

A. H. Krüger

# Selbstobjektbedürfnisse in der Körperpsychotherapie

## Self-Object Needs in Body Therapy

**Abstract** The author draws the line of analytical body-psychotherapeutical work with his contribution "Self-object Needs in Body Therapy" to H. Kohut's *Self-Psychology*. It is a given that in the practise of a humanistic empathical understanding – including the accepting attitude towards the early disturbance – the historical link in psychotherapy from Reich – Ferenczi – Kohut stands closer to analytical body therapy than, for instance, the link Freud – Kernberg. The results of modern baby research (see among others Dornes) seem to confirm this theory's necessity, even up to the fact that self-psychologically postulated self-object needs (after mirroring, after idealization, after sameness and belonging) also show the corresponding bodily dimensions.

### Keywords:

Psychoanalysis; Narcissism; Body therapy; Self psychology; Self-object needs.

Wie könnte das Ende einer geglückten Körperpsychotherapie bei einem Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung aussehen? In der Literatur bin ich dazu bei Hermann Hesses „Narziss und Goldmund“ fündig geworden. Stellen Sie sich Narziss als einen Patienten, als ein Selbst vor und Goldmund als ein menschliches Gegenüber, als ein Objekt. Am Sterbelager Goldmund's kommt es zu der folgenden und bewegenden Szene zwischen Narziss und Goldmund:

„Goldmund', flüsterte ihm der Freund ins Ohr, ‚verzeih, dass ich es dir nicht früher habe sagen können. Ich hätte es dir sagen sollen, als ich damals in deinem Gefängnis aufsuchte, in der Bischofsresidenz, oder als ich deine ersten Figuren zu sehen bekam, oder irgendwann einmal. Lass es mich dir heute sagen, wie sehr ich dich liebe, wieviel du mir immer gewesen bist, wie reich du mein Leben gemacht hast. Es wird dir nicht sehr viel bedeuten. Du bist an Liebe gewöhnt, sie ist für dich nichts Seltenes, du bist von so vielen Frauen geliebt und verwöhnt worden. Für mich ist es anders. Mein Leben ist arm an Liebe gewesen, es hat mir am Besten gefehlt. Unser Abt Daniel sagte mir einst, dass er mich für hochmütig halte, wahrscheinlich hat er recht gehabt. Ich bin nicht ungerecht gegen die Menschen, ich gebe mir Mühe, gerecht und geduldig mit ihnen zu sein, aber geliebt habe ich sie nie. Von zwei Gelehrten im Kloster ist der Gelehrtere mir lieber; nie habe ich etwa einen schwachen Gelehrten trotz seiner Schwäche liebgehabt. Wenn ich trotzdem weiß, was Liebe ist, so ist es deinetwegen. Dich habe ich lieben können, dich allein unter den Menschen. Du kannst nicht ermessen, was das bedeutet. Es bedeutet den Quell in einer Wüste, den blühenden Baum in einer Wildnis. Dir allein danke ich es, dass mein Herz nicht verdorrt ist, dass eine Stelle in mir blieb, die von der Gnade erreicht werden kann.'

Goldmund lächelte froh und etwas verlegen.“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hesse, H., (1957) *Narziss und Goldmund*. Berlin: Aufbau-Verlag, S. 320.

Nach einem langen Leben kann Narziss seine psychische Zwangsjacke von Idealisierung und Grandiosität auf der einen Seite und Abwertung auf der anderen Seite ablegen. Eine Zwangsjacke, die zugleich sein Wahrnehmungs- und Erlebensmuster von sich selbst und von anderen war. Sich selbst und andere mit Fehlern, Schwächen, Ecken und Kanten lieben zu können, kommt in den Horizont seiner Beziehungsfähigkeit.

Viele Wege führen nach Rom. Was die Narzissmustherapie betrifft, kennen wir als wesentlichste psychoanalytische Ansätze den objektbeziehungstheoretischen und ich-psychologischen Ansatz von Otto F. Kernberg<sup>2</sup> und den selbstpsychologischen Ansatz von Heinz Kohut<sup>3</sup>. In der Körperpsychotherapie ist vor allem Stephen M. Johnson<sup>4</sup> zu nennen, der unter gewissen pragmatischen Gesichtspunkten eine Synthese zwischen der Reichianischen Charakter-

<sup>2</sup> Kernberg, O.F., (1992) *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta; (1995) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

<sup>3</sup> Kohut, H., (1995) *Narzissmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; (1996) *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

<sup>4</sup> Johnson, S. M., (1988) *Der narzisstische Persönlichkeitsstil*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

**Korrespondenz:** Dipl.-Psych. Dr. phil. Arnim H. Krüger, Psychoanalytiker (DGAPT e.V.), Bioenergetischer Analytiker (CBT), Rodenbergstraße 29, D-10439 Berlin, Deutschland.  
Internet: <http://www.analytischekoerperpsychotherapie.de>  
E-mail: [info@analytischekoerperpsychotherapie.de](mailto:info@analytischekoerperpsychotherapie.de)

## Zusammenfassung

Der Autor zieht die Linie analytisch körperpsychotherapeutischen Arbeitens mit seinem Beitrag „Selbstobjektbedürfnisse in der Körperpsychotherapie“ zur Selbstpsychologie H. Kohut's. Die psychotherapiehistorische Verbindung Reich – Ferenczi – Kohut ist natürlich in der Praktizierung eines humanistischen Empathieverständnisses, einschließlich der annehmenden Haltung gegenüber der frühen Störung, der analytischen Körperpsychotherapie näher als z.B. die Verbindung Freud – Kernberg. Die Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung (vgl. u.a. Dornes) scheinen, die Notwendigkeit dieses Ansatzes zu bestätigen, bis hin, dass selbstpsychologisch postulierte Selbstobjektbedürfnisse (nach Spiegelung, nach Idealisierung, nach Gleichheit und Zugehörigkeit) auch die entsprechende körperliche Dimension aufweisen.

### Schlüsselwörter:

Psychoanalyse; Narzissmus; Körperpsychotherapie; Selbstpsychologie; Selbstobjektbedürfnisse.

analyse<sup>5</sup>, der Objektbeziehungstheorie, der Ich- und Selbstpsychologie versucht. Differenziertere psychoanalytische Fundierungen einer körperorientierten Narzissmustherapie stehen aber eigentlich noch aus. Eine Ausnahme bildet vielleicht George Downing<sup>6</sup>, der eine Grundlegung der Körperpsychotherapie von einem objektbeziehungstheoretischen Standpunkt aus entwickelt.

In dem vorliegenden Artikel wird versucht, einen kleinen Beitrag zu leisten, um die Lücke zwischen Selbstpsychologie und körperorientierter Narzissmustherapie zu schließen. Dies ist vor allem in dem Sinne gemeint, dass es um eine psychoanalytische Applikation selbstpsychologischer Grundannahmen bezogen auf eine körperorientierte Narzissmustherapie geht. Die Notwendigkeit gerade selbstpsychologische Grundannahmen für eine körperorientierte Narzissmustherapie zu nutzen, ergibt sich aus der berühmten Freudschen Feststellung, dass das „Ich vor allem ein körperliches“<sup>7</sup> sei. Mit gleichem Fug und Recht, ohne in einen voreiligen Analogieschluss zu fallen, lässt sich konstatieren: *Das Selbst ist vor allem ein Körper-Selbst* (was weiter unten noch näher beschrieben wird). Der gegenwärtige Stand der modernen psychoanalytischen Säuglings- und Kleinkindforschung<sup>8</sup> lässt eine solche Aussage als gerechtfertigt erscheinen.

## 1. Zu einigen Essentials der Selbstpsychologie

Offensichtlich gehen Initialimpulse für die Psychotherapieentwicklung, wenn sie von Männern betrieben wird, von Patientinnen aus. Für die klassische Psychoanalyse könnte das „Fr. Anna O...“, alias Bertha Pappenheim sein, deren Krankengeschichte, von Freud gedrängt, Josef Breuer<sup>9</sup> aufschrieb. Heinz

Kohut hatte auch seine „Anna O.“, nur dass sie „Miss F.“ hieß:

„Kohut hatte ihr die herkömmlichen Interpretationen zu ihrer Regression von ödipalen Übertragungsgefühlen mehrmals, ohne Erfolg, angeboten. Miss F. beklagte sich, dass er ihre Analyse immer mehr ruiniere. Sie wollte, dass er stillschweigend zuhöre, und nach einiger Zeit, ungefähr in der Mitte der Stunde, ihr eine Zusammenfassung von all dem, was sie sagte, anbieten sollte, nicht mehr und nicht weniger. Teilte Kohut ihr auch etwas von seinen eigenen Ideen mit, wurde sie wütend und meinte, dass er ihre Analyse verpatze. Als Miss F. diese Klagen nochmals vehement, eindringlich und mit starkem Verlangen aussprach, hörte nun Kohut zum ersten Mal, dass Miss F. vielleicht Wünsche und Bedürfnisse mitteilte, die nicht regressives Ausweichen vor dem Ödipus-Komplex, sondern echte, Phasen-spezifische, nie befriedigte Nöte ihrer Kindheit darstellten. Das Gesamtbild sah nun aus, als ob Miss F. wollte, dass ihre eigenen Gefühle und Gedanken akzeptiert, bekräftigt und geltend gemacht würden; das heißt, sie hatte das Bedürfnis, diese Gefühle und Gedanken von dem Analytiker widergespiegelt zu bekommen und dafür kämpfte sie. Ihr Verhalten in der Analyse war kein Widerstand gegenüber dem Auftauchen ihrer ödipalen Wünsche, sondern das Wiederbeleben von Bedürfnissen, deren Befriedigung in der Kindheit die unentbehrliche ‚psychische Nahrung‘ für ihre normale Entwicklung hätten sein sollen.“<sup>10</sup>

Dieser „unentbehrlichen psychischen Nahrung“ liegen nach Kohut (1971)<sup>11</sup> drei Grundbedürfnisse zu Grunde:

1. *Bedürfnis nach Spiegelung* – der jeweils gegebene emotionale, körperliche und soziale Entwicklungsstand eines Kindes bedarf als Erfahrung der einfühlsamen, einfühlenden Reaktionen eines wichtigen, stützenden Objekts (bzw. Person). Die relative Befriedigung dieses Bedürfnisses ist wichtig für die Entwicklung und Entfaltung des *Selbstwertgefühls*, des *Selbstrespekts* und der *Selbstbehauptung* eines Menschen.

2. *Bedürfnis nach Idealisierung* – der jeweils gegebene emotionale, körperliche und soziale Entwicklungsstand eines Kindes bedarf als Erfahrung der beruhigenden und beschützenden Reaktionen eines wichtigen, stützenden

<sup>5</sup> Reich, W., (1989) Charakteranalyse. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

<sup>6</sup> Downing, G., (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel.

<sup>7</sup> Freud, S., (1994) Das Ich und das Es, in: Studienausgabe Bd. III. Frankfurt a. M.: S. Fischer, S. 294.

<sup>8</sup> Vgl. Dornes, M., (1995) Der kompetente Säugling. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch; (1997a) Die frühe Kindheit. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.

<sup>9</sup> Breuer, J., Beobachtung I. Fr. Anna O ..., in: Breuer, J., Freud, S., (1996) Studien über

Hysterie. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.

<sup>10</sup> Ornstein, P. H., Die Entwicklung der Selbstpsychologie, in: Wolf, E. S., u.a., (1989) Selbstpsychologie. München: Internationale Psychoanalyse.

<sup>11</sup> Vgl. Kohut, H., (1995) Narzissmus ...

Objekts (bzw. Person). Die relative Befriedigung dieses Bedürfnisses ist wichtig für die Entwicklung und Entfaltung der *Fähigkeit zur Selbstberuhigung* und der *Fähigkeit des angemessenen Umgangs mit aggressiver und libidinöser Erregung* eines Menschen.

Und er fügt (1984)<sup>12</sup> hinzu:

3. *Bedürfnis nach Gleichheit und Zugehörigkeit* (Alter Ego, Zwilling) – der jeweils gegebene emotionale, körperliche und soziale Entwicklungsstand eines Kindes bedarf als Erfahrung der gemeinsamen Aktivitäten mit einem wichtigen, stützenden Objekt (bzw. Person), um sich gleich und zugehörig fühlen zu können. Die relative Befriedigung dieses Bedürfnisses ist wichtig für die Entwicklung und Entfaltung von *Gemeinschaftsgefühl* und *Stolz* eines Menschen.

**Definition:** Die Objektrepräsentanz, die das Erleben eines Mitmenschen als jene wichtige, stützende Person/Objekt beinhaltet, ist ein *Selbstobjekt*.

I.d.S. sind die drei o.g. Bedürfnisse *Selbstobjektbedürfnisse*.

Jene wichtige, stützende Person hat ihre Wichtigkeit bezogen auf die Stützung des *Selbst* eines Kindes, eines Menschen.

Das *Selbst* ist eine *strukturierte Organisation solcher Erfahrungen*, die dem Kind, dem Menschen einen *Sinn von sich selbst* verleihen.<sup>13</sup>

Im Sinne des psychoanalytischen Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepts hat Kohut (1984)<sup>14</sup> drei *Selbstobjektübertragungen* eruiert:

1. *Spiegelübertragung* – der geschädigte Pol (vor allem der des grandiosen Selbst) initiiert, bestätigende und billigende Reaktionen des Selbstobjekts (z.B. des Therapeuten) zu bekommen. Die Gegenübertragung des Therapeuten ist dabei oft, dass man sich auf „Dauer wie ausgelöscht, als nicht im Raum existent vorkommt oder sich müde fühlt“.<sup>15</sup>

<sup>12</sup> Vgl. Kohut, H., (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

<sup>13</sup> Vgl. Wolf, E. S., *Das Selbst in der Psychoanalyse: Grundsätzliche Aspekte*, in: Wolf, E. S., u.a., (1989) *Selbstpsychologie ...*, S. 7.

<sup>14</sup> Vgl. Kohut, H., (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* ...

<sup>15</sup> Jaenicke, Chr., (o. J.) *Anmerkungen zur klinischen Bedeutung der Empathie in der Selbstpsychologie*. Berlin: unveröffentlichtes Manuskript, S. 5.

2. *Idealisierende Übertragung* – der geschädigte Pol (vor allem der der idealisierten Eltern-Imagines) initiiert, ein Selbstobjekt (z.B. den Therapeuten) zu bekommen, das seine Idealisierung annimmt. Die Gegenübertragung des Therapeuten ist dabei oft, dass „man das Bedürfnis bei sich verspürt, idealisierende Bemerkungen des Patienten abzuwehren und herunterzuspielen. Tut man das, so bricht man die Selbst-Selbstobjekt-Verbindung und entzieht dem Patienten das gegebenenfalls nötige ‚holding environment‘“.<sup>16</sup>

3. *Zwilling- oder Alter-Ego-Übertragung* – der geschädigte Zwischenbereich bzw. Spannungsbogen zwischen den beiden o.g. Polen (bestehend aus: Talenten, Fähigkeiten, Fertigkeiten etc.) initiiert, ein Selbstobjekt zu bekommen, das für die Erfahrung essentieller Ähnlichkeit zur Verfügung steht. Die Gegenübertragung des Therapeuten ist dabei oft ein stillschweigendes Mitgehen.<sup>17</sup>

Wurden die drei o.g. Selbstobjektbedürfnisse in der Entwicklung eines Kindes nur mangelnd befriedigt, kommt es nach Kohut zu einer *Entwicklungsarretierung auf archaischem Niveau*. D.h., es handelt sich dann um *Verschmelzungsbedürfnisse*<sup>18</sup>, indem eine Befriedigung durch völliges Einssein mit dem spiegelnden und/oder idealisierten Selbstobjekt angestrebt wird.

Deshalb postuliert die Selbstpsychologie eine narzisstische Entwicklungslinie vom virtuellen<sup>19</sup> über das archaische und schließlich zum reifen Selbst. Die Heilung zum reifen Narzissmus erfolgt in der Therapie vor allem durch einführendes Verstehen und Erklären des Therapeuten. Dabei besteht die Chance, dass die Selbstobjektfunktion des Therapeuten sich bei dem Patienten strukturbildend *umwandelt, verinnerlicht*.

<sup>16</sup> Ebenda, S. 5 f.

<sup>17</sup> Vgl. ebenda, S. 6.

<sup>18</sup> Vgl. Milch, W. E., Hartmann, H.-P., (1996) *Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie*, in: *Psychotherapeut* 41. Berlin: Springer, S. 5.

<sup>19</sup> „Mit dem virtuellen Selbst sind die Vorstellungen oder inneren Bilder der Eltern über ihr noch ungeborenes oder gerade geborenes Kind gemeint, mit denen sie dem Neugeborenen begegnen und damit seine angeborenen Potentiale ansprechen oder nicht.“, Hartmann, H.-P., (1997) *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*, in: *Psychotherapeut* 42. Berlin: Springer, S. 73.

Dieses zentrale Therapeutenverhalten wird in der Selbstpsychologie *Empathie* genannt. Empathie meint nicht Sympathie, Mitgefühl, Intuition oder Zuwendung bzw. die unmittelbare Befriedigung der dahinter verborgenen Bedürftigkeiten des Patienten. Empathie ist eine *bestimmte Art und Weise der Beobachtung*, „*sich selbst in einen anderen hineinzusetzen und die Welt aus dessen innerem Bezugsrahmen wahrzunehmen und zu interpretieren*“.<sup>20</sup> I. S. Kohuts ist Empathie „*stellvertretende Introspektion*“, d.h., der Therapeut übernimmt stellvertretend für den Patienten dessen Introspektion.

Dieser Vorgang besteht aus einem Wechselspiel<sup>21</sup>, in dem die Wahrnehmung des Therapeuten, mal auf die eigene innere Welt (Introspektion → Gegenübertragung), mal auf die innere Welt des Patienten (stellvertretende Introspektion → Übertragung) gerichtet ist. Die empathische Einsicht in die Selbstwertregulation des Patienten und in die damit einhergehenden Gefühlslage des Patienten beinhaltet vier sich stets wiederholende therapeutische Schritte:

*Erstens*, man versucht, den Patienten aus der Sichtweise seiner Welt zu verstehen;

*zweitens*, man versucht, analoge Situationen im eigenen Erlebensbereich nachzuempfinden oder, wenn diese Situationen einem fremd sind, sich in sie hineinzuphantasieren;

*drittens*, man versucht, das Nachempfundene dem Patienten darzustellen und der Patient kann es bestätigen, dass er richtig verstanden wurde.

Spätestens beim dritten Schritt kann es unvermeidlich zum *Empathieversagen* des Therapeuten kommen. Dieses Empathieversagen bzw. diese *Unterbrechung der Selbstobjekt-Übertragung* geschieht deshalb „unvermeidlich, da der Therapeut zwangsläufig daran ‚scheitern‘ muss, ein totales, vollkommenes, einfühlsames Ineins-Sein mit dem Patienten aufrechtzuerhalten.“<sup>22</sup> „Unterbrechungen der Selbstobjektübertragung

<sup>20</sup> Wolf, E. S., (1988) *Treating the self*, zit. nach: Milch, W. E., Hartmann, H.-P., *Zum gegenwärtigen Stand ...*, S. 3.

<sup>21</sup> Vgl. Jaenicke, Chr., ..., S. 2.

<sup>22</sup> Wolf, E. S., (1989) *Anmerkungen zum therapeutischen Prozess in der Psychoanalyse*, in: Wolf, E. S., u.a. ..., S. 117.

## Besoins liés à l'objet du Soi en psychothérapie corporelle

**Résumé** Dans cet article, l'auteur effectue une distinction entre la psychothérapie corporelle de base analytique et la psychologie du Soi de H. Kohut. D'un point de vue historique, il est clair que la lignée *Reich – Ferenczi – Kohut* se situe plus près d'une démarche d'empathie de type humaniste, y compris l'acceptation du trouble précoce, que le courant *Freud – Kernberg*. Les résultats de la récente recherche sur les nouveaux-nés (cf. entre autres *Dornes*) semblent confirmer que cette attitude est nécessaire et même que les besoins liés au Soi

(mirroring, idéalisation, sentiment d'égalité et d'appartenance) se reflètent au niveau du corps.

La satisfaction ou la frustration de certains d'entre eux peut avoir une dimension fantasmagorique et dans la thérapie, il est possible ou il faut les gérer par le biais d'un récit narratif. D'autres, par contre, peuvent ou doivent être reçus et exprimés au niveau du corps. Dans le processus concret d'une psychothérapie corporelle analytique la question va toujours se poser de savoir quelle doit être la proportion d'éléments narratifs ou corporels.

bewirken eine zeitweilige Regression auf frühere, archaischere Beziehungsmodi, die dann unter Umständen durch abwehrbedingt verzerrte, übertriebene Ansprüche an den Therapeuten oder durch abwehrbedingtes auf Distanz gehen, durch Rückzug und manchmal auch durch Agieren gekennzeichnet sind.“<sup>23</sup>

Deshalb ist ein vierter therapeutischer Schritt wichtig, der selbstpsychologisches Vorgehen erst „rund“ macht und es von anderen therapeutischen Vorgehensweisen unterscheidet:

*Viertens*, man versucht, die *Selbstobjektübertragung durch treffende Deutung des Empathieversagens wieder herzustellen*. (Fälschlicherweise<sup>24</sup> wird dies oft vereinfachend in der Fachliteratur und in psychoanalytischen Kollegenkreisen als „Fehler zugeben durch den Therapeuten“ bezeichnet.)

Die Unterbrechung und Wiederherstellung der Selbstobjektübertragung sind vermutlich *die wichtigsten das reife Selbst generierenden psychodynamischen Prozesse* in einer selbstpsychologischen Narzissmtherapie. Die unvermeidlich stattfindende un-empathische Reaktion des Analytikers verletzt den Patienten. „Das Durcharbeiten dieser Verletzung restauriert die Kohäsion der Übertragung und des Selbst, und trägt dabei auch zu der Rekonstruktion der kindlichen Verletzungen bei. Gleichzeitig, in einer beinahe unmerklichen Stille, baut die transformierende Verinnerlichung dieser Erlebnisse mehr psychische Strukturen auf und trägt dadurch offensichtlich zur erhöhten inneren Regulation bei.“<sup>25</sup>

Zusammenfassend noch einige Bemerkungen zur therapeutischen „Technik“<sup>26</sup> bei selbstpsychologischem Vorgehen:

1. *Verhalten des Therapeuten am Anfang der Behandlung* – Interpretation des Widerstands gegen Selbstobjektübertragungen im Hier-und-Jetzt; dann Förderung der Selbstobjektübertragung (Spiegel- und vor allem idealisierende Übertragung).

2. *Generelles Verhalten des Therapeuten* – eher empathisch an der Selbstwertregulation des Patienten orientiert; Verständnisdeutungen der Selbstwertregulation haben Vorrang vor Abwehrdeutungen; Symptom wird als Selbstheilungsversuch verstanden; narzisstische Wut wird als Reaktion auf das Empathieversagen des Therapeuten verstanden; der Therapeut anerkennt sein Empathieversagen und arbeitet es mit dem Patienten durch.

3. *Umgang mit Übertragungsdeutungen bzw. mit der Übertragungsneurose* – erfolgt in Abhängigkeit von der Gegenübertragungsbeziehung eher später als früher im therapeutischen Prozess.<sup>27</sup>

## 2. Körperpsychotherapeutische Applikationen selbstpsychologischer Grundannahmen

Spätestens mit *T. J. Jacobs*<sup>28</sup> lässt sich den Aussagen „*Das Ich ist vor allem ein körperliches*“ und „*Das Selbst ist vor allem ein Körper-Selbst*“ das Postulat hinzufügen: *Empathie ist vor allem*

*Körper-Empathie (Body-Empathie)*. I. S. des besprochenen Empathiebegriffes kann Body-Empathie nur heißen, dass der Therapeut innerhalb der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik sich selbst und den Patienten körperlich-emotional wahrnimmt. *Körperwahrnehmung wird in der analytischen Körperpsychotherapie so zu einem zentralen Arbeitselement*. Körperwahrnehmung in der Behandlungssituation und im therapeutischen Prozess der analytischen Körperpsychotherapie zu reflektieren, macht primär nur Sinn, wenn man sie zentral eingebettet in das komplexe Geschehen von Übertragung und Gegenübertragung erlebt und begreift. Auf der einen Seite lassen die Körperlichkeit des Patienten *und* die Körperlichkeit des Therapeuten bestimmte Übertragungsgefühle und -reaktionen beim Patienten selbst entstehen. Auf der anderen Seite lassen die Körperlichkeit des Therapeuten *und* die Körperlichkeit des Patienten bestimmte Gegenübertragungsgefühle und -reaktionen beim Therapeuten selbst entstehen.<sup>29</sup> *Die Körperwahrnehmung des Patienten und des Therapeuten bzw. das Einbeziehen der Körperlichkeit beider in den therapeutischen Prozess eröffnet eine weitere Dimension des Durcharbeitens im analytischen Kontext von „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“*.<sup>30</sup>

Die empathische Rückkopplung durch den Therapeuten kann den Patienten auf drei verschiedenen Ebenen

<sup>23</sup> Ebenda, S. 118.

<sup>24</sup> So auch bei Hartmann, H.-P., (1997) ..., S. 81.

<sup>25</sup> Ornstein, P. H., (1989) ..., S. 40 f.

<sup>26</sup> Vgl. Hartmann, H.-P., (1997) ..., S. 81.

<sup>27</sup> Vgl. Kernberg, O. F., (1995) ..., S. 348 f.

<sup>28</sup> Jacobs, T. J., (1973) Posture, gesture, and movement in the analyst: cues to interpretation and countertransference. *J. Am. Ps. Ass.* 21: 77–92.

<sup>29</sup> Vgl. Krüger, A., (1997a) Körperwahrnehmung in der psychodynamischen Einzeltherapie, in: Maaz (Hrsg.), H.-J., *Psychodynamische Einzeltherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

<sup>30</sup> Vgl. Freud, S., (1994) *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*, in: Studienausgabe Ergänzungsband. Frankfurt a.M.: S. Fischer, S. 205 ff.

seiner unbewussten oder bewussten, seiner wahrgenommenen oder nicht wahrgenommenen Körperlichkeit erreichen: *erstens, auf der Ebene der Empfindung, zweitens, auf der Ebene des Gefühls, drittens, auf der Ebene des Ausdrucks*. Befindet sich der Patient nur auf der Empfindungsebene hat er meist kein Gespür und keine Benennung für das Gefühl, geschweige, dass er das Gefühl ausdrücken kann. Spürt der Patient das Gefühl bereits, heißt es noch nicht, dass er es auch zum Ausdruck bringen kann. Aber wiederum ein Patient, der in einen gefühlsmäßigen Ausdruck kommen kann, muss noch lange nicht dieses Gefühl auch spüren und empfinden. Vor allem hysterische und narzisstische Patienten sind „gut“ im Ausdruck, aber spüren und empfinden dabei oft nicht wirklich. Gerade narzisstische Therapeuten halten dies dann für „bare Münze“.

Um die Richtigkeit der Gegenübertragung zu überprüfen, konfrontiert man u.U. den Patienten vor, während oder nach der Rückkopplung mit seinem vom Therapeuten wahrgenommenen Empfindungsverhalten: „Sie ballten eben die Faust, was spürten Sie dabei?“ Oft hört man dann die Antwort: „Habe ich gar nicht gemerkt – gespürt auch nichts dabei.“ In diesem Fall hat der Patient also weder auf der Empfindungs- noch auf der Gefühlsebene Kontakt zu seinem Affekt. Die *Konfrontation des Patienten mit seinem Empfindungsverhalten* ist generell ein wichtiges Mittel, um den therapeutischen Prozess „zu nähren“, die Übertragung des Patienten findet eine körperlich-emotionale Anreicherung und die Gegenübertragung des Therapeuten wird genauer, inhaltsvoller und damit unterstützender für den Patienten. D.h., die Konfrontation des Patienten mit seinem Empfindungsverhalten ist ein sinnvolles Arbeitsinstrument, auch ohne nun gleich die beschriebene Rückkopplung im Auge zu haben.

Der Vorgang der *paradoxen Kommunikation*, wie P. Watzlawick<sup>31</sup> ihn als widersprüchliches Mitteilen auf der Beziehungs- und Inhaltsebene beschreibt, den gibt es natürlich auch, wenn die Körperlichkeit des Patienten und des Therapeuten miteinander nonverbal

<sup>31</sup> Vgl. Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., (1969) *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.

kommunizieren. D.h., oft wird mit verschiedenen Signalen gleichzeitig Widersprüchliches auf der Empfindungs-, Gefühls- oder Ausdrucksebene mitgeteilt, z.B.: der Patient, der mit sehr wohlgesetzten Worten und sehr leiser Stimme, die scheinbar überhaupt nicht aggressiv klingen soll, seine doch vorhandene Wut (nicht) kommuniziert. Typische Gegenübertragungsreaktionen bei paradox kommunizierter Körperlichkeit sind Verwirrung, Gereiztheit, Orientierungsunsicherheit oder wertende Urteile wie: Er täuscht, betrügt, führt an der Nase herum, führt mich hinter das Licht, will mich hereinlegen, irreführen.<sup>32</sup> Mit D. Stern<sup>33</sup> können wir das *paradoxe Stimulierung* nennen. Er meinte damit v.a. die Zuwendung eines Interaktionspartners zu einem anderen bei gleichzeitigem Vermeiden eines vollen Kontaktes, eine klare Abwendung wird aber auch vermieden. Und natürlich kann der Patient den Therapeuten, aber auch der Therapeut den Patienten paradox stimulieren.

Paradox kommunizierte Körperlichkeit, also der paradoxe Umgang mit einer körperlichen Empfindung, Gefühl oder Ausdruck hat seinen Ursprung in der Charakterneurose (Umgang mit der gestörten Objektbeziehung) eines Patienten (oder Therapeuten), nicht in der Beziehungs- und/oder Übertragungsneurose (gestörte Objektbeziehung) des Patienten (oder Therapeuten).

Situativ ausgedrückte Körperlichkeit, z.B. ein Seufzen, das Ballen einer Faust etc., ist meist die Verkörperung einer *aktuell übertragenen Objektbeziehung*. In deutlicher Unterscheidung dazu ist paradox kommunizierte Körperlichkeit bzw. charakterneurotische Körperlichkeit eine *habituelle Verkörperung*, z.B.: die leise, Wut unterdrückende Stimme, der aufgeblähte Oberkörper, die flache Atmung, die ständig durchgedrückten Knie, der steife Nacken etc.

Habituelle Körperlichkeit entsteht auf Grund früher mangelnder Objektbeziehung und früher aufdringlicher Objektbeziehungen. „In dem einen Falle

<sup>32</sup> Vgl. Herdieckerhoff, G., (1985) *Körpersprache in der psychoanalytischen Behandlungssituation*, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, H. 2, S. 137. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

<sup>33</sup> Vgl. Stern, D., (1979) *Mutter und Kind*. Stuttgart.

dient es der Objektersetzung, im andern Falle der Objektabwehr.“<sup>34</sup> Ausführlich und neuartig produktiv ist die mögliche und gestörte habituelle Körperlichkeit eines Menschen beschrieben im Buch von Stanley Keleman: *Verkörpernte Gefühle*, Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen.<sup>35</sup>

Wie sollte ein Therapeut mit der habituellen Körperlichkeit eines Patienten umgehen, wie sollte er sie ansprechen? Abgesehen davon, dass er sie natürlich erst einmal wahrnehmen muss, gilt als *therapeutische Grundregel*, dass nur über einen aktuellen Beziehungsaspekt die habituelle Körperlichkeit ansprechbar ist.<sup>36</sup> In der Regel reagieren die Patienten positiv darauf, sie fühlen sich ganzheitlich gesehen, spüren Interesse und Einfühlung.

„Body-Empathie“ ist für den orthodoxen Analytiker kein Fremdwort.<sup>37</sup> Ja, pikanterweise ist ein Psychoanalytiker, der differenziert mit der Körperwahrnehmung arbeitet, mehr Körperpsychotherapeut als ein Körpertherapeut, der seinem Patienten „nur“ aktionistisch irgendwelche Körperübungen vorschlägt, an denen dieser sich dann „abarbeiten“ kann und es nicht in der Einbettung von Übertragung und Gegenübertragung verstanden wird. Problematischer für einen Analytiker ist eher die Aussage: „Das Selbst ist vor allem ein Körper-Selbst“. Für Körperpsychotherapeuten gehört sie dagegen zum (manchmal unhinterfragten) Selbstverständnis ihrer Arbeit.<sup>38</sup> Phänomenalistisch scheint die Richtigkeit dieses Satzes in den modernen, vor allem reichianisch orientierten Körpertherapiemethoden ausgiebig begründet worden zu sein.<sup>39</sup> Folgerichtig

<sup>34</sup> Vgl. Herdieckerhoff, G., (1986) *Therapeutischer Umgang mit habitueller Körpersprache*, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, H. 2, S. 193. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

<sup>35</sup> Vgl. Keleman, St., (1992) *Verkörpernte Gefühle*. München: Kösel-Verlag.

<sup>36</sup> Vgl. Herdieckerhoff, (1985) S. 148.

<sup>37</sup> Vgl. Mertens, W., (1990) *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd. 2, S. 83 f. Stuttgart: W. Kohlhammer.

<sup>38</sup> Vgl. Krüger, A., (1997b) *Essentials der analytischen Körperpsychotherapie – Zur Methode und Technik*, S. 86 f., in: Maaz H.-J., u.a., (Hrsg.) *Analytische Psychotherapie im multimodalen Ansatz*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

<sup>39</sup> Vgl. z.B. Lowen, A., (1986) *Narzissmus*. München: Goldmann.

mündete das z.B. in der Bio-Energetik in eine *Lehre von den Charakterstrukturen*<sup>40</sup>, in der der körperlich-muskuläre Ausdruck/Erscheinungsbild eines Menschen als „Spiegel“ seines psychischen Innenlebens begriffen wird, bis hin zu dem Reduktionismus: „Du bist Dein Körper!“ oder „Der Körper lügt nie!“ Beim Verbleiben im Phänomenalistischen des Zusammenhangs von Psyche und Körper konnte in den reichianischen Körpertherapien keine klare Vorstellungen vom pathologischen Narzissmus auf der einen Seite und von einem reifen Selbst auf der anderen Seite entwickelt werden. Pathologischer Narzissmus wurde vor allem der psychopathischen Charakterstruktur zugeordnet.<sup>41</sup> Auch die Metapher, dass die Charakterstruktur lediglich die „Rüstung“ sei und der Narziss als „Ritter“ sich innerhalb der Rüstung befände<sup>42</sup>, war dann eher eine Hilfskonstruktion.

Erst die moderne psychoanalytische Säuglings- und Kleinkindforschung brachte da „Licht ins Dunkle“. Ihre prominentesten Vertreter sind wohl gegenwärtig *Joseph Lichtenberg*<sup>43</sup>, *Daniel Stern*<sup>44</sup> und in Deutschland *Martin Dornes*<sup>45</sup>. *Dornes* (1998) führt aus, wo die

anthropologische Bedeutung der modernen Säuglingsforschung für ein neues Verständnis der frühen Entwicklung eines Kindes und damit auch der „*frühen Störung*“ liegt:

„Wir können ... lernen, warum die Triebtheorie als eine Theorie, die die hedonistische Tönung, das heißt die Befriedigung oder Nichtbefriedigung (körpernaher) Bedürfnisse in den Vordergrund stellt, unzureichend und einseitig ist.

Der Mensch ist das (vielleicht) einzige Lebewesen, das nicht nur die Befriedigung seiner Bedürfnisse anstrebt, sondern außerdem noch deren Anerkennung. Dieser Kampf um oder die Suche nach Anerkennung spielt sich in der Interaktion ab ...“ Der Säugling „will nicht einfach nur spielen oder mit der Mutter kommunizieren, sondern er will, dass sie sein Spiel- und Kommunikationsbedürfnis sieht und ‚sagt‘: ‚Ja, ich sehe, dass du spielst und dich mit mir unterhalten willst, und ich akzeptiere die Art und Weise, in der du dieses Bedürfnis zum Ausdruck bringst.‘

Dieses Bedürfnis nach Anerkennung von Bedürfnissen existiert vermutlich nicht nur in der Spielinteraktion, sondern in jeder *interpersonellen Situation* (Hervorhebung A.K.), zum Beispiel auch in der Fütterungsinteraktion ... Der Säugling fragt gewissermaßen ...: ‚Ist es richtig, und kannst du akzeptieren, dass ich als der und der existiere und meine Bedürfnisse auf diese oder jene Art zum Ausdruck bringe?‘

... *Dornes*' grundlegende These lässt sich in einem Satz zusammenfassen: *Brecht* hat unrecht, wenn er eine seiner Figuren sagen lässt: ‚Erst kommt das Fressen, dann die Moral.‘ Der Säugling stellt vielmehr ... schon beim Fressen die Moralfrage. Er fragt, zugleich mit der Nahrungsaufnahme: ‚Ist es richtig, und erkennst du an, dass ich so fresse, wie ich es tue.‘ Wenn er sehr ausgehungert ist, tritt dieser Aspekt der Anerkennung in den Hintergrund. Aber er ist immer da, und heute, in den Zeiten und Gegenden materiellen Überflusses, deutlicher denn je.<sup>46</sup>

An dieser Stelle wird es nun notwendig, Thesen der modernen Säuglingsforschung, selbstpsychologisches Denken und körperpsychotherapeutisches Selbstverständnis zusammenzuführen. *Kohut* schrieb bereits 1977:

„Vom Standpunkt der Psychologie des Selbst aus gesehen wollen wir ... behaupten, dass das Kind von Anfang an sein Bedürfnis nach einem nahrungsspendenden Selbstobjekt geltend macht – wie unklar das Selbstobjekt auch immer wahrgenommen werden mag. (In mehr verhaltenspsychologischen

Begriffen könnten wir sagen, dass das Kind *empathisch moduliertes Geben von Nahrung braucht* [Hervorhebung, A.K.], nicht bloß die Nahrung selbst.) Wenn dieses Bedürfnis unbefriedigt bleibt (in einem traumatischen Ausmaß), dann fällt die umfassendere psychologische Konstellation – die freudvolle Erfahrung, ein heiles Selbst zu sein, auf das angemessen reagiert wird – auseinander, und das Kind zieht sich auf ein Fragment der größeren Erfahrungseinheit zurück, d. h. auf lustsuchende orale Stimulierung (auf die erogene Zone) oder, klinisch ausgedrückt, auf depressives Essen ... Und es ist das zunehmende Bewusstsein der depressiv-desintegrativen Reaktion auf das unempathische Selbstobjekt-Milieu ..., das zur Basis wird, von der aus eine erneute Bewegung in Richtung auf psychologische Gesundheit in Gang kommen kann.“<sup>47</sup>

Und hier beginnt *Kohut* zu irren. Auf der Höhe seiner Zeit glaubte er wie alle Psychoanalytiker damals und noch viele heute, dass die psychopathologische Verarbeitung der Frustration, die auf unangemessene elterliche Responsivität folgt, ihren phantasmagorischen Niederschlag fände. D.h., dass das Kind mittels kompensatorischer Phantasien die frustrierende Realität umformen und sich darin entsprechend „einrichten“ würde, z.B. depressiv etc. Es bedürfte dann „nur“ der „zunehmenden Bewusstwerdung“ darüber, um psychisch zu gesunden. Da Phantasien letztlich an Sprache gebunden sind, glaubte *Kohut*, dass der Defekt selbst (auf der frühen Stufe des *archaischen Selbst*) die psychopathologische Reaktion (phantasmagorischer Niederschlag) auf das unempathische Selbstobjekt-Milieu sei und man dann mittels empathischer Sprachkommunikation in der Therapeut-Patient-Beziehung die psychische Gesundheit bewirken könne. Die Voraussetzung für dieses Vorgehen ist das *Vorhandensein eines sprachsymbolischen Bedeutungsraumes* (oder dessen Vorform) bzw. das *Vorhandensein der Symbolisierungsfähigkeit* (oder deren Vorform) des Kindes (bzw. späteren Patienten). Nun wissen wir aber mit der modernen Säuglingsforschung, dass das Kind bis zum Alter von ca. einhalb Jahren das nicht kennt: Phantasien, die die Realität umformen.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Kohut, H., (1996) ..., S. 80 f.

<sup>48</sup> Vgl. Moser, T., (1996) Über Säuglings- und Kleinkindforschung und Körperpsychotherapie, S. 132, in: Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

<sup>40</sup> Gemeint sind die schizoide, orale, psychopathische, masochistische und rigide Charakterstruktur; vgl. Dietrich, R., (1990) Analytische Bioenergetik. Salzburg: Eigenverlag.

<sup>41</sup> Vgl. Lowen, A., (1986) ..., S. 33 ff.

<sup>42</sup> Vgl. Geißler, P., (1994) Narzissmus und Bioenergetische Analyse, in: Forum der Bioenergetischen Analyse 2/94, S. 4. Erfstadt.

<sup>43</sup> Vgl. z.B. Lichtenberg, J., (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin: ... ; (1997) Modellszenen und Motivationssysteme, unveröffentlichter Vortrag auf dem 3. Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie. Bonn: DITAT e.V. (4.10.97).

<sup>44</sup> Vgl. z.B. Stern, D., (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: ... ; (1997) Protonarrative Hüllen und Vitalitätsaffekte als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen: „Looking at the process of change in psychotherapy“, unveröffentlichter Vortrag auf dem 3. Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie. Bonn: DITAT e.V. (4.10.97).

<sup>45</sup> Vgl. Dornes, M., (1995) ... ; (1997a) ... ; (1997b) Gibt es ein Unbewusstes ohne unbewusste Phantasie?, unveröffentlichter Vortrag auf dem 3. Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie. Bonn: DITAT e.V. (03.10.97); (1998) Zur Genese der Intersubjektivität beim Säugling, in: Wiese,

J., Joraschky, P., (Hrsg.), Psychoanalyse und Körper, Psychoanalytische Blätter, Bd. 7. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

<sup>46</sup> Dornes, M., (1998) ..., S. 141 ff.

Hat Kohut deshalb unrecht, stimmt das ganze selbstpsychologische Verständnis nicht? Nein, die moderne Säuglingsforschung bestätigt nahezu mit der Aufdeckung des *Bedürfnisses nach der Anerkennung von Bedürfnissen und Gefühlen im intersubjektiven Raum* die von Kohut eruierten *Selbstobjektbedürfnisse*. Nur, die *Entwicklungsgeschichte der Selbstobjektbedürfnisse* und damit des *Selbst* ist offensichtlich anders, als Kohut es annahm. Der Niederschlag der Befriedigung oder der Frustration von Selbstobjektbedürfnissen muss beim Kleinkind vor dem bzw. bis zum Alter von einhalb Jahren anders sein als nach dem Alter von einhalb Jahren. Im Kanon mit anderen psychoanalytischen Richtungen (Triebtheorie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie etc.), die dem sprach-symbolischen Bedeutungsraum universelles Gewicht zumessen, geht die Selbstpsychologie richtig in der Annahme, dass der „Defekt im Selbst“ über *Nachreifung* mittels empathischer Sprachkommunikation im relativen Sinne korrigierbar ist – aber (!), wie wir jetzt wissen, trifft das primär nur für die intersubjektiven Erfahrungen zu, die ein Kind, ein Mensch nach dem ca. andert-halbten Lebensjahr macht.

Wenn es, relativ gesehen, keinen phantasmagorischen Niederschlag von intersubjektiven Erfahrungen vor dem andert-halbten Lebensjahr gibt, wo und wie erfolgt dann der Niederschlag der Befriedigung oder Frustration von Selbstobjektbedürfnissen? Die Antwort liegt auf der Hand und ist zunächst schnell und einfach gegeben: *im Körper* bzw. als *körperlicher* Niederschlag. Aber es ist schwierig, etwas sprachlich genau zu fassen, was eigentlich ein nicht-sprachliches Geschehen ist (obwohl die Eltern dabei auch sprechen und das Kind ebenfalls Laute und Vorsprachliches in unterschiedlicher intensionaler und internaler Qualität von sich gibt). Dornes versucht, sich dem sprachlich anzunähern:

„Frühe Interaktionsepisoden (und deren Niederschlag, A.K.) bestehen aus Wahrnehmungs-Affekt-Handlungsmustern, in denen der Affekt eine bedeutsame Stellung hat, allerdings nicht als symbolisierter, sondern als sensorischer ...“

Der *sensorische Affekt* „ist sprachlos, archaisch und operiert unterhalb der symbolischen Ebene.“ Er „wird von präverbalen und präsymbolischen Erfahrungen gespeist, die der symbolischen Umschrift entgangen sind.

Sie drängen zu Wiederholungshandlungen, weil sie anders nicht erinnert werden können ... *Der unbewältigte sensorische Affekt, nicht der Todestrieb, ist die biologische Wurzel des Wiederholungszwanges.*<sup>49</sup>

Der unbewältigte *sensorische Affekt*, anders als der unbewältigte „phantasmagorische“ Affekt, *kann nicht sprachlich bearbeitet werden, er muss körperlich bearbeitet werden.* Genauso wie man von der *Gleichzeitigkeit sensorischer und phantasmagorischer Affekte* (nach dem anderthalbten Lebensjahr) ausgehen kann, ist behandlungstechnisch die Notwendigkeit der *Parallelität körperlicher und sprachlicher Interventionen* evident. Hier liegt der *Anspruch und die Aufgabe einer analytischen Körperpsychotherapie*.

Natürlich ist der Begriff „sensorischer Affekt“ selbst wieder nur ein Konstrukt, Stern spricht von „*Vitalitätsaffekten*“<sup>50</sup>, Dornes fügt 1997 die Begriffe „*prozedurales Unbewusstes*“ und „*prozedurales Wissen*“ hinzu.<sup>51</sup> Ich meine, dass man in der Tradition von Reich<sup>52</sup> und (!) Freud<sup>53</sup> das beschriebene Kon-

<sup>49</sup> Dornes, M., (1995) ..., S. 191 f.

<sup>50</sup> Vgl. Stern, D., (1997) ...

<sup>51</sup> Vgl. Dornes, M., (1997b) ...

<sup>52</sup> „Als Reich in seiner Kopenhagener Zeit mit massiven körperlichen Schockreaktionen eines Patienten konfrontiert wurde, begann er, sich verstärkt mit physiologischen Ausdrucksformen der Angst zu beschäftigen. Dazu übernahm er das Konzept über vegetative Strömungen im Körpergewebe von Friedrich Kraus. Nach diesem Konzept kommt es in der Gewebsflüssigkeit des Körpers zu osmotischen Bewegungen, die das bioelektrische Potential der Zellen verändern können. Es gibt hier nicht nur die elektrische Aufladung, sondern auch die Tendenz, die Ladung auszugleichen, es kommt zu Strömungen innerhalb des Gewebes. Alle Lebensvorgänge müssen ausschließlich auf diese elektrolytischen Prozesse im Gewebe zurückgeführt werden.“ Mahr, R., (1997) Das Konzept der Orgonenergie von Wilhelm Reich, in: Forum der Bioenergetischen Analyse 1/97, S. 69. Erfstadt.

<sup>53</sup> 1933 erklärt Freud gegenüber dem amerikanischen Psychiater Joseph Wortis: „Die Analyse ist nicht alles. Es gibt andere Faktoren, die dynamischen Faktoren, die wir Libido nennen – die Triebkraft hinter jeder Neurose. Die Psychoanalyse kann auf sie keinen Einfluss nehmen, weil sie eine organische Grundlage hat ... Wir können damit rechnen, dass der organische Teil in Zukunft einmal aufgedeckt werden wird. Solange die

strukt als *Energiematrix* bezeichnen müsste. Analog zu der Gleichzeitigkeit von sensorischen und phantasmagorischen Affekten ließe sich dann die *Gleichzeitigkeit von Energie und Beziehung* postulieren.

Dieses Postulat meint, dass ein Mensch immer zugleich ein in Beziehung seiender und ein mit Energie geladener Mensch ist. Das In-Beziehung-Sein beinhaltet die inneren und äußeren Objektpräsenzen. Die Energieladung in den Energiematrizen beinhaltet die Lebens- oder Gefühlsenergie. Der Schwerpunkt analytischer Körperpsychotherapie liegt im Was, Wie, Woher und Warum dieser Gleichzeitigkeit von (blockierter) Energie und (gestörter) Beziehung: *Der neurotische Konflikt als blockierte Energie und gestörte Beziehung, der sich in der Übertragungsneurose spätestens und erneut wiederholt, wird über Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten auf der Körper- und Beziehungsebene bearbeitet, was Gefühls- und Energiearbeit einschließt.*

Analytische Psychotherapie dagegen in ihrem eigenen Selbstverständnis definiert sich vorrangig als „Arbeit in und auf der Beziehungsebene“. D.h., der Energieaspekt findet nur bedingt Eingang in das psychoanalytische bzw. psychotherapeutische Handeln.

An dieser Stelle ist es sinnvoll, einen phänomenologischen Unterscheidungsversuch zu versuchen, der mögliche körpertherapeutische Arbeitsweisen unterscheidet und damit auch der analytischen Körperpsychotherapie einen entsprechenden Platz zukommen lässt. Vier Arbeitsfelder scheinen existent<sup>54</sup>:

#### 1. Arbeiten „am und mit dem Körper“<sup>55</sup> unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes;

organischen Faktoren unzugänglich bleiben, lässt die Psychoanalyse noch viel zu wünschen übrig.“ Puner, H., (1947) Freud. His Life and Mind. New York: ...; übersetzt von: R. Mahr, vgl. Fußnote 53.

<sup>54</sup> Vgl. Krüger, A., (1995) Buchbesprechung zu P. Geißler: (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Frankfurt a. M.: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften; in: Energie & Charakter, H. 1, S. 207. Berlin: Bernhard Maul.

<sup>55</sup> Meint die Bedeutung des Körpers in seiner unmittelbaren Energieladung in den Energiematrizen, i.S.v. Fließen der Energie, Sich-Vermitteln der Energie, Sich-Austauschen von Energie etc.

2. Arbeiten mit dem „Körper als Vermittler“<sup>56</sup> unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes;
3. Arbeiten „am und mit dem Körper“ unter primärer Einbeziehung des Energieaspektes;
4. Arbeiten mit dem „Körper als Vermittler“ unter primärer Einbeziehung des Energieaspektes.

Die analytische Körperpsychotherapie muss sich m.E. in diesen vier Möglichkeiten erst noch finden. Das kann durchaus ein „Sowohl als auch“ bedeuten. Ich meine, der Körper ist nicht nur Vermittler, der Körper ist u.a. auch Es, um es psychoanalytisch auszudrücken. Demnach hätte sich die analytische Körperpsychotherapie vor allem im 1. Arbeitsfeld zu bewegen, aber auch das 2. und 3. Arbeitsfeld werden durch die analytische Körperpsychotherapie tangiert. T. Moser<sup>57</sup> mit seinem körperpsychotherapeutischen Verständnis würde ich z.B. nur im 2. Arbeitsfeld ausmachen. Wenn ich D. Boadellas<sup>58</sup> Biosynthese richtig verstanden habe, dann wäre er im 4. Arbeitsfeld zu finden. Die ganzen neoreichianischen Körpertherapien (A. Lowen<sup>59</sup>, G. Boyesen<sup>60</sup>, J. Pierrakos<sup>61</sup>) sind m.E. im 3. Arbeitsfeld zu lokalisieren.

Wenn der Schwerpunkt der analytischen Körperpsychotherapie also im Arbeiten am und mit dem Körper unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes liegt, dann ist evident, dass die analytische Körperpsychotherapie das relativ unflexible Setting der analytischen Psychotherapie verlassen muss. Die analytische Körperpsychotherapie wählt variabel und dynamisch das Setting nach den Regressionsbedürfnissen,

-erfordernissen und nach der „not-wendigen“ Tiefe der Regression des Patienten. D.h., die Therapie kann im Sitzen, Liegen oder Stehen stattfinden, in der Bewegung oder im Berühren<sup>62</sup> etc.

Das Thema des auch körperlich-energetischen Durcharbeitens von Konflikten, Störungen und Defiziten ist alt in der Geschichte der Psychoanalyse. Auf dem X. Internationalen Psychoanalytischen Kongress 1927 forderte z.B. Sándor Ferenczi:

„Eine tiefgreifende Analyse der Persönlichkeit kann natürlich auch vor ... (körperlichen, A.K.) Eigenheiten nicht halt machen; wir müssen den Patienten schließlich förmlich einen Spiegel vorhalten, damit sie sich der Besonderheit ihres Benehmens, ja, ihres körperlichen Aussehens erstmalig bewusst werden. Nur wer, wie ich, es erlebt hat, dass selbst analytisch geheilte Menschen wegen ihrer Gesichtsbildung, Körperhaltung, ihrer Bewegungen, ihrer Unarten usw. nach wie vor von aller Welt heimlich belächelt werden, ohne dass sie selbst eine Ahnung von ihren Eigenheiten hätten, wird es für eine grausame, aber unvermeidliche Aufgabe einer radikalen Analyse ansehen, diese sozusagen öffentlichen Geheimnisse auch jenem bewusst werden zu lassen, den sie am nächsten angehen. Der Analytiker muss bekanntlich immer taktvoll sein, wohl am taktvollsten aber in der Behandlung dieses Teiles der Selbsterkenntnis. Ich habe mir zum Grundsatz gemacht, sie dem Kranken niemals unvermittelt vorzuhalten; bei Fortführung der Analyse muss es früher oder später dazu kommen, dass der Patient dieser Dinge mit unserer Hilfe selber gewahr wird.“<sup>63</sup>

### 3. Zusammenfassung und Ausblick

Versteht man Ferenczis Aussage quasi als Projektion des Analytikers auf die Bedürfnisse der Patienten, dann geht es nicht darum, dass der Analytiker den Patienten ihre Körperlichkeit spiegeln „muss“, sondern dass Patienten dessen bedürftig sind, ihre Körperlichkeit durch den Therapeuten gespiegelt zu bekommen. D.h., i.S. der Kohutschen Selbstobjektbedürfnisse und der modernen neonatologischen Forschung lässt sich ein genuines *Bedürfnis nach körper-*

licher Spiegelung annehmen. Die Arbeit an und mit diesem Bedürfnis geschieht in der analytischen Körperpsychotherapie über *Körperwahrnehmung* (Body-Empathie).

Wir haben es hier also mit der *körperlichen Dimension der Selbstobjektbedürfnisse* zu tun. So gibt es auch ein *Bedürfnis nach körperlicher Idealisierung* und ein *Bedürfnis nach körperlicher Gleichheit und Zugehörigkeit*. Die Arbeit an und mit diesen Bedürfnissen geschieht in der analytischen Körperpsychotherapie über *Arbeiten am und mit dem Körper unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes*. Es mag als ungeliebte Wahrheit erscheinen, aber zu einem z.B. verfetteten oder gebrechlichen Therapeuten kann ein Patient nur schwerlich eine körperlich idealisierende Übertragung entwickeln, die aber für den therapeutischen Prozess der Reifung des Selbst i. S. v. Idealisierung und Entidealisierung ein unabdingbarer Bestandteil ist. Eine ähnliche Problematik kennen wir auch von Patienten, die z.B. extrem alte Eltern hatten, wo dann notwendige (körperliche) Identifikationsprozesse nicht stattfinden konnten. Auch sind gemeinsame körperliche Aktivitäten zwischen Therapeut und Patient ein wichtiger Erlebnisraum für den Patienten.<sup>64</sup> In der körperlichen Eltern-Kind-Interaktion z.B. als Streicheln, Balgen, Rumtollen

<sup>64</sup> Dies kann auf sehr subtile Art und Weise geschehen. So erinnere ich mich zweier kleiner Episoden aus meiner Lehranalyse (mit „klassischem Setting“). Einmal bemerkte ich nach der Begrüßung meines Lehranalytikers, dass auf dem ledernen Jeansetikett am hinteren Bund seiner Hose die gleiche Konfektionsgröße verzeichnet war wie ich sie trage, jedenfalls glaubte ich, die gleichen Nummern wahrzunehmen. Dies löste in mir ein gutes Gefühl der Verbundenheit mit ihm aus, da offensichtlich unsere (äußere) Körperlichkeit im Becken- und Beinbereich ganz ähnlich ist. Natürlich mögen bei einem triebtheoretisch geschulten Psychoanalytiker, wenn er diese Episode durchphantasiert, noch andere, mehr sexuell getönte Bilder entstehen. Ein anderes Mal – ich hatte mich auf der Couch mit einem schwierigen Thema aus der Beziehung zu meinem Sohn beschäftigt und es kam eine „Lösung“ in Sicht – klopfte er mir bei der Verabschiedung mit einem leichten Handschlag auf den Oberarm, offenbar anerkennend und dabei selbst bewegt. Ich fühlte mich da nicht nur verstanden, sondern auch körperlich aufgehoben.

<sup>56</sup> Meint die Bedeutung des Körpers in der Übertragung und Gegenübertragung.

<sup>57</sup> Vgl.: Moser, T., (1994) Video-Lehrfilme „Symbiose, Halt und Abgrenzung“ und „Vaterkörper, Geburt und Symbolbildung“, Freiburg i. Br.

<sup>58</sup> Vgl.: Boadella, D., (1988) Biosynthese-Therapie. Grundlagen einer neuen Körperpsychotherapie. Oldenburg: Transform.

<sup>59</sup> Vgl.: Lowen, A., (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München: Kösel.

<sup>60</sup> Vgl.: Boyesen, G., (1987) Über den Körper die Seele heilen. Biodynamische Psychologie und Psychotherapie. Eine Einführung. München: Kösel.

<sup>61</sup> Vgl.: Pierrakos, J., (1987) Core-Energetik. Zentrum Deiner Lebenskraft. Essen: Synthesis.

<sup>62</sup> Vgl.: Heisterkamp, G., (1993) Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München: J. Pfeiffer.

<sup>63</sup> Ferenczi, S., (1982) Das Problem der Beendigung der Analysen, in: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II, S. 231. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.

etc. kennen wir die lebensspendende Wichtigkeit dieser Interaktionen, nur im therapeutischen Raum fühlt man sich genötigt, derartige Interaktionen als „Agieren des Analytikers“ zu denunzieren.<sup>65</sup> Dabei wissen wir, dass der reale Kontakt zum „Mutterkörper“ und zum „Vaterkörper“<sup>66</sup> Stabilisierungsfunktion für die Entwicklung eines reifen Selbst hat und es der therapeutischen Bearbeitung bedarf, wenn dieser Kontakt konflikthaft, defizitär oder gar traumatisch war.

Halten wir fest, es gibt Selbstobjektbedürfnisse, deren Befriedigung oder Frustration phantasmagorischen Niederschlag haben und die therapeutische Bearbeitung dessen *narrativ* erfolgen kann oder muss. Und es gibt die körper-

<sup>65</sup> Vgl. Mertens, W., (1991) Körperkontakt – Agieren des Analytikers?, in: Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. 3, S. 171 ff. Stuttgart: W. Kohlhammer.

<sup>66</sup> Vgl. Moser, T., (1994) ...

liche Dimension der Selbstobjektbedürfnisse, deren Befriedigung oder Frustration sensorischen bzw. energetischen Niederschlag haben und die Bearbeitung dessen *körperpsychotherapeutisch* geschehen kann oder zwingend müsste. Im realen therapeutischen Prozess einer analytischen Körperpsychotherapie wird sich dabei immer die Frage nach der Aufteilung von narrativen und körperpsychotherapeutischen Anteilen stellen. Die (therapieprozessgeleitete) Gewichtung (Zeitpunkt, Modus, Intensität etc.) zwischen körperpsychotherapeutischer und verbal-analytischer Intervention ist eine Aufgabe an die Behandlungstechnik innerhalb der analytischen Körperpsychotherapie. Dies ist eher als ein Ausblick und als eine noch zu lösende Aufgabe der analytischen Körperpsychotherapie zu verstehen.

Zurück zu „*Narziss und Goldmund*“. „Ja, ...“, werden Sie fragen, „der in seinem pathologischen Narzissmus geheil-

te Narziss begegnet doch Goldmund auch nur narrativ?“ Wenn Sie die Frage so stellen, haben Sie zwei wichtige Sätze übersehen. Narziss *flüstert* seinem Freund die Worte *ins Ohr*, und Goldmund *lächelt froh und etwas verlegen* ... Wie kann die liebende Verbundenheit zwischen zwei Menschen einen schöneren *körperlichen* Ausdruck finden!

## Autor

Dipl.-Psych. Dr. phil. Arnim Hadubrand Krüger, geb. 1952, verh., 3 Kinder, 1973–1977 Sozialpsychologiestudium an der FSU Jena, 1992 Niederlassung als Psychologischer Psychotherapeut, 1996 Bioenergetischer Analytiker (CBT), Lehrtherapeut u. Geschäftsführer der Sektion Analytische Körperpsychotherapie (DGAPT e.V.), 1997 Psychoanalytiker (MIP e.V.), 2001 Mitherausgeber (zus. m. H.-J. Maaz) des Buches „Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie“ (Pabst Science Publishers).