse und sensomotorische Speicherung oder Fixierung der Schockreaktion zum Beispiel in Form von Erstarrung, Kontraktion oder Dissoziation letztlich nur unter Einbeziehung des Körpers aufgelöst werden (vgl. Clauer und Heinrich, 1999). Der Trauma-Therapeut Levin (1998) fasst dies kurz und bündig in dem Satz zusammen:

Das Trauma muss im Theater des Körpers transformiert werden.

In diesem Sinne behaupte ich, dass rein verbale Therapieansätze mit dem Verzicht auf das Einbeziehen des Körpers in die Psychotherapie sich selbst das Leben schwer machen. Sie erschweren es auch den Klienten, wesentliche heilende Erfahrungen zu machen. Dies

möchte ich an einer zweiten Fallvignette erläutern:

Ich sehe eine 37-jährige, kräftige, übergewichtige Klientin, nennen wir sie Iris, die in einem tiefen Loch von Traurigkeit steckt. Sie hat multiple Schmerzen und kann sich zu nichts aufraffen, alles kostet sie eine große Anstrengung. An ihrem Arbeitsplatz erlebte sie sich bis zur vorzeitigen Berentung gemobbt. In der Begegnung mit ihr spüre ich neben der von ihr ausgehenden düsteren Ausstrahlung am deutlichsten ein bei mir erwachendes Wohlwollen. In dem von ihr geschriebenen Lebenslauf überrascht sie mich. Sie beschreibt sich selbst in fast literarischer, manchmal humorvoller oder sarkastischer Weise. Hier zwei Sequenzen aus den ersten acht Lebensjahren:

Je tiefer ich grub, um herauszufinden, warum dieses Nichtvorhandensein eines Fensters im Badezimmer auf mich so bedrohlich und beklemmend gewirkt hatte, um so mehr verfestigte sich ein Bild, bei dem ich mich auf dem Schoß meines Vaters sitzend sah. Vom reinen Gefühl her schließe ich zwar derlei Dinge aus, aber mit dieser Szene tauchte auch die Erinnerung an ein Flüstern am Ohr auf und an ein warmes Körperteil zwischen meinen Beinen. Noch ein ganz wichtiges Ereignis ..., das wirklich nachhaltig mein weiteres Leben prägen sollte: meine Blinddarmpoperation im 6. Lebensjahr. Nun ist an so einer Operation heutzutage nichts Besonderes mehr, und auch damals war sie schon einigermaßen Routine. Da man den Operationstermin auf den Nachmittag festsetzte und somit also einen Durchbruch erwartete, endete ich in der Intensiv- bzw. Isolierstation. Das hieß: weißer Raum, weiße Bettwäsche, Hände an Wand und Bett gefesselt, viermal täglich eine Schwester, die den Tropf wechselte, und ansonsten absolute Einsamkeit. Eltern waren sowieso nur an Wochenenden erlaubt ... Und für mich dann nur hinter einer Glasscheibe ... Und da ich die ganze Zeit nur weinte und Nahrung verweigerte, wurde auch dieser Kontakt noch eingeschränkt.

So kann ich heute noch nicht in weißer Bettwäsche schlafen. Außerdem habe ich mich die gesamte weitere Kindheit geschämt für die offenen Stellen und Narben an meinen Unterschenkeln, die durch die während der Krankenhauszeit neu erworbene Neurodermitis entstanden waren. Und es war plötzlich aus Papas fröhlichem Blondchen ein ernstes Wesen geworden, das entgegen seiner sonstigen Gewohnheit nun nicht mehr satt zu füttern war. Und bei seiner Heimkehr wartete im Kinderzimmer ein großer Stoffhund auf Rollen. Dieses zu hart erkämpfte Tier musste später mit mindestens 20 anderen das Bett mit mir teilen, damit ich nur nicht allein dort war.

Zur Mutter, die in ihrem 12. Lebensjahr an Krebs erkrankte und in ihrem 17. Lebensjahr starb, schreibt die Patientin:

Auch bettelte ich bis zum 12. Lebensjahr allabendlich darum, dass Mama bis zum Einschlafen im Zimmer blieb, die Tür nicht zumachte oder später mich wenigstens in ihrem Bett einschlafen ließ, das so nett nach ihr roch. Auch als Teeny noch versuchte ich ein paar Male, ihr eine Umarmung abzurufen, indem ich ihr sagte, wie sehr ich sie liebte, und hoffte darauf, sie würde nur ein einziges Mal diesen Satz erwidern. ... Ein zu Nachbarn stets höfliches und hilfsbereites Kind mit guten Noten in der Schule war angenehm, ein nachts weinendes, mit Ausschlag übersätes allerdings erschreckend.

Soweit die Patientin. Ich sehe sie zweimal pro Woche. Die hier ange-deutete Lebensgeschichte und ihr vorsichtig-misstrauisches Auftreten beherrschten anfänglich unseren Kontakt. Da sie Sitzen beengend fand und Liegen ängstigend, haben wir uns auf eine Arbeit geeinigt, die im Stehen beginnt. Am eindrücklichsten waren Begrüßung und Abschied. Wenn ich ihr die Hand gab, nahm sie meine und schob sie im Handschütteln mit ihrer Hand von sich. Diese sich wiederholende Situation irritierte mich und führte bei mir zu einer gewissen Anspannung oder Erstarrung und dem Anhalten des Atems (und manchmal einem ungläubigen Ärger). Sie war sehr erleichtert, als ich vorschlug, Begrüßung und Abschied nicht mehr mit Handschlag vorzunehmen. Den von ihr ausgegangenen Impuls, „mich wegzuschieben“, haben wir aufgenommen. Ich schlug ihr vor, mit ihren Händen gegen meine zu drücken oder zu schieben, im weiteren Verlauf auch mit anderen Körperteilen zu schieben. Diese Beziehungsgestalt wurde wie ein Narrativ, eine in vielen Stunden immer wieder in anderen Varianten von uns erzählte, neu geschriebene Geschichte unseres Kontaktes und unserer Beziehungsmöglichkeiten. Dies löste in unserem Kontakt mit der Zeit die Erstarrung auf.

Selbstwirksamkeit – die Wiedereroberung von Initiative

Sehr bald wurden meine Urlaubszeiten – wen wundert es – zu einer Klippe. Für diese Zeiten erbat sie einen Gegenstand aus meiner Praxis (so wie ihre damaligen Stofftiere) und suchte sich einen meiner Lieblingssteine aus. Nach einer

De l'identification projective au contre-transfert incorporé

Une psychothérapie du corps et de l'âme

Résumé Le présent travail fut une contribution à un symposium intitulé « Psychotherapie mit Leib und Seele ». En présentant des cas cliniques et des éléments théoriques, nous tentons de développer plus avant l'important concept de l'identification projective pour saisir le contre-transfert incorporé. En 1890 S. Freud (1975, p. 20 de la version allemande) a indiqué que les réactions émotionnelles du psychisme sont ancrées dans le corps, sans toutefois exploiter cette idée au moment de développer la théorie psychanalytique. A cette époque déjà, il signale que les mots peuvent être trompeurs, mais que – comme le dit Lowen (1979) – « le corps ne ment pas ». Nous présentons le traitement d'une patiente souffrant d'hypertonie grave et mettons en évidence les intenses émotions ressenties par le thérapeute à chaque fois que des processus d'identification projective étaient présents dans la relation. Le thérapeute s'identifie fortement à une patiente très gravement malade qui est en plein « acting-out » et ce faisant, il se sent mal compris par l'équipe soignante et, par dépit, se réfugie dans l'opposition. Ce n'est que dans le contexte d'une supervision qu'il saisit progressivement son propre sentiment d'impuissance, pour finalement poser des limites à la patiente. A partir de là, un processus de transformation apporte un mieux à cette dernière. Le concept d'identification projective a été introduit en 1946 par M. Klein (1962). Ce fut avant tout Odgen (1988) qui le définit comme un processus au cours duquel le client transfère les émotions qu'il ressent comme désagréables sur le thérapeute et exerce des pressions importantes pour faire accepter la projection à ce dernier. Cette constellation interactionnelle se fonde sur l'empathie. Pour moi, l'essence de l'empathie est faite d'un phénomène de résonance corporelle (body empathy) et l'identification projective doit être considérée comme un contre-transfert induit et incorporé. La prise en compte d'aspects corporels dans la psychothérapie permet d'accéder à des dimensions thérapeutiques plus larges ; dans les cas problématiques et par exemple, dans la thérapie des traumatismes, elle est ce sur quoi le processus de guérison se fonde. Dans ce sens, renoncer à inclure le corps dans le traitement psychothérapeutique signifie renoncer à exploiter des ressources essentielles.

Le deuxième cas présenté est celui d'une patiente ayant souffert plusieurs traumatismes ; nous décrivons la manière dont le corps a été inclus dans l'établissement d'une relation thérapeutique. Cette cliente repoussait à chaque fois le thérapeute tout en début de séance ; nous analysons cette donnée en tant qu'expression de limites et de besoin d'être vue par le thérapeute. La relation se transforme à différents niveaux et devient une histoire constamment réécrite de leur contact et des potentiels relationnels. Grâce à cette évolution, la dépression de la patiente et la fixation du traumatisme se résolvent ; une transformation a lieu dans laquelle la cliente retrouve sa propre initiative et redevient responsable d'elle-même au sein de la relation thérapeutique comme dans son quotidien. Confrontée aux aspects verbaux de la thérapie, elle se retirait souvent en elle-même car elle n'avait jamais pu faire confiance aux mots et, pour elle, le langage avait été contaminé par des expériences négatives. La démarche thérapeutique présentée ici tente de rétablir des liens entre la rencontre et les émotions corporelles d'une part et la parole empathique d'autre part, ce qui facilite l'élaboration d'une nouvelle histoire partagée par la patiente et le thérapeute. Le processus de rencontre entre deux corps devient une danse

thérapeutique qui permet à la patiente de se reprendre en main mais aussi de se sentir vue et respectée dans son soi et dans ses besoins. C'est ce vécu qu'elle n'avait jamais eu puisqu'elle avait toujours été aliénée par les exigences de parents qui ne respectaient pas les frontières de son moi.

Il est difficile et fatiguant de s'ouvrir aux besoins de contre-transfert des clients et cela n'est possible que si le thérapeute est doté d'une capacité à l'empathie, d'une aptitude à « se mettre dans la peau du patient ». Or, cette démarche se fonde sur l'imitation, sur la reproduction d'une gestuelle. Cet aspect a été confirmé par les recherches sur les affects (Krause, 1983, 1997). A la base, les patients incitent le thérapeute à s'adapter à leur mimique et à leurs émotions. Les neurobiologistes Rizzolatti et al. (1999) ont étudié les simiens et pensent que l'imitation gestuelle et la perception réciproque sont possibles grâce au neurones-miroirs situés dans la partie du cortex qui gère le mouvement. Le contre-transfert induit fondé sur l'empathie et l'identification projective est donc un phénomène dont l'essence est incorporée. Travailler à ce niveau implique que le corps du thérapeute serve de canal ou de caisse de résonance, devenant ainsi la source d'une nouvelle compréhension. L'utilisation diagnostique et thérapeutique de cette résonance corporelle a été décrite par Heinrich (1997) et Clauer (1997, 2003). Il faut par ailleurs que le thérapeute soit conscient de la distinction traditionnellement faite entre le contre-transfert induit par le client et les émotions « personnelles » qui s'y mêlent et qu'il puisse gérer ces deux niveaux. Il doit donc être constamment à même de différencier entre les réactions qui sont les siennes et celles qui sont induites par le patient. Notons toutefois que considérer le contre-transfert « personnel » comme malsain – comme l'ont fait Freud (1975, p. 126) et Lowen (1993 ; cf. Heinrich, 1997) – semble peu indiqué et superflu dans le contexte d'une approche basée sur l'intersubjectivité. D'ailleurs, l'utilisation du contre-transfert incorporé est plus qu'un instrument supplémentaire de perception. Les recherches sur les nouveaux-nés (cf. Stern, 1992) et sur le bonding (cf. Holmes, 2002) tendent à indiquer que l'inclusion du corps dans le processus thérapeutique ouvre d'importantes possibilités au thérapeute. De plus, le vécu préverbal des clients peut s'exprimer plus facilement dans le contexte d'un dialogue relationnel (« enactment ») incluant le corps. Dans le cas de personnes traumatisées, des expériences essentielles sont inscrites dans des schémas corporels sensori-moteurs. Dans ces cas, pour que la thérapie ait des effets positifs il est indispensable que soit utilisée une approche holistique prenant en compte le vécu corporel et psychique (cf. Clauer et Heinrich, 1999).

De nombreuses réserves sont encore souvent exprimées envers les approches thérapeutiques basées sur le corps (Bauriedl, 1999) – en dépit des nombreuses démarches entreprises même par des psychanalystes pour inclure ce dernier dans le processus thérapeutique (Balint, 1968, p. 128 de la version allemande ; Winnicott, 1984, p. 212 et 317 ; Tedder, 1986 ; voir aussi Bacal et Newman, 1994). Il semble que cette méfiance soit en rapport avec une profonde insécurité ou même une peur du corps ancrée dans notre culture. Pratiquer le type de psychothérapie décrite ci-dessus représente donc un défi particulier pour le thérapeute. Mais elle ouvre de nombreux potentiels de développement et de nombreuses ressources, que ce soit pour le client ou pour le thérapeute.

solchen Urlaubszeit berichtete sie unruhig, verändert und geängstigt von einer wiederkehrenden Erfahrung. Dabei fühlte sie Steine halb in ihre Hände eindringen und dort stecken bleiben. Diese Bilder waren auch für mich anfangs ängstigend. Ich brauchte eine Weile, bis ich mehr Zuversicht fühlte und schließlich zu verstehen begann, wie bedeutsam unser Kontakt (bevorzugt mit den Händen) für sie wurde und sie langsam etwas davon in sich aufnahm. Das anfängliche Wegschieben meiner Hand lässt sich verstehen als eine unbewusste Schutzhaltung gegen die Furcht vor eindringendem, verletzenden oder missbräuchlichen Kontakt. Rückblickend war dies ein Wendepunkt, von dem an sie zunehmend lebhafter und selbst aktiver wurde.

Im Kontakt mit den Händen hatte sie anfangs große Angst, ich könnte mich abwenden oder sie auch nur ein Jota wegschieben (was für sie ein Gefühl im Sinne von Überwältigtwerden bedeutet hätte). Dann entfaltete sie langsam ihre Kräfte und fand – immer spielerischer und kraftvoller werdend – heraus, ob ich ihr standhalten könne und würde. Nachdem sie lange Zeit auf meine Impulse wartete und darauf reagierte, ergriff sie immer öfter keck, spielerisch oder humorvoll selbst die Initiative und schaffte neue, eigene, vorwiegend körperliche Begegnungsgestalten. Sprache erlebte sie dagegen als bedrohlich und kontaminiert mit dem Versuch, sie zu beherrschen.

Im Verlauf der Therapie begann sie Veränderungen in ihrem Leben vorzunehmen. Sie kündigte trotz Ängsten eine entwürdigende Teilzeitarbeit in einer Kantine und nahm eine für sie bessere Arbeit an. Dennoch blieb in ihren Berichten alles so düster wie zu Beginn. Es brauchte einige Zeit, bis wir benennen konnte, wie schwer es ist, etwas Gutes, Hoffnungsfrohes wahrnehmen zu dürfen. Diese Erfahrungen und Worte zu teilen, nicht ausschließlich auf schreckliche, dunkle Erfahrungen festgelegt zu sein, war wie ein gemeinsames Aufatmen. Nach bald einhalb Jahren steht die Therapie damit sicher erst am Anfang, und doch ist ein wichtiger Schritt erfolgt. Ein besonderer Schwerpunkt in dieser und anderen Therapien ist für mich der Aspekt der Initiative oder Urheberschaft (auch Selbstwirksamkeit oder Effektanzbedürfnisse genannt). Ein wesentlicher

Teil der therapeutischen Arbeit, der sich aus meiner Antwort auf die ursprüngliche Art des Handgebens der Patientin entwickelt hat, ist wie ein gemeinsamer therapeutischer Tanz, in dem die Patientin immer sicherer wird und mehr und mehr die Initiative ergreift. Dies ist (vgl. Orange, 2001, S. 73) genau der Teil, den die Klientin aufgrund ihrer Fremdbestimmtheit durch die Eltern in Verbindung mit dem Gegenpol der unsicheren Grenzen verloren hat oder, besser gesagt, der ihr als Entwicklungsmöglichkeit vorenthalten wurde. Von dieser Achse ausgehend sind in der Therapie auch die anderen Pole ihres Selbst dabei, sich mehr und mehr zu entfalten.

Worte und Sprache – von der Schwierigkeit, eine Brücke von Selbst zu Selbst herzustellen

Im Schreiben dieser Worte und Sätze fühle ich, wie mühsam es ist, unser dichtes Erleben in eine sprachliche Form zu bringen, und ich fürchte, nur einen kleinen Teil davon zu erfassen. Vieles teilt mir die Klientin nicht mit oder erst dann, wenn sie sich in unserer Beziehungserfahrung sicher genug fühlt. So habe ich erst nach langer Zeit erfahren, wie sehr sie es hasst, Menschen mit Handschlag zu begrüßen, und auch gehört, dass Worte für sie fast immer mit Verletzungen und Hintergängen verbunden waren oder nie gehalten haben, was sie versprochen. Lange habe ich versucht, erklärende und mitfühlende Worte zu finden, die aber oft das Gegenteil meiner Intention erreichten. Sie kann, wie wir hörten, gut mit Worten umgehen, aber sie zieht sich vor den Worten anderer innerlich zurück, weil Worte fast immer mit negativen Erfahrungen „kontaminiert“ waren. Zugleich hat sie mich mit Worten wie dem anfänglich berichteten literarischen Lebenslauf gefüttert. In Iris Leben waren Worte mit Fremdbestimmung, Nichtgesehen-Werden oder Benutzt-Werden verbunden. So hat sie gelernt, dass Sprache mit bedrohlichen Erfahrungen verbunden ist oder lügt. Eine rein verbale Therapie vor ihrer Berentung hatte sie abgebrochen.

Worte sind eine Konstruktion von Symbolen. Wir setzen in der Regel voraus, dass zwei Menschen das Gleiche unter dem jeweiligen Wortsymbol ver-

stehen. Jeder von uns hat aber eine andere eigene Erfahrungsgeschichte zu dem jeweiligen Wort. In der Therapie kann dies schnell zum Missverstehen führen. Die Bedeutung von Worten und Sprache muss von Therapeut und Klient ebenso wie Berührungen und andere Elemente der Begegnung hinterfragt oder zerlegt werden (dekonstruiert), um gemeinsame Bedeutungsinhalte zu finden. Dass Sprache nicht mit dem, was wir fühlen und körperlich wahrnehmen, übereinstimmen muss, hat die Säuglingsforschung herausgestellt (vgl. Stern, 1992). Dies findet sich auch im Konzept des falschen Selbst von Winnicott (1984; vgl. Bacal und Newman, 1994) wieder. Wenn die therapeutische Arbeit körperliche Begegnung und Gefühle mit bezogenen Worten verbindet, wird das Erzählen einer neuen gemeinsamen Geschichte erleichtert. Dies kann wie mit Iris zu einem manchmal aufregenden, manchmal schwierigen Abenteuer werden. Robert Lewis, M.D., drückt (in einer persönlichen Mitteilung von 1998, vgl. auch Lewis, 2000) dies als Inhalt der bioenergetischen Analyse so aus:

Wenn du keine Worte für deine Gefühle hast, für das, was in dir geschieht, was du vermisst, hören wir auf die Resonanz – der dir innewohnenden und langsam erwachenden Geheimnisse – wie sie in deinem Körper leben. Wir helfen dir, diese innere Resonanz zu spüren und zu verstärken, bis ihre Schwingungen nahe genug an die Oberfläche deines Daseins kommen, um in dein Bewusstsein zu treten.

Aber wir hören auch aufmerksam auf deine Worte und lassen uns von ihnen berühren, wenn sie aus einer Tiefe deines Daseins kommen, auf die niemand eine Hand legen kann. Wir laden dich ein, dich dem dir innewohnenden Geist (spirit) deines Körpers und der Verkörperung deiner Seele anzuvertrauen [we invite you to surrender to the spirit of your body and the body of your spirit] – und indem du das tust, dein wahres Selbst zu umarmen. [Übers. d. A.]

Die Verkörperung des Konzeptes „Projektive Identifikation“

Vor dem Hintergrund der beiden Fallvignetten möchte ich einige Überlegungen zur projektiven Identifikation und der verkörperten Gegenübertragung anstellen. 1946 prägte Melanie Klein den Begriff „projektive Identifikation“. Anhand der Geschichte („If I were you“) von Julian Green beschreibt Klein (1955)

das subjektive Erleben beim Prozess der projektiven Identifikation (vgl. Ogden, 1988):

In Greens Geschichte verleiht der Teufel dem Helden die Macht, seinen eigenen Körper zu verlassen und in jeden, den er sich wählt, einzudringen und über dessen Körper und Leben die Macht zu übernehmen [Hervorhebungen d. A.].

Die auch in diesem Bild enthaltene zentrale Bedeutung des Körpers wurde von Ogden (1988) nicht weiter verfolgt. In seinem Artikel „Die projektive Identifikation“ wird besonders das Erschrecken der Therapeuten über solche Erlebensweisen innerhalb der therapeutischen Beziehung deutlich spürbar. Es ist aber notwendig, dass sich der Therapeut gerade diesem Erleben und den Gefühlen des Patienten gegenüber öffnet. Ich hoffe, dass auch die Fallvignetten einen Eindruck davon vermittelt haben.

Es ist äußerst wichtig, dass der Therapeut erfährt, dass ein so weit gehendes Teilnehmen am Fühlen des Patienten nicht Ausdruck einer „Gegenübertragungspsychose“ ist, sondern eher das Wesentliche, das der Patient von ihm in dieser entscheidenden Therapiephase braucht.

Searles (1965) betont in diesem Zitat, dass die Therapie nur in dem Ausmaß voranschreiten kann, wie es sich der Therapeut gestatten kann zu fühlen, was der Patient fühlt. Es wird vielleicht deutlich, welche Anstrengungen oder welches Ringen dieses Sich-Öffnen für die Entwicklungs- und Beziehungswünsche der Patienten bedeutet. Dies gilt besonders innerhalb einer körperfernen, distanzierten therapeutischen Arbeitsweise, wie sie Ogden (1988) in seinem Artikel neben anderen Psychoanalytikern beschreibt.

Wenn wir uns das Wesen dieser Anstrengung und dieses Ringens genauer ansehen, kommen wir zu den Prozessen von Empathie und verkörperter Gegenübertragung. *Gegenübertragung* ist ein lange Zeit schillernder, vieldeutig verwendeter Begriff gewesen. Ich betrachte Gegenübertragung hier als die *Gesamtheit der Gefühle, körperlichen und seelischen Reaktionen des Therapeuten (seine ganzheitliche Antwort) in seiner Beziehung zum Klienten*.

Gegenübertragung lässt sich erstens differenzieren in die persönliche Gegenübertragung, in welcher der Klient in mir als Therapeut meine eigenen biographischen Anteile wach ruft. Zweitens die in mir als Therapeut vom

Klienten hervorgerufenen Gefühle und Körperreaktionen, die den Gefühlen des Klienten als Kind oder eines seiner Elternteile entsprechen. Diese induzierte Gegenübertragung, die auch den wesentlichen Teil der projektiven Identifikation beschreibt, stellt Ergänzungen der Gefühle des Klienten dar. Sie wird heute meist als Wahrnehmungsinstrument von unbewusst zu unbewusst begriffen und als wesentlicher Motor und Katalysator des Therapieprozesses (vgl. Heinrich, 2001). Diese Wahrnehmungsprozesse der induzierten Gegenübertragung beruhen auf einer empathischen Resonanz mit dem Klienten und sind als solche primär ein körperliches Geschehen, welches ich als Therapeut in Bilder und Sprache übersetzen muss. Downing (1996) hat dafür den Begriff „verkörperte Gegenübertragung“ verwendet. Er betont, dass die Wahrnehmung und Sensibilität den körperlichen Resonanzphänomenen gegenüber die eigentliche Schwierigkeit darstellt und intensiver Übung bedarf. Mit der verkörperten Gegenübertragung zu arbeiten bedeutet, dass der Körper des Therapeuten als eine Art Kanal oder Resonanzkörper fungiert und so die Quelle für neue Einsichten wird. Die Atmung des Therapeuten ist dazu der zentrale Schlüssel.

In der Sichtweise von Freud (1975, S. 126) und Lowen (1993) lag der Schwerpunkt auf der persönlichen Gegenübertragung des Therapeuten, welche mittels Eigenanalyse und/oder lebenslang fortzuführender bioenergetischer Übungen auszumerzen oder aus dem therapeutischen Prozess herausgehalten werden sollte. Bartling (2000) hat darauf hingewiesen, dass gerade Lowen an einer zentralen Stelle, ohne es selbst so einzustufen, ein schönes Beispiel für die induzierte oder verkörperte Gegenübertragung beschrieben hat:

Der Patient lag auf einem Bett, er spannte sich und atmete, während ich ihn ermutigte, sich seinem Atem zu überlassen und seinem Körper hinzugeben. Wir sprachen auch über sein Leben und seine Probleme. Aber es geschah nicht viel. Während ich auf einem Stuhl saß und ihn beobachtete, verspürte ich das Bedürfnis, mich über den Stuhl Rücken nach hinten zu lehnen und zu strecken, um tiefer atmen zu können. Da kam mir, dass mein Patient diese Haltung einnehmen sollte. In der Küche der Praxis gab es einen dreistufigen Küchenhocker. Ich rollte eine Decke zusammen und band sie auf dem Hocker fest. Der Patient lag mit seinem

Rücken auf dem Hocker, während er seine Arme nach hinten zu einem Stuhl ausstreckte ... (Lowen, 1993, S. 38)

Dieses Geschehen hat zur Entwicklung des bioenergetischen Atemschemels geführt. Lowen nutzte seine körperliche Reaktion, die Einschränkung der Atmung (seine verkörperte Gegenübertragung) auf den Klienten für eine therapeutische Intervention; allerdings ohne eine verbale Enthüllung oder Erklärung dem Patienten gegenüber, wie ich sie oft nutze.

Intensive, uns als Therapeuten ergreifende Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse erleben wir vor allem mit sogenannten frühgestörten Patienten, unter anderem narzisstisch strukturierten. Ein immer wieder benanntes Therapieziel ist dabei, aggressive (negative) Strebungen nicht von solchen libidinöser und idealisierender Ausprägung abgespalten zu halten, sondern diese zu integrieren. In diesem Sinne verstanden, halte ich auch die Trennung in die „gute“, objektive oder induzierte Gegenübertragung und die auszumerzenden, „bösen“, persönlichen Gegenübertragungsgefühle und Wahrnehmungen für problematisch. Wichtig ist es natürlich, als Therapeut in der Begegnung mit dem Klienten immer wieder herauszufinden und zu differenzieren, welche Gefühle und Reaktionen aus meiner Persönlichkeit und persönlichen Geschichte herrühren und welche der Klient in mir induziert. Wenn ich aber selbst als Therapeut in der Begegnung mit Klienten Teile von mir als schlecht, böse, unreif oder pathologisch ausmerzen oder ausschließen soll, um scheinbar neutral und objektiv oder auch körperlich durchgearbeitet und vollkommen zu sein, so schleicht sich eine abwertende Sichtweise ein. Sie setzt eine ideale Norm auf seiten des Therapeuten ein, die dem unvollkommenen Wesen des Menschen nicht gerecht wird und so den Therapeuten idealisiert und zugleich entmenschlicht. Mit einer solch abwertenden Sichtweise betrachte ich dann unbewusst den Klienten genauso wie mich selbst. Dies ist wenig hilfreich für eine Förderung der seelischen und körperlichen Entwicklung und Entfaltung des Klienten; die gewünschten Prozesse einer Integration, z.B. von aggressiven und libidinösen Strebungen ebenso wie eine größere Differenzierungsfähigkeit werden so nicht unterstützt.

Empathie – der Therapeut als Resonanzkörper

Gegenübertragung beruht im Wesentlichen auf dem Prozess der Empathie. Dementsprechend betonen Therapeuten aller Schulen die Bedeutung der Teilnahme an Gefühlen der Klienten, also die Empathie. Neben der Psychotherapieforschung (vgl. Grawe, 1994) weist auch die Affektforschung – zum Beispiel von Krause (1983, 1997) – die Empathie als den entscheidenden Wirkfaktor von Psychotherapie völlig unabhängig von verschiedenen Psychotherapieschulen nach.

Empathie ist ein Prozess des Mitschwingens oder In-Resonanz-Gehens mit der Realität und den Gefühlen einer anderen Person (ähnlich wie das Mitschwingen von zwei unterschiedlichen Musikkörpern, vgl. Heinrich, 1997). Der Begriff geht auf das Wort *Einfühlung* zurück, welches ins Englische mit *empathy* übersetzt wurde. Empathie kehrte als eigenständiger Begriff in den 50er Jahren nach Deutschland zurück. Der Begriff der Einfühlung war ursprünglich ein philosophischer Begriff der deutschen Romantik und Aufklärung. Herder und Lotze gebrauchten ihn in dem Sinne, dass Einfühlung den Weg öffnet, das Fremdartige im Selbst als eine Art Teilhabe und ein Sich-ansprechen-Lassen zu erleben (vgl. Körner, 1998). Lipps (1903) verwandelte den philosophischen Terminus in einen psychologischen Begriff. Als Grundlage sah er den menschlichen Zwang zu motorischer Nachahmung an. Danach soll die gelungene Imitation der muskulären Bewegungen eines Mitmenschen das Erspüren der Gefühle des anderen ermöglichen.

Empathie wäre also primär ein körperliches Geschehen, ein körperlicher Vorgang. Bei seiner Affektforschung hat Krause (1983, 1997) auch die mimische Interaktion erforscht und beschrieben, wie bei jedem Therapieanfang der Klient über seine Mimik diejenige des Therapeuten unbewusst beeinflusst und zu einem Angleichen mit seiner bringt (dies ist ähnlich dem Konzept der projektiven Identifikation und ist ein wesentlicher Teil von ihm selbst). Die Mimik ist untrennbar mit bestimmten Gefühlszuständen verbunden. Für jeden Körperpsychotherapeuten ist bekannt,

wie dies nicht nur für die Mimik, sondern auch andere körperliche Haltungen und insbesondere Atmung und Atmungsmuster gilt. Die Neurowissenschaftler Rizzolatti (1999) und Mitarbeiter begründen Empathie biologisch. Sie haben in motorischen Rindenfeldern bei Affen sogenannte Spiegelneurone beschrieben, die eine eindeutige Beziehung zwischen der visuell wahrgenommenen Aktion und der motorischen Antwort, die sie verschlüsseln, haben. Sie sind die Grundlage für Resonanzverhalten, indem ihre neuronale Aktivität angeregt wird sowohl durch selbst ausgeführte Gesten und Bewegungen wie auch durch die Beobachtung derselben bei einem anderen Artgenossen. Dies kann im sogenannten Typ-1-Verhalten direkt ohne Verstehen erfolgen, wie wir es zum Beispiel auch von dem ansteckenden Lachen oder Schreien von Säuglingen oder vielleicht auch in den von Krause (1983, 1997) beschriebenen Vorgängen wiederfinden. Das Typ 2 genannte Verhalten führt zu einer inneren, äußerlich nicht sichtbaren vorgestellten Verhaltenswiederholung des Beobachteten. Der dann erfolgende Abgleich mit bekannten, zuvor erlebten neuronalen Erregungsmustern ist die Grundlage für ein Handlungsverstehen, wie es sicherlich unsere Affenvorfahren ebenso wie unsere kleinen Kinder bei ihren ersten Schritten ins Leben brauchen. Daraus geht möglicherweise die Bildung von motorischen Erinnerungsspuren als Grundlage von Empathie hervor. Dies könnte die Basis für die Ausbildung von zwischenmenschlichem Beziehungslernen und Sprache sein. Die Integrationsleistung des Therapeuten ist es, sich im Anschluss über solche Vorgänge bewusst zu werden und sie entschlüsselnd zu verstehen. Milch (2001, S. 49) fasst die Bedeutung des körperlichen Vorgangs der Empathie folgendermaßen zusammen:

Szenisches Verstehen (Lorenzer 1970), Selbsterfahrung und die Sensitivität für eigene regressive Vorgänge sowie die „*Body-Empathie*“ (Jacobs 1973, Spitz 1965 und Benedetti 1983) ermöglichen erst den Zugang zu frühen, unbewussten Persönlichkeitsanteilen [Hervorhebung d. A.].

Heinrich (1997) hat ein Verfahren entwickelt, wie sie als bioenergetische Analytikerin sich als Wahrnehmungskanal zur Verfügung stellt für die körperlich-seelische Resonanz oder Empathie mit den Klienten – ohne Berührung

oder Sichtkontakt. Wir nutzen dies sowohl diagnostisch als auch therapeutisch. Ich habe Ähnliches für die von mir so benannte Analytisch-Imaginative Körperpsychotherapie zu beschreiben versucht (vgl. Clauer 1997, 2003). Alle empathischen Prozesse der Gegenübertragung sind demnach von Anfang an körperliche Vorgänge (verkörperte Gegenübertragung). Das Öffnen für die Empfindungen und Erlebensweisen, die der Klient mir unbewusst über die projektive Identifikation oder induzierte Gegenübertragung nahebringen will, ist dann primär ein sich Öffnen für die körperlich-empathischen Austauschprozesse. Dies wäre die Zelluloidfolie für den Film über sein Leben, in den mich der Klient mitnehmen möchte und in welchem ich dann als Therapeut aufgrund dieser Prozesse gezwungen oder vielleicht eher eingeladen bin selbst in wechselnden Rollen mit dem Klienten aufzutreten.

Die verkörperte Gegenübertragung im Therapieprozess – Psychotherapie mit Leib und Seele

Der Druck, den die Klienten in der projektiven Identifikation oder verkörperten Gegenübertragung ausüben, kann unsere Wahrnehmungsfähigkeit als Therapeuten schwächen. Dies kann zum Beispiel als Anstrengung und Erschöpfung wahrgenommen werden oder zu Ängsten führen, aus dem Gleichgewicht gebracht zu werden oder dem Gefühl, das eigene Selbst als Therapeut zu verlieren. Um als Therapeut als wirksamer Resonanzkörper oder Kanal wirken zu können, ist es daher unabdingbar, für den Erhalt der eigenen Schwingungsfähigkeit und die Ableitung oder Verarbeitung überschüssiger Energie zu sorgen. Dies heißt vor allem körperlich gut für mich als Therapeut zu sorgen, wofür Atmung und Motilität die Basis sind.

Hier komme ich auf Freud zurück, der im Zitat betont, wieviel mehr Informationen ich über den Klienten bekomme bei Einbeziehung der körperlichen Bereiche. Allerdings blieb Freud auf halbem Wege stehen und sah nicht die Bedeutung, diesen Teil für die von ihm und der Psychoanalyse so betonte Selbsterforschung des Therapeuten und

damit der Gegenübertragung zu nutzen. Downing (1996) schreibt:

Zulassen, dass die Gegenübertragung sich verkörpert, bedeutet, dass wir dieser körperlichen Ebene einen höheren Wert beimessen. Jeder Therapeut kann mit der verkörperten Gegenübertragung arbeiten. Man muss dafür kein Körpertherapeut sein, es geht lediglich darum, diese meistens sehr vernachlässigte Form des Zugangs im Laufe der Jahre zu entwickeln.

Hess-Liebers (1999) beschreibt einen solchen Zugang innerhalb ihrer psychoanalytisch abstinente Arbeitsweise ausführlich. Dabei bezieht sie sich auch auf Hilsbergs (1985) Buch „Körpergefühl“. Sie zitiert, wie der körperlich distanziertere Kontakt zu einem Säugling eine bleibende Unsicherheit im Kontakt und Trennungängstlichkeit zur Folge hat (siehe meine Diskussion über Distanzkultur, Clauer, 1997, 2003). Allerdings zieht sie daraus keine körperpsychotherapeutischen Konsequenzen für ihre therapeutisch-abstinente Arbeitsweise. Die Frage der Abstinenz haben Clauer und Heinrich (1999) sowie Heinrich (2001) in diesem Kontext bereits ausführlich diskutiert. Für mich greift eine solchermaßen abstinente Arbeitsweise wiederum zu kurz. Wenn ich als Therapeut anfangen zu erfahren, wie mir die Wahrnehmung und der Ausdruck meines körperlichen Selbst hilft, mich sicherer, flexibler und handlungsfähiger in meiner Arbeit zu machen, dann stellt sich aus meiner ärztlichen Tradition heraus die Frage, wie begründe ich es, dem Klienten solche effektive Möglichkeiten, das eigene Selbst wahrzunehmen, auszudrücken und zu beherrschen und damit zu entwickeln, vorzuenthalten. Dazu stellt sich mit Lowen (1979, S. 75) die Frage:

Kann man einen anderen Menschen wirklich kennen, ohne ihn zu berühren? Und wie kann man ein Gefühl für einen Menschen entwickeln, wenn man ihn nicht berührt?

Meine zweite Fallbeschreibung mag dafür als Erläuterung stehen. Diese Frage stellt sich um so mehr, als uns die Säuglingsforschung aus einer anderen Perspektive gezeigt hat, dass unser Selbst wie eine Pyramide quasi auf der breiten Basis des körperlichen Kernselbst aufbaut (vgl. Stern, 1992). Auch die Bindungsforschung zeigt, wie die ebenfalls in der präverbalen Zeit angelegten Bindungsmuster überdauern und uns ein Leben lang begleiten und bestimmen (vgl. Holmes, 2002). Die Arbeit

mit der verkörperten Gegenübertragung braucht einen Handlungsraum, in dem sich solche präverbalen Erfahrungen der Klienten entfalten können (Enactment). Dann habe ich als Therapeut auch den Raum, innerhalb der therapeutischen Beziehung leichter die Beziehungsgestalten und meine Gegenübertragung wahrzunehmen.

Zu guter Letzt sind manche therapeutische Entwicklungen und Lösungen nur auf einer körperlichen Ebene zu finden und zu integrieren. Wir (Clauer und Heinrich, 1999) haben dies für den Bereich der Traumatherapie beschrieben. In diesem Bereich sind viele Erfahrungen vorwiegend in körperlich-sensomotorischen Haltungsmustern niedergelegt, das heißt als spezifische individuelle Muster von körperlich-nervöser Übererregung, Erstarrung, Gefühlsabspaltungen etc. Eine Heilung setzt eine bewusste körperliche Wahrnehmung (ganzheitliches somatisches Erleben, wie es Levin (1998) nennt) voraus, um eine Lösung der Erstarrung und der gebundenen Erregungsenergie zu erreichen. Dies kann zum Beispiel durch ein während der Traumasituation nicht möglich gewesenes Flucht-Erleben geschehen. Die Auflösung und Re-Integration geschieht teilweise dadurch, dass der Klient als Erwachsener das Überleben des Traumas realisiert und durch seine jetzigen (vor allem auch körperlichen) Ressourcen die Erstarrung und den Schrecken des Traumas schrittweise lösen kann und seine Handlungsfähigkeit oder Selbstwirksamkeit wiedererlangt. Die Grundlage oder Basis dafür ist das Auffinden oder die Verstärkung eines ganzheitlichen körperlich-seelischen Erlebens. Die Bedeutsamkeit der Worte ebenso wie der Beziehung für unsere therapeutische Arbeit steht dabei außer Frage. Ich möchte an dieser Stelle nochmals betonen, wie wichtig es für viele Klienten ist, die eigene Handlungsfähigkeit (oder Selbstwirksamkeit) und Neugierde oder Explorationsverhalten wiederzuerlangen.

Manche Psychoanalytiker beginnen, sich solchen Erfahrungen anzunähern. Balint (1968), Searles (1979), Winnicott (1984) und Pedder (1986; vgl. auch Bacal und Newman, 1994) berichten in manchen Kernaussagen von empathischen körperlichen Wahrnehmungen und/oder Begegnungen mit ihren Klienten, z.B. Winnicott (1970, zit. nach Robert Lewis, persönliche Mitteilung):

Das Detail, das ich zur Beschreibung auswählte hat mit dem absoluten Bedürfnis dieser Patientin zu tun, die von Zeit zu Zeit mit mir in Kontakt sein musste ... Mannigfache Vertraulichkeiten, hauptsächlich jene, die zur Fütterung und Handhabung des Säuglings gehören, wurden ausprobiert. Dabei gab es heftige Episoden. Wahrscheinlich kam es daher, dass sie und ich mit ihrem Kopf in meinen Händen zusammen waren. Ohne dass einer von uns beiden absichtlich handelte, entwickelte sich ein wiegender, schaukelnder Rhythmus. Der Rhythmus war ein ziemlich schneller, über 70 (Herzschläge) in der Minute, und ich hatte einiges zu tun, mich diesem Tempo anzupassen. Dennoch haben wir mit einer leichten, aber beständigen wiegenden Bewegung eine Gegenseitigkeit ausgedrückt. Wir haben miteinander ohne Worte kommuniziert.

Für die psychoanalytische Welt wirkt solches aber immer noch revolutionär (vgl. Bauriedl, 1999). Es drängt sich die Frage auf: Was lässt so viele Psychoanalytiker vor Körperpsychotherapie zurückschrecken, obwohl große Persönlichkeiten wie oben angeführt über bewegende Erfahrungen mit aktiver, den Körper und Berührung einbeziehender Therapie, wie z.B. auch Balints (1968) berühmter Purzelbaum, berichten? Mir scheint dies auf einer tief verwurzelten Unsicherheit und Angst vor der Körperlichkeit innerhalb unserer Distanzkultur zu beruhen (Clauer, 1997, 2003). Im körperpsychotherapeutischen Dialog erfahre und erlebe ich nicht nur den Klienten viel direkter und intensiver, sondern ich bin für diesen genauso direkt spür- und erfahrbar. Mit der zuletzt beschriebenen Klientin bin ich in jeder Sitzung in einer neuen, offenen Situation und erlebe oft Momente der Verunsicherung. Lowen (1979, S. 75) schreibt zu diesem Kontext:

Die traditionelle Psychoanalyse, die bekanntlich jeden körperlichen Kontakt zwischen dem Patienten und dem Therapeuten vermeidet (sicher aus Furcht, solche Kontakte könnten sexuelle Regungen wecken), errichtet eine Schranke zwischen zwei Menschen, die eigentlich miteinander in Berührung kommen müssen – unmittelbarer, als es durch verbale Kontakte möglich ist. Wenn ein Therapeut den Körper eines Patienten berührt, kann er viele Dinge feststellen: Er merkt, wie weich oder hart die Muskulatur ist, wie trocken die Haut ist, wie lebendig die Gewebe sind.

Dies klingt am Ende doch sehr ähnlich wie das Eingangszitat von S. Freud. Die Grundlagen der menschlichen Existenz ebenso wie unserer psychotherapeutischen Arbeit scheinen dann doch

für uns alle ähnlich zu gelten. Unsere Körperlichkeit bestimmt unser Leben grundlegend und in den wesentlichen Bereichen (wie als Säugling, in Bindung und Sexualität, aber auch in Krankheit und Tod). Dies heißt nicht, dass wir in jedem Fall den Körper oder körperlichen Kontakt in die Therapie einbeziehen. Wir wenden dies wie alle therapeutischen Möglichkeiten differenziert an, wenn das Material des Patienten dies nahe legt, entweder um ihm sein Bedürfnis nach therapeutischer Regression zu erleichtern oder progressiven Bedürfnissen nach Integration und Entwicklung von körperlich-seelischer Selbstkohärenz zu folgen. Eine Psychotherapie mit Leib und Seele ist in dem dargestellten Sinne für uns Therapeutinnen und Therapeuten eine besondere Herausforderung, die aber den Klienten viele Entwicklungsräume zur Verfügung stellt. Eine solche Psychotherapie bietet *auch* uns Therapeuten viele Ressourcen durch die erweiterten Wahrnehmungsmöglichkeiten unseres körperlichen Selbst und die Möglichkeit zu einer tieferen Bewusstheit und Sicherheit (Grounding) in unserem eigenen Selbst.

Autor

Dr. med. Jörg Clauer, Jg. 1951, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse (DGPT). Bioenergetischer Analytiker, Body Enlightenment-Therapeut, Psychodramatherapeut. 15 Jahre Tätigkeit in psychosomatischen Kliniken, seit 1999 Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis. Arbeitsschwerpunkte: Trauma, Bindung, Distanzkultur, Integration von Körper und Wort, Psychosomatik, Übertragung und Gegenübertragung.

Literatur

- Bacal H, Newman K (1994) Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Frommann-Holzboog, Stuttgart/Bad Cannstatt
- Balint M (1968) *The basic fault*. Tavistock, London. Dt (1973) *Therapeutische Aspekte der Grundstörung*. Rowohlt, Reinbek
- Bartling C (2000) *Verkörperte Gegenübertragung. Körperlicher Austausch und Beziehungserleben in der Therapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück
- Bauriedl T (1999) Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse. Über die Unvereinbarkeit von Psychoanalyse und Körpertherapie. *Forum Psychoanal* 15: 347–363
- Benedetti G (1983) *Psychosentherapie*. Hippokrates, Stuttgart
- Clauer J (1997) *Imagination und Körperpsychotherapie*. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hrsg) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, S 159–167
- Clauer J (2003) Some developmental aspects of body and identity. *Analytic-imaginary body psychotherapy*. *Europ J Bioenergetic Anal Psychoth* 1/1: 16–31
- Clauer J, Heinrich V (1999) *Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften*. Zwischen Berührung und Abstinenz. *Psychother Forum* 7/2: 75–93
- Downing G (1996) *Körper und Wort in der Psychotherapie*. Kösel, München
- Freud S (1975) *Schriften zur Behandlungstechnik*, Gesammelte Werke – Studienausgabe, Ergänzungsband. S. Fischer, Frankfurt/M
- Grawe K (1994) *Psychotherapie im Wandel*. Hogrefe, Göttingen
- Heinrich V (1997) *Körperliche Phänomene der Gegenübertragung*. Therapeuten als Resonanzkörper. Welche Saiten kommen in Schwingung? *Forum der Bioenergetischen Analyse* 1/97: 32–41
- Heinrich V (2001) *Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie*. *Psychother Forum* 9: 62–70
- Hess-Liebers W (1999) *Erfahrung mit Körper-Empathie*. Ein Bericht aus der psychoanalytischen Praxis. *Forum Psychoanal* 15: 312–326
- Hilsberg R (1985) *Körpergefühl. Die Wurzeln der Kommunikation zwischen Eltern und Kind*. Rowohlt, Reinbek
- Holmes J (2002) *John Bowlby und die Bindungstheorie*. Ernst Reinhard, München
- Jacobs T (1973) *Posture, gesture and movement in the analyst: cues to interpretation and countertransference*. *J Am Psychoanal Assoc* 21: 77–92
- Klein M (1955) *On identification*. In: *Envy and gratitude and other works*. Delacorte Press/Seymour Lawrence, New York (1975): 141–175
- Klein M (1962) *Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen*. In: *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Klett, Stuttgart
- Körner J (1998) *Einführung: Über Empathie*. *Forum Psychoanal* 14: 1–17
- Krause R (1983) *Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen*. *Psyche* 37: 1016–1043
- Krause R (1997) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*, Bd 1: Grundlagen. Kohlhammer, Stuttgart
- Lewin P (1998) *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers*. Synthesis, Essen
- Lewis R (2000) *Trauma and the body*. *Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the IIBA* 11: 61–75
- Lipps T (1903) *Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindungen*. *Archiv für die gesamte Psychologie* 20: 185–204
- Lorenzer A (1970) *Spracherstörung und Rekonstruktion*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Lowen A (1979) *Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Rowohlt, Reinbek
- Lowen A (1993) *Freude. Die Hingabe an den Körper und das Leben*. Kösel, München
- Milch W (2001) *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Kohlhammer, Stuttgart
- Ogden T (1988) *Die projektive Identifikation*. *Forum Psychoanal* 4: 1–21
- Orange D, Etwood G, Stolorow R (2001) *Intersubjektivität in der Psychoanalyse*. Brandes und Apsel, Frankfurt/M
- Pedder J (1986) *Attachment and new beginning*. In: Kohon O (ed) *The British School of Psychoanalysis*. Free Association Books, London
- Rizzolatti G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V (1999) *Resonance behaviors and mirror neurons*. *Archives Italiennes de Biologie* 137: 85–100
- Searles H (1965) *Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia*. In: *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. Int Univ Press, New York, pp 654–716
- Searles H (1979) *Countertransference and related subjects*. Int Univ Press, New York
- Spitz R (1965) *The first year of life*. Int Univ Press, New York
- Stern D (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Winnicott D (1970) *The mother-infant experience of mutuality*. In: Anthony EJ (ed) *Parenthood: its psychology and psychopathology*. Little Brown, Boston
- Winnicott D (1984) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer, Frankfurt/M