

P. Geißler

Überlegungen zur Körperarbeit und Körpererfahrung in der analytischen körperbezogenen Psychotherapie

Zusammenfassung Analytische körperbezogene Psychotherapie unterscheidet sich von den übrigen Körperpsychotherapien dadurch, daß sie das Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses stellt. Aus diesem Blickwinkel wird der Versuch einer Systematik körperbezogener Interventionstechniken vorgenommen. Die den jeweiligen Interventionen zugrundeliegenden Indikationen werden versuchsweise theoretisch begründet. Zwei Bereiche der Einbeziehung des Körpers in den therapeutischen Prozeß stehen dabei im Vordergrund: der Körper als technisches Mittel sowie die Körpererfahrung. Möglichkeiten der Nutzung dieser beiden Bereiche werden in Abhängigkeit von verschiedenen Therapie-Settings diskutiert. Erkenntnisse der empirischen Säuglingsforschung – insbesondere Arbeiten von Daniel Stern – könnten bei einer künftigen Validierung bestimmter körperbezogener Interventionstechniken hilfreich sein.

Schlüsselwörter: Körperarbeit, Körpererfahrung, analytische körperbezogene Psychotherapie, Körper-Selbst, Berührung.

Reflections about body work and body experience in analytic body-oriented psychotherapy

Abstract In opposition to other body-psychotherapies analytic body-oriented psychotherapy puts the transference-countertransference-dynamics in the center of the therapeutic process. On this basis the author attempts to present a systematical approach of body-oriented interventions. He tries to establish the theoretical background and the indications these interventions are based on, and outlines two main fields of body-integration within the therapeutic process: the body as a technical medium and body experience. This leads to potential applications in relation to different therapeutical settings. Results of latest baby research – first of all studies by Daniel Stern – could support a validation of body-oriented interventions in the future.

Keywords: Bodywork, body experience, analytic body-oriented psychotherapy, body-self, touching.

Quelques réflexions sur la démarche et l'expérience vécues en psychothérapie analytique à médiation corporelle

Résumé De nouvelles écoles de thérapie ont été créées, en partie pour compenser l'évolution trop unilatérale de la méthode psychanalytique; en effet cette dernière se concentre sur des aspects verbaux et rationnels – se référant à la méthode standard fondée sur la théorie de la frustration – et néglige pratiquement de tenir concrètement compte du corps. Les nouvelles méthodes, avec parmi elles de nombreuses thérapies corporelles, considèrent que d'autres facteurs que la raison contribuent à la guérison: joie, par exemple, expression, encouragement, enthousiasme, mouvement etc. La plupart d'entre elles ont ceci de commun qu'elles encouragent le client à faire l'expérience d'un vécu, lui offrant des settings variables dans ce but. Il reste pourtant qu'il est typique de leurs interventions que celles-ci sont mal intégrées, du point de vue

théorique, dans le dynamisme du transfert – contre-transfert caractérisant la relation thérapeutique.

Quelles sont donc la spécificité et l'originalité de la psychothérapie analytique à médiation corporelle? Partant d'une approche psychanalytique du processus thérapeutique, elle intègre à la relation thérapeutique quelques interventions spécifiques, utilisant le corps, tout en tenant compte du dynamisme du transfert. Il est possible d'utiliser à certains moments des interventions à médiation corporelle, à condition qu'elles aient pour visée thérapeutique d'établir une relation qui, plus tard, permettra à un processus analytique centré sur le langage et l'imagination de se développer. Différents moyens peuvent être utilisés comme supports techniques et "espaces transitoires", à condition toutefois qu'ils le soient dans le contexte d'une

visée analytique. A mon avis, l'objectif de l'analyse est de décoder et de rendre conscientes les motivations inconscientes du client – ces dernières se manifestant en tant que mises en scène spécifiques au sein de la relation de transfert.

Que signifie "travail sur le corps"?

"Travail sur le corps" se réfère d'abord à certaines techniques actives utilisées par le thérapeute, à différents niveaux du corps du client. La règle d'abstinence est-elle respectée dès lors que ces techniques actives entrent en jeu? En technique psychanalytique standard cette règle inclut une interdiction d'agir. La psychothérapie analytique à médiation corporelle considère que cette interdiction ne doit pas forcément être associée à la notion d'abstinence et définit cette dernière en tant que décision du thérapeute de renoncer consciemment à la satisfaction de ses propres besoins et de mettre le travail thérapeutique entièrement au service du client.

Dans ce sens, il est légitime de considérer que les actes thérapeutiques peuvent être actions concrètes aussi bien qu'interventions symboliques ou qu'interprétations. Pourtant, même si l'objectif de l'analyse demeure le décodage des motivations inconscientes du client, tout acte concret du thérapeute risque de devenir un acting-out inconscient de certains aspects du contre-transfert. Il est donc logique que l'on exige du thérapeute utilisant la médiation corporelle qu'il examine les impulsions qui l'incitent à agir pour définir si elles correspondent à des désirs inadéquats dans le sens d'un acting-out d'éléments du contre-transfert. S'il est exact que cette différenciation ne peut pas toujours être effectuée de manière précise, il reste que les positions traumatiques infantiles du client tendent à remonter à la surface, même dans le cadre d'un setting caractérisé par le fait que le thérapeute passe parfois à l'action; il est alors possible de les rendre conscientes.

Les techniques d'intervention utilisées par la psychothérapie analytique à médiation corporelle peuvent être classées de la manière suivante:

- a) techniques permettant de prendre conscience du corps*
- b) focaliser et/ou renforcer des attitudes et/ou des mouvements*
- c) exercices utilisant le corps, définition de tâches*
- d) interaction corporelle*

Théories servant de fondement aux interventions corporelles

a) activation du monde intérieur

L'expérience vécue par le client d'un contact et du soutien offerts par le thérapeute peut lui permettre de "se laisser aller" plus facilement, de s'ouvrir à des affects, des souvenirs et des fantasmes. Elle peut fournir des sensations nouvelles qui seront internalisées; sur cette base, certains aspects du soi et de

l'objet peuvent se développer, qui contribuent à un enrichissement du monde intérieur du client et lui permettent de dialoguer avec ce dernier.

b) activation et intensification du transfert

Au moment où un mouvement est initié dans certaines parties ou dans l'ensemble du corps du client, le transfert est activé sous forme de sentiments, d'idées, de fantaisies et de comportements reliés à certaines personnes appartenant à son passé. Le processus de transfert est indispensable à la thérapie et devient, à un moment ou à une autre, résistance – que le thérapeute doit identifier et interpréter, afin qu'elle puisse être résolue.

c) régression et catharsis

Certains exercices corporels – respiration intensifiée, positions stressantes, renforcement du timbre vocal, etc. – provoquent rapidement et aisément des transports d'émotions; ils contribuent en effet à éliminer les résistances du client. Le corps est utilisé pour faire diminuer les résistances psychiques – notons que les résistances sont toujours psychiques – envers les affects et la régression. Il s'avère utile d'encourager la régression chez le client puisque celle-ci apporte une forte intensification du vécu et donc une accélération du développement du transfert. Cette démarche stimule en outre l'établissement d'une collaboration stable.

Les mécanismes par lesquels ce genre d'intervention produit ses effets sont les suivants: vibrations musculaires dans l'organisme, provoquant une peur plus ou moins intense et la désorganisation émotionnelle du client, d'une part, les suggestions du thérapeute d'autre part, qui encouragent la régression.

d) expérience du corps

Alors qu'au niveau théorique Freud parle de refoulement primaire et secondaire, il n'a pas répondu à la question de savoir s'il existe éventuellement des domaines du non-symbolisable ou du non-symbolisé. Ces dernières années, les travaux effectués dans le domaine de la recherche sur les nourrissons ont attiré l'attention sur ces domaines. Certains arguments sérieux indiquent qu'existent des domaines non-symbolisés qui se manifestent par le biais de sensations corporelles ou de symptômes psychosomatiques. Ils semblent être mieux accessibles par le biais de moyens non-verbaux, c'est-à-dire d'expériences corporelles. Celles-ci permettent de les réactiver dans toute leur intensité affective d'origine, mieux que ne le ferait une approche de type verbal.

Les résultats des travaux mentionnés plus haut montrent également que l'unité corps-psyché, ainsi que la perception, l'action, les affects et la cognition existent dès la naissance et sont aussi vécus par l'enfant. Les psychothérapies à médiation corporelle ne se contentent pas de postuler cette unité; elles l'utilisent explicitement et proposent les méthodes et techniques les plus diverses pour effectuer cette

démarche. On peut en outre postuler que ce vécu holistique, incluant une perception des espaces intérieurs du corps, continue à exister une fois l'enfant devenu adulte – même s'il est souvent dissocié. Les expériences primaires de la proximité corporelle forment la base de ce qui sera vécu plus tard et fondent d'autres capacités, telle l'intuition.

Le rôle du corps dans la phase diagnostique

Au moment de formuler un diagnostic, il est souvent utile de compléter l'anamnèse verbale d'une observation du corps du client. En effet, le langage humain n'énonce qu'une vérité déformée par de nombreuses défenses – même si la personne est de bonne foi et semble parler sérieusement.

Les expériences que nous avons faites par le passé ne sont pas enregistrées dans notre psyché seulement. Elles sont souvent refoulées ou dissociées, parfois complètement. Il ne reste donc dans de nombreux cas que les traces qu'elles ont laissées dans notre corps – traces qui semblent étrangères au client, mais qui permettent à l'oeil exercé du thérapeute de remonter au passé.

Par traces corporelles, nous entendons, par exemple:

- a) la manière dont la personne dresse son corps
- b) la manière dont elle se déplace et s'exprime par le mouvement
- c) la qualité du contact (regard, toucher)
- d) la qualité de la voix etc.

1. Einleitung

Wenn es in der vorliegenden Arbeit um den Versuch eines Entwurfes einer möglichen Kombination von Psychoanalyse und Körperarbeit geht, so scheint folgende Klarstellung am Beginn wichtig, die zugleich den Ausgangspunkt dieses Vorhabens umreißt: Ohne Zweifel ist die Psychoanalyse die Gründungsmutter aller anderen psychotherapeutischen Methoden. Mit ihrer umfangreichen Theorie und ihrer genau definierten Technik wird sie immer die „Prima inter pares“ sein (Berliner, 1994). Sie bevorzugt die Sprachebene und arbeitet innerhalb eines klaren Rahmens. Die psychoanalytische Standardtechnik ist aber charakterisiert durch ein Handlungs- und Berührungsverbot.

Um das Indikationsspektrum der Psychoanalyse zu erweitern, wurden bestimmte methodische Differenzierungen entwickelt, deren Gemeinsamkeit darin besteht, daß die Standardtechnik ganz oder teilweise aufgegeben wurde. Sie werden als „psychoanalytisch orientierte Psychotherapien“ namentlich zusammengefaßt, wobei der Gegenstand der Psychoanalyse, die Arbeit am Unbewußten unter zentraler Berücksichtigung von Widerstand und Übertragung, erhalten bleibt. Die analytische körperbezogene Psychotherapie, wie ich sie verstehe, ist eine dieser psychoanalytisch orientierten Psychotherapien (Geißler, 1996), wobei ihre Originalität darin besteht, daß sie die Arbeit am und mit dem Körper

L'importance des aspects corporels du contre-transfert

L'analyse du contre-transfert est plus difficile pour le thérapeute utilisant la médiation corporelle que pour celui qui pratique le setting classique du divan; en effet, il n'est plus à une distance sûre du client, ce qui fait que les interactions sont moins contrôlées et peuvent devenir plus complexes. Il reste que le thérapeute qui a de l'expérience est tout à fait en mesure de faire confiance aux indications que le client transmet par le biais de son corps et à ses propres réactions corporelles de contre-transfert; il peut alors les utiliser pour guider ses interventions.

Perspective d'avenir

Les personnes qui ont eu une expérience personnelle, dans leur corps, des psychothérapies à médiation corporelle sont convaincues de leurs effets et de leur efficacité. Pour que d'autres soient convaincus, il faudrait pouvoir démontrer scientifiquement leur validité – ce qui jusqu'à maintenant n'a pas été le cas. L'utilisation de techniques d'intervention fondées sur la médiation corporelle dans le contexte d'un processus thérapeutique qui, pour l'essentiel, demeure psychanalytique peut, si l'indication est donnée, apporter un enrichissement. Le vécu corporel peut aussi servir à contre-balancer notre aliénation par rapport à la manière dont nous nous vivons en tant qu'unité psychosomatique. Il devrait être possible à l'avenir de démontrer ces aspects par le biais de travaux combinant l'étude des résultats et celle des processus.

in einer Weise zu integrieren versucht, wie sie in der psychoanalytischen Main-Stream-Literatur bisher nicht beschrieben wird.

Solche Bemühungen um eine Integration von Psychoanalyse und Körperarbeit sind auch innerhalb der Psychoanalyse nicht neu. Ferenczi und Reich waren prominente Psychoanalytiker, die mutige, teilweise radikale Experimente durchführten und den Grundstein für ein integratives Verständnis von Körperarbeit und Psychoanalyse legten. Obwohl viele ihrer Versuche von der großen Mehrheit der Psychoanalytiker als gescheitert betrachtet werden, gebührt ihnen dennoch Würdigung für ihre innovativen Impulse. Später waren es Balint und Winnicott, die bestimmte Gedanken v.a. von Ferenczi aufgriffen und die psychoanalytische Technik in bestimmten indizierten Fällen modifizierten oder erweiterten. Vor allem verschiedene Gedanken von Balint, z.B. jene zur Bedeutung der Regression in der Therapie, scheinen für einen körperbezogenen Therapieansatz brauchbar zu sein und wurden an anderer Stelle erörtert (Geißler, 1996).

Verschiedene Ansätze und Sichtweisen einiger psychoanalytischer Autoren, wie Heisterkamp (1991, 1993), Moser (1989, 1992), Peter (1989), Scharff (1994) und Worm (1992) werden meines Wissens vom psychoanalytischen Mainstream noch wenig beachtet. Umgekehrt befinden sich theoretische Integrationsversuche von Psychoanalyse und Körperarbeit, die von Nicht-

Psychoanalytikern unternommen wurden, wie Berliner (1994), Dohmen (1994), Geißler (1994, 1995a, b, c, 1996) und Kirsch (1994), in einem Anfangsstadium, wenngleich sie in der klinischen Praxis schon seit geraumer Zeit durchgeführt werden. Auch bestimmte Vertreter der Bioenergetischen Analyse im Deutschen und Österreichischen Raum (Frank, 1981; Kufner, 1985; Pechtl, 1980, 1989) haben an dieser Synthese mitgearbeitet, allerdings liegen bisher lediglich einführende Beschreibungen vor und leider noch keine weiterführenden und differenzierenden theoretischen Darstellungen. Obwohl in der Praxis teilweise bereits verlassen, hat sich eine theoretische Neuorientierung einer modernen Bioenergetischen Analyse, die sich vom Lowen'schen biologischen Reduktionismus und den pseudowissenschaftlichen, vitalistischen Hypothesen zur Energieverteilung im Körper klar abgrenzt, noch nicht vollzogen.

Nicht zuletzt aufgrund bestimmter einseitiger methodischer Entwicklungen der Psychoanalyse, ihrer Konzentration auf Verbalisieren und Erkennen, die sich v.a. auf die frustrationstheoretisch begründete Standardmethode bezieht und eine weitgehende Ausschaltung des konkreten Körpers beinhaltet, sind andere Therapierichtungen entstanden, darunter auch viele Körperpsychotherapien, die andere kurative Faktoren als Einsicht, wie z.B. Freude, Ausdruck, Ermutigung, Begeisterung, Bewegung usw. in den Vordergrund rücken. Den meisten davon ist gemeinsam, daß sie das Erleben des Klienten fördern und dafür variable Settings anbieten. Allerdings ist für ihre Interventionen typisch, daß sie auf theoretischer Ebene kaum oder gar nicht in die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik der therapeutischen Beziehung integriert sind.

Die Körperpsychotherapien, die mittlerweile eine breite Palette an körperbezogenen Interventionstechniken entwickelt haben, befinden sich hinsichtlich der theoretischen Einbeziehung des Körpers in ein psychoanalytisches Gesamtmodell in einem Anfangsstadium. Die Entwicklung der analytischen körperbezogenen Psychotherapie stellt einen Versuch dar, die große Stärke der Psychoanalyse – ihre theoretischen Ausdifferenzierungen – zu nutzen und um die Stärke verschiedener Körperpsychotherapien – die Variabilität von körperbezogenen Interventionstechniken und Settings sowie ihr hoher Grad an Erlebnisorientiertheit – zu erweitern. Es geht daher im besonderen auch darum, körperbezogene Interventionen auf eine Weise und unter Wahrung des psychoanalytischen Gegenstandes einzusetzen, daß das Indikationsspektrum von Patienten, die von einer tiefenpsychologischen Therapie profitieren können, vergrößert wird. Eine solche Kombination scheint nicht nur aus theoretischer Sicht wünschenswert; die Nachfrage nach Körperpsychotherapie bei Patienten ist seit vielen Jahren groß und hält weiterhin an. Dazu haben nicht zuletzt die zahlreichen Publikationen von Alexander Lowen, dem Gründungsvater der Bioenergetischen Analyse, beigetragen.

In Belgien war es Jacques Berliner, der solche integrativen Impulse auf theoretischer Ebene gesetzt hat, seine Publikationen sind jedoch im deutschen Sprachraum bisher wenig bekannt geworden. Berliner, ursprünglich

ausgebildeter Bioenergetischer Analytiker und langjähriger internationaler Trainer und Ausbilder am Institut für Bioenergetische Analyse in New York, hat sich zusätzlich einer psychoanalytischen Eigentherapie und Fortbildung unterzogen, und diese schlagen sich in seinen theoretischen Neuentwicklungen und praktischen Anwendungen nieder. In seinen Schriften bezieht er sich von psychoanalytischer Seite überwiegend auf Freud, Ferenczi, Balint, Melanie Klein, Kernberg, Winnicott, Searles, Dolto, Mahler, Anzieu und Green. Sein diagnostisches und therapeutisch-technisches Vorgehen ist deutlich an der Objektbeziehungstheorie von Kernberg orientiert.

Viele meiner Gedanken in diesem Artikel sind maßgeblich von Jacques Berliner beeinflusst, bei dem ich 7 Jahre in kontinuierlicher Fortbildung war. Er nennt seinen Ansatz „Psychotherapie analytique a mediation corporelle“ – übersetzbar als „analytische körpervermittelte Psychotherapie“. Von ihm habe ich den Grundgedanken übernommen, den „Körper als Mittel“ (Berliner, 1994) im Rahmen eines psychoanalytischen Prozesses, der die Analyse von Übertragung und Gegenübertragung im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens sieht, einzusetzen. Viele weitere Ableitungen, die ich vornehme, wurzeln in diesem Grundgedanken des Körpers als Mittel. In Ergänzung zu Berliner glaube ich – einerseits aufgrund meiner jahrelangen persönlichen Erfahrungen als Klient in Bioenergetischer Analyse und andererseits ermutigt durch die Schriften von Daniel Stern (1991, 1992) – daß die Körpererfahrung ein eigener zusätzlicher Wirkfaktor von körperbezogener Psychotherapie, ein Zugang zum wahren Selbst (vgl. auch Lewis, 1986), dessen ursprüngliche Basis das Körper-Selbst darstellt, ist. Die Bezeichnung „analytische körperbezogene Psychotherapie“ entstand in einem Kreis ähnlich gesinnter Arbeitskollegen, die sich zum Ziel gesetzt haben, an der Entwicklung neuer Modelle zum Zwecke der sinnvollen Integration von Psychoanalyse und Körperarbeit weiterzuarbeiten. Betonen möchte ich, daß die folgenden Ausführungen den Charakter von Überlegungen und Gedanken haben, weil wir uns noch weit von einer ausdifferenzierten Sicht der Dinge entfernt sehen.

Worin besteht nun die Spezifität und Originalität der analytischen körperbezogenen Psychotherapie? Sie besteht darin, daß sie – ausgehend von einem psychoanalytischen Verständnis des therapeutischen Geschehens – einige spezifische Körperinterventionen in die Übertragungsdynamik der therapeutischen Beziehung integriert. Der vorübergehende Einsatz körperbezogener Interventionen ist möglich, wenn ihm die therapeutische Absicht zugrundeliegt, eine Beziehung anzuknüpfen, die sich zu einer späteren Zeit zu einem im wesentlichen um die Sprache und die Vorstellungsaktivität zentrierten analytischen Prozeß entwickelt. Verschiedenste Mittel können als technische Hilfen und „Übergangsräume“ verwendet werden, solange sie im Dienste des analytischen Ziels stehen. Das analytische Ziel sehe ich darin, die unbewußten Motive des Klienten, die sich als spezifische Inszenierungen innerhalb der Übertragungsbeziehung manifestieren, aufzuschlüsseln und bewußt zu machen.

Die in diesem Artikel angeführten Überlegungen sind auf das Einzelsetting analytischer körperbezogener Psychotherapie bezogen, bei einer durchschnittlichen Stundenfrequenz von ein bis zwei pro Woche. Grundsätzlich wird ein offenes Setting gewählt, d.h. Modalitäten wie die räumliche Distanz zwischen Klient und Therapeut, die Möglichkeit zur Haltungsveränderung (Arbeit im Sitzen, im Stehen oder im Liegen) und andere Parameter sind unter bestimmten Umständen von beiden Seiten her veränderbar. Überwiegend wird schräg gegenüber sitzend gearbeitet, also „Face-to-Face“. In der Praxis hat sich die Kombination von Einzeltherapie mit thematisch orientierter Gruppenarbeit bewährt, und eine künftige Aufgabe besteht darin, die Vorteile dieser Kombination theoretisch zu begründen und wissenschaftlich nachzuweisen.

Erste Ansätze zu den epistemologischen Grundannahmen einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, die den Körper miteinbezieht, finden sich bei Geißler (1996).

2. Spezifische Aspekte analytischer Körperpsychotherapie

Eine zusammenfassende Auflistung spezifischer Aspekte analytischer Körperpsychotherapie legt Berliner (1996) vor:

a) *Die initiale Diagnostik*

Es wird eine Anfangsdiagnose im Sinne einer ersten Hypothese erstellt, wobei folgende Kriterien erfaßt und integriert werden: Therapiemotivation bzw. Symptomatik, die persönliche und familiäre Geschichte, das emotionelle Leben, die Sexualität, die Beziehung zu sich selbst und zum Therapeuten sowie die körperliche Struktur. Diese Hypothese über die zentrale Problematik des Klienten erlaubt die Bestimmung eines angemessenen therapeutischen Rahmens und Settings. Sie wird während der gesamten Dauer des therapeutischen Prozesses reevaluiert.

b) *Therapeutischer Rahmen und Setting*

Erst durch einen klar definierten Arbeitsrahmen ist es möglich, die unbewußten Äußerungen des Klienten zu entschlüsseln und zu verstehen. Durch den therapeutischen Kontrakt, der dem Klienten vor Beginn der therapeutischen Arbeit vorgeschlagen wird, werden die Regeln der Therapie deutlich und die Bereiche des Ausagierens spezifisch eingegrenzt. Gewisse Elemente des Rahmens und Settings sind konstant, andere hingegen von der jeweiligen Problematik des Klienten abhängig.

c) *Therapeutischer Prozeß*

Analytische Körperpsychotherapie ist eine tiefenpsychologische Therapie, die auf tiefe und dauerhafte Veränderungen im Zuge einer jahrelangen therapeutischen Arbeit abzielt. Die therapeutische Beziehung ist ein Übergangsraum, in dem sich regressive und progressive

Bewegungen des Klienten ebenso abwechseln wie Tendenzen von Symbiose und Differenzierung, Phasen von emotionalem Ausdruck und sprachlicher Integration sowie Thematiken in prägenitalen und genitalen Bereichen. Im Zentrum der therapeutischen Arbeit – einzeln wie auch in Gruppen – steht die Absicht, Unbewußtes bewußt zu machen.

d) *Übertragung*

Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut wird zentral als Übertragungsbeziehung betrachtet, wobei es wichtig ist, die Übertragung erscheinen zu lassen, sie zu aktivieren, zu dekodieren, zu deuten und schließlich aufzulösen. Bestimmte Körperinterventionen können in Bereichen, in denen die sprachliche Vermittlung insuffizient ist, positive als auch negative Übertragungen aktivieren und der Deutung zugänglich machen. Bei bestimmten Klienten mit tiefen Identitätsstörungen ist es manches Mal sinnvoll, auf der Ebene des realen Körpers zu intervenieren, bevor sich eine Übertragungsbeziehung entwickelt.

e) *Gegenübertragung*

Der Therapeut ist keine leere Projektionsfläche, sondern eine Person, die über kürzer oder länger eine gefühlsmäßige Beteiligung entwickelt, gemäß der Thematik und Struktur, die der Klient in den therapeutischen Prozeß einbringt. Eigene Gedanken, Fantasien, Gefühle, körperliche Empfindungen und Assoziationen sind es, die der Therapeut als Manifestationen von Gegenübertragung bewußt wahrnimmt und in Beziehung zu unbewußten Dimensionen des Klienten setzt. Auf der Basis von ausreichender Einzeltherapie muß sich der Therapeut persönlicher Gegenübertragungstendenzen bewußt sein.

f) *Körperinterventionen*

Es handelt sich um Interventionen, wie physischer Kontakt, bewußt eingesetzter Augenkontakt, physische Mobilisierung bestimmter Teile oder des gesamten Klientenkörpers sowie das Vorschlagen oder Anleiten von Handlungssequenzen, welche ein emotionales Einlassen und Regredieren, eine Aktivierung der Übertragung und eine Stimulierung der inneren Fantasie- und Objektwelt des Klienten bewirken. Bei dem Einsatz des Körpers werden verschiedene Körperebenen unterschieden: der reale bzw. biologische, der imaginäre, der symbolische und der Übergangskörper.

g) *Die emotionale Dimension*

Therapie ist wesensmäßig sowohl ein kognitiver als auch emotionaler Vorgang. Die Entfaltung der Gefühlswelt des Klienten steht in engem Zusammenhang mit der Entwicklung der Übertragung und der Involvierung in dieselbe, d.h. mit einem Zuwachs an Übertragungsregression. Dabei ist der Affekt nicht per se bedeutungsvoll, sondern stets nur im Kontext der inneren

Objektwelt des Klienten. Das Ziel affektintensivierender Interventionen ist daher weniger emotionale Entladung, sondern vielmehr die Intensivierung der Objektwelt in der Übertragung auf den Therapeuten.

Da körperbezogene Interventionen somit im Dienste der Übertragung und ihrer Elaboration stehen, haben sie transitorische Bedeutung und kommen in erster Linie in den ersten Phasen der Therapie zum Einsatz. Wenn die symbolbildenden Fähigkeiten des Klienten wachsen, werden sie immer weniger notwendig. Ihre Indikation ist außerdem von der individuellen Problematik des jeweiligen Klienten abhängig.

3. Was versteht man unter „Körperarbeit“?

Zunächst ist die Frage von Bedeutung, was mit „Körperarbeit“ eigentlich gemeint ist. Auch die Psychoanalyse bezieht den Körper in ihre Arbeit mit ein, allerdings in anderer Form als die meisten Körperpsychotherapien.

Zunächst sind mit Körperarbeit bestimmte aktive Techniken des Therapeuten gemeint, die sich des Klientenkörpers auf unterschiedliche Weise annehmen. Ob der Therapeut sich bei der Durchführung solcher aktiven Techniken abstinenter verhält, hängt davon ab, ob man den Abstinenzbegriff an das Handlungsverbot, das der psychoanalytischen Standardtechnik entspringen ist, koppelt oder nicht. Die analytische körperbezogene Psychotherapie sieht keine grundsätzliche Notwendigkeit einer solchen Koppelung und definiert Abstinenz als die Absicht des Therapeuten, auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse bewußt zu verzichten und die therapeutische Arbeit lediglich in den Dienst des Klienten zu stellen.

Therapeutische Aktivitäten sind dabei als konkrete Handlungen vorstellbar, ebenso wie letztlich auch symbolische Eingriffe, wie Interpretationen und Deutungen, in einem weiteren Sinn handelnde Aktivitäten des Therapeuten darstellen. Unter Beibehaltung des analytischen Ziels, der Aufschlüsselung der unbewußten Motive des Klienten, birgt jede konkrete handelnde Aktivität des Therapeuten die potentielle Gefahr eines unbewußten Ausagierens von Gegenübertragungsimpulsen. Konsequenterweise besteht daher die Forderung an den Therapeuten, seine Handlungsimpulse zunächst daraufhin zu untersuchen und zu reflektieren, ob sie eigenen unangemessenen Wünschen im Sinne eines Ausagierens von Gegenübertragungsimpulsen entspringen. Auch wenn diese Unterscheidung vielleicht nicht immer exakt durchführbar ist, so zeigt sich doch, daß die infantilen traumatischen Positionen des Klienten auch in einem durch gelegentliche Handlungsaktivitäten des Therapeuten bestimmten Setting immer wieder an die Oberfläche drängen und einer Bewußtmachung zugänglich sind (Peter, 1989). Über den Nutzen oder Schaden körperbezogener Interventionen in Abhängigkeit von der jeweiligen therapeutischen Gesamtkonstellation wird möglicherweise künftig die differenzielle und vergleichende Psychotherapieforschung Auskunft geben können.

Körperarbeit ist ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche Zugangsweisen, die man wie folgt systematisieren kann (Geißler, 1995c):

a) Körperwahrnehmung

Der Körper des Klienten wird wahrnehmungsmäßig in den therapeutischen Prozeß einbezogen. Die Rolle des Therapeuten ist weiterhin eine grundsätzlich psychoanalytische, er konzentriert sich lediglich auf das vom Klienten spontan und unbewußt dargebrachte Material auf der nonverbalen Signalebene, berücksichtigt es in seinen Deutungen oder spricht es direkt an. Der psychoanalytische Prozeß wird dadurch nicht grundsätzlich verändert. Die analytische Interventionstechnik wird jedoch um die Beschreibung und Deutung körper-sprachlicher Signale ergänzt oder auf diese zentriert.

Beispiel: *Mir fällt auf, daß Sie während der letzten Minuten sehr leise gesprochen haben. Können Sie das auch spüren, und was glauben Sie, daß in Ihnen vorgeht? Oder: Mir fällt auf, daß Sie sich, während Sie über Ihren Chef gesprochen haben, aufgerichtet haben. Können Sie das bemerken?*

b) Fokussieren und/oder Verstärken von Haltungen und/oder Bewegungen

Ausgangspunkt sind – oft kleine – Haltungen oder Bewegungen des Klienten, die spontan im Übertragungsgeschehen auftauchen. Der Therapeut begnügt sich nicht damit, diese auf der Wahrnehmungsebene anzusprechen oder sie innerhalb der Übertragung zu deuten; er gibt konkrete Anweisungen oder spricht Handlungsanforderungen aus.

Beispiel: *Sie haben sich in den letzten Minuten immer wieder mit beiden Händen an den Oberschenkeln gestreichelt. Ich würde Sie bitten, dieses Streicheln eine Weile beizubehalten und zu spüren, was dabei in Ihnen vorgeht und ob Ihnen Fantasien aufsteigen. Oder: Als Sie über Ihren Vater sprachen, haben sich Ihren Unterkiefer ein wenig angespannt. Könnten Sie diese Anspannung ein wenig verstärken und darauf achten, was Sie dabei fühlen?*

c) Körperübungen und Aufgabenstellungen

Der Therapeut fordert zur Einnahme bzw. Durchführung von Haltungen und Bewegungen auf, die zwar dem Gesamtkontext des therapeutischen Prozesses entsprechen, jedoch nicht spontan eintretenden Impulsen, Bewegungen oder Haltungen beim Klienten entspringen. Es werden neue Haltungen und/oder Bewegungen vorgeschlagen und gezielt angeleitet.

Beispiel: *Würden Sie sich bitte mit den Beinen so hinstellen, daß die Füße etwa parallel sind, und beugen Sie dann Ihre Knie, atmen Sie ein wenig tiefer und schließen Sie die Augen. Ich bitte Sie nun, darauf zu achten, was Sie spüren und welche Veränderungen in Ihnen vorgehen. Oder: Sie stehen hier vor einem Schaumstoffwürfel. Ich möchte Sie bitten, mit all Ihrer Kraft mit beiden Fäusten auf den Würfel zu schlagen, einen lauten Ton dazuzugeben und alle Worte, die Ihnen einfallen, auszusprechen. Nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und versuchen Sie sich ganz auf diese Übung einzulassen.*

d) Körperliche Interaktion

Der Therapeut setzt seinen eigenen Körper ein, um in Kontakt mit dem Patientenkörper zu treten.

Beispiel: *Der Klient steht, der Therapeut tritt von hinten an ihn heran, nimmt mit seiner Körpervorderseite mit dem Rücken des Klienten Kontakt auf und fordert ihn auf, sich an ihn anzulehnen. Auf diese Weise kann man untersuchen, inwieweit sich der Klient wirklich anvertrauen kann oder nicht. Wenn er sich dem Therapeuten anvertraut, wird er sich beim Anlehnen entspannen und muskulär nachgeben. Wenn er nicht vertraut, wird er trotz des Angebotes des Therapeuten weiterhin versuchen, sich selbst zu halten. Dies kann man in der Folge in der Übertragung durchsprechen.*

4. Welcher Körper ist gemeint?

Der Körper umfaßt zunächst drei verschiedene Dimensionen: den realen, den symbolischen und den imaginären Körper. Berliner fügt diesen drei Dimensionen eine vierte hinzu: den Übergangskörper.

a) Der reale Körper

Gemeint ist der Körper aus Fleisch und Blut, aus Muskeln und Knochen, also der biologische Körper. Ihn spricht die Bioenergetische Analyse an, wenn sie auf körperlich-energetische Vorgänge Bezug nimmt. Dieser Körper ist es, der zyklisch Erregung aufbaut, die gebunden, gehalten, verschoben und transformiert wird.

b) Der symbolische Körper

Dieser Körper bringt artikulierte Töne, d.h. Worte, hervor, die Bedeutung tragen. Der symbolische Körper ist der zur Wortsprache fähige Körper. Worte bestehen aus einer Anzahl von Zeichen, die auf bestimmte Dinge oder Vorstellungen hinweisen. Die Möglichkeit zur Symbolisierung, d.h. zur Übersetzung in verbale Bedeutungsträger, wird durch den Umstand kompliziert, daß diese Symbole nicht nur auf die bewußte, sondern auch auf eine unbewußte Wirklichkeit verweisen.

Des weiteren ist der Körper prinzipiell in der Lage, bestimmte innere Konflikte und Affektzustände symbolisch darzustellen, wie es bei konversions hysterischen, hypochondrischen und psychosomatischen Symptombildern der Fall ist (Mentzos, 1984).

c) Der imaginäre Körper

Es geht hier um die Begriffe „Körperschema“ und „Körperbild“. Das Körperschema ist die neurophysiologische Basis des Körperbildes (Mertens, 1992) und beinhaltet die zentralnervöse Verarbeitung aus multimodalen sensorischen Afferenzen. Das Körperbild stellt die Integration der entwicklungsbezogenen Körpererfahrungen dar, wie sie sich v.a. während der psychosexuellen Entwicklung ergeben. Es handelt sich um Repräsentanzen, die aufgrund von Empfindungen und

Wahrnehmungen des Körperinneren und der Körperoberfläche entstehen. Diese Repräsentanzen können prinzipiell sprachlich symbolisiert werden und begründen zentrale Dimensionen des Selbsterlebens, des Selbstwertgefühls und der Geschlechtsidentität.

d) Der Übergangskörper

Berliner (1994) meint damit folgendes: In der analytischen körperbezogenen Psychotherapie sind die Distanz zwischen Therapeut und Klient und die Position des Klienten keine unveränderlichen Gegebenheiten. Sie können sich im Verlauf der Therapie durchaus ändern. Zeitweilig können bestimmte Formen nonverbaler Kommunikation, wie Berührung, körperliche Mobilisierung oder spezielle Formen des Augenkontakts ganz in den Vordergrund treten. Ihr Ziel ist es zunächst, Kontakt und Beziehung zu ermöglichen und in weiterer Folge die bestmöglichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die symbolische Sprache gut genutzt werden kann. Die Nutzung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten ist vergleichbar mit einem Spiel im Sinne von Winnicott (1971) und stellt einen Übergangsraum dar, der in der Therapie nützlich ist, solange die Identität des Klienten ungenügend entwickelt ist. Wenn die Sprache im Laufe des therapeutischen Prozesses immer „leibhaftiger“ wird, nimmt der Therapeut immer seltener Körperinterventionen zu Hilfe.

Bei Klienten mit abgespaltenen archaischen oder traumatischen Affekten, die sich lediglich in Form psychosomatischer Symptomen ausdrücken können, ist über die Sprache der Zugang zu den ursprünglichen Affekten teilweise nicht möglich oder zumindest unständig und langwierig. Da keine oder keine ausreichende Symbolisierung stattgefunden hat, hilft körperliche Berührung wirkungsvoll dabei, mit den den Symptomen zugrundeliegenden Affekten schrittweise, manches Mal sogar sehr unvermittelt, in Kontakt zu kommen. Die auslösende Berührung und der Ausdruck dieser Affekte, wie z.B. mörderische Wut, über körperliches Agieren (Bewegung, Schreien usw.), stellen eine angemessene und phasenadäquate Kommunikations- und Ausdrucksebene dar, wobei dem Schritt des Zulassens und Bewußtwerdens eine nachträgliche Symbolisierung folgt.

Derartige Körpererfahrungen helfen dann, wenn traumatische Affekte das klinische Bild beherrschen und der Klient sprechend auf eine Wirklichkeit Bezug nimmt, die sich nie ereignen darf, weil sie unfaßbar ist. Es fehlt die metaphorische Struktur des Sprechens und damit auch der Übertragung, und etwas ist so überwältigend wirklich, daß es nur im Status des „ist nicht wirklich“ verhandelt wird (Haesler, 1991). Die therapeutische Beziehung stellt eine Situation permanenter traumatischer Bedrohung dar.

Es bestehen massive interpersonale Regulationsdefizite (Lichtenberg, 1987), die im symbolischen Raum nicht wirklich bewältigt werden können.

Bei alexithymen Klienten mit logisch-operationalem Denken, die psychosomatische Symptome zeigen, und bei bestimmten narzißtischen Klienten, die sehr wenig

spüren, hilft Berührung übergangsweise, die innere Welt der Gefühle, Phantasien und Vorstellungen überhaupt erst zugänglich zu machen. Dies wirkt sich in der Anfangsphase der Therapie positiv auf das Arbeitsbündnis aus.

All die genannten Klienten benötigen den Therapeuten als Objekt, das zunächst auf einer körperlich-symbiotischen Ebene verfügbar ist. Der körperliche Zugang erlaubt eine Begegnung im Bereich einer präverbalen Kommunikation, die einerseits undifferenzierter als die sprachliche Begegnung anzusehen ist, andererseits vom Erleben her ganzheitlich und unmittelbar wahrgenommen wird, so wie möglicherweise die Lebenserfahrung des Kindes innerhalb der ersten 18 Lebensmonate sein könnte (Stern, 1991, 1992).

5. Modalitäten von Körperinterventionen

a) Der Zeitpunkt der Intervention

Bei einer gewissen Zahl an Fällen kommt der therapeutische Prozeß in einem rein verbalen Modus nicht wirklich in Gang. Der Klient bringt kein Material, erlebt keine Gefühle, hat keine Assoziationen oder Fantasien oder zeigt nicht das geringste Anzeichen von Regression. Dies kann, muß aber nicht an seinen Widerständen liegen. Es kann sein, daß der Rahmen und die Art der Begegnung, die der Therapeut vorgeschlagen hat, inadäquat sind. Schon Winnicott hat darauf hingewiesen, daß Psychotherapie dort stattfindet, wo zwei bestimmte Arten zu spielen, die des Patienten und die des Therapeuten ineinandergreifen. Wenn der Therapeut nicht spielen kann, dann ist er laut Winnicott (1971) für diese Arbeit nicht geschaffen. Wenn der Patient es nicht kann, so hat der Therapeut etwas zu unternehmen, was ihm die Möglichkeit zum Spielen gibt.

Einige Klienten, v.a. solche mit diffuser Identität, reagieren auf die Distanz des Therapeuten mit Angst. In ihr eigenes Schweigen eingemauert, fühlen sie sich noch viel mehr allein und geraten in einen Zustand von unproduktiver Panik. So sehr eine gewisse Frustration den Ausgangspunkt für eine psychische Mobilisierung darstellt, verursacht diese Panik ein Einfrieren aller psychischer Aktivität. Auch dadurch, daß der Therapeut sein Verständnis dafür äußert, ändert sich nichts Grundlegendes. Es erweist sich in solchen Momenten oft als sinnvoll, anders als verbal zu intervenieren.

Anderer Klienten wissen mit Worten gut umzugehen, aber sie verwenden diese Worte als Abwehr. Ihre Sprache ist mit den den Äußerungen zugrundeliegenden psychischen Inhalten völlig unverbunden. Deutungen des Therapeuten werden als Kritik erlebt. Diesen Klienten kann man bestimmte Bewegungen vorschlagen, die den „Schraubstock ihrer Intellektualisierung“ lockern und ein bißchen Leben in ihre Worte bringen, ohne daß sie den Eindruck einer zu direkten Konfrontation bekommen.

b) Die körperliche Lokalisation

Wo man den Patienten angreift oder mobilisiert, hängt einerseits von seiner Struktur, andererseits von der

Intuition des Therapeuten, genauer gesagt von der körperlichen Dimension seiner Gegenübertragung, ab.

Bei schizoiden Klienten erweist sich häufig eine sanfte und passive Mobilisierung distaler Gelenke als hilfreich („Gelenksarbeit“).

Sehr kontrollierte Klienten erfahren eine Lockerung, wenn man sie sanft im Nacken unterstützt.

Bei Klienten, deren Kopf so schwer ist, daß sie ihn kaum selbst tragen können, weil es darin von schmerzlichen Gedanken, Erinnerungen und Fantasien wimmelt, können bestimmte in liegender Position angewandte Kopfhaltetechniken von Vorteil sein.

Narzisstischen Klienten, die sehr wenig spüren, kann man in empathischer Weise eine Hand auf den wesentlichsten empfindungslosen Bereich, den Brustkorb, legen.

Wenn man depressiven Klienten die Hand reicht, bekommen sie oft das Gefühl, nicht mehr allein in ihrem Leiden abgeschlossen zu sein.

c) Die Qualität der Intervention

In der Bioenergetischen Analyse reicht das Spektrum von sanften Berührungen bis hin zu druckvoller und schmerzhafter Arbeit an bestimmten Muskelmaximalpunkten. Letztere Techniken dienen der Theorie von Reich und Lowen zufolge dazu, den Charakterwiderstand auf der körperlichen Ebene zu überwinden, um energetisches Strömen zu ermöglichen, wobei es im Zuge solcher Techniken mitunter zu starken kathartischen Gefühlsentladungen kommt. Allerdings erweist sich derartige Interventionen langfristig häufig als wenig wirkungsvoll bis kontraproduktiv, indem sie den Widerstand des Klienten auf einer tiefen Ebene verstärken oder verschieben.

Die der analytischen körperbezogenen Psychotherapie implizite Weigerung, körperliche Gewalt auf den Klienten auszuüben, schließt in keiner Weise die gelegentliche Verwendung von Worten, die wehtun, aus, weil die grundlegende Empathie des Therapeuten immer auch mit der Fähigkeit zur Konfrontation verbunden sein muß, und zwar in Abhängigkeit von der Struktur des Klienten und der Phase des laufenden Prozesses.

6. Theorien, auf die sich Körperinterventionen stützen

Zunächst kann die Arbeit am und mit dem Körper als „Katalysator“ (Geißler, 1994) eingesetzt werden, als eine zweite mögliche Ebene des Zugangs zum Klienten, wenn die einsichtstherapeutische Auflösung von Übertragungswiderständen ins Stocken gerät – dies in Analogie zur psychoanalytischen Hermeneutik, die sich bei therapeutischen Szenen, wo das Verstehen vorübergehend an eine Grenze gerät, auf die katalysatorische Funktion des Erklärens stützt (Nagler, 1995). Erinnerung sei an die Forderung von Winnicott (1971), daß der Therapeut über verschiedene Zugänge zu seinen Klienten verfügen sollte, um den therapeutischen Dialog in Gang setzen zu helfen. Darüberhinaus ist es eine Aufgabe der Zukunft, den Wechsel zwischen der ineinander verschränkten körperlichen und verbalen Ebene meta-

kritisch zu reflektieren, damit wir von der Theorie der Körperarbeit als „Notbehelf“ zum „Einlassen“ in die therapeutische Arbeit zu differenzierteren Hypothesen gelangen. Sie könnten auf eine differentielle Indikationsstellung von Körperinterventionstechniken, je nach Fall, Diagnose, Prozeßphase und Therapeutenpersönlichkeit hinauslaufen.

Vorläufige Hypothesen zur Begründung des Einsatzes körperbezogener Interventionen sind die folgenden (Berliner, 1994):

a) Aktivierung der inneren Welt

Die fühlbare Erfahrung von Kontakt und Unterstützung durch den Therapeuten kann das „Sich-Gehenlassen“, die Offenheit für Affekte, Erinnerungen und Fantasien fördern. Sie kann neues internalisierbares Empfindungsmaterial bereitstellen, von dem aus sich gewisse Selbst- und Objektvorstellungen entwickeln können, die für eine Bereicherung der inneren Welt des Klienten und für einen Dialog des Klienten mit seiner Innenwelt nötig sind.

Beispiele: *Ein Klient kann aufgefordert werden, mit den Beinen in liegender Position zu schlagen. In bestimmten Fällen aktiviert dies ein Gefühl von Zorn gegenüber einer elterlichen Figur.*

Wenn man einen Klienten bittet die Faust zu ballen und sie mit seinen Augen zu fixieren, kann dies auch das Erleben von Zorn aktivieren, das man weiterhin – und auch in der Übertragung – erforschen kann.

Saugbewegungen des Klienten lösen oft Bilder vom begehrten mütterlichen Busen aus.

Bewegungen des Beckens rufen oft den Wunsch nach sexueller Begegnung hervor, oder aber die Angst davor.

Die Augäpfel seitlich hin- und herzubewegen stimuliert die Suche nach der Mutter und ein Erleben von Verlassenheit, aber auch die paranoide Bedrohung durch den eindringlichen Blick des jeweiligen Elternteils.

All diese Interventionen und Übungen signalisieren dem Klienten eine Erlaubnis sich emotional zu öffnen, und manches Mal beginnen Klienten dabei rasch zu weinen. Einige Klienten sind nicht in der Lage, die therapeutische Atmosphäre allein als ausreichend unterstützend und erlaubend zu erleben, und für sie ist es hilfreich, den Kontakt in direkter, körperlich fühlbarer Weise und nicht über sprachliche Vermittlung herzustellen.

b) Aktivierung und Intensivierung der Übertragung

Wenn Körperbereiche oder der gesamte Körper des Klienten in Bewegung gebracht werden, so aktiviert dies die Übertragung in Form von Gefühlen, Gedanken, Fantasien und Verhaltensweisen, die an bestimmte Personen aus der Vergangenheit des Klienten gebunden sind. Die Übertragung ist ein obligater Prozeß in der Therapie und wird früher oder später zum Widerstand, den der Therapeut erkennen und deuten muß, damit er sich auflösen kann.

Ein Klient kann in seiner psychischen Struktur wahrgenommen werden, wenn ihm bestimmte körperliche Übungen vorgeschlagen werden, die seine spezifische

Übertragungsorientierung und den damit verbundenen Widerstand ans Licht bringen.

Kritisieren könnte man an dieser Form aktiver Körperarbeit, daß dadurch das Übertragungsgeschehen massiv beeinflußt oder manipuliert wird. Durch das Heraustreten des Therapeuten aus der Anonymität könnte die Übertragungsentwicklung behindert oder verzerrt werden.

Dieser Kritik kann entgegengehalten werden, daß körperbezogene Interventionen so eingesetzt werden können, daß gerade jene Angebote des Klienten, in denen sich die Übertragungsthematik andeutet, gezielt auf der Körperebene aufgegriffen werden können, und zwar dann, wenn die Worte des Therapeuten keine Wirkung erreichen. Darüberhinaus setzen sich Übertragungsbereitschaften in Form bestimmter Angst- und Widerstandsformen regelmäßig – d.h. auch in einem körpertherapeutisch geführten Prozeß – durch und werden als übertragungsbedingte Beziehungserwartungen erkenn- und bearbeitbar (Heisterkamp, 1993, S. 130ff).

Beispiel: *Wenn man einem Klienten die Hand entgegenstreckt und ihn dazu auffordert, diese Hand einige Minuten lang nach Belieben zu benutzen, ohne sie allerdings zu verletzen, dann zeigt sich häufig die grundlegende Orientierung des Klienten im Verhältnis zum Therapeuten. Wenn der Therapeut auf seinem Vorschlag beharrt und den Klienten zur Handlung ermutigt, wird dieser nach einigen Momenten des unentschlossenen Zögerns in der Regel darauf eingehen. Einige Klienten kündigen auf diese Weise ihre Bereitschaft zum Kampf mit dem Therapeuten an; andere halten sich an seiner Hand wie an einer mütterlich-haltgebenden Elternfigur an; wieder andere bewegen die Hand des Therapeuten mechanisch hin und her und zeigen auf diese Weise, wie wenig sie psychisch auf den Therapeuten bezogen sind, wie wenig sie mit ihm anfangen können; bei manchen wird durch eine solche Intervention unmittelbar deutlich, daß sie die Beziehung zum Therapeuten auf subtile Weise sexualisieren, usw.*

c) Regressionsförderung und Katharsis

Durch bestimmte Körperübungen, wie etwa intensivere Atmung, Streßpositionen, Verstärkung des Stimm-ausdrucks usw. kommt es rasch und leicht zu Gefühlsausbrüchen, weil auf diese Weise die Widerstände des Klienten durchbrochen werden. Der Körper wird benützt, um psychische Widerstände – denn nur diese gibt es – gegen den Affekt und die Regression zu verringern. Die Förderung der Regression des Klienten erweist sich als vorteilhaft, indem sie eine starke Intensivierung des Erlebens und auf diese Weise eine Beschleunigung der Übertragungsinvolvierung erzielt. Dies stimuliert ferner ein gutes und stabiles Arbeitsbündnis.

Die Wirkmechanismen derartiger Interventionen sind einerseits muskuläre Vibrationen im Organismus, die eine mehr oder weniger intensive Angst hervorrufen und die emotionale Desorganisation des Klienten fördern, andererseits Suggestion durch den Therapeuten, indem das regressive Erleben gefördert wird.

Thomä und Kächele (1989, S. 308ff) schreiben: „... So wird nun für die Praxis klar, daß Agieren als ‚Acting in‘

unumgänglich, ja förderlich ist. In der Behandlung vollzieht sich weit mehr als ‚ein Austausch mit Worten‘: trotz des durch die Regeln eingeschränkten Handlungsspielraums wird fortlaufend a verbal kommuniziert“ (S. 314, 315). Aus der Sicht der analytischen körperbezogenen Psychotherapie folgt daher: Nicht nur bei regredierten Patienten bleibt also dem Analytiker mitunter gar nichts anderes übrig, als „das Agieren ... als Kommunikationsmittel zuzulassen“ (Balint, 1970, S. 217), man kann „Agieren“ gezielt herstellen und therapeutisch wirksam einsetzen. Und – so Thomä und Kächele (1989): „Die einzigartigen Vorzüge der interpretierenden psychoanalytischen Methode werden nicht gefährdet, wenn die Bedingungen des Dialogs ‚agierfreundlich‘ gestaltet werden“ (S. 315).

Ein wichtiges Merkmal solcher Erfahrungen, die in der Psychoanalyse als „Agieren“ bezeichnet werden, ist die Unmittelbarkeit, in der sich psychische Prozesse manifestieren. Der Klient ist quasi am Ort des Geschehens, anstatt über das Geschehen zu sprechen. Dabei bleibt der Ich-Beobachter in der Regel erhalten, und selbst wenn er kurzfristig verloren geht, so kann er doch in Fällen von „gutartiger Regression“ (Balint, 1970) wiederhergestellt werden. Die Analogie zur Erlebnisintensität frühkindlicher traumatischer Erfahrungen liegt auf der Hand. Das Angebot entwicklungsanaloger Beziehungsumwelten mit Hilfe spezifischer körperbezogener Angebote, z.B. körperlicher Halt oder Berührung, ermöglicht einen Rekurs auf Erinnerungen und schafft die Basis für eine mit den bisher abgespaltenen Affekten verbundene Sprache. Da jedoch körpertherapeutische Interventionen in den strukturierenden Rahmen des therapeutischen Settings eingebettet sind, bleibt der Klient in der „Als-ob-Situation“ der Therapie nie allein mit seinem Therapeuten, sondern stets im triangulierten Raum, wodurch ein Sich-Verlieren in einer illusionären Welt jenseits ödipal strukturierter Realität ausbleibt (Scharff, 1994, S. 177–178).

Beispiel: *Man kann einen Klienten auffordern, die Bogenposition einzunehmen: Beine und Füße stehen parallel, die Knie werden stark gebeugt, die Fäuste in die Lenden gestützt, das Becken wird nach vorn gedrückt, die Schultern werden nach hinten gezogen. Von der Seite gesehen wirkt der Körper damit wie ein nach vorn gespannter Bogen. Diese Streßposition, wenn sie einige Minuten beibehalten wird, bewirkt eine vibratorische Erschütterung des gesamten Organismus, begleitet von Tränen wegen des Übermaßes an Spannung, Angst vor Kastration durch das vorgeschobene Becken und/oder Wut, die häufig die Kastrationsangst verdeckt. Die Affektentladung intensiviert sich, wenn man den Klienten suggestiv auffordert, einen immer lauter werdenden Ton von sich zu geben. Darüberhinaus kann man durch eine solche Übung Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Struktur des Klienten gewinnen:*

- *oral-depressive Klienten haben rasch den Wunsch, auf den Boden zu sinken,*
- *masochistische Klienten versuchen, trotz des Schmerzes so lang wie möglich stehenzubleiben,*
- *hysterische Klienten zeigen durch die Qualität ihrer Beckenbewegungen ihr Bedürfnis zu verführen,*

- *schizoide Klienten wirken trotz all der Anspannung emotional wie abwesend,*
- *narzißtische Klienten entwickeln den Wunsch, sich Gefühle und die einsetzende Ermüdung nicht anmerken zu lassen,*
- *Borderline-Klienten zeigen intensive, aber wenig kohärente emotionale Reaktionen, usw.*

d) Die Körpererfahrung

Während Freud (1915) in seinen Theorien von der Urverdrängung und der sekundären Verdrängung spricht, so hat er doch die Frage nach möglichen Bereichen eines Nicht-Symbolisierbaren oder Nicht-Symbolisierten offengelassen. Diese Bereiche wurden jedoch in den letzten Jahren im Zuge der Diskussion der Befunde der Säuglingsforschung aufgegriffen (Lichtenberg, 1991; Stern, 1992). Es gibt ernstzunehmende Argumente dafür, daß es unsymbolisierte Bereiche gibt, die sich in körperlichen Erscheinungen oder psychosomatischen Symptombildungen niederschlagen und die über nicht-sprachliche Mittel, d.h. körperliche Erfahrungen, zumindest leichter erreichbar und in ihrer ursprünglichen affektiven Intensität direkter wiederbelebbar erscheinen als über die Herantastung durch sprachliche Zugänge.

Die frühe und prägende Rolle der Körpererfahrung, von der die Körperpsychotherapien, ohne dies theoretisch genau zu belegen, ausgehen, erfährt durch das Werk von Stern (1992) eine eindrucksvolle Bestätigung. Auch wenn Stern diese Schlußfolgerung selbst nicht zieht, so sehen wir uns aus der Sicht der Körperpsychotherapie in einigen Annahmen bestätigt und halten daran fest, daß spezifische Körpererfahrungen hilfreich sein können, um eine nachträgliche transmodale Konstituierung und Ausdifferenzierung des Körper-Selbst, insbesondere des „auftauchenden Selbst“ und des „Kernselbst“, einzuleiten. Vielleicht liegt gerade in dieser Körper-Selbst-Differenzierung jener Wirkfaktor, von dem die Körperpsychotherapien selbstverständlich ausgehen und dessen Wichtigkeit sie nachdrücklich betonen. Stern beschreibt sog. „Vitalitätsaffekte“ und meint damit überwiegend körperliche Reaktionsmodalitäten, die zunächst im Zentrum der Aufmerksamkeit des Säuglings stehen und sein Selbst- und Objekterleben konstituieren. Durch die in unserer Kultur einsetzende Dominanz der sprachlich-symbolischen Ebene ab dem 18. Lebensmonat werden die ursprünglichen und ganzheitlichen Erlebensweisen mehr oder weniger aus dem bewußten Erleben eliminiert. Die dadurch einsetzende Entfremdung von uns selbst, v.a. von unserem Körper, ist ein bekanntes und wohlbeschriebenes Phänomen.

Durch die Arbeit auf der Körper-Selbst-Ebene – z.B. durch Techniken zur Selbstwahrnehmung – ist es möglich, auf die den Vitalitätsaffekten zugrundeliegenden Elemente aufmerksam zu machen und sie wiederzubeleben – wie Intonation der Stimme, Augenausdruck, Eigentümlichkeit der Mimik und Gestik, Körperhaltung, spontane Bewegungsäußerungen usw. Gerade diese genannten nonverbalen Verhaltensbereiche können durch körperbezogene Techniken präzise thematisiert

und in ihren ursprünglichen „Aggregatzuständen“ (Moser, 1989) spürbar gemacht werden. Eine häufige Erfahrung dabei ist ein Eintauchen in einen ganzheitlichen und nicht leicht mit Worten zu beschreibenden Seins-Zustand, der – so unsere These – dem frühen ganzheitlichen Erleben entspricht. Seine Bedeutung für die körperlich-psychische Gesundheit könnte künftig durch die Psychotherapieforschung belegt werden. Die Körpererfahrung läßt ein „sinnliches Wissen aus erster Hand“ (Mertens, 1995), über welches jeder Mensch seit Beginn seiner Existenz verfügt, via Körperlichkeit, Berührung, Geruch, Klang von Stimmen, Rhythmus und Bewegung wiederbeleben.

Die Ergebnisse der Säuglingsforschung zeigen auch, daß die Einheit aus Körper und Psyche sowie von Wahrnehmung, Handlung, Affekt und Kognition von Beginn an besteht und auch erlebt wird. Von dieser Einheit gehen die körperbezogenen Psychotherapien nicht nur aus, sie arbeiten auch explizit mit ihr und stellen dazu verschiedenste Methoden und Techniken zur Verfügung. Des weiteren kann davon ausgegangen werden, daß dieses ganzheitliche Erleben, das ein Spüren des Körperinnenraumes beinhaltet, das ganze Leben weiterbesteht, wengleich häufig in abgespaltener Weise. Das primäre körpernahe, atmosphärische Erleben bildet die Grundlage des späteren Erlebens und konstituiert die Basis für weitere Fähigkeiten, wie z.B. Intuition.

7. Die Rolle des Körpers in der diagnostischen Phase

Die Betrachtung des Körpers des Klienten zu diagnostischen Zwecken stellt häufig eine nützliche Erweiterung der Verbalanamnese dar. Denn die Sprache des Menschen drückt – trotz guten Glaubens und offensichtlicher Ernsthaftigkeit – eine Wahrheit aus, die zahlreichen abwehrenden Deformationen ausgesetzt ist. Durch die Sprache drückt der Klient seine persönliche Wahrheit also nur partiell aus. Gäbe es eine absolut wahre Sprache, würde dies jedes Bedürfnis nach Hilfe hinfällig machen. Die Tatsache, daß jemand sich entschließt, in Therapie zu gehen, ist Anzeichen für einen wesentlichen Unterschied zwischen den geäußerten und den ungeäußerten inneren Gedanken über sich und andere. Implizit wird durch den Schritt in eine Psychotherapie der Umstand anerkannt, daß es im affektiven und gedanklichen Leben mehr oder weniger große Bereiche gibt, die die eigene Wahrheit nicht wiedergeben, zumindest nicht in ausreichendem Maß.

Unser realer Körper scheint die Fähigkeit zu haben, Erinnerungen an traumatische Erfahrungen und stabile Beziehungsmuster mit Elternfiguren zu bewahren. Die Säuglingsforschung bestätigt dies zumindest indirekt, indem sie ein körperlich-motorisches Gedächtnis schon sehr früh nachzuweisen imstande ist (Stern, 1992). Frühe Ereignisse im Sinne chronischer Einwirkungen oder aber akuter, schockartiger Traumatisierungen führen zu lokalen oder allgemeinen Einschränkungen der Beweglichkeit, zu Verkrampfungen, zu Versteifungen, zu Koordinationsstörungen in der Muskulatur und im Bewegungssystem.

Unsere frühen – und, wenn man Stern (1992) folgt, auch späteren – Erfahrungen sind also nicht nur im

psychischen System festgeschrieben. Sie werden häufig und teilweise vollständig verdrängt oder abgespalten. Oft bleibt dann nur die körperliche Einprägung, die dem Klienten wie fremd erscheint, im Auge des geschulten Therapeuten jedoch eine Spur zur Vergangenheit darstellt.

Unter körperlicher Einprägung sind z.B. folgende Erscheinungen gemeint:

- a) die allgemeine Art, sich aufrecht zu halten;
- b) die Art, sich zu bewegen und Ausdrucksbewegungen auszuführen;
- c) die Qualität des Kontakts (Blick, Berührung);
- d) die Qualität der Stimme usw.

Berliner (1993) hat eine systematische Darstellung darüber gegeben, wie man den Körper in den diagnostischen Prozeß einbeziehen kann. Die verbale Anamnese, die ich durchführe, lehnt sich in wesentlichen Teilen an das strukturelle Interview von Kernberg (1989) an, ergänzt durch eine sexuelle Anamnese und durch eine körperliche Exploration. Die Diagnose erfolgt durch den Versuch, die vom Klienten verbal geschilderten Inhalte mit körperlichen Beobachtungen und auftauchenden szenischen Gegenübertragungsfantasien zu integrieren. Sie ist eine vorläufige Arbeitshypothese über das zentrale Thema des Klienten, vergleichbar mit dem zentralen Beziehungskonfliktthema nach Luborski (1988), und ermöglicht es, bestimmte strategische Entscheidungen in der therapeutischen Vorgehensweise zu treffen.

Beispiele körperlicher Erscheinungen von diagnostischer Bedeutung (Berliner, 1994):

Die Tatsache, daß jemand steif auf seinen Beinen steht, kann darauf zurückzuführen sein, daß er gegen eine Tendenz kämpft, in die Suche nach mütterlicher Unterstützung zu regredieren und zusammenzubrechen. Es kann aber auch sein, daß steife Beine signalisieren, sich von einer väterlichen Figur nicht in die Knie zwingen zu lassen.

Eine Klientin hat jahrelang nicht damit aufgehört, am Beginn der Sitzung heftig zu lächeln, womit ein Gähnen einherging, das jedoch mit keiner Müdigkeit verbunden war. Jahre später wurde deutlich, daß sie den Therapeuten unbewußt mit ihrem Vater identifizierte, mit dem sie sich häufig gelangweilt hatte. Erst dann war sie in der Lage, die körperliche Erscheinung bewußt zu ersetzen.

Ein Klient gab dem Therapeuten am Beginn jeder Sitzung so kräftig die Hand, daß diesem die Finger schmerzten. Bereits in der Interviewphase konnte der Klient – angesprochen auf dieses Verhalten – die Antwort finden, daß er damit die Angst, von Menschen dominiert zu werden, abwehrte. Das Leben war für ihn grundsätzlich ein gnadenloser Kampf, in welchem er unbedingt die Oberhand behalten mußte.

Eine verführerische Frau kam zum Erstinterview, nachdem sie kurz und scharf angeläutet hatte. Dem Therapeuten kam dies wie eine Anweisung vor, ohne Zögern sofort zu öffnen, und auch der Ton, mit dem sie sprach, löste die gleiche Gegenübertragung aus. Der schneidende, eindringliche, maskuline Aspekt ihrer Person manifestierte sich auf diese Weise ganz offen.

Ein Mann klagte über chronische Müdigkeit, die ihn von jeder Arbeit und jeder sexuellen Betätigung seit einigen Jahren abhielt. Als er in der diagnostischen Explorationssitzung auf der Matratze lag und der Therapeut ihn aufforderte, mit den Beinen abwechselnd aufzuschlagen, vollführte er innerhalb der nächsten 30 Minuten an die 1000 Schläge mit seinen Beinen und hörte nicht eher damit auf, bis der Therapeut ihn dazu aufforderte (die meisten Klienten hören nach 50 bis 100 Schlägen mit Zeichen von Erschöpfung von selbst auf). Nach dieser Erfahrung, die den Klienten nicht im geringsten erstaunte, fragte der Therapeut ihn, wie er seine chronische Müdigkeit mit dem, was er eben vor den Augen des Therapeuten getan hatte, vereinbaren konnte. Er wußte zunächst nichts darauf zu sagen. Dieser Widerspruch wurde in der folgenden Therapie ein zentrales Element der Analyse.

8. Die Bedeutung der Gegenübertragung in ihrer körperlichen Dimension

Wenn ich von Gegenübertragung spreche, meine ich nicht die enge Form der Gegenübertragung, d.h. nur die unbewußte Reaktion des Therapeuten auf die Übertragung des Klienten, sondern die Gesamtheit aller bewußten und unbewußten Reaktionen des Therapeuten auf seinen Klienten. Oft manifestiert sich die Gegenübertragung in Form bestimmter Gefühle und Empfindungen, die auch den Körper miteinbeziehen. Erste Anzeichen negativer Gegenübertragung, die oft vor jeder bewußten Vorstellung auftreten, offenbaren sich im Körper des Therapeuten.

Die Analyse der eigenen Gegenübertragung ist in der analytischen körperbezogenen Psychotherapie schwieriger als z.B. im klassisch-psychoanalytischen Couch-Setting, weil die sichere Distanz zum Klienten fehlt und die Interaktion dadurch weniger gesichert und potentiell vielschichtiger verläuft. Jedoch kann der geübte Therapeut einerseits der körpersprachlichen Führung durch den Klienten, andererseits seinen eigenen körperlichen Gegenübertragungsreaktionen vertrauen und seine Interventionen daran ausrichten.

Von körpertherapeutischer Seite ist es vor allem Keleman (1987), der auf bestimmte Aspekte körperlicher Übertragungen und Gegenübertragungen aufmerksam macht.

Beispiele: Bestimmte Klienten lösen in mir typische Empfindungen von Müdigkeit und Schläfrigkeit aus, obwohl ich mich vorher munter und interessiert gefühlt habe.

Bei manchen Klienten zeigen meine kaltwerdenden Hände und Füße an, daß ich mich vor ihren starken aggressiven und/oder sexuellen Impulse fürchte.

Es gibt Klienten, die genitale Empfindungen auslösen, ohne daß sie über irgendwelche Ereignisse mit sexuellem Bezug sprechen. Dies zeigt an, daß es über den manifesten Inhalt hinaus um andere Dinge geht, von denen sie nicht sprechen wollen oder können.

Im Gegensatz dazu gibt es auch Personen, die sich auf sexuelle Themen konzentrieren, während sie im Therapeuten eher ein Gefühl von Zärtlichkeit in der Brust hervorrufen. Dies kann dann bedeuten, daß sich

hinter den sexuellen Inhalten tiefe Bedürfnisse nach mütterlicher Fürsorge verbergen.

Mit Klienten, bei denen die Inkohärenz ihres Verhaltens bis hin zum Chaos im Vordergrund steht, kann der Therapeut die Empfindung eines leeren Kopfes bekommen.

9. Ausblick

Die Überzeugung von der Wirkung und Wirksamkeit körperbezogener Psychotherapien, die all jene teilen, die sie persönlich kennengelernt und am eigenen Leib erfahren haben, würde eine große Unterstützung erfahren, wenn sie wissenschaftlich belegbar wäre. Leider besteht hier bislang ein großer Forschungsnotstand. Daß körperbezogene Interventionstechniken einen im Grunde psychoanalytischen Therapieprozeß unter genauer Indikationsstellung bereichern und daß die Körpererfahrung als eigener Wirkfaktor der Entfremdung von unserem Erleben als psychosomatische Ganzheit entgegenwirken könnte, sollte man – so meine Hoffnung – durch kombinierte Erfolgs-Prozeß-Studien nachweisen können.

Ich gebe dabei der empirisch-hermeneutischen Einzelfallforschung den Vorrang vor einer empirisch-positivistischen Forschungsmethodologie, denn nur durch detaillierte tiefenpsychologische Fallstudien kann man klientenspezifisch feststellen, ob und wie Therapie geholfen hat. Derartige Befunde könnten im Rahmen vergleichender Kasuistiken zu verallgemeinernden Aussagen führen, wobei besonderer Wert auf die Explikation der jeweiligen Hintergrundannahmen – z.B. des jeweiligen Menschenbildes – zu legen wäre (Mertens, 1995).

Ähnlich wie die Videotechnik in der Säuglingsforschung hilft, die kommunikativen Vorgänge zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen genau zu studieren, könnte gerade in den Körperpsychotherapien der Einsatz von Videoaufnahmen belegen, wie körperbezogene Interventionstechniken bei welchen Klienten unter welchen therapeutischen Konstellationen zu welchen Veränderungen im körperlichen und seelischen Feinbereich führen. Ebenso könnten Videos bei der Erhellung der Therapeutenvariable, d.h. der Gegenübertragung einschließlich ihrer körperlichen Dimension, von großem Wert sein. Diesbezügliche positive Erfahrungen haben einige Kollegen und ich in einem mehrere Jahre dauernden Supervisionsprozeß unter der Leitung von Jacques Berliner gemacht, in welchem wir unter Einsatz von Videos, die die Interaktion von Klient und Therapeut aufzeigten, wichtige Einblicke in Aspekte unserer Gegenübertragung erhielten. Von der forscherschen Brauchbarkeit videoaufgezeichneter Therapieverläufe sind wir daher überzeugt und möchten sie weiterempfehlen. Zur Zeit ist eine schriftliche Dokumentation des angeführten Supervisionsprozesses in Vorbereitung.

Literatur

- Balint M (1970) Therapeutische Aspekte der Regression. Fischer, Stuttgart
Berliner J (1993) Meine Chronologie der körperlichen Erkundung. Forum der Bioenergetischen Analyse 1

- Berliner J (1994) Psychoanalyse, Bioenergetische Analyse, analytische körpervermittelte Psychotherapie: Konzepte und Praxis. Ähnlichkeiten, Unterschiede und Besonderheiten. In: Geißler P (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter Lang, Frankfurt, S 53–147
- Berliner J (1996) Persönlicher Brief an den Autor
- Dohmen B (1994) Berührung in der Therapie: Unterstützung oder Widerstand? In: Hoffmann-Axthelm D (1994) Schock und Berührung. Transform, Oldenburg, S 191–211
- Frank R (1981) Über das Konzept des Widerstandes in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hrsg) Widerstand: Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Junfermann, Paderborn, S 301–323
- Freud S (1915) Die Verdrängung. Gesammelte Werke X. Fischer, Frankfurt
- Geißler P (1994) Von der Bioenergetischen Analyse zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie. In: Geißler P (Hrsg) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter Lang, Frankfurt, S 159–225
- Geißler P (1995a) Körperintervention und Beziehung. Forum der Bioenergetischen Analyse 1: 7–29
- Geißler P (1995b) Ein narzisstischer männlicher Klient. Zeitschrift für Körperpsychotherapie 5: 14–26
- Geißler P (1995c) Psychoanalyse und Körperarbeit. Bukumatula 6: 4–15
- Geißler P (1996) Körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse. In: Geißler P (Hrsg) Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Peter Lang, Frankfurt
- Haesler L (1991) Metapher, metaphorische Struktur und psychoanalytischer Prozeß. Z Psychoanalytische Theorie Praxis 6: 79–105
- Heisterkamp G (1991) Zur Körperarbeit in der analytischen Psychotherapie. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 36: 77–87
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. Pfeiffer, München
- Keleman S (1987) Bonding – a somatic-emotional approach to transference. Center Press, Berkeley
- Kernberg O (1989) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kirsch S (1994) Von der Bioenergetischen Analyse zur analytischen Körperpsychotherapie. In: Geißler P (Hrsg) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter Lang, Frankfurt, S 13–23
- Kufner W (1985) Bioenergetik – Verrat am Körper. In: Petzold H (Hrsg) Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Junfermann, Paderborn, S 245–307
- Lewis R (1986) Der cephalische Schock als somatisches Verbindungsglied zur Persönlichkeit des falschen Selbst. In: Sebastian U (Hrsg) Selbstfindung und Bioenergetische Analyse. Moks-Publikationen, Münster, S 74–86
- Lichtenberg JD (1987) Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die klinische Arbeit mit Erwachsenen. Z Psychoanalytische Theorie Praxis 2: 123–147
- Lichtenberg JD (1991) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborski L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Mentzos S (1984) Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt
- Mertens W (1992) Kompendium psychoanalytischer Grundbegriffe. Quintessenz, München
- Mertens W (1995) Welche Wissenschaft braucht die Psychotherapie? Psychother Forum [Suppl] 3: 180–186
- Moser T (1989) Körpertherapeutische Fantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Suhrkamp, Frankfurt
- Moser T (1992) Stundenbuch. Protokolle aus der Körperpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt
- Nagler N (1995) Rezension des Buches: Geißler P (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Psychother Forum 3: 222–223
- Pechtl W (1980) Die therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H (Hrsg) Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn, S 189–210
- Pechtl W (1989) Zwischen Organismus und Organisation. Veritas, Ried
- Peter HP (1989) Integration von Psychoanalyse und Bioenergetik in der Person und Rolle des Therapeuten. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) Körper und Seele, Bd 1. Alternativ, Mainz Aachen
- Scharff J (1994) Therapeutische Intervention mit szenischem Einbezug des Körpers. In: Volker F (Hrsg) Wege und Irrwege zur Psychoanalyse, Vortragsband zur DPV-Tagung Mai 1994, Mannheim
- Stern DN (1991) Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. Piper, München
- Stern DN (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thomä, H, Kächele H (1989) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie 1. Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Winnicott DW (1971) Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart
- Worm G (1992) Über die Schwierigkeit therapeutischer Beziehung anhand des Schicksals der „Verführungstheorie“. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) Verführung in Kindheit und Psychotherapie. Transform, Oldenburg, S 64–78

Korrespondenz: DDr. Peter Geißler, Psychotherapeut in freier Praxis, Kölblgasse 5/8, A-1030 Wien, Österreich.

Dr. med. Dr. phil. Peter Geißler, geb. 1953 in Wien, Studium von Medizin, Psychologie und Pädagogik, Praktischer Arzt und Psychotherapeut, Lehranalytiker der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK), Mitbegründer des Arbeitskreises für analytische körperbezogene Psychotherapie (AKP). Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Integration von Psychoanalyse und Körperarbeit. Buchherausgeber von „Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration“ (Peter-Lang-Verlag) und Buchautor von „Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie“ (Peter-Lang-Verlag).