

J. Clauer und V. Heinrich

Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. Zwischen Berührung und Abstinenz*

Zusammenfassung Die Konzepte und Behandlungsmethoden basieren auf der Bioenergetischen Analyse (nach Alexander Lowen) und der Analytisch-Imaginativen Körperpsychotherapie (Body-Enlightenment nach Betty Esthelle) sowie der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie. Dargestellt werden Symptomatik des Traumas, Trauma und Körpererinnerung, spezifische körperliche Abwehrmuster bei traumatisierten Personen, Prinzipien der Körperpsychotherapie in der Behandlung von Trauma, Phasen der Traumatherapie sowie die Arbeit mit der verkörperten Gegenübertragung. Anhand von Fallbeispielen aus der ambulanten und klinischen Praxis werden besonders die verschiedenen Phasen der Traumatherapie ausführlich erläutert:

1. Phase der Stabilisierung/Sicherheit (Bioenergetische und Imaginative Interventionen bei Intrusionen sowie die Bedeutung des Groundings). 2. Phase des Erinnerns/Trauens (Arbeit mit Atmung, Bewegung, Ausdruck von Trauer und Zorn sowie Prozess der Analytisch-Imaginativen Körperpsychotherapie). 3. Phase der Integration/des Wiederanknüpfens (analytisch-imaginative Techniken, z.B. mit dem „Inneren Kind“, bioenergetische Arbeit mit Täterintrojekten, Bedeutung der Sexualität/Beziehung).

Trauma führt immer zu einer Dissoziation der psychischen Funktionen vom Körpererleben. Nur eine körperpsychotherapeutisch integrierte Methode vermag diese Spaltung wirklich heilsam zu behandeln.

Das Thema der „Abstinenz“ in der körpertherapeutischen Praxis wird thematisiert. Was bedeutet es, wenn der/die Therapeut/in die Klienten körperlich berührt? Besonders bei Klienten/Klientinnen, die traumatisiert wurden? Die innere Abgegrenztheit des/der Therapeuten/in, verbunden mit der Fähigkeit, als „Ka-

nal“ bzw. „Resonanzkörper“ für die Empfindungen der Klientin wirken zu können, wird als wichtige Voraussetzung für den Umgang mit der „induzierten (verkörperten) Gegenübertragung“ gesehen. Der konstruktive Umgang mit der verkörperten Gegenübertragung wirkt der Gefahr der Sekundär-Traumatisierung der Therapeuten/innen in der Arbeit mit traumatisierten Personen entgegen und kann als Mittel der Selbstfürsorge der Therapeuten/innen angesehen werden.

Schlüsselwörter: Behandlung traumatisierter Klienten, Körperpsychotherapie, Bioenergetische Analyse, Analytisch-Imaginative Körperpsychotherapie, Abstinenz und Berührung; Verkörperte Gegenübertragung.

Body-Psychotherapy approach in the treatment of traumatized people: body, trauma and psychic landscapes. Between touch and abstinence

Abstract Concepts and methods of treatment are based upon Bioenergetic Analysis (according to Alexander Lowen) and upon Analytic-Imaginary Bodypsychotherapy (Body-Enlightenment according to Betty Esthelle) and also Object-Relation-Theory. The following themes are described in detail: symptoms of trauma, trauma and body-memories, specific body-defense-mechanisms of traumatized people, principles of body-psychotherapy in the treatment of trauma, phases of trauma-therapy and working with embodied countertransference. The different phases of traumatherapy and the possible interventions are explained in detail underlined by examples from clients:

1. Phase of Stabilization/Safety (bioenergetic and imaginative interventions to work with intrusions, importance of grounding). 2. Phase of Reminding/Grieving (working with breathing, movement, expression of mourning and rage; process of Analytic-Imaginary Bodypsychotherapy). 3. Phase of Integration/Relating again (imaginative techniques, for example “the inner child”; bioenergetic work with introjects of the perpetrator; importance of sexuality/relationship).

* Vortrag, gehalten am 12. 9. 98 in Lengerich am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Ostwestfalen auf dem Symposium „Verschiedene Behandlungsansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten“ und am 5. 3. 99 auf dem 20jährigen Jubiläum des Norddeutschen Instituts für Bioenergetische Analyse in Bisingen.

Trauma always leads to dissociation of psychic functions and body-awareness. Only an integrated method of bodypsychotherapy may have an healing impact on this split.

The theme of “abstinence” in the praxis of bodypsychotherapy is discussed. What does it mean, if the therapist touches the clients bodily? Especially with those clients who have been traumatized? We see it as an important precondition to be able to cope with embodied countertransference, that the therapist has his/her inner boundaries and has the ability to be a

“channel” or “resonant body” for the feelings and sensations of the clients. To deal with the embodied countertransference constructively, means to counteract the danger of secondary trauma of the therapist, and can be seen as a mean of self-caring for the therapist.

Keywords: *Treatment of traumatized clients, Body-Psychotherapy, Bioenergetic Analysis, Analytic-Imaginary Bodypsychotherapy, Abstinence and Touch: Embodied Countertransference.*

Les approches de type thérapie corporelle et le traitement des patients traumatisés: corps, traumatisme et paysage psychique – entre l’attouchement et l’abstinence

Résumé *Le symptôme caractérisant principalement les patients traumatisés est celui de la dissociation (‘se distancer de son propre corps’). De même, mais dans un autre contexte, les approches psychothérapeutiques existantes demeurent souvent relativement distantes les unes par rapport aux autres, qu’elles utilisent la parole et l’imagination ou qu’elles interviennent au niveau du comportement ou à celui du corps. La principale ligne de démarcation est sans doute celle qui sépare l’ensemble des approches verbales des thérapies corporelles.*

Dans ce sens, dans le cadre du traitement des traumatisés clients et thérapeutes “souffrent” d’un dilemme similaire. En tant que base de leur travail, la psychanalyse se fonde sur le langage et condamne le contact physique entre client et thérapeute. Elle ne tient donc pas compte des processus énergétiques situés au niveau du corps et renonce aux attouchements qui pourraient être d’efficaces agents thérapeutiques. Le corps est perçu tout au plus en tant qu’objet d’une interprétation. D’un autre côté, les thérapies purement corporelles sous-estiment l’importance des mots et ne tiennent souvent pas compte des processus de transfert / contre-transfert. Elles risquent alors de devenir “non-relationnelles” et de ne pas vraiment saisir les aspects dynamiques des relations d’objet, se contentant d’une “application” des procédures corporelles. Il s’agit ici aussi d’une dissociation. Nous voulons mettre en évidence l’importance de l’unité corps-âme dans le contexte du processus psychothérapeutique.

Les expériences traumatiques impliquent toujours un aspect somatique et elles viennent s’ancrer dans la mémoire du corps. Pour présenter notre conception du développement des schémas verbaux et moteurs nous faisons appel aux concepts élaborés par D. Stern et G. Downing.

Nous fondant sur notre propre formation et nos propres expériences en tant que clients et en tant que thérapeutes, nous établissons des liens entre:

1. *la théorie psychanalytique de la relation d’objet (l’étude systématique du transfert et du contre-transfert) et*
2. *l’analyse bioénergétique (AB) (selon Alexander Lowen, un disciple de Wilhelm Reich), ainsi que la*

thérapie corporelle analytico-imaginative (fondée sur la procédure du body-enlightenment selon Betty Esthelle).

Ce faisant, nous combinons deux démarches: le travail sur des processus énergétiques corporels et l’analyse, fondée sur le langage, des émotions et images associées à ce qui s’est passé. La thérapie corporelle a ses points forts là où elle offre un large éventail de possibilités d’intervention au niveau de la sensation, du mouvement et des réactions émotionnelles (qui permettent d’établir des connections entre les aspects dissociés, donc d’apporter une amélioration par rapport aux symptômes de dissociation). Le travail se centre principalement sur: une concentration sur la respiration (du client et du thérapeute), le ‘grounding’ (contact avec le sol) et le niveau énergétique. La thérapie corporelle – du moins telle que nous la percevons – offre au client un espace dans lequel recevoir un soutien en toute sécurité, ce qui permet aux potentiels d’auto-guérison émotionnelle et somatique de se manifester et de se développer. En trame de ce processus se situe la notion que toutes les informations essentielles qu’il requiert sont stockées dans la mémoire du corps. La relation thérapeutique peut être considérée comme un catalyseur ou un pont, qui aide le client à entrer en relation avec lui-même et avec le monde. En thérapie corporelle les concepts de “soutien”, “contact/rapport” et “appui” dans le contexte du processus sont entendus de manière concrète et mis en œuvre à un niveau physique, accompagné d’une verbalisation (mais parfois aussi de silence et d’empathie non-verbale). Il est évident que ce type de thérapie implique que l’on respecte les limites des clients, leurs rythmes et leur droit à définir la vitesse à laquelle le processus se déroule. Concernant la psychothérapie avec des clients traumatisés, la transparence a valeur thérapeutique car ils ont eu l’expérience contraire (infractions, non-respect de leurs limites et de leur intégrité). En analyse bioénergétique, le travail se centre à différents niveaux sur la perception et l’expression de sentiments de colère, de fureur, de rage et de haine, en utilisant différentes techniques et par le biais d’exercices variés (taper, battre, enfoncer, expression par la voix). Ceci permet de modifier les

stratégies dépressives adoptées par les clients pour gérer le traumatisme, à condition que le processus inclue simultanément une analyse des sentiments de culpabilité et des idées dysfonctionnelles. On peut considérer la thérapie corporelle comme un parcours sur la corde raide, entre:

- un processus perceptif, permissif, libérateur et harmonieux soutenant la démarche au cours de laquelle le client apprend à percevoir son corps, sa propre structure psychique et ses propres pulsions,
- et un processus plus actif au cours duquel le thérapeute invite le changement, établit une structure et des limites, et construit avec le client un 'container', un espace sécurisant.

L'un des principaux axiomes de l'analyse bioénergétique est celui de l'identité fonctionnelle du corps et du psychisme, ce qui implique que les mécanismes de résistance psychiques et corporels sont identiques. Les émotions que l'individu n'est pas à même de gérer et qui ne peuvent pas s'exprimer au niveau de mouvements émotionnels sont retenues dans le corps, sous forme de tension musculaire. La douleur psychique est affrontée par le biais du travail sur certains schémas corporels de résistance et de maintien. La régulation de la respiration et de la voix joue un rôle essentiel par rapport au contrôle des émotions.

Une thérapie corporelle est possible à toutes les étapes du traitement des traumatisés: elle offre différents types d'interventions spécifiques permettant de résoudre certains symptômes (incluant des phénomènes de sensibilité supprimée, d'engourdissement affectif, de dissociation et d'intrusion). Les souvenirs traumatiques sont mémorisés dans le corps ou alors en tant que scènes, ce qui ne correspond pas à l'aspect linéaire du verbal. Ceci signifie que des stratégies thérapeutiques basées sur la cognition et la verbalisation ne suffisent pas à apporter des résultats. Dans le cadre de la pratique ambulatoire, la psychothérapie corporelle a pour avantage que dans la relation thérapeutique (comprenant une bonne relation parent-enfant, incluant le corps) une seule personne – avec laquelle toute les étapes de la thérapie sont accomplies – est à même de guider le client de manière très concrète vers une meilleure perception de soi, vers un autocontrôle et vers l'expression de ce qu'il est. Durant la phase de stabilisation, le client doit apprendre à retrouver son propre corps, à contrôler les fonctions de ce dernier et à développer une relation positive avec lui-même; il apprend aussi à se détendre. Les clients doivent également apprendre à poser des limites dans le contexte de relations impliquant un abus et à trouver un lieu sûr (intérieurement et à l'extérieur). Durant la relation thérapeutique des rapports de confiance s'établissent progressivement. Le premier pas est toujours une prise de contact qui donne sécurité. Le langage implique une distance – il est donc perçu comme l'instrument de contact le moins dangereux. Dans ce sens, dans le cadre de la thérapie corporelle, les entretiens, le soutien par la parole, l'écho aux mots dits, les explications et les informations servent de moyens d'établir la confiance. Le deuxième niveau est celui des images

intérieures. En une troisième étape, on encourage les clients à avoir des contacts physiques avec eux-mêmes, en pratiquant des exercices de perception de leurs sensations, de leur maintien et de leurs schémas de mouvement, ainsi que des exercices particuliers servant à développer un contact avec le sol (grounding). En bioénergétique, ces derniers servent à détendre et à donner plus de force aux pieds, aux chevilles, aux genoux, aux jambes et aux hanches. Le contact avec le sol en est amélioré, ainsi que la position du client sur ses deux pieds, donc son sentiment d'être en sécurité dans le monde (confiance en soi). Dans la phase consacrée aux souvenirs nous ne posons pas de questions explicitement en rapport avec le traumatisme, mais portons attention aux potentiels corporels positifs dans le 'ici-et-maintenant' de la relation. L'activation sensorielle et motrice (amélioration de la capacité à ressentir et de la mobilité), la pratique d'une respiration plus profonde et des contacts corporels permettent de réactiver des souvenirs. Le type de respiration pratiquée fait qu'il est plus aisé de pleurer à chaudes larmes et donc de gérer les expériences traumatiques. Il s'agit de passer de la dissociation et des flashbacks à des émotions associées à des souvenirs, et de porter le deuil des pertes et blessures subies. Il s'agit aussi de ressentir et d'exprimer les sentiments de deuil et de révolte de manière aussi énergétique que possible, c'est-à-dire de les ressentir et de les exprimer avec tout le corps. Durant la phase d'intégration les clients apprennent à se sentir à nouveau chez eux dans leur propre corps. Le traumatisme les a privés de ce plaisir, leur a interdit de jouir. En les mettant en contact avec des sensations somatiques positives, on établit de nouvelles "traces". Le corps ne doit plus être rejeté dans son ensemble, du fait de ses connotations négatives. A ce niveau la "dissociation du moi" thérapeutique peut être exploitée de manière utile, dans un travail sur l'image de l'enfant intérieur ainsi que sur les processus d'introjection des coupables et d'identification à eux.

Le "principe d'abstinence", tel qu'il est perçu par tous les thérapeutes pratiquant une approche corporelle, n'interdit pas d'avoir des contacts physiques. Il signifie plutôt qu'on adopte une attitude définissant des limites, intérieures mais aussi transmises par le corps. Le type d'attouchement est de celui qui n'exige rien, qui n'envahit pas, qui est sensible, qui offre un soutien et un espace dans lequel le client peut se percevoir lui-même. On demande aux clients de porter attention à leur respiration et de demeurer en contact avec leurs images et leurs sensations somatiques. Le thérapeute doit à la fois être 'perméable' (pour pouvoir servir de canal) et se démarquer clairement dans ses contacts avec le client. Dans ce sens, les attouchements physiques sont des "attouchements abstinents"; ils ne sont ni manipulation, ni séduction sexuelle, ni violence, ni consolation offerte trop tôt. Le thérapeute exclut ses propres besoins du processus. Au niveau du contre-transfert nous utilisons ce que Downing a nommé le "contre-transfert induit" (que l'on appelle parfois identification projective). Pour éviter que le client soit à nouveau trauma-

tisé, il faut que le thérapeute gère clairement les aspects négatifs du transfert / contre-transfert. Pour que le thérapeute ne subisse pas un traumatisme secondaire, il faut qu'il adopte une attitude d'égoïsme sain: "Je me considère comme la personne la plus importante, je prends bien soin de moi-même pendant la thérapie". Sans cela, le client ne peut pas aller bien. Nous ne sommes pas seulement objets de transfert, nous sommes aussi "catalyseurs". Ce ne sont ni des sentiments de toute-puissance m'incitant à croire que

"je produis des effets" (grandiosité), ni l'attitude 'orale' impliquant qu'il faut que "je supporte pour le client" et que "je le décharge" qui doivent me guider. Nos clients ne peuvent aller bien que si nous leur montrons qu'en tant que thérapeutes, nous prenons également soin de nous-mêmes.

Remarque finale: les mots sont salutaires. Etre touché par des mots et par le corps d'une personne qui comprend et agit avec circonspection peut apporter la guérison!

Einleitung

In der Behandlung von traumatisierten Klienten haben wir es mit dem Phänomen der Abspaltung (dem Ausdem-Körper-Gehen) als Hauptsymptom zu tun. Das gilt auf einer anderen Ebene genauso für die existierenden psycho-therapeutischen Ansätze: verbale, imaginative, verhaltenstherapeutische und körperorientierte Behandlungsverfahren bestehen häufig getrennt voneinander. Die Hauptspaltung ist wohl die zwischen den verbalen Verfahren insgesamt und den Körpertherapien. So gesehen „leiden“ in der Traumatherapie Klienten und Therapeuten an einem vergleichbaren Dilemma. Die Geschichte der Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren hat zu getrennten Wegen geführt: S. Ferenczi und W. Reich wurden aus der psychoanalytischen Vereinigung ausgeschlossen; die Psychoanalyse hat als Basis für ihre Arbeit die Sprache gewählt und sich gegen körperliche Berührung von Therapeut und Klient entschieden. Damit finden energetische Körperprozesse keine Beachtung mehr, und es wird auf das wirksame therapeutische Agens der Berührung verzichtet. Die Gefahr hierbei liegt darin, dass die Spaltung von Worten, Bildern und Körper, die die Klienten mitbringen, in der therapeutischen Situation fortgesetzt wird. Der Körper wird so allenfalls zum „Objekt“ von Deutung. Rein körperorientierte Verfahren unterschätzen oft die Bedeutung der Worte und berücksichtigen häufig nicht die Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Damit laufen sie Gefahr, „beziehungslos“ und ohne wirkliches Verstehen der Dynamik in Objektbeziehungen einfach nur körperliche „Anwendungen“ vorzunehmen. Auch das ist Abspaltung, wenn jeder Versuch der Klienten, ihre innere Welt zu erläutern, unter dem Verdacht steht, dass sie „in den Kopf gehen“.

Vielleicht ist hier heute ein Punkt, wo auch auf dieser Ebene eine Basis für Heilung da ist und zusammenwachsen kann, was zusammengehört: Körperwahrnehmung und Körperausdruck, innere Bilder und Symbolisierungen plus Sprache wieder zu einer Integration in der psychotherapeutischen Praxis finden zu lassen. So wie dieses Zusammenwachsen für die Klienten wichtig ist, um den Weg aus der Dissoziation zu finden.

Unser Anliegen ist, die Einheit von Körper und Seele im psychotherapeutischen Prozess zu würdigen.

Unser professioneller und persönlicher Weg in der Auseinandersetzung mit Psychotherapie und Heilung von traumatischen Erfahrungen führte uns auf eine

lange Suche. Wie können Worte, Bilder und Körper selbst zusammenwachsen? Wie können wir als Therapeuten die verbale und die non-verbale Arbeit integrieren?

1. Symptomatik des Traumas

Da die klassische klinische Psychodiagnostik zwar für die fachliche Kommunikation sprachlich exakt und sachlich zu sein hat, aber dadurch nicht so sehr das Herz anspricht, möchten wir hier lieber einige Metaphern aus einem Buch mit dem Titel „Alles Weh ist Heimweh“ zur Beschreibung der Symptomatik nutzen:

„Heimweh ist die Sehnsucht, in sich selber zu Hause zu sein. Alle Heilung ist Heimkehr, eine Heimkehr in unser verlorenes Heim. Dieses Heim umfasst alles, was immer es auch sei. Jede Krankheit weist mich dorthin. Alles Weh ist Heimweh. Jede Heilung ist eine Heimkehr. Die Anteilnahme führt mich heim.“ (Dianne Connelly, 1992, Akupunktur-Therapeutin)

Als Hauptsymptome der Traumatisierung gelten *Übererregung, Intrusion, Dissoziation und Konstriktion*. Alle diese Symptome führen dazu, dass eine betroffene Person nicht mehr in sich zu Hause sein kann, und auch sonst an keinem äußeren Ort auf dieser Welt und in keiner Beziehung zu einem anderen Menschen. Traumatisierte Menschen haben ihren Körper verlassen, und es geht in der Therapie darum, in den eigenen Körper zurückzukehren, in ihm wieder zu Hause zu sein.

Übererregung

Im Zustand permanenter Übererregung ist ein Mensch ständig auf der Flucht, auf einer anstrengenden Reise in potentiell bedrohlicher Umgebung. Es gibt keinen sicheren Ort, jeder Kontakt zu anderen Menschen kann gefährlich sein. Das vegetative Nervensystem ist auf Kampf oder Flucht eingestellt, ähnlich wie bei einem Steppentier, das jederzeit mit dem Angriff des Löwen rechnet. Das normale Grundniveau wacher, aber entspannter Aufmerksamkeit fehlt, selbst wenn äußere Gefahren fehlen. Noch lange nachdem die akute Gefahr vorüber ist, besteht der mobilisierte – aber in der traumatischen Situation blockierte – Kampf- und Fluchtmechanismus in übersteigerter Weise fort. Traumatisierte fühlen und handeln so, als wäre ihr Nervensystem von der Gegenwart abgeschnitten (vgl. Herman, 1993, S. 54 ff).

Dissoziation und Konstriktion

Die Fähigkeit, in einer physisch und psychisch unerträglichen Situation den Schmerz nicht mehr zu fühlen und aus dem Körper zu gehen, sichert das Überleben einer traumatisierten Person. Es tritt eine distanzierte Ruhe ein, mit der Angst, Wut und Schmerz verschwinden (vgl. Herman, 1993, S. 66). In der Folge werden durch Abspaltung und Erstarrung schmerzhaft Erinnerungen aus dem normalen Wachzustand ausgeblendet (Einfrieren der Gefühle, Schock). Gleichzeitig verhindert dieser Mechanismus das erfüllte Leben: Wahrnehmung, Fühlen, Denken, Handeln sind erstarrt und eingeschränkt, die Zukunftsperspektive auch. Die vergangenen traumatischen Erfahrungen schneiden die Person von ihrer Gegenwart und Zukunft ab. Ohnmacht und Passivität schränken die körperliche Motilität ein. Die eingeschränkte Motilität der Muskulatur verhindert Gefühlswahrnehmung und -ausdruck in der Tiefe und Intensität, die eine volle Lebendigkeit und Emotionalität gewährleisten würde. In einem abgespaltenen und erstarrten Körper ist kein breites Gefühls-Spektrum möglich. Den eigenen Körper zu verlassen und erstarren zu lassen, bedeutet, sich selbst zu verlassen. Dann bin ich in mir nicht mehr zu Hause. Klopf jemand an meine Tür, trifft er mich nicht an. Z.T. sind die Türen verschlossen, oder die Eingänge führen in leere unbelebte Räume. Anais Nin hat dies in treffender prosaischer Weise bereits in den Dreißigerjahren beschrieben:

„Wenn ich vor meinem Spiegel sitze, lache ich über mich selbst. Ichbürste mein Haar. Hier sind zwei Augen, zwei lange Zöpfe und zwei Füße. Ich betrachte sie wie Würfel in einem Becher und überlege: Werden sie auch dann noch herausfallen und ICH sein, wenn ich sie schüttele? Ich weiß nicht, wie es möglich ist, dass alle diese separaten Teile ICH sein können. Ich existiere nicht. Ich bin kein Körper. Wenn ich jemandem die Hand gebe, habe ich das Gefühl, dass der Mensch weit weg, in einem anderen Zimmer ist, und auch meine Hand ist in einem anderen Zimmer. Wenn ich meine Nase putze, fürchte ich, sie könnte am Taschentuch hängenbleiben.“ (vgl. Nin, 1984, S. 97 f)

Dissoziation äußert sich bei Männern und Frauen tendenziell verschieden: Frauen reagieren oft expansiv und exaltiv „hysteriform“, während Männer meist einen sehr viel heftigeren und kräftigeren Muskelpanzer haben und sich in einen einsamen, oft destruktiven Rückzug begeben.

Intrusion

Die traumatischen Erlebnisse der Vergangenheit werden im Wachzustand oder/und im Schlaf wiederholt, drängen sich ungewollt ständig wieder auf – begleitet von allen Emotionen, die mit diesem Ereignis verknüpft waren. Manchmal sind es kleine Reize, die unbewusst erinnern, und den emotionalen Ablauf und/oder Bilder wiederauslösen. Es gibt eine Fixierung auf das Erlebnis sowie einen Zwang zur Neuinszenierung. Dieser Zwang kann auch als (zwar erfolgloser) aber ständiger Versuch der Bewältigung, der Integration (Selbsthei-

lungsversuch) gesehen werden (vgl. Russell in Herman, 1994, S. 65).

Unser Arbeitskontext für die hier vorgestellten Therapieansätze und Fallbeispiele aus der ambulanten und klinischen Behandlung von traumatisierten Personen ist vor allem die Arbeit mit chronischem Missbrauch. D.h. es überwiegen Klienten mit andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extremlastung (ICD 10, F 62.0) und weniger die Klienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD 10, F 43.1), die auf ein einzelnes Ereignis zurückzuführen sind. Von der Symptomatik her entsprechen unsere Klienten dem oben dargestellten Gesamtverlauf einer (post)traumatischen Störung (vgl. auch Punkt 4.3).

2. Körperpsychotherapeutische Konzepte

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Körpertherapieverfahren.

Aufgrund unserer eigenen Ausbildungen und unseren Erfahrungen als Klient und Therapeut verbinden wir:

1. die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie (die systematische Erforschung von Übertragung und Gegenübertragung) und
2. die Bioenergetische Analyse (BA) (nach Alexander Lowen, Schüler von Wilhelm Reich) und die Analytisch Imaginative Körperpsychotherapie (AIK) (beruht auf dem Verfahren des Body-Enlightenment nach Betty Esthelle).

Wir verbinden dabei die Arbeit mit körperlich-energetischen Prozessen mit der analytisch fundierten verbalen Aufarbeitung des Geschehens in Gefühlen und Bildern.

Es gibt verschiedene Ebenen bewussten Erlebens, auf die wir uns in der Psychotherapie beziehen (vgl. Downing, 1996, S. 54–62; Stern, 1992):

nach G. Downing	nach D. Stern
– verbal-kognitive Ebene	<i>Symbolisierung</i>
– bildliche Ebene (meist visuelle Bilder)	<i>Interaktionelles Selbst</i>
– emotionale Ebene	<i>Körperselbst</i>
– Empfindungsebene (sensorische Körperwahrnehmung)	<i>Körperselbst</i>
– Bewegungsebene (Haltung und Bewegung)	

Die Stärke der Körpertherapie liegt darin, dass sie ein breites Spektrum an Interventionsmöglichkeiten für die Ebenen der Empfindung und Bewegung und der Emotionalität zur Verfügung hat. Therapieziele sind: die Vertiefung der einzelnen oben genannten Ebenen, der Wechsel von einer Ebene zur anderen (Flexibilität) und die Kombination zweier oder mehrerer Ebenen (Verknüpfung) (vgl. Downing, 1996).

D.h., es geht in der therapeutischen Arbeit auch um die Verbindungen und damit um die Verringerung von Spaltung.

Wichtige Prinzipien der Arbeit dabei sind: Konzentration auf Atmung (bei Klient und Therapeut), Grounding (Erdung) und Energieniveau.

Gründe für die Arbeit mit dem Körper in der Psychotherapie (vgl. Downing, 1996, S. 73, und Lowen, 1991):

1. der leichtere Zugang zu Affekten und Kindheitserinnerungen (Tür zum Unbewussten),
2. die präverbale Vergangenheit wird erschlossen,
3. die Neuorganisation von Körperschemata/-mustern (Neustrukturierung des Körperselbst),
4. Verbesserung der Körperwahrnehmung, des -ausdrucks, der -beherrschung.

In der Körperpsychotherapie, wie wir sie verstehen, wird den Klienten ein sicherer unterstützender Raum für die *Anregung und die Entwicklung der emotional-körperlichen Selbstheilungskräfte* zur Verfügung gestellt. Dabei vertrauen wir darauf, dass alle wesentlichen Informationen dafür im Körper gespeichert sind.

Die *therapeutische Beziehung* kann als *Katalysator oder Brücke* gesehen werden, die den Zugang der Klienten zu sich selbst und zur Welt verbinden hilft. Dabei liegt der Fokus auf dem Hier und Jetzt der Beziehung, der körperlichen Präsenz des Therapeuten, und damit einer direkten Aufarbeitung von Übertragungsphänomenen. Es ist kein Anliegen, eine vollständige Übertragungsbeziehung herzustellen. Trauma führt nicht nur zu Rückzug vom eigenen Körper sondern auch zu Rückzug aus Beziehungen, von der Welt. Beziehungen werden stattdessen von Angst, Misstrauen, Scham, Schuld, Verwirrung (Negativität) bestimmt. Der ursprünglich mangelnde emotionale und körperliche Halt in wichtigen Beziehungen, die fehlende Unterstützung bei der Bewältigung der traumatischen Situation, macht das Trauma häufig erst zum Trauma. Oft sind die Personen geliebt worden, die gleichzeitig die Misshandelnden waren. Von dem Gefühl des Verrats wird jede weitere Liebesbeziehung belastet. Angst und Misstrauen sind deshalb in denjenigen Beziehungen am deutlichsten, wo Liebe und Vertrauen wachsen wollen, damit auch in der therapeutischen Beziehung. Gleichzeitig bestehen starke Wünsche und Sehnsüchte nach unterstützender, liebevoller und abgegrenzter Berührung.

Die *Konzepte „Halt“, „Berührung“ und „Unterstützung“ im therapeutischen Prozess* werden in der Körperpsychotherapie *konkret körperlich* verstanden und umgesetzt und mit Worten begleitet (manchmal aber auch in Schweigen und Spüren eingebettet). Körperlicher Halt wird auf verschiedenen Ebenen des Kontaktes vermittelt: über Augenkontakt, Stimme, Sprechen, Kontakt mit den Händen und anderen Bereichen des Körpers (wie z.B. Rücken an Rücken sitzen). *Der therapeutische Rapport* wird auf einer ganzheitlich körperlichen Ebene hergestellt. Der Therapeut spiegelt nicht nur verbal, sondern die Art der Atmung, Körperhaltung, Mimik und Bewegung werden nach- und mitempfunden (*nonverbaler Aspekt der Empathie*). Dadurch wird der Klient in der therapeutischen Situation anders verankert, es wird mehr Halt gegeben. Verbindung und Unterstützung sind in der Körperpsychotherapie auf vielen sinnlichen Kanälen möglich: taktil, visuell, auditiv, kinästhetisch und olfaktorisch. D.h., die Klienten

können auch auf vielerlei Weise die *Echtheit des Therapeuten* prüfen, und wenn sie Glück haben, eine neue Erfahrung machen, dass nämlich ein Gegenüber ganzheitlich für sie da ist, auch wenn sie von Dingen berichten, die in ihrer Vergangenheit niemand *ganz* wissen wollte.

Auch die *Art der Diagnostik* ist nicht sprachlich distanziert, sondern schließt das *Anschauen und Erspüren des Körpers* mit ein. Meistens erleben die Klienten diese Art des Schauens als verbindend und auch als Erleichterung: sie erleben, dass sie als Ganzes wahrgenommen, dass ihr Körper nicht ausgespart wird, dass auch dessen „Geschichte“ interessiert, das wofür sie keine Worte haben (vgl. Heinrich, 1997). Wenn ein Klient nicht angeschaut werden möchte, so wird dies selbstverständlich akzeptiert:

Der Respekt vor den Grenzen der Klienten, ihrem eigenen Rhythmus und ihrer Selbst-Bestimmung über das Arbeitstempo in der therapeutischen Sitzung gehören unbedingt dazu.

Es werden keine Interventionen vorgeschlagen, ohne dass transparent gemacht wird, wie der Ablauf sein wird. Bevor der Therapeut den Klienten berührt, wird um Erlaubnis dazu gebeten bzw. angekündigt, dass die Berührung beabsichtigt ist. Allein die *Transparenz* ist in der Psychotherapie mit traumatisierten Klienten ein *therapeutisches Agens*, weil sie mit der Erfahrung der Nichtbeachtung ihrer Grenzen und Verletzung ihrer Integrität kommen. Sie sind dann hier eingeladen und können sehr dezidiert erleben, wie sie über die eigenen Grenzen, die vor allem auch körperliche sind, zu bestimmen lernen.

In der Bioenergetischen Analyse wird auf vielfältige Weise mit der *Wahrnehmung und dem Ausdruck von Zorn, Wut, Ärger und Hass* gearbeitet, wofür verschiedene Übungen und Techniken (Treten, Schlagen, Drücken, stimmlicher Ausdruck) zur Verfügung stehen. Damit können depressive Bewältigungsstrategien der Klienten verändert werden, wenn im therapeutischen Prozess Schuldgefühle und dysfunktionale Gedanken begleitend analytisch aufgearbeitet werden.

Körpertherapie kann als *Gratwanderung* angesehen werden zwischen

- perzeptivem, permissivem, lösendem und fließendem Vorgehen, wobei der Prozess der Wahrnehmung des Körpers, der eigenen inneren Struktur, der eigenen Impulse bei den Klienten gestützt wird,
- und aktivem, aufforderndem, Struktur- und Grenzensetzendem, Ladung und Fassungsvermögen (Containment) aufbauendem Vorgehen.

Ist das Vorgehen zu wenig strukturierend, nur perzeptiv-folgend, besteht die Gefahr, dass der Therapeut in den Raum des Klienten hineingezogen wird. Dieser innere Raum ist aber oft von Gefühlen der Hilflosigkeit, der Angst, der Leere, des Nicht-Fühlens, des Ausgeliefertseins angefüllt, so dass Therapeut und Klient zusammen verlorengingen, würden sie darin verweilen. Da wo die Klienten nicht wissen, nicht fühlen, verwirrt sind, oder überflutende, chaotische Gefühle in sich bergen, ihre eigene Kraft nicht kennen, nicht wissen, wie eine Ich-Du-Begegnung unter Wahrung von Kontaktgrenzen

aussehen kann, muss der Therapeut einen Weg wissen. Dazu gehört ein therapeutisches Inventar, das einfühlsame Wegbegleitung, Verweilen an einem Ort, sowie die aktive Suche nach einem anderen Weg oder Ausweg (einen „Heimweg“) beinhaltet.

3. Trauma und Körper

3.1 Verkörperte Erinnerungen

Die traumatischen Erfahrungen sind immer auch körperlicher Natur und im *somatischen Gedächtnis* verankert. Erinnerungen sind nicht nur, wie allgemein angenommen, Bilder, Vorstellungen (visuelles verbal berichtetes Geschehen), sondern bestehen häufig aus Körpersensationen (Geräusche, Gerüche, taktile Empfindungen) und Bewegungsmustern. Oft gibt es für die Erfahrungen keine Worte. Oder die Worte und die körperlichen Erinnerungen differieren.

In der Erklärung der *Entwicklung verbaler und motorischer Schemata* beziehen wir uns auf die *Konzepte von D. Stern* (vgl. Stern, 1992). Auf dem Hintergrund der Beobachtungen von Mutter-Kind-Interaktionen bieten sich Erklärungen dafür an, wie es geschehen kann, dass die verbale und die motorische Interpretation einer Situation voneinander abweichen können. Z.B. kann die motorische Überzeugung stimmen und die verbale nicht:

Beispiel: Ein Kind erfährt auf sein Weinen und Zornig-Sein als Antwort regelmäßig, dass es hungrig sei und bekommt von der Mutter einen Keks, damit es Ruhe gibt. Mit der Zeit lernt so das Kind, dass es nicht „Zorn“ sondern „Hunger“ genannt wird, was es körperlich ursprünglich klar empfunden hat.

Schon diese „einfache“ unempathische und nicht-responsive Reaktion der Umgebung führt auf Dauer zu *Verwirrung über die Verknüpfung von Körperempfindung und Körperausdruck – bzw. später Verknüpfung mit sprachlichem Ausdruck* – bei einem Kind.

Wie immens sind dann die Auswirkungen von Gewalt und Missbrauch auf die emotional-körperlichen und sprachlichen Verbindungen?

Erlebt eine Person ein Trauma in der präverbalen Entwicklungsphase, scheint es offensichtlich, dass es keine Worte und zusammenhängenden Bilder im Sinne einer „Geschichte“ dafür gibt. Für Babies ist der Augen-ausdruck der Eltern, wenn er feindselig oder abwesend wirkt, oft so schmerzhaft und traumatisch, dass sie die Erinnerung daran für immer ausblenden. Aber auch in späteren Entwicklungsphasen – als bereits sprechende Person – kann ich das Trauma nur überleben, indem ich dissoziiere und damit die Verknüpfung von Körpererleben und Bewusstsein/Sprache auflöse. Daraus entsteht eine sehr grundlegende Verwirrung über die Interpretation von körperlichen Impulsen. Darüberhinaus hinterlässt das Trauma Veränderungen bis hinab auf die Ebene des physiologischen und neurohumoralen Funktionierens. Die Klienten haben in der Folge verlernt, ihren körperlichen Empfindungen zu vertrauen, sie können ihre dissoziativen Symptome nicht in einen Zusammenhang einbetten oder eine chronologische Geschichte dazu erzählen.

Opfer sexuellen Missbrauchs haben oft keine Worte mehr für die erlebte Situation. Oder die verbale und

körperliche Einschätzung des Erlebten widersprechen sich, weil z.B. die Täterperson Verwirrung gestiftet hat, indem sie die sexuelle Grenzverletzung verbal gar nicht oder anders benannt hat (z.B. es ist „Liebe“ und nicht Gewalt; oder es ist „sexuelle Freizügigkeit“ und nicht Inzest). Und selbst wenn die Täter gar nicht den Versuch unternehmen, verbal zu verschleiern und offenkundiggewalttätig sind, so wird das Opfer dennoch über den psychischen Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Täter sich selbst und die Verbindung zum eigenen untrüglichen Körpergefühl verlassen. So wie die Kinder sich identifizieren und die körperlich-emotionale und verbale Deutung der Wirklichkeit von den Eltern übernehmen (s. Beispiel oben), so identifizieren sich auch erwachsene Opfer aufgrund der Ohnmacht, des totalen Ausgeliefertseins, mit den Tätern. In diesem Zusammenhang ist auch noch wichtig zu sehen, dass es nicht immer das Ereignis an sich ist, was traumatisch ist, sondern traumatisch wirkt, dass es keine Einbettung in haltgebende Objektbeziehungen gibt (Downing, 1996, S. 105).

Die Fähigkeit des Menschen zur Dissoziation zeigt ebenso wie die Arbeiten von D. Stern, wie sensibel und störanfällig die Verknüpfung der emotional-körperlichen sowie der sprachlichen Erfahrung und Selbststrukturen im Menschen sind. Die daraus folgende Spaltung ist geradezu ein Merkmal unserer Distanz-Kultur, die auf Sprache und bewusste Haltungen und Einstellungen mehr Wert legt als auf die unmittelbare körperliche emotionale Realität (vgl. Clauer, 1995, 1997). Nicht nur mangelnde Unterstützung und Halt in den Objektbeziehungen verhindern die Traumaverarbeitung, sondern auch im sozio-kulturellen Umfeld ist keine Basis für den angemessenen Umgang mit basalen Gefühlen des Schmerzes, der Trauer, der Wut gegeben.

„Die Möglichkeiten für eine Veränderung der motorischen Beziehung zur Realität sind bei weitem größer, wenn wir imstande sind, auch auf einer direkten körperlichen Ebene zu intervenieren.“ (Downing, 1996, S. 116).

Die Auflösung der Abspaltung gelingt in der Tiefe und Vollständigkeit nur, wenn der Körper ins therapeutische Geschehen einbezogen ist. Dies ist allerdings ein länger-dauernder und schwieriger Prozess.

3.2 Körperabwehrmuster

Ein wesentliches Axiom der Bioenergetischen Analyse ist die *funktionale Identität von Körper und Psyche*, d.h., psychische und körperliche Abwehr sind identisch.

Gefühle, die die Bewältigungskapazität einer Person übersteigen und für die es keinen emotionalen-motorischen Ausdruck gibt, werden in Form von Muskelanspannung im Körper festgehalten. Die Verarbeitung von psychischem Schmerz geschieht über bestimmte *körperliche Abwehr- bzw. Haltungsmuster*. Ganz wesentlich für die Gefühlskontrolle ist die *Regulierung der Atmung und Stimme*, indem das Zwerchfell hochgezogen und immobilisiert wird. Der Ausdruck von Angst, Zorn und Trauer wird dadurch unterbunden. Deshalb ist die Unterstützung einer tieferen Atmung im thera-

peutischen Prozess ein wichtiges Instrumentarium, um an tieferliegende Emotionen zu gelangen.

In der Arbeit mit traumatisierten Klienten sind es darüber hinaus folgende Körperbereiche, die die Geschichte der überwältigenden Erlebnisse in Form von chronischer Spannung aufbewahren:

– *Angst, Schrecken und Terror sind oft in Schädelbasis, Nacken, Schultergürtel und Augen festgehalten (körperliche Basis der Dissoziation, vgl. Lewis, 1986).*

Die tiefste Blockierung besteht im Augenbereich, direkt verbunden mit dem Nacken, der Nackenspannung, der tiefen psychosomatischen Struktur. Die Angst vor dem schmerzhaften körperlichen Tod bewirkt Rückzug in den Kopf und ins Denken (Grübeln), was in Zusammenhang mit der Dissoziation das wirkliche Sterben verhindert (vgl. Lewis, Vortrag in Arles, 1998).

- *Oft sind die Handgelenke unbelebt, ungelenkt, unfähig zu einer abwehrenden Geste oder zum Festhalten.*
- *Die Füße und Beine sind in den Gelenken „eingefroren“, die Unfähigkeit wegzulaufen oder für sich selbst einzutreten, zu protestieren, wird in ihnen deutlich.*
- *Bei Klienten, die geschlagen wurden, findet man hart verspannte Muskeln im Rücken und Gesäß sowie eine erhöhte Wachsamkeit im Rücken, verbunden mit der Unfähigkeit, sich anzulehnen und zu überlassen.*
- *Kiefer und Kehle sind festgehalten, so dass sowohl die weichen verletzlichen, traurigen Gefühle (das tiefe Schluchzen) als auch die aggressiven Ausdrucksformen, wie beißen, Zähne zeigen (drohen), schreien nicht möglich sind. Beispiel: Klientin, die im Alter von 12 Jahren vergewaltigt wurde und nun seit Jahren in zahnärztlicher Behandlung ist wegen nächtlichem Zähneknirschen und Abmahlen der Zähne.*
- *Bei sexuell missbrauchten Klienten finden sich tiefe Verspannungen im Becken, in der Leistengegend, im Kreuzbein, Beckenboden.*

4. Körperpsychotherapie mit traumatisierten Personen

Der körpertherapeutische Zugang ist in allen Phasen der Traumatherapie möglich:

Wir wenden kein standardisiertes Verfahren an, sondern mit jedem Klienten ist es eine neue Begegnung und ein neuer Prozess der Suche nach gemeinsamer Wahrheit und Verstehen. Dabei ist wichtig, dass die verschiedenen Phasen der Traumatherapie nicht schematisch aufeinander folgen, sondern nach Herman eher im Sinne einer Spirale zu sehen ist. Die Phasen folgen aufeinander, wechseln aber auch ab, weil die Anfangsprobleme wiederkehren, und es findet fortlaufend auf einer anderen Ebene eine Integration statt (vgl. Herman, 1993, S. 216). Je nach Schwere der Traumatisierung und je nach dem Ausmaß der bereits vorhandenen Ressourcen der Klienten können die verschiedenen Verfahren eingesetzt werden.

Innerhalb der Körperpsychotherapie gibt es spezifische Interventionen zur Auflösung von Taubheit, Erstarrung, Abspaltung und Intrusion. Traumatische Erinnerungen sind körperlich oder auch szenisch gespeichert, nicht linear verbal. D.h., kognitiv-verbale therapeutische Strategien alleine sind nicht effektiv. Und die Kombination von progressiver Muskelentspannung und Verhaltenstherapie (z.B. in der Konfrontationstechnik) scheint zwar die intrusiven Symptome und die Übererregtheit zu reduzieren, kann aber nicht wirklich die Symptome der Dissoziation, der Erstarrung, der Depression und des Rückzugs aus Beziehungen beeinflussen (vgl. Herman, 1993, S. 259; Eßlinger, 1998, S. 63). Danach sind die VT-Techniken nur wirkungsvoll bei der Bearbeitung einzelner traumatischer Ereignisse, nicht jedoch wenn Klienten über längere Zeit wiederholt traumatisiert wurden. Nur innerhalb einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung lassen sich auch langfristig die Beziehungsprobleme der Klienten bearbeiten, die von Angst vor Nähe/Kontakt und einer unbewussten Täter-Opfer-Dynamik geprägt sind. In der Körperpsychotherapie der BA oder der AIK geschieht das bildhafte, verbale und körperliche Wiedererinnern und Mitteilen eingebettet in eine therapeutische Beziehung, in der Halt, Ausdruck von Emotionen, Entspannung, Bewegung, Stimme ... ganzheitlich integriert und neu organisiert werden (keine isolierten Entspannungstechniken).

Affekttoleranz und Leidensfähigkeit sind in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Klienten ganz wichtige Ziele, um das Erlebte erinnern, tragen und integrieren zu können (vgl. Sachsse, 1998, S. 73). In diesem Sinne ist ein körpertherapeutischer Ansatz, der nicht in erster Linie nur auf Entspannung, Schmerzlinderung und Trost aus ist, sondern den Schmerz als wesentliches Element einbezieht, für die Traumatherapie gut geeignet. Chronische Traumatisierung führt zu physiologischen Veränderungen wie gestörte Rhythmen beim Schlafen, Essen, in der Hormonausschüttung, sowie zu anormalem Schmerzempfinden (vgl. Herman, 1993). Dort ist auch erwähnt, dass es bisher kaum bewährte Konzepte zur Therapie der hartnäckigen physiologischen Symptome traumatisierter Patienten gibt.

In der bioenergetischen Praxis und ebenso in der Analytisch-Imaginativen Körperpsychotherapie ist zu beobachten, dass durch die verbesserte Atmung und die Erhöhung des Energieniveaus, bislang nicht oder kaum gefühlte und schlecht durchblutete Körperbereiche wieder deutlicher wahrgenommen und damit auch schmerzempfindlicher werden. Konstriktion und Taubheit lassen nach. Auf diese Weise kann es sein, dass Klienten nicht mehr so „hart im Nehmen“ sind wie vor Beginn der Therapie und psychisch wie physisch schmerzempfindlicher werden. Auch auf die Rhythmen des Essens und Schlafens wirkt sich die Körpertherapie regulierend aus.

Schmerz weist den Weg zu Erinnerungen, zu bislang nicht zum Ausdruck gebrachten Gefühlen und Worten, Bildern. Schmerz mahnt an die Möglichkeit, um Hilfe und Unterstützung zu bitten, was die Klienten meistens verlernt haben. Ihr Schmerzempfinden ist oft vermindert in eigentlich wesentlichen Bereichen und zeigt

sich verstärkt auf „Nebenschauplätzen“. Die Klienten müssen neu lernen, mit Schmerz und Schmerzausdruck umzugehen, im richtigen Moment „Au“ zu sagen. Die in den Muskeln festgehaltenen schmerzhaften Gefühle werden im körpertherapeutischen Prozess wiederbelebt. Und die Belebung des eingefrorenen, erstarrten Körpers bringt nicht als erstes Erleichterung, sondern oft körperliche Schmerzen, die vergleichbar sind mit dem Aufwachen eines eingeschlafenen Beines oder eher noch mit dem Auftauen eines eingefrorenen Fußes. Das muss langsam gehen. Die Welle der ungewohnten Belebung und verstärkten Durchblutung darf nicht zu heftig sein. Positiv ist die ausdrückliche Aufforderung an die Klienten, den Schmerz zu akzeptieren, stimmlich zum Ausdruck zu bringen und nicht zu meiden (vgl. Lowen, 1991).

Der Vorteil der Körperpsychotherapie in der ambulanten Praxis ist, dass die Klienten innerhalb der therapeutischen Beziehung (im Sinne guter Beelerung, die den Körper miteinbezieht) eine Anleitung für Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Selbstausdruck ganz konkret durch eine Person erhalten, mit der sie auch alle anderen Schritte der Traumatherapie gehen. Es wird nicht auf verschiedene Personen delegiert (oder aufgespalten). Dadurch erleben die Klienten, dass sie als ganze Person wahrgenommen und auch in Beziehung treten können (ganzheitliche Verbindung). Es kann auch sehr bedeutsam sein, dass der Therapeut das ganze emotionale Geschehen und die körperlichen Prozesse in aller Bedeutung und Kompliziertheit/Differenziertheit aufgreift, damit umzugehen versteht. Es ist etwas anderes, wenn die Klienten bei einer klass. Massage, Gymnastik oder Bewegungstherapie von Therapeuten begleitet werden, die nicht gleichzeitig auch eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung haben.

Im Folgenden sind die Zugangswege der Körperpsychotherapie in den einzelnen Phasen der Traumatherapie aufgeführt.

4.1 Stabilisierung/Sicherheit

Die Klienten müssen ihren eigenen Körper zurückgewinnen, die Kontrolle über Körperfunktionen, den fürsorglichen Umgang mit sich selbst, Möglichkeiten der Entspannung. Sie müssen lernen, Grenzen zu setzen in missbräuchlichen Beziehungen, einen sicheren Ort aufzusuchen (innerlich und äußerlich). In der therapeutischen Beziehung geht es um den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.

Der erste Schritt ist immer eine Kontaktaufnahme, die Sicherheit gibt. Sprache ist distanziert – damit oft am sichersten. D.h., das *Gespräch*, das verbale Widerspiegeln und Unterstützen, auch Erklärung und Aufklärung geben, dient auch in der Körperpsychotherapie dem Aufbau von Vertrauen. Dazu gehört eine körperorientierte Anamnese und auch eine *körperliche diagnostische Erkundung* der typischen Haltungs- und Bewegungsmuster der Klienten, sowie die Frage danach, wie sie selbst innerlich diese Haltungen und Bewegungen empfinden und interpretieren, mit welchen Bildern sie selbst diese verknüpfen. Auch Beratung über Sport und Umgang mit Schlafen, Essen, Sexualität usw. gehören dazu.

Die zweite wichtige Ebene sind *innere Bilder*, die im Bezug zum Therapeuten oder alleine Sicherheit schaffen können, die wir einbeziehen und als hilfreich erleben. Zudem die Erfahrung, ich bin vom Therapeuten getrennt, habe Orte, wohin er nicht folgen kann und will, wo er meine abgegrenzte Identität respektiert. Es ist, wie in der Kindheit und Jugend ein Tagebuch haben, oder die Badezimmertür verschließen, Geheimnisse haben dürfen (z.B. den sicheren inneren Ort, Helfer und Tresor). Hierzu bieten die Arbeiten von Reddemann und Sachsse vielfältige Anregungen (vgl. ebenda in Kernberg et al., 1997, 1998). Wir nutzen dafür als Körperpsychotherapeuten außerdem auch Grounding und Sicherheit in der aktuellen körperlich-seelischen Beziehungsrealität (vgl. Ehrensperger, 1996).

Drittens werden die Klienten angeregt, *zu sich selbst* körperlich in Kontakt zu treten mit Hilfe von Übungen zur Wahrnehmung ihrer Empfindungen, ihrer Haltungs- und Bewegungsmuster sowie spezielle Übungen zum *Bodenkontakt (Grounding)*. Dabei werden die inneren Bilder der Klienten ständig begleitend erfragt, und es findet ein Austausch zwischen Therapeut und Klient über ihre Körperwahrnehmung statt. Bioenergetische Grounding-Übungen lockern und stärken die Füße, Fußgelenke, Knie, Beine, Hüften. Dadurch wird der Bodenkontakt und der eigene Stand verbessert und somit die Sicherheit in der Welt (Selbst-Sicherheit). Gleichzeitig wird durch den verbesserten Stand (Energiefluss in die Beine zum Boden anstatt nach oben zum Kopf) die untere Körperhälfte betont und die obere Körperhälfte entlastet. Kopf, Nacken, Schultern und oberer Rücken werden nicht mehr nur dazu genutzt, sich um jeden Preis aufrechtzuerhalten, „den Kopf hochzuhalten“, „sich über Wasser zu halten“, oder in Gedanken oder Phantasien festzuhalten. Dadurch wird der Realitätskontakt verbessert, die Tendenz zu Abspaltung, Entfremdung und Depersonalisation verringert. Die Fähigkeit, den eigenen Stand zu spüren und die Beine zu gebrauchen, ist für traumatisierte Personen eine sehr bedeutsame. Es bedeutet, wegrennen zu können, für oder gegen etwas eintreten zu können, sich auf die Umwelt zuzubewegen. Mit der Entwicklung dieser Fähigkeit wird das Gefühl der Ohnmacht, des Ausgeliefertseins, der Isolation geringer. Dabei findet in der Regel in dieser Phase kein oder wenig Körperkontakt zwischen Klient und Therapeut statt. Wenn es darum geht, eine Übung zu zeigen, kann es sein, dass wir als Therapeuten etwas vormachen oder fragen, ob wir mit der Hand zeigen dürfen, wie eine Haltung oder Bewegung gemeint ist. Es ist wichtig, nicht nur den Klienten in ihren ungefüllten oder angsterfüllten Raum zu folgen, sondern sie erstmal an die Hand zu nehmen und zu führen. Das kann durch die Vorgabe von klar umrissenen, in ihrem Ablauf überschaubaren Körperübungen geschehen. Das ist dann aktiv bzw. direktiv, und hat einen eher übenden, aufbauenden Charakter. Dabei werden die Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit der Klienten betont, der Realitätskontakt, die Beziehung zum Hier und Jetzt gestärkt. Insgesamt ist es gut, sowohl mit den Bildern vom sicheren inneren Ort, Tresor, vom inneren Helfer, Baum etc. als auch mit einem kontrollierten Umgang mit den körperlichen Reaktionen der Klienten zu arbeiten.

Vorgehensweisen/Übungen in der Stabilisierungsphase

1. Strukturbildende Elemente

- Sicherheit im Raum: „Platz gestalten“ (Körperposition und Gegenstände (Kissen) zum eigenen Schutz wählen) Beispiel: Klient sitzt die ersten Stunden hinter dem Schaumstoffwürfel, so dass ich sie nicht sehen nur hören kann;
- Nähe/Distanz (Körperabstand) zum Therapeuten wählen: „Therapeut plazieren“ (Klient hat die Kontrolle, Selbstwirksamkeit wird geübt);
- innere Sicherheit entwickeln (Imagination „sicherer innerer Ort“, „Tresor“, „Baum“, „innere Helfer“) und/oder Focus auf die Körperwahrnehmung „wo im Körper fühlt es sich sicher/unsicher an?“);
- Verbesserung des Bodenkontaktes, Übungen zum Grounding (Erdung).

2. Sicherheit im Körperkontakt zwischen Therapeut und Klient (Kontakt und Grenzen)

- Nebeneinander vor dem Fenster sitzen, Hand halten und den entstehenden Bildern Raum geben. Therapeut nimmt mit der rechten Hand die linke Hand der Klientin (rechts Performanz/Handlungskompetenz, links unbewusste kindliche Anteile);
- Rücken an Rücken sitzen;
- mit den Füßen berühren, gegeneinander stellen, drücken;
- im Gegenüberstehen die Handflächen gegeneinander drücken.

3. Entwicklung von Kraft und Selbstwirksamkeit

- Mit dem Tennisschläger auf Schaumstoffwürfel schlagen,
- im Stehen mit den Füßen gegen Schaumstoffwürfel treten,
- mit dem Rücken an der Wand stehen, in der Hocke, bis die Beine nachgeben, auf den Boden rutschen.

(Die ersten beiden Übungen sind besonders wichtig für Frauen, die ihre Wut oft im Weinen verlieren; die dritte Übung ist für Männer gut, die oft lange gegen das Nachgeben zum Boden hin, die Traurigkeit, gegenankämpfen.)

Spezielle „Techniken“ im Umgang mit Flash-Backs, Derealisation und Depersonalisation, Dissoziation während der Therapiestunde:

Hier- und Jetzt-Interventionen, die die Blockierung in den Augen lösen (vgl. Reich, 1989, S. 487, 590ff)

- Augenkreisen (Technik nach Wilhelm Reich),
- Augenkontakt zum Therapeuten herstellen und Aufforderung, konkret zu beschreiben, was die Klientin gerade sieht und empfindet,
- Aufforderung, einen konkreten Gegenstand im Raum zu fixieren, zu beschreiben,
- bei fortgeschrittenen Klienten mit mehr Vertrauen zum Körperkontakt „Stirn an Stirn“-Drücken mit dem Therapeuten,
- Klientin beißt auf ein Handtuch, Therapeut schüttelt das Handtuch, lockert den Nacken der Klientin.

Nach-Außen-Wenden von Schrecken und Schmerz

- Aufforderung, mit den Händen den Unterarm des Therapeuten fest zu drücken („1000-Stecknadeln“),
- Aufforderung, beim Ausatmen „Hah“ zu rufen mit der Vorstellung, jemanden zu erschrecken, der gerade zur Tür reinkommt.

Verbesserung des Bodenkontaktes (Grounding)

- Sämtliche Übungen für Beine, Füße, die den eigenen Stand, den Energiefluss zum Boden fördern, in die Gegenwart führen („Wo stehe ich jetzt?“).

Beispiel 1: 38-jähriger Klient mit Angst- und Panikattacken, besonders nachts, und Selbstverletzungen (früher hat er dann mit dem Kopf gegen die Wand geschlagen, um zur Ruhe zu kommen); sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Wenn er nachts nicht schlafen kann, alte Bilder und körperliche Unruhe ihn quälen, gelingt es ihm heute, mit Nackenmassage und Kopfstand, den Zustand der Übererregtheit und Abspaltung zu begrenzen.

4.2 Erinnern, Trauern, Zorn (Traumarekonstruktion)

Nach dem Trauma zu fragen, dem Trauma Aufmerksamkeit zu geben, ist wie ein Prozess, das Trauma wichtig zu machen. Wie die Botschaft, das Trauma macht das aus, was mich an dir interessiert. Wir fragen nicht explizit nach dem Trauma, sondern richten unsere Aufmerksamkeit auf die positiven körperlichen Möglichkeiten im Hier und Jetzt innerhalb der Beziehung. Wenn dies etabliert ist, kommt in der Arbeit mit dem Körper irgendwann von ganz alleine das Trauma ins Bewusstsein. Durch die sensorische und motorische Aktivierung (Verbesserung von Empfindungsfähigkeit und Beweglichkeit), die Vertiefung der Atmung und durch die körperliche Berührung können Erinnerungen wieder-belebt werden. Die Erinnerung gibt der traumatisierten Person den verlorengegangenen inneren roten Faden zurück, die eigene Geschichte. Damit gewinnen die Klienten Selbst-Verständnis, Boden unter den Füßen und Realitätskontakt. Ein geschichtsloser Mensch ist nicht gegroundet (vgl. Lowen, 1991).

Die Arbeit mit der Atmung erleichtert tiefes Weinen und damit die Bewältigung der traumatischen Erfahrungen.

„Je weniger das Opfer zur Trauer fähig ist, desto mehr bleibt es von einem Teil seiner selbst abgeschnitten und bringt sich so um einen wichtigen Schritt seiner Genesung.“ (zit. n. Herman, S. 267)

Es geht darum, aus der Dissoziation, den Flash-Backs, mit Gefühl verbundene Erinnerungen zu machen, das Verlorene und die Beschädigung zu betrauern. Ziel ist auch, die im Schmerz enthaltene Wut, den Hass, die Racheimpulse zu fühlen und zum Ausdruck zu bringen, sie dann wieder in einen „gerechten Zorn“ zu wandeln. Die Klienten müssen lernen, sich für ihre eigenen Bedürfnisse zu empören, nicht mehr zu schämen und den Zorn auf den Täter zu richten. Es geht auch darum, die Trauer und den Ausdruck der Empörung möglichst energetisch, d.h. körperlich voll empfunden und ausgedrückt, zu beleben.

Auch in dieser Phase ist es gut, sowohl mit den Bildern vom inneren Helfer, Tresor, als auch mit einem kontrollierten Umgang mit den körperlichen Reaktionen der Klienten zu arbeiten.

Vorgehensweisen/Übungen in der Phase des Erinnerens

1. Vertiefung der Atmung:

- eigene Bewegung der Klienten (hüpfen, springen, treten), „außer Atem kommen“,
- Dehnung des Oberkörpers rückwärts über dem Ball, der Atemrolle, dem Atemschmel, oder als Partnerübung über dem Rücken des anderen,
- Stimmübungen (Seufzen, Vokale beim Ausatmen klingen lassen, verschiedene Tonhöhen und Lautstärken, Rufen, Schreien mit Worten, Zunge raushängen lassen und tönen).

2. Energieniveau steigern (s. Atmung):

- slow-motion-Übungen: spontan auftauchende Körpersignale der Klienten wahrnehmen, vertiefen, verstärken, übertreiben lassen (laden und mobilisieren),
- expressive Bewegungen,
- expressive Stimmarbeit.

3. Berührung durch den Therapeuten:

- „Körper-Landkarten“ erstellen (Therapeut berührt verschiedene Körperbereiche, fragt nach Wahrnehmungen, Gefühlen, Bildern, die zu dieser Körperregion gehören),
- Therapie-Prozess der Analytisch-Imaginativen Körperpsychotherapie: Klient liegt und vertraut sich an, z.B. den Händen des Therapeuten unter dem Rücken, wobei körperliche Reaktionen, Phantasien und Bilder auftreten, Gegenübertragungen miteinbezogen werden. Nötig ist dabei die Erfahrung und Integration des Gefühls, im eigenen Körper sicher und in den Grenzen respektiert zu sein. (Diese Arbeitsweise ist ebenso in der dritten Phase der Traumatherapie induziert, vgl. Clauer, 1997). Durch die körperliche Berührung tauchen oft spontan Erinnerungen auf.

Beispiel 2: 37-jähriger Mann, verheiratet in 3. Ehe, 1 Kind. 39. Therapiestunde (davor ca. 100 Stunden Gestalttherapie bei männlichem Therapeuten). Symptomatik: Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Magenprobleme. Er bevorzugt sado-masochistische Praktiken. Zu seiner Biographie: Er sei ein nicht gewolltes Kind, hätte ein Mädchen werden sollen; an Körperkontakt zu seiner Mutter und seinem Vater könne er sich nicht erinnern; habe lange kein eigenes Bett gehabt (schief im Bett des 1 Jahr älteren Bruders; Mutter alkohol- und tablettenabhängig, Vater meist abwesend. Er berichtet über viele extrem lieblose Verlassenheitssituationen und Unterlassungshandlungen von seiten der Eltern. An viele Dinge kann er sich (bislang) nicht erinnern. Er kommt mit dem Wunsch in die Therapie, mit einer weibl. Therapeutin zu arbeiten und nicht nur zu reden und zu analysieren. Das hätte er bislang schon genug getan. In der dargestellten Stunde wird die Verknüpfung von körperlichen Prozessen, Worten und Bildern besonders deutlich. Der Klient entwickelt ein inneres Bild von einem Apfel, das ihm als Leitbild für seine Suche nach Leben und mehr Fülle in den Wochen nach dieser Therapiestunde dient. Dieses Beispiel zeigt auch, wie der Prozess des Erinnerens körperlich angeregt werden kann, und wie die Erinnerungen beginnen emotionsgetragen zu werden, wenn auch

das Trauma als solches noch diffus bleibt. Der Klient kommt in die Stunde hektisch, erzählt ungefragt sehr viel über seine Ängste im Alltag (mit leichter Selbstironie, aber auch Akzeptanz für sich selbst). Es sei ihm klar, dass er seine Angst an irgendwelchen Situationen festmache, die man eigentlich angstfrei bewältigen könne. Aber irgendwohin müsse er ja mit seiner Neigung zur Angst. „Die Angst setzt sich oben drauf“. Vor dem Einschlafen schrecke er oft mit Angst und Zucken im Körper hoch. Das sei in dem Moment wie Todesangst.

Th.: Wo im Körper ist die Angst lokalisiert? Wo ist sie konkret spürbar?

Kl.: Im Kopf. Eigentlich hat man ja wohl keine Luft im Kopf. Aber das fühlt sich so an wie ein Vakuum und Leere. Alles zieht sich nach oben und entweicht nach oben in solchen Momenten, wo die Angst da ist.

Th.: Woher nimmst du die ganze Energie für die Angst? Die wird ja auch durch etwas genährt. Welche Muskeln spannst du dafür an, um die Angst in dir festzuhalten?

Kl.: Das sitzt im Bauch, im Magen. Ich habe ja ständig Sodbrennen, das Magengeschwür bis vor kurzem gehabt. Auch ganz viel Luft im Bauch ständig und Blähungen. Bei einer Röntgenaufnahme ist festgestellt worden, dass ich unglaublich viel Luft im Bauch habe. Erklären kann sich der Arzt das auch nicht. Aber an die Anspannung kommt man von außen so nicht ran, das sitzt tief drinnen in den Eingeweiden. Der Magen hat ja auch Muskeln.

Th.: Das kann man nur von innen auflösen und loslassen. – Wie erlebst du im Moment deine Atmung?

Kl.: Ich atme wohl wie meist sehr flach. Nur hier oben. (Er zeigt auf den oberen Brustkorb). Der Bauch ist hart.

Ich schlage ihm vor, die Atmung zu vertiefen, indem er sich rückwärts über die Atemrolle legt und seinen Oberkörper ausdehnt. Kopf, Nacken und Schultern werden dabei durch eine dahinterliegende Matratze gestützt. Die Arme werden nach hinten ausgedehnt. Der Klient berichtet über Schmerzen im unteren Rücken, während er liegt. Dass alles hart sei. Er hebt beim Sprechen den Kopf an und legt sich dann wieder zurück. Er stützt seinen Kopf im Liegen, indem er seine Hände darunter legt. Ich fordere ihn auf, in der Lage weiterhin zu bleiben, auf seine Atmung zu achten, die Ausatmung zu betonen und mit jedem Ausatmen das Becken schwerer werden und absinken zu lassen. (Der Klient liegt mit steifem Rücken, fast im Bogen, mit hochgehobenem Gesäß. Er zieht sich beim Einatmen immer wieder in Richtung Kopf.)

Kl.: Das tut weh!

Th.: Lasse beim Ausatmen einen Ton mitschwingen, der dem Schmerz Ausdruck gibt.

Kl.: (Beginnt – noch verhalten – mit rauher Stimme beim Ausatmen zu tönen.)
Ich bin wie ein Stück Holz.

Th.: Was für ein Holz?

Kl.: Ein Brett. Eine Baulatte, die auf dem Gerüst liegt. – Ich muss gleich hoch kommen.

Th.: Was kann passieren, wenn du liegen bleibst?

Kl.: Ich habe Angst, nicht mehr hochzukommen, völlig unbeweglich zu sein, starr zu werden.

Th.: Was ist dann, wenn du nicht mehr hochkommst?

Kl.: Dann bin ich hilflos. Dann ist das wie Sterben.

Während wir so sprechen und in den Pausen dazwischen, beteiligt sich der Klient noch sehr willentlich an Ein- und Ausatmung. Er forciert mit Muskelanspannung in Kehle, Brustkorb und Bauch die Ausatmung. Ich fordere ihn auf, nicht so viel Anstrengung in die Atmung zu geben, sich lieber vorzustellen, dass die Luft reinfließen darf in seinen Körper und auch von alleine wieder entweichen darf. Er solle den Ton beim Ausatmen verlängern, solange bis keine Luft mehr im Brustkorb ist, dann ginge die Einatmung von alleine und tiefer. Er bleibt liegen, atmet nun regelmäßig und rhythmischer ein und aus.

- Th.: Wie fühlt sich das jetzt im Magen an?
- Kl.: Wie ein vertrockneter Apfel. Der ist ganz grau. Wie abgestorben. Das ist albern. Aber das Bild kommt mir einfach so.
- Th.: Vielleicht musst du ein Fenster öffnen und Licht reinlassen? Kannst du dir das beim Atmen vorstellen?
- Kl.: (Bleibt liegen, tönt „Aaaah!“ mit belegter, kratziger, gebundener Stimme. Immer noch nicht deutlich im Kundengeben des Schmerzes. Er äußert, dass ich doch hören müsse, dass es sehr weh tut.)
- Th.: Ich kann das in deiner Stimme noch nicht hören. Bleib noch und gebe deinem Schmerz Raum in der Stimme. Lass dein Becken und deinen unteren Rücken in Richtung Fußboden absinken. Geh nicht nach oben.
- Klient lässt sich mehr und mehr in Richtung Fußboden absacken, dabei verspürt er stärkeren Schmerz und tönt nun lauter. Sein Schmerz wird in der Stimme und im Gesichtsausdruck deutlich. Seine Beine fangen an zu vibrieren. Er beginnt zu schwitzen. Dann landet er unter Ächzen langsam mit dem Gesäß auf dem Boden. Beim Aufrichten seines Oberkörpers unterstütze ich seinen Nacken mit meiner Hand, um dem Kopf Halt zu geben. Als er meine Hand im Nacken spürt, beginnt der Klient zu weinen und sagt klagend und leicht vorwurfsvoll:
- Kl.: Das ist so ungerecht! Das ist zu wenig!
- Th.: Das ist ja auch zu wenig zum Leben: ein vertrockneter Apfel im Bauch und ein Vakuum im Kopf. Es könnte praller sein.
- Kl.: Es ist so freudlos! (Er weint weiter, schluchzt.)
- Ich unterstütze, während ich neben ihm auf dem Boden sitze, mit der rechten Hand weiterhin seinen Nacken und nun auch mit der linken Hand seine Stirn. Der Klient berichtet über leichte Taubheitsgefühle in den Händen (er hat für seine Verhältnisse ungewohnt tief geatmet), und sein Rücken sei noch fest.
- Th.: Was brauchst du, um dich mehr entspannen zu können jetzt, und um mehr Sicherheit zu haben?
- Kl.: Hinlegen wäre jetzt gut. (er legt sich auf den Rücken auf die Matratze). Leicht ironisch zu mir: Das ist ja anstrengend heute!
- Ich setze mich ans Kopfende hinter den Klienten, schirme mit meinen Händen seinen Kopf oben ab.
- Th.: Das ist ja auch ein Stück Arbeit heute.
- Kl.: Darf ich meine Hände auf deine legen? (Er legt seine Hände über meine Hände auf seinem Kopf.) Äußert erstaunt: Die Atmung fällt jetzt wirklich einfach raus. Mein Bauch fühlt sich auch weicher an.
- Th.: Was ist mit dem tauben Gefühl in den Händen?
- Kl.: Das ist jetzt weg. (Seine Hände liegen noch auf meinen.)
- Th.: Und was ist mit dem Apfel im Bauch? Wie sieht er im Moment aus, immer noch vertrocknet?
- Kl.: Klingt ja albern. Aber der hat, glaub ich, seine Farbe verändert. Ein idealer Apfel, so wie ich ihn mir vorstelle, sähe rot und grün aus, kräftig in der Farbe. Und meiner hat jetzt einen Hauch davon, ein bisschen Farbe bekommen.
- Th.: Da ist ja durch das tiefere Atmen Luft und Licht drangekommen.
- Der Klient steht langsam auf, dehnt sich. Der Rücken schmerzt noch in der Lendengegend.
- Th.: Wie fühlen sich deine Beine und Füße an, der Kontakt zum Boden?
- Kl.: Ich stehe eigentlich ganz gut und sicher.
- Th.: Das war mutig heute von dir, trotz Schmerz und Angst dabei zu bleiben.
- Kl.: Ich wäre von alleine bestimmt nicht liegengeblieben und viel schneller wieder hochgekommen.
- Th.: Ja. Und vielleicht hättest du dann wieder ganz schnell geredet und hättest nicht geweint ...

Das tiefe Weinen ist in dieser Stunde zum ersten Mal seit Therapiebeginn geschehen. Die Körperintervention zur Vertiefung der Atmung habe ich dem Klienten vorgeschlagen, weil er seine Angst im Magen lokalisiert hatte und das körperliche Symptom ihm deutlicher war als die dazugehörigen Worte und Bilder/Erinnerungen. Meine Absicht war, ihm mehr inneren Raum und intensivere Gefühle für sich selbst sowie eine Verbindung zwischen den bei ihm abgespaltenen Körperregionen (Kopf, Bauch, Becken) zu ermöglichen. In der darauffolgenden Stunde berichtet der Klient, dass ihn das Bild vom Apfel die ganze Woche begleitet habe. Es sei für ihn wie ein inneres Leitbild: „der soll leben“. Er habe im Anschluss an die letzte Therapie-stunde zum ersten Mal seinem einjährigen Sohn nachts die Flasche gegeben, so dass dieser dabei einschlafen konnte. Das sei bislang noch nie vorgekommen, weil er immer so angespannt sei, dass sein Sohn sich bis dahin nur von seiner Frau beruhigen ließ. Außerdem habe er einer Freundin gegenüber ehrlich und mit Gefühl äußern können, dass er nicht so lebt, wie er fühlt und leben möchte.

Beispiel 3: 44-jähriger Klient, seit 7 Jahren verheiratet, 7 Jahre alter Sohn, kommt in die 5. Stunde bei mir. Er hat bereits Therapieerfahrung bei anderen Therapeuten und in anderen Therapieverfahren. Er hat sich heftig verliebt in die Freundin der Ehefrau, was von dieser erwidert wird. Er überlegt, ob er sich für die Freundin entscheiden solle. Die therapeutische Arbeit in der Analytisch-Imaginativen Körperpsychotherapie geschieht in Rückenlage im Liegen. Dabei werden die Beine in der Regel zur Verbesserung des Groundings aufgestellt und gegeneinandergelehnt. Aus Erfahrung weiß ich, dass er auf der Therapieliege beim Aufstellen der Beine diese immer offen auseinander fallen lässt und sie nicht zusammengestellt lassen kann. In der Arbeit mit den Beinen besteht eine massive Spannung in der Oberschenkelaußenseite. Im wesentlichen unterstütze ich in dieser Stunde die Beine von außen, wobei der Klient erstmals einen sexuellen Missbrauch (Manipulation) durch die Mutter wiedererinnert, den er dem 3. Lebensjahr zuordnet. Insbesondere das Bild kommt, dass sie nicht sehen soll, dass es für ihn auch noch lustvoll ist. Die Bilder werden sehr viel deutlicher und klarer, nachdem ich als Mann mein Mitgefühl und Verständnis dafür äußere, dass wir Männer Erregung nicht verbergen können. Der Klient dissoziiert während der Arbeit beständig, Unterleib und Beine werden gefühllos. Er geht dann in Gedanken und Phantasien und damit aus der Situation im Hier und Jetzt heraus, verbindet dies mit einem Hochnehmen der Arme über dem Kopf. Ich versuche, ihn immer wieder in den Kontakt in die Gegenwart zurückzuholen, auch indem ich ihn körperlich die Arme und Hände wieder auf seinen Bauch legen und ihn dort hinein spüren lasse. In diesem Prozess kann er dabei zunehmend mehr Gefühl in den Beinen ertragen. Die Unterstützung an der Außenseite der Oberschenkel führt zu einer deutlichen Entspannung. Diese fördere ich schließlich, indem ich ihn mit den Beinen kräftig nach außen gegen den Widerstand meiner Hände drücken lasse. Gleichzeitig arbeiten wir mit dem Bild vom inneren Kind, welches wir dahin entwickeln, dass er als Erwachsener in Zukunft für den 3-jährigen Knaben da sein wird, um ihn zu schützen, auch vor der Mutter. Wichtig ist, ihn dies am Ende auch laut und vernehmlich aussprechen zu lassen. Nach dem Ende der Sitzung spürt er das erste Mal guten Kontakt zum Boden und hat das Gefühl, wirklich auf den eigenen Beinen zu stehen.

4.3 Integration und Wiederanknüpfen

Es geht darum, dass die Klienten sich in ihrem Körper wieder heimisch fühlen, sowie sich selbst und andere wieder lieben zu lernen, intime und sexuelle Beziehungen zu wagen. Durch das Trauma ist die Lust am eige-

nen Körper verlorengegangen, stattdessen existiert ein Verbot zu genießen. Durch die Vermittlung positiver Körperwahrnehmungen werden neue „Spuren“ gelegt. Der Körper muss nicht mehr insgesamt abgewehrt werden, weil er negativ besetzt ist (wie durch das Trauma geschehen). Es findet eine Differenzierung statt: die Klienten lernen, Lust und Unlust, Freude und Trauer, Zorn und Gelassenheit, das ganze Gefühlsspektrum wieder zu akzeptieren und zu ertragen. Am Ende steht möglicherweise der Genuss von Höhen und Tiefen, die das Lebendigsein mit sich bringt. Aus der Verletzung, dem Trauma, kann am Ende auch die Wahrnehmung eigener Fähigkeiten und kreatives Potential erwachsen. In dieser Phase entdecken die Klienten oft ihre verlorengegangene Kreativität wieder: Singen, Malen, Tanzen, Sport, Schreiben, usw.

Wenn das Trauma, die Vergangenheit, nicht mehr solche Macht auf die Klienten ausübt, ist es möglich, sich wieder der Gegenwart, Zukunft, und der sozialen Umgebung zuzuwenden. Wir versuchen, die Spaltung/Dissoziation sinnvoll zu nutzen, indem wir die Klienten in der Körperarbeit mit der Aufmerksamkeit nach innen gehen lassen, sich innerlich körperlich spüren und gleichzeitig sich von außen als erwachsenes oder transpersonales Ich sich betrachten lassen und sich zeitlich verändert anzu- sehen mit dem Bild des inneren Kindes. Diese therapeu- tische „Ich-Spaltung“ kann nicht vollzogen werden, so- lange die Klienten von Intrusionen überwältigt werden. Erst wenn es so viel Stabilität und Sicherheit gibt, dass dies nicht mehr unkontrolliert passieren wird, können sich die Klienten mit dem Erwachsenen in sich selbst verbünden und Verantwortung für das verletzte Kind innerlich übernehmen.

Bei der therapeutischen Arbeit in der Analytisch- Imaginativen Körperpsychotherapie (Body-Enlighten- ment) sind folgende Botschaften und Vorgehensweisen immer wiederkehrende:

1. Ich bin als Therapeut nicht die Mutter oder der Vater, der Missbraucher oder die gewaltausübende Person.
2. Es ist nicht sinnvoll, immer wieder in die traumatisierende Situation zu gehen oder darin zu leben.
3. Die Klienten haben es überstanden und überlebt, sonst wären sie nicht hier und heute da.
4. Es ist wichtig, mit ihnen gemeinsam das Positive, die Lehre und Erfahrung aus der damaligen schrecklichen Situation herauszufinden. Genauer: die Frage, wie sind sie durch die Situation gekommen, wie haben sie es überlebt und durchgestanden. Dies bringt sie zur Erkenntnis ihrer Möglichkeiten und Ressourcen, die sie zur Verfügung haben.
5. In der Therapiesituation findet sich der Klient in der alten Situation wieder, oft als ohnmächtiges Kind. Wir führen den Erwachsenen-Teil ein und machen damit die Abspaltung eines Teils der heutigen Realität deutlich, in dem das Gefühl für die erwachsenen Fähigkeiten und Ressourcen verloren ging. Außerdem, das Alte ist nicht zu ändern, auch nicht mit dem Wissen und der Unterstützung von heute.
6. Der erwachsene Teil kann mit unserer therapeutischen Hilfe wie ein Helfer dem verletzten Kind von damals beistehen für dieses heutige Dasein, und

damit ist etwas Anderes möglich, und der Klient muss nicht da drinnen bleiben und kann aufhören, sich den Film täglich neu zu schaffen. Die heutige erwachsene Frau oder Mann kann dem Kind da raus helfen und weiß auch, wie sie dies bewerkstelligen kann. Dies ist unsere Überzeugung und führt zur Aktivierung von Ressourcen und stärkt die Selbstwirksamkeit.

Beispiel 4: Eine 42-jährige Klientin, Borderline-nahe Persönlich- keit, d.h. in der Selbstentwicklung auf frühem Struktur- niveau. Die Symptome begannen heftig im 26. Lebensjahr mit einer schweren, ein halbes Jahr dauernden Depression nach einer Trennung: Erleben von innerer Leere und Nicht-Fühlen, Selbstunsicherheit innerlich und in äußeren Handlungen, ab- gespaltene Gefühle. Diagnose: schwere Depression bei früher Störung. In der Vorgeschichte: Traumatisierungen auf mehre- ren Ebenen, u.a. vermutlich sexueller Missbrauch durch den Großvater in der Kindheit. Dies ist quasi die Basis, der Hinter- grund für das folgende Ereignis, das in einer Stunde der Analy- tisch-Imaginativen Körperpsychotherapie wieder in Erinne- rung kam. Sie erinnert sich während der Körperarbeit an ein Trauma aus dem 6./7. Lebensjahr. Die Eltern waren oft nicht da. Eine Kinderbetreuung geht mit ihr über die Straße. Als Autos kommen, lässt diese das Mädchen los und läuft von der Straße. Das Mädchen wird angefahren, ohne schwer verletzt zu werden. Es bleibt aber ein Schock zurück. Die Szene kehrt – wie viele Traumata – in Träumen und anderen Erinnerungen immer wieder zurück. Aus analytischer Sicht könnten wird die Szene auch als Deckerinnerung für das Verlassensein durch die Eltern und für die Gefahren des Schutzlos-Ausgelie- fertseins ansehen. Sie habe sich aber auch real abgespielt. Wie auch sonst, ist die Verarbeitung dieser Szene und des Traumas im therapeutischen Prozess wichtig. Zu diesem Zeitpunkt des Therapieprozesses sind meine Hände unter dem dritten und vierten Chakra im Rücken der Klientin. Dabei versuche ich, das innere Wegdriften und Dissoziieren der Klientin zu stop- pen und den Beziehungskontakt aufrechtzuerhalten, auch in- dem ich sie immer wieder anspreche und auffordere, mir ihre Reaktionen, Erfahrungen und inneren Bilder mitzuteilen, mich daran teilhaben zu lassen. Das Nachfragen und gleichzei- tig im körperlichen Kontakt zu bleiben, könnte hier an sich hier schon eine symbolisch heilende Qualität haben: Ich lasse die Klientin im übertragenen Sinne so nicht alleine mitten auf der Straße stehen, sondern suche mit ihr zusammen einen Weg aus der inzwischen inneren und früher äußeren Bedrohung. In der gemeinsamen Bearbeitung ist wichtig: 1. Sie hat die dama- lige Bedrohung überlebt. 2. Das kleine Mädchen braucht Schutz und Fürsorge, heute von ihr selbst als erwachsene Frau. Im Therapieprozess kann sie mit meiner Anleitung das Mäd- chen im inneren Bild an die Hand und in den Arm nehmen und schützen. Dies gelingt immer nur kurzfristig, wobei sich das Mädchen immer wieder losmacht und zurück auf die Straße läuft. Dies bedeutet, dass sie jeweils aus dem Trauma und Schockzustand in die Beziehung zu mir herauskommt, nach kurzer Zeit aber wieder wie zuvor in dem alten Schrecken ankommt. Im übertragenen Sinne hat sie zu wenig erwachsene Seiten, Ich-strukturelle Fertigkeiten in sich, um für das innere Kind sorgen zu können.

Im weiteren Prozessverlauf stelle ich Schmerzen in mei- nem linken Handgelenk fest. Da ich solche Reaktionen oft als körperlich empathische Resonanz kennengelernt habe, frage ich danach, wie sich das Handgelenk der Klientin anfühlt und lockere deren Handgelenke auf. Bei ihr aber spannt und schmerzt das rechte Handgelenk. Ich bin zunächst verblüfft. Im weiteren Kontakt mit ihr begreife ich meine Schmerzen als Gegenübertragungsreaktionen. Die Klientin weiß, dass sie der Kinderbetreuerin die rechte Hand gegeben hatte. D.h., die Kinderbetreuerin muss sie an ihrer linken Hand geführt haben.

Was ich damit zu verstehen und wahrzunehmen beginne ist, wie anstrengend und mühsam es ist, das geschockte, verängstigte Kind an die Hand zu nehmen und am Straßenrand fest- und zurückzuhalten. Genau das ist es, was die Klientin mit ihrem inneren Kind tun muss. Das innere Kind mit Fürsorge und Bestimmtheit in Gefahrensituationen fest an die Hand zu nehmen, nicht loszulassen und so vor der Gefahr zu schützen. Aus dem Verstehen heraus kann ich ihr das entsprechende Bild anbieten, was sie erleichtert mit einem Durchatmen und innerer Entspannung aufnehmen kann. Meine Schmerzen im linken Handgelenk sind anschließend verschwunden. Übertragen gesagt, muss ich das kleine Mädchen nicht mehr angestrengt selbst festhalten, sondern die Klientin hat gelernt, es mit ihrem erwachsenen Teil selbst zu übernehmen. Wie zur Festigung und Bestätigung träumt sie in der folgenden Nacht von der Straßenszene, in der sie nun aber nicht mehr wie sonst auf die Straße vor das Auto läuft, sondern am Straßenrand stehenbleibt. Zu einem späteren Zeitpunkt wird dann auch eine Bearbeitung des sexuellen Missbrauchs möglich.

In dieser Therapiephase kann auch die *Arbeit mit den Täterintrojekten und der Identifikation mit dem Täter* (auto-aggressive und sadistische Anteile in der Person) von großer Bedeutung sein. Diese ist erst in weit fortgeschrittenen Therapien möglich und setzt genau wie die Arbeit mit dem inneren Kind eine therapeutische Ich-Spaltung voraus. Demzufolge ist eine Differenzierung der Klienten nach der Schwere des Traumas bzw. der Symptomatik sinnvoll und erforderlich.

1. Chronischer sexueller und/oder körperlicher Missbrauch aus einer libidinös getönten Beziehung heraus (i.d.R. innerhalb der Familie in Kindheit/Jugend), weil Grenzen nicht eingehalten wurden.
2. Traumatisierung durch extrem sadistische Täter, Handlungen extremer Gewalt (z.B. Folter aus religiösen/politischen Motiven, Satanskulte), die außerhalb der Familie stattfinden.
3. Traumatisierung durch Unfall, Katastrophen etc., die i.d.R. nicht durch Personen ausgelöst und verantwortet werden. Hier spielen Täterintrojekte keine Rolle in der Therapie.

Bei der ersten Gruppe scheint nach bisherigen Erfahrungen die körperpsychotherapeutische Arbeit mit Täterintrojekten und Täteridentifikation im fortgeschrittenen Verlauf der Therapie sinnvoll und hilfreich zu sein. Auf diese Personengruppe beziehen wir uns in der hier vorgestellten Arbeit; die dargestellten Therapiebeispiele stammen von Klienten mit diesem biographischen Hintergrund. Wobei nach *Herman* die jahrelange familiäre Gewalt in entwicklungspsychologisch sensiblen Phasen keineswegs harmloser in ihren Auswirkungen zu sehen ist als die Gewalt, die z.B. in Kriegsgefangenschaft oder innerhalb einer Sekte erfahren werden kann. Die Symptomatik der Opfer gleicht sich in allen Fällen, wenn Kampf- und Fluchtmechanismen außer Gefecht gesetzt waren und das psycho-physiologische Gleichgewicht des Opfers zerstört wurde (vgl. Herman, 1994). Ob mit Opfern extremster Gewalt die Arbeit an den Täterintrojekten möglich ist, können wir nicht aus eigener Erfahrung beurteilen. Bisher scheinen für diese Personengruppe eher die Verfahren der Imagination mit einer Verkleinerung, Externalisierung und einem Unschädlichmachen der Täter unter Zuhilfenahme von Heerscharen von Helfern sinnvoll zu sein (eingebettet in

eine körperpsychotherapeutische Behandlung mit oben beschriebenen Ansätzen).

Die psychischen und körperlichen Abwehrhaltungen, mit denen wir in der Therapie zu rechnen haben, weil die Klienten sich unbewusst gegen erneute Verletzung schützen, sind (nach Shapiro, 1998a):

1. *Widerstand* (Haltung: „Niemals wieder öffne ich mich“; unbewusstes Nein),
2. *Rache* (Wiederholung der Täter-Opfer-Konstellation, Therapeut als „Opfer“),
3. *Re-Infizierung* (oder *Projektive Identifikation* oder *Therapeut als „Täter“*).

Zu 3. Re-Infizierung: es ist eine Art Wiederholungszwang; Therapeut wird zum vertrauten Elternteil, Misshandler, Täter gemacht, damit die Klienten im gelernten Abwehrmuster bleiben können und nicht wirklich neues Verhalten wagen müssen.

Vorgehensweisen/Übungen in der Phase der Integration

1. Prozess der Analytisch-Imaginativen Körperpsychotherapie

Vgl. Punkt 4.2, Vorgehensweisen in der Phase des Erinnerns.

2. Identifikation mit den Opfer-Täter-Anteilen der Person

Wir lassen die Klienten sich identifizieren mit den verschiedenen Opfer-Täter-Anteilen ihrer Person, und sie bitten, diesen Personanteilen *Worte* zu verleihen und sie lebendig werden zu lassen auch im körperlichen Ausdruck. D.h. die unbewussten Seiten, die bislang sprachlos waren, werden mit unserer Unterstützung als Doppel (wir stehen dahinter oder daneben und bieten Sätze an) in Szene gesetzt. Und die im Körper gebundene Energie wird belebt durch spezifische Haltungen und Ausdrucksübungen (s. Punkt 3). Diese Vorgehensweise ist nicht zu verwechseln mit einem Rollenspiel, in dem die Klienten aufgefordert werden, den Täter zu spielen und seine Motive zu verstehen! Es geht hier darum, die eigenen Personanteile zu verstehen, das was unbewusst das Handeln leitet, weil Opfer- und Täter-Identifikation besteht. Das Ziel ist, die auto-aggressiven Anteile zu bearbeiten, mit denen sich die Klienten selbst misshandeln, und auch das aggressive Ausagieren dessen, was sie selbst erlebt haben, bewusst zu machen. Und es geht darum, die Kraft im eigenen „Teufel“ bzw. der eigenen „Hexe“ zu finden.

3. Energetisieren und Verkörperung der Opfer-Täter-Personanteile

Das *Energetisieren* der „teuflischen“ Seiten geschieht, indem die Klienten körperlich in Haltungen gehen, die die aggressiven Ausdrucksmöglichkeiten erleichtern. Das Energetisieren der Opfer-Anteile der Person geschieht über eine Position des Überlassens/der Hingabe.

– In vorneüber gebeugter Haltung mit dem Rücken gegen ein Polster an der Wand drücken und mit ansteigender Stimme Protest zum Ausdruck bringen

- Im Bogen oder vornüber gebeugt über einer Stuhllehne stehen und beim Handtuchwringen, Verneinung, Hass, Schadenfreude und Verachtung zum Ausdruck bringen
- In liegender Position in den Bogen gehen, mit vorgeschobenem Kiefer zum Therapeuten „nein“ sagen oder „niemals wieder öffne ich mich!“ oder „niemals wieder lasse ich mich verletzen!“
- In liegender Position mit abgesenktem Becken (Rücken auf der Matratze, Becken auf dem Boden) und Augenkontakt zum davorstehenden Therapeuten sagen „Du kannst mit mir machen, was du willst. Du kannst mich haben.“ oder „Ich kapituliere.“ (Aufgabe/Hingabe)

Alle bioenergetischen Positionen lassen die Klienten die Kraft in ihrem Rücken, in den Armen, im Kiefer, in der Stimme spüren, und vermitteln ein Gefühl von der aggressiven Seite ihres Widerstandes, aber auch von der Kraft der Personen, mit denen sie identifiziert sind. Ebenso wird in der Kapitulation und Hingabe die Kraft des Opfers deutlich. Dadurch findet ein Stück Lösung statt, weil bis dahin diese Kraft in der Negativität gebunden war, und nun die Klienten diese abgespaltenen Teile der Person wieder zu sich nehmen – bewusst machen, Worte und Energie integrieren (vgl. Shapiro, 1998b). Im therapeutischen Prozess steht diese Arbeit erst dann an, wenn vorher genügend Stabilität und Sicherheit (Grounding des Klienten und vertrauensvolle Basis in der Beziehung zum Therapeuten) entwickelt werden konnten.

5. Abstinenz und Berührung: Verkörperte Gegenübertragung

Berührung ist heilsam. Berührung durch den Therapeuten muss nicht bedeuten, dass erneut Grenzen verletzt werden.

„Es macht einen Unterschied, ob ich Kontakt „regle“ oder ob ich „behandele“, d.h. im Kontakt mit der Klientin berühre, und Nähe/Distanz, Lust/Unlust usw. unter Wahrung ihrer Selbstbestimmung und -kontrolle „aushandele“. (Z.B. indem ich frage, „wie fühlt es sich für dich an, wenn du meine Hand im Rücken hast“ und dann die Gefühle und Wünsche der Klienten berücksichtige in meinem weiteren Kontaktangebot) (vgl. Klopstech, 1994, S. 104).

Als Körpertherapeuten haben wir gelernt, auf Körpersignale zu achten und uns auf Körperabläufe einzustellen, dasselbe beim Klienten anzuregen. Es gibt auch ein – wenn auch noch begrenztes – theoretisches Rahmenwissen für die Erklärung von körperlichen Phänomenen. Und die Arbeit mit körperlichen Regressionszuständen im therapeutischen Prozess vermittelt Informationen, die sonst schwerer zu gewinnen wären (vgl. Downing, S. 335 f).

Zum Thema *Katharsis*:

Körpertherapie beinhaltet nicht nur – wie oft klischeehaft vermutet und auch in den Anfängen der Bioenergetik praktiziert – kathartisches Arbeiten im Sinne von heftigen emotionalen Durchbrüchen, die die Ich-Kontrolle vermindern, regressionsfördernd und grenzauflö-

send wirken. Vielmehr gehören dazu viele Techniken und Vorgehensweisen, die Halt geben, Grenzen aufbauen, die die Autonomie und Eigenverantwortung der Klienten fördern, ihnen ein Gefühl für ihre Kraft und Widerständigkeit vermitteln sowie das emotional-körperliche Fassungsvermögen, engl. Containment aufbauen. Früh gestörte Klienten (z.B. Borderline-Patienten) kommen mit kathartischer Arbeit (der schnellen Mobilisierung eines affektiven intensiven Ausdrucks) nicht weiter, da die ausgelösten Gefühle zu überwältigend sind. Auch stabilere Klienten lernen zu funktionieren, ein kathartisches Ritual zu absolvieren, ohne grundlegende affektive Änderung (vgl. Downing, 1996, S. 74 f). Die Konstriktion kann als Versuch gesehen werden, sich selbst Halt und Sicherheit zu geben, sich nicht aufzulösen. Deshalb ist es kein adäquates Ziel, die Wut nur einfach „rauszulassen“. Grenzen, Abstufung, Modulation, Disziplin im Affektausdruck und kontinuierliche Arbeit sind wichtig. Je mehr Sicherheit in der Ausdehnung die Klienten entwickeln, desto mehr Selbstwirksamkeit, und umso weniger benötigen sie die Konstriktion.

Was bedeutet es für die Übertragung und Gegenübertragung, wenn Therapeuten ihre Klienten körperlich berühren?

Das „Abstinenzprinzip“, wie wir es als Körpertherapeuten verstehen, heißt nicht ein Verbot, körperlich Kontakt aufzunehmen. Abstinenz besteht in unserem Sinne in einer inneren und auch körperlich vermittelten Haltung der *Abgegrenztheit*. Die Art der Berührung ist nicht-fordernd, nicht-invasiv, feinfühlig, halt- und raumgebend für die Wahrnehmung der Klienten. Dabei werden die Klienten angehalten, auf ihre Atmung zu achten und im inneren Kontakt mit Bildern, Körperempfindungen zu sein. Vom Therapeuten wird sowohl Durchlässigkeit (als „Kanal“ wirken zu können) als auch eine klare abgegrenzte Haltung im Kontakt zur Klienten verlangt. Körperliche Berührungen sind dann in dem Sinne „abstinent Berührungen“, als sie nicht Manipulation, sexuelle Verführung, Gewalt oder vorschnellen Trost bedeuten, und der Therapeut seine eigenen Bedürfnisse da heraushält.

Übertragung wie Gegenübertragung sind bei Einbeziehung des Körpers in die Therapie viel intensiver, komplexer und direkter. Die Klienten spüren z.B., wie ist der Muskeltonus der Therapeutin, Temperatur und Spannung deren Hände, die Wahrnehmung von Distanz, räumlicher Nähe. Traumatisierte Klienten haben ein besonders intensives Gespür für solche Prozesse. D.h., an einen Körpertherapeuten werden andere Anforderungen gestellt in Bezug auf Präsenz, die Bewusstheit und Sicherheit im Bereich des Körper-Selbst, das nach den Untersuchungen von D. Stern die Basis unserer Selbst-Entwicklungspyramide darstellt. Die Therapeuten selbst müssen „sich verkörpert haben“. Körperkontakt ist sehr wohl sinnvoll und möglich, aber ohne Bedürftigkeit des Therapeuten an die Klienten. Klopstech geht sogar soweit zu sagen, „dass die Entscheidung des Therapeuten für eine Form der Behandlung von sexuellem Missbrauch, die den Körper nicht mit einbezieht, unbewusst ein Gegenübertragungsgagieren darstellt.“ (vgl. Klopstech, 1994, S. 103)

In den Anfängen der Psychoanalyse waren die Therapeuten in Personalunion Ärzte, die mit körperlichen Untersuchungen, Behandlungen, sogar Massagen sowie Hypnose und verbaler Psychotherapie ihre Patientinnen behandelten (z.B. Berta Pappenheim). Sie betreten damit Neuland, waren den heftigen sexuellen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen, die sie in der Arbeit mit ihren in der Kindheit sexuell missbrauchten Patientinnen hervorriefen, offenbar nicht immer gewachsen. Es gab zu der Zeit keine Regeln über den psychotherapeutischen Umgang mit Körperkontakt und sexuellen Übertragungsreaktionen im therapeutischen Prozess. Sie konnten es einfach noch nicht besser wissen, weil es noch keine Erfahrungen damit gab. Es fand keine Verknüpfung statt von den durch die Berührung ausgelösten Emotionen und Erinnerungen und den verbal berichteten oder körperlich transportierten Traumata. Die körperliche Therapeut-Klient-Beziehung wurde in der Psychoanalyse aus der Betrachtung ausgespart. Die Therapie blieb auf die verbale Ebene begrenzt, und es kam die Abstinenzregel hinzu. Diese dient auch der Beherrschung der eigenen Erregung, die noch nicht als Gegenübertragungsphänomen in der Arbeit mit sexueller Traumatisierung verstanden werden konnte. Die Abstinenzregel leistet der Abspaltung von Körpertherapie Vorschub und führte zum Ausschluss von Ferenczi, Reich, Rank u.a. (vgl. Masson, 1995; Stephan, 1992; Good, 1999).

Es gibt einige Hinweise darauf, dass Freud, Breuer, u.a. nicht ohne eigene sexuelle Reaktionen auf ihre Patientinnen blieben. (Wäre auch eher ein schlechtes Zeichen gewesen für ihre Sexualität und Wahrnehmungsfähigkeit, wenn sie keine Reaktionen bemerkt hätten). Nur wurden diese ignoriert, verschwiegen, nicht therapeutisch genutzt. Stattdessen wurden die Patientinnen angehalten, über ihre sexuellen Phantasien und Träume zu reden, sie sich von der Seele zu sprechen (vgl. Berthelsen, 1989; Stephan, 1992). Es ist aus heutiger Sicht nicht verwunderlich, dass manche der Patientinnen nicht gesundeten, da sie durch diese Art der Aussparung eines Teils der therapeutischen Beziehung keinen besseren Bezug zur Realität entwickeln konnten.

- Sie wurden nicht darin bestätigt, dass ihre Phantasien über vergangene sexuelle Übergriffe einen realen Gehalt in Form eines erlebten sexuellen Traumas hatten.
- Sie erlebten in der therapeutischen Beziehung eine Wiederholung im Sinne einer sexuell aufgeladenen Atmosphäre, die sie unbewusst körperlich spüren oder indirekt an den überengagierten Haltungen ihrer Therapeuten erkennen konnten. Die sexuelle Aufladung der therapeutischen Situation konnte nicht aufgelöst werden, weil es kein Thema der „Redekur“ war, welche Reaktionen beim Therapeuten erzeugt wurden, der Therapeut sich scheinbar abstinenter verhielt, und damit einen wichtigen Teil der Realität vorenthielt.
- Die Fähigkeit der traumatisierten Patientinnen zu dissoziieren, d.h. ihr Rückgriff auf ihr Überlebensmuster auch in der Therapiesituation sowie die

Ängste der Psychoanalytiker vor ihren eigenen sexuellen Gegenübertragungsreaktionen und vor dem Verlust ihrer ärztlichen Rolle in der realen Begegnung, führten zu der Entwicklung der Technik der „freien Assoziation“ (ironisch „freie Dissoziation“).

Die neue psychologische Methode des Sprechens von inneren Prozessen, die Psychoanalyse, war und ist eine Errungenschaft und eine wesentliche Weiterentwicklung der bisherigen organmedizinischen Methode: Die Betonung des „Von-der-Seele-Sprechens“ stößt bei traumatisierten Klienten an ihre Grenzen und erfordert geradezu eine Integration der ursprünglichen Spaltung der Therapiemethoden.

In der Arbeit mit der Gegenübertragung nutzen wir die (von Downing so genannte) „induzierte Gegenübertragung“ (manchmal auch projektive Identifikation genannt) (vgl. Downing, 1996). Damit sind die beim Therapeuten vom Klient hervorgerufenen Gefühle und Körperreaktionen gemeint, die den Gefühlen der Klienten als Kind oder dessen Elternteil entsprechen. Es sind *Ergänzungen der Gefühle der Klienten*:

„Das erste ist, dass das, was beim Therapeuten als induzierte Gegenübertragung hochkommt, meistens ein Stück Kindheitsgeschichte des Patienten ist. Im Mittelpunkt steht, mit anderen Worten, was Kernberg als ‚primitive Objektbeziehungseinheit‘ bezeichnet – ein altes Interaktionsmuster zwischen dem Klienten als Kind und einer weiteren Person aus seiner Umgebung (Mutter, Vater, Bruder usw.). Dieses frühere Muster wird jetzt in Form einer Reihe von ineinander greifenden Gefühlen und vielleicht auch Verhaltensweisen von Therapeut und Klient durchgespielt.“ (vgl. Downing, 1996, S. 318)

Die induzierte Gegenübertragung ist für die Therapie sehr wertvoll, weil der Therapeut einen „Geschmack“ (Downing) davon bekommt, wie es für die Klienten in früheren Lebensjahren war.

Mit der *verkörperten Gegenübertragung* zu arbeiten bedeutet, dass der Körper des Therapeuten als eine Art Kanal fungieren kann und so „Quelle für neue Erkenntnisse und Einsichten sein kann, die andernfalls im Dunkeln bleiben“ (ebenda, S. 321).

Dabei ist die Atmung des Therapeuten der zentrale Schlüssel, um sie wahrzunehmen. Der erste Schritt, damit zu arbeiten, ist also die innere Wahrnehmung des Therapeuten. Dem folgt die intellektuelle Zuordnung, die Entwicklung von Hypothesen. Und im dritten Schritt überlege ich mir eine Intervention, die diesen körperlichen Mitteilungen folgt (vgl. auch Heinrich, 1997).

Wir arbeiten überwiegend mit *der direkten Enthüllung* d.h., wir versuchen, das im Kontakt Erspürte in beschreibende Worte zu fassen und den Klienten vorsichtig mitzuteilen oder vielleicht auch non-verbal zu spiegeln. Diese therapeutische Vorgehensweise setzt voraus, dass der Therapeut seine eigenen unbewusst körperlich wirksam werdenden Anteile (oralen, sexueller, aggressiver Art) in der Eigenanalyse bearbeitet hat und die Wirkung von körperlicher Übertragung und Gegenübertragung zu beachten gelernt hat. Die *Abgren-*

zung und Entwirrung eigener biographischer Anteile des Therapeuten ist Voraussetzung, damit der Therapeut sicher über seinen „Eltern-Körper“ verfügen kann. Genauso müssen eine gute Mutter/ein guter Vater abtinent bleiben, und dürfen nicht ihre oralen oder genitalen Bedürfnisse an die Kinder herantragen, und sollten dennoch mit ihrem Körper sicheren, haltgebenden, Anregung, Rhythmus und Spiel vermittelnden Kontakt anbieten können. Bestenfalls sind Eltern *emotional und körperlich präsent*, damit Kinder in einem beseelten Körper aufwachen können. Das gilt genauso für Therapeuten. Wenn Eltern nur verbale pädagogische Haltungen einnehmen, sich aber körperlich distanziert verhalten und abspalten, dann wird das Kind auf die non-verbale Mitteilung reagieren. Es sind die unbewussten Haltungen, das Sein der Eltern, die am stärksten auf die emotionale Entwicklung der Kinder wirken (vgl. Liedloff, 1980).

Die ausgeprägte *Negativität im Übertragungsgeschehen*: Misstrauen, Angst, Hass, Scham, Racheimpulse, Sadismus erfordern neben dem achtsamen unmittelbaren Kontaktangebot des Therapeuten auch eine psychodynamische Verknüpfung der energetischen Arbeit mit dem Widerstand, der Negativität, den „teuflichen“ Seiten der Klienten. Dies insbesondere deshalb, weil über die Identifikation mit dem Täter und/oder die Introjektion die Klienten sich unbewusst aus ihrer Ohnmacht gerettet haben. Sie kommen dann in die Therapie und haben beide Anteile: Opfer und Täter in sich. Von beiden Warten aus begegnen sie mir. Beide Anteile können mich als Therapeuten in eine „Falle“ locken. Opfer haben Phantasien über Rettung und Heilung von außen und versuchen mich als Therapeuten zu verführen, in meiner Grandiosität eine „Rettung“ anzubieten. Täter lassen andere Ohnmacht erleben und vermeiden die eigenen hilflosen, ausgelieferten Gefühle, stattdessen wird der Therapeut „schachmatt“ gesetzt und fühlt sich wirkungslos.

Es besteht das *Risiko der Retraumatisierung*. Bei sexuell Missbrauchten kann in einer Körperpsychotherapie (und nicht nur dort) ein(e) gegengeschlechtliche(r) Therapeut(in) sehr schnell zu einem Trigger werden, und im Übertragungsgeschehen können sich die Klienten schnell erneut als Opfer der sexuellen Annäherung fühlen. Außerdem können sie sich verlieben und versuchen, in teilweise aggressiver Form den Spieß der Ohnmacht umzudrehen und den Therapeuten zu einer Verliebtheit oder persönlichen Beziehung außerhalb der Therapie zu drängen. Dies ist vorbewusst ein Stück Wiederholung und erfordert besonders viel Klarheit, Erfahrung und Vorsicht in der therapeutischen Situation.

Beim Therapeuten kann es zu einer sog. „*Sekundär-Traumatisierung*“ kommen, d.h., die unglaublich erschütternden und gewaltsamen Erfahrungen, die Massivität der Symptome, die die Klienten mit in die therapeutische Beziehung bringen, können sich auf die Gesundheit und Integrität des Therapeuten nachteilig auswirken, wenn er/sie nicht ausreichend für sich selbst sorgt. Dies gilt natürlich um so mehr, wenn wir körperlich in Beziehung treten und leibliche Gegenübertragungsphänomene auftreten. Der körperliche Aspekt der

Empathie, das „leibliche Mitschwingen“ (Lichtenberg), die körperliche Resonanz der Therapeuten, sind ein wichtiges Instrument im therapeutischen Prozess. Gleichwohl sind wir aufgrund der Intensität des Mitschwingens, der körperlichen Ergriffenheit, in Gefahr. Andererseits haben wir als Körpertherapeuten eine Möglichkeit, innerhalb des therapeutischen Prozesses die auftretenden Spannungen, die Erstarrung, die Ohnmacht, usw. in Ausdruck und Bewegung energetisch umzusetzen. D.h., wir lassen uns berühren und bewegen von der Geschichte der Klienten, und bewegen uns mit den Klienten, sitzen nicht nur auf dem Stuhl und versuchen, das Schwere nicht nur verbal und gedanklich zu verarbeiten. So gesehen, können die körperlichen Gegenübertragungsreaktionen hilfreich sein zur Problemanalyse, zum Aufspüren von Interventionen, die den körperlichen Impulsen folgen. Die Bewegung kann mir als Therapeut helfen, mich nicht in dieselbe Ohnmacht zu begeben wie die Klienten. Es kann auch stellvertretend für mich als Therapeut entlastend sein, wenn die Klienten im Ausdrucksverhalten und in der Motorik eine Lösung für ihre Gefühle des Zorns, der Trauer, der Scham finden (vgl. Heinrich, 1997).

Wichtig ist eine „*gesunde egoistische Haltung*“ des Therapeuten: „Ich bin für mich die wichtigste Person, Ich Sorge gut für mich – auch während der Therapie.“ Sonst kann es auch den Klienten nicht gutgehen. Wir sind nicht nur als Übertragungsobjekte vorhanden, sondern auch real „Katalysator“. Nicht die Allmachtsphantasie, dass ich es als Therapeut „bewirke“ (Grandiosität) oder die orale therapeutische Haltung, dass ich es für die Klienten „aushalten“ und es ihnen „abnehmen“ muss, darf unser Handeln leiten. Den Klienten kann es nur gutgehen, wenn wir als Therapeuten auch zeigen, dass wir für uns sorgen.

Beispiel 5: Eine Klientin berichtet über wiederkehrende Alpträume und Verlassenheitspanik in der Nacht. Die nennt die eigenen biographischen Anteile daran nennt sie (nach ausführlichem Gespräch über ihre Verlassenheit als kleines Mädchen) das „Gift“ ihrer Mutter. Es sei dieses Gift, die vernachlässigende, grausame Mutter, was heute noch in ihr stecke und sie das damalige Trauma wiederholen ließen. Sie erlebe diese Alpträume und Panik nachts, seitdem sie schwanger sei. Die Klientin will mir mit traurig-vorwurfsvoller Stimme in allen Details die Vorwürfe erzählen, die sie gegen ihre Mutter richten könne. Sie sitzt dabei mir auf dem Stuhl gegenüber. Ich bemerke, dass mir das Atmen schwerer fällt und dass ich beginne, mich körperlich belastet zu fühlen, wie wenn jemand mich tatsächlich bis unter die Haut beschmutzen will. (Die Klientin wählt öfter den Ausdruck „beschissen“, wenn sie beschreibt, wie es ihr heute geht, wenn sie Angstanfälle hat.) Sie bekommt dann auch Durchfall. Um nicht therapeutisch blockiert zu sein, indem ich mich innerlich distanzieren und gegen ihre Stimme und ihren Augenausdruck „dicht mache“, wenn ich weiterhin ihr als Gegenüber beim Erzählen diene, schlage ich eine Intervention vor. Diese ist in dem Moment aus meiner Not geboren. Natürlich ist sie fachlich zu begründen und ein bewährtes Mittel in der Gestalttherapie, dennoch muss ich betonen, dass es zuerst reine „Selbsthilfe“ für mich als Therapeut war. Als ich mich dazu entschlossen hatte, war ich bereits körperlich erleichtert, und konnte der Klientin dann auch ohne Verteidigung oder Angriff erklären, dass ich diese Dinge nicht alle direkt aufnehmen und in mir aufbewahren möchte. Und dass es für sie selbst wahrscheinlich auch nicht gut sei, das immer weiter in sich aufzubewahren. Ich

schlug ihr vor, in meinem Therapieraum sich nach einem Gegenstand oder Symbol umzuschauen, die das „Gift“ ihrer Mutter darstellen könnten. Sie schaute sich um und sagte, „alles, was hier in diesem Raum ist, ist noch zu schön dafür, ich finde nichts“. Ich holte aus dem Schrank noch ein paar ältere Dinge. Sie entschied sich für eine alte Wolldecke, die sie vor sich auf den Fußboden legte. Ich forderte sie auf, ganz genau und konkret zu beschreiben, was da vor ihr liege, welche Eigenschaften sie mit dem Gift ihrer Mutter verbinde. Sie solle im Präsens sprechen. Nach der ersten Beschreibung forderte ich sie auf, die gesprochenen Sätze in „Du“ oder „Ich“ Aussagen zu wandeln, also ihrer Mutter direkt etwas zu sagen. Sie fuhr mit einer Reihe von Anklagen fort, bis alles gesagt war. Am Ende der Stunde habe ich sie gefragt, wie der „Müll“ entsorgt werden solle. Sie sagte, ich solle das tun, sie wolle die Decke nicht mit nach Hause nehmen. Ich schlug vor, die Decke zu waschen und einige Tage draußen zu lüften. Die Idee fand sie gut. Nach 2 Wochen kam sie wieder in die Stunde und berichtete, dass sie in den vergangenen beiden Wochen keine Alpträume mehr gehabt habe. (Magisches Denken war wohl auch dabei.) Die Therapie ist inzwischen beendet. Die Klientin hat nun in ihrer zweiten Schwangerschaft keine nächtlichen Angstanfälle mehr, wie sie mir berichtete.

Schlussbemerkung

Uns geht es um die verkörperte Beziehung zwischen Therapeut und Klient

Fürsorglicher Umgang mit dem Körper, die Erfahrung, wie sich haltgebende und unterstützende Berührung konkret anfühlt, kann nicht mit Worten allein vermittelt werden – und auch nicht dadurch, dass ich das Erlernen von Körperkontakt als „Anwendung“ in der bademedizinischen Abteilung oder beim Krankengymnasten praktizieren „lasse“ und damit aus dem therapeutischen Prozess herausnehme und delegiere. Als Körperpsychotherapeuten haben wir ein Instrumentarium und eine körperliche Haltung gelernt für den Umgang mit Klienten, die ihnen hoffentlich die Möglichkeit bietet, als ganze Person berührt und behandelt zu werden. Worte sind heilsam. Berührung durch Worte und körperliche Berührung von einer Person, die versteht und achtsam ist, sind heilend!

Anmerkung Die Begriffe „Klient“ und „Therapeut“ wurden synonym für beide Geschlechter verwendet, d. h., „Klient“ meint „Klienten/Klientinnen“ und „Therapeut“ meint „Therapeut/Therapeutin“.

Literatur

- Berthelsen D (1989) Alltag der Familie Freud. Die Erinnerungen der Paula Fichtl. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Clauer J (1995) Some developmental aspects of body and identity – analytic-imaginary body psychotherapy. Vortrag EFBA Conference in Rom 1995. Unveröffentlichtes Manuskript
- Clauer J (1997) Imagination und Körperpsychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hrsg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern
- Connelly D (1992) Alles Weh ist Heimweh. Verlag Bruno Endrich, Heidelberg
- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Ehrensperger Th (Hrsg) (1996) Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding Konzept. Körper und Seele, Bd 5. Schwabe & Co, Basel
- Eßlinger K (1998) Traumazentrierte Psychotherapie: Kognitive Verhaltenstherapie und EMDR im Vergleich. In: Kernberg O et al (Hrsg) Schattauer, Stuttgart, S 59ff
- Good MI (1999) Karl Abraham, Sigmund Freud und das Schicksal der Verführungstheorie. Psyche 4: 343–372
- Heinrich V (1997) Körperliche Phänomene der Gegenübertragung – Therapeuten als Resonanzkörper: Welche Saiten kommen zum Schwingen? Forum der Bioenergetischen Analyse 1: 32–41
- Herman J (1993) Die Narben der Gewalt. Kindler, München
- Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) (1992) Verführung in Kindheit und Psychotherapie. Transform-Verlag, Oldenburg
- Hoffmann-Axthelm D (1994) Schock und Berührung. Transform-Verlag, Oldenburg
- Jörgensen S (1994) Charakterstruktur und Schock. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) Schock und Berührung. Transform-Verlag, Oldenburg, S 160–190
- Keleman St (1990) Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung. Kösel, München
- Keleman St (1992) Verkörperte Gefühle. Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen. Kösel, München
- Kernberg O, Buchheim P, Dulz B, Eckert J, Hoffmann S, Sachsse U, Saß H, Zaudig M (Hrsg) (1997) Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie 3/97. Traumazentrierte Psychotherapie I. Schattauer, Stuttgart
- Kernberg O, Buchheim P, Dulz B, Eckert J, Hoffmann S, Sachsse U, Saß H, Zaudig M (1998) Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie 2/98. Traumazentrierte Psychotherapie II. Schattauer, Stuttgart
- Kirsch S (1994) Ich kann nicht glauben, dass mir das jemals geschehen ist. Das Erkennen und Durcharbeiten ungelöster Schock-Zustände. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) Schock und Berührung. Transform-Verlag, Oldenburg, S 97–111
- Klopstech A (1994) Das Trauma des sexuellen Mißbrauchs: Wo Berührung mißhandelt hat und wie Berührung heilen kann. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) Schock und Berührung. Transform-Verlag, Oldenburg, S 60–96
- Kramer R (1999) Einsicht und Blindheit. Zur Aktualität von Otto Rank. Psyche 2: 158–200
- Levine P (1998) Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Synthesis, Essen
- Lewis R (1981) The psychosomatic basis of premature ego development. Comprehensive Psychotherapy, vol 3
- Lewis R (1986) Getting the head to really sit on one's shoulders: a first step in grounding the false self. The Clinical Journal of the IIBA 2/1
- Lewis R (1994) Cephaler Schock – verstanden als Verlust des Gleichgewichts. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) Schock und Berührung. Transform-Verlag, Oldenburg, S 28–45
- Lewis R (1998) The body does not lie – true or false? Our part of the passionate debate about recovered truth. Vortrag IIBA Conference Arles. Unveröffentlichtes Manuskript
- Liedloff J (1980) Auf der Suche nach dem verlorenen Glück. Becksche Reihe, München
- Lowen A (1982) Der Verrat am Körper. Rowohlt, Reinbek
- Lowen A (1991) Was ist bioenergetische Analyse? NIBA Forum 1
- Maercker A (1997) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Masson JM (1995) Was hat man dir du armes Kind getan? Oder: Was Freud nicht wahrhaben wollte. Kore, Freiburg
- Nin A (1984) Haus des Inzests. Nymphenburger Verlagshandlung, München
- Peichl J (1997) Psychotherapeutische Techniken bei traumabedingten Störungen – eine Zwischenbilanz. In: Kernberg O et al (Hrsg) Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie 3/97. Traumazentrierte Psychotherapie 1

- Pope KS, Sonne JL, Holroyd J (eds) (1993) *Sexual feelings in psychotherapy*. Princeton Academic Press, Washington
- Reddemann L, Sachsse U (1997) Stabilisierung. In: Kernberg O et al (Hrsg) *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* 3/97. Traumazentrierte Psychotherapie 1, S 113–147
- Reich W (1989) *Charakteranalyse*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Sachsse U (1996) *Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Sachsse U (1998) Traumasynthese durch Traumaexposition. In: Kernberg O et al (Hrsg) *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* 2/98. Traumazentrierte Psychotherapie 2, S 72–76
- Sachsse U, Reddemann L (1998) Traumaexpositionstechniken. In: Kernberg O et al (Hrsg) *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* 2/98. Traumazentrierte Psychotherapie 2, S 77–87
- Saigh Ph (Hrsg) (1995) *Posttraumatische Belastungsstörung*. Huber, Bern
- Shapiro B (1998a) Resistance, negativity and our devil. Unpublished paper
- Shapiro B (1998b) Our dark side's passion. Presentation on the IIBA Conference, May 1998, Arles
- Stephan I (1992) *Die Gründerinnen der Psychoanalyse. Eine Entmythologisierung Sigmund Freuds in zwölf Frauenporträts*. Kreuz, Stuttgart
- Stern D (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Wink-Hilton V (1992) Die Arbeit mit der sexuellen Übertragung. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) *Verführung in Kindheit und Psychotherapie*. Transform-Verlag, Oldenburg, S 79–89
- Yalom I (1998) *Und Nietzsche weinte*. Goldmann, Hamburg
- Korrespondenz:** Dr. Jörg Clauer, Humboldtstraße 14a, D-49074 Osnabrück, Bundesrepublik Deutschland, Tel. 0541/201155, Fax 0541/2052053.

Dr. med. Jörg Clauer, Jg. 1951, Dipl.-Biochemiker, Arzt für Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin – Psychoanalyse, Rehabilitationswesen. Lehrtherapeut und Supervisor für Bioenergetische Analyse, Psychodrama und Body-Enlightenment. Seit 3 Jahren tätig als 1. Oberarzt in der Seepark-Klinik Bad Bodenteich (Fachklinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik).

Dr. rer. nat. Vita Heinrich, Jg. 1955, Dipl.-Psych., Lehrtherapeutin für Bioenergetische Analyse. 7 Jahre Forschung und Lehre an der Universität Osnabrück, Fachgebiete Diagnostik und Entwicklungspsychologie. Seit 10 Jahren Psychotherapeutin in freier Praxis und Lehrbeauftragte an der Universität Osnabrück.