

P. Geißler

Analytische Körperpsychotherapie: Gegenwärtiger Stand und klinische Praxis

Zusammenfassung Ausgehend von den drei aktuellen körperpsychotherapeutischen Hauptströmungen, der neoreichianischen, der bewegungstherapeutischen und der psychoanalytisch orientierten Linie, wird aufgezeigt, wie sich analytische Körperpsychotherapie mittlerweile zu einer eigenständigen psychotherapeutischen Methode entwickelt hat, die sich einerseits gegenüber der Psychoanalyse, andererseits auch gegenüber den beiden anderen körperpsychotherapeutischen Strömungen abzugrenzen vermag. Analytische Körperpsychotherapie verfügt über eigene „Essentials“, arbeitet an einer erweiterten Definition der Gegenübertragung und entwickelt sowohl Theorien als auch praktische Zugänge für einen Einbezug des Körpers in den therapeutischen Prozeß. Es gibt wichtige Argumente der zeitgenössischen Säuglingsforschung, die diesen Einbezug des Körpers in eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie stützen. Anhand eines klinischen Fallbeispiels soll eine der verschiedenen Möglichkeiten von Körperarbeit in einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, nämlich der „szenische Einbezug des Körpers“, anschaulich illustriert werden. Abschließend werden bislang offene Fragen und künftige Perspektiven angedeutet.

Schlüsselwörter: Analytische Körperpsychotherapie, dialogischer Körper, Körperarbeit, Körpererinnerungen, Objektbeziehungstheorie, szenischer Einbezug des Körpers.

Analytical body psychotherapy: State of the art and clinical practice

Abstract There are three main streams in bodypsychotherapy: a neoreichian, a body-movement and a psychoanalytical oriented line. The author tries to describe how the last, Analytical Bodypsychotherapy, has in the meantime developed in direction of a particular psychotherapeutic method, which clearly can be separated from the two other mean lines of bodypsychotherapy. This new approach has elaborated specific essentials, works with an enlarged definition of countertransference and points out theories and clinical possibilities of bodywork. There are important arguments coming from baby research which support this kind of work. On basis of a clinical example one of these possibilities of bodywork, the scene bodywork, will be shown. Finally there is a short discussion of open questions.

Keywords: Analytical Body psychotherapy, body dialogue, body work, body remembrance, Object relations theory, scene body work.

La psychothérapie corporelle analytique: état des lieux et pratique clinique

Résumé Dans le courant de ces dernières années la psychothérapie corporelle analytique s'est établie en tant que l'un des trois principaux courants de psychothérapie corporelle. Le nombre croissant de publications (cf. entre autres Berliner, Downing, Geißler, Heisterkamp, Maaser, Maaz, Moser, Scharff et Worm) indique que l'identité de cette méthode est en voie d'élaboration; de plus, des rencontres spécialisées et d'autres projets ont été organisés. Le fait que ce type de psychothérapie commence à s'établir en tant qu'école est mis en évidence par la création (en avril 97) d'une section pour la psychothérapie corporelle analytique au sein de la DGAPT (Deutsche Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie).

1. Courants actuels en psychothérapie corporelle

D'un point de vue historique, on peut distinguer trois principales directions dans le développement de la psychothérapie corporelle, dont chacune a une image différente du corps. Les "thérapies néoreichianes" se fondent sur un concept énergétique théorique. On part de la notion de "bioénergie" pour concevoir un corps expressivo-énergétique dans lequel circule cette énergie, ou dont les blocages musculaires empêchent l'énergie de circuler. Le corps devient l'organe par lequel le patient se défend contre les affects; la santé est alors définie – du moins dans la version classique de Lowen – en tant que libre circulation de l'énergie et que relâchement des blocages musculaires.

Une seconde direction remonte à Gindler qui, en sa qualité de professeur de gymnastique, s'est d'abord intéressée à une différenciation des sensations corporelles puis plus tard, aux phénomènes psychiques les accompagnant. Ses élèves ont progressivement élaboré une méthode psychothérapeutique dont les principes représentantes sont actuellement les thérapies par le mouvement et par la danse concentrés. Ces courants considèrent qu'une amélioration de la perception et de la vigilance au niveau du corps s'accompagne d'un élargissement du conscient – le corps est ici conçu comme en mouvement et en quête.

À l'origine de la psychothérapie corporelle analytique se trouvent avant tout Ferenczi, Balint et Winnicott. Bien qu'elle comprenne des interventions au niveau du corps, c'est avant tout sur la relation, c'est-à-dire sur la perception des rapports mutuels de transfert et de contretransfert, que se concentre l'intérêt du thérapeute. La théorie appliquée par la psychothérapie corporelle analytique se fonde sur des modèles psychanalytiques, ainsi que sur les concepts élaborés par les nouvelles psychologies du développement. Dans ce sens, le corps y est considéré dans ses aspects dialogiques.

2. Le corps dialogique

Pour inclure le corps dans une psychothérapie d'orientation psychanalytique il faut que la relation thérapeute-client devienne perceptible à son niveau, ce qui permet de reconstituer d'anciens affects dans leur dynamique originelle. Par le biais d'attouchements et de mouvements, le travail corporel en vient à élargir le dialogue se déroulant dans le transfert. Le corps n'est pas seulement inclus dans la démarche qu'une fois qu'il s'est manifesté en provoquant douleur et symptômes; il est considéré comme le lieu d'une expérience, d'une mémoire, d'un vécu et d'une communication.

3. Sur quelle psychanalyse la psychothérapie corporelle analytique se fonde-t-elle?

La théorie de la relation à l'objet joue un rôle particulièrement important en psychothérapie corporelle analytique, d'une part parce que ses précurseurs – Ferenczi, Balint et Winnicott –, lorsqu'ils traitaient des troubles précoces (pour lesquels la psychothérapie corporelle analytique est particulièrement indiquée,) accordaient grande importance à une relation thérapeutique favorable. Autre raison: la manière dont le contretransfert est géré en psychothérapie corporelle analytique est plus complexe que ce n'est le cas pour la procédure psychanalytique standard; il reste que les théoriciens contemporains de la relation à l'objet ont porté une attention particulière à l'élaboration de bases théoriques en rapport avec la gestion du contretransfert. L'approche de Bauriedl, qui inclut un examen de la dynamique de la relation, est également importante.

4. Élargir le contretransfert pour inclure la dimension corps

Le contretransfert corporel implique d'abord que le thérapeute perçoive les sensations physiques déclenchées en elle par les paroles et les signaux non-ver-

baux de son interlocuteur. À la perception psychanalytique du contretransfert s'ajoute la dimension "résonance corporelle", la thérapeute pouvant réagir soit en verbalisant et en interprétant verbalement les signaux corporels perçus, soit en exprimant ce qui se passe dans la relation par le biais de mouvements concrets, ou même de l'action. Un exemple de cas nous permet de montrer comment cette démarche peut se faire.

5. Les rapports avec la recherche sur les nouveaux-nés

Au niveau des émotions, les échanges verbaux se déroulent toujours en fonction d'un dialogue constant incluant des signaux non-verbaux complexes, correspondant à l'expérience vécue dans la relation pré-verbale entre la mère et l'enfant. Les jalons de l'interaction (les Rigs de Stern) se manifestent dans la thérapie sous forme de mouvements spontanés – ceci à condition que le setting convienne (l'expression multimodale du vécu se révèle particulièrement adéquate).

6. Les aspects centraux de la psychothérapie corporelle analytique

- L'objet de la psychothérapie corporelle analytique est constitué de l'inconscient dans sa dimension présente, des conflits actuels et des structures infantiles du patient.
- Le principal objectif thérapeutique est la mise en lumière de conflits névrotiques et de la structure névrotique sous-jacente.
- Cet objectif est atteint par le biais d'une analyse du transfert, du contretransfert et des résistances, en tenant spécifiquement compte du corps, ainsi que par l'analyse des rêves et la régression.
- Le traitement atteint des couches plus profondes par le biais de l'utilisation de processus régressifs, du soutien et de l'analyse des réactions de transfert, ainsi que de l'implication du thérapeute en tant qu'objet de transfert, objet réel et objet transitoire.
- Le "triangle of insight" est constitué du transfert sur le thérapeute, des relations actuelles et des relations passées du patient.

En psychothérapie corporelle analytique la notion d'abstinence n'inclut plus l'interdit concernant l'action et l'attouchement; des règles externes (par ex. limites posées au setting) sont remplacées par l'attitude intérieure du thérapeute.

7. Possibilités ouvertes à l'inclusion du corps en psychothérapie corporelle analytique

Dans sa forme la moins prononcée, le travail corporel implique l'utilisation du corps en tant qu'organe de perception et donc de moyen d'accès à l'inconscient du patient. Conçu de cette manière, le corps devient le reflet d'une histoire de vie et d'une expérience des conflits. Les souvenirs de mouvements (les kinogrammes de Downing) peuvent être rendus accessibles entre autres par le "travail sur le tapis". Les interventions impliquant un attouchement servent de mesu-

res transitoires, durant la période où le patient n'est pas encore capable de s'exprimer adéquatement au niveau verbal. Ce que l'on appelle "l'inclusion scénique du corps" constitue une forme particulière de travail corporel, qui s'accompagne d'une gestion du contretransfert assez différente de celle pratiquée dans la procédure psychanalytique standard.

8. Inclusion scénique du corps

Le cas d'un homme dans la trentaine qui avait de l'expérience en thérapie bioénergétique est présenté pour démontrer concrètement la technique d'intervention. La discussion permet également de mettre en évidence les différences entre la psychothérapie corporelle analytique et la bioénergétique.

1. Gegenwärtige Hauptströmungen in der Körperpsychotherapie

Mittlerweile ist die Anzahl an Körpertherapien und Körperpsychotherapien schier unüberschaubar geworden – es gibt eine Reihe bekannterer und unbekannter Verfahren, teilweise mit wohlklingenden und vielversprechenden Namensbezeichnungen, teilweise eine unübersehbare Nähe zur Esoterik aufweisend. Nicht immer ist es leicht, den Weizen von der Spreu zu trennen. Unter den vielen Angeboten bleiben einige wenige bestehen, die sich tatsächlich als „psychotherapeutische Verfahren“ ausweisen, indem sie auf eine wissenschaftlich relevante und konsistente Theoriebildung mit einer sich daraus ergebenden Praxis zurückgreifen. Unter diesen letztgenannten, d.h. körperpsychotherapeutischen Verfahren im engeren Sinn, lassen sich nach Geuter (1997) aus historischer Perspektive, aber auch hinsichtlich des ihnen zugrundeliegenden Menschen- und Körperbildes drei Hauptlinien unterscheiden:

1. Die historische Entwicklungslinie S. Freud – W. Reich, die gegenwärtig die weltweit größte Verbreitung gefunden hat (allein im Bereich der Bioenergetischen Analyse, einem dieser „neoreichianischen“ Verfahren, existieren mittlerweile an die 60 Institute in allen Teilen der Welt).
2. Die Linie von E. Gindler zur Konzentrativen Bewegungs- und zur Tanztherapie, die ebenso einen mittlerweile hohen Grad an Institutionalisierung aufweist (in vielen psychosomatischen Abteilungen ist Konzentrative Bewegungstherapie mittlerweile ein tragender Bestandteil des Behandlungsprogramms).
3. Die Linie S. Freud – S. Ferenczi, die in den letzten 10 Jahren u.a. durch Tilmann Moser, aber auch durch andere Personen sowie durch die Diskussion der Säuglingsforschung neuen Auftrieb bekommen hat. Diese Linie wird derzeit durch Einzelpersonen vertreten bzw. befindet sich in einem institutionellen Anfangsstadium. Es existieren einzelne Arbeitskreise (DITAT in Deutschland, AKP in Österreich) sowie bisher eine offizielle Sektion für analytische Körperpsychotherapie innerhalb der DGAPT um die Person von Maaz in Halle.

9. Remarques finales

Il faudrait que la suite du développement de la psychothérapie corporelle analytique inclue une recherche scientifique visant à garantir sa qualité et son efficacité – ceci mis à part le fait qu'il sera indispensable qu'elle s'établisse au sein des institutions et qu'une coopération internationale s'élabore. Il faudra réfléchir à la manière dont la recherche pourrait se faire, pour qu'elle tienne compte de manière adéquate des caractéristiques de son objet. Une comparaison scientifique avec les procédures appliquées par les deux autres courants de psychothérapie corporelle est souhaitable; elle permettrait de mieux différencier les indications des différentes approches. Au niveau théorique, il faudrait qu'un concept de la régression soit élaboré.

Erste Linie: Reich und seine Nachfolger – die expressiv-energetische Körpervorstellung

Ausgehend von Reich und fortgeführt von seinen Schülern, deren wichtigster wohl A. Lowen mit seiner Bioenergetik ist, wird eine Lebensenergie, eine „Bioenergie“, postuliert, die alle Lebensfunktionen beeinflusst und sich somatisch als Vitalität, Pulsation, Ladung und Entladung, Expansion und Kontraktion äußert. Der Körper wird dieser Theorie gemäß als Ort und Organ der Affektabwehr verstanden, und konsequenterweise dient Körperarbeit in diesem Bezugsrahmen dazu, den Widerstand, der in den Körper verlegt wird, aufzuweichen, um Zugang zu den Affekten zu schaffen, wobei – jedenfalls in der ursprünglichen Form der Bioenergetik und anderer neoreichianischer Verfahren – ein kathartisches Erleben von Affekten angestrebt wird.

Vor allem in diese Linie ging ein: der Körper als Quelle der Revolution gegen instrumentale Vernunft in den 70er- und 80er-Jahren. „Da der Körper für Bedürfnis und der Kopf für Kontrolle stand, entwickelte sich dabei die Illusion, daß der Körper im Unterschied zum Kopf die Wahrheit kundtue. Darin lag die Kehrseite der Verdrängung: die Projektion einer Sehnsucht, wenigstens dort das Ursprüngliche zu finden. Als sei am Leib, anders als am Geist, eine gesellschaftlich ungeformte Natur zu gewinnen“ (Geuter, 1997, S. 9–10). Und: „Erst in jüngerer Zeit wird gesehen, daß es nicht nur ein falsches Selbst, sondern auch ein falsches Körper-Selbst geben kann, zum Beispiel eine körperliche Inszenierung als Abwehrprozeß“ (Op. cit., S. 10).

Eine weitere Schwachstelle dieser körpertherapeutischen Linie betrifft ihre theoretische Fundierung: „Unter Bioenergetikern besteht nach wie vor ein Hang zum Biologismus und zur Ein-Personen-Psychologie, die nur den Organismus mit seinen Blockaden sieht und den Therapeuten in die Rolle des wissenden Arztes bringt, aber das Übertragungsgeschehen übersieht. In ihr (der Bioenergetik) bleibt die Auflehnung gegen die Trennung von Körper und Seele dem Abgelehnten negativ verhaftet“ (Op. cit., S. 11).

Auch der diesem Ansatz innewohnende Gesundheitsbegriff, daß nämlich seelische Gesundheit mit einer Auflösung muskulärer Blockaden und einem da-

durch ungehinderten Energiefluß im Körper gleichzusetzen sei, darf wohl in Frage gestellt werden (Maaz, 1997).

Daß sich mittlerweile zumindest ein Teil der neoreichianischen Körperpsychotherapeuten dieser Problematik allmählich bewußt wird, wurde auf dem 6. Europäischen Kongreß für Körperpsychotherapie im Mai 1997 in Wien/Pamhagen, deutlich. Tiefenpsychologische Themenstellungen standen sowohl innerhalb von Workshops, als auch in Podiumsdiskussionen im Brennpunkt des Geschehens. An diesen Diskussionen nahmen namhafte Vertreter der meisten neoreichianischen Schulen teil – mit Ausnahme der Bioenergetiker, die sich merkwürdigerweise bislang am schulenübergreifenden Diskurs nicht beteiligen wollen.

Zweite Linie: Gindler und die Berliner Bewegung für Körperbewußtheit – die Vorstellung des sich erkundenden und bewegenden Körpers

Gindler, ursprünglich Gymnastiklehrerin, begann Anfang der zwanziger Jahre, ihre Aufmerksamkeit auf äußerst differenzierte Körperempfindungen zu lenken. Langsame und subtile Experimente mit Bewegungen und Haltungen, ähnlich der heute bekannten Alexander-technik und der Feldenkrais-Methode, waren das Vehikel für das Erlernen von Körperkonzentration. Aus dieser neuen Ausrichtung, zu der auch R. Laban wesentlich beitrug, entwickelte sich eine äußerst selbstbewußte Bewegung, die auch eigene Schriften herausgab, Kongresse veranstaltete und sogar einen Berufsverband gründete (Downing, 1996; Friedman, 1989). Bald breitete sich diese Bewegung über Berlin hinaus aus, und Schülerinnen von Gindler begannen, deren Methode regelmäßig in anderen Teilen Deutschlands zu unterrichten. Anhänger von Gindler und Laban brachten deren Arbeiten ebenso in andere Länder. C. Selver und S. Brooks führten die Tradition Gindlers in den USA fort.

Das implizite Körperbild dieser Linie ist dadurch charakterisiert, daß eine Steigerung der Wachheit und Wahrnehmung gegenüber dem Körper als Erweiterung des Bewußtseins im Vordergrund steht. Körperliche Phänomene in Form von Haltungen und Bewegungen zu diagnostizieren, erlaubt Rückschlüsse auf seelisches Geschehen; im Gegensatz zu den neoreichianischen Verfahren spielt dabei die Vorstellung, psychische Vorgänge durch kathartische Entladungen zu mobilisieren, keine wesentliche Rolle.

Unmerklich entwickelte sich aus diesen Bewegungspraktiken Schritt für Schritt ein psychotherapeutischer Ansatz, wobei der endgültige Schritt zum psychotherapeutischen Verfahren erst in der zweiten Generation nach Gindler getan wurde. H. Stolze, der diesen Ansatz über G. Heller kennengelernt hatte, entwickelte daraus die Konzentrative Bewegungstherapie, die mittlerweile, ebenso wie die Tanztherapie, als eigenständiges körperpsychotherapeutisches Verfahren v.a. in vielen psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken wohl bekannt ist und zunehmend auch im ambulanten Bereich Fuß faßt.

Dritte Linie: Ferenczi und die Vorstellung des dialogischen Körpers

„Die analytische Körperpsychotherapie ist kein Rad, das man neu erfinden muß“ (Krüger, 1996). Innerhalb der letzten Jahre erschienene Publikationen (Downing, 1996; Geißler, 1994, 1996, 1997a, 1997b; Maaser e.a., 1994; Moser, 1992, 1993; Polenz, 1994; Scharff, 1994; 1995; Worm, 1994 u.a.) machen deutlich, daß sich hier eine eigenständige körperpsychotherapeutische Linie zu etablieren beginnt

Müller-Braunschweig (1997) nimmt in seiner Übersicht über körpertherapeutische Verfahren eine „eigene (sich entwickelnde) analytische Körpertherapie“ wahr und sieht in ihr eines jener Verfahren, das eine Akzentsetzung auf den Körper „als Mittel“ vornimmt, um an sonst nicht zugängliche Emotionen heranzukommen. Wir würden sagen, analytische Körperpsychotherapie ist der Versuch einer Integration von expliziter therapeutischer Einbeziehung des Körpers in eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie objektbeziehungstheoretischer Prägung, unter Anwendung bestimmter aktiver Techniken und einem modifizierten Abstinenzverständnis. Es werden „Essentials“ analytischer Körperpsychotherapie definiert (siehe später). Mehrere Indizien sprechen neben den genannten Publikationen dafür, daß diese 3. Linie eine methodenspezifische Eigenständigkeit bereits erreicht hat:

- a) Es werden eigene Symposia abgehalten (z.B. das mittlerweile zum 3. Mal stattfindende Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie).
- b) 1997 fand die Gründung einer eigenen Sektion für analytische Körperpsychotherapie innerhalb der Deutschen Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGAPT) rund um die Person von Maaz statt.
- c) Sowohl in der Lose-Blatt-Sammlung 1992, Naturheilverfahren im Abschnitt Psychotherapie (Hinweis bei Müller-Braunschweig, 1997) als auch im „Wörterbuch der Psychotherapie“ (Springer-Verlag, Wien, erscheint 1999) scheint „analytische Körperpsychotherapie“ bereits als eigener Begriff auf.

Die Abgrenzung von den neoreichianischen Verfahren ist deutlich: Auf eine Erklärung körperlicher Vorgänge durch pseudowissenschaftliche energetische Theorien wird zugunsten psychoanalytischer Konzepte verzichtet; im Zentrum des therapeutischen Geschehens steht die Beziehungsarbeit, u.a. Übertragung und Gegenübertragung. Von der Linie des sich erkundenden und bewegenden Körpers grenzt sich die analytische Körperpsychotherapie nicht nur durch das Körperbild, sondern genereller noch durch ihr psychoanalytisches Menschenbild ab, während sich jene auf ein humanistisches Menschenbild stützt.

Daß sich die analytische Körperpsychotherapie nun als eigenständiges Verfahren herausgeschält hat, ist auch mit der Geschichte der Psychoanalyse in Verbindung zu bringen. Hätte der Konflikt zwischen Ferenczi und Freud, ebenso wie jener zwischen Reich und Freud, nicht dazu geführt, daß Ferenczi und Reich lange Zeit vor allem außerhalb als innerhalb der Psychoanalyse

rezipiert wurden, wäre eine körperbezogene Richtung möglicherweise bereits früh innerhalb der Psychoanalyse entstanden (Geuter, 1997), zumal auch andere Psychoanalytiker, wie Balint und Winnicott, aber auch Groddeck (vgl. Downing, 1996) körperbezogene Experimente in manchen ihrer Therapien durchführten, jedoch damit ziemlich isoliert waren. Ferenczi, der sich mit dem Freudschen Fatalismus, dem zufolge manche Patienten mit psychoanalytischen Methoden nicht behandelbar waren, nicht zufriedengeben wollte, plädierte für eine elastische Anpassung der Behandlungstechnik (Ferenczi, 1928) und orientierte sich in seiner Theorie, mehr als Freud, an Defiziten in der frühen Mutter-Kind-Beziehung und an der zwischenmenschlichen Beziehung an sich. Er war damit ein wichtiger Vorläufer der gegenwärtig so bedeutsamen Objektbeziehungstheorie.

Die therapeutische Praxis analytischer Körperpsychotherapie ist aber nicht einfach als erweiterte Psychoanalyse zu verstehen. Denn sowohl der Einsatz körperbezogener Interventionen, darunter direkter körperlicher Berührung, als auch – wie im Beispiel später sichtbar wird – die bewußte Herstellung modellhafter Szenen liegen so weit vom technischen Umgang der Psychoanalyse entfernt, „daß ich zögere, den Einsatz körpertherapeutischer Interventionen einfach unter dem Terminus ‚Psychoanalyse‘ abzuhandeln, soweit wir uns damit auf das uns vertraute Setting beziehen. Ich spreche lieber von ‚psychoanalytisch orientierter Psychotherapie unter Einbezug körpertherapeutischer Techniken‘, einer Form angewandter Psychoanalyse“ (Scharff, 1994, S. 175).

Downing (1996) hat in verdienstvoller Weise darauf aufmerksam gemacht, daß es eigentlich der Psychoanalytiker G. Groddeck war, den man als ersten Körperpsychotherapeuten bezeichnen könnte. Er hatte Erfahrung damit, seine Patienten zu massieren, und gab diese Behandlungsform auch dann nicht auf, als er begann, psychoanalytisch zu arbeiten. Seine Massagetechnik war eine Art tiefer Gewebemassage, wie sie auch beim Rolfing angewendet wird. Damit versuchte Groddeck, chronisch verspannte Muskeln zu lockern und die eingeschränkte Atmung seiner Patienten zu lösen. Er war es auch, der über das Konzept der Körperabwehr nachdachte und Zusammenhänge zwischen Körperabwehr und psychosomatischen Symptomen postulierte. Groddeck (1949, S. 50) sagte selbst, über den Psychotherapeuten: „Die praktische Erfahrung des medizinischen Masseurs gibt ihm ein sehr viel besseres Fundament für die Lehren der neuen Psychotherapie als durch die besten theoretischen Anweisungen über Krankheit erreicht werden kann.“ Groddeck hatte, wie Downing (1996) recherchierte, starke Auswirkungen auf Ferenczi's Denken und Experimente in Richtung einer aktiven Technik und stand mit ihm in regem Austausch.

2. Der dialogische Körper

Während Freud den Regressionsbegriffs eher negativ definierte, förderte Ferenczi bei Patienten, bei denen er frühe Defizite vermutete, die Regression im Sinne einer Rückkehr zu vorsprachlich konstituierten Seeleninhal-

ten. Sein Schüler Balint sprach bei solchen „Grundstörungen“ davon, daß sie nur innerhalb der therapeutischen Beziehung erreichbar waren. Eine regressive Beziehung müsse solange angeboten werden, bis der Patient eine neue Form der Objektbeziehung entdecken könne (Balint, 1973).

Den Körper in eine psychoanalytisch orientierte Behandlung miteinzubeziehen heißt dann konsequenterweise, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient körperlich erfahrbar zu machen, damit sich die frühen Affekte in ihrer ursprünglichen Dynamik wiederbeleben können (Moser, 1993). Durch Berührung und Bewegung wird die Körperarbeit zu einem erweiterten Dialog in der Übertragung, bei dem es darum geht, den latenten Sinn des Körpersprachlichen bewußt zu machen. Die Auseinandersetzung mit dem Körper setzt nicht erst ein, wenn er sich durch Schmerzen und Symptome bemerkbar macht, sondern der Körper wird als Ort von Erfahrung, Gedächtnis, Erleben und Kommunikation des Patienten grundsätzlich angesprochen.

Dabei beruft man sich nun auch auf die Säuglingsforschung, d.h. auf den bereits bei Säuglingen beobachtbaren Körperdialog mit Müttern im amodalen Raum, mit dem Hinweis auf frühe körperliche Bindungsmuster, deren Kenntnis Möglichkeiten zur Diagnostik des nonverbalen Dialogs eröffnet. Die Notwendigkeit dieses Dialogs auf körperlicher Ebene wird dadurch plausibel gemacht, insofern Defizite im Bereich früher Erfahrungsmuster schwerer in den sprachlichen Raum eindringen bzw. ebendort schwerer, im unmittelbaren Körperdialog aber leichter erkennbar werden: „Befunde aus der zeitgenössischen Affekt- und Säuglingsforschung belegen, daß ein ständiger Dialog mit komplexen nichtsprachlichen Signalen den emotionalen Hintergrund für den sprachlichen („denotativen“) Austausch schafft. Auch diese nichtsprachlichen Signale geben subtile Hinweise auf die inneren Repräsentanzen, nicht nur der inhaltliche Aufbau des Dialogs, den die Psychoanalyse überwiegend nutzt“ (Herberth und Trautmann-Voigt, 1997, S. 47 ff).

3. Welche Psychoanalyse liegt der analytischen Körperpsychotherapie zugrunde?

Einige analytische Körperpsychotherapeuten beziehen sich in ihren Publikationen explizit auf die Objektbeziehungstheorie (Berliner, 1994; Downing, 1996; Krüger, 1996). Dieser Theorie nach bilden verinnerlichte Objektbeziehungen die grundlegende Motivations-schicht des Menschen. Bei anderen läßt sich diese Schwerpunktbildung aufgrund ihrer klinischen Praxis, auch wenn sie nicht ausdrücklich theoretisch dargestellt wird, aufgrund der Fallbeschreibungen und der Interventionstechnik dennoch vermuten. Ein wichtiger Grund für den objektbeziehungstheoretischen Schwerpunkt analytischer Körperpsychotherapie liegt wohl darin, daß ihre Vorreiter, wie Ferenczi, Balint und Winnicott, hauptsächlich an der Arbeit mit präödiptalen Störungen interessiert waren, dabei die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut – im Gegensatz zu einem technischen Verständnis von Psychoanalyse – hoch einschätzten und dazu ihre

Thesen entwickelten. Präödpale Störungen gelten nach wie vor als wichtiges Indikationsgebiet analytischer Körperpsychotherapie.

Downing (1996, S. 21 ff) dazu: „Der grundlegende Beitrag dieser ansonsten divergierenden Gruppe besteht in ihrer subtilen Sicht der therapeutischen Beziehung. Die genaue Beachtung der feinen Nuancen der Übertragung und parallel dazu das innere Verfolgen der Gegenübertragung werden zum Mittel, die Therapie vertiefen ... Was die Perspektive der Objektbeziehungen ... beisteuern kann, ist ein gründlicheres Verständnis der Bedeutung früher präverbaler Erfahrungen. Es ist eine Sache, ... die frühe Vergangenheit mit Hilfe des Körpers zu wecken. Etwas völlig anderes ist es aber zu verstehen, was das, was wachgerufen wurde, bedeutet und welche Schlußfolgerungen sich daraus ziehen lassen.“

Da die Körperarbeit im konkreten Handlungsvollzug die realeren Anteile des Therapeuten viel mehr heraustreten läßt als im klassischen psychoanalytischen Setting, macht dies bestimmte Modifikationen in der Handhabung der Gegenübertragung notwendig. In Erweiterung der objektbeziehungstheoretischen Perspektive wird dabei häufig eine Richtung beschränkt, die eindeutig Parallelen mit dem beziehungsanalytischen Ansatz von Bauriedl (1997) aufweist. Dieser eher neue psychoanalytische Ansatz ergänzt die Objektbeziehungstheorie um den entscheidenden Aspekt, daß vermehrt auf den Anteil der Therapeutenpersönlichkeit am therapeutischen Geschehen hingewiesen wird: „Dabei gehe ich davon aus, daß in jeder zwischenmenschlichen Beziehung jeder Beteiligte von der Entwicklung dieser Beziehung einerseits betroffen ist, andererseits auch zur Entwicklung der Beziehung beiträgt. Die Dialektik der Abhängigkeit und der Eigenaktivität in Beziehungen betrifft natürlich auch den Psychoanalytiker ... Aus meiner Sicht sind deshalb die therapeutische Aktivität und die Wirkungen dieser Aktivität nur sinnvoll zu beschreiben, wenn man die Abhängigkeit auch des Therapeuten von seinem geschichtlichen Gewordensein (Übertragung des Therapeuten) und von der aktuellen Situation mit diesem Patienten (Gegenübertragung des Therapeuten) berücksichtigt. Eine systemische Sicht des therapeutischen Prozesses im umfassenden Sinn ist nur möglich, wenn die Dynamik der Interaktion und damit auch die im Therapeuten ablaufenden (bewußten und unbewußten) Prozesse nicht ausgeblendet werden“ (Bauriedl, 1997, S. 14).

Wichtig ist die Bemerkung, daß durch ein derartiges Funktionsverständnis der Therapeut seine Rolle als Fachmann nicht verliert. „Psychoanalyse ist ein Beziehungsgeschehen mit zwei Ebenen: einer Ebene der dialogischen Symmetrie und damit Gleichwertigkeit und eine Ebene, in der der Psychoanalytiker aufgrund seiner Kompetenz in der Lage ist, Blockaden im Beziehungsprozeß zunächst durch Reflexion der eigenen Verstricktheit anzusprechen und damit auch eine Veränderung im Patienten zu initiieren“ (Herberth und Trautmann-Voigt, 1997, S. 48 ff). Als Fazit dieses Ansatzes bleibt aber: *die Veränderung beginnt im Therapeuten*.

In Anspielung auf die möglichen Verwicklungen zwischen Patient und Therapeut (die insbesondere der Einsatz des Körpers, v.a. in Form von körperlicher Interak-

tion, durch das dabei besonders deutliche Sichtbarwerden der Realanteile des Therapeuten für den Patienten potentiell mit sich bringt) meint sie: „Ist man über gewisse Austauschprozesse mit dem Patienten ‚verwickelt‘, dann nimmt man nur noch Teile von sich selbst und Teile des oder der Patienten wahr ... Die Reflexion der eigenen intrapsychischen Dynamik und die Erkenntnis, sich selbst bisher zu einem bestimmten Verhalten entschieden zu haben, machen frei, sich jetzt anders und eventuell auch gleich oder ähnlich zu entscheiden. Allein schon der selbstreflexive Vorgang im Therapeuten ist als therapeutisches Handeln zu verstehen. Der Therapeut verändert in sich einen wichtigen Teil des therapeutischen Systems, was auf zumeist unbewußtem Wege für den oder die Patienten bedeutsam ist. Bisher unbewußt ablaufende Mechanismen werden von ihm bewußt erlebt, aus dem unbewußten Mitagieren wird eine bewußte Möglichkeit, sich selbstverantwortlich zu entscheiden ... Dabei geht es immer auch um ‚vollständige Szenen‘, die psychodynamisch verstanden aus Wünschen, Ängsten und Abwehrmechanismen bestehen“ (Bauriedl, 1997, S. 34 ff).

Ein weiterer Aspekt analytischer Körperpsychotherapie klingt hier an, nämlich die Bedeutung eines szenischen Verständnisses von Übertragung und Gegenübertragung (Lorenzer, 1970). Szenisches Verstehen bedeutet: welches ist die unbewußte Äußerungsabsicht des Patienten, die sich wie eine Szene zwischen ihm und dem Therapeuten ausbreitet? In welche Position will der Patient den Therapeuten bringen, aufgrund welcher unbewußten Rollenerwartungen und -zuschreibungen (die natürlich genauso eine Handlungsdimension beinhalten)? Auf diesem szenischen Verstehen aufbauend, sprechen Moser (1993), Scharff (1994) und Worm (1994) in der Beschreibung ihres Körperansatzes explizit von „szenischem Einbezug des Körpers“. Im praktischen Vollzug wird deutlich, daß ein solcher tatsächlich vom verbalen psychoanalytischen Setting deutlich abweicht.

4. Die Erweiterung der Gegenübertragung um die körperliche Dimension

Körperliche Gegenübertragung meint zunächst das Gewahrwerden von Körpersensationen, die durch Worte oder nonverbale Signale eines direkten Gegenübers ausgelöst werden. Sie kann sich als Spannung, Schmerz, Zucken, Körperteilrotation, -beugung oder -streckung, Straffung oder Erschlaffung eines Körperbereichs, in der Lust auf Positionsveränderung oder durch direkten Bewegungsausdruck zeigen (Herberth und Trautmann-Voigt, 1997, S. 70 ff).

Dabei wird das herkömmliche psychoanalytische Verständnis Gegenübertragung um die Dimension der „körperlichen Resonanz“ erweitert (Voigt, 1997, S. 119). Dieser Begriff meint eine körperbezogene Gegenübertragungsbereitschaft, mit der man den therapeutischen Prozeß auf unterschiedliche Weise strukturieren helfen kann:

a) ausgehend von der körperlichen Resonanz des Therapeuten, als verbale Mitteilung, d.h. sprachlicher In-

terpretation des wahrgenommenen Bewegungsausdrucks des Patienten

- b) als nonverbale Bewegungsinterpretation, d.h. handelnde Antwort im Sinne einer nonverbalen Erfassung des Beziehungsgeschehens in Bewegung. Es handelt sich dabei, als Besonderheit analytischer Körperpsychotherapie und in Abgrenzung zur Psychoanalyse, um eine Körperantwort des Therapeuten auf den Körper- und Bewegungsausdruck des Klienten, um einen auf die körperliche Ebene transferierten Dialog. Man setzt als Therapeut Bewegungsimpulse aus der Gegenübertragung direkt in eine Bewegung hin zum Patienten um, auf eine Weise, daß neue Wahrnehmungsspielräume angelegt werden. Gerade das szenische Verstehen impliziert nämlich einen Handlungskontext, der nonverbales Geschehen miteinschließt, sodaß der Schritt in den konkreten Handlungsvollzug nahe liegt (Voigt, 1997, S. 120). „Bewegungsanalyse und nonverbale Bewegungsinterpretation können hilfreiche Ergänzungen für szenisches Verstehen sein“ (Op. cit., S. 125).

Als Begründung kommt eine Anspielung auf die Säuglingsforschung, v.a. an Stern (1992): „Im gegenwärtigen nonverbalen Handlungsdialog kommt das Körpergedächtnis zum Ausdruck. Im Körpergedächtnis erinnern wir uns unbewußt in jeder Beziehungsausnahme an alte Beziehungsmuster und damit verbundene Bilder und Gefühle, die sich einem direkten verbalen Zugriff entziehen. Alle frühen Interaktionen sind über rhythmisch-dynamische Aktivitätskonturen, sog. Vitalitätsaffekte, in dieser Weise gespeichert“ (Op. cit., S. 142).

5. Der Bezug zur Säuglingsforschung

Die körperpsychotherapeutische Praxis zeigt immer wieder, daß auch neue Interaktionsrepräsentanzen (Rigs nach Stern, 1992) in spontanen Bewegungsentwicklungen auftauchen und als neue Rigs sensorisch-affektiv-handelnd verankert werden können, wobei sich besonders wirkungsvoll die experimentelle Konfrontation und die multimodale Ansprache des Erlebens als wirksam erweist. Spontane, auf präsymbolischen Interaktions-Repräsentanzen beruhende Bewegungsentwicklungen werden psychoanalytisch unter Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung verstanden und angesprochen, womit ursprünglich ausschließlich bewegungsorientierte Arbeit durch essentielle psychoanalytische Elemente ergänzt wird (Kutter, 1997, S. 36).

Vergleicht man klassische Psychoanalyse und analytische Körperpsychotherapie, dann überwiegt in dieser in manchen Prozeßabschnitten die Neuerfahrung auf der Körperebene und setzt eine handlungsbereite Rolle des Therapeuten voraus. Es kann dabei durchaus geschehen, daß diese Neuerfahrung auf Kosten einer Vergrößerung der psychoanalytischen Feinarbeit im Sinne der Herausdifferenzierung feiner Falten der Psyche geht. Manches Mal kommt es zu einer direkten Einsicht auf der Handlungsebene und nicht zu einem schrittweisen kognitiven Einsichtsprozeß wie in der Psychoanalyse. Dennoch erscheint ein solches Vorgehen berechtigt,

wenn man trotzdem nicht vergißt, daß der Patient auch in einem analytischen körperpsychotherapeutischen Prozeß einen langen Widerstandsweg gehen muß, der ihm nicht erspart werden kann.

Der Einbezug des Körpers, nicht nur des Patienten-, sondern auch des Therapeutenkörpers hat aber Vorteile. Befunde aus der zeitgenössischen Affekt- und Säuglingsforschung belegen, daß ein ständiger Dialog mit komplexen nichtsprachlichen Signalen den emotionalen Hintergrund für den sprachlichen („denotativen“) Austausch schafft. Auch diese nichtsprachlichen Signale – ebenso die des Therapeuten! – geben subtile Hinweise auf die inneren Repräsentanzen, nicht nur der inhaltliche Aufbau des Dialogs, den die Psychoanalyse überwiegend nutzt (Herberth und Trautmann-Voigt, 1997, S. 47 ff).

Wieder in Bezugnahme auf Stern: Das harmonische Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind wird von diesem als Ermutigung aufgefaßt, sich weiterzuentwickeln. Neu kommt durch die Säuglingsforschung ebenso hinzu, daß das Neugeborene schon früh Abweichungen vom Grad des Zusammenpassens von Verhaltensweisen sehr wohl bemerkt. Diese frühen und auf „attunement“ bezogenen Wahrnehmungen erfolgen mehrmodal und vorsprachlich.

Abstimmungsprozesse vollziehen sich als Gestalt-, Zeit- und Intensitätskonturen über Aktivierungsmuster, sog. Vitalitätsaffekte. Abweichungen im Attunement stören den Fluß von Handlungen des Säuglings und führen bei häufiger Wiederholung zu Verzögerung oder Schädigung der weiteren Entwicklung. Die Säuglinge merken es, wenn ihnen Widersinn kommunikativ vermittelt wird, sie sprechen nur nicht darüber, sondern handeln entsprechend – man muß sie nur amodal verstehen wollen (Op. cit., S. 52 ff).

Geuter (1997) weist darauf hin, daß sowohl Lichtenberg als auch Dornes die Möglichkeit eines Einbezugs des Körpers in eine psychoanalytische Psychotherapie indirekt nahelegen, ohne einen solchen allerdings dezidiert zu fordern. So fragt Lichtenberg (1991, S. 183), ob der Zwang zur sprachlichen Kommunikation nicht „die Mitteilungen verstümmelt, die uns einige Patienten über ihre früheren Erfahrungen machen könnten und müßten.“ Und Dornes (1993, S. 225) spricht von Erfahrungen, die sensomotorisch aufgezeichnet werden, „aber keine spätere symbolische Repräsentierung erfahren haben“. An anderer Stelle spricht Dornes (1997, S. 17) über ein Unbewußtes ohne Fantasie, was bedeutet, daß Wahrnehmungen, Handlungen und Affekte zunächst in einer fantasiefreien, körpernahen Form gespeichert werden und ihre Wirkung ausüben. Das daraus resultierende Konzept eines „prozeduralen Unbewußten“ (Lichtenberg, 1989) kann aus der Sicht von Dornes „als Anregung für die (psychoanalytisch orientierte) Körperpsychotherapie dienen. Ich überlasse es anderen, für die Nützlichkeit und Berechtigung einer solchen Therapieform (von der ich überzeugt bin) zu streiten“.

Trotz der vielen Argumente seitens der Säuglingsforschung, allen voran Daniel Stern, in Richtung einer Revision psychoanalytischer Grundannahmen, hat gerade ein analytischer Körperpsychotherapeut, George

Downing (1996), unter Bezugnahme auf Heidegger, in differenzierter Weise kritische Argumente zu Sterns Thesen, v.a. zum Punkt der Differenzierung von Selbst und Objekt, vorgebracht, die ihn zu dem Schluß führen, die Thesen von Mahler prinzipiell beizubehalten: „Mahlers Objektbeziehungsperspektive und die neuesten Forschungen auf dem Gebiet der Kleinkindentwicklung erweisen sich keinesfalls unvereinbar. Im Gegenteil, sie ergänzen sich gut. Erforderlich ist aber eine weitere Verfeinerung von Mahlers Blickwinkel, bei der ihre besten Einsichten bewahrt bleiben und zugleich einige wichtige Revisionen vorgenommen werden. Ebenso erforderlich ist eine sorgfältige Analyse der theoretischen Behauptungen, die mitunter mit der neuesten Entwicklungsforschung einhergehen“ (Op. cit., S. 187–188).

6. Essentials analytischer Körperpsychotherapie

Krüger (1996) faßt folgende inhaltliche Essentials analytischer Körperpsychotherapie zusammen:

- a) Der Gegenstand der analytischen Körperpsychotherapie sind das Gegenwärtunbewußte, gegenwärtige Konflikte und infantile Strukturen des Patienten.
- b) Das Hauptziel besteht in der Aufdeckung des neurotischen Konfliktstoffs und der zugrundeliegenden neurotischen Struktur des Patienten.
- c) Dies geschieht mit Hilfe von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse, unter spezifischer Einbeziehung des Körpers, sowie von Traumanalyse und Regression.
- d) Die Behandlungstiefe ergibt sich aus der Nutzung regressiver Prozesse, durch die Förderung und Bearbeitung von Übertragungsreaktionen, durch die Involviertheit des Therapeuten als Übertragungsobjekt, reales Objekt und – wie Maaz (1997) ergänzt – mitspielendes Übergangsobjekt.
- e) Das „Triangle of insight“ besteht aus der Übertragung auf den Therapeuten, den gegenwärtigen Beziehungen und den früheren Beziehungen des Patienten.

Um die schon erwähnte Antwortmöglichkeit des Therapeuten nicht nur auf der sprachlichen, sondern auch auf der Handlungsebene theoretisch zu verankern, bedarf es einer Neudefinition des Abstinenzbegriffes. Abstinenz wird in der analytischen Körperpsychotherapie nicht – wie in der Psychoanalyse – an ein Handlungsverbot gekoppelt, sie meint hingegen eine innere Haltung des Therapeuten, die dadurch charakterisiert ist, in der Beziehung mit dem Patienten anklingende eigene Bedürfnisse zwar zu spüren, ihre Befriedigung jedoch dem Prozeß des Klienten unterzuordnen. Daß sich daraus ein sehr spezifischer Umgang mit der Gegenübertragung ergibt, wird an dem erwähnten Fallbeispiel deutlich werden.

Ein äußeres Verbot wird also durch eine innere Haltung des Therapeuten abgelöst. Was in der Psychoanalyse als Agieren, welches ein Bewußtwerden unbewußter Inhalte eben nicht zuläßt, bezeichnet würde, bekommt in der analytischen Körperpsychotherapie eine neue Dimension: „Der Begriff des Agierens muß von dem des Handelns gelöst werden. Agiert wird überall dort, wo

Patient oder Therapeut, oder beide, in eine gemeinsame Kollusion, in einen unbewußten Handlungsdialog verstrickt sind und nicht wissen, was geschieht. Die konkrete Aktion im körpertherapeutischen Setting ist nicht als evakuierender, sondern als bewußtseinsstiftender und neugestaltender Schritt zu verstehen. ‚Handeln als Probehandeln‘ ist nicht Ersatz, sondern figurative Grundlage für das Denken und Verarbeiten emotionaler Erfahrung“ (Scharff, 1994, S. 180).

Wissenschaftstheoretisch läßt sich dieser erweiterte Abstinenzbegriff – in Anlehnung an den konstruktiven Realismus (Sluneko, 1996) – dadurch begründen, daß „Handlung und Erkenntnis in der Psychotherapie ... keine Alternativen“ sind, „sondern vielmehr ist (Interaktions-)Handlung konstitutiv für Erkenntnis“ (Op. cit., S. 152). Das in der Psychotherapie allgemeine Wirkprinzip der Verfremdung, des Kontextwechsels und der Kontexterweiterung, erfährt durch die konkrete Handlungsdimension eine entscheidende zusätzliche Ebene.

7. Grundsätzliche Möglichkeiten für eine Einbeziehung des Körpers in die analytische Körperpsychotherapie

Die unter analytischen Körperpsychotherapeuten wohl am generellsten angewendete und zugleich mildeste Form, den Körper miteinzubeziehen, besteht darin, ihn „als Organ der Wahrnehmung und damit als Zugang zum Unbewußten, als verkörperte Lebensgeschichte und als unmittelbar verkörperlichte Konflikterfahrung“ (Maaz, 1997) zu nutzen. Allerdings gilt in diesem Zusammenhang nicht mehr die bioenergetische Formel, daß der Körper nicht lügt, weil eben nicht nur der Charakter sich im Körper niederschlägt, sondern auch genetisches Material sowie soziale, ernährungs-, berufsbedingte und andere Faktoren. Aber die körperbezogene Exploration, zu der der Therapeut den Patienten ermutigen kann, gibt eine Fülle an Material über Vitalität, Gehemmtheit, Spannungen und Konflikte. Körperempfindungen, Körperhaltungen und Körperreaktionen liefern eine Fülle an Signalen, die als Zugang zum Unbewußten hilfreich sind.

Denn Mimik und Gestik wirken ständig im Sinne einer elementaren Signalgebung; sie haben zunächst nicht so sehr eine deutbare Bedeutung, sondern wirken einfach im Sinne eines vorsprachlichen Kommunikationssystems (Ranefeld, 1995) und befinden sich damit gleichsam in einem vorpsychischen Bereich. Sie zunächst einfach einmal wahrzunehmen, bereichert das Feld von Übertragung und Gegenübertragung um eine entscheidende Dimension. Allerdings können sich verdrängte oder abgespaltene Wünsche körperlicher Signale bedienen, als verdrängtes oder abgespaltenes Begehren, das sich mit dem Gegenüber inszenieren will. So geht es also auch einerseits darum, diesen vorsprachlichen Bereich in den sprachlichen hineinzubringen, um damit das Material sinnvoll anzureichern, Kontraste bzw. Widersprüche aufzuzeigen und auf diese Weise wirkungsvoller Widerstandsarbeit machen zu können, andererseits auch um die bereits erwähnte Antwortmöglichkeit des Therapeuten auf der unmittelbaren Handlungsebene.

Daß dadurch, bei entsprechender Einstimmung, auch „Körpererinnerungen“ bzw. „Kinogramme“, wie Downing (1996) sie nennt, zugänglich gemacht werden können, ist durch eine komplexe neuroanatomische Verschachtelung von Wahrnehmung, Bewegung, Emotion und Kognition und durch die Besonderheiten des menschlichen Gedächtnisses erklärbar, wodurch es bereits früh zu netzwerkartigen Abspeicherungen von Erlebnissen in unterschiedlichen neurobiologischen Systemen auf unterschiedlichen Ebenen der Wahrnehmung und Verarbeitung kommt. „So ist es also möglich“ – in einem dafür geeigneten Setting – „daß über ein Erlebniselement (z.B. emotional betonter Bewegungsablauf) das ganze ursprüngliche Netzwerk reaktiviert wird. Das Erlebnis wird auf diese Weise im Schlepptau eines emotional gefärbten Handlungsablaufes aus dem frühen Erinnerungsspeicher herausgezogen. Da aber zu dem ursprünglichen Zeitpunkt noch keine sprachlich-kognitive Verarbeitung und Kodierung erfolgte, fehlen entsprechende Begriffe und Wörter (Rapp, 1997, S. 192).

Voraussetzung für diese präverbalen Zugänge zum Unbewußten sind wie gesagt geeignete Settings, die häufig eine Unterstützung der Atmungsfunktion sowie milde suggestive Aufforderungen bzw. Ermunterungen, „es kommen zu lassen“, beinhalten (vgl. auch Downing, 1996, S. 28 ff).

Das folgende Beispiel (Worm, 1997, gekürzte und etwas modifizierte Version) vermittelt nicht nur einen Einblick in die analytisch-körperpsychotherapeutische Interventionstechnik, in die Rolle des Therapeuten und die damit verbundene Handhabung der Gegenübertragung, es streicht auch bestimmte signifikante Unterschiede zur Vorgehensweise in der Bioenergetischen Analyse heraus und markiert dadurch den behandlungsmethodischen Unterschied zwischen der Arbeit mit dem dialogischen und dem expressiv-energetischen Körperverständnis:

8. Szenischer Einbezug des Körpers

8.1 Anamnese

Es handelt sich um einen Mann Mitte 30. Seine Eltern waren bei der Geburt noch sehr jung. Er hielt sich oft bei den Großeltern auf. In der Familie herrschte ein hoch aufgeladenes aggressives Klima mit einer allseitigen starken Abhängigkeit voneinander. Der Großvater, ein Trinker, war wegen seines Jähzorns unter Alkohol gefährdet. Der Vater, ähnlich tyrannisch, wurde als Frührentner von der Mutter finanziell abhängig. Die Mutter finanzierte die ganze Familie durch ein Geschäft und heimlich auch den Patienten.

Dieser geriet schon bald als Kind in die Schußlinie zwischen Vater und Mutter.

Mindestens seit Schulbeginn wurde er vom Vater viel geschlagen, der damit wahrscheinlich auch die Mutter treffen wollte, als deren heimlicher Liebhaber sich der Patient fantasierte. Die Außenwelt wurde von der ganzen Familie feindlich erlebt. Mehrere Kampfhunde lebten mit im Hause zur Verteidigung.

Um Mutter und Großmutter auf seiner Seite zu wissen, entwickelte der Patient als Kontrast zu Vater und

Großvater besonders seine weichen Seiten. Er blieb damit jedoch im „Bannkreis“ von Mutter und Großmutter, innerlich abhängig, unsicher, gehemmt in seinen Außenkontakten. Eine erste sehr symbiotisch geführte Ehe, die er sofort nach seinem Auszug von Zuhause einging, scheiterte. Ein Geschäft gab er wieder auf und begann spät ein Studium.

Als er zu mir kam, hatte er zwei körperorientierte Therapien bei Männern hinter sich. Er wollte sich jetzt „bei einer Frau fallen lassen“. Ich fühlte mich am Anfang zwiespältig, brauchte längere Bedenkzeit, um mich zu einer Therapie mit ihm zu entschließen. Mein Zwiespalt machte sich besonders an seinem Gesicht fest. Seine offenen, klaren Augen rührten mich an, viel Sehnsucht erschien darin, ein verbissen wirkender Mund mit einem verhalten verachtenden, brutalen Zug darin stießen mich ab. Der Patient ist ein kräftig gebauter Mann und wirkt trotz allem recht sicher in seinem Körper. Seine Ängstlichkeit im Kontakt drückt sich wesentlich im Gesicht aus.

8.2 Übertragung und Widerstand

Die Anfangsphase ist durch starke Leugnung der negativen Übertragung sowie durch eine starke aktionistische Abwehr gekennzeichnet.

Dies wird schon in der zweiten Stunde sichtbar: Nachdem wir uns zunächst gegenübergesessen haben, will er sich auf eine Matratze an meiner Seite legen, ganz in Übereinstimmung mit seinem „Plan“ sich bei mir fallen zu lassen. Obwohl ich Bedenken äußere, da die Geste zu meinem Erleben der Beziehung nicht stimmt, legt er sich neben mich, Ablehnung und Trotz wegen meiner Bedenken schnell wegschiebend. Neben mir liegend geht er seinem Trotz nach und erwähnt das Märchen vom Rumpelstilzchen. Es ist das Märchen, in dem er sich am meisten wiederfindet und das als Leitmotiv uns von nun an oft begleitet. Seine Deutung zu diesem Zeitpunkt ist folgende: Rumpelstilzchen will das Herz der Königin gewinnen und darin gesehen und erkannt werden. Die Königin aber verhöhnt ihn, denkt nur an Macht, Geld und Ansehen. Anhand dieser Märchendeutung entwickelt er seine zwiespältige Beziehung zu seiner Mutter. Liegend zu mir gewandt meint er dagegen, mit mir eine „gute Wahl“ getroffen zu haben.

In dieser Anfangsaktion, die vom Patienten ausgeht, werden bereits einige Züge der Behandlungsproblematik deutlich: Der Patient beginnt mit einer hohen Übertragungsspannung, die mir in der Gegenübertragung durch meine hohe Ambivalenz spürbar wird. Sie verdichtet sich durch die Aktion des Patienten. Er versucht, die für mich fühlbare negative Übertragung durch die körperliche Herstellung von Nähe zu überspielen. Durch seine leicht erpresserische, überfahrende Art wird jedoch der untergründige Machtkampf spürbar. Ich akzeptiere in dieser Anfangsstunde trotz meiner geäußerten Bedenken seine Aktion, in der Annahme, daß mir dadurch die Problematik des Patienten besser einfühlbar und verstehbar wird. Weiterhin gehe ich zunächst davon aus, daß auch ihm, beim Umsetzen seines Plans, die Unmöglichkeit der direkten Befriedi-

gung seiner passiven Bedürfnisse deutlicher wird und wir die Widerstände eher verstehen können.

Der Sinn ist hier also nicht, trotz innerer Widerstände auf meiner Seite, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen, sondern durch ein Mitgehen in die konkrete Aktion die Widerstände erlebbar zu machen.

Diese Möglichkeit der Verdeutlichung von Widerständen durch die körperliche Aktion wird von analytischer Seite meistens nicht gesehen. Handeln wird hier oft mit Erfüllung von Bedürfnissen gleichgesetzt. Von körpertherapeutischer Seite wird dieser „Befriedigungsgesichtspunkt“ allerdings auch begünstigt und zu schnell unter dem Aspekt einer heilenden Neuerfahrung gesehen. Es ist dies sicher ein wichtiger neuer Gesichtspunkt, der bei der Überbetonung der Abwehranalyse und der phobischen Vermeidung von Befriedigung in der Psychoanalyse einen eigenen Stellenwert in der Körperpsychotherapie bekommen hat. Durch Überspringen der oft sublimen Widerstände gerät die Neuerfahrung jedoch zu peripher, oder sie wird zum falschen Selbstausdruck.

In dieser Stunde scheint der Patient vom Widerspruch in der räumlich-symbolischen Beziehungssituation allerdings noch nicht berührt, obwohl der Konflikt auch in seinen Assoziationen zum Märchen wie in der geschilderten Mutterbeziehung erscheint. Unbewußt verdeutlicht er das Problem auf mehreren Ebenen. Ich verstehe auf der inhaltlichen wie der Aktionsebene, daß ein wirkliches Sich-anvertrauen durch mehrere Abwehrschichten verhindert wird: Einmal durch die Verleugnung eines Negativgefühls überhaupt. Er will in meine Nähe. Rumpelstilzchen möchte das Herz, die Liebe der Königin. Dahinter spüre ich den Machtkampf, den er in den verbal assoziativen Inhalten aber nur bei Königin und Mutter sieht. Nur noch ahnbar ist seine Angst vor Ablehnung, die er erst einmal durch die Flucht nach vorn zu bewältigen versucht.

Der szenischen Darstellung dieses Konflikts in der Übertragung kommt hier das offene räumliche Setting entgegen, das der Patient entsprechend nutzt. Es gibt in dem von mir benutzten Raum kein festgelegtes Sitz- oder Liegearrangement wie in einer üblichen analytischen Behandlung. Diese Öffnung des Settings ist eine erste entscheidende Möglichkeit, die interaktionelle Ebene in die analytische Situation einzuführen, ohne weitere aktive Schritte des Therapeuten.

In dieser Eingangsszene wird ein weiteres methodisches Problem deutlich. Der „Sprung“ des Patienten in diese Form der Aktion wird auch durch die Erfahrung mit einer vorhergehenden Bioenergetischen Analyse herausgefordert. Besonders die letzte Therapie war überwiegend von „Ausdrucksübungen“ bestimmt, in denen der Therapeut als Begleiter oder Rollengegenüber fungierte. Die Übertragung wurde nicht thematisiert. So verstand der Patient zunächst nicht, daß ich sein Neben-mir-liegen-wollen nicht als „Übung“ sah, sondern als Ausdruck unserer spezifischen Beziehung begriff und von daher auf dem Hintergrund meiner zwispältigen Gegenübertragung in Frage stellte.

Er hatte nach meinem Eindruck durch die bioenergetischen Übungen ein besseres Selbstgefühl im Körper bekommen. Der ausschließliche Übungscharakter der

Interventionen, ohne eine Äußerungsmöglichkeit von Übertragungsgefühlen, führte jedoch im Körperausdruck zu Beziehungserfahrungen, die im „Als-ob“ blieben. So erhielt sich unbearbeitet eine untergründige Rivalität und Abwertung des vorherigen männlichen Therapeuten, obwohl es im wesentlichen um „Aggressionsübungen“ gegangen war. Entsprechend dauerten die Schwierigkeiten bei der realen Auseinandersetzung mit Männern an.

Der Patient erzählte dies erst nach und nach. Ich sehe diesen Verlauf als eindrucksvolles Beispiel dafür, wie körperliche Ausdrucksübungen, in denen der Therapeut ein Dritter oder Rollengegenüber bleibt, einerseits ihren Sinn haben. Diese Übungen können ein wichtiger Schritt sein auf dem Weg, abgewehrte aggressive Impulse im Körperausdruck fühlbar und kontrollierbar zu machen.

Das Erleben der konflikthaften Objektbeziehungen in der Übertragung jedoch, auch im körperlichen Ausdruck, bleibt ein weiterer Schritt, der in einem szenischkörperlichen Erleben nicht einfach aufgeht. Diese Form der Bearbeitung stellt vielleicht die größtmögliche Verdichtung und Konkretisierung dar, die der „Realität“ des Ernstfalls am nächsten kommt. Auch in der sozialen Realität verschwindet das Gegenüber leicht unter der Intensität der Übertragungsbilder und wird – wie der Therapeut in der Übertragung – nicht mehr erkennbar. Wegen dieser möglichen Intensivierung durch den körperlichen Umgang ist die Arbeit *in der Übertragung* auch nicht immer indiziert. Das durchgehende Umgehen dieser Dimension aber kann zum entscheidenden Widerstand werden. Körperliche Übungen können dann wirklich nur „Übungen“ jenseits des wirklichen Affekts werden. Rollen- oder symbolische Inszenierungen werden dann wirklich nur „gespielte Szenen“, die auf die Dauer allenfalls Ventilfunktion haben, aber nicht mehr den Kern der Problematik treffen.

Das spricht nicht gegen die Verwendung von Übungen oder szenischem Umgang mit Rollen und symbolischen Objekten, auch in einer analytisch verstandenen Form der Körperpsychotherapie. Es verweist vielmehr auf die Notwendigkeit des Verstehens dieser Interventionen im Kontext des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens.

8.3 Zur körperlichen Gegenübertragung

In die nächste Stunde kommt der Patient wieder mit einer Aktionsidee. Ihm war nach dem Liegen neben mir in der vorigen Stunde doch nicht so wohl gewesen, was er allerdings zunächst nicht sagt. Da er jedoch weiterhin den „Plan“ hat, meine Nähe zu suchen, macht er den Vorschlag, an meiner Hand neben mir durch den Raum zu gehen. Obwohl ich auch bei diesem Vorschlag das Gefühl des Überspringens habe, lasse ich mich darauf ein, selbst neugierig auf die Entwicklung meiner Gegenübertragungsgefühle. Er geht neben mir her, gibt mir seine Hand und legt zwischendurch den Kopf auf meine Schulter. Trotz der intimen Geste entsteht zwischen uns keinerlei Kontakt. Ich fühle mich hölzern und unbeteiligt. Auch der Patient spürt jetzt den inneren Abstand.

Diese Szene verdeutlicht den Umgang mit negativen Gegenübertragungsgefühlen. Ich habe erst allmählich gelernt, den oft sehr körperlichen Gegenübertragungsgefühlen absolut zu trauen. In der entstehenden intimen körperlichen Nähe kann es manchmal schwierig sein, diese negativen Gegenübertragungsreaktionen in die Situation hineinzubringen und zum Verständnis zu nutzen, ohne kränkend zu werden. Bei einer Verleugnung dieses Indikators verliert man jedoch in dieser Verdichtung der Affektsituation leicht die Orientierung, und entsprechende Widerstände eskalieren. Falsche Bilder werden produziert bzw. Abwehr verstärkt, oder Ersatzbefriedigungen werden zementiert.

Auch nach langer analytischer Praxis braucht es noch einmal eine eigene Form von Erfahrung, um körperliche Gegenübertragungen als solche zu identifizieren und von eigenen Übertragungen zu unterscheiden. Die mögliche Vermischung von Gegenübertragungen und eigenen Übertragungen ist natürlich auch hier in erhöhtem Ausmaß als Verwicklungsmoment gegeben. Das Körpergefühl aber kann genauso therapeutisches „Instrument“ sein wie andere Gefühle, Assoziationen und Bilder.

Der Patient versucht in den geschilderten Szenen, mich bewußt als „neues Objekt“ für seine unbefriedigten Nähe- und Geborgenheitswünsche zu nutzen. Die Entwicklung von neuen, auch körperlich verankerten Erfahrungsbildern ist eine wichtige Möglichkeit in der Körpertherapie. Ohne vorherige Bearbeitung der Übertragungswiderstände können diese allerdings tatsächlich zu der von Analytikern gefürchteten Ersatzbefriedigung führen, die eine Auflösung der Übertragungskonflikte verhindert. Wichtigster Indikator bei der Unterscheidung von Befriedigungen, die eine weitere Entwicklung ermöglichen, von Ersatzbefriedigungen, die diese Entwicklung gerade verhindern, sind sicher die Gegenübertragungsgefühle. Diese sind in diesem Setting tatsächlich sehr viel körperlicher als in einer ausschließlich verbal zentrierten Behandlungsform.

Durch den authentischen Ausdruck meiner Gegenübertragung wird hier statt der vom Patienten gesuchten Neuerfahrung zunächst die negative Übertragung als ein nicht näher definierbarer Gefühlsblock zwischen uns wahrnehmbar. Diesen Block für mich und den Patienten deutlich spürbar zu machen, ist hier der Sinn dieser Aktion und meines Mitgehens darin. Jedoch ist mir zu diesem Zeitpunkt der Behandlung noch nicht klar, daß jede Form einer körperlichen „Übung“ dieser Art beim Patienten bereits vom Übertragungswiderstand bestimmt wird.

Durch die beschriebenen Interaktionen ist inzwischen deutlich, daß eine Anlehnung an mich, in welcher Form auch immer, zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist.

Ich vermute natürlich hoch angestauten Ärger, der auch im Inneren des Patienten keinen Ausdruck mehr findet. Um eine Wahrnehmungsmöglichkeit für den vermuteten inneren Stau und dessen Abwehr zu schaffen, schlage ich ihm „Schattenboxen“ vor. Er ist sofort einverstanden. Sehr bald boxt und tritt er nach mir mit heftigen gezielten Bewegungen, sodaß ich Angst bekomme, unbeabsichtigt von ihm getroffen zu werden,

was er aber geschickt verhindert. Dennoch habe ich durchwegs das Gefühl eines absoluten Scheingefechts, in das sich keine Spur von wirklichem Ärger oder Wut mischt. Wir brechen den Versuch bald ab, und er verrät mir, daß diese Form des Kampfes für ihn eine bekannte „Übung“ aus dem lange praktizierten Kung Fu ist.

Spätestens dann verstehe ich, daß er gelernt hat, alle diese Formen therapeutischer Interaktion zu „Übungen“ zu machen, die mit seinen wirklichen Gefühlen nichts zu tun haben. Dies ist eine Form des Widerstands in der Bioenergetischen Analyse, die mir von diesem Patienten besonders vor Augen geführt wird.

Das Probe-Handeln war dennoch hilfreich, da ich dadurch Ausmaß, Art und Intensität seiner Widerstände verstand. Ohne seine Form der Aktion allerdings als Widerstand zu verstehen und im Hintergrund die starke negative Übertragung im Spiegel meiner Gegenübertragung zu sehen, wäre ich vielleicht in die Irre gegangen. Ich hätte mich u.U. von der körperlichen Scheinintensität trügen lassen.

Es stellte sich die Frage, was bei diesem Patienten an authentischer Äußerung auch im körperlich-szenischen Bereich möglich ist, ohne daß es zu Scheingefechten oder Scheinlösungen kommt und damit zum Ausbau eines falschen Selbstaudrucks oder neuer Abwehrformen.

8.4 Die Verdeutlichung der negativen Übertragung im körperlichen und szenischen Ausdruck

Der Patient erlegt erst einmal das Affektgeschehen außerhalb der Analyse. Er verliebt sich in eine verheiratete Frau und erlebt an ihr den ganzen Zwiespalt seiner Gefühle zwischen Verlassenheitsängsten, bedrohter Selbstbehauptung, Hingabewünschen und Verweigerung. Wir arbeiten in dieser Zeit weitgehend verbal im Gegenübersitzen. Er vertraut mir viele Ängste an, was durch die Auslagerung der konflikthaften Übertragung möglich wird. Ich lasse es in dieser Zeit meistens bei einem verbalisierenden Verstehen der von ihm berichteten Inhalte, da ich hoffe, daß unsere Beziehung in diesem Sich-anvertrauen an Tragfähigkeit gewinnt.

Als die Beziehung zu der Frau zu Ende geht, erhöht sich die Spannung erneut zwischen uns. Seine Hauptabwehr gilt wiederum der Wahrnehmung negativer Übertragungsgefühle aus Angst, meine Abwendung zu riskieren. Inzwischen aber ist die Basis unserer Beziehung soweit gefestigt, daß er Inszenierungsvorschläge durchgehend direkt ablehnt. Mir kommen solche Vorschläge dennoch immer wieder in den Sinn. Ich sehe in der szenischen Bearbeitung eine Möglichkeit, den Übertragungsgefühlen zunächst einen ungefährlicheren Ausdruck zu verschaffen.

Ich lerne aber, daß bei dieser Übertragungsspannung die Verlagerung auf eine Inszenierung mit symbolischen Objekten nicht mehr möglich ist. Und dennoch sehe ich einen Gewinn: die Vorschläge führen zu einem klaren „Nein“ mir gegenüber, was zur Verdeutlichung seiner sonst verleugneten Verweigerung einen eigenen Sinn bekommt. Er riskiert seine Angst, indem er sagt: „Ich würde das jetzt nur in deinem Auftrag tun“. Nachdem ich seine Weigerung zu seinem Erstaunen immer

wieder ohne Beziehungsabbruch akzeptiert habe, läßt er sich tatsächlich nach längerer Zeit auf eine szenische Darstellung ein. Ich schlage diese deshalb vor, weil die geschilderte Situation viele Bezüge zu unserer Übertragungsbeziehung hat:

Es geht um die Auseinandersetzung mit einer Ausbildungsleiterin und deren Assistentin. Er baut eine symbolische Szene mit beiden Frauen auf und stellt sich ihnen gegenüber. Ein vernichtender verbaler Entwertungskampf entwickelt sich, in dessen Verlauf er schließlich beide Frauen zu menschlichen Nichts erklärt, nur existent durch die institutionell verliehene Macht. Er fühlt sich seinerseits von ihnen klein gemacht und im Getriebe der Ausbildung zu einem „verfügbaren Rädchen“ degradiert. Es ist tatsächlich massiv, was dabei zum Ausdruck kommt.

Ich kann jetzt deutlicher seine Angst nachvollziehen, die ihn dieses Vernichtungspotential zwischen uns zurückhalten läßt, da in seiner Vorstellung ein Kontakt diese Vernichtung nicht überlebt.

Die Inszenierung ist jetzt auch für sein Gefühl so nah in der Übertragung, daß er in der Stunde die Szene nach einiger Zeit plötzlich abbricht und in der nächsten Stunde große Angst vor meiner Ablehnung hat. Diese Reaktion ist für mich ein Zeichen, daß wir tatsächlich nah an seinen wirklichen Gefühlen waren. In meiner Gegenübertragung fühle ich jedoch entgegen seiner Befürchtung weniger Ablehnung als Entlastung durch das Sichtbarwerden des oft nur dumpf zu spürenden Hintergrunds. Meiner entsprechenden Mitteilung auf seine Frage kann er allerdings noch nicht recht glauben. Die Lösung ist offen.

Hier bewährt sich der szenische Zugang als Möglichkeit, die Übertragungsintensität und deren Inhalte im Behandlungsraum sozusagen vorzuklären. Die Affektlage wird deutlicher, die Dumpfheit der Situation entlastet, die Gegenübertragung verständlicher. Ein wichtiger Schritt in Richtung auf die Bearbeitung der gefürchteten Inhalte auch in der Übertragung ist damit getan. Die Möglichkeit, die Affekte in ihrer ganzen Intensität erst einmal außerhalb der therapeutischen Beziehung, aber unter den Augen und der Zeugenschaft des Therapeuten erscheinen zu lassen, ist ein unschätzbare Gewinn bei der Bearbeitung von Übertragungsinhalten, besonders mit einem derart bedrohlichem Charakter.

Im weiteren Verlauf verdichtet sich die Übertragung weiter und konzentriert sich nun direkt auf seine Angst, von mir „verfügbar gemacht“ zu werden. Seine Weigerung dagegen wird vor allem in seiner begleitenden Körpersprache deutlich. Ich orientiere mich oft daran, greife sie allerdings nur an besonders markanten Punkten auf, da er sonst auch dieses Gebiet zu kontrollieren und manipulieren beginnt. Spontan vor einer Ferienpause zieht er beispielsweise einmal am Ende der Stunde den Körper völlig zusammen, schließt die Arme um die geschlossenen Beine, preßt den Mund zusammen und sieht mich wie aus Schießscharten an: „Du kriegst mich nicht“ ist sein Satz dazu. Wir haben lange gebraucht, um diese Frontstellung so klar zwischen uns zu haben. Die Körpersprache aber hilft, den Widerstand durchgehend im Blick zu behalten.

8.5 Die Nutzung der körperlichen Gegenübertragung zur Lösungsfindung (die Veränderung beginnt im Therapeuten)

In meinem Erleben verstärkt sich nun immer mehr das Gefühl, festgehalten zu werden, mich nicht rühren zu können – im übertragenen wie auch im wörtlichen Sinn. Letzteres wird durch das offene Setting körperlich besonders spürbar. Ich fühle mich auf dem immer gleichen Platz im Raum wie fixiert.

Schließlich suche ich über meine Körpergefühle einen neuen Weg. Ich stehe auf, gehe hin und her. In meinen Händen konzentriert sich eine zunehmende Spannung. Ich greife nach einem Schlagstock. Da steht der Patient auch auf, stellt sich mir gegenüber, mit äußerster Anspannung im Gesicht. Er hat die Fantasie, mich an die Wand drücken zu wollen. Die Spannung ist so hoch, daß ich nicht weiter in die Interaktion gehe. Ich spüre, daß er seine plötzlich aufschießende Wut nur noch schwer kontrollieren kann.

Wir gehen daher in der Fantasie weiter. Er stellt sich vor, mich solange an die Wand zu drücken, bis er meine Angst sehen kann. Ich soll meine Ohnmacht spüren.

Erst nachträglich wurde mir klar, daß ich mit dem Ergreifen des Stocks in die Schlageszene mit dem Vater geraten war, die sich über mein Körpergefühl und der daraus assoziierten Aktion ansatzweise wieder herstellte. Von daher wurde mir die so plötzlich eskalierende Wut des Patienten verständlich. Unter dem Druck der eigenen inneren Spannung und der sehr direkten Aktion aus der Gegenübertragung war ich allerdings zu weit hinter die Abwehr des Patienten geraten. In der nächsten Stunde war dadurch der Angstwiderstand des Patienten erst einmal sehr hoch.

Dennoch war etwas gewonnen. Der Bewegungsraum – im direkten und inneren symbolischen Sinn – war durch mein Aufstehen geöffnet. Der Patient steht in den nächsten Stunden nun oft von sich aus auf und geht im Raum umher. Er übernimmt damit erst einmal den Bewegungsimpuls, um aus der inneren Fixierung herauszukommen. Sein Gehen wirkt allerdings noch künstlich, weiterhin überbezogen auf mich und meine möglichen Kommentare.

Ich fühle mich dadurch weiterhin wie in einem Netz, ebenso verfügbar wie er. Verbale Interventionen führen meistens zu einem analytischen Ping-Pong“, auch ich bin wie in einem geschlossenen System gefangen.

Daher folge ich noch einmal meinem Körpergefühl, suche nach einer körperlichszenischen Lösung für die beiderseitige Fixierung und Überbezogenheit. Ich stehe auf und gehe in den anderen Teil des Raums. Obwohl ich ihm dazu sage, daß ich einen eigenen Raum suche, aber die Beziehung nicht verlasse, bleibt er wie angewurzelt stehen und schaut immer zu mir herüber. Nach einer Weile sagt er, er sei tatsächlich enttäuscht, wütend, empört, daß ich so von ihm wegginge. Dabei sieht er konstant zu mir herüber. Um zu verdeutlichen, was ich mit einem „eigenen Raum“ meine, baue ich eine symbolische Grenze aus Hockern. Ich erkläre ihm dazu wieder, daß es nicht um einen Kontaktabbruch ginge, sondern um eine Grenze, um einen eigenen Bewegungs-

raum. Er empfindet mein Probehandeln dennoch als Abgeschobenwerden und möchte die Grenze am liebsten zerstören.

Um für die Flexibilität der Grenze in einem symbolischen Handlungsbild eine Erfahrung zu schaffen, öffne ich die Grenze und gehe ein paar Schritte auf ihn zu. Er fängt an zu weinen, hält dabei allerdings beide Hände vor den Körper, wie eine verstärkte Körpergrenze, was er auch selbst bemerkt. Dann faßt er mich bei den Schultern, versucht einen Moment, mich mehr an sich heranzuziehen, fühlt einen leichten Widerstand bei mir und läßt etwas erschrocken los. Er kann sagen, wieviel Angst ihm die Grenze macht. Ich gehe hinter die Hocker zurück, lasse aber „eine Tür.“ Wir verabschieden uns an dieser Grenze.

Diese Szene als Ausdruck der Übertragungs-Gegenübertragungssituation erreicht ihn wirklich. Er kommt in der nächsten Stunde sofort darauf zurück, äußert Mißtrauen, ob ich ihn nicht doch dabei abgelehnt habe. Seine Angst vor Demütigung in dieser Situation ist groß. Aber im Spiegel der Beziehung zu seiner Freundin, in der er meinen Part hat, werden ihm beide Seiten einfühlbar. Die Beziehungssfalle, in der er sich nur zwischen Selbstaufgabe und Angst vor Verlassenwerden bewegen kann, hat ein alternatives Bild bekommen: Die Selbstbehauptung in der Abgrenzung eines eigenen Raums ohne Kontaktabbruch.

Die räumlich-symbolische Darstellung wird dabei gerade in Verbindung mit der intensiven Übertragung zu einem anschaulichen, hoch besetzten Leitbild.

Ich verstehe, daß diese Behauptung eines „Selbstraums“ die Voraussetzung jeder weiteren Auseinandersetzung ist, die sonst zur Vernichtung eskaliert, wie bei Rumpelstilzchen, das diesen Raum nur heimlich behaupten kann, eingebunden in einen bedrohlichen Machtkampf. *Dieser Schritt in Richtung einer neuen Lösung hatte sicher die lange Widerstandsanalyse und die durchgehende Wahrnehmung der negativen Übertragung zur Voraussetzung.*

In der weiteren Behandlung gewinnt diese Behauptung eines eigenen Raums auf verschiedenen Gebieten Ausdruck, besonders in der Sexualität und beim Aufbau einer eigenen Existenz. Die drohende Vernichtung durch Verlassenwerden, Entwertung und die oft voraus-eilende Selbstaufgabe verliert ihre Zwangsläufigkeit, ein psychisches Überleben wird vorstellbar.

Die Nutzung der körperlichen Gegenübertragung zur Darstellung und Klärung der Situation durch eine von diesen Gefühlen geleitete Aktion führt erst zu einer teilweisen symbolischen Wiederholung der traumatischen Kindheitssituation. Ein in starken Abhängigkeiten befangener Vater hatte Entlastung aus seiner Ohnmacht und Wut im Schlagen des Sohnes gesucht, dessen Selbstbehauptung und Eigenständigkeit er damit zu brechen versuchte. Ansatzweise inszeniert sich in der Übertragungssituation der „traumatische“ Ausweg aus der Abhängigkeit mit wechselnden Identifikationen. *Für mich war es ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie stark die körperlichen Gegenübertragungsreaktionen in Erinnerungsszenen hineinführen können mit dem ganzen darin enthaltenen Affektpotential. Es ist sicher ein riskanter Weg, die körperliche Gegenübertragung so direkt zur*

Darstellung zu bringen. Das Angebot einer Handlungsfantasie, als erstem Schritt, wäre der schonendere Weg gewesen.

In der zweiten Aktion nutze ich wieder meine Gegenübertragung, auf der Suche nach einer weiteren neuen Lösung für die sich beidseitig immer wieder herstellende Abhängigkeitsfalle. Voraussetzung für eine gute Verankerung einer solchen neuen Lösung aber erscheint mir das lange Mitgehen mit den alten Gefühlen und den alten „Lösungen“, die sich als Widerstände äußern. Zu leicht gerät sonst die „neue Lösung“ in das Fahrwasser einer manipulierten Anpassung, die das Ich weiter schwächt.

9. Schlußbetrachtungen

In den letzten Jahren mehren sich nämlich solche, die sich vorstellen können bzw. „kein Problem damit haben“ (Kutter, 1997, S. 44), die körperliche Dimension in die Psychoanalyse stärker als bisher miteinzubeziehen, die Beziehungsanalyse um eine Soma-Analyse zu erweitern. Auch wenn dadurch, so Kutter, gleichsam ein Parameter eingeführt wird, so bleibt das Verfahren dann immer noch psychoanalytisch, wenn der eingeführte Parameter im Zuge des psychoanalytischen Prozesses auf seine verschiedenen unbewußten Bedeutungen hin analysiert wird. Die damit zwangsläufig auftretenden methodischen Probleme dürfe man nicht vernachlässigen, jedoch wäre der Gewinn groß, denn eine solche Integration, die einem Paradigmenwechsel in der Psychoanalyse gleichkäme, würde – so Kutter (Op. cit., S. 45) – erstens effektive Fortschritte in Wissenschaft und Praxis ermöglichen, zweitens die gegenwärtige Stagnation der Psychoanalyse überwinden und drittens die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung entschieden verbessern. Er selbst wendet körperbezogene Interventionen eigenen Aussagen zufolge dort an, wo Psychoanalysen in Sackgassen geraten (Op. cit., S. 40).

Gerechtfertigt erscheint allerdings ein Mißtrauen gegenüber Methodenkombination dort, wo sich hinter einer Vielfalt die oberflächlichen Aneinanderreihung unterschiedlicher Techniken verbirgt. Begriffe wie „methodenübergreifend“ suggerieren postmoderne Lockerheit und Beliebigkeit und gruppieren sich letztlich häufig um eine marktwirtschaftlich pervertierte Vorstellung von therapeutischer Effizienz (Herberth und Trautmann-Voigt, 1997, S. 71). Die Qualität unterschiedlicher Settings und deren Kombination wird erst durch ein gemeinsam erarbeitetes theoretisches Bezugssystem bestimmt, das der Überprüfung durch eine gemeinsame Praxis über einen längeren Zeitraum hin standhält.

Unter Bedachtnahme auf diese Argumente und im Hinblick auf das derzeitige Entwicklungsstadium analytischer Körperpsychotherapie gehen einige Kollegen bereits so weit, diese Integration in einem einzelnen Setting zu praktizieren, andere entschließen sich – aus Besonnenheit und Vorsicht – eine Methodenkombination zu praktizieren, z.B. Psychoanalyse als Einzeltherapie und parallel dazu eine körperorientierte Gruppe mit einem dazu ausgebildeten Therapeuten (vgl. hierzu Herberth und Trautmann-Voigt, 1997). Die in der Grup-

pe gemachten Körpererlebnisse werden in der psychoanalytischen Einzeltherapie weiter-, nach- und durchgearbeitet, kodiert, verbalisiert und in einen neuen Erlebniszusammenhang eingeflochten.

Gleichzeitig sensibilisiert die Einzeltherapie, schafft Einsichten und bereitet das Terrain für den „kritischen Durchbruch“ im Körpererleben vor. „Die Psychoanalyse gewährleistet im Rahmen einer stabilen Übertragung eine ‚narrative Annäherung‘ an vorbewußte Kernprobleme und erleichtert anschließend die Umsetzung dieses Materials in die Handlungssprache“ (Rapp, 1997, S. 209). Das Probehandeln in der Psychoanalyse wird zum konkreten Handeln in der Gruppe.

Aus theoretischer Sicht wäre eine differenzierte Theorie der Regression aus der Sicht analytischer Körperpsychotherapie ein spannendes Projekt und zugleich wichtiges Ziel. Desweiteren bedarf die analytische Körperpsychotherapie einer wissenschaftlichen Kontrolle von Qualität und Effektivität nach den Kriterien der modernen Psychotherapieforschung, wobei gerade durch den Einbezug der Körperebene die Frage relevant bleibt, wie denn eine angemessene Forschung aussehen könnte, die dem eigenen Forschungsgegenstand adäquat ist. Auch der wissenschaftliche Vergleich mit Verfahren der beiden anderen körperpsychotherapeutischen Linien, insbesondere der Bioenergetischen Analyse und der Konzentrativen Bewegungstherapie, scheint wünschenswert und notwendig, um auch die Einsicht in die Grenzen der jeweils favorisierten Methode im Auge zu behalten.

Literatur

- Balint M (1973) Therapeutische Aspekte der Regression. Rohwolt, Hamburg
- Bauriedl T (1997) Die innere Welt des Psychoanalytikers. In: Herberth F, Maurer J (Hrsg) Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Brandes & Apsel, Frankfurt, S 11–40
- Berliner J (1994) Psychoanalyse, Bioenergetische Analyse, analytische körpervermittelte Psychotherapie. Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Besonderheiten. Konzepte und Praxis. In: Geißler P (Hrsg) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter-Lang, Frankfurt
- Dietrich R, Pechtl W (1992) Energie durch Übungen. Eigenverlag, Salzburg
- Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Fischer, Frankfurt
- Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Fischer, Frankfurt
- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Ferenczi S (1928) Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Ferenczi S (Hrsg) Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II. Fischer, Frankfurt, S 237–250
- Friedman E (1989) Laban, Alexander, Feldenkreis: Pioniere bewußter Wahrnehmung durch Bewegungserfahrung. Junfermann, Paderborn
- Geißler P (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter-Lang, Frankfurt
- Geißler P (1996) Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Peter-Lang, Frankfurt
- Geißler P (1997a) Überlegungen zur Körperarbeit und Körpererfahrung in der analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Psychother Forum 5/1: 8–20
- Geißler P (1997b) Analytische Körperpsychotherapie. Bioenergetische und psychoanalytische Grundlagen und aktuelle Trends. Facultas, Wien
- Geuter U (1997) Körperbilder und Körpertechniken in der Psychotherapie. Pulsationen 23: 4–14
- Groddeck G (1949) Exploring the Unconscious. Vision Press, London
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. Pfeiffer, München
- Herberth F, Trautmann-Voigt S (1997) Beziehung und Bewegung – ein erster Versuch, Tanztherapie in einer psychoanalytischen Gruppe einzuführen. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt, S 47–71
- Hofer-Moser O (1997) Geistesgeschichtliche Einbettung und erkenntnistheoretischer Hintergrund. In: Geißler P (Hrsg) Analytische Körperpsychotherapie. Bioenergetische und psychoanalytische Grundlagen und aktuelle Trends. Facultas, Wien, S 18–21
- Kernberg O (1997) Wut und Haß. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Krüger A (1996) Materialien zur analytischen Körperpsychotherapie (unveröffentlichte Sammlung, beim Autor)
- Kutter P (1997) Psychoanalytische und bewegungstherapeutische Methoden – gemeinsam oder getrennt? In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt, S 17–45
- Lichtenberg JD (1989) Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In: Wolf E, Ornstein A, Ornstein P, Lichtenberg JD, Kutter P (Hrsg) Selbstpsychologie. Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien, S 73–106
- Lichtenberg JD (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Lorenzer A (1970) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt
- Maaser R et al (1994) Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Ein Leitfaden für die klinische Praxis. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Maaz HJ (1997) Der Körper in der Psychoanalyse. Vortrag, gehalten am 25.4.1997 auf der Gründungsversammlung der Sektion Analytische Körperpsychotherapie der DGAPT in Halle (Saale)
- Moser T (1992) Stundenbuch. Protokolle aus der Körperpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Moser T (1993) Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst. Suhrkamp, Frankfurt
- Müller-Braunschweig H (1997) Zur gegenwärtigen Situation der körperbezogenen Psychotherapie. Psychotherapeut 3: 132–144
- Polenz S v (1994) Und er bewegt sich doch. Ketzerisches zur Körperabstinenz der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt
- Ranefeld J (1995) Vortrag zum Thema: Auge in Auge, 16. 6. 1995. Wiener Psychoanalytisches Seminar
- Rapp W (1997) Ein ganzheitlicher Zugang zur Person über Psychoanalyse und analytische Bewegungs- und Tanztherapie. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt, S 173–212
- Scharff J (1994) Therapeutische Interventionen mit szenischem Einbezug des Körpers. In: Volker F (Hrsg) Wege und Irrwege zur Psychoanalyse. Vortragsband zur DPV-Tagung im Mai 1994. Geber und Reusch, Mannheim

- Scharff J (1995) Zwischen Freud und Ferenczi: die inszenierende Interaktion. *Psychoanal. Theor Prax X*, Teil 1: 349–374, Teil 2: 442–460
- Sluneko T (1996) *Wissenschaftstheorie und Psychotherapie. Ein konstruktiv-realistischer Dialog*. Facultas, Wien
- Stern D (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Voigt B (1997) *Bewegungsanalyse und nonverbale Bewegungsinterpretation*. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) *Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie*. Brandes & Apsel, Frankfurt, S 119–142
- Worm G (1994) *Körperzentrierte Interaktion – neue Wege zum Verstehen im psychoanalytischen Prozeß*. In: Volker F (Hrsg) *Wege und Irrwege zur Psychoanalyse. Vortragsband zur DPV-Tagung im Mai 1994*. Geber und Reusch, Mannheim
- Worm G (1998) *Zum Umgang mit Übertragung in einer analytischen Körperpsychotherapie*. In: Geißler P (Hrsg) *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis*. Pfeiffer, München

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.