

# ÜBER DAS AUFSTEHEN VON DER COUCH

## EIN BEITRAG AUS DER SICHT DER KÖRPERORIENTIERTEN PSYCHOTHERAPIE

**KLAUS K. MADERT**

### Zusammenfassung

Die Regression durch das Liegen auf der Couch bedarf der bewußten Umkehrung über eine angeleitete Rückführung des Patienten vom Liegen in die erwachsene Haltung des Stehens. Wie der Patient diese Progression vollzieht, ist nicht nur von diagnostischem Wert. Das bewußt langsame Aufstehen von der Couch fördert das progressive Potential und kann als Modell und Übungsfeld genutzt werden, Fixierungen zu lösen, Ich-Stärke aufzubauen und eine Beziehung zur eigenen Körperlichkeit herzustellen.

**Schlüsselwörter** Regression - Progression - Ich-Stärke - Heiler-Archetyp

### Summary

The regression by lying on the couch requires conscious inversion by guiding the patient from lying to the adult carriage of standing. It is not only of diagnostic value how the patient is performing this progression. But the conscious and slow rising fosters his progressive potential and can be used as model and exercise how to loosen fixations and how to develop ego-strength and a relationship to the own body.

**Keywords** regression - progression - ego-strength - healer-archetyp

Psychoanalyse ist für viele gleichbedeutend mit dem Liegen auf der Couch. Dafür finden sich die mannigfache Begründungen und Erklärungen.

Historisch: Freud begann mit der Hypnosebehandlung am liegenden Patienten (Freud 1913); praktisch: Freud und nach ihm viele Analytiker mochten sich bzw. ihre Reaktionen nicht dem Blick des Patienten preisgeben (Freud 1913, Clark 1985); behandlingstechnisch: Regression wird induziert (Greenson 1967), sensorische Deprivation weckt einen Hunger nach Objektbeziehungen (Greenson 1967; Menninger 1958), primärprozeßhaftes Denken wird erleichtert (Menninger 1958); entwicklungspsychologisch: Die liegende Position kommt der Situation des Säuglings in der Wiege noch am nächsten.

Wir Psychoanalytiker geben unseren Patienten die Anweisung, sich auf die Couch zu legen und frei zu assoziieren. Unter körpertherapeutischen Gesichtspunkten ist dies eine körperbezogene Intervention: Das Liegen induziert eine Regression.

Unter dem Aspekt von Regression und Progression beachte ich nun das Aufstehen des Patienten von der Couch genauso wie das Sichlegen und das Liegen mit allen körperlichen Entäußerungen, die sich während des therapeutischen Liegens auf der Couch zeigen. Denn zweifellos ist es eine große Chance, den Patienten dabei zu beobachten und ihn sich selbst beobachten zu lassen, wie er die Regression umkehrt in Progression, in die aufrechte Haltung des Erwachsenen als Spiegel und Gradmesser für die Umsetzung des therapeutischen Prozesses in die Alltagsrealität. Implizite ist dieses Auf-die-Füße-Kommen ein Übungsfeld für Erwachsenwerden, für Standfestigkeit und für Aufbau von Ich-Stärke.

Es ist bemerkenswert, wie wenig in der Literatur Bezug genommen wird auf das Körperliche, wenn man über Ich-Stärke, über Nachreifung von defizitären Ich-Strukturen, über „reife“ Realitätswahrnehmung schreibt (z.B. Rohde-Dachser 1983; Blanck 1981).

Dabei ist doch gerade die körperliche Dimension der Positionierung des Kopfes als Träger der Fernsinne im Raum, sind die tragenden Strukturen Wirbelsäule - Becken - Beine - Füße zentral für die körperliche Seite von Ich-Stärke als subjektiver Aspekt der Wahrnehmung der eigenen Stärke und Stabilität des „Auf-eigenen-Füßen-Stehens“.

In der psychoanalytischen Tradition hat nur die auf den Freud-Schüler Wilhelm Reich zurückgehende Bioenergetik ein ausführliches Konzept von „Erdung“, Aufrichtung zur Erwachsenenhaltung, Standfestigkeit, Sicherheit des Stehens auf eigenen Beinen, Standhaftigkeit, Durchstehenkönnen von psychischen Belastungen erarbeitet und praktisch umgesetzt. Ich beziehe mich dabei besonders auf die umfangreiche Arbeit von Alexander Lowen (z. B. 1958, 1979, 1985).

So wie ich Anweisung gebe, daß der Patient sich legen möge, so gebe ich dem Patient auch Anweisungen, wie er von der Couch aufstehen soll. Diese Anweisungen variieren natürlich je nach der Problematik und Charakterstruktur des Patienten, je nach der Übertragungssituation. Als groben Rahmen kann ich jedoch einen bestimmten Ablauf beschreiben, der sich als effektiv erwiesen hat in bezug auf Körperbewußtheit, Körperhaltung, Körpersprache, Bewußtmachung von Haltungs- und Verhaltensmustern, Bewußtmachung der körperlichen, erlebnismäßigen und interaktionellen Dimension der Charakterstruktur.

Durch die Vorgabe des Couch-Settings wird der Analytiker strukturierend aktiv im Sinne einer Regressionsförderung. Indem ich auch aktiv eingreife in die Gestaltung des Aufstehens von der Couch, setze ich nicht einfach nur einen weiteren Parameter in der Therapie, sondern ganz gezielt einen Kontrapunkt zur Regressionsförderung. Diese aktive Progressionsförderung ergibt nicht nur bestimmte therapeutische Resultate, sondern eröffnet neue Aspekte der Übertragung in der Beziehung zum Analytiker.

Ich lasse den Patienten beginnen mit einer Übung in der Rückenlage:

Er nimmt wahr, wie die Couch ihn trägt. Vielleicht hat sich im Laufe der Sitzung sein Atem verändert. Er spürt, wo überallhin der Atem fließt. Vielleicht hat er sich entspannt. Bei der Entspannung ist insbesondere auf die Nacken-Hals-Region und auf den Kiefer („Zähne zusammenbeißen“) zu achten. Der Patient soll so aufstehen, daß er etwas von dieser Entspannung bzw. etwas von dem volleren Atem in die stehende Position mit hinübernimmt. Vielleicht kann er sich dann auch im Stehen getragen fühlen, nun nicht von der Couch, sondern von seinen eigenen Beinen, seinem Rücken, seinem Skelett. Dann dreht er sich auf die Seite, mit dem Gesicht dorthin, wohin er aufstehen möchte, spürt nochmals die Lockerheit des Atems, des Nackens, des Getragenseins. Er läßt die Unterschenkel über den Couchrand hängen, läßt den Oberkörper und den Kopf hängen und gleitet mit den Händen und Füßen auf den Boden in die Position eines Vierfüßlers, eines „Elefanten“, mit leicht gebeugten Knien, langen Armen und locker hängenden Schultern und Kopf. Die Wirbelsäule bildet einen Bogen mit dem Becken; das Becken, vielleicht die Lendenwirbelsäule, ist am höchsten Punkt. In dieser stabilen „Elefantenposition“ spürt der Patient, wie ihn seine Füße tragen; die Hände auf dem Boden dienen nur zur Sicherheit. Wenn der Patient seinen Stand gefunden hat, spürt er nochmals die Lockerheit des Nackens und den Atem. Dann läßt er sich von seinem Atem aufrichten, und zwar von unten her: erst das Becken, dann den 5. Lendenwirbelkörper, 4. Lendenwirbelkörper usw. jeden einzelnen Wirbelkörper hoch, bis sich die Wirbelsäule wie ein Bauklötzchenturm, wie eine Säule, von unten aufgebaut hat. Zum Schluß wird auf diese Wirbelsäule der Kopf in einem labilen Gleichgewicht daraufgesetzt und balanciert, „so wie der Seehund einen Ball auf seiner Nase“. Dabei werden die Knie nicht durchgestreckt, was bedeuten würde, die Knie sind „eingerastet“. Blockierte Knie behindern das Bewegungssystem in seinem ständigen Herausfallen und Hineinfallen in dieses labile Gleichgewicht gegen die Schwerkraft, welches wir Stehen auf zwei Beinen nennen.

Diese Art des Aufrichtens hat den Vorteil, daß sie langsam und bewußt erfolgt und ermöglicht das Finden eines neuen Gleichgewichtes in kleinen, bewußt nachvollziehbaren Schritten. Die Bewegungsorganisation fällt nicht automatisch in das alte Haltungsmuster zurück, sondern das Sich-anders-Fühlen durch die analytische Arbeit kann auch in einer neuen Körperhaltung Ausdruck finden.

### Zur Erläuterung nun drei Fallbeispiele

#### Fallbeispiel 1:

50jähriger Patient, geschieden seit 22 Jahren, ein erwachsener Sohn, verschiedene Freundinnen, zuletzt zusammen mit einer Frau, die ihm Geborgenheit gab, nach seinen Worten einer „Ur-Mutter“. - Die Trennungen hatte er „erzwungen“ durch seine übergroßen Ansprüche. Daraufhin massive Verstärkung einer Depression: Es sei, als schwanke der Boden, als könne er sich kaum halten, als würde alles zusammenbrechen.

#### Psychodynamische Konstellation

Als Kriegskind hatte er den in Rußland vermißten Vater nie kennengelernt. Die Mutter sprach selten und dann eher kritisch und abwertend über den Vater. Das vorehelich gezeugte Kind war unerwünscht und wurde abgelehnt. Die Mutter erzwang mit Schlägen, Herzankfällen und massiven Suizidrohungen Wohlverhalten. Mangels väterlicher Unterstützung unterdrückte der kleine Junge aggressive Regungen und zog sich resigniert zurück. Aufmerksamkeit und Unterstützung erlangte er in der Schule über Leistungen. Einmal wagte er eine trotzig Rebellion gegen den Lieblingslehrer und damit einen Versuch von Selbständigkeit gegenüber einer Autorität. Die Enttäuschung des Lehrers über ihn „als braven Schüler“ war für ihn so niederschmetternd, daß er klein beigab. Als Erwachsener holte er sich über sportliche Leistungen, insbesondere Bergsteigen, ein Gefühl von Autonomie und Kraft und ein oberflächliches Gefühl von Zugehörigkeit zu einer Männergruppe, aber ohne echte Freundschaft zu einem Mann. Dafür fehlte ihm die Identifikation mit einer positiven Vaterfigur. Der positive Vaterkomplex wurde nur ungenügend konstellierte.

#### Therapievignette

In der sechzigsten Sitzung geht es darum, wie viele Zugeständnisse er macht, um nicht allein zu sein. Er zeigt seine wahren Gefühle nicht. Er vermittelt ein gewisses Bild, das nicht richtig sein Ich ist. Von der Mutter erhielt er Zuwendung, wenn er krank wurde - so wie jetzt als Depressions-Kranker auf der Couch. Auch als Vorbild für den Bruder oder in ihn überfordernder Funktion eines erwachsenen Partners sicherte er sich die Anerkennung der Mutter. Der Patient beginnt, die Situation auf der Couch als vertrauensvolle Geborgenheit zu erleben, wo er auch etwas von seiner aggressiven Seite zeigen darf, zunächst nur in der Erzählung eines Kindheitserlebnisses, wo er sich mit einer Bande Jungs prügelte, Mut bewiesen hat: „Endlich habe ich mich der Übermacht gestellt und gezeigt, daß ich auch wer bin!“ Die Mutter verprügelte ihn deshalb, denn „man prügelt sich nicht! Wir Flüchtlinge müssen dulden, dürfen uns nicht wehren!“ Vorsichtig kritisiert er auch mich: Hier in der Therapie sei ich zwar da für ihn, aber draußen, im Alltag, habe er Angst, in Kontakt mit anderen Leuten zu kommen.

Als ich den Prozeß des langsamen Aufstehens von der Couch (über die „Elefantenposition“) als einen Prozeß des Selbständigwerdens und des Auf-eigene-Füße-Kommens deklariere, erlebt er das erstaunt wie eine Reise durch Lebensjahrzehnte: daß er jetzt gehen kann, wo und wie er will! Aufrecht und

stolz geht er umher, ruft teils selbstbewußt teils erstaunt aus: „Ich bin frei! Ich könnte sogar fünf Minuten länger da bleiben!“ Kaum sagt er das, sackt er in sich zusammen, liegt wie ein Häuflein Elend auf dem Boden: Die Kraft in den Knien ist weg. Er ist erschrocken über seine Dreistigkeit, über die Kraft und Stärke, mit der er sich da was rausgenommen hat. Das muß er gleich wieder büßen (archetypisch überhöhter negativer Vaterkomplex).

Von meiner Gegenübertragung her bin ich zutiefst erschrocken und denke zuerst: „Mein Gott, was habe ich da angerichtet!“

In den folgenden Sitzungen verdeutlicht er, wie er das Liegen auf der Couch erlebt: wie vom Boden losgelöst, losgelöst von Abhängigkeiten, die sein Denken, Reden und Fühlen beeinflussen; losgelöst vom Gewicht des Körpers, wie im Traum. Im Stehen, Gehen, auch im Sitzen den Boden spüren, das ist Verwurzeltheit mit der Realität, mit den Dingen, die ihn umgeben. In der letzten Sitzung hat er sich rücksichtslos über die Normen (die Realität, Zeitrahmen betreffend), die ich vorgegeben habe, hinweggesetzt: gemacht, was er wollte; ein Trotzgefühl wie ein Kind. Sich die Freiheit nehmen, fünf Minuten länger zu bleiben, und das auch noch zu äußern, ist vermessen im Vergleich zu seinem sonstigen Verhalten, wo er bittet oder den anderen so anspricht, daß dem gar nichts anderes übrigbleibt. Wieso er dann plötzlich zusammenfiel? Wenn er zur Mutter mal sagte, „Ich will deine Suppe nicht, die schmeckt mir nicht“, dann gab es Strafe, Schläge, Spielverbot, Drohungen. Statt „Ich will“ hat sich bei ihm eingepreßt: „Ich darf nicht“. Eigentlich hätte die Mutter doch seine Wünsche erfüllen müssen! Manchmal bricht das „Ich will“ aus. Die Folge seiner Kraft: Er liegt mit blutender Nase am Boden.

Nach diesen Sitzungen steht er fest auf den Füßen, fühlt sich voller Energie, ballt die Fäuste „Hier bin ich! Ich bin ich!“.

### Kommentar

Sowohl Abwehr des Konflikts wie der Konflikt selbst werden hier eindrücklich körperlich inszeniert und erlebt: In der traumgleichen Losgelöstheit auf der Couch agiert dieser Patient seine Sehnsucht nach dem (wie er sagt) „Mutterleib“ aus und weicht damit der Auseinandersetzung mit dem von der Mutter zwangsläufig verkörperten Väterlich-Autoritären aus. Das bewußt erlebte körperliche Aufstehen hinein in die ganz konkrete Selbständigkeit bedeutet für diesen Patienten auch Aufstehen gegen die Autorität, inszeniert in der Übertragung auf mich als grenzensetzende (in diesem Fall mütterliche) Autorität. Dabei reflektiert meine Gegenübertragung den insgeheimen Vorwurf an die Mutter: Du hast mir beim Selbständigwerden nicht genug Boden und Unterstützung gegeben! Das Scheitern dieses Aufstehens zeigt sich in dem auch körperlichen Zusammenbrechen. Dabei erlebe ich in der Gegenübertragung eine Art „Gewissens-Strafe“, wie sie eigentlich die Mutter hätte spüren müssen für die versäumte Unterstützung und das mangelnde Nähren und Großziehen hin zu aggressiv gelebter Selbständigkeit und eigenständiger Kraft. Indem ich ihm aber auch väterlich-wohlwollend Anweisung gebe, wie er aufstehen soll, unterstütze ich ihn in seiner Stand-

festigkeit, seiner Abgrenzung und seinem kämpferisch-herausfordernden Stolz. So ermögliche ich ihm eine positive männliche Identifikation (Konstellierung des positiven Vaterkomplexes) als Gegengewicht zum ablehnenden, zwingenden und brechenden Mutterbild.

### Fallbeispiel 2

50jährige Patientin, geschieden seit 15 Jahren; eine erwachsene Tochter lebt außer Haus. Die Patientin selbst wohnt bei den Eltern im Haus. Seit 13 Jahren hat sie einen Freund. In den ersten drei Jahren dieser Beziehung wurde sie dreimal schwanger, und trieb jedesmal ab. Nach der dritten Abtreibung hatten sie keine sexuelle Beziehung mehr. Nach weiteren drei Jahren metastasierender Brustkrebs, Brustamputation rechts, Bestrahlung, Chemotherapie von fünf axillären Lymphknotenmetastasen. In den folgenden Jahren zunehmend depressive Verstimmungen mit Lustlosigkeit, Verzweiflung, Todeswünschen.

### Psychodynamische Konstellation

Die Patientin fühlte sich als unerwünschtes Kind im Krieg von der überforderten Mutter abgelehnt und pflichtmäßig versorgt, zu früh abgestillt, durch fesselndes Wickeln eingeengt, vernachlässigt, in der Hitze des Sommers den Mücken überlassen, im Winter in der Kälte stehenlassen, im kalten Badewasser blau gefroren (negativer Mutterkomplex). Schon mit einem Jahr mußte sie sich dem Reinlichkeitsdrill der Mutter unterwerfen, wurde später sehr ruhig, „vernünftig“, litt aber darunter, daß sie sich gegenüber demdreieinhalb Jahre älteren als aggressiv und brutal erlebten Bruder nicht durchsetzen konnte. Der Vater, der ihr hätte Stütze sein können, war im Krieg. Nach seiner Rückkehr brannte er in der Hungerszeit nach dem Krieg aus Korn Schnaps, statt seiner unterernährten Tochter genug zu essen zu geben. Zusätzlich fühlte sie sich von den diffus sexuell gefärbten Blicken des Vaters verfolgt (negativer Vaterkomplex) und gegenüber dem bedrohlich brutalen, mit Vergewaltigung drohenden Bruder nicht geschützt (Inzestkomplex).

Aus unerfüllter Sehnsucht bleibt die Patientin als überkontrollierte und depressive Frau an die Eltern gebunden. Die ungeheure Enttäuschungswut gegen Mutter wie Vater bzw. Freund implodiert in Form der Krebserkrankung (mangelhaft ausgebildete positive Elternkomplexe).

### Therapie vignette

Viele Sitzungen erzählt und erlebt die Patientin Frustration, Wut und Haß auf die Mutter. Zunehmend wird sie auch wütend auf mich, weil sie das Gefühl hat, daß ich sie in ihrem Haß nicht verstehe.

In der 134. Sitzung ist sie wütend auf „alle“, wütend auf einen Schnösel von eingebildetem Mann, den ein unscheinbares Mädchen liebte und der sich kaum für sie interessierte. Erinnerungen an den Vater, der sich, kaum aus dem Krieg zurück, mit teuren Weihnachtsgeschenken bei ihr einschmeicheln wollte, später aber nur an ihr rumkritisierte. Im Erzählen spürt sie ein tiefes Gefühl von Trauer, Beschämung und

verzweifelter Wut. Ich weise sie auf das nahe Ende der Sitzung hin, nicht ohne dabei in der Gegenübertragung ein Unwohlsein zu verspüren, ob ich sie nicht emotional abschneide, und ihre berechtigten Gefühle abwürge und unterdrücke. Da springt sie auf von der Couch, wie von einer Feder geschleudert, beschimpft mich wütend, sie hasse mich, weil ich so gefühllos sei und nur an die Zeit denke. In der Bearbeitung dieser Reaktion in der nächsten Sitzung wird deutlich, daß sie furchtbare Angst hat vor diesem Gefühl der Beschämung durch den Vater, daß sie sich zurückzieht vor einem Schmerz, der sie überfluten könnte. Da ist es leichter, auf meine „Gefühllosigkeit“ wütend zu werden.

174. Sitzung: Schon beim Herkommen Angst, daß ich als „gute Mutter“ ihr den dringend benötigten Körperkontakt nicht geben will und ihr der auch nicht zusteht. Alles tut ihr weh vor Anspannung, weil sie das Brauchen spürt und dem ausgeliefert ist. Nach einiger Zeit beginnt sie zu schluchzen vor Schmerz wegen der Zeit, als ich so abweisend gewesen sei und meine Freude daran gehabt hätte, ihr nicht zu geben, was sie brauchte. Bei der Ankündigung des Stundenendes wird sie wieder auf mich wütend. Mein Gegenübertragungsgefühl ist jetzt eher eine Gegenwut und ein Ärger über ihre „unberechtigten“ Angriffe. Ich lasse sie über die „Elefantenposition“ langsam aufstehen, was aber wie ein schnelles Aufspringen wirkt. Ich deute: Sie überspringt alles, was zwischen diesem bedürftigen Kleinkind und der angepaßten, das Leben bewältigenden Erwachsenen liegt. Das kann sie annehmen. In der nächsten Sitzung erlebt sie mich dann klarer, weniger unheimlich. Offenbar sei sie tief vorgestoßen zu den Gefühlen, die in ihrem Körper gespeichert sind. Später erzählt sie, mein linkes, freundlich blickendes Auge habe sie während eines Urlaubes begleitet.

In der 182. Sitzung erlebt sie, wie sie vor mörderischer Wut auf ihre Mutter ihre linke Körperseite verkrampft, sich fast halbtot macht und lieber stirbt, als sich zu wehren. Ihr wird übel. Beim Aufstehen über die „Elefantenposition“ überspringt sie offensichtlich wieder etwas, gerät in Panik, will sich an mir festhalten. Das erlebe ich in meiner Gegenübertragung als bedrängend und übertrieben, zweifle aber auch an mir, ob ich sie nicht überfordere. Als ich sie das Aufstehen langsam wiederholen lasse, bemerkt sie, wie starr ihre Füße sind, und entspannt sich etwas. Nun kann ich mitfühlend verstehen, daß sie sich wirklich überfordert gefühlt haben mag, auf diesen Füßen stehen zu müssen. Stehend weicht sie mir mit ihrem Blick erst aus, dann scheine ich ihr hell und licht, nicht wie sonst immer dunkel. In der Gegenübertragung fühle ich mich jetzt gesehen und als Therapeut wertgeschätzt, mit einer Qualität von echtem Kontakt.

In den folgenden Sitzungen hat sie schon auf dem Weg in die Praxis Angst, den Verstand zu verlieren vor Haß auf mich. Am liebsten würde sie nicht mehr denken vor lauter intensiven Gefühlen von Brauchen und Nichtbekommen. Beim (diesmal langsamen) Aufstehen von der Couch und Aufrichten in die Erwachsenenposition spürt sie intensive Wut und den Schmerz der Entbehrung. Dann erlebt sie den Konflikt in sich: Sie braucht Körperkontakt, wünscht sich eigentlich aus kindlicher, unendlicher Sehnsucht ständigen Körperkontakt. Sie

flüchtet aber davor aus Angst vor dem Wiedererleben dieses Entbehrungsschmerzes. Meine Gegenübertragung ist nun bestimmt von einem warmen Mitgefühl und freundlich-annehmendem Bedauern für das, was sie an Schlimmem erlebt hat. Vier Sitzungen später berichtet die Patientin, daß sie sich nun in der Zeit zwischen den Sitzungen nicht mehr abgelehnt fühlt, sondern sich erinnerte, wie freundlich ich war und wie warm.

In der 193. Sitzung kann sie nach einem anfänglichen Ausbruch von Haßgefühlen mir gegenüber ihre Sehnsucht nach Gehaltenwerden zulassen, fröstelt dabei wie ein Säugling im kalten Kinderwagen. Als die Patientin sich diesmal langsam aus der „Elefantenposition“ aufrichtet, geht das Frösteln und Kältezittern über in eine Wärme im Brustkorb, sie spürt Lust und Leichtigkeit im Körper, ich erscheine ihr hell und freundlich. Ich selbst in der Gegenübertragung fröstele selbst erst etwas, spüre den Impuls, sie in den Arm zu nehmen, und es kostet mich Überwindung, die Patientin alleine vor sich hin frösteln zu lassen. Konkordant mit der Patientin geht dieses Frösteln in ein Wärmegefühl über, als die Patientin sich aufrichtet.

### Kommentar

Diese Patientin neigt dazu, massiv zu regredieren. Sie identifiziert sich gänzlich mit einem momentan sie nahezu überflutenden Gefühl, z. B. Wut oder Bedürftigkeit. Sie verliert dabei die distanzierenden Fähigkeiten eines beobachtenden Ichs. Es gelingt ihr zwar meist am Ende einer Sitzung in einem gewaltigen Kraftakt, ein angepaßtes „erwachsenes“ Ich konventioneller Höflichkeit vorzuführen, aber nur um den Preis der Abspaltung aller spontanen Gefühle.

Das ritualisierte Aufrichten fokussiert das Agieren der Patientin auf die eine langsame, körperbezogene, symbolisch geladene Aktivität der Erdung („Mutter Erde“) und progressiven Aufrichtung.

Die Fähigkeit zum Durchstehen, zum Aushalten hoher emotionaler Ladung, zum Containment wird zum Ende jeder Sitzung gestrebt und trainiert. Sie kann und muß langsam größer werden, langsam wachsen vom Säugling auf allen Vieren zur aufrechten, emotional kontrollierten Erwachsenen. Jedesmal durchläuft sie dabei bewußt einen Prozeß des Abschiednehmens von der Nähe zu mir als Träger einer positiven Mutterarchetyp-Projektion, die sie auf der Couch quasi als Säugling erlebt, bis hin zu Selbständigkeit, mit der sie als Erwachsene den Raum verläßt. Sie erlebt mich sehr konkret als gute, dann wieder als böse Mutter, manchmal auch als bösen Vater in und zwischen den Sitzungen, oft auch im Alltag. Die Realität des Alltags wie das Aufstehen von der Couch fördert, ja erzwingt die Symbolisierung und Internalisierung des Guten (Elternkomplexes) über die Hinwendung der Aufmerksamkeit auf den eigenen, auch positiv erlebbaren Körper und ist so ein Training für den letztendlichen Abschied in die Selbständigkeit am Ende der Therapie, mit einem positiven Elternkomplex „im Rucksack“. Meine Gegenübertragung widerspiegelt so diese verschiedenen Übertragungsfacetten, wobei mir im Laufe der Therapie immer mehr die Rolle eines Helfers und Unterstützers im Prozeß des Selbständigwerdens übertragen wird.

### Fallbeispiel 3

30jährige Patientin mit Bulimie seit dem 19. Lebensjahr, seit einer ersten Trennung von zu Hause.

#### Psychodynamische Konstellation

Die Patientin erlebt sich als von der leiblichen Mutter nicht angenommen. Die Beziehung ist „leer“, wie abgeschnitten. Die Patientin konnte aber eine Kinderfrau als Ersatzmutter annehmen, was ihr eine Basis an oraler Zuwendung schaffte. Allerdings war diese Beziehung belastet: Die Kinderfrau benutzte die Patientin als Ersatz für eigene Kinder, darüber hinaus als Beziehungsersatz überhaupt. Eine besondere Belastung stellte die schwere Herzkrankheit der Kinderfrau dar und die daraus resultierende bedrückende Atmosphäre des nahen Todes. Als die Patientin dreieinhalb Jahre alt war, gab es mit der Kinderfrau eine heftige Auseinandersetzung um die Frisur der Patientin. Auf dem Rückweg vom Friseur erlag die Kinderfrau einem plötzlichen Herztod, was das kleine Kind zutiefst erschreckte. In dramatischer Weise verstärkt wurde das vage Schuldgefühl des Kindes durch die Mutter: Wahrscheinlich aus Konkurrenzneid um die Mutterfunktion beschuldigte die Mutter das Kind, durch ihre Widerborstigkeit den Tod der Kinderfrau verursacht zu haben. In seiner Not wandte sich das Kind dem Vater zu. Dazu mußte es sich seiner patriarchal-autoritären Strenge unterwerfen. Das brachte neben der komplizierten ödipalen Situation mit gleichzeitig oralen wie genitalen Wünschen an den Vater eine Belastung des narzißtischen Selbstwert-Gleichgewichtes. Zu den Erwartungen des Vaters (der Vater ließ seinen eigenen Traum vom Turnierreiten von der Patientin ausleben) kam eine erhebliche familiendynamische Belastung: Der Vater, ein Jude, war im Krieg wie alle seine Verwandten in KZ-Haft. Er konnte fliehen. Bis auf seine Schwester wurden alle Verwandten und seine Frau umgebracht. Als Kind aus dritter Ehe trägt die Patientin nun die ganze Last einer Überlebenden, ist Lebensträgerin für den Vater, Sinnstifter für sein Leben und gleichzeitig Heilerin seiner emotionalen Wunden (Trägerin einer Heiler-Projektion).

#### Therapie vignette

Um die sechzigste Sitzung ist diese Thematik „Ich darf meinen Vater nicht auch noch Sorgen machen“ und „Ich muß es schaffen, daß es meinem Vater wieder gutgeht“ hochaktuell: Der Vater befürchtet, daß eine Steuerprüfung in seinem Geschäft seine berufliche Existenz bedrohen könnte. In einem Traum fällt ihr kleiner Sohn ins Wasser und ertrinkt. Im assoziativen Kontext ergibt sich ihr eigenes Nicht-getragen-Werden, ihr Abrutschen in ein tiefes, grenzenloses Loch, ein Meer des Verlustes ihrer Kinderfrau und der Angst, daß ihr auch noch der Vater verlorengehen könne.

Bei diesem Thema gerät die Patientin mehrfach in einen Zustand des emotionalen Schocks, es kommt zu einem Einfrieren der Bewegung, einer Bewegungslosigkeit mit flachem Atem, die die Qualität einer Totenstarre hat. Die Patientin selbst erlebt ein „Brett“ von der Lendenwirbelsäule bis zum Kopf, eine Steifheit, aber auch ein Gefühl, als könnte sie, auf einem schiefen Brett liegend, bei der kleinsten Bewegung ins

Bodenlose rutschen. Ich selbst nehme mich in der körperlichen Gegenübertragung als vor Schreck erstarrt wahr und gebannt von dem „noch Schrecklicheren“, das da noch kommen mag. Es braucht meine ganze körperbezogene Aufmerksamkeit, um nicht in dieser Starrheit zu versinken, was mir nur gelingt, indem ich selbst mich immer wieder in meinem Sessel bewege, dehne, recke und strecke.

Die Patientin taucht ein in das schreckliche Erlebnis des Todes ihrer Kinderfrau, aber auch in die Angst vor einer (erneuten) Judenverfolgung: „Heute Ausländer, morgen die Juden“.

Am Ende einer solchen Sitzung steht die Patientin mit einem Ruck von der Couch auf und verabschiedet sich, als ob „nichts“ gewesen wäre. Das läßt mich erleichtert, aber auch überrascht, erstaunt und unbefriedigt zurück im Sinne: „Das kann doch nicht alles gewesen sein!“

In der 71. Sitzung gebe ich ihr dann Anweisungen, ganz langsam über die Seitlage den Vierfüßlerstand und eine langsame Aufrichtung der Wirbelsäule zum Stehen zu kommen. Dadurch erlebt sie, wie sie im Liegen benebelt und betäubt, wie gelähmt ist, von den Gefühlen des Todes abgeschnitten, wie sie im Stehen umschaltet in den ganz anderen Seinszustand der kompetenten Bürofrau, der gut organisierten Hausfrau und Mutter, die klaglos jedwede Verantwortung trägt. Erst beim langsamen Aufrichten spürt sie, wie ihr Kreuz fast zerbricht, wie der Kopf zerspringt. In der Gegenübertragung ist das ein - auch körperlich - spannender Moment, mein Rücken ist fast schmerzhaft angespannt, ich atme tief unter einer enormen Last.

Sie springt von der Couch auf, um sich herauszuwinden aus diesem Übermaß an Verantwortung, Todesbedrohung, Heilerwartungen. Die Kinderfrau hatte von ihrer Todesangst so viel auf das Kind abgeladen, daß es sich nicht mehr rühren konnte. Nach deren Tod „sauste das Kind in das Netz der Familie hinein“, was heißt: in die Überlebenserwartungen des Vaters, so daß sie sich auch dort nicht mehr mit eigenen Impulsen rühren konnte.

Nun erlebt die Patientin immer wieder in den Sitzungen, wie sie in den emotionalen Schockzustand hineingerät, wie sie sich aber auch durch „Zusammenreißen“ kontrolliert, wie im langsamen Aufrichten von der Couch Kraft, Wut, ja die Gewalt unterdrückter Selbstbehauptung freigesetzt werden. Sie erlebt, wie sie am liebsten sofort aufspringen würde, um die Unterdrückung nicht zu spüren. Sie erlebt aber auch im langsamen Aufrichten, wie ihr Becken unbewegt bleibt: „Bei der Mutter habe ich gar kein Becken!“ Als ob die Mutter ihr dieses Kraftreservoir genommen hätte. Die Erwartungen des Vaters „Du wirst leben und dich rächen (für die Mißhandlungen, die ich im KZ erlitten habe)“ drücken ihr den Kopf nach unten wie Zentnerlasten, wogegen sie Rücken und Nacken nur langsam bewegen kann „wie eine Schildkröte“ (106. Stunde). Die Patientin steht nun regelmäßig bewußt auf von der Couch, erlebt ihren „Schildkrötenpanzer“, erlebt ihr Becken, erlebt aber auch - nach der quälenden Hilflosigkeit auf der Couch, wie Kraft, Widerstand und Aufrichtung in Becken und Rücken hineinwachsen (sie entdeckt den eigenen inneren Heiler). In der Gegenübertragung ist das für mich jedes-

mal wie eine Befreiung und eine hoffnungstiftende Bestätigung meines mühevollen Ausharrens als „mittragender“ Therapeut.

In der Abschiedsphase der Therapie (231. Stunde) sagt sie über das Aufrichten aus der „Elefantenposition“: „Es (der Rücken) hat zwar weh getan, ich hab's aber überlebt“. Diese überraschende Formulierung kann in den folgenden Sitzungen in Zusammenhang mit der Geschichte der Familie des Vaters gebracht werden: Den plötzlichen „Abschied“ durch den Transport ins KZ haben die Geschwister und Eltern des Vaters eben nicht überlebt.

In der 237. Sitzung geht die Patientin all die vielen Situationen in ihrem Leben wieder durch, wo ihr ein plötzlicher Abschied (z. B. von der Kinderfrau) „aufgezwungen“ wurde. Hier, in der Analyse, hat sie sich auf den Abschied vorbereiten können: „Wie das langsame Aufstehen (von der Couch): es tut zwar weh, aber nicht so plötzlich! Man spürt's“.

### Kommentar

Hier macht das langsame Aufstehen von der Couch nicht nur den abrupten Wechsel zwischen zwei psychischen „Funktionszuständen“ bewußt. Es bringt auch eine Lösung des ins Körperliche reichenden emotionalen Schockzustandes durch die Dehnung der Rücken- und Beinmuskulatur jenseits der habituellen Haltungsmuster, stellt damit einen Zugang dar zum „inneren Heiler“, dem in diesem Fall auch eine kollektive Dimension zukommt. Indem ich als Therapeut zunehmend in konkordanter, vor allem körperlicher Gegenübertragung den Schock und das Schreckliche in der Familie und im Kollektiv (Holocaust) mittrage und -via eigene körperliche und emotionale Bewegtheit - überwinde, werde ich Teilnehmer an einem individuellen und überindividuellen, d.h. kollektiven Heilungsprozeß.

### Schlußfolgerungen

Wir Analytiker haben gelernt, den unbewußten Inszenierungen unserer Patienten Beachtung zu schenken.

Gehört die Art des Aufstehens von der Couch nicht auch zu diesen Inszenierungen mit hohem diagnostischem Wert?

Könnte eine Anleitung zum Aufstehen von der Couch dem Patienten diese Inszenierung nicht nur rational nachvollziehbar, sondern auch emotional und körperlich erlebbar machen?

Könnte so die üblicherweise fast ausschließlich rational-emotional ausgeführte analytische Arbeit eine zwanglose Anbindung an Körperarbeit bekommen?

Könnte diese einfache Art der Körperarbeit bereits einen therapeutischen Zugang bieten bei stark somatisierten Konflikten, bei der Notwendigkeit einer Änderung des Körper-Selbst, des Aufbaus von Ich-Stärke in einem auch den Körper einschließenden Sinn?

Könnte schließlich das Bewußtmachen des Aufstehens ein ganzheitliches Hilfsmittel sein, um den Trennungsprozeß am Ende der Therapie vorzubereiten?

Ganz grundsätzlich formuliert: Muß nicht der Induktion von Regression die Progression folgen, damit Fixierungen beseitigt und der Patient zu Lösungen (von Problemen, Verspannungen, Haltungen, Mustern, Bezugspersonen) findet?

Aus psychoanalytischer Sicht mag in meiner Vorgehensweise vielleicht der deutende Umgang mit dem Unbewußten der Inszenierung „Aufstehen von der Couch“ vermißt werden.

Aber folgt man konsequent meinem Ansatz, verbietet es sich dann nicht, den Patienten bis in die Progression hinein mit Übertragungsdeutungen zu verfolgen? Das Aufstehen ist das Ureigenste des Patienten, mit dem er sich aus dem Vergangenen bezogenen, aus der mehr oder weniger neurotisch-kindlichen Übertragungsbeziehung in eine erwachsene Haltung des kompetenten Gegenübers hinein entwickelt. Dieses Aufstehen ist ein Aufstehen gegen den Vater, die Mutter, gegen alle vergangenen Übermächtigen. Wenn ich den Patienten bei der Art des Aufstehens korrigiere oder Anweisungen gebe, dann allenfalls als Bewegungslehrer oder körpertherapeutischer Mentor, der zum Erwachsenen spricht. Damit steige ich aus dem analytischen Kontext der Übertragungsbeziehung aus, bewußt und gewollt.

Mein Vorgehen hat durchaus Ähnlichkeit mit der prozeßbezogenen Deutungstechnik von Plaßmann (1996). Auch ich verlasse angesichts des bewußt gestalteten Aufstehens von der Couch die übliche personale Sicht der Übertragung. Allerdings fokussiere ich dabei die Aufmerksamkeit nicht auf Denkprozesse und ihre Qualitäten, sondern auf die Beziehung des Patienten zu seinem Körper im Sinne eines Dialogpartners. Für diesen Dialog mache ich als Therapeut erst einmal ein Strukturangebot, die körperliche Eigenwahrnehmung betreffend (die Körperreaktion als zu betrachtendes Objekt), dann die Zuordnung betreffend ( aus dem Hier und Jetzt zum Dort und Damals), zuletzt die Qualität des Umgangs betreffend. Und schließlich biete ich eine Sprache an zum Mitteilen des Erlebten. Der Vorteil dieser **körper**prozeßbezogenen „Deutungstechnik“ liegt neben der Unmittelbarkeit und Lebendigkeit des Körpererlebens im Aufbau oder der Restitution einer Beziehung des Patienten zur eigenen Körperlichkeit und zum eigenen Körper**erleben**. Dies ist zu unterscheiden von der Restitution gestörter Denkprozesse. In der Terminologie der Jungschen Typologie ausgedrückt: Die auf den Körper bezogene Empfindungsfunktion wird im Unterschied zur Denkfunktion herausgebildet, und es ist eine Frage der Typologie, bei welchen Patienten welche Funktion einer Entwicklung bedarf.

Bereits C.G.Jung (1935) betont, daß es Übertragungen gibt, die sich einfach nicht auflösen lassen und - so ergänze ich - allenfalls in der analytischen Beziehung etwas relativiert werden sollten. Zu diesen (archetypischen) Übertragungen gehört für mich die des priesterlichen Heilers. Mich an C.G.Jung anlehnd („Es wäre ein bedenkliches Vorurteil, zu glauben, daß die Analyse des Unbewußten *das* Allheilmittel und deshalb unter allen Umständen anzuwenden sei“ (1946, § 381) (auch 1935, § 369, § 377, 1946, S.174; § 359 - 360) werde ich Übertragungsphänomene, insbesondere die Heiler-Übertragung, nicht da deuten, wo sie im Dienste der Progression

stehen. Ich schaffe einen (scheinbar) übertragungsfreien Raum, in dem sich Progression ereignen kann.

Infantilisieren Übertragungsdeutungen den Patienten ? Muß Progression nicht die mehr oder weniger infantilen Übertragungsmuster hinter sich lassen, und zwar am Ende jeder Therapiestunde?

Wenn ich als analytischer Therapeut denn schon Übertragungsfigur (besser: Projektionsträger) bin, dann - spätestens beim Aufstehen des Patienten - als Träger einer archetypischen Übertragung, die letztendlich einen Persönlichkeitsanteil des Patienten meint: Ich biete mich an, ich trete auf als Sprecher der Weisheit des Körpers, als Lenker der Aufmerksamkeit, als Spiegel für die Körperlichkeit des Patienten, als Spiegel, in dem der Patient , schaut er nur lange genug hinein, seine eigenen archetypischen Körperweisen erkennt.

**Dr. med. Klaus K. Madert**  
**Noëstr. 36, D-81479 München**

## Literatur

- Clark, R., Sigmund Freud. Frankfurt/M. 1985, S. 186, S. 219.  
 Blanck, G. u. R., Angewandte Ich-Psychologie. Klett-Cotta, Stuttgart 1981, S. 161.  
 Freud, S., Zur Einleitung der Behandlung (1913). Fischer, Frankfurt/M. 1982, S. 193.  
 Greenson, R., Technik und Praxis der Psychoanalyse (1967). Klett-Cotta, Stuttgart 1986, S. 186, S. 219.  
 Jung, C.G., Über Grundlagen der analytischen Psychologie (1935). GW vol 18/1. Walter-Verlag, Olten 1981.  
 Jung, C.G., Die Psychologie der Übertragung (1946). GW vol 16. Walter-Verlag, Zürich 1958.  
 Lowen, A., The Language of the Body (1958). Grune and Stratton, New York 1979.  
 ders., Bioenergetik . Rowohlt, Reinbeck 1979, S. 169ff.  
 ders., Bioenergetik für Jeden. Kirchheim-Verlag, München 1985.  
 Menninger, K./Holzman, P., Theorie der psychoanalytischen Technik (1958). Frommann-Holzboog-Verlag, Stuttgart 1977, S. 58ff., S. 64, S. 69.  
 Plassmann, R., Körperpsychologie und Deutungstechnik. Forum Psychoanal 12 (1996) S. 19 - 30.  
 Reich, W., Charakteranalyse (1933). Fischer TB, Frankfurt, 1983.  
 Rohde-Dachser, C., Das Borderline-Syndrom. H. Huber, Bern 1983, S. 200