

P. Geißler

# Analytische Körperpsychotherapie als Kurzzeittherapie: Therapeutische Arbeit im Spannungsfeld zwischen Übertragungen und korrigierenden Neuerfahrungen

**Zusammenfassung** Es wird dargestellt, was man derzeit unter analytischer Körperpsychotherapie versteht und wie sie sich von anderen Körpertherapien unterscheidet. Im Gegensatz zu den „energetischen“ Verfahren liegt analytischer Körperpsychotherapie ein „dialogisches Körperbild“ zugrunde. Die Therapie zentriert sich auf die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung, bleibt jedoch, im Unterschied zur Psychoanalyse, nicht auf den verbalen Raum beschränkt, sondern bezieht die nonverbale und ebenso die Handlungsebene mit ein. In der Kurzzeittherapie bleibt die Übertragungsanalyse notwendigerweise beschränkt, körperbezogene Interventionen – v.a. im Gruppen-Setting – können Veränderungsprozesse im Patienten rasch einleiten, was am Beispiel einer Fünf-Stunden-Therapie verdeutlicht wird. Die Einbeziehung einzelner Entscheidungskriterien für Lang- und Kurzzeittherapie, ebenso diagnostischer Gesichtspunkte und therapiestrategischer Überlegungen werden in einem weiteren Fallbeispiel angedeutet.

**Schlüsselwörter:** Analytische Körperpsychotherapie, korrigierende Erfahrung, Körperinterventionen, therapeutisches Hauptthema, Übertragung.

## **Psychoanalytic body-oriented psychotherapy as short-term-therapy: Therapy between transference work and correcting emotional experience**

**Abstract** The present paper deals with “psychoanalytic body-oriented psychotherapy” and its differences to body-oriented approaches of other psychotherapeutic orientations. Contrary to e.g. “energetic” body-psychotherapies (e.g. Bioenergetics, Reichian body-therapies) psychoanalytic body-psychotherapy starts from a dialogical body-image. The analysis of transference and countertransference remains in the center of the therapeutic process and activity but, contrary to classical psychoanalysis, nonverbal as well as behavioral and physical reactions and behaviors are integrated as well. For short term interventions the analysis of the transference must be reduced. However, instead of analyzing transference and countertransference specific body-interventions may be set which may trigger quick changes within the therapeutic process and allow positive experiences for the client, mainly in groups. This kind of approach is demonstrated in a five-hour short-term intervention. Introducing another clinical case-vignette important aspects of diagnosis and intervention and the management of the therapeutic process are discussed.

**Keywords:** Psychoanalytic body-oriented psychotherapy, body interventions, emotional correcting experience, main issue, transference.

## **Psychothérapie corporelle analytique à court terme: le travail thérapeutique dans le champ de tension situé entre les transferts et les nouvelles expériences venant corriger ces derniers**

**Résumé** Par psychothérapie corporelle analytique on entend une forme de thérapie d'orientation psychanalytique incluant le corps. Celle-ci se distingue d'autres psychothérapies corporelles – bioénergétique, thérapie par le mouvement concentré, thérapie par la danse – en ce qu'elle se fonde sur une image dialogique du corps. Ceci implique que comme en psychanalyse, le processus se centre sur le transfert, contre-

transfert et les résistances alors que, contrairement à ce qui se passe en psychanalyse, patient et thérapeute ont la possibilité d'agir. En d'autres termes, la thérapie ne se limite pas à l'espace verbal.

Il arrive souvent que des interventions axées sur le corps provoquent chez le patient des processus d'évolution étonnamment rapides. C'est pourquoi ce type de méthode convient particulièrement bien aux théra-

*pies de brève durée – ceci même si la théorie et la démonstration empirico-scientifique de son efficacité ne sont pas aussi avancées que la pratique clinique de cette méthode.*

*Nous présentons deux exemples de cas qui permettent d'illustrer ce type d'intervention, mais aussi de proposer quelques réflexions concernant le choix d'une procédure thérapeutique, ainsi que des aspects liés au diagnostic et à la stratégie thérapeutique.*

*En résumé, on peut dire qu'il est utile de poser un diagnostic précis avant le début de la thérapie, car ceci permet de choisir les aspects sur lesquels celle-ci va se centrer et de prendre des décisions concernant le cadre du traitement et son setting. Les thèmes*

*choisis sont généralement en rapport avec des conflits faisant actuellement partie de la situation dans laquelle se trouve le patient; il s'agit moins de travailler à des conflits datant de l'enfance et il est difficile de percer des structures défensives. Au lieu d'analyser systématiquement le transfert et les résistances, la thérapie vise à trouver rapidement des solutions – ce qui n'exclut pas que les expériences positives faites en cours de traitement, au niveau de la relation et du corps, ne servent à corriger certains aspects et à apporter un soutien. Par ailleurs, il est important de féliciter explicitement le client lorsqu'il entreprend des démarches positives pour sa vie et de soutenir systématiquement ses ressources et capacités.*

In diesem Aufsatz möchte ich zunächst beschreiben, was ich unter „analytischer Körperpsychotherapie“ verstehe. Im Anschluß daran stelle ich grundsätzliche Überlegungen an, wie sich analytische Körperpsychotherapie zeitlich begrenzt einsetzen läßt, wobei ich die manches Mal verblüffend rasche Wirksamkeit erlebnisorientierter, körperbezogener Zugänge anhand eines Fallbeispiels, einer Fünf-Stunden-Therapie von Berliner (1994) demonstriere. Es folgt die Darstellung patientenspezifischer Kriterien, die sich als Indikationsshilfe bewährt haben. Ein Beispiel aus der eigenen Praxis soll einen Einblick in die Praxis und Arbeitsweise meiner individuellen Art analytischer Kurzzeit-Körperpsychotherapie vermitteln und die dadurch ausgelösten Therapieeffekte reflektieren. Zusammenfassend werden ansatzweise wesentliche Elemente dieses Verfahrens herausgearbeitet.

### 1. Was ist analytische Körperpsychotherapie?

Bei analytischer Körperpsychotherapie handelt es sich, ganz kurz gesagt, um psychoanalytisch orientierte Psychotherapie unter Einbeziehung des Körpers. In Abgrenzung zu anderen Körperpsychotherapien, die sich hinsichtlich ihres Körperbildes entweder auf einen „energetischen Körper“ (Reich und seine Schüler) oder auf einen „sich erkundenden und bewegenden Körper“ (Elsa Gindler und ihre Nachfolger, aktuell in der Konzentrativen Bewegungstherapie oder der Tanztherapie) beziehen, geht analytische Körperpsychotherapie von einem „dialogischen Körper“ aus, was nichts anderes bedeutet als daß das Beziehungsgeschehen in der Therapie (Übertragung/Gegenübertragung) um den Aspekt deren körperlichen Repräsentanzen erweitert wird. Technisch bedeutet dies, daß der analytische Körperpsychotherapeut der Patient-Therapeut-Kommunikation via körperliche Signale besondere Aufmerksamkeit schenkt und – innerhalb eines als offen definierten Settings – in besonderen Fällen als Antwortmöglichkeit auf den Patienten nicht nur Worte, sondern auch Handlungen einsetzt. Dadurch ergibt sich ein sehr spezifischer Umgang mit der Gegenübertragung, die wesentlich stärker durch körperliche Wahrnehmungen gefärbt ist als in einem rein verbalen Setting. Ebenso ergibt sich eine gegenüber der klassischen Psychoanalyse breiter

aufgefächerte Rollenbereitschaft des Therapeuten, der sowohl als reales Objekt, Übertragungsobjekt aber auch mitspielendes Übergangsobjekt zur Verfügung steht. Jedoch stehen im Zentrum aller therapeutischer Überlegungen – im Unterschied zu den übrigen genannten körpertherapeutischen Ansätzen – immer Übertragung, Gegenübertragung und Widerstandsanalyse. Der Einsatz von Körperinterventionen richtet sich daher nicht – als besonders wichtiger Unterschied zur Bioenergetischen Analyse – nach energetischen, sondern ausschließlich nach Übertragungsgesichtspunkten.

Eine ausführliche und differenzierte Abgrenzung analytischer Körperpsychotherapie im Vergleich zur Bioenergetischen Analyse findet sich bei Berliner (1994), Heisterkamp (1993) und Worm (1998).

Wie in so vielen Körperpsychotherapien ist es auch in analytischer Körperpsychotherapie der Fall, daß Erfahrungen mit Kurzzeitpsychotherapien sehr wohl vorliegen, bisher aber weder systematisch zusammengefaßt noch empirisch untersucht worden sind. Es hinkt die wissenschaftliche Durchdringung der klinischen Praxis nach. Es fehlen bisher eindeutige Indikationskriterien dafür, wann analytische Körperpsychotherapie als Kurz- oder Langzeittherapieform indiziert ist. Die Entscheidung dafür fällt bislang mehr nach äußeren Gesichtspunkten (verfügbarer Therapieplatz des Therapeuten, finanzielle Möglichkeiten der Klienten, Aufklärungsstand des Klienten bezüglich Psychotherapie, Zuweisungsmodus usw.) als nach wissenschaftlichen Kriterien. Ebenso liegen bisher keine systematischen Untersuchungen über spezifische Wirkfaktoren analytischer Körperpsychotherapie vor.

Andererseits zeigt die klinische Praxis nicht nur analytischer, sondern auch anderer Körperpsychotherapien immer wieder, daß man durch den Einsatz körperbezogener Interventionen teilweise überraschend schnell Effekte im Klienten auslösen kann, die durchaus therapeutisch relevanten Stellenwert haben. Zugegebenermaßen ist die Wirksamkeit dieser Effekte überwiegend klinisch gestützt, während systematische Untersuchungen über die anhaltende Dauer derartiger Therapieeffekte fehlen. Trotzdem kann man mittlerweile mit Fug und Recht vermuten, daß sich Körperpsychotherapien prinzipiell als Kurzzeittherapieverfahren eignen.

Der folgende Klient (von Berliner, 1975, in Deutscher Sprache publiziert in Berliner, 1994) ist dafür ein Beispiel und soll zeigen, was mit einem raschen Therapieeffekt gemeint sein kann und wie durch körperbezogene Interventionen „etwas in Bewegung kommt“:

## 2. Eine Fünf-Stunden-Therapie

Es handelt sich um einen jungen Patienten, der an sexueller Impotenz litt. Er war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns bei Berliner 18 Monate lang mit seiner Frau, die noch Jungfrau war, verheiratet. Seit einigen Monaten forderte ihn seine Frau auf, „die Ehe zu vollziehen“, ansonsten würde sie sich von ihm scheiden lassen. Um in sie eindringen zu können, hatte er jede vorstellbare Form medikamentöser Therapie ausprobiert: Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Vitamine, Amphetamine, Neuroleptika, Potenzmittel und männliche Hormone – ohne Erfolg.

Der Patient lebte damals mit seiner Gattin im Hause seiner Mutter, einer dominierenden Frau, während der Vater des Patienten anwesend, aber gleichsam nicht vorhanden war.

Es wurde rasch deutlich, daß der Patient auf der verbalen Ebene schwer erreichbar war – seine Assoziationen bezogen sich ausschließlich auf konkrete und materielle Belange. Ihm fehlte der Zugang zu seiner inneren Welt der Fantasien, Träume, Tagträume und Gefühle, sodaß eine analytische Langzeittherapie nicht indiziert war.

Berliner entschied sich, anstatt den Patienten weiterzuschicken, ihn eine bioenergetische Körpererfahrung machen zu lassen. Er versuchte dabei etwas anzuwenden, was er selbst kurze Zeit zuvor in einer Bioenergetikgruppe gesehen und erfahren hatte.

Zunächst bat er den Patienten, zum Zwecke des „Körperlesens“ die Kleidung abzulegen, und war nicht wenig erstaunt darüber, daß dieser Mann mit dem Gesicht eines „netten Jungen“, einem „fliehenden Blick“ und einem schlaffen Händedruck einen durchaus muskulösen und kräftigen Körper besaß.

Berliner stellte die diagnostische Hypothese auf, daß dieser Mann, der mit seinem muskulösen Körper so steif vor ihm stand, voll von verhaltener Aggression und Gewalt gegenüber seiner Mutter war. Nach der bioenergetischen Theorie – die damals für Berliner gültig war – drückte die Steifheit seines Rückens die Unfähigkeit des Patienten aus, die Energie die Rückseite des Organismus hinabfließen und sich mit zärtliche Strömungen verbinden zu lassen, die an der Vorderseite des Körpers entlangfließen. Gemäß der energetischen Theorie entsteht durch diese Verbindung der beiden Energieflüsse eine Einheit, die zu sexueller Potent und kräftiger Erektion führt.

Der bioenergetischen Theorie gemäß mußte man bei einem solchen Problem die muskulär verspannte Rückseite des Körpers mobilisieren, um den Energiefluß aus seinen Blockierungen zu lösen, was durch bestimmte Bewegungsübungen ermöglicht wurde. In dieser Weise ging Berliner zunächst vor und schlug dem Patienten entsprechende Übungen vor. Anschließend forderte Berliner den nun auf einer Matratze liegenden Patienten

auf, mit den Beinen heftig auf die Unterlage zu treten, um eine imaginäre feindliche Person wegzustoßen, dabei das Becken kräftig mitzubewegen und einen lauten Ton von sich zu geben. Berliner ermutigte den Patienten dadurch, indem er selbst einen lauten Ton ausstieß und so den Patienten gleichsam mitriß.

Er übte ferner schmerzhaften Druck auf die verspannten Trapezmuskel und auf die Gesäßmuskeln aus. Er ging damals davon aus, daß derartige Interventionen feindselige Regungen im Patienten provozierten, und zwar gegenüber dessen Mutter. Dies war auch der Fall, und der Patient berichtete in der nächsten Stunde Träume, in denen sein Traum-Ich sich aggressiv gegen seine Mutter verhielt. Im Wacherleben hingegen spürte der Patient weiterhin keinen Zorn auf die Mutter.

Berliner arbeitete auf diese Weise auch die nächste Therapiestunde mit ihm, und erstaunlicherweise berichtete der Patient, daß er sich zum ersten Mal dazu durchgerungen hatte, den Anordnungen seiner Mutter zu widersprechen. Auch hatte er nun auf einmal kein Bedürfnis mehr, heimlich zu masturbieren. Seine phobische Sorge in bezug auf die Sexualität ließ nach (er litt unter dem Zwang, sich nach der Masturbation, aber auch nach jeder Umarmung seiner Frau sofort zu waschen), und nach insgesamt fünf körpertherapeutischen Sitzungen gelang es ihm, in seine Frau einzudringen.

Berliner war damals von der verblüffend raschen Wirkung dieser Körpertechniken so überwältigt, daß er ein Training in Bioenergetischer Analyse begann und später viele Jahre lang bioenergetisch arbeitete.

Immerhin macht dieses Beispiel exemplarisch deutlich, was körperorientierte Zugänge an therapeutischer Potenz in sich tragen (wenngleich derartige „Spontanerfolge“ auch in Körpertherapien eher die Ausnahme als die Regel darstellen): sie schaffen leibnahe und erlebnisintensivierende Zugänge zum Patienten, teils unter Umgehung seiner Widerstände, teils unter Mithilfe direkter Suggestion, teils unter aktiver vorbildhafter Mitwirkung des Therapeuten in der konkreten Körperaktion. Auf diese Weise wird häufig – und in bioenergetischen Gruppen noch viel stärker und öfter als im Einzelsetting – eine starke Regression des Patienten ausgelöst – Regression verstanden als Wiederauftauchen des „Kindes im Patienten“ einschließlich heftiger Gefühlsregungen und deren handlungsmäßigen Ausdrucks. Dadurch kommt manches Mal innerhalb weniger Stunden so viel im Patienten „in Bewegung“, d.h. im Sinne von Progression, daß ein signifikanter Therapieeffekt schon kurzfristig feststellbar ist. Aus der Sicht vieler Patienten werden diese raschen Therapieeffekte sehr positiv bewertet.

Körpertherapeutische Interventionen, wie Bewegungsübungen, Wahrnehmungs- und Spüraufgaben, Atem- und Stimmtechniken etc., schaffen Kanäle zur Innenwelt des Patienten, v.a. bei solchen mit schizoidalexithymer oder schwer zwangneurotischer Struktur. In der Anfangsphase der Therapie helfen sie, ein tragfähiges Arbeitsbündnis herzustellen, wobei aus der Perspektive des Patienten wichtig zu sein scheint, daß er den Therapeuten als aktiv engagierten und nicht nur schweigend-zuhörenden Partner erlebt. Gleichzeitig besteht meiner Erfahrung dadurch die Gefahr, daß bei manchen Patienten illusionäre Hoffnungen auf Heilef-

fekte geweckt werden, die man als Therapeut nicht einlösen kann. Immer wieder habe ich Patienten erlebt, bei denen sich schrittweise herauskristallisiert hat, daß sie letztlich darauf warteten, bis ich ihnen „die richtige Übung“ vorschlage, die alle Schwierigkeiten beseitigte. Im Unterschied zu meiner früheren Bioenergetischen Vorgangsweise achte ich daher nun von Beginn an sorgfältig darauf, daß trotz dieser gelegentlich starken Einstiegserfahrungen in die Therapie derartige Illusionen nicht genährt werden. Ich grenze mich daher bereits in den allerersten Stunden von Erwartungen vieler Patienten, die bei mir eine „klassische Körpertherapie“ erwarten, ab und mache sie auf die Notwendigkeit langer und geduldiger Arbeit ebenso aufmerksam wie auf die sich unweigerlich bei jedem Patienten einstellenden Widerstandsstrecken, in denen scheinbar gar nichts weitergeht. Häufig entscheidet sich an dieser Stelle, welche Patienten für eine längerfristige therapeutische Arbeit ausreichend motiviert sind und welche nicht.

### 3. Entscheidungskriterien für Lang- oder Kurzzeittherapie

In der Regel verstehe ich analytische Körperpsychotherapie als einen Langzeitprozeß, der zu einer schrittweisen innerpsychischen Umstrukturierung des Patienten führt. Eine Therapiedauer von 5 bis 8 Jahren bei jenen Patienten, die diesen langen Prozeß tatsächlich durchlaufen, stellt meinen bisherigen Erfahrungswert dar, dies bei einer Stundenfrequenz von ein- bis zweimal pro Woche. Da ich sowohl in Wien als auch in meiner Wohngemeinde – ca. 3000 Einwohner in ländlicher Umgebung mit überwiegend geringem Informationsstand über Psychotherapie – therapeutisch arbeite, stehe ich vor der Notwendigkeit, diese Therapievorstellungen an die Erfordernisse der sozial-kulturellen Realität und an die spezifischen Bedürfnisse meiner Patienten anzupassen. Meine Erfahrung ist, daß auf dem Lande das Verständnis von Psychotherapie eher am praktisch-ärztlichen Vorbild orientiert ist – d.h. vom Therapeuten wird erwartet, daß er rasch hilft und daß er dabei aktiv und tatkräftig ans Werk geht. Häufig spielen auch finanzielle Limitierungen eine wichtige Rolle dabei, sodaß eine teure Langzeittherapie gar nicht erst in Frage kommt.

Abgesehen von diesen äußeren Faktoren sind mir in der Entscheidung für oder gegen Langzeittherapie, aber auch für oder gegen regressionsfördernde „Körperarbeit“ folgende Kriterien von Hohage (1996) wichtig geworden:

1. die inhaltliche Betrachtung der Persönlichkeitsstruktur des Patienten;
2. die formale Einschätzung seines Strukturniveaus;
3. die Beurteilung vorhandener regressiver und progressiver Tendenzen im Patienten;
4. der funktionale Gesichtspunkt.

#### 3.1 Inhaltliche Betrachtung der Persönlichkeitsstruktur des Patienten

Bei der inhaltlichen Betrachtung der Struktur geht es um das Erfassen von Erlebens- und Verhaltensmustern, die sich als zentraler Beziehungskonflikt, als Charakter-

Neurosen- oder Persönlichkeitsstruktur beschreiben lassen. Eine solche Diagnostik ist nützlich, indem sie die Plausibilität des Beobachteten und Gesehenen erhöht. Psychologisches Einfühlen und Erklären enthält immer auch diesen Aspekt des Verstehens (Körner, 1985). Hohage bezieht sich dabei auf das Konfliktverarbeitungsmodell von Mentzos (1991) mit dessen Unterscheidung reiferer (hysterisch, zwangsneurotisch, phobisch, angstneurotisch) und unreiferer Formen der Konfliktverarbeitung (depressiv, hypochondrisch, paranoid, schizoid).

#### 3.2 Formale Einschätzung des Strukturniveaus des Patienten

Ziel der Einschätzung des Strukturniveaus ist es, Aussagen darüber treffen zu können, auf welcher entwicklungsmäßigen Ebene der Patient psychisch funktioniert und – damit im Zusammenhang – welcher Abwehrmechanismen er sich überwiegend bedient. Das Strukturniveau hat ebenso eine entscheidene Auswirkung auf die Identität des Patienten. Das Strukturniveau kann ein gut integriertes sein, was einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation entspricht, mit Abwehrmechanismen, die sich um die Verdrängung als Hauptabwehrform gruppieren. Es kann ein wenig integriertes Strukturniveau sein, was der Borderline-Persönlichkeitsorganisation entspricht, mit der Hauptabwehr durch Spaltung und ihr verwandter Mechanismen. Zwischen diesen beiden ist ein mäßig integriertes Strukturniveau (Kernberg, 1989a) beschreibbar. Ein desintegriertes Strukturniveau liegt bei der psychotischen Persönlichkeit vor.

In der Einschätzung des Strukturniveaus geht es weniger um Strukturreife, sondern mehr um den Faktor der Komplexität. Es sind Merkmale ausschlaggebend, die komplexe, systemübergreifende Funktionen betreffen, wie Selbstwahrnehmung, Selbsterleben, Einfühlung und emotional-erlebnisbestimmte Austauschprozesse.

#### 3.3 Beurteilung vorhandener regressiver und progressiver Tendenzen im Patienten

Die Beachtung von progressiven und regressiven Tendenzen im Patienten ist bei einem therapeutischen Ansatz, der potentiell stark regressionsfördernd wirken kann, besonders wichtig. Für bestimmte Patienten auf Borderline-Funktionsniveau gilt, daß sie im Alltag bereits ein regrediertes Leben führen, sodaß eine Therapie, die diese Tendenzen hoch begünstigt, langfristig kontraproduktiv ist. Diese Patienten brauchen eine Therapie, die ihr Ich stärkt, indem sie ihre Abwehrstrukturen und damit ihren Realitätssinn verbessert. Die Grundausrichtung einer Therapie bei ihnen sollte daher eine progressionsfördernde sein.

Es gibt auch Patienten mit antiregressiven Tendenzen bzw. progressiver Abwehr, wie „Flucht nach vorn“ oder Pseudoautonomie, die sie zunächst gesünder aussehen lassen, als sie in Wirklichkeit sind. Erkauft wird diese antiregressive Tendenz durch eine Starre in der Struktur und einen Mangel an Freude im Leben. Das dysfunktionale Element tritt bei ihnen häufig erst im späteren Leben deutlich in Erscheinung. Bei ihnen ist ein regressionsfördernder Ansatz notwendig und wirksam.

### 3.4 Der funktionale Gesichtspunkt

Dysfunktional sind Strukturen, die aufrechterhalten werden, obwohl sie zu ungünstigen Konfliktlösungen führen. Um beurteilen zu können, wie erfolgreich oder erfolglos eine bestimmte Form der Konfliktverarbeitung bisher war, ist es wichtig, die Fähigkeitsanteile im bisherigen Leben des Patienten zu sehen. Hohage nennt dabei folgende vier Konstellationen:

*Konstellation 1:* Bisher waren die strukturellen Mängel des Patienten durchaus funktional, sodaß in Bezug auf die Lösung der aktuellen Konflikte, die ihn in die Therapie bringen, keine grundlegende strukturelle Veränderung notwendig erscheint. Eine aufwendige Langzeittherapie ist daher nicht notwendig. Beispielsweise kann ein hysterischer Konfliktverarbeitungsmodus, wenn er im Leben sozusagen gut funktioniert, nicht behandlungsbedürftig sein, außer im Zusammenhang mit einer persistierenden ödipalen Konfliktkonstellation. Man kann hier mit Hilfe einer fokalen Therapie durch Bearbeitung der zugrundeliegenden Fantasien in relativ kurzer Zeit Hilfe schaffen und die Symptomatik verbessern.

*Konstellation 2:* Bisher waren strukturelle Merkmale gut in die Persönlichkeit und Lebenssituation integriert. Es hat sich aber die äußere Lebenssituation geändert, wodurch ein Konflikt entstanden ist. Auch hier ist Langzeittherapie nicht erforderlich, sondern man kann sich gezielt auf die veränderte Lebenssituation konzentrieren und durch die Aufhellung ihrer Auswirkungen auf den Patienten ausreichende Lösungsmöglichkeiten schaffen.

Hierher paßt das erwähnte Beispiel von Berliner und seinem männlichen Patienten mit sexueller Impotenz.

*Konstellation 3:* Mit zunehmender Lebensentwicklung werden verborgene Mängel immer offenkundiger. Es existiert eine Schwäche in der Struktur, d.h. die Therapie muß an diesen Strukturdefiziten ansetzen und innere Inkonsistenzen beseitigen, will sie hilfreich sein. Dies ist der Platz für eine längerfristige Therapie und auch – sofern regressive Tendenzen im Patienten nicht zu ausgeprägt sind – regressionsfördernde Körperarbeit wie auch konkret-körperliche Berührungskorrekturen.

*Konstellation 4:* Der Patient hat dysfunktionale Merkmale entwickelt, die bisher nicht zu schwerer Dekompensation geführt haben. Auch hier ist – gleichsam prophylaktisch – eine gründliche und längerfristige Psychotherapie indiziert.

Zusätzlich zu den hier erwähnten Gesichtspunkten ist, wie Ornstein und Ornstein (1997) bemerken, das „Zusammenpassen“ von Patient und Therapeut ein wichtiges prognostisches Kriterium – etwas, was man vorher nie genau wissen kann, was sich erst in der Beziehung zwischen beiden herausstellt. Die von Hohage erstellten Kriterien sind daher Richtlinien und geben keine endgültigen Sicherheiten, ebenso nicht im Hinblick auf die tatsächliche Entwicklung der Therapie. Es kann durchaus vorkommen, daß eine als Kurztherapie konzipierte Behandlung fließend in einen Wunsch des Patienten nach tiefgreifender Langzeittherapie übergeht. Es ist wichtig, diesen Aspekt in der Therapievereinbarung zu bedenken.

Mein jahrelanger Supervisor, Jacques Berliner, nennt die Integration verschiedener Entscheidungskriterien „Main issue“, übersetzbar als therapeutisches Hauptthema. In einer initialen diagnostischen Phase, die zwei bis drei Einzelstunden in Anspruch nimmt und an das strukturelle Interview von Kernberg (1989b) erinnert, macht er sich ein Bild über die vergangene und gegenwärtige Lebenssituation des Patienten. Berliner fragt auch gezielt nach dem sexuellen Leben des Patienten und führt, meist in der Abschlußphase des Interviews, eine ausführliche körperliche Exploration des Patienten durch. Diesem Vorgehen, das er mit viel Takt und Präzision durchführt, liegt seine Annahme zugrunde, daß speziell durch die Sexualität und durch bestimmte körperliche und verhaltensmäßige Aspekte die unbewußte Vergangenheit des Patienten spricht, ohne daß dieser jene narrativen Verzerrungen vornehmen kann, die für verbale Informationen typisch sind. Ein Wissen um den „Main issue“ des Patienten erlaubt es dem Therapeuten noch vor Beginn der Therapie

- a) den notwendigen Rahmen und ein hilfreiches Therapie-Setting zu finden;
- b) Hypothesen über das Identitätsniveau des Patienten anzustellen;
- c) das Niveau der Abwehrmechanismen und den zu erwartenden Hauptwiderstand zu erkennen;
- d) die sich wahrscheinlich einstellende Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation zu bestimmen, was dem Therapeuten dabei hilft, Verstrickungen leichter zu erkennen und unproduktive Sackgassen eher zu vermeiden.

Gerade bei der Entscheidung zur Durchführung einer Kurzzeittherapie ist der „Main issue“ eine Hilfe, sich zu orientieren, welches Material man selektiv aufgreift und welches man vernachlässigen kann. Darüber möchte ich im folgenden anhand eines eigenen Fallbeispiels berichten.

## 4. Fallbeispiel

### 4.1 Zur Vorgeschichte

Beim vorgestellten Patienten handelte es sich um einen 25jährigen Mann, der mich in meiner städtischen Praxis aufsuchte. Als er mir zum ersten Mal entgegenkam – ich erwartete ihn an der Tür – fiel mir eine Merkwürdigkeit auf: Er hielt seinen Kopf durchwegs seitlich abgewandt, wie wenn er sich genierte oder mich nicht ansehen wollte. Er wendete mir seine Kopf erst zu, als er direkt vor mir stand, um mich mit einem kurzen Händedruck und Blickkontakt zu begrüßen und sich dann gleich wieder abzuwenden. Entsprechend verkrampft gestalteten sich die ersten Minuten unseres Beisammenseins im Warteraum und im Praxiszimmer; erst beim Erzählen seiner Situation taute er ein wenig auf, blieb jedoch im Erstgespräch mir gegenüber durchwegs kontaktvermeidend.

Er entstammte einer Mittelschichtfamilie. Er hatte bereits Erfahrungen mit körperpsychotherapeutischen Gruppen hinter sich, die von Frauen geleitet worden waren; nun wollte er einige Einzelstunden bei einem

Mann machen. Er hatte – aus finanziellen Gründen – von vornherein eine zeitlich begrenzte Therapie ins Auge gefaßt. Mir stand zu diesem Zeitpunkt ebenso nur einen zeitlich begrenzten Rahmen zur Verfügung; daher stimmte ich seiner Idee im Anschluß an die diagnostische Phase zu, war mir aber wegen seiner deutlich mißtrauischen Haltung unklar, ob er selbst diese kurze Therapie tatsächlich machen wollte. Der Grund seines Mißtrauens wurde im weiteren Verlauf deutlich.

Im Erstgespräch kam er spontan auf seine familiäre Situation zu sprechen, wobei sich herausstellte, daß er seine Eltern sehr konträr erlebte: die Mutter war für ihn die Gute, der Vater der Böse. Zuerst berichtete er über den Vater. Dieser, von Beruf Lehrer, ein introvertierter, religiöser Mann, der „leicht die Nerven verlor“, hatte ihn als Bub viel geschlagen. Die Erfahrung mit dem Vater, der immer wieder einmal auch im Zorn laut zu schreien anfang, hatte in ihm eine grundlegend angstgetönte Haltung Männern gegenüber verursacht.

Der Patient empfand aber nicht nur Angst und Mißtrauen gegenüber dem Vater, sondern auch Verachtung. Er sah in ihm einen schwachen und hilflosen Mann, der seine Frau zu Hause immer „Mama“ genannt hatte. Besonders verachtenswert empfand der Patient die Tatsache, daß der Vater dritten Personen gegenüber trotz der schweren innerfamiliären Spannungen eine heile Welt vortäuschte. Das Vaterbild des Patienten war gespalten, und es war anzunehmen, daß er genau auf die beschriebene Weise seine Kastrationsängste vor dem Vater zu verarbeiten versucht hatte, indem er, wie sein Vater, Konflikte verleugnete. In mir lösten seine widersprüchlichen Angaben eine innere Anspannung und Verwirrung aus.

Die Mutter war Hausfrau und wurde vom Patienten als die eigentlich starke Person zu Hause gesehen; sie war seiner Beschreibung nach eine weiche, nährnde und liebevolle Person. Er erlebte bei ihr sehr zärtliche Gefühle, die wiederum seine Haltung zu Frauen prägte: Mit Frauen tat er sich – wie er zunächst meinte – leicht, zu ihnen fühlte er sich hingezogen (es sollte sich später, im Zuge der Sexualanamnese, herausstellen, daß seine Darstellung so nicht stimmte). Er hatte zu Beginn der Therapie eine Menge loser Frauenbekanntschaften, allerdings keine sexuellen. Hingegen hatte er keinen einzigen männlichen Freund.

Ich merkte, daß ich während all seiner Erzählungen bald Zweifel bekam, ob seine Darstellung der familiären Konstellation die tatsächlichen Verhältnisse einigermaßen korrekt widerspiegelte. Merkwürdig war für mich der Umstand, daß seine Mutter, die er doch so idealisierend beschrieben hatte, hilflos dabeigestanden hatte, wenn der Vater ihn schlug; sie hatte ihn anscheinend nicht zu schützen versucht oder vermocht, und dies, obwohl sie doch seiner Beschreibung nach die eigentlich starke Person zu Hause gewesen war. Mit diesem Widerspruch konfrontiert, wußte der Patient zunächst keine Antwort. Meine Irritation wurde durch ein körperlich spürbares Unbehagen verstärkt, das ich im Angesicht dieses Patienten verspürte und das zweifellos mit einer spezifischen, paranoiden Qualität in seinen Augen zu tun hatte. Neben Angst und Mißtrauen schien auch eine Menge Haß ihn ihm zu schlummern.

In der Schule und später beim Bundesheer begleitete ihn eine ständige Grundangst, die in Gedanken mündete, sich „etwas anzutun“. Konkrete Selbstmordversuche hatte er allerdings nie unternommen. Wegen schwerer Depressionen – er zog sich tagelang ins Bett zurück, beschmierte die Wände mit roten und schwarzen Farben und brach jeglichen verbalen Kontakt mit seiner Umgebung ab – wurde er aus dem Wehrdienst frühzeitig entlassen. Rückblickend meinte er, es sei ihm unmöglich gewesen, die dort herrschenden Strukturen in irgendeiner Form zu akzeptieren. Dies hatte bei ihm zu einer inneren Grundeinstellung „leckt mich doch alle am Arsch“ geführt, die gleichsam seinen sozialen Tod bedeutete. Er manövrierte sich durch solches Verhalten nicht nur beim Bundesheer in eine krasse Außenseiterposition. Mit 19 wurde er erstmals psychiatrisch untersucht, es wurde eine endogene Depression diagnostiziert, und er wurde auf Antidepressiva eingestellt. Er unterbrach jedoch diese Medikation nach einigen Monaten, ohne sich psychiatrisch nochmals nachuntersuchen zu lassen. Ich konzentrierte mein diagnostisches Vorgehen anschließend darauf herauszufinden, ob Anzeichen für eine psychotische Persönlichkeitsorganisation vorlagen, konnte aber keine eindeutigen Hinweise dafür finden.

Immerhin war er trotz dieser Grundängste in der Lage gewesen, die Matura zu absolvieren und sich durch verschiedene Jobs finanziell über Wasser zu halten. Er besaß eine eigene kleine Garconiere, in der er einen Teil der Zeit allein verbrachte; die übrige Zeit verlebte er – seit einigen Jahren – zusammen mit seiner Freundin in deren Wohnung. Es war ihm wichtig, sein eigenes Heim als Rückzugsmöglichkeit zu behalten und nicht mit der Freundin zusammenzuziehen, was diese seit langem gern von ihm gehabt hätte. Er rechtfertigte sich damit, daß er seine Freundin als besitzergreifend empfand, weswegen es immer wieder auch einmal schwere Spannungen zwischen ihnen gab, im Wechsel mit Perioden von großer, symbiotischer Nähe.

Das Arbeitsverhalten des Klienten war durch häufigen Job-Wechsel gekennzeichnet, und zwar wegen regelmäßig auftretender Probleme mit männlichen Autoritäten, von denen er sich nach einiger Zeit angegriffen fühlte. Die dadurch entstehenden Konflikte mündeten in schwere innere Spannungen; weder wollte er sich den Autoritäten unterwerfen, noch sah er aus Angst vor den Männern eine Möglichkeit, die sich anstauende Wut auszudrücken. Er löste diese schweren Spannungen dadurch, daß er den Arbeitsplatz wechselte.

Die Sexualanamnese ergab, daß er unter erheblichen Potenzproblemen litt. Er berichtete von einer vagen, aber großen Angst vor sexuellen Gefühlen. Seine Schilderung war an diesem Punkt besonders unklar: er erzählte von „etwas, was ihn dabei bedrohe“, was er aber nicht benennen könne. Dementsprechend kam er nur wenige Sekunden nach der Penetration zum Samenerguß. Mit seiner Freundin teilte er daher v.a. zärtliche Gefühle und weniger intensive sexuelle Lust. Er masturbierte viel, teilweise täglich und – wie er meinte – zwanghaft. Er stellte sich dabei in seinen Fantasien eine Frau vor – lediglich das statische Bild einer Frau, die ihm gefalle, sonst nichts. Er wurde an dieser Stelle des Ge-

sprächs unvermittelt schweigsam; nach einer längeren Pause berichtete er unter erheblichem Schamgefühl von homosexuellen Fantasien, die ihn sehr ängstigten – Fantasien, den Penis eines Mannes zu streicheln und in den Mund zu nehmen. Dann kam er von selbst auf ein traumatisches Ereignis zu sprechen, von dem er bisher keinem anderen Menschen erzählt und das er nicht überwunden hatte. Er war im Alter zwischen 12 und 15 mehrmals von einem Onkel sexuell mißbraucht worden, der seinen Penis betastet und gestreichelt hatte. Er habe diese Prozeduren damals über sich ergehen lassen, weil er den Onkel liebte, und hatte seinen Eltern gegenüber geschwiegen. Seither plagten ihn aber homosexuelle Fantasien, und er fragte sich, ob er schwul sei. Es stellte sich nun heraus, daß diese traumatischen sexuellen Erlebnisse der eigentliche Wunsch dafür gewesen waren, zu einem Mann in Therapie zu gehen, um dieses Trauma endlich einmal bearbeiten zu können.

Mir wurde an dieser Stelle des Interviews wieder einmal deutlich, wie wichtig es ist, Patienten respektvoll, aber nichtsdestoweniger direkt nach ihrer Sexualität zu befragen. Ohne meinen Anstoß hätte er mir längere Zeit vermutlich nichts davon erzählt.

Einen ersten einzeltherapeutischen Versuch hatte er einige Monate zuvor bei einem männlichen Gestalttherapeuten unternommen, diese Therapie aber nach einigen Wochen abgebrochen, weil ihm der Therapeut zu schwach erschienen war.

#### 4.2 Diagnostische Überlegungen und erste Fragen

Wie bereits erwähnt, hatte sich die Entscheidung für eine zeitlich begrenzte Therapie zu einem guten Teil aus realistischen Grenzen in Bezug auf vorhandene Rahmenbedingungen von uns beiden ergeben. Doch wäre bei der vorliegenden Problematik eine längere Analyse durchaus indiziert gewesen. Ich schätzte ihn nämlich, von seiner grundlegenden Persönlichkeitsorganisation her, als Borderline-Patienten ein, und zwar wegen folgender Anzeichen:

- a) Viele instabile zwischenmenschliche Beziehungen;
- b) Labilität im affektiven Bereich (bei ihm in Form von Depressionsneigung und Ängsten);
- c) starke Wut (v.a. gegenüber seiner Freundin, später auch mir gegenüber);
- d) wiederholte Suizidandeutungen;
- e) ausgeprägte und andauernde Identitätsstörung (sowohl im Bereich seiner basalen wie auch sexuellen Identität).

Damit schienen ausreichende Kriterien vorzuliegen, die die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation rechtfertigten (vgl. Kernberg, 1993).

Dazu kam noch die spezifische Ausformung seines Ödipuskomplexes, der kein reifer, sondern ein dramatisch forciertes, „strategischer“ zu sein schien (vgl. Rohde-Dachser, 1987); der Vater war für ihn ein extrem böser Rivale, entsprechend groß war seine Kastrationsangst; die Mutter war für ihn anscheinend Opfer des Vaters. Diese Ausgestaltung seines Ödipuskomplexes konnte der – allerdings insuffizienten – Abwehr seiner homosexuellen Ängste dienen (Kernberg, 1978). In einer

passiv-femininen Einstellung, die im Laufe der Therapiesitzungen immer mehr zum Tragen kam, zeigte sich hinter der Angst vor dem bösen Vater die unbewußte Sehnsucht nach einem guten, mächtigen Vater, als Beschützer gegen die die Autonomie einschränkende Mutter.

Untermuert wurde diese Diagnose zusätzlich durch die sich in mir einstellende Gegenübertragung in Form von Verwirrung und großer, z.T. körperlicher, Anspannung.

Inhaltlich lag bei diesem Patienten eine unreife Form der Konfliktverarbeitung nach dem depressiven Modus vor. Er war Konstellation 4 zuzurechnen, d.h. es bestanden schon lange dysfunktionale Merkmale, und er hatte sich bisher recht und schlecht über Wasser halten können, ohne zu dekompensieren. Ebenso gab es Anzeichen für eine regressive Lebensgestaltung.

Sein Hauptthema, den „Main issue“, sah ich in seinen traumatischen Männererfahrungen im Mißbrauch durch den Onkel und den sadistischen Bestrafungen durch den Vater – ich nahm mir daher vor, mich in der laufenden Therapie immer wieder auf diese Erfahrungsbereiche im Hier und Jetzt zu beziehen. Ich erhoffte mir davon eine Entspannung seiner Autoritätskonflikte im Beruf und auch eine Stärkung seiner männlichen Identität.

Bei dem von mir verfolgten analytisch-körperpsychotherapeutischen Ansatz ergab sich die in diesem Fall besonders heikle Frage, ob Körperinterventionen bei diesem Patienten mit homosexuellen Fantasien und Ängsten hilfreich oder kontraindiziert war. Es gab daher zunächst viel mehr Fragen als Antworten. Ich fasse die für mich damals im Vordergrund stehenden Fragen kurz zusammen:

1. Er kam zu mir, mit all seinen homosexuellen Fantasien, als körperbezogen arbeitender Therapeut. Was würden diese Interventionen dann für ihn bedeuten, wenn ich körperbezogen mit ihm arbeitete? Würde ich in der Übertragung für ihn zum verführenden Onkel werden? Konnte es aber umgekehrt ratsam sein, Berührungen bei ihm phobisch zu vermeiden? Wie würde er eine solche Vermeidungshaltung von mir deuten?

2. Sein Wunsch nach zeitlich begrenzter Therapie hatte finanzielle Gründe. Bedeutete sein Wunsch auf unbewußter Ebene aber nicht zugleich einen Machtkampf zwischen ihm und mir, nach dem Motto: „Du wirst mich nicht kriegen!“? Stand nicht vielleicht auch die Angst dahinter: „Bevor Du mir meine (homosexuell gefärbten) Wünsche erfüllst, verlasse ich Dich!“ Oder gar die Drohung: „Wenn Du sie mir nicht erfüllst, dann verlasse ich Dich auch!“ Wie würde ich dem Genuß, mich als seinen Therapeuten „rumzukriegen“, d.h. ihn zu falschen Ersatzbefriedigungen zu verführen, widerstehen können?

3. Wie waren seine homosexuellen Ängste auf tiefer Ebene zu verstehen? Hatte er tatsächlich eine homosexuelle Veranlagung? Oder waren Frauen, die er wie die Mutter idealisierte, unbewußt doch so bedrohlich übermächtig (und mußte er sie deshalb in seinen Fantasien unbeweglich machen, sie zu statischen Gebilden reduzieren), daß er sich Männern zuwandte? Oder waren die homosexuellen Impulse Männern gegenüber deswegen so bedrohlich, weil sie von seiten der Mutter verboten waren?

### 4.3 Therapiestrategische Überlegungen

Andrea Gysling (1995) zeigt anschaulich auf, wie verschiedene psychoanalytische Autoren, je nach ihrer theoretischer Orientierung und dem damit verbundenen Menschenbild, mit vergleichbaren Störungsbildern umgehen. Bei frühgestörten Patienten, und zu dieser Kategorie war mein Patient zweifellos hinzuzurechnen, schwankt die „analytische Antwort“ zwischen einer starken Betonung von Empathie und Einfühlung, wie z.B. bei Ferenczi und Balint, und einer väterlich-konfrontierenden Grundhaltung, deren wichtigster Vertreter derzeit Kernberg ist.

Eine „mittlere Haltung“, die einerseits die Wichtigkeit der Empathie herausstreicht, aber auch konfrontierende Elemente einsetzt, z.B. die Handhabung vereinbarter Rahmenbedingungen, nimmt George Downing (1997) ein. Dieser berücksichtigt meiner Meinung nach in ausgewogener Form die Wichtigkeit sowohl präödpaler als auch ödipaler Entwicklungsmomente und stimmt seine „analytische Antwort“ patientenspezifisch darauf ab. Mit seinem Ansatz, den ich hier nicht eingehend beschreiben kann, stimme ich weitgehend überein.

Es schien mir daher von meiner Grundhaltung diesem Patienten gegenüber ratsam, ihm v.a. ein freundlicher und starker „Vater“ zu sein, der seine homosexuellen Ängste ernst nimmt, sie thematisieren hilft, auftretende homoerotische Spannungen zuläßt und anspricht und ein angemessenes Quantum an Körperkontakt zuläßt, anstatt diesen phobisch zu vermeiden.

Der vom Patienten gewünschte, aber von mir festgeschriebene enge zeitliche Therapierahmen stand bei diesem Patienten auch im Dienste einer „väterlichen Limitierung“. Diese väterliche Grundhaltung, als Repräsentanz des Realitätsprinzips, sollte sich im weiteren Therapieverlauf als wichtig für diesen Patienten erweisen.

Es war anzunehmen, daß der Patient in der Arbeit mit mir Impulse zum Therapieabbruch entwickeln würde, und es würde von Bedeutung sein, seine Abbruchmotive innerhalb der Übertragungsbeziehung zu mir zu verstehen und zu analysieren. Sie wären denkbar z.B. als Agieren seines Hasses auf den Vater, dem er sich masochistisch unterworfen hatte und den er würde strafen wollen, indem er ihm zeigte: „Jetzt will ich nicht mehr; du hast mich gequält, und daher verlasse ich dich!“ Es würde wichtig sein ihm begreiflich zu machen, sich diesem Haß in die Übertragungsbeziehung zu stellen.

Es war aber ebenso – aufgrund der Struktur dieses Patienten, dem begrenzten therapeutischen Anliegen und meiner therapeutischen Einstellung – damit zu rechnen, daß es nicht immer ratsam sein würde, vollständig „in der Übertragung“ (Worm, 1998) zu arbeiten, sondern Freiräume zu lassen für szenische Arbeit „an der Übertragung“ und ebenso begrenztem „Acting in“. Ebenso würde es notwendig sein, das nötige Maß an stützenden Elementen in die Therapie einfließen zu lassen.

Wir vereinbarten, daß er 14tägig für 20 Stunden kommen werde, wobei ich ihm – auf seinen Wunsch hin – einen geringfügig reduzierten Tarif anbot. Zusätzlich wurde vereinbart, daß er an einer dreitägigen Gruppe für Patienten, die alle bei mir in Einzeltherapie standen,

teilnahm. Ich besprach mit ihm, daß das therapeutische Setting als offenes zu verstehen sei, d.h. daß neben der Möglichkeit, verbale Assoziationen aufzugreifen, ebenso denkbar wäre, den zur Verfügung stehenden Raum für körperbezogene Interventionen zu nutzen. Ich erklärte ihm aber von Beginn an, daß ich keine Übungen vorschlug, sondern daß wir den Übergang auf die Körperebene fließend aus dem Gespräch heraus zu finden hätten und daß es ebenso wichtig wäre, das körperlich Erlebte im Rahmen unserer therapeutischen Beziehung im Gespräch zu verstehen.

### 4.4 Beginnphase der Therapie

Der Beginn der therapeutischen Arbeit gestaltete sich so, daß ich zunächst eine abwartende Haltung einnahm und versuchte, mich in seine verbalen Äußerungen einzufühlen, seine nonverbalen Signale aufzunehmen und vorsichtige Hypothesen über meine Schlüsse anbot. Ich war also zunächst wenig aktiv, aber aufmerksam. Bereits in der 4. Stunde äußerte der Patient sichtbare Zeichen von Unzufriedenheit. Er kam zur Therapiesitzung zu spät und beklagte sich darüber, daß das viele „Gerede“ ihm überhaupt nichts bringe. Indirekt drohte er mir damit, die Therapie abzubrechen. Seine Grundstimmung mir gegenüber war in der Tat nach wie vor eine mißtrauische, es entstanden zwischen uns längere Schweigepausen, die ihn ziemlich zu ängstigen schienen.

Einerseits berührte mich seine Angst, andererseits hatte ich den Eindruck, in der verbalen Analyse und Deutung dieser Situation keine wesentliche Entlastung der Situation herbeiführen zu können. Beides zusammen motivierte mich, ihn zu fragen, was er denn von mir brauchen würde, damit ihm der Einstieg in die therapeutische Arbeit leichter fiele. Er erinnerte sich spontan an eine Szene mit dem Gestalttherapeuten, die ihm in guter Erinnerung war. Dieser hatte ihn einmal, hinter dem Patienten stehend, mit beiden Händen an den Schultern angefaßt und ihm dadurch Berührung und Halt vermittelt. Nach dieser Erinnerung schwieg der Patient, und ich spürte sehr deutlich, daß er den Wunsch hatte, dies mit mir jetzt zu erleben, sich aber nicht zu fragen getraute. Ich entschloß mich, nicht seine Hemmung zu hinterfragen, sondern ihm das Angebot zu machen, ihm diesen Halt zu geben, worauf er sofort einging. Jedoch wollte er sich dieses Mal mit dem Bauch auf die Matratze legen. Ich stimmte zu und faßte ihn an, worauf er nach etwa zwei Minuten spontan tiefer zu atmen und am ganzen Körper zu zittern begann. Nach etwa fünf Minuten hatte er genug aufgetankt und wollte sich wieder aufsetzen. Er war nun sichtlich befriedigt und auch erleichtert, die Spannung zwischen uns schien verringert, wenn auch nicht beseitigt. Er sah dann im Gegenübersitzen zur Seite, wie wenn er den Blickkontakt nun schlecht ertragen könnte. Ich sagte dann etwa folgendes: „Aufgrund der schlimmen Vorerfahrungen mit Ihrem Vater ist es mir sehr verständlich, daß Sie zuerst die unterstützende Seite von mir als väterliche Figur erfahren wollten. Einem solchen Vater aber direkt in die Augen zu sehen, ist nochmals eine andere Sache!“ Er schien sich durch

diese Deutung verstanden zu fühlen und begann zu weinen. Ich ermutigte ihn durch ein wohlwollendes „mh“, diesem Weinen nachzugeben und forderte ihn auf, falls er in der Lage dazu sei, zu spüren, welche Gefühle in ihm aufsteigen würden, wenn er mich nun direkt ansehen würde. Nach einigem Zögern machte er einen Versuch, Blickkontakt mit mir aufzunehmen, und das Weinen verebbte und ging allmählich in einen verhalten-wütenden Gesichtsausdruck über. Wiederum machte ich ein wohlwollendes „mh“ und nickte ermutigend mit meinem Kopf, um ihm zu helfen, sich der aufkeimenden Wut zu stellen, anstatt innerlich zu grollen und dabei wegzublicken. Er ließ die Wut anklängen, reagierte auf das Zulassen dieser Gefühle positiv und verließ guter Laune die Stunde.

Nachträglich hatte ich verschiedene Gefühle: einerseits ein schlechtes Gewissen, die Situation nicht analytisch korrekt durchgearbeitet zu haben; andererseits ein Stück Erleichterung, weil sich unser Kontakt sichtlich gebessert hatte, wodurch eine Festigung des Arbeitsbündnisses zu erwarten war. Ohne die Situation in ihren unbewussten Bedeutungen auch nur annähernd erfaßt zu haben, schien auf einer „prozeduralen Ebene“ (Dornes, 1997) etwas Wichtiges geschehen zu sein.

Natürlich hatte ich auch den Eindruck, durch seine indirekte Abbruchsdrohung in diese Situation hineingedrängt worden zu sein. Andererseits war meine Befürchtung gewesen, die Spannung wäre im sprachlichen Bereich zwischen uns weiter gestiegen und er wäre zur nächsten Stunde vielleicht gar nicht mehr erschienen. In diesem Spannungsfeld widersprüchlicher Gefühle hatte ich mich also entschieden, eine positiv-korrigierende Erfahrung zu ermöglichen, in der Hoffnung, dadurch nicht zu viel analytisches Terrain zu verschenken.

In der 5. Stunde berichtete er, daß die Wut in ihm nachgewirkt habe und er zum ersten Mal in seinem Leben eine intensive Wut seiner Mutter gegenüber verspürt hatte. Er war in dieser und in den nächsten Stunden merkbar gesprächiger. Zwei Themen standen im Vordergrund: die Beziehung zu seiner Freundin und die von ihm abgebrochene Therapie. Er war von dort weggegangen, weil er seinen Therapeuten nicht stark genug erlebt hatte. Ich sprach die Vermutung an, daß etwaige Konflikte nicht ausgesprochen worden waren und animierte ihn darüber nachzudenken, wie denn das zwischen uns sei. Er ging auf diesen Vorschlag ein und gestand mir nach einigem Zögern, daß er sich bei einigen meiner Bemerkungen gedacht hätte, ich redete kompletten Unsinn. Dieses Zugeben feindseliger Impulse mir gegenüber war wiederum ein zusätzlicher Schritt, der ihn erleichterte und unser Arbeitsbündnis weiter festigte.

In der 6. Stunde kam es zu einer wichtigen Intervention, die sich langfristig als bedeutsam herausstellen sollte. Er kam darauf zu sprechen, daß er sich unsicher sei, inwieweit ich ihm tatsächlich freundlich gegenüberstehe. Er war sich unsicher, ob ich genügend Interesse an ihm hätte, er erlebte mein Abwarten als Bedrohung. Ich konzentrierte mich in der Folge darauf, seine Fantasien mir gegenüber herauszuarbeiten, was zunächst fehlschlug. Da offensichtlich war, daß er die Feindseligkeit mir gegenüber nicht spüren konnte, ob-

wohl der Ausdruck seiner Augen neben Angst und Mißtrauen für mich deutlich wahrnehmbare aggressive Beimengungen enthielt, entschloß ich mich, mit einigem Bauchweh, ihm sein Verhalten zu spiegeln, indem ich sein Hereinkommen in die Praxis, mit abgewandtem Kopf und darauffolgendem kurzen Blickkontakt so konkret, wie es mir nur möglich war, vormachte. Ich war besorgt, daß ihn eine derartige Intervention sehr kränken oder demütigen könnte. Dies geschah aber nicht, er konnte diese Intervention von mir gut nehmen und war im Gegenteil verblüfft und getroffen: er konnte sich in der Art und Weise, wie ich ihn nachahmte, ein Stück tatsächlich wiedererkennen, und sein Eigenanteil an der Beziehungsgestaltung leuchtete ihm unmittelbar ein; er hatte sein abweisendes Verhalten mir gegenüber überhaupt nicht wahrgenommen. Er war zunächst ziemlich deprimiert, erlebte mich jedoch in der Folge zunehmend als eine Person, die für ihn die Realität verkörperte.

#### 4.5 Mittlere Phase der Therapie (7.–17. Stunde)

Die handlungsmäßige Deutung seines Verhaltens durch meine Nachahmung schien in ihm nachzuwirken, es war Terrain gewonnen. In den nächsten Stunden war spürbar, daß sich seine Beziehung zu mir verbessert hatte. Er begrüßte mich freundlicher, es war während der Begrüßung ein offenerer Augenkontakt möglich, die anfangs unangenehme Spannung im Umkleideraum hatte abgenommen. In den Sitzungen beschäftigte ihn die Vaterthematik, an der wir in der Folge häufig verbal arbeiteten. Er ließ Impulse zu, den Vater würgen zu wollen, als Rache für erlittene Demütigungen. Als Folge davon spürte er, daß der Kontakt zum realen Vater sich ein wenig besserte. Auch in der Beziehung zur Freundin erlebte er eine Qualitätssteigerung dadurch, daß er sich besser gegen ihre Wünsche abzugrenzen vermochte.

Das Klima in den Stunden hatte sich schrittweise gewandelt. Anscheinend hatte sich seine Grundübertragung verändert; ich war nun für ihn nicht mehr so sehr der bedrohliche Vater, sondern jemand anderer, ich wußte allerdings zunächst nicht wer. Ich spürte in diesen Stunden eine geringere Anspannung als zuvor, die verbalen Mitteilungen des Patienten bewirkten in mir, obwohl sie inhaltlich durchaus anregend waren, sogar eine gewisse Langeweile. Einerseits hatte dies damit zu tun, daß er beim Erzählen manchmal minutenlang keinen Blickkontakt zu mir aufnahm, sondern vor sich hinredete. Er leistete eine Weile selbst recht produktive analytische Arbeit, andererseits fühlte ich mich als Gegenüber ausgeblendet. Ich hatte zunächst den Eindruck, es sei vorteilhaft, ihn gewähren zu lassen, schaltete mich hin und wieder ein, mit Kommentaren oder Deutungen, die ihm im großen und ganzen zutreffend erschienen.

Er selbst schien aber nach einiger Zeit gegen Ende der Sitzungen ein wenig frustriert zu sein, was ich dann in der 9. Stunde thematisierte. Im Durcharbeiten stellte sich heraus, daß er sich von mir gewünscht hätte, aktiver ins therapeutische Geschehen einzugreifen. Er hatte den Zorn wegen meiner Passivität unterdrückt und den

Blick von mir abgewendet – dies kam jetzt recht klar in den Vordergrund. Wieder ließ er anklingen, daß er aus den körpertherapeutischen Gruppen eine andere Form des Zugehens und der Aktivität des Therapeuten gewohnt war.

Nach dieser Stunde wurde er krank und fühlte sich beruflich komplett überfordert. Er erlebte, daß alle anderen Menschen von ihm zu viel wollten, das habe ihn sehr erschöpft. Auf meine Frage nach einem möglichen Zusammenhang mit der letzten Stunde meinte er, daß er ziemlich „abgestürzt“ war und mir gegenüber eine hohe innere Mauer fühlte. Zugleich merkte er, daß ich ihm freundlich und geduldig gegenüberstand, das machte ihn richtig verzweifelt. Er spürte starke Sehnsüchte, die Mauer zu überwinden, zugleich schaffte er es aber nicht. Er begann an dieser Stelle des Erzählens zu weinen.

Wir arbeiten heraus, daß es die Wut war, die hinter der Mauer stand und die ihm große Angst bereitete. Die Wut war so groß, daß er sie mit mir – meiner Freundlichkeit und Geduld – nicht in Einklang bringen konnte. Er spürte einen starken Drang, seinen Wutimpulsen nachzugeben. Ich wies ihn darauf hin, daß in unserem Setting Möglichkeiten dafür gegeben wären. An dieser Stelle war deutlich merkbar, daß eine konsequente Arbeit „in der Übertragung“, jedenfalls mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln, zu bedrohlich für ihn zu sein schien.

Er stellte sich daraufhin vor einen im Raum befindlichen Schaumstoffwürfel und begann diesen, mit wuchtigen Faustschlägen zu bearbeiten. Dabei steigerte er sich zunehmend in ein lautes Schreien hinein, er schrie wiederholt „laß mich in Ruh!“. Dann brach er in heftiges Weinen aus.

In der Nachbearbeitung wurde deutlich, daß in seiner Fantasie Szenen mit dem Vater aufgestiegen waren, in denen er geschlagen worden war. Er war erleichtert, weil er nun eine Menge Dampf abgelassen hatte, aber zugleich auch frustriert: ich war nicht aktiv genug gewesen, hatte ihn nicht so sehr geführt und auch gepusht, wie er das aus der Bioenergetik gewohnt war. Aber er spürte auch Sehnsucht, er wollte sich wieder halten lassen, hatte aber jetzt mehr Angst als zuletzt. Ich verspürte in der Gegenübertragung eine starke, auch körperliche Verkrampfung, etwa so: „Egal, was ich mache, es ist nicht richtig. Du wirst trotzdem frustriert sein.“ Derartige Gefühle hatte ich in den nächsten Stunden immer wieder mit ihm, z.B. in den Schweigephasen. Sagte ich nichts, war ich zu wenig aktiv. Sagte ich etwas, traf ich nicht den richtigen Punkt. Obwohl ich mich zeitweise ziemlich unter Spannung fühlte und innerlich ärgerlich wurde – manches Mal so ärgerlich, daß ich ihn am liebsten „rausgeschmissen“ hätte, blieb ich im großen und ganzen ruhig und ertrug die Spannung. In solchen Situationen war ich mir über meinen therapeutischen Ansatz, den Einbezug körperlicher Elemente, und dies vor allem auch wegen seiner homosexuellen Impulse, phasenweise sehr unsicher und hatte den Eindruck, alles falsch zu machen. Mir dämmerte jedoch, daß ich von einem Zustand der Unsicherheit erfaßt worden war, der genau die innere Situation des Patienten widerspiegelte. Es beruhigte mich, das theoretische Wissen um frühe Abwehrmechanismen, wie projektive Identifikation, im Hinterkopf zu haben. Was

meine Verkrampfung aber in Grenzen hielt war der Eindruck, daß das Arbeitsbündnis, trotz seiner Gefühlschwankungen und seiner Unzufriedenheit, ziemlich stabil geworden war.

Immer wieder einmal sprach er von seiner Sehnsucht nach Halt und seinen Ängsten, die er bei diesem Wunsch gleichzeitig verspürte. Allmählich wurde deutlich, daß ich nun in der Übertragung der Onkel geworden war, der ihn sexuell mißbraucht hatte. Diesen Onkel hatte er auch sehr geliebt und verehrt, das machte die Angelegenheit für ihn so kompliziert. In der Erinnerung an die Mißbrauchsszenen wechselten in ihm Gefühle von Trauer, Schmerz, Scham und Wut.

Die therapeutische Arbeit, die sich nun fast ausschließlich im verbalen Bereich vollzog, hatte, so schwierig und verwirrend sie manches Mal auch war, einen merkbar positiven Effekt auf seine alltägliche Lebenssituation. Er spürte und beschrieb, daß bei ihm, in Bezug auf Erwartungen an andere Menschen, ein Prozeß der Desillusionierung in Gang gekommen war und daß er merkte, daß er im Leben selbst Verantwortung übernehmen mußte. Die damit einhergehenden Enttäuschungen lösten zeitweise starke depressive Schwankungen aus, denen Phasen eines guten Realitätsbezugs und einer klaren Sicht seiner Situation folgten. Er merkte seine Verantwortung in der Hier-und-Jetzt-Situation und spürte seine Erwartungshaltung mir gegenüber. Auch diesbezüglich wechselten Phasen klarer Einsicht mit solchen depressiven Rückzugs, in denen er den Blickkontakt zu mir minutenlang unterbrach; manchmal ging der Rückzug in ein Gefühl der Wut über, das er mir dann mitteilte.

Die Beziehung zu seiner Freundin wurde realer und erwachsener, es zeichnete sich ab, daß er in eine ernsthafte Auseinandersetzung mit ihr geriet, was er als positiv empfand, er konnte aber auch ihre Forderungen mehr als zuvor als verständlich und berechtigt akzeptieren und bemerkte sein eigenes Ausweich- und Rückzugsverhalten. Zugleich nämlich, und dies war vielleicht der beste Gradmesser seiner Veränderung, hatte sich seine Sexualität spürbar gebessert. Er war nun sexuell potenter, indem er den Samenerguß länger zurückhalten konnte. Er genoß den Sex mit ihr sehr, seine Orgasmusangst hatte sich verringert, er fühlte sich ihr gegenüber stärker und männlicher. Er masturbierte nun auch weniger. Was ganz neu für ihn war: er schloß sich einer Gruppe von Männern an, mit denen er einmal pro Woche Fußball-Spielen ging.

Tatsächlich schien er Verantwortung für den therapeutischen Prozeß und für seine Lebensgestaltung zu übernehmen, zumindest phasenweise. In manchen Stunden oder Stundenabschnitten war eine Anspruchshaltung nach Versorgt-Werden sehr spürbar. Wir konnten diesen Punkt nicht vollständig durcharbeiten; dazu reichte die vorhandene Zeit nicht aus, vielleicht auch nicht mein analytisches Können. Aber der sich abzeichnende Effekt war – gemessen an den Entwicklungen in seinem Lebensalltag – zufriedenstellend.

Daß er es gewagt hatte, die homosexuelle Thematik auch im Hier und Jetzt anzusprechen, hatte einen schamlösenden Effekt gehabt, insofern als er nun über sexuelle Themen leichter als zuvor sprechen konnte.

#### 4.6 Die Teilnahme an der therapeutischen Gruppe

In der Gruppensituation wurde die Fragilität seiner Psyche und seine Tendenz zur Realitätsverzerrung besonders deutlich. Am ersten Gruppentag war er ziemlich unsicher und schüchtern, äußerte sich nur wenig, machte die Körperübungen jedoch mit großer Begeisterung mit – er schien sich in seinem Element zu fühlen. Am Beginn des zweiten Tages meinte er, im Rahmen einer Sharing-Runde, daß er sich als totaler Mittelpunkt der Gruppe fühlt, was die anderen Gruppenteilnehmer ziemlich befremdete, weil es überhaupt nicht damit übereinstimmte, wie die anderen ihn erlebten und einschätzten. Im Aufarbeiten wurde deutlich, daß er sich auch in seiner Familie als Mittelpunkt erlebt hatte und damit verleugnete, daß eine sehr enge Bindung zwischen seinem älteren Bruder und seiner Mutter bestanden hatte. Es war dies also offensichtlich eine kompensatorische Fantasie, die wahrscheinlich Gefühle von Neid und Eifersucht abwehrte. Als ihm der Fantasiecharakter seines Erlebens bewußt wurde, kam es zu einem ziemlich abrupten Einbruch. Verstärkt durch den regressiven Sog des Gruppenprozesses geriet er in eine Situation hoher Anspannung und offenkundiger Angst. Seine Not war so groß, daß ich im Rahmen einer Einzelarbeit vor der Gruppe eine Weile brauchte, um ihn zu stabilisieren. Im Durcharbeiten stellte sich zweierlei heraus: er war wütend auf mich, weil ich ihm eine Illusion zerstört hatte, und er hatte zwei männlichen Gruppenteilnehmern gegenüber homosexuelle Empfindungen entwickelt, die ihn, im Kontext der Körperübungen, die Berührungskontakt zu anderen Gruppenteilnehmern als Möglichkeit einschlossen, geradezu panisch machten. Durch das Ansprechen seiner inneren Situation vor der Gruppe war eine drohende Dekompensation abzuwenden, wenngleich er am Ende der Gruppe ziemlich durcheinander war. Mein Eindruck war, daß in der regressiven Gruppenatmosphäre seine Fähigkeit, andrängende Impulse zu integrieren, überfordert war. Daher arbeitete ich in dieser Situation nur mehr stützend und stabilisierend. Schließlich half ihm meine Deutung, daß Verwirrung manches Mal besser sei als klar zu sehen. Diese Deutung schien den gewünschten Effekt zu haben, sie bot ihm einen Ausweg aus dieser für ihn bedrohlichen Situation.

#### 4.7 Endphase der Therapie (die letzten drei Stunden)

Nachdem wir die Auswirkungen der Gruppe in den Einzelstunden bearbeitet hatten – er war in eine depressive Krise geschlittert – stellte sich wieder eine gute Stimmung ein. Mittlerweile hatte er eine recht positive Übertragung auf mich entwickelt; die Stunden waren wichtig für ihn und gaben ihm Kraft.

Als es in die Endphase ging, wurde er jedoch wieder unsicherer und äußerte den Wunsch, die Therapie zu einem noch geringeren Tarif fortzusetzen. Ich entschied mich an dieser Stelle, die therapeutische Haltung, die ihm bisher geholfen hatte, bestimmte Aspekte seines Lebens zu verändern, beizubehalten und seinen Wunsch freundlich, aber bestimmt abzuweisen. Ich trat damit das Prinzip, getroffene Vereinbarungen ein-

zuhalten und der Realität ins Auge zu sehen – und diese Realität beinhaltete eben auch Terminabsprache und Trennungssituation.

Meine konsequente Haltung hatte in der vorletzten Stunde ein starkes Wiederaufleben seiner Frustration und Wut zur Folge. Der Wert der gesamten Therapie stand plötzlich in Frage. Es gelang jedoch mit Geduld, aber auch mit Festigkeit, die positiven Wirkungen der Therapie gemeinsam zu würdigen und sie nicht im Strudel der aktuellen Gefühle untergehen zu lassen. Es stellte sich heraus, daß die Wut auch Abwehrfunktion gegenüber Trauer und Abschiedsschmerz hatte. Er hatte sich mittlerweile, als Therapieersatz, die Teilnahme an einer fortlaufenden, von einem Therapeuten geleiteten Männergruppe gesichert. Er nahm sich vor, in dieser Männergruppe die in Gang gekommenen Veränderungen fortzuführen und abzusichern sowie seine homosexuellen Ängste Männern gegenüber zu überprüfen und zu bearbeiten. Ich sah darin einen guten Übergangsschritt und unterstützte ihn in seinem Vorhaben.

Die letzte Stunde war, wie nicht anders zu erwarten, von einem Wechsel zwischen Zweifel und vorsichtigem Optimismus gekennzeichnet, es war ihm aber auch möglich, ein kleines Stück Dankbarkeit mir gegenüber auszusprechen.

### 5. Zusammenfassung und Abschluß

Es war mir seither nicht möglich, eine katamnestiche Untersuchung durchzuführen, um die Stabilität des Behandlungserfolgs zu überprüfen. Insgesamt würde ich bei seiner Persönlichkeitsstruktur nicht davon ausgehen, daß sich sein Leben konstant positiv weiterentwickelt hat. Vor allem die Gruppenerfahrung hatte gezeigt, daß die Veränderungen, die in seinem Leben stattgefunden hatten, ziemlich störrisch waren. Unter günstigen Lebensumständen konnte er anscheinend von den therapeutischen Erfahrungen profitieren, unter ungünstigen Umständen konnte er das neugewonnene Terrain nicht halten. Jedoch waren meiner Einschätzung nach in den 20 Therapiestunden, einschließlich der dreitägigen Gruppe, bestimmte Weichenstellungen möglich geworden, die eine Neuorientierung seiner Lebenssituation zu fördern vermochte.

Eine Einschätzung, wie viel an analytischer Arbeit in dieser 20-Stunden-Therapie geleistet wurde, fällt mir nicht ganz leicht. Am ehesten würde ich meinen, daß der Patient begriffen hat, daß er infantile Bedürfnisse nach mütterlicher Versorgung, aber auch väterlicher Führung in der Übertragung auf mich bemerken und sein Verhalten, zumindest phasenweise, verändern konnte. Er hatte ein Stück seiner Eigenverantwortung und Eigengestaltung erkannt und war aktiver geworden. Der feindselige Teil in ihm selbst war ihm, durch meine imitierende Intervention, bewußter geworden, auch wenn die dynamischen Zusammenhänge nicht differenziert herausgearbeitet wurden. In Bezug auf seine Freundin schien er seinen Eigenbeitrag am Geschehen bemerkt zu haben, was ihre Auseinandersetzungen auf eine etwas reifere Ebene hob.

Wir waren in unserer Therapie sicherlich in einen Machtkampf hineingeraten, und ein Teil meiner akti-

ven Interventionen mag aus einem unbewußten Reagieren auf die Kampfangebote des Patienten entstanden sein. Insgesamt glaube ich aber, daß trotz dieses Machtkampfes genügend Spielraum für neue Entwicklungen geblieben war. Positiv schätze ich ein, daß die wenigen berührend-unterstützenden Interventionen von mir als einem männlichen Gegenüber mithelfen konnten, seine ängstlich-mißtrauische und paranoid-feindselige Haltung Männern gegenüber ein wenig zu lockern, so daß er zumindest Interesse daran hatte, sich neuen Männererfahrungen zu stellen.

Positiv ist auch zu vermerken, daß sich das anfangs deutlich gespaltene Elternbild – die Idealisierung seiner Mutter und die undifferenzierte Negativsicht seines Vaters – zumindest ein wenig gelockert hatte. Er erzählte zwischendurch von einem Heimb Besuch und erwähnte dabei, sichtlich stolz, daß er sich das erste Mal bei Tisch nicht an die Seite seiner Mutter, sondern an die seines Vaters gesetzt hatte.

Seine homosexuellen Ängste hatten sich nicht wesentlich vermindert, wie in der Gruppensituation zu sehen war. Es mußte auch die Frage der Genese seiner homosexuellen Orientierung unbeantwortet bleiben. Jedoch konnte er eine wenig mehr männliche Identifikation aufbauen, wie sich in seinem veränderten sexuellen Erleben mit seiner Freundin zeigte.

Die Definition des „Main issue“ als rotem Faden in der Therapie, in diesem Fall die Auseinandersetzung des Patienten mit den Auswirkungen seiner traumatischen Erfahrungen durch Vater und Onkel und das Erkennen stattgefundenener Identifikationen, half mir in dieser kurztherapeutischen Arbeit, meine therapeutische Orientierung, die ich unter dem Druck der vom Patienten ausgelösten Gegenübertragungsspannungen zeitweilig verloren hatte, immer wieder zu finden und meine Interventionen dementsprechend zu strukturieren. Gerade bei der Struktur dieses Patienten, mit seinen plötzlichen Identifikationswechseln als Zeichen seiner unklaren Identität, war mir das Wissen um sein Hauptthema eine spürbare Hilfe.

Insgesamt bin ich davon überzeugt, trotz aller Unklarheiten, Einschränkungen und Grenzen, daß sich der hier vertretene psychotherapeutische Ansatz – analytisch orientierte Therapie mit körperpsychotherapeutischen Interventionen – für kurztherapeutische Maßnahmen eignet. Seine wichtigen Elemente scheinen mir darin zu bestehen, daß

a) eine gründliche Diagnostik vor Beginn der Therapie dabei hilft, den Behandlungsfokus auszuwählen und die Entscheidung zu Rahmen und Setting erleichtert;

b) überwiegend gegenwärtige Konfliktsituation und weniger infantile Konflikte themenbestimmend sind, so daß eine Charakteranalyse und eine Durcharbeitung defensiver Strukturen begrenzt bleibt;

c) eine systematische und tiefgreifende Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand unter-

bleibt, während nach Möglichkeit rasche Lösungen gesucht werden;

d) die Einbeziehung des Körpers und der szenischen Handlung patientenspezifisch variieren, jedoch wichtige Interventionen darstellen, die gute korrigierende Erfahrungen möglich machen, regressive Prozesse beschleunigen, Entlastungsmöglichkeiten anbieten, das Arbeitsbündnis stärken und bedeutsame Szenen präzisieren helfen;

e) der Therapeut zwischen Empathie, rascher Klärung und Konfrontation pendelt;

f) vom Patienten vollzogene positive Lebensschritte ausdrücklich gewürdigt werden, d.h. die Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten gestärkt werden;

g) die Therapeutenpersönlichkeit im Hinblick auf Therapieziele, aber auch Therapieerfolg ausschlaggebend dafür ist, ob die beiden Interaktionspartner gut zusammenpassen oder nicht.

## Literatur

- Berliner J (1994) Psychoanalyse, Bioenergetische Analyse, analytische körpervermittelte Psychotherapie. Konzepte und Praxis. Ähnlichkeiten, Unterschiede und Besonderheiten. In: Geißler P (Hrsg) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter-Lang, Frankfurt
- Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Fischer, Frankfurt
- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. Kösel, München
- Gysling A (1995) Die analytische Antwort. Eine Geschichte der Gegenübertragung in Form von Autorenportraits. Edition Diskord, Tübingen
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Hohage R (1996) Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Schattauer, Stuttgart
- Kernberg O (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt
- Kernberg O (1989a) Objektbeziehungen in der Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kernberg O (1989b) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kernberg O (1993) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Hans Huber, Göttingen
- Körner J (1985) Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse. Hans Huber, Göttingen
- Mentzos S (1991) Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt
- Ornstein PH, Ornstein H (1997) Psychoanalytische fokale Psychotherapie. Psychotherapie Forum 5/3: 127–140
- Rohde-Dachser C (1987) Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißistischen und bei Borderline-Störungen. Psyche 9: 773–799
- Worm G (1998) Zum Umgang mit Übertragung in einer analytischen Körperpsychotherapie. In: Geißler P (Hrsg) Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis. Pfeiffer, München (In Druck)

**Korrespondenz:** DDr. Peter Geißler, Dr. Paul Fuchsigasse 12, A-2301 Neu-Oberhausen, Österreich.

*Peter Geißler, Dr. med., Dr. phil., geb. 1953, Arzt, Psychologe, Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis, Mitbegründer des Arbeitskreises für analytische körperbezogene Psychotherapie (AKP). Methode: Analytische Körperpsychotherapie. Interessenschwerpunkt: Integration körperbezogener Interventionen in eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie.*